



EDITORIAL

¿Prestamos suficiente atención al déficit de atención con hiperactividad en adultos?

Do we pay sufficient attention to the lack of care of hyperactivity in adults?

Josep Antoni Ramos-Quiroga* y Miguel Casas Brugué

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se inicia durante la infancia. Los pacientes presentan una marcada dificultad para mantener la atención y/o una excesiva hiperactividad e impulsividad. Estos síntomas son crónicos y se producen como mínimo en dos ambientes diferentes (familiar, social, escolar o laboral)¹. El TDAH es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la población general adulta. Los estudios internacionales realizados en diferentes contextos culturales y económicos, entre ellos el nuestro, muestran una prevalencia entorno a un 3-4%^{2,3}. En la actualidad se dispone de rigurosos trabajos científicos que evalúan la etiología del TDAH en adultos, las características clínicas, las repercusiones sociales y laborales y la respuesta a diversos tratamientos⁴⁻⁶.

A pesar de todas las evidencias científicas, el TDAH en adultos sigue siendo un trastorno poco identificado en la práctica clínica diaria, lo que repercute negativamente en la atención recibida por los pacientes⁷. Las creencias falsas que todavía existen en torno al TDAH en la edad adulta perjudican su correcto diagnóstico y lo que es más importante, empeoran la evolución de las personas que sufren el trastorno, porque no reciben el tratamiento adecuado. No es infrecuente la opinión de que el TDAH remite al llegar a la adolescencia o que los síntomas no se van a manifestar en la edad adulta. En cambio, los estudios de seguimiento longitudinales muestran que el trastorno persiste en la edad adulta en más del 50% de los casos⁸. Otro

error es pensar que el TDAH se manifiesta siempre con síntomas de hiperactividad. Se ha observado que con la edad se modifica la expresión de los síntomas del trastorno y disminuyen la hiperactividad y en menor medida la impulsividad. Por otra parte, la inatención tiende a permanecer estable toda la vida⁹. Esta variación de los síntomas es uno de los motivos por los que se infradiagnostica en pacientes adultos, ya que no muestran algunos síntomas de hiperactividad típicos de la infancia.

En ocasiones se puede escuchar que los síntomas del TDAH en adultos no son tan graves como en otros trastornos psiquiátricos. Los estudios clínicos han mostrado que el TDAH en adultos es un trastorno que genera un alto coste social y personal^{1,5,9}. El trastorno se asocia a un mayor riesgo de fracaso escolar y menor formación académica aunque los pacientes muestren un coeficiente intelectual dentro de los límites de la normalidad. Son frecuentes los problemas legales asociados a las conductas impulsivas, de forma que en el ámbito penitenciario se ha descrito una prevalencia del TDAH de hasta un 40%. Se ha replicado en diferentes estudios que los pacientes con TDAH tienen una mayor frecuencia de accidentes de tráfico. Por otra parte, el TDAH es un factor de riesgo de sufrir un segundo trastorno psiquiátrico. Un 70-80% de los adultos muestran otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como los trastornos derivados del consumo de drogas, los trastornos depresivos o los de ansiedad.

Otra opinión, carente de fundamento científico, es que no se dispone de instrumentos clínicos para evaluar el TDAH en adultos. Existen diferentes cuestionarios y entrevistas semiestructuradas que pueden ayudar al clínico a detectar mejor los síntomas⁹. El cuestionario ASRS 1.1 de la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaramos@vhebron.net (J.A. Ramos-Quiroga).

Organización Mundial de la Salud puede ser muy útil en la consulta diaria, ya que consta de 6 ítems y permite realizar un cribado rápido del trastorno en adultos.

Finalmente, otro aspecto en el que persisten falsas creencias es respecto al tratamiento. A pesar de que los fármacos empleados en el tratamiento del TDAH se descubrieron hace más de 50 años, todavía persiste un cierto desconocimiento. El metilfenidato es un estimulante que inhibe la recaptación presináptica de dopamina y, en menor medida, noradrenalina, y tiene un mecanismo de acción diferente al de las anfetaminas. El metilfenidato es el único estimulante con indicación para el tratamiento del TDAH comercializado en España, ya que las anfetaminas fueron retiradas del mercado hace años. Los primeros estudios en adultos datan de 1976 y en la actualidad existe suficiente bibliografía científica que sustenta la utilización de metilfenidato en adultos^{6,10}. En todos estos trabajos se ha evidenciado que la dosis de máxima eficacia terapéutica está en torno a 1 mg/kg/día. Uno de los mayores problemas observados en la práctica diaria en el tratamiento de los adultos con TDAH es el pobre cumplimiento terapéutico, ya que son muy olvidadizos, despistados y desorganizados. Por este motivo, es de primera elección metilfenidato de acción prolongada, que sólo requiere una toma diaria, en contraposición al metilfenidato de acción corta (tres tomas diarias) o de acción intermedia (dos tomas)¹¹. Los estudios de registro europeos de metilfenidato de acción prolongada están concluyendo con resultados positivos, por lo que se espera tener en breve la indicación en adultos, como ya la obtuvo de la FDA. En el arsenal terapéutico también se dispone de fármacos no estimulantes, que básicamente son inhibidores del transportador presináptico de noradrenalina. El único fármaco no estimulante con indicación para el tratamiento del TDAH es atomoxetina¹⁰. En ensayos rigurosos se ha demostrado que es un fármaco eficaz y seguro en adultos con TDAH, con dosis medias en torno a 90 mg/día. Aunque en Europa de momento no tiene la indicación en adultos, se espera disponer de ella en 2012. Los tratamientos psicológicos son otra herramienta útil en el abordaje del TDAH. La terapia cognitiva-conductual es la que se ha mostrado más eficaz¹². En muchas ocasiones es preciso combinar el tratamiento farmacológico y el psicológico.

Ante la pregunta formulada en el título de este editorial, la respuesta es clara: se necesita prestar más atención al TDAH en adultos. Las graves repercusiones que genera la ausencia de diagnóstico y, por lo tanto, de abordaje correcto contrastan con la excelente respuesta a los tratamientos existentes. La visita en atención primaria puede ser un buen momento para la sospecha diagnóstica del trastorno y la derivación a un psiquiatra, para informar al paciente y la familia sobre el trastorno o para el seguimiento del

tratamiento instaurado por el especialista. A pesar del escaso tiempo de que actualmente dispone el médico en atención primaria, su actuación será un buen instrumento para mejorar la atención a los pacientes adultos con TDAH.

Bibliografía

1. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366:237-48.
2. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
3. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007;190:402-9.
4. Ribasés M, Hervás A, Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Bielsa A, Gastaminza X, et al. Association study of 10 genes encoding neurotrophic factors and their receptors in adult and child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2008;63:935-45.
5. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:524-40.
6. Medori R, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Kooij JJ, Niemelä A, Trott GE, et al. A randomized, placebo-controlled trial of three fixed dosages of prolonged-release OROS methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2008;63:981-9.
7. Faraone SV, Spencer TJ, Montano B, Biederman J. A Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. A survey of current practice in psychiatry and primary care. *Arch Intern Med*. 2004;164:1221-6.
8. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006;36:159-65.
9. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R, Castells-Cervello X, Nogueira-Morais M, Garcia-Gimenez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol*. 2006;42:600-6.
10. Tcheremissine OV, Salazar JO. Pharmacotherapy of adult attention deficit/hyperactivity disorder: review of evidence-based practices and future directions. *Expert Opin Pharmacother*. 2008;9:1299-310.
11. Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Castells X, Valero S, Nogueira M, Gómez N, et al. Effect of switching drug formulations from immediate-release to extended-release OROS methylphenidate: A chart review of Spanish adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*. 2008;22:603-11.
12. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav Res Ther*. 2005;43:831-42.