



## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **ADULT ADHD AND ITS COMORBIDITIES: REPORT OF A CLINICAL CASE**

Beatriz Villagrana Blasco<sup>1</sup>, Laura Bosqued Molina<sup>1</sup>, Sonia Pedrosa Armenteros<sup>1</sup>, Anna Salas Martínez<sup>1</sup>, Patricia Latorre Forcén<sup>1</sup>, Candela Pérez Álvarez<sup>1</sup>, Guillermo Pírez Mora<sup>2</sup>

1. Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
2. Médico Adjunto de Psiquiatría. Centre Assistencial Sant Joan de Dèu. Almacelles. Lleida.

[beavibla@gmail.com](mailto:beavibla@gmail.com)

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Comorbilidades. Trastornos afectivos. Abuso de sustancias. Trastornos por ansiedad. Trastorno de personalidad límite.

Attention deficit disorder with hiperactivity. Comorbidity. Mood disorders. Anxiety disorders. Substance use disorders. Borderline personality disorder.

### **RESUMEN**

Se estima que la prevalencia del TDAH en la edad adulta es del 3.4%. La mayoría son casos diagnosticados en la infancia pero no resulta extraño diagnosticarlos de novo en la edad adulta. El TDAH del adulto está caracterizado por síntomas de falta de atención, impulsividad e hiperactividad que llevan a un deterioro funcional. Sin embargo, síntomas en estas áreas son frecuentes también en otras patologías psiquiátricas con las que además es frecuente que se asocie el TDAH. Así, se presenta un caso de una mujer de 35 años en seguimiento desde hace 5 años en psiquiatría por Trastorno de Ansiedad no especificado y Síndrome Depresivo moderado en contexto de complicaciones de cirugía bariátrica (síndromes de suboclusión intestinal...). Como consecuencia del reciente diagnóstico de TDAH en su hijo, la paciente consulta porque se siente identificada, tanto en la actualidad como retrospectivamente en su infancia con la presencia de la misma psicopatología. Se le aplican los cuestionarios ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale) y DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for Adult ADHD) resultando ambos positivos. La paciente es diagnosticada de TDAH tipo combinado (314.01- F90.2). Se pretende realizar una revisión no sistemática acerca de las comorbilidades del TDAH y de las dificultades diagnósticas y de tratamiento que de ellas se derivan. Entre las principales destacan los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, abuso de sustancias y trastorno de personalidad, especialmente el límite.

### **ABSTRACT**

The estimated prevalence of adult ADHD is 3.4%. Most cases of ADHD are diagnosed in childhood but diagnosing in adulthood is not surprising. Adult ADHD is characterized by symptoms of inattention, impulsivity and hyperactivity that lead to functional impairment. However, a lot of psychiatric disorders share this symptoms with ADHD, and it's likely that these disorders coexist with ADHD. Thus, a case of a 35-years old woman with a 5 years-psychiatric follow up by anxiety disorder and moderate mood disorder in context of complications of bariatric surgery (partial

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

bowel obstruction syndrome...) is presented. As result of recent diagnosis of ADHD in her son, the patient consults because she feels identified with these symptoms both now and when she was a child. The questionnaires of ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale) and DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for Adult ADHD) were applied and both result positive. The patient was diagnosed of combined ADHD subtype (314.01-F90.2). It is intended to perform a non-systematic review of the comorbidities of ADHD (mood disorders, anxiety disorders, substance use disorders and border line personality disorder) and their diagnostic and treatment difficulties.

# **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **INTRODUCCIÓN**

Se estima que la prevalencia del TDAH en la edad adulta es del 3.4% (oscilando entre el 1,9% en los países con más baja prevalencia y el 4.2% en aquellos con más alta) [1]. En Estados Unidos, la prevalencia estimada es del 4,4%; ligeramente superior [2]. La mayoría de los casos de TDAH se diagnostican en la infancia, pero no resulta extraño que se diagnostiquen de novo en la edad adulta [1]. El TDAH del adulto está caracterizado por síntomas de falta de atención, impulsividad e hiperactividad que llevan a un deterioro funcional. Sin embargo, síntomas en estas áreas son también frecuentes en otras patologías psiquiátricas con las que además es frecuente que se asocie el TDAH.

El objetivo de este trabajo es analizar, a propósito de un caso clínico, las comorbilidades del TDAH y las dificultades diagnósticas y de tratamiento que de ellas se derivan.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se presenta el siguiente caso clínico.

Se trata de una mujer de 35 años en seguimiento en psiquiatría desde hace 5 años por trastorno de ansiedad no especificado y síndrome depresivo moderado en contexto de varios estresores psicosociales.

La paciente es madre de dos hijos (un varón de 15 años y una niña de 9 años) fruto de un matrimonio anterior, del que la separación fue "traumática". Actualmente se encuentra viviendo con una nueva pareja desde hace unos cinco años. Sacó el título de Auxiliar administrativo aunque nunca ha ejercido de ello. Ha tenido múltiples empleos: como camarera en negocio con anterior pareja que tuvo que cerrar, en limpieza y en telefonía móvil como dependienta. En la actualidad se encuentra en situación de inactividad laboral. Su hija padece dislexia y el hijo ha sido diagnosticado recientemente de TDAH, sin presentar otras patologías.

Como antecedentes médico-quirúrgicos destaca una intervención de cirugía bariátrica (técnica de derivación biliopancreática de Scopinaro) hace 11 años por obesidad mórbida. Como consecuencia de esta intervención presentó un síndrome de oclusión intestinal que precisó intervención quirúrgica en tres ocasiones y episodios de suboclusión por los que ha sido varias veces hospitalizada. La paciente padece también asma bronquial (por la que ha precisado varios ingresos). En el momento actual la paciente continúa presentando en ocasiones clínica digestiva consistente sobre todo en vómitos por los que está siendo estudiada en el Servicio de Digestivo. No alergias medicamentosas hasta la fecha. Ha presentado varias intolerancias por efectos secundarios a diferentes psicofármacos entre los que se encuentran la mirtazapina ("*ansiedad por comer sobre todo dulces*") y la trazodona ("*sensación de discomfort en el pecho y dolor menstrual*")

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

No antecedentes psiquiátricos personales previos.

Antecedentes psiquiátricos familiares: tía paterna en tratamiento antidepresivo tras separación conyugal.

El primer contacto con psiquiatría se produjo hace 5 años, durante el ingreso tras intervención quirúrgica por oclusión intestinal. En aquel momento, la paciente había presentado además insuficiencia respiratoria aguda que requirió estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. Una vez en planta, la paciente comenzó a recuperarse pero presentó un cuadro compatible con síndrome ansioso de probable origen mixto: reactivo, adaptativo y orgánico (dolor, insuficiencia respiratoria). *"Me siento muy nerviosa, se me agarrotan los músculos... Cada vez que noto algo me pongo nerviosa porque siento que algo va mal."* Comenzó tratamiento con lorazepam (hasta 3 comprimidos al día) y gabapentina 300mg (1-0-1). Se llevó a cabo seguimiento por parte de su Médico de Atención Primaria quien, hace 3 años, remitió de nuevo a la paciente por "crisis de pánico provocadas por resultados de nueva intervención quirúrgica". En esta primera visita la paciente presentaba sobre todo clínica ansiosa *"me siento desbordada"* en relación a varios estresores psicosociales (nueva intervención quirúrgica por síndrome oclusivo, problemática económica, problemática familiar con mala relación con su pareja y sus hijos.) En las sucesivas visitas los estresores mejoraron pero no así la clínica de la paciente. Refería que persistía el insomnio y el nerviosismo y se acompañaba también de bajo ánimo, tendencia al aislamiento e ideación autolítica pasiva en algunos momentos. Se pautó tratamiento con varios antidepresivos como fluoxetina 20mg, agomelatina, trazodona y mirtazapina sin conseguir mejoría significativa ni adecuada tolerancia. No ha acudido a algunas visitas por "olvidos". En la actualidad se encuentra en tratamiento con escitalopram 10mg (1-0-0) y clorazepato dipotásico 10mg (0-0-1), manteniéndose estable pero sin alcanzar la mejoría completa, persistiendo clínica ansioso-depresiva.

En este último año, como consecuencia del diagnóstico de TDAH en su hijo, la paciente consulta porque se siente identificada, tanto en este momento como cuando era una niña. Se le aplican los cuestionarios ASRS (Adult ADHD Self- Report Scale v1.1) [3] y DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for Adult ADHD)[4]. Para ambos cuestionarios se cuenta con la colaboración de su pareja, que corrobora lo que la paciente afirma. En el ASRS la puntuación en la sección A es de 5/6 y en la sección B de 9/12. (Se considera este cuestionario positivo cuando se puntúa al menos 4 en la sección A, lo que hace necesario la realización de otro test diagnóstico. La puntuación en la sección B permite conocer mejor otros aspectos también frecuentes en la enfermedad.) En el caso de la DIVA 2.0 presenta en la sección de déficit de Atención 5 puntos en la edad adulta y 8 puntos en la infancia. En la sección de Hiperactividad tiene una puntuación de 6 tanto en la edad adulta como en la infancia. Cumple también criterios C,D,E. (Se considera positivo puntuar 4 o más en ambas escalas así como cumplir el resto de criterios.) Ambos

## TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

cuestionarios son positivos. La paciente es diagnosticada de TDAH subtipo combinado (314.01-F90.2).

En la siguiente tabla se recogen los principales ejemplos aportados por la paciente durante la entrevista, en los síntomas codificados tal y como se presentan en la entrevista DIVA 2.0:

A2	Adulto: <i>“No soy capaz de terminar de leer un libro ni de ver una película”</i> Infancia: <i>“Me ocurría lo mismo. No prestaba atención ni siquiera a los dibujos animados”</i>
A3	Adulto: <i>“No suelo enterarme cuando me hablan. Con mi pareja tengo problemas por ese motivo”</i> Infancia: <i>“Cuando me reñían en casa o en el colegio me evadía y luego no sabía lo que me habían dicho”</i>
A7	Adulto: <i>“Siempre tengo que comprobar antes de salir de casa que he cogido todas las cosas porque se me olvidan con frecuencia y tengo que volver”.</i> Infancia: <i>“Perdía muchas chaquetas porque me las olvidaba en clase, los libros...”</i>
A8	Adulto: <i>“Me distraigo con todo, mi pareja se queja de que no podemos mantener una conversación”</i> Infancia: <i>“No me enteraba de mucho en clase, con una mosca que pasara volando yo ya no hacía caso”</i>
H/I 3	Adulto: <i>“Voy siempre corriendo a todos los sitios, aunque no tenga prisa.”</i> Infancia: <i>“Me decían que siempre estaba moviéndome, me subía a los árboles...”</i>
H/I 4	Adulto: <i>“No puedo evitar el hablar o meter baza en las conversaciones aunque no me gusta ser la protagonista. Es algo interno, no puedo estar callada ni en los entierros.”</i> Infancia: <i>“Eso me ha pasado de siempre. Siempre me reñían por ello.”</i>
H/I 7	Adulto: <i>“Siempre hablo antes de que hayan terminado los demás”</i> (Durante la entrevista así se objetiva) Infancia: <i>“Tantas veces me han reñido también por eso...”</i>

En este momento, todavía no ha recibido tratamiento específico para el TDAH. La paciente se encuentra con clínica digestiva (vómitos continuos) y está siendo sometida a múltiples pruebas por este motivo, por lo que ha preferido retrasar el comienzo del tratamiento. Se ha planteado comenzar con atomoxetina dado el predominio de la clínica ansiosa, que como se verá más adelante, podría empeorar si se utilizaran estimulantes como el metilfenidato. Además la atomoxetina tiene acción antidepresiva con lo cual podrá favorecer la mejoría de la clínica depresiva asociada que no ha respondido completamente con el tratamiento anterior.

Este caso nos plantea especialmente la siguiente cuestión: ¿Es el síndrome ansioso depresivo padecido por la paciente una manifestación genuina psiquiátrica comórbida con este nuevo

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

diagnóstico o por el contrario forma parte de las manifestaciones clínicas del TDAH que la paciente según la entrevista diagnóstica ha podido padecer desde la infancia?

En el sentido de reflexionar acerca de esta cuestión se plantea el análisis de las comorbilidades del TDAH y los problemas acerca de su diagnóstico y su tratamiento. Se ha seguido la siguiente metodología de trabajo: revisión no sistemática de artículos científicos indexados en base de datos PUBMED que contengan en su título o en su resumen/abstract los siguientes términos MeSH de búsqueda: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Comorbidities y Adult, seleccionando para este trabajo aquéllos cuyo contenido del resumen se ajustara más convenientemente a los objetivos de este trabajo. Se han seleccionado exclusivamente aquellos trabajos de menos de 10 años de antigüedad (2005-2015).

El estudio se ha centrado en las principales comorbilidades psiquiátricas del TDAH. Acerca del caso que se ha presentado resulta interesante señalar la relación existente entre TDAH y obesidad. Se sugiere que comportamientos como falta de atención e impulsividad que caracterizan el TDAH podrían contribuir a comer en exceso [5]. El TDAH puede producir obesidad o contribuir en buena medida a que esta aparezca, bien porque al tratarse de un trastorno de la función ejecutiva causa un estilo de vida desorganizado proclive al descontrol alimentario o bien, porque la ansiedad y la depresión secundarias al TDAH llevan al paciente a usar la comida como satisfacción sustitutiva y ansiolítico al igual que en otros trastornos de la conducta alimentaria [6]. Por otra parte, y en relación también con el caso recogido, señalar que se indagó sobre si la paciente al comenzar con la clínica ansiosa estaba realizando un uso mayor de salbutamol (tratamiento utilizado en su caso como rescate para las crisis asmáticas), ya que este puede provocar taquicardia, sensación de nerviosismo... La paciente afirmó que no había cambiado su patrón de uso. En cuanto a la cirugía de la obesidad está demostrado que presenta consecuencias psicosociales favorables. Estos pacientes mejoran los índices de calidad de vida con un aumento del índice de salud global y una mejor adaptación social. En varios estudios se hace patente una mejoría de los síntomas psiquiátricos tras la cirugía bariátrica, sobre todo en los síntomas depresivos. Sin embargo, los síntomas de ansiedad no parecen mejorar tras la intervención [7]. En algunas series se ha visto que los trastornos psiquiátricos comórbidos con la obesidad mórbida tienden a persistir en el postoperatorio [8]. Estudios recientes señalan una mejoría en la función cognitiva de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, tanto en memoria como en atención [7]. Es importante no pasar por alto que algunas complicaciones médicas derivadas de las técnicas malabsortivas de cirugía bariátrica como son la anemia, el déficit de B12 o el déficit proteico podrían dar lugar a alteraciones en la función cognitiva. Este aspecto está siendo cada vez mejor controlado gracias a suplementos nutricionales, como los que recibía la paciente del caso tras la intervención.

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **RESULTADOS**

El diagnóstico y el manejo del TDAH del adulto son, a menudo, complejos. Esto es debido principalmente, a la frecuente comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos cuyos síntomas se pueden solapar, pero también a la idea equivocada de que el TDAH es una enfermedad exclusiva de la infancia, a la visión negativa del tratamiento con fármacos estimulantes y a las diferencias en las manifestaciones clínicas con respecto al TDAH en la infancia [9, 10, 11].

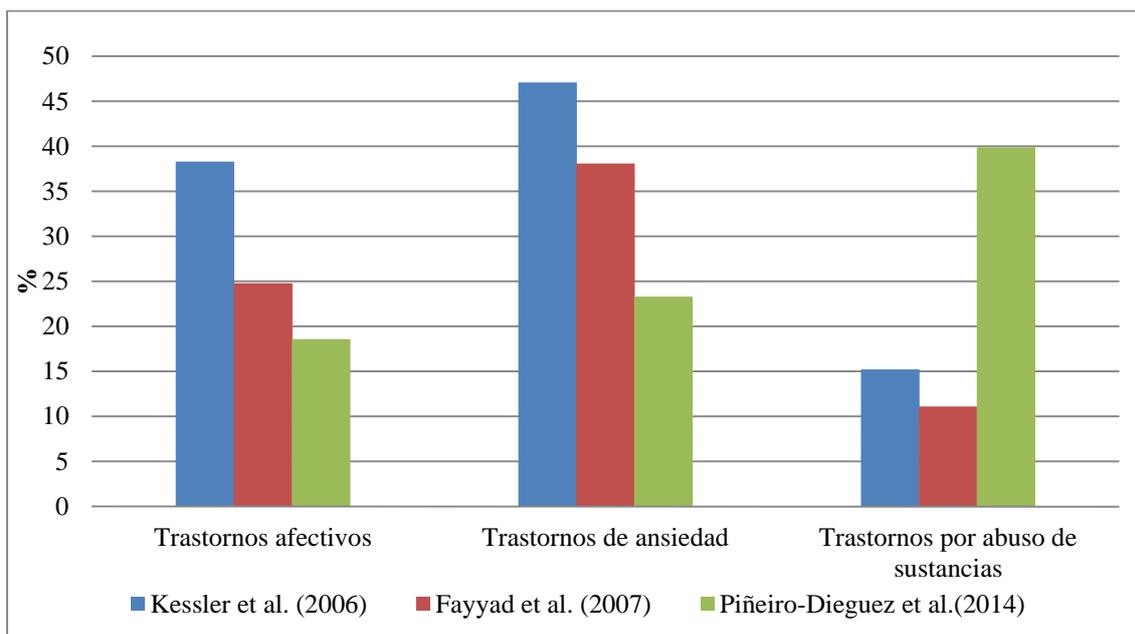
La falta de atención es, quizá, el síntoma predominante en el TDAH del adulto, [12, 13] identificada comúnmente como dificultad para organizar tareas o actividades, olvidos en las actividades diarias, pérdida frecuente de objetos necesarios para las tareas o actividades... Sin embargo, las alteraciones en la atención están presentes en muchos trastornos psiquiátricos. La hiperactividad en los adultos se hace patente de una forma menos intensa que en los niños. Se manifiesta como una inquietud excesiva, una dificultad para permanecer sentado durante largo tiempo o una tendencia a trabajar de forma excesiva. La irritabilidad y la disforia también son manifestaciones de los adultos con TDAH. La impulsividad en adultos con TDAH se manifiesta en impaciencia, incapacidad para evaluar situaciones, planes y para completar tareas asignadas. Una historia clínica que revele durante largo tiempo inatención, inquietud, impulsividad, inestabilidad en la historia de las relaciones, errores en el trabajo y tendencia a finalizarlos o dificultades en el manejo de las finanzas personales debería aumentar la sospecha de posible TDAH [11].

Como ya se ha anunciado previamente, la frecuente presencia de comorbilidades psiquiátricas complica el diagnóstico del TDAH en el adulto. Una historia clínica detallada es vital a la hora de ordenar la aparición de los síntomas psiquiátricos para valorar si precedieron o siguieron al TDAH, si esos síntomas son episódicos y unidos a ciertos momentos o situaciones o más bien son crónicos y presentes en todos los ambientes. De esta forma sería más fácil discernir si se trata de una condición secundaria al TDAH o independiente de éste [12, 13].

Múltiples estudios se han llevado a cabo para estudiar la presencia de comorbilidades psiquiátricas en adultos diagnosticados de TDAH. Se estima que entre un 50 a un 75% de los adultos con TDAH presentan comorbilidad psiquiátrica [9]. Sin embargo, no todas las enfermedades psiquiátricas son igual de frecuentes entre los adultos que presentan TDAH. Se plantea en forma de gráfica la comparación entre la prevalencia de las principales comorbilidades psiquiátricas en adultos afectados de TDAH halladas en diferentes estudios.

## TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gráfico 1. Principales comorbilidades psiquiátricas en adultos con TDAH.



Se han tomado los datos procedentes de los siguientes estudios: Kessler et al. (2006)[2], Fayyad et al (2007) [1] y Piñeiro-Dieguez et al. (2014) [14]. Con el fin de hacerlos comparativos se han establecido estos grupos principales sin considerar subgrupos diagnósticos. Se consideran los porcentajes de adultos con TDAH afectados de dichas comorbilidades psiquiátricas. Así en Kessler et al [2] encontramos que en un 38.3% de pacientes con TDAH se encuentra algún trastorno afectivo, en un 47,1% algún trastorno de ansiedad y en 15,2% trastorno por abuso de sustancias. Los datos recogidos en el de Fayyad et al [1] serían un 24.8% para los trastornos afectivos, 38.1% en trastornos de ansiedad y un 11.1% en abuso de sustancias. En el caso del estudio de Piñeiro-Dieguez et al [14] se establece un 18.6% para trastornos afectivos; un 23.3% para trastornos de ansiedad y un 39.9% para el trastorno por abuso de sustancias. En los estudios de Kessler [2] y de Fayyad [1] se establecen comparaciones de comorbilidades entre pacientes afectados de TDAH y un grupo control (no afectados). Además calculan el porcentaje de afectados de distintos trastornos psiquiátricos que también presentan TDAH. Sin embargo, el estudio de Piñeiro-Dieguez [14] sólo cuenta con pacientes afectados de TDAH que reciben al mismo tiempo el diagnóstico de TDAH y el de la respectiva comorbilidad. Esto podría explicar las variaciones encontradas, ya que los otros dos estudios hacen referencia a un periodo de tiempo más largo (12 meses anteriores en el caso de Kessler y a lo largo de la vida en el caso de Fayyad). Es preciso señalar que los estudios de Kessler y Fayyad son poblacionales mientras que el de Piñeiro se trata de una serie de casos. También se ha revisado el estudio de Cumyn L et al (2009) [15] en el que se comparan prevalencias de comorbilidades a nivel del Eje I diagnóstico en pacientes con TDAH (47.1%) con pacientes sin TDAH (27.1%) así como a nivel del Eje II

## TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

(trastornos de personalidad), donde se objetiva un 50.7% para los afectos de TDAH con respecto al 38,7% para los no afectos.

A continuación se pasa a exponer brevemente aquellos aspectos más relevantes del diagnóstico diferencial entre el TDAH y las principales enfermedades psiquiátricas comórbidas, así como las implicaciones en el tratamiento derivadas de ellas.

**Trastornos de ansiedad.** Los trastornos de ansiedad, y entre ellos especialmente el Trastorno de Ansiedad Generalizada, comparten síntomas con el TDAH tales como el déficit en atención y concentración [16] así como también la irritabilidad. Sin embargo, en los trastornos de ansiedad hay normalmente síntomas somáticos (por ejemplo fatiga, tensión muscular y trastornos del sueño) y psicológicos (ej. preocupación excesiva e incontrolable) que son manifestaciones típicas de la ansiedad mientras que en el TDAH estos no son comunes [11]. Otros trastornos de ansiedad más prevalentes entre pacientes con TDAH que en los que no tienen TDAH incluyen trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobia específica [10].

La importancia clínica de identificar trastornos de ansiedad en el paciente adulto con TDAH reside en las diferencias en el tratamiento farmacológico elegido. Los psicoestimulantes, primera línea en la farmacoterapia del TDAH [17, 18] a veces, pueden inducir o empeorar síntomas de ansiedad así como problemas en el sueño; en tales casos, el prescriptor puede considerar el uso de una medicación no estimulante como es la atomoxetina [11].

En el caso presentado, la paciente presenta tanto los síntomas característicos del TDAH como aquellos más distintivos de la ansiedad arriba explicados, lo cual podría deberse a que sobre el TDAH se asocia un aumento de ansiedad en contexto de estresores psicosociales y de salud.

**Trastornos afectivos.** Suponen uno de los diagnósticos más frecuentes comórbidos con el TDAH en el adulto. De entre ellos destacamos la depresión mayor y el trastorno bipolar.

La depresión mayor y el TDAH comparten síntomas similares tales como disminución en la atención, memoria y concentración así como también un aumento de la irritabilidad. Sin embargo, la depresión mayor está caracterizada por bajo estado de ánimo y síntomas tales como anhedonia y apatía, alteraciones en el apetito, disminución de la energía (astenia) mientras que en el TDAH esto no es así [16]. De la misma forma que tampoco se suelen encontrar en el TDAH ideación o actos suicidas [11]. Algunos factores como la edad de comienzo de los síntomas, los síntomas presentes y la historia familiar deben ser considerados cuando nos planteamos este diagnóstico diferencial. La edad de comienzo para el TDAH se suele situar en la infancia mientras que la edad de comienzo de la depresión es a menudo, la adolescencia [19].

El trastorno bipolar y el TDAH son dos trastornos distintos que pueden coexistir juntos, especialmente cuando se trata del bipolar II. Ambos están asociados con hiperactividad, aceleración en el curso del pensamiento o taquipsiquia, distraibilidad, impulsividad y taquifasia

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

aunque estos síntomas están limitados a los episodios maníacos o hipomaniacos del trastorno bipolar y son persistentes de forma crónica en el TDAH. En otras palabras, el trastorno bipolar presenta un curso cíclico mientras que el TDAH presenta un curso crónico. Sin embargo, el trastorno bipolar puede ser diferenciado por la prominencia de los síntomas de la esfera afectiva. Ideas delirantes de grandiosidad, disminución de las horas de sueño, hipersexualidad y taquipsiquia son más específicas del trastorno bipolar. De hecho, el episodio maníaco debería ser considerado como el diagnóstico más probable en estos casos, y estar atentos al comienzo de síntomas tales como los psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones...que no se hallan presentes en el TDAH), comportamientos erráticos y groseros, irritabilidad, aumento de la energía, disminución de la necesidad de sueño [20, 21]. De distinta forma, los adultos con TDAH muestran un patrón crónico de aumento de energía, tiempo de sueño disminuido (aunque esto no siempre ocurre), disminución de la atención y a menudo refieren no ser capaces de frenar sus pensamientos para lograr la relajación. Es preciso señalar en este punto que los adultos con trastorno bipolar y TDAH comórbido tienen típicamente más episodios hipomaniacos que aquellos con trastorno bipolar exclusivamente [22].

En pacientes con TDAH y un trastorno afectivo comórbido se recomienda que el trastorno afectivo sea tratado con intervención farmacológica antes que el TDAH [10, 11]. Se debería revalorar al paciente una vez hayan cedido los síntomas de la esfera afectiva para valorar los síntomas residuales del TDAH. Si los síntomas de TDAH continúan siendo problemáticos y causan alteraciones en la funcionalidad, deberían ser tratados con un estimulante a menos que haya una contraindicación para ello. Es importante tener en cuenta que algunos síntomas asociados con trastornos afectivos, como los trastornos en el sueño, pueden empeorar con la medicación estimulante. En el trastorno bipolar, el tratamiento con medicación estimulante puede estar asociado con un viraje hacia fase maníaca o hipomaniaca o una exacerbación de la misma, por ello la opción de la medicación no-estimulante sería la preferida [23].

En el caso presentado, la paciente había sido diagnosticada de síndrome depresivo moderado ya que presentaba bajo estado de ánimo, tendencia al aislamiento y, en algunas ocasiones, ideación autolítica pasiva. Como se ha recogido al comienzo de este apartado, estos síntomas aparecen en la depresión, pero no así en el TDAH, con lo cual podemos concluir que la depresión se trata, en este caso, de un trastorno comórbido.

**Trastorno por abuso de sustancias.** Las estimaciones en la prevalencia de abuso y dependencia de sustancias entre los pacientes con TDAH varían, como ya hemos visto, entre los diferentes estudios. No obstante, todos coinciden en que es más frecuente que en aquellos pacientes que presentan TDAH [1, 2, 14]. Según un reciente estudio [24] los pacientes que presentaron criterios de TDAH fueron significativamente más propensos a reportar la historia de trastorno por abuso de sustancias para el consumo excesivo de alcohol (OR = 2,05; IC del 95

## TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

% : 1,21 a 3,45 ) y anfetaminas (OR = 1,96; IC 95% : 1.26 a 3.6 ). A esto se le añade un aumento del riesgo de dependencia de moderada duración (3-4 años) para benzodiazepinas y anfetaminas y de larga duración (superior a 5 años) para el alcohol y opiáceos distintos de la heroína o la metadona.

Hay varias teorías que pretenden explicar el riesgo aumentado de abuso de sustancias en pacientes con TDAH. Una teoría ha propuesto que determinados rasgos en la personalidad entre los que se encuentran la búsqueda de la novedad y la impulsividad, comunes a TDAH y abuso de sustancias, podrían resultar de un sustrato neurológico compartido. Otra teoría sugiere que los pacientes con TDAH que se automedican para aliviar la gran variedad de síntomas de TDAH asociado a la impulsividad característica de la enfermedad y al pobre juicio crítico que a veces presentan, supone un riesgo para la dependencia de sustancias. Por último, algunos consideran que los pacientes con TDAH utilizan drogas para lograr la aceptación social [10].

Dada la frecuencia de asociación entre ambos trastornos, resulta de especial importancia realizar un despistaje de abuso de sustancias en los pacientes diagnosticados de TDAH y lo mismo a la inversa. El trastorno por abuso de sustancias puede exacerbar o distorsionar las manifestaciones del TDAH e interferir con los efectos del tratamiento para el TDAH y su cumplimiento. Así, la impulsividad que es característica del TDAH puede ser especialmente grave en aquellos individuos que además presentan abuso de sustancias en los que el control de impulsos está especialmente deteriorado. No obstante se recomienda que el diagnóstico de TDAH se aplase hasta que el abuso de sustancias se haya estabilizado, incluso en individuos con una historia de la infancia de TDAH. Esto encuentra la explicación en que algunos medicamentos estimulantes utilizados para tratar el TDAH son valorados como drogas de abuso y los individuos con trastornos de abuso de sustancias podrían simular síntomas del TDAH con el fin de obtener un medicamento estimulante. En cualquier caso, se prefiere que en pacientes con historia de abuso de sustancias que presentan además TDAH se prescriba medicación no-estimulante [11].

**Trastornos de personalidad.** La comorbilidad de los trastornos de personalidad con el TDAH del adulto no ha sido muy estudiada, encontrando menos referencias en la literatura en comparación con otros trastornos. El estudio de Cumyn L et al. (2009) [15] recoge que el 50,7% de los adultos con TDAH presentan comorbilidad en el eje II con respecto al 38,2% para los que no presentan TDAH. En este artículo se recoge la idea de que el TDAH puede alterar la personalidad, lo cual podría aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad en un futuro; así como que ambos trastornos podrían compartir la misma diátesis extrema de personalidad. Entre los trastornos de personalidad comórbidos con el TDAH destacan el trastorno límite (o de inestabilidad) y el antisocial de la personalidad.

El trastorno límite de personalidad especialmente comparte con el TDAH la impulsividad; también los problemas en el autocontrol pero estos últimos están más relacionados con el TDAH

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

que con el trastorno límite. En cuanto a las diferencias entre ellos, es preciso señalar que el trastorno límite de personalidad se asocia con una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos que el TDAH [11] y con temores de abandono, gestos autolesivos y pensamiento dicotómico, que no aparecen en el TDAH. Además el TDAH se caracteriza sobre todo por un patrón crónico de inatención e hiperactividad que no se objetiva en el trastorno límite de personalidad [10]. El subtipo combinado de TDAH es el que más se relaciona con el trastorno límite, un 24,1% de paciente este subtipo presentan trastorno límite de personalidad. El trastorno límite de personalidad es más frecuente en mujeres que en hombres con TDAH [15].

Otro trastorno de personalidad que se asocia con bastante frecuencia al TDAH es el antisocial. Ambos trastornos comparten la impulsividad y la irritabilidad, si bien en el caso del TDAH no se asocia con tanta frecuencia a agresividad como en el trastorno antisocial y cuando aparece está relacionada sobre todo con la frustración. Además el trastorno antisocial se relaciona impulsividad entendida como un desprecio temerario hacia su seguridad y la de otros mientras que en el TDAH la impulsividad se traduce una "falta de previsión" que a veces conlleva el compromiso de la seguridad pero inintencionado [11]. El trastorno antisocial se caracteriza por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás (según criterios DSM 5) que se traduce entre otros en fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, deshonestidad (frecuentes mentiras, estafas) para obtener un beneficio personal o por placer, falta de remordimientos, irresponsabilidad persistente; aspectos que no se encuentran en el TDAH. El trastorno antisocial de la personalidad es más frecuente en hombres que en mujeres con TDAH [15].

La importancia en detectar la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de personalidad reside en que estos pacientes pueden necesitar intervenciones adicionales tales como la terapia dialéctico conductual en pacientes con trastorno límite para tratar graves síntomas como son las autolesiones y las percepciones distorsionadas [11].

### **CONCLUSIONES**

El TDAH del adulto es una patología frecuente (prevalencia estimada del 3,4% [1]) que se caracteriza por síntomas de falta de atención, hiperactividad e impulsividad que llevan a un deterioro funcional significativo. A pesar de que el TDAH se ha considerado como una enfermedad infantil, los síntomas pueden persistir en la edad adulta e incluso ser diagnosticado de novo [9]. El TDAH se asocia con mucha frecuencia a otras enfermedades psiquiátricas suponiendo todo un reto diagnóstico y terapéutico para el profesional. Es preciso tener en cuenta que muchos síntomas de estas enfermedades comórbidas se solapan con aquellos característicos del TDAH. De todo ello se deriva la importancia de una historia clínica completa y detallada que nos permita conocer cómo comenzaron los síntomas y cómo han ido evolucionando [11].

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Los trastornos comórbidos más frecuentes con el TDAH en el adulto son los trastornos de ansiedad, afectivos y por abuso de sustancias; encontrándose diferencias en la prevalencia según las series consultadas (gráfico 1) [1, 2, 14]. Aunque el tratamiento farmacológico del TDAH de primera línea son los estimulantes (metilfenidato, principalmente), en ocasiones se prefiere el uso de no-estimulantes cuando aparecen comorbilidades ya que a menudo, el uso de estimulantes puede empeorar algunos síntomas asociados con frecuencia a estas comorbilidades como son la ansiedad o las alteraciones en el sueño [10, 11].

No obstante, y según la bibliografía consultada, cuando se examina la relación entre el TDAH y los trastornos comórbidos no queda siempre claro si el TDAH y la enfermedad comórbida representan distintas facetas del mismo trastorno o si es verdaderamente independiente el uno del otro. Pese a ello es preciso remarcar la importancia de un buen diagnóstico diferencial por las implicaciones que ello puede tener de cara al tratamiento [10].

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fayyad J, De Graaf R, Kessler J, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 402-409.
2. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of Adult ADHD in the United States: Result from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006; 163 (4): 716-723.
3. Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto-V1.1 ((asrs-v1.1) De la entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS. World Health Organization 2004. En: <http://www.help4adhd.org/documents/adultadhdselfreportscale-asrs-v1-1.pdf>
4. Kooij J, Francken MH. Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos. Fundación DIVA. 2010. En: [http://www.psyq.nl/files/183411/DIVA\\_2\\_Spaans.pdf](http://www.psyq.nl/files/183411/DIVA_2_Spaans.pdf)
5. Canadian ADHD Practice Guidelines, 3rd ed. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA); 2011. [www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26&Itemid=70&lang=](http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=70&lang=)
6. Martínez de Velasco R, Barbudo E, Pérez-Templado J, Silveira B, Quintero J. Revisión de la asociación entre obesidad y TDAH. *Actas Esp Psiquiatr*. 2015;43(1):16-23
7. Yung Chien-Yen, Chin-Kuan Huang, Chi-Ming Tai. Psychiatric aspects of bariatric surgery. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 37(5):374-379.

## TDAA DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO

8. Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev Chilena de Cirugía*. 2006; 6 (58): 481-485.
9. Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol*. 2006; 42(10): 600-606.
10. Kooij JJS, Huss M, Asherson P, Akehurst R, Beusterien K, French A et al. Distinguishing Comorbidity and Successful Management of Adult ADHD. *J Attend Disord*. 2012; 16 (5): 3S-19S.
11. Mao AR, Findling RL. Comorbidities in Adult Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder: A Practical Guide to Diagnosis in Primary Care. *Postgrad Med*. 2014; 126(5):42-51
12. Babcock T, Ornstein CS. Comorbidity and its impact in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: a primary care perspective. *Postgrad Med*. 2009;121(3):73-82.
13. Primich C, Iennaco J. Diagnosing adult attention-deficit hyperactivity disorder: the importance of establishing daily life contexts for symptoms and impairments. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012; 19(4): 362-373.
14. Piñeiro-Dieguez B, Balanzá-Martínez V, García-García P, Soler-López B, The CAT Study Group. Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study. *J Attend Disord*. 2014.
15. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in Adults With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Can J Psychiatry*. 2009; 54 (10) 673-683.
16. Moss, S. B., Nair, R., Vallarino, A., & Wang, S. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, (2007) 34, 445-473.
17. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: the European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10:67.
18. Rostain AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: evidence-based recommendations for management. *Postgrad Med*. 2008;120(3):27-38
19. Goodman D. Adult ADHD and comorbid depressive disorders: diagnostic challenges and treatment options. *CNS Spectr*. 2009; 14(7 suppl. 6): 5-7; discussion 13-14.
20. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:137-150.
21. Brus MJ, Solanto MV, Goldberg JF. Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *J Psychiatr Pract*. 2014; 20(6): 428-37
22. Ryden E, Thase ME, Straht D, et al. A history of childhood attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120(3):239-246. 14.

## **TDAH DEL ADULTO Y SUS COMORBILIDADES: A PROPÓSITO DE UN CASO**

23. Wingo AP, Ghaemi SN. Frequency of stimulant treatment and of stimulant-associated mania/hypomania in bipolar disorder patients. *Psychopharmacol Bull.* 2008;41(4):37-47
24. Young JT, Carruthers S, Kaye S, Allsop S, Gilsean J, Degenhardt Let al. Comorbid attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorder complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug Alcohol Rev.* 2015;34(6):683-93.