



Cuando el TDAH comienza en la adultez: ¿Un trastorno distinto?

Tao Coll-Martín, Hugo Carretero-Dios y Juan Lupiáñez

Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada, España

Tipo de artículo: Actualidad.

Disciplinas: Psicología, Psiquiatría, Neurociencias.

Etiquetas: desarrollo, atención, TDAH.

Durante un largo tiempo se ha considerado el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) como un trastorno del desarrollo, lo que en última instancia supone aceptar que las personas adultas que lo padecen lo llevarían arrastrando desde la infancia. Sin embargo, estudios longitudinales han puesto de manifiesto no solo que el TDAH puede comenzar en la adultez, sino también que este inicio tardío es lo habitual en la población adulta con TDAH. Saber si el TDAH de inicio en la adultez es un trastorno distinto al TDAH convencional resulta primordial, puesto que entraña importantes consecuencias para la práctica clínica.



(c) fizkes.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se define habitualmente como una condición del neurodesarrollo caracterizada por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad que interfiere con el funcionamiento social, académico o laboral (American Psychiatric Association [APA], 2013). Aunque durante décadas se pensaba que el TDAH afectaba únicamente a niños en edad escolar, progresivamente se ha ido tomando conciencia de que este trastorno puede estar presente en la edad adulta. De hecho, la actual versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de

Trastornos Mentales, el DSM-5, ha sido la primera en incorporar criterios diagnósticos específicos para el TDAH en la adultez, que afecta a un 2.5% de esta población, frente al 5% de casos en la infancia.

Una presuposición sostenida por manuales diagnósticos, personal clínico y el público general ha sido que el TDAH adulto no es más que una continuación de un TDAH infantil que se ha hecho persistente. El propio DSM-5 incluye al TDAH dentro de los trastornos del neurodesarrollo y afirma que “el TDAH empieza en la infancia” (APA, 2013, p. 61). En consecuencia, establece que para diagnosticar este trastorno es imprescindible que los síntomas hayan comenzado antes de los 12 años.

Sin embargo, este supuesto fundamental del TDAH adulto comenzó a ponerse en entredicho a partir de una investigación pionera de Moffitt y colaboradores (2015). Este estudio realizó un seguimiento a 1009 individuos desde su nacimiento hasta los 38 años. Sorprendentemente, encontraron que apenas había solapamiento entre el grupo de participantes que habían sido diagnosticados en la infancia y los que posteriormente recibieron el mismo diagnóstico en la adultez (véase la Figura 1).

Este inesperado hallazgo, posteriormente replicado en otras cohortes (p. ej., Agnew-Blais et al., 2016), pone de manifiesto no solo que el TDAH puede comenzar en la adultez, sino también que este inicio tardío es de hecho lo más habitual entre los casos de TDAH adulto. Es probable que en la práctica clínica tienda a ignorarse el criterio de edad de inicio para realizar el diagnóstico de TDAH en adultos, dado que son personas

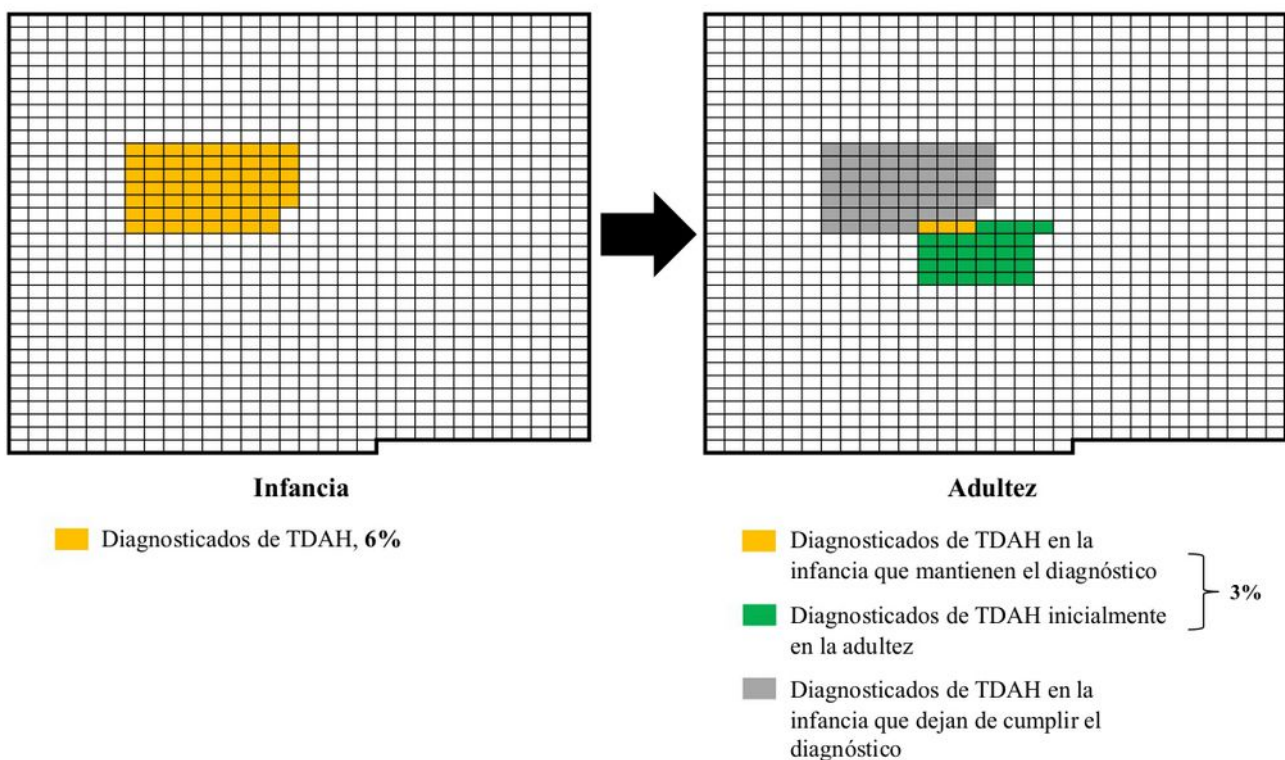


Figura 1. Resultados del seguimiento de una cohorte representativa compuesta por 1009 individuos de Nueva Zelanda desde su nacimiento hasta los 38 años (Moffitt et al., 2015). Cada uno de ellos está representado por un elemento de la cuadrícula. Una primera evaluación diagnóstica de TDAH tuvo lugar cuando estos participantes estaban en su infancia (panel izquierdo). Posteriormente, cuando los participantes tenían 38 años se volvió a realizar un diagnóstico de TDAH, pero excluyendo el criterio de la edad de inicio de síntomas (panel derecho). Como era de esperar, los resultados mostraron un 6% de diagnósticos de TDAH en la infancia y un 3% en la adultez, porcentajes cercanos a los índices de prevalencia establecidos. La sorpresa llegó cuando observaron que ambos grupos de personas con TDAH estaban compuestos por individuos prácticamente distintos. Concretamente, solo un 5% de quienes fueron diagnosticados de TDAH en la infancia mantuvieron el diagnóstico en la adultez, mientras que el 90% de personas adultas con TDAH no habían recibido el diagnóstico cuando eran infantes.

afectadas que necesitan tratamiento (Moffitt et al., 2015) y siempre cabe sospechar que el paciente adulto seguramente tuvo sintomatología TDAH en la infancia, aunque tenga dificultad para recordarlo. Sin embargo, el estudio de Moffitt y sus colegas disipa estas especulaciones, pues encuentra que gran parte de los individuos adultos con TDAH ni siquiera llegaban a manifestar síntomas subclínicos cuando fueron evaluados en la infancia.

Así, aunque la existencia de un TDAH de inicio en la adultez es ya un fenómeno ampliamente aceptado en la comunidad científica, la controversia gira en torno a la siguiente cuestión: ¿qué relación tiene este trastorno con el TDAH de inicio en la infancia? Una posibilidad es que las diferencias entre ambas formas del trastorno sean meramente cuantitativas. Es decir, que las personas con TDAH tardío tengan una condición menos severa o ciertos factores de protección (p. ej., apoyo familiar, menos demandas, habilidades cognitivas compensadoras) que demoren la aparición de los síntomas clínicos hasta que los factores de riesgo aumenten o los de protección disminuyan. La otra posibilidad es que el TDAH tardío sea un trastorno de

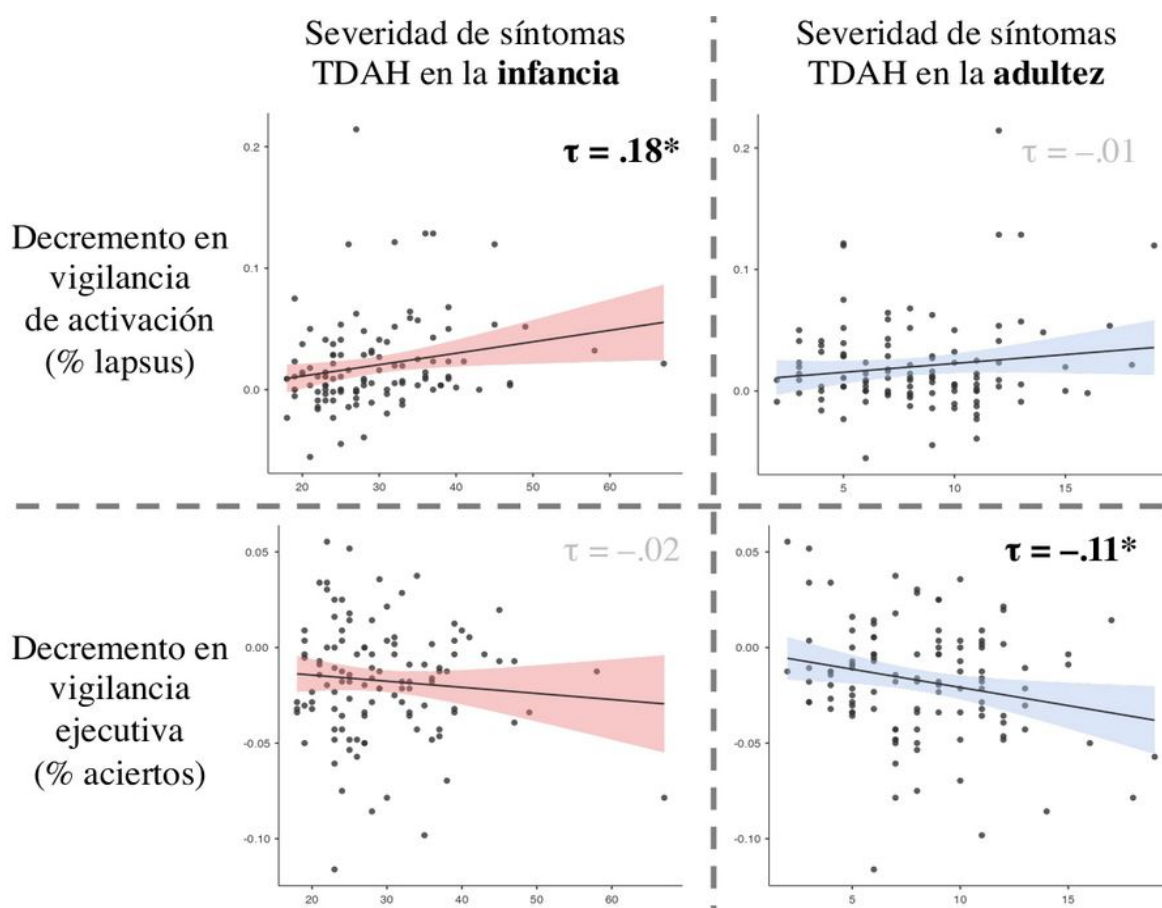


Figura 2. Diagramas de dispersión mostrando la correlación entre los síntomas TDAH (en la infancia y en la adultez) y los componentes de la vigilancia (de activación y ejecutiva). La severidad de los síntomas TDAH en la infancia y en la adultez (ejes de abscisa) se midió con las escalas BAARS-IV y ASRS-5, respectivamente. La vigilancia de activación se calcula como el incremento en el porcentaje de lapsus (respuestas excesivamente lentas) que se produce en la tarea a medida que pasa el tiempo. La vigilancia ejecutiva se mide como el decremento paulatino en el porcentaje de veces que el participante detecta correctamente el desplazamiento infrecuente del estímulo objetivo. En negrita y con asterisco se muestran los coeficientes de correlación que resultaron significativos. Se puede observar que, en tanto que el decremento en la vigilancia de activación se relaciona con los síntomas en la infancia, el decremento en la vigilancia ejecutiva lo hace con los síntomas en la adultez.

naturaleza cualitativamente distinta del TDAH convencional. A favor de esta idea está que el grupo de TDAH tardío, a diferencia del anterior, muestra una menor heredabilidad, una distribución por sexos más equitativa y un nivel de síntomas en la infancia claramente alejado del umbral diagnóstico (Agnew-Balis et al., 2016; Moffitt, et al., 2015).

Una estrategia especialmente útil para profundizar en la naturaleza de esta distinción consiste en comparar el perfil neuropsicológico de ambos tipos de TDAH. Un estudio reciente de nuestro grupo de investigación (Coll-Martín et al., 2021) puede arrojar luz en este asunto. En él pedimos a 120 estudiantes universitarios que evaluaran el grado en que recordaban haber experimentado síntomas TDAH en su infancia y el grado en que los experimentaban en la actualidad. Posteriormente, empleamos una tarea atencional que medía dos componentes de vigilancia: la mera reactividad al ambiente (vigilancia de activación) y la capacidad para detectar estímulos relevantes infrecuentes (vigilancia ejecutiva). Ambos componentes suelen decaer durante el tiempo de ejecución de la tarea (Hemmerich et al., 2020, <http://www.cienciacognitiva.org/?p=2007>).

Como se muestra en la Figura 2, nuestros resultados arrojaron una doble disociación. Mayores niveles de sintomatología TDAH en la infancia se asociaron con un peor funcionamiento de la vigilancia de activación, pero no de la vigilancia ejecutiva. En cambio, la severidad de los síntomas en la adultez estaba relacionada con un rendimiento más pobre en la vigilancia ejecutiva, pero no en la de activación.

Aunque estos resultados deben considerarse preliminares y se ven limitados por el hecho de basarse en autoinformes retrospectivos para medir síntomas en la infancia, estos hallazgos apoyarían la concepción del TDAH adulto como una entidad cualitativamente distinta a la de su homólogo en la infancia, con una etiología propia que merece ser explorada en futuros estudios. De hecho, algunas teorías influyentes sobre el desarrollo del TDAH, como el modelo de Halperin y Schulz (2006), podrían encontrar un mayor acomodo al distinguir la aparición tardía del trastorno.

En definitiva, el reconocimiento del TDAH de inicio en la adultez ha propiciado una nueva línea de investigación para desentrañar su naturaleza y, en consecuencia, ajustar su abordaje práctico. Si las diferencias con el TDAH convencional no van mucho más allá de la edad de inicio, entonces tendría sentido eliminar este criterio diagnóstico para así poder abarcar su debut en la adultez. En cambio, si se encuentran evidencias de que el TDAH tardío es un síndrome cualitativamente distinto del anterior, sería más razonable recogerlo como una nueva categoría diagnóstica fuera de los trastornos del neurodesarrollo.

Referencias

- Agnew-Blais, J. C., et al. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73, 713–720.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (5^a ed.).
- Coll-Martín, T., Carretero-Dios, H., & Lupiáñez, J. (2021). Attentional networks, vigilance, and distraction as a function of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in an adult community sample. *British Journal of Psychology*, 112, 1053–1079.
- Halperin, J. M., & Schulz, K. P. (2006). Revisiting the role of the prefrontal cortex in the pathophysiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Bulletin*, 132, 560–581.
- Moffitt, T. E., et al. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 172, 967–977.

Manuscrito recibido el 13 de febrero de 2022.

Aceptado el 8 de septiembre de 2022.