

Complicaciones y comorbilidades en el Trastorno por déficit atencional / hiperactividad en el adulto

Complications and comorbidities in attention deficit hyperactivity disorder in adults

Dr. Luis Cobos ¹, Dr. Jorge González-Hernández ²

1. Residente de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae.

2. Docente de Neurología, Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae

Correspondencia: drluiscobos@gmail.com

Resumen

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es un trastorno neurológico crónico, que corresponde a una disfunción del desarrollo prefrontal, caracterizado por alteraciones de la atención, funciones ejecutivas, impulsividad y/o hiperactividad, que impacta significativamente la calidad de vida del paciente. Ocurre en un 6 % de los jóvenes y 3 % de adultos. El 30 a 70% de los niños con TDAH permanecerá con síntomas relevantes en la adultez (Barkley 2002)

Numerosos estudios lo han asociado a secuelas que no sólo afectan la calidad de vida y desempeño de los portadores, sino también su supervivencia.

Para poder detectar y prevenir las complicaciones y comorbilidades asociadas a TDAH, es necesario un alto índice de sospecha y evitar estigmatizaciones que sólo retrasan el tratamiento.

Introducción

Los primeros reportes del TDAH fueron de carácter literario. Por ejemplo en el año 1775, Melchior Adam Weikard, médico alemán, habría hecho la primera descripción de un trastorno con las características del TDAH (Doyle 2004). Durante los próximos años diversos autores, describieron varios casos de déficit de atención, hiperactividad y sus deficiencias asociadas. En 1902, George Still, médico del Reino Unido, escribió la primera descripción sistemática del trastorno en una revista científica, presentando una serie de casos (Still 1902). Desde 1907 se describe el impacto del TDAH en los escolares. En 1917, el neurólogo y psiquiatra español Gonzalo Rodríguez-Lafora describió los síntomas del TDAH en pacientes pediátricos y que probablemente sea de etiología

genética (Lafora 1917). En 1932 la Organización Mundial de la Salud acuñó el término “trastorno hipercinético” (Kramer 1932, Neumarker 2005) (Doyle 2004)

En 1937 el Dr. Charles Bradley publicó un estudio de los efectos benéficos de la Benzedrina para el TDAH. En 1960, la Administración de Drogas y Alimentos de EE. UU. aprobó el metilfenidato (Ritalin) para los trastornos del comportamiento en paciente pediátricos.

Si bien es cierto inicialmente se consideró esta patología como propia de los niños, a partir de 1975 comenzaron a aparecer reportes de su prolongación en la vida adulta (Wood 1976).

Desde 1970 hasta la actualidad, los criterios de diagnóstico para el TDAH en el DSM han evolucionado y se han establecido en la última versión, considerando también el diagnóstico en el adulto.

Actualmente se considera que aproximadamente la mitad de los niños con TDAH seguirán teniendo síntomas significativos en la vida adulta. (Smith 2015, Perez 2014). Aún hay un alto porcentaje de subdiagnóstico en adultos, siendo que se cuenta con tratamiento efectivo.

Numerosos estudios han evidenciado, una comorbilidad importante del TDAH con trastornos psiquiátricos, del desarrollo y complicaciones, especialmente en casos no tratados. (Kessler 2006)

El objetivo de este trabajo es revisar la literatura referente a las complicaciones y comorbilidades en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en el adulto.

Diagnóstico según el DSM-5 (DSM-5)

El diagnóstico de TDAH es eminentemente clínico y se basa en una evaluación exhaustiva de los antecedentes médicos, del desarrollo, educativos, cognitivos y conductuales. Se basa en la detección de criterios de inatención y/o hiperactividad-impulsividad explícitamente especificados en el DSM, estables, de inicio en la infancia, en cantidad y severidad suficientes para afectar la calidad de vida del individuo en diferentes esferas, y que no se explique mejor por otro trastorno del desarrollo, neurológico o psiquiátrico.

Complicaciones y comorbilidades del TDAH

Numerosos estudios sobre TDAH detallan los tipos de complicaciones médicas y psiquiátricas, que estos pacientes pueden padecer. Estos estudios han sido determinados comparando personas con TDAH medicados y no medicados, logrando establecer que los adultos con TDAH sin tratamiento tienen probabilidades bastante mayores de presentar complicaciones y comorbilidades. (Faraone 2021, Ramos 2006)

Se ha determinado que aproximadamente el 75% de los pacientes adultos con TDAH, han presentado una o más complicaciones o comorbilidades relacionadas (Morais 2014), las cuales se han registrado en varios estudios en diversos países. Estos significativamente superan su frecuencia respecto a la población sin TDAH (Valdizán 2009, Thomas 2016). Dentro de estas podemos mencionar:

1. Calidad de vida deteriorada
2. Lesiones accidentales
3. Muerte prematura (principalmente asociada a accidentes y en menor medida a suicidios)
4. Crimen, delincuencia y condenas por delitos penales
5. Bajo rendimiento académico y repetición de años escolares
6. Cesantía
7. Adicciones (alcohol, drogas, nicotina, juegos)
8. Embarazos no deseados
9. Delitos sexuales
10. Divorcio
11. Trastornos psiquiátricos
 - a. Depresión
 - b. Ansiedad
 - c. Trastorno bipolar
 - d. Trastornos de personalidad
 - e. Trastorno obsesivo-compulsivo
 - f. Trastornos conversivos
12. Trastornos del desarrollo
 - a. Dislexia
 - b. Trastornos de coordinación motriz
 - c. Trastorno de espectro autista
 - d. Tics - Sd. Tourette
13. Sobrepeso y obesidad
14. Alergias y asma
15. Diabetes mellitus
16. Trastorno del sueño
17. Enfermedades de transmisión sexual

En las tablas 1 y 2 se muestran porcentajes aproximados de algunas complicaciones y comorbilidades específicas descritos en la literatura. (Holguín 2008)

<u>Tabla 1. Complicaciones asociadas al TDAH</u>	
	Porcentaje y frecuencia
Accidentes y heridas	40-50%
Crimen y delincuencia	60-70%
Bajo rendimiento académico	50%
Reducción de empleo	40%
Trastorno por uso de sustancias	50%
Delitos sexuales	3,7 veces más de riesgo
Embarazo no deseado	38%
Divorcio	28%

<u>Tabla 2. Comorbilidades asociadas al TDAH (psiquiátricas y no psiquiátricas)</u>	
	Porcentaje y frecuencia
Depresión	27%
Ansiedad	25-50%
Trastorno bipolar	10%
Dislexia	20%
Trastorno del Espectro Autista	33%
Trastornos de personalidad	12-28%
Tics - Sd. Tourette	11%
Trastorno de conducta disocial	40%
Sobrepeso y obesidad	40-50%
Trastornos de conducta por impulsividad	18-28%

También han sido reportados otros trastornos psiquiátricos asociados a TDAH: trastornos de afectividad, trastornos de aprendizaje de lecto-escritura, trastornos de coordinación motriz, actitud oposicionista desafiante, comportamiento impulsivo-agresivo, trastorno obsesivo-compulsivo (Faraone 2006, Holguín 2008)

Reportes de otros trastornos no psiquiátricos asociados a TDAH: alergias, asma, diabetes mellitus, enfermedades de transmisión sexual (Faraone 2006, Holguín 2008)

Mecanismos postulados en las complicaciones y comorbilidades

En la actualidad no se ha logrado establecer con exactitud la etiopatogenia que provoca complicaciones y comorbilidades de TDAH, pero sí existen varias hipótesis y teorías tanto genéticas, neuroquímicas y psicosociales.

- Factores genéticos relacionados al origen de comorbilidades y complicaciones

Referente a los factores genéticos, se han realizado varios estudios que demuestran que son heredables hasta en un 70% (Coolidge et al 2000)

Se han determinado múltiples proteínas que elevan el riesgo de presentar TDAH, como los receptores de dopamina DRD4 y DRD5, el transportador de dopamina DAT, y otras proteínas como el DBH, 5-HTT, HTR1B, y SNAP-25. (Faraone 2001), y de esta forma podrían estar relacionados directa o indirectamente con las complicaciones y comorbilidades presentes en TDAH, pero se necesitan más estudios que confirmen estos datos.

- Factores neuroquímicos relacionados al origen de comorbilidades y complicaciones

Las teorías explicativas neuroquímicas describen como origen de comorbilidades y complicaciones atribuidas al TDAH por una alteración en el desarrollo de los circuitos cerebrales del córtex prefrontal, los ganglios basales y las conexiones fronto-estriadas, lo que provoca fallos en el sistema ejecutivo del cerebro y los mecanismos de inhibición y autocontrol (Soutullo y Díez 2007). Estas alteraciones en el funcionamiento encefálico se explican debido al desequilibrio de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina, que provoca que la producción de estos dos neurotransmisores sea irregular. El déficit de dopamina y noradrenalina provoca problemas en los circuitos reguladores de varias zonas encefálicas como el córtex prefrontal, el cuerpo caloso y los ganglios basales, lo que altera el funcionamiento de las funciones ejecutivas, responsables de dirigir el foco de atención, organizar, planificar y regular la conducta e inhibir estímulos irrelevantes de lo que nos rodea.

- Factores psicosociales relacionados al origen de comorbilidades y complicaciones

Determinados estudios asocian algunos agentes externos como exacerbantes o contribuyentes a la aparición del TDAH durante la etapa gestacional (factores prenatales) o cercano al nacimiento (perinatales) como: el tabaquismo, estrés y ansiedad maternas durante el embarazo. Sin embargo, no existen evidencias científicas concluyentes de que haya una relación directa de causa efecto. (Faraone 1998, Spencer 2007)

Conclusiones

Se ha estimado que al menos el 70% de los adultos con TDAH presenta al menos un trastorno comórbido o secuelas relacionadas del tipo graves repercusiones económicas, laborales, académicas, familiares, así como a accidentes de tráfico y a la presencia de otras patologías psiquiátricas.

Debemos tener presente la existencia comorbilidades que presentan características clínicas compartidas con el TDAH del adulto para su estudio simultáneo. Al saber identificarlas, podremos tratarlas simultáneamente y de esta forma optimizar la calidad de vida de los pacientes. Algunas patologías, como por ejemplo la ansiedad o depresión, pueden en sí mismas presentar síntomas de inatención, problemas de memoria, inconstancia, o inquietud. En este contexto, es necesario para el correcto diagnóstico de TDAH, constatar que estos síntomas están presentes desde la infancia, y permanecen presentes aún cuando la enfermedad psiquiátrica está compensada.

En el contexto de los severos problemas personales, familiares y sociales que pueden derivar del TDAH, es necesario aumentar su detección en adultos, considerando además que, a menudo, el primer motivo de consulta de estos pacientes es por quejas de memoria, complicaciones psiquiátricas, u otras complicaciones médicas (ej: obesidad, accidentes).

Dada la alta frecuencia de comorbilidades y complicaciones asociadas a TDAH del adulto, es necesario, buscarlas dirigidamente cuando se evalúa este tipo de pacientes.

Existe evidencia contundente de que el tratamiento eficaz de TDAH, ayuda a reducir la aparición, la persistencia y la gravedad de los trastornos comorbidos y complicaciones. (Faraone 2021)

Referencias bibliográficas

- Barkley RA. *J Abnorm Psychol*. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. 2002; 111(2):279.
- Coolidge FL, Thede LL, Young SE. Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: a preliminary investigation. *Dev Neuropsychol* 2000. 17:273–287.
- Doyle R. The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2004. 27:203-214
- DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición
- Faraone, SV, Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, MA. Declaración de consenso internacional de la Federación Mundial de TDAH: 208 Conclusiones basadas en la evidencia sobre el trastorno. *Revisiones de neurociencia y biocomportamiento*, 2021. 128, 789–818.

- Faraone S. Optimizing Treatment of ADHD From Adolescence Through Adulthood. *Medscape Psychiatry & Mental Health*. 2006;11: 2.
- Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J (2001b): Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine d(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 158: 1052–1057.
- Faraone S, Biederman J, Weber W. Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998. 37 (2): 185-93
- Holguín J., Cornejo W. Some considerations on comorbidity of ADHD: clinical and epidemiological features. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S51-S57
- Kessler RC, Adler L, Barkley R. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):716-23
- Morais Nogueira, Mariana. Casas Brugué, Miquel. Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: Clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS). Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal). 2014
- Ramos Quiroga, J.A., Bosch-Munsó,R., X. Castells-Cervelló , X. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de neurología* (2006); 42 (10): 600-606.
- Soutullo, C. y Díez. Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH. Madrid: Editorial Médica Panamericana 2007.
- Spencer T, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Ambul Pediatr* 2007. 7 (1 suppl): 73-81
- Thomas E. Brown, PhD. Creciendo con el TDAH: Cuestiones de Cuidado Clínico. 29 de enero 2016
- Valdizán J., Izaguerri-Gracia A.C. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *REV NEUROL* 2009; 48 (Supl 2): S95-S99
- Wood D, Reimhen F, Wender P, Johnson G. Diagnosis and Treatment of Minimal Brain Dysfunction in Adults. *Arch Gen Psychiatry* 1976. 33: 1453-1460