

CARTA CLÍNICA

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el adulto. A propósito de un caso en atención primaria



Adult attention deficit hyperactivity disorder: About a case in primary care

Presentamos el caso de un adulto joven que acude a la consulta de medicina de familia para solicitar orientación y ayuda terapéutica por conflictos graves en la convivencia familiar y en la relación de pareja. Se ilustra los pasos realizados desde que llega a atención primaria hasta el control de la patología. No hemos encontrado otros casos de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos tratados en atención primaria con éxito.

Varón de 21 años con antecedentes médicos de nacimiento prematuro a las 36 semanas de gestación. Retraso en el inicio del habla a los 20 meses de edad, con pruebas auditivas normales. Sobreprotección paterna intensa durante la infancia con relación a la pérdida previa de un hijo neonato. Trastorno del lenguaje con dificultad para pronunciar sílabas trabadas detectado a los cinco años de edad y corregido con logopedia durante un año. Desde la educación infantil se advierte en el colegio inquietud física y movimientos compulsivos por lo que es evaluado por primera vez por un orientador escolar a los cuatro años, concluyendo que todo es normal. Comienza a practicar natación y el profesor detecta alteraciones en la coordinación motriz y falta de atención, por lo que es evaluado por un psicólogo infantil y se le refuerza en el área psicomotriz. Durante la educación primaria, distintos maestros apuntan inquietud continua en clase, falta de atención, y distracción frecuente. En el ámbito familiar le cuesta especialmente la disciplina para el estudio. No presenta problemas de relación con los iguales. A los 11 años es evaluado por el orientador del colegio y en su informe concluye que el niño es solo más inquieto que la media de su edad. A lo largo de la educación secundaria y coincidiendo con la adolescencia, su expediente académico comienza progresivamente a empeorar, sin afectar aparentemente al resto de esferas. A los 17 años tiene el primer conflicto por conducta agresiva. En los años siguientes y durante su formación universitaria muestra un bajo rendimiento académico, se observa un aumento de la impulsividad que le acarrea dificultades crecientes y conflictos en el ámbito familiar y social, especialmente de pareja,

que perjudica su desarrollo personal con un alto nivel de estrés. Debido al deterioro en sus relaciones acepta ayuda profesional.

A través de la valoración por el médico de familia y ante la sospecha de TDAH es derivado a psicoterapia y psiquiatría, donde se confirma el diagnóstico y se inicia tratamiento con metilfenidato a dosis bajas, por provocar efectos secundarios de pérdida de apetito y peso, no se puede pautar a dosis plenas. La psicoterapia contempla sesiones individuales semanales, y sesiones familiares con pautas para mejorar la convivencia. Tras dos años de psicoterapia intensiva y tratamiento farmacológico continuado, con buena adherencia terapéutica, el paciente ha mejorado notablemente con gran control de la impulsividad en todas sus manifestaciones, menor intensidad en los síntomas de la inatención, que le ha permitido concluir su formación universitaria, y ha mejorado su calidad de vida.

El TDAH es un trastorno de origen neurobiológico¹. Estudios recientes han demostrado alteración en el lóbulo prefrontal. A nivel químico se ha comprobado una alteración en los neurotransmisores noradrenalina y dopamina. Por otro lado, hay evidencias en gran número de estudios de que el TDAH tiene una importante carga genética².

Es un proceso crónico que evoluciona desde la infancia, pero en muchas ocasiones no se diagnostica correctamente en esta etapa y el trastorno progresa hasta la adolescencia y la edad adulta³ con importantes repercusiones para el paciente: dificultades cognitivas en las funciones ejecutivas, académicas, conductuales, emocionales, familiares, y sociales. Se estima que, de los casos diagnosticados en la infancia, entre 50-75% mantienen síntomas más allá de la adolescencia, y la prevalencia de TDAH en adultos es de 2-3%.

Los síntomas de hiperactividad son iguales en adultos que en niños, aunque varía la expresión⁴. Los síntomas de inatención pueden ser uno de los motivos más frecuentes de consulta de los adultos con TDAH, puesto que se asocia a un mayor impacto en la actividad académica y/o laboral, ya que suelen tener problemas organizativos, despistes y olvidos, que pueden derivar en un bajo rendimiento sin tratamiento adecuado. En cuanto a la impulsividad acarrea dificultades y conflictos en el ámbito familiar y social. En los adultos la hiperactividad puede disminuir, pero la impulsividad, inquietud y dificultad de atención suelen continuar.

Se diagnostica el TDAH cuando los síntomas son lo suficientemente graves para causar problemas continuos en más

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102101>

1138-3593/© 2023 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Nombre y apellidos:	Fecha:				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor, entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.					
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?	☐	☐	☐	☐	☐
SECCIÓN A					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener la atención cuando está haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, aún cuando estén hablando con usted directamente?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Con qué frecuencia pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
11. ¿Con qué frecuencia se distrae por ruidos o actividades a su alrededor?	☐	☐	☐	☐	☐
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debe permanecer sentado?	☐	☐	☐	☐	☐
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o nervioso?	☐	☐	☐	☐	☐
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo para usted mismo?	☐	☐	☐	☐	☐
15. ¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia se descubre a sí mismo terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	☐	☐	☐	☐	☐
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones en que debe hacerlo?	☐	☐	☐	☐	☐
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?	☐	☐	☐	☐	☐
SECCIÓN B					

Figura 1 Escala ASRS-V1.1. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH en adultos.

de un área de la vida. El origen de estos síntomas puede rastrearse hasta la primera infancia.

Los criterios diagnósticos en la edad adulta son los mismos que en la infancia. No existe ninguna prueba específica, ni biológica ni psicológica, que permita el diagnóstico de certeza. El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, indagando en el paciente y en su entorno⁵. Para una correcta evaluación del TDAH en el adulto hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- No se inicia en la edad adulta, sino que es un trastorno evolutivo desde la infancia. En el DSM-5 se reconoce la edad de inicio antes de los 12 años⁶.

- Hay que determinar si existe relación entre los síntomas y un deterioro significativo en diferentes ámbitos.
- Se debe descartar que los síntomas no se puedan explicar por otro trastorno, del tipo ansiedad, trastornos del estado de ánimo, alteraciones de la coordinación motora, o consumo de sustancias psicoactivas.
- Siempre se debe evaluar la existencia de otros trastornos comórbidos con el TDAH.

En la práctica clínica el TDAH en adultos esta infra-diagnosticado y, por tanto, incorrectamente tratado. No se hace el diagnóstico a pesar de presentar dificultades, que se atribuyen a otras causas como desmotivación e inquietud.

tud. Esto se debe a que entre los sanitarios existen ideas preconcebidas sobre la enfermedad, hay poca formación en esta patología para los médicos de atención primaria, y los adolescentes y adultos con TDAH tienen dificultad para consultar sobre todo si hay comorbilidades. En nuestro medio, el cuestionario Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) validado en población adulta (fig. 1) es útil para el cribado del TDAH.

No existe tratamiento curativo. El objetivo es disminuir la intensidad y frecuencia de los síntomas para mejorar la calidad de vida del paciente⁷. Las graves repercusiones que genera la ausencia de diagnóstico contrasta con la excelente respuesta a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos. Entre los primeros, el metilfenidato de liberación prolongada es el fármaco de elección, administrado en dosis única matutina, a dosis de 1 mg/kg/día.

Si el médico de atención primaria conoce bien los síntomas de la enfermedad y su diagnóstico, podrá mejorar su detección y correcta derivación, evitando un uso inapropiado de psicofármacos.

El caso de nuestro paciente pone de relieve que un diagnóstico tardío, a pesar de múltiples indicios desde la infancia, conlleva nefastas consecuencias para el paciente y su entorno, y un alto nivel de sufrimiento, frustración y baja autoestima, que sería evitable con una adecuada formación del personal psicopedagógico y de los profesionales sanitarios de atención primaria. La comunicación y coordinación entre el médico de familia y los profesionales de salud mental que atiendan a estos pacientes es esencial para la correcta adherencia terapéutica.

Se ha contado con el consentimiento del paciente y/o se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

El presente artículo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cunill R, Castells X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Med Clín.* 2015;144:370–5.
2. Fernández Jaén A, Calleja Pérez B, Muñoz Jareño N, López Arribas S. Endofenotipos genómicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 2012;54 Supl 1:581–7.
3. Jiménez Arriero MA, Rodríguez Jiménez R, Vidal de la Fuente J, Ponce Alfaro G. El TDAH: Evolución a la edad adulta. *Rev Esp Ped.* 2005;61:495–502.
4. Jaimes A, Ortiz S. Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Rev Fac Med.* 2016;59:6–14.
5. Gutierrez Díez MC, Santamaría Pablos A, Manuel Gutiérrez A, Bernabé Sánchez E, Arranz Carrillo de Albomoz P. Actualización en Medicina de Familia: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad: un reto compartido. *Semerger.* 2008;34:230–4.
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th. Arlington, VA: American Psychiatric Association Press; 2013 [consultado Abr 2023]. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/ADHD%20Fact%20Sheet.pdf>.
7. Moreno Fontiveros MA, Martínez Vera MJ, Tejada González A, González Igeño V, García Resa O. Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Rev Clin Med Fam.* 2015;8:231–9.

A.M. López Carabaño^{a,*}, Y. González Pascual^b,
M. Escudero Araus^c y C. Muñoz García^c

^a Centro de Salud Reyes Magos, Servicio Madrileño de Salud, Dirección Asistencial Este, Madrid, España

^b Centro de Salud de Carballada, Atención Primaria de Zamora, Zamora, España

^c Hospital Infanta Sofía, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nadie20@gmail.com

(A.M. López Carabaño).