

Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez. Segunda parte: clínica del TDAH en la adultez, evaluación diagnóstica, comorbilidades y diagnósticos diferenciales

First Argentine Consensus on the management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adulthood. Second part: ADHD clinics in adulthood, diagnostic assessment, comorbidities and differential diagnoses

Andrea Abadi¹, Marcelo Cetkovich-Bakmas², Hernán Kliijnjan³, Norma Echavarria⁴, Alicia Lischinsky⁵, Pablo López⁶, Claudio Michanie⁷, Tomás Maresca⁸, Carolina Remedi⁹, Osvaldo Rovere¹⁰, Fernando Torrente¹¹, Marcela Waisman Campos¹², Gerardo Maraval¹³, Teresa Torralva¹⁴, Diego Canseco¹⁵, Amalia Dellamea¹⁶, Andrea López Mato¹⁷, Gustavo Vázquez¹⁸, Alejo Corrales¹⁹

<https://doi.org/10.53680/vertex.v36i167.802>

RECIBIDO 1/9/2024 - ACEPTADO 15/10/2024

¹Psiquiatra Infanto-Juvenil. Directora del Departamento Infanto-Juvenil y Docente, Universidad Favaloro.

²Vice Presidente AAP. Director Médico de INECO. Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Favaloro. <https://orcid.org/0000-0001-6822-1406>

³Presidente de la Asociación de Psiquiatría de Rosario. Cátedra de Psiquiatría de Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

⁴Presidente Capítulo TDAH (AAP). Miembro de la Federación Mundial de TDAH. <https://orcid.org/0009-0006-3655-3434>

⁵Directora del Depto. de Salud Mental y Psiquiatría. FCM. Universidad Favaloro. Directora Diplomatura en TDAH en la adultez, Universidad Favaloro. <https://orcid.org/0000-0002-2610-3492>

⁶Secretario Académico de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro. Director de la Carrera de Psicología, Universidad Favaloro. Director Académico de INECO. Coordinador de Centro Cochrane Afiliado-Fundación INECO. Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7368-2220>

⁷Psiquiatra Infanto-Juvenil. Jefe de Sección Infanto-Juvenil del Departamento de Psiquiatría de CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

⁸Presidente de AAPB, Argentina.

⁹Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

¹⁰Miembro Capítulo TDAH (AAP).

¹¹Director de Psicoterapia del Grupo INECO. Decano, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro. Investigador del Instituto de Neurociencias Cognitivas y Traslacionales (CONICET-Fundación INECO-Universidad Favaloro). <https://orcid.org/0000-0001-7470-6979>

¹²Psiquiatra. Neuróloga Cognitiva. Magíster en Neuropsicofarmacología. Directora del Centro Neomed. Docente titular, Maestría de Neuropsicofarmacología, Universidad Favaloro y de Maestría de adicciones, USAL. <https://orcid.org/0000-0003-2728-7876>

¹³Asociación de Psiquiatría de Rosario.

¹⁴Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT), Instituto de Neurología Cognitiva, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina.

¹⁵Farmacéutico. Especialista en Biotecnología Bioquímico-Farmacéutica y Divulgador Científico por la Facultad de Farmacia y Bioquímica (FFyB), Universidad de Buenos Aires (UBA).

¹⁶Directora y profesora de los cursos de Redacción de Materiales Científicos y de Divulgación Científica, de la Secretaría de Posgrado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires (UBA). Posgraduada en el Programa de Divulgación Científica (CONICET-UBA). Magíster en Educación Social y Animación sociocultural (Universidad de Sevilla).

¹⁷Instituto de Psiquiatría Biológica Integral IPBI. Buenos Aires, Argentina.

¹⁸Department of Psychiatry, School of Medicine, Queen's University. Kingston, Ontario, Canadá. <https://orcid.org/0000-0002-2918-3336>

¹⁹Magíster en Biología Molecular e Ingeniería Genética, Universidad Favaloro. Docente de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT). Presidente del Capítulo de Psiquiatría genética (AAP), Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-5224-5267>

Autor correspondiente

Alejo Corrales

alejocorrales@hotmail.com

Institución donde se realizó el estudio: Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica (AAPB).



Resumen

Este documento corresponde a la Segunda Parte del Primer Consenso Argentino sobre el manejo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la adultez, en la que se sintetiza la evidencia actualizada sobre los abordajes terapéuticos integrales de esta patología en pacientes adultos. Siguiendo la metodología descrita en la primera parte del consenso, el panel de expertos realizó una exhaustiva revisión de la bibliografía y, tras un debate sobre la información disponible, se generó esta segunda sección del documento, que abarca los aspectos clínicos y diagnósticos. Durante la elaboración de estas guías, se decidió incorporar algunos puntos que estimamos serán de gran utilidad para los equipos interdisciplinarios encargados de tratar a pacientes adultos con TDAH. En tal sentido, en la segunda parte de este documento se abordarán los aspectos clínicos del TDAH en la adultez, la evaluación diagnóstica, el perfil neuropsicológico, las comorbilidades y los diagnósticos diferenciales.

Palabras clave: detección del TDAH adulto, atención, hiperactividad, comorbilidad psiquiátrica, evaluación diagnóstica, neuropsicología, comorbilidad médica no psiquiátrica, diagnósticos diferenciales

Abstract

This document constitutes the second section of the First Argentine Consensus on the management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adulthood. The focus of this section is the synthesis of updated evidence on comprehensive therapeutic approaches to the condition in adult patients. The methodology described in the first part of the Consensus was followed, with the panel of experts carrying out an exhaustive review of the literature. This was followed by a subsequent debate on the available information, which resulted in the generation of this second section of the document, covering clinical and diagnostic aspects. During the debate and discussion stage of the formulation of these guidelines, it was decided to incorporate some points that are believed to be of great utility for the interdisciplinary team responsible for the management of ADHD patients in adulthood. In this sense, the second part of this document will address the clinical aspects of ADHD in adulthood, diagnostic assessment, neuropsychological profile, comorbidities and differential diagnoses.

Keywords: adult ADHD screening, attention, hyperactivity, psychiatric comorbidity, diagnostic assessment, neuropsychology, non-psychiatric medical comorbidity, differential diagnoses

10. Clínica del TDAH en la adultez¹

Aunque los síntomas centrales del TDAH siguen siendo básicamente los mismos que en la infancia —es decir, falta de atención, hiperactividad e impulsividad—, su expresión puede variar considerablemente. La modificación fenotípica de los síntomas del TDAH en la adultez ha sido ampliamente reconocida como la razón por la cual este trastorno se consideraba superado en esta fase de la vida (Pallanti y Salerno, 2020).

La presentación clínica es muy heterogénea y muestra un espectro sintomático amplio que puede solaparse con otros desórdenes de salud mental, enfermedades somáticas o ciertas situaciones como la privación de sueño o el cansancio extremo (Franke et al., 2018), por lo que es muy importante que se in-

cluya la capacitación entre profesionales de la salud y la educación para su correcta identificación.

Las manifestaciones sintomáticas del TDAH en adultos se expresan de manera dimensional (Heidbreder, 2015). Los síntomas característicos pueden encontrarse en el espectro general de la población; sin embargo, en las personas afectadas por el trastorno, estos síntomas se presentan con una mayor intensidad y frecuencia, y persisten a lo largo de la vida, causando una disfunción significativa en múltiples áreas. Así, los individuos con TDAH han convivido con estos síntomas a lo largo de su vida, frecuentemente identificándolos como parte de su personalidad (Martel et al., 2011). En algunos casos, los afectados pueden no reconocerlos como fuera de lo normal. En contextos

1. La numeración de apartados es correlativa de la Primera Parte de este Consenso, publicada en el número 166 de Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, disponible en el siguiente enlace: [LINK](#)

clínicos, un motivo común para que los adultos busquen una evaluación es el diagnóstico de TDAH en sus propios hijos o en alguien cercano. Actualmente, con la mayor divulgación en redes sociales y medios de comunicación sobre el trastorno, muchos pacientes acuden a sus médicos solicitando una evaluación diagnóstica para el TDAH (CADDRA, 2020).

Un adulto con TDAH normalmente informará que tiene dificultades para comenzar con las tareas, priorizar actividades y hacer las cosas de manera organizada. Los adultos jóvenes que han decidido continuar sus estudios y asistir a la universidad pueden quejarse de una tendencia a posponer las cosas para el último momento (procrastinación) y de experimentar una falta de motivación cuando tienen que terminar tareas largas y monótonas. Así, lo normal es que no logren organizarse consistentemente y que tengan un estilo de vida caótico, en donde la mala gestión del tiempo y el lema “luego lo haré” generalmente se hacen evidentes para aquellas actividades que les resultan aburridas, desagradables o que no pertenecen al “ocio” (Kooij, 2019).

En ocasiones, estos aspectos pueden ser reportados por uno de los padres, por la pareja o por otras personas cercanas al individuo que está siendo evaluado y que niega ser “ese tipo de persona”. De hecho, el paciente puede reiterar que encuentra dificultades solo en aquellas cosas que no le gusta hacer, porque serían inútiles y sin valor para él. Sin embargo, se ha descrito en la literatura científica un exceso de concentración o “hiperfoco” en personas con TDAH cuando realizan actividades que les parecen interesantes (Kooij, 2019).

La dificultad para mantener el interés y el rendimiento en tareas consideradas “poco interesantes” o lentas es una característica clínica significativa en individuos con TDAH, acompañada de una alta variabilidad en su desempeño. Por ejemplo, un paciente con este trastorno puede sobresalir en una o dos actividades que le resulten particularmente atractivas, mientras que puede rendir deficientemente o descuidar otras de igual o mayor importancia. Esto puede llevar a que los observadores interpreten su comportamiento como falta de voluntad o pereza, especialmente en tareas cotidianas como pagar cuentas, responder mensajes, organizar compras o agendar citas médicas (Asherson, 2005).

Además, suelen presentar dificultades para expresar una idea en forma sencilla y clara. En efecto, pueden mostrar esfuerzo para pensar o definir opciones, y en las consultas exhiben una comunicación confusa por las excesivas ramificaciones que tiene el relato de su historia (Kooij, 2022).

En la edad adulta, la hiperactividad puede no ser tan evidente y constituye un síntoma que experimenta una transformación significativa a lo largo de la vida. Puede manifestarse como una sensación de inquietud interna, incapacidad para permanecer quieto durante períodos prolongados y la necesidad constante de mantenerse ocupado. Las personas con TDAH a menudo describen su experiencia como si funcionaran con un mecanismo de “encendido-apagado”: en los días “encendidos”, típicamente laborales, pueden sentirse extremadamente enérgicos, ocupados y en una carrera constante contra el tiempo; por otro lado, en los días “apagados” o de descanso—como fines de semana o vacaciones—, pueden experimentar una sensación extrema de pereza, falta de motivación y aburrimiento profundo. La práctica de un deporte puede ayudar a reducir el nivel de hiperactividad y hacerlo más manejable, aunque existe el riesgo de practicarlo en exceso, lo que puede llevar a lesiones (Kooij, 2019).

En adultos con TDAH, la impulsividad, al igual que en la infancia, sigue manifestándose a través de una serie de comportamientos. Estos incluyen actuar sin pensar primero, mostrar impaciencia y dificultad para esperar el turno, hacer comentarios que pueden ser percibidos como faltos de tacto, gastar dinero en exceso, abandonar empleos, iniciar y terminar relaciones de manera abrupta debido al aburrimiento, buscar novedades y participar en comportamientos riesgosos como conducir imprudentemente, consumir sustancias y participar en actividades transgresoras (Pallanti y Salerno, 2020).

Además de los síntomas centrales del TDAH, la disregulación emocional (DE) está frecuentemente presente en adolescentes y adultos con este trastorno, y ha sido reconocida en el DSM-5 como un elemento que respalda el diagnóstico. De hecho, la DE está presente en el 53-86 % de los adultos con TDAH (Reimherr, 2010a; Robinson, 2010), y parece estar más fuertemente correlacionada con la hiperactividad/impulsividad que con la falta de atención (Barkley, 2018; Skirrow, 2013). Es posible que las personas con TDAH sufran problemas de conducta, tanto por su capacidad alterada para percibir emociones, como por su escaso potencial para controlar y cambiar la valencia emocional (Shaw et al., 2014; Martel, 2011). La DE puede manifestarse como aumento de la irritabilidad, arrebatos de mal genio, pérdida de la templanza, baja tolerancia a eventos o situaciones frustrantes, resentimiento y enojo con facilidad con los demás (Pallanti y Salerno, 2020).

La DE se diferencia de la labilidad emocional que caracteriza los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos, ya que refleja respuestas emocionales excesivas ante eventos o interacciones con otras personas. Estos cambios son de corta duración y pueden regresar a sus valores iniciales en pocas horas (Kooij, 2019; Skirrow, 2013). Hay evidencia que indica que la labilidad emocional responde al tratamiento de manera paralela a los síntomas centrales del TDAH (Reimherr, 2010a; Reimherr, 2010b; Rösler, 2010) (ver Tabla 3).

La divagación mental (*mind wandering*) es una experiencia universal en la que la mente se aleja de la actividad principal y se centra en pensamientos e imágenes internos que no están relacionados con esta tarea (Smallwood, 2006). El TDAH parece caracterizarse por una divagación mental excesiva y espontánea (es decir, involuntaria), que podría deberse a la regulación alterada de la red en modo predeterminado y a la actividad de la red de control ejecutivo. En efecto, según Bozhilova et al. (2018), los déficits de rendimiento cognitivo que caracterizan a las personas con TDAH pueden resultar de la distracción interna debido a una divagación mental excesiva, o de la interferencia con las funciones neuronales dependientes de tareas causadas por una actividad en modo predeterminado alta.

Por otro lado, la divagación mental también es una peculiaridad de otros trastornos de salud mental, como los trastornos depresivos y obsesivos. Sin embargo, en el TDAH, esta se caracteriza por pensamientos dispersos, desenfocados y de corta duración, sin un patrón repetitivo o anormalidades en el contenido. La investigación ha encontrado que la divagación excesiva de la mente está fuertemente correlacionada con los síntomas del TDAH y es un sólido predictor del diagnóstico, con una sensibilidad y especificidad de alrededor del 90 % para diferenciar entre casos y controles. Además, esta divagación covariaba con los síntomas del TDAH durante un período de seis meses y era un mejor predictor de alteraciones relacionadas con el TDAH que los síntomas de falta de atención e hiperactividad-impulsividad (Mowlem, 2019).

En la actualidad, existen dos manuales que se utilizan para diagnosticar el TDAH: el DSM-5 (ver Tabla 4) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Dado que el TDAH ha sido reconocido como un trastorno que afecta a personas a lo largo de su vida, los criterios de diagnóstico para adolescentes y adultos se han ajustado en el DSM-5. A continuación,

se destacan algunos de los aspectos más relevantes.

- Al presente, el TDAH se encuentra en el capítulo “Trastornos del Neurodesarrollo”, que incluye afecciones asociadas con factores que comprometen al desarrollo del cerebro.
- Se han adaptado los criterios de diagnóstico y se añadieron ejemplos que describen cómo se expresan los síntomas del TDAH a lo largo de la vida.
- El criterio de edad de inicio se ha modificado, y se requiere que varios síntomas estén presentes antes de los 12 años, en lugar de algunos síntomas y deterioro antes de los 7 años.
- El término “subtipo” ha sido reemplazado por “forma de presentación”, lo que refleja la variación de los síntomas del TDAH dentro del mismo individuo a lo largo de la vida.
- El umbral de síntomas requerido se ha reducido a cinco en lugar de seis para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17), ya sea en el dominio de falta de atención o de hiperactividad/impulsividad.
- Los criterios que requieren un deterioro significativo se han modificado a “evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico y ocupacional”, con especificadores relacionados con el nivel de gravedad.
- La presencia de un trastorno del espectro autista (TEA) ya no es un criterio de exclusión, coincidiendo con la evidencia que muestra su frecuente coexistencia.
- El TDAH no especificado de otra manera (NOS, por sus siglas en inglés) se ha cambiado a “otro TDAH especificado” y “TDAH no especificado”.

La CIE-11, publicada en junio de 2018 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualiza la nomenclatura del TDAH y reemplaza la denominación anterior de “trastorno hiperactivo” (HKD, por sus siglas en inglés). Esta nueva clasificación alinea sus criterios diagnósticos más estrechamente con los del DSM-5, especialmente en relación con la edad de inicio y las variantes de presentación del trastorno (Kooij et al., 2019).

El DSM-5 y la escala ADHD Simpson Rating Scale (ASRS) identifican 18 síntomas que no siempre se correlacionan con la presentación clínica en adultos. Por ejemplo, al evaluar síntomas de hiperactividad/impulsividad, un individuo puede no sentirse identificado con descripciones como “estar en constante movimiento” o “sentirse impulsado por un motor”, pero puede manifestar otros comportamientos característicos, como iniciar múltiples proyectos a la vez,

Tabla 3. Manifestaciones relacionadas con el TDAH en el adulto

Hiperactividad	Sensación interna de inquietud
	Dificultad para relajarse
	Avances y retrocesos en actividades
	Hablar en exceso, muy rápido y con un volumen alto
	Dificultad para tolerar trabajos sedentarios (por ejemplo, trabajo de oficina) debido a la necesidad de moverse en exceso
	Incapacidad para permanecer quieto, con tensión muscular incrementada
	Movimientos nerviosos, <i>fidgeting</i> (inquietud), <i>rocking</i> (vaivén), y balancearse en las sillas
	Tropezar o llevarse cosas por delante debido a movimientos excesivos
	Incremento de movimientos durante el sueño
Desatención	Olvidos
	Distractibilidad
	Presentación caótica
	Dificultad para organizarse
	Dificultad para escuchar
	Dificultad para llegar puntualmente (llegadas muy tardías o muy tempranas)
	Perderse en detalles menores
	Foco excesivo (hiperfoco) temporal en tareas de interés, con dificultad para redirigir la atención cuando es requerido o en actividades cotidianas esenciales
	Dudas y dificultades para tomar decisiones o resolver problemas
	Dificultad para iniciar o finalizar tareas
	<i>Mind wandering</i> (divague de la mente)
	Mente inquieta
	Pensamientos espontáneos no relacionados, constantes, saltando de uno a otro
	Pensamientos múltiples al mismo tiempo
	Pensamiento asociativo
Impulsividad	Dificultad para esperar su turno, asociado a irritabilidad
	Actuar sin pensar
	Hacer comentarios inadecuados que causan malestar a otros
	Búsqueda de riesgos y emociones fuertes
	Iniciar vínculos demasiado rápidamente
	Incapacidad para posponer la gratificación
	Gastos excesivos o inadecuados
	Abandonar o renunciar a los trabajos frecuentemente
Desregulación emocional	Comportamientos por atracón
	Labilidad emocional
	Baja tolerancia a la frustración
	Impulsividad emocional
	Irritabilidad
	Estallidos de enojo bruscos
	Incremento de síntomas premenstruales

Nota: Tomado de "Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD", de J. Kooij et al., 2019, *European Psychiatry*, 56(1), p. 18.

hablar excesivamente, optar por deportes de alto riesgo o tener dificultades para gestionar el dinero. Esto es relevante, ya que, aunque algunas evaluaciones neurocognitivas y neuroimágenes pueden emplearse como herramientas diagnósticas, el diagnóstico del TDAH sigue siendo principalmente clínico (Barkley, 2018).

10.1 Presentación de casos

Los médicos deben mantener un alto índice de sospecha de TDAH en pacientes con antecedentes de problemas de atención, distracciones o comportamientos impulsivos a lo largo de su vida (CADDRA, 2020). Estas dificultades pueden hacerse evidentes durante las consultas de rutina, especialmente en pacientes que manifiestan signos típicos de deterioro. Los siguientes factores deben considerarse señales de alerta:

- Problemas con las habilidades organizativas: citas médicas olvidadas, mala gestión del tiempo, escritorio desordenado, desorganización en los horarios de comidas y sueño, proyectos sin terminar, incumplimiento de la medicación o dificultades para seguir instrucciones.
- Historial laboral inestable: cambios frecuentes de empleo, despidos por llegar tarde o faltar a citas, falta de preparación para reuniones, dificultad para delegar tareas, frustración en empleadores, compañeros de trabajo o clientes.
- Problemas de control de la ira: comportamiento argumentativo con figuras de autoridad, tendencia a ser controlador como padre, conflictos frecuentes con los maestros de los hijos, episodios de ira intensa.
- Hablar en exceso e interrumpir: hablar en voz alta por teléfono en lugares inapropiados, salir abruptamente para estacionar el automóvil nuevamente, responder llamadas durante exámenes o en momentos inoportunos.
- Dificultades en las relaciones de pareja: quejas del cónyuge sobre falta de atención, comentarios impulsivos durante discusiones, olvido de eventos importantes como cumpleaños o aniversarios, rupturas frecuentes.
- Problemas en la crianza: olvidar administrar medicamentos a los hijos, dificultad para establecer y mantener rutinas domésticas, dificultades para llevar a los niños a la escuela a tiempo.
- Mala gestión financiera: no pagar impuestos, sobregiros frecuentes, quedarse sin dinero, realizar compras impulsivas.
- Consumo o abuso de sustancias: uso excesivo de alcohol, marihuana, cafeína o bebidas energéticas.

- Adicciones: acumulación compulsiva, compras descontroladas, adicción sexual, comer en exceso, ejercicio compulsivo o ludopatía.
- Accidentes frecuentes y conductas riesgosas: participación en deportes extremos o frecuentes accidentes.
- Problemas al conducir: multas por exceso de velocidad, accidentes graves, pérdida de la licencia de conducir, o conducción excesivamente lenta como mecanismo de compensación por la falta de atención.

La relación entre síntomas y disfunción varía según el aumento de las demandas del entorno a medida que se transita hacia la adultez. La expectativa de resolver problemas y asumir responsabilidades de manera independiente pone de manifiesto las dificultades en el cumplimiento de estas tareas (Zoromski et al., 2015).

Un estudio de seguimiento a largo plazo (Klein, 2012) demostró que las comorbilidades tienden a aparecer temprano en el curso de la vida (es decir, desde la adolescencia hacia la edad adulta temprana). Por lo tanto, el tratamiento del TDAH en adultos representa una importante necesidad de atención médica que requiere educación médica, establecimientos apropiados dentro del sistema de atención médica e investigación adecuada sobre el tratamiento y la prestación de servicios.

Los pacientes pueden acudir a sus médicos con un síntoma principal que no se encuentre entre los criterios del DSM-5 o que es común a muchos otros trastornos. De hecho, los adultos con TDAH pueden presentar síntomas asociados como procrastinación, desorganización, falta de motivación, problemas relacionados con el sueño, ataques de ira, sensación de agobio acompañada de fatiga y/o estado de ánimo lábil. Es crucial que, mientras el médico evalúa el TDAH como trastorno primario, tenga en cuenta que el paciente se enfoca en la queja asociada (CADDRA, 2011).

El TDAH en adultos puede quedar enmascarado mediante diversas estrategias de compensación que ayudan a las personas no diagnosticadas a manejar sus síntomas. Estas estrategias pueden ser adaptativas, reduciendo el estrés a corto y largo plazo, o desadaptativas, proporcionando alivio a corto plazo, pero incrementando el estrés a largo plazo. Entre las estrategias de afrontamiento desadaptativas se incluyen la evitación, el escape, el retraimiento social, la rumiación, la resignación, la autocompasión, la culpabilidad, la agresión y el uso de drogas (Andreassen et al., 2016).

Entre las estrategias compensatorias adoptadas por adultos con TDAH no detectado, se ha investigado

ampliamente el uso excesivo del trabajo o la adicción al trabajo. Debido a la falta de atención, estas personas pueden no completar todas las tareas dentro de una jornada laboral típica y, por lo tanto, se ven obligadas a permanecer en el trabajo más tiempo (Andreassen, 2016). Además, pueden tener dificultades para concentrarse durante las horas de trabajo debido al ruido ambiental y otras distracciones, por lo que prefieren esperar a que sus compañeros se hayan marchado para poder trabajar sin molestias. Según Andreassen et al., el estrés laboral puede actuar como un estimulante, llevando a las personas con TDAH a elegir trabajos muy dinámicos y variados, caracterizados por alta presión y actividad, lo que les permite alternar entre tareas. Así, los individuos con TDAH pueden utilizar la presión laboral para mejorar su concentración y obtener estimulación (ver Tabla 4).

11. Instrumentos y escalas de evaluación para el diagnóstico y el seguimiento del TDAH en la adultez

El diagnóstico del TDAH en adultos es un proceso complejo que requiere un enfoque integral que incluya información proveniente de diversas fuentes. Por tal motivo la mayoría de las guías de práctica clínica disponibles coinciden en que los instrumentos psicométricos y las escalas de autoinforme del TDAH brindan información complementaria a la entrevista diagnóstica integral (Schneider et al., 2023).

Algunos estudios previos indican que, en muchos casos, el diagnóstico en el ámbito de la atención primaria se basa exclusivamente en medidas de autoinforme, lo que puede derivar en errores diagnósticos graves (Goodman et al., 2012; Schneider et al., 2023). Además, debido al alto costo económico de las entrevistas estructuradas y a su consiguiente menor disponibilidad, el uso excesivo de instrumentos de autoinforme representa una verdadera problemática en algunos países de ingresos bajos y medianos (Schneider et al., 2023).

Aunque existen numerosas herramientas para la evaluación de los síntomas centrales del TDAH, de los síntomas asociados y el monitoreo del tratamiento, en el ámbito local las opciones son significativamente más limitadas. Esto es especialmente importante si se considera la relevancia de contar con instrumentos que tengan indicadores adecuados de validez y confiabilidad en la población argentina, lo que en efecto permite arribar a un diagnóstico más preciso y facilita la adaptación de las intervenciones para maximizar la obtención de resultados favorables (Ramsay, 2017).

A continuación, se describen las entrevistas estructuradas con versiones en español y las opciones de instrumentos de autoinforme que han sido sometidos a algún tipo de análisis psicométrico en la población local.

11.1 Entrevistas estructuradas

La entrevista diagnóstica para el TDAH en adultos (DIVA-5, por sus siglas en inglés) (DIVA Foundation, 2017) es una de las herramientas estructuradas más utilizadas tanto en el ámbito clínico como en la inves-

Tabla 4. Criterios de síntomas del TDAH según el DSM-5

Criterio A1		Criterio A2	
Síntomas de falta de atención		Síntomas hiperactivos-impulsivos	
1	A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en el trabajo escolar	A menudo se mueve inquieto con las manos o los pies o se retuerce en el asiento	
2	A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	A menudo deja su asiento en el aula cuando se espera que permanezca sentado	
3	A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	A menudo corre o trepa excesivamente en situaciones en las que no es apropiado	
4	A menudo no sigue las instrucciones y no termina el trabajo escolar	A menudo tiene dificultad para jugar o realizar actividades de ocio tranquilamente	
5	A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	A menudo está “en movimiento” o actúa como si estuviera “impulsado por un motor”	
6	A menudo evita, no le gustan o se involucra de mala gana en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido	A menudo habla excesivamente	
7	A menudo pierde cosas necesarias para las actividades (por ejemplo, tareas escolares, lápices o libros)	A menudo deja escapar respuestas a las preguntas antes de haberlas completado	
8	A menudo se distrae con estímulos extraños	A menudo tiene dificultades para esperar su turno	
9	A menudo es olvidadizo en las actividades diarias	A menudo interrumpe o se entromete (por ejemplo, se entromete en conversaciones y/o juegos)	

tigación. Esta versión está actualizada según los criterios del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y está disponible en múltiples idiomas, incluido el español.

La DIVA-5 evalúa los síntomas del TDAH tanto en la infancia como en la adultez, su cronicidad y su impacto en la vida cotidiana en cinco áreas de funcionamiento: a) trabajo/educación; b) relaciones y vida familiar; c) contactos sociales; d) tiempo libre; y e) autoconfianza/autoimagen.

Existen otras entrevistas estructuradas disponibles en español, como la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (Ramos-Quiroga et al., 2012) y la Mini International Neuropsychiatric Interview PLUS (Palma-Álvarez et al., 2023), cuya principal limitación es que ambas están basadas en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

11.2 Instrumentos de autoinforme

11.2.1 Escala de calificación de autoinforme del TDAH en adultos

La escala de calificación de autoinforme del TDAH en adultos (ASRS, por sus siglas en inglés) (Kessler et al., 2005) está compuesta por dieciocho ítems, cada uno con cinco opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 4 según la frecuencia de aparición de los síntomas (nunca, raramente, a veces, a menudo y muy a menudo). Como resultado, esta escala permite obtener tres puntuaciones: a) completa; b) total de inatención; y c) total de hiperactividad. Scandar (2021) evaluó la validez y la confiabilidad del instrumento en una muestra de Buenos Aires.

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ASRS está actualizada según los criterios del DSM-5 (Kooij et al., 2019) y se encuentra disponible en este enlace: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/adhd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/adhd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)_final.pdf)

La ASRS puede emplearse tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento del tratamiento, y es aplicable en contextos científicos y clínicos (Knouse y Safren, 2010).

11.2.2 Escala de calificación de Wender Utah

La escala de calificación de Wender Utah (WURS-25, por sus siglas en inglés) (Ward et al., 1993) contiene veinticinco ítems y está diseñada para evaluar retrospectivamente la presencia de síntomas del TDAH en la infancia. La modalidad de respuesta es una escala Likert de cinco puntos (de 0 a 4) en términos de severidad, lo que sitúa el rango de puntuaciones entre 0 y 100.

Este instrumento proporciona una medida retrospectiva de la evolución de los síntomas a lo largo de la vida, y abarca un espectro más amplio de síntomas que a menudo acompañan al TDAH o son comórbidos. Scandar (2021) evaluó la validez y confiabilidad de la WURS-25 en una muestra de Buenos Aires. Aunque en el estudio local no se propusieron puntajes de corte, algunas investigaciones internacionales sugieren un puntaje mayor a 46 si no hay comorbilidad con depresión, y mayor a 36 si la hay (Caroline et al., 2024).

A pesar de su uso extendido en la práctica clínica, algunos autores sostienen que, al basarse en los criterios de Utah y no en los manuales diagnósticos de referencia actuales, su utilidad es limitada como método de evaluación o monitoreo de los tratamientos en adultos con TDAH (Caroline et al., 2024).

Esta escala se puede consultar en el siguiente enlace: <https://fnc.org.ar/assets/files/WURS.pdf>

11.2.3 Escala de impulsividad de Barrat

La escala de impulsividad de Barrat (BIS-11, por sus siglas en inglés) es un instrumento que permite evaluar una variedad de actos que configuran un patrón de comportamiento estable vinculado con la impulsividad. Se compone de treinta ítems dirigidos a medir tres dimensiones de la impulsividad: a) la atencional o cognitiva; b) la motora; y c) la no planeada (Patton et al., 1995). La impulsividad atencional o cognitiva se define como la dificultad para focalizar la atención y para concentrarse. La impulsividad motora se relaciona con la tendencia a comportarse de forma intempestiva, sin mediación cognitiva. Por último, la impulsividad no planeada describe la dificultad para la planificación.

La BIS-11 es un instrumento que se adaptó a numerosas poblaciones y en nuestro país se han evaluado sus propiedades psicométricas en una muestra de Buenos Aires (López et al., 2012). En este estudio, los autores proponen que, si bien es relevante poder evaluar las distintas dimensiones de la impulsividad, el puntaje total de la escala es el que alcanzó los indicadores más robustos de confiabilidad y validez. Además, la dimensión de impulsividad atencional o cognitiva no obtuvo un adecuado índice de consistencia interna.

El instrumento no posee puntaje de corte: a medida que la puntuación aumenta, también lo hace la presencia de impulsividad.

11.2.4 Escala de apatía

Torrente et al. (2011) encontraron que tanto los pacientes con predominio inatento como aquellos con predominio hiperactivo/impulsivo presentan niveles elevados de apatía en comparación con controles sa-

nos. Así, la escala de apatía (Starkstein et al., 1992) es una herramienta útil para medir esta variable. Consta de catorce ítems que pueden ser respondidos por los pacientes o por informantes, y que han sido extraídos de la escala de apatía de Marin (1990, 1991). Las opciones de respuesta van de 0 a 3 en términos de frecuencia (nada, poco, bastante, siempre), y el puntaje total puede variar entre 0 y 42. Al igual que con la BIS-11, no se ha establecido un puntaje de corte específico para esta escala, por lo que puntuaciones más altas deben considerarse indicativas de una apatía más severa.

11.2.5 Escala de autoestima de Rosenberg

Diversos estudios han demostrado una asociación inversa entre los síntomas del TDAH y la autoestima, así como el rol mediador de esta última en la relación entre el TDAH y variables como la ideación suicida, los síntomas de ansiedad y depresión, entre otras (Pedersen et al., 2024). En la Argentina, se cuenta con una validación de la escala de autoestima de Rosenberg (Góngora y Casullo, 2009) realizada en una muestra de la Ciudad de Buenos Aires. Esta escala consta de diez ítems con cuatro opciones de respuesta que van desde “extremadamente de acuerdo” hasta “extremadamente en desacuerdo”.

En cuanto a la interpretación de los resultados, se considera que una calificación inferior al 50 % del puntaje total de la escala indica baja autoestima (Iso-maa et al., 2013).

12. Perfil neuropsicológico del TDAH en la adultez

Aunque gran parte del conocimiento sobre el TDAH emerge de estudios clínicos e investigaciones en niños, el entendimiento de este trastorno en adultos ha avanzado significativamente en los últimos años. Desde una perspectiva neuropsicológica, una de las teorías más aceptadas sugiere que los síntomas del TDAH se derivan de un déficit en las funciones ejecutivas, las cuales son procesos cognitivos esenciales para la planificación y la resolución de problemas orientados hacia metas futuras (Willcutt et al., 2005). La evaluación neuropsicológica constituye una herramienta vital para complementar el diagnóstico clínico integral de esta condición, con el propósito de objetivar las dificultades cognitivas (específicamente las ejecutivas y atencionales) reportadas por los pacientes, y para caracterizar su perfil de fortalezas y debilidades. En efecto, investigaciones recientes han mostrado que los adultos con TDAH suelen exhibir un perfil neuropsicológico marcado por disfunciones ejecutivas y aten-

cionales que impactan otras áreas cognitivas, como la memoria.

A continuación se presenta un resumen de la evidencia más reciente acerca del desempeño de adultos con TDAH en diferentes dominios cognitivos.

12.1 Atención

La atención constituye uno de los dominios neuropsicológicos más estrechamente vinculados al TDAH. Por más de veinte años las conceptualizaciones de este trastorno han destacado los síntomas atencionales. Estudios recientes indican que, aunque los síntomas de hiperactividad e impulsividad tienden a disminuir con la edad, los problemas relacionados con la atención y las funciones ejecutivas suelen persistir a lo largo de la vida, subrayando su relevancia central en el TDAH (Franke et al., 2018).

El Continuous Performance Test (CPT) es una de las pruebas neuropsicológicas más empleadas para evaluar la disfunción atencional y proporciona una medida robusta de la atención sostenida. Pettersson et al. (2018) resaltaron que el CPT, complementado con entrevistas estructuradas, es particularmente efectivo y sensible para identificar déficits cognitivos en el TDAH. Asimismo, el Stroop Test, un conocido método para medir la distractibilidad y la capacidad de inhibición, ha demostrado ser altamente discriminativo en detectar estas dificultades en pacientes con TDAH (King et al., 2007; Vakil et al., 2019).

Finalmente, es importante destacar que las distracciones tienen una relevancia particular para los pacientes con TDAH, no solo porque constituyen un criterio diagnóstico fundamental sino también porque representan una de las quejas más frecuentes entre los adultos que padecen este trastorno.

12.2 Inhibición

En los últimos años, se ha intensificado la investigación para profundizar en el entendimiento de los déficits cognitivos que subyacen al TDAH en adultos. Aunque los manuales de diagnóstico actuales destacan síntomas como la falta de atención y la hiperactividad-impulsividad, algunas investigaciones empíricas han identificado alteraciones consistentes en el control inhibitorio, una capacidad crucial para manejar respuestas impulsivas en el TDAH. Se han empleado diversas pruebas de inhibición motora, como el CPT, el Matching Familiar Figures Test (MFFT) y el Stop Signal Test para identificar estas dificultades en niños y adultos con cierto éxito (Senkowski et al., 2023). Estas evaluaciones reflejan problemas co-

tidianos en la autorregulación, como la incapacidad para esperar turnos, las interrupciones frecuentes en conversaciones y actuar sin considerar consecuencias futuras. Tales desafíos tienen un impacto adverso en ámbitos académicos, laborales, sociales y familiares, y complican notablemente la vida de los afectados.

12.3 Otras funciones ejecutivas involucradas

Además de la atención e inhibición, otras funciones ejecutivas —como la velocidad perceptivo-motora y la flexibilidad cognitiva— están también comprometidas en individuos con TDAH, evidenciado por pruebas como el Trail Making Test A y B (Tatar y Cansız, 2022). Otra función crítica es la fluidez verbal, tanto fonológica como semántica, que evalúa la capacidad de acceder rápidamente al léxico, mantener la persistencia y manejar la velocidad de procesamiento de la información. El Controlled Word Association Test (COWAT) es frecuentemente empleado para evaluar estas capacidades; en efecto, algunos estudios han encontrado que ciertos adultos con TDAH exhiben déficits significativos en estas pruebas (ÇelİK et al., 2021).

En cuanto a la capacidad de planificación y la alternancia entre categorías, los adultos con TDAH generalmente muestran rendimientos inferiores en tareas que requieren manejar secuencias complejas de actividades motoras y no verbales, como las involucradas en las tareas de construcción de torres y la prueba de la figura compleja de Rey. La memoria de trabajo, evaluada a través de subpruebas del test de inteligencia de Weschler (WAIS), como la repetición de dígitos, de letras y números y aritmética, ha demostrado ser particularmente sensible para detectar déficits ejecutivos en esta población (Theiling y Petermann, 2016).

12.4 Cognición social

En adultos con TDAH, se observan con frecuencia dificultades en las interacciones sociales, que afectan tanto el procesamiento emocional como la cognición social, lo que repercute negativamente en la formación y el mantenimiento de relaciones interpersonales (Willis et al., 2019; Morellini et al., 2022). Hay evidencias que muestran que los adultos con TDAH exhiben deficiencias en pruebas de teoría de la mente, evaluadas mediante tareas como la “lectura de la mente a través de los ojos”, la prueba del Faux Pas y el Movie for Assessment of Social Cognition (MASC) (Mehren et al., 2021; Hayashi et al., 2020; Ibáñez et al., 2014). Estos estudios también han destacado cómo las deficiencias atencionales primarias influyen negativamente en la capacidad de atribuir estados mentales a los perso-

najes en narrativas o películas. Es importante señalar que, aunque no todos los estudios arrojan resultados consistentes en cada tarea, el impacto de las deficiencias atencionales es evidente en todas las evaluaciones.

En cuanto al reconocimiento y procesamiento de emociones, Ibáñez et al. (2014) observaron que los pacientes con TDAH enfrentan desafíos al procesar estímulos emocionales bajo condiciones de alta demanda atencional. Estas dificultades fueron evaluadas mediante tareas de clasificación de rostros y palabras, o ambas, según su valencia emocional en la tarea conocida como Valence Dual Task. Por otro lado, Schulz et al. (2014) identificaron anomalías en el funcionamiento del sistema límbico en individuos con TDAH durante tareas que exigían control cognitivo para el procesamiento de emociones faciales.

En lo que respecta a la empatía, varios estudios han identificado deficiencias en la habilidad de atribuir emociones a otros individuos. Estas capacidades se evaluaron utilizando la Cambridge Behavior Scale, un cuestionario de autoevaluación diseñado específicamente para medir la empatía (Kis et al., 2017; Abdel-Hamid et al., 2019).

12.5 Pruebas con mayor validez ecológica

Debido a la baja correlación entre el rendimiento en pruebas formales de funciones ejecutivas y las conductas en la vida cotidiana, se han desarrollado pruebas de mayor validez ecológica. Estas están diseñadas para reflejar más fielmente el desempeño en escenarios reales como la universidad, el trabajo, el hogar o la comunidad, y muestran una alta correlación con las actividades diarias (Barkley, 1991). Algunos ejemplos son el test del hotel, el Multiple Errands Test, el Iowa Gambling Task (IGT) y pruebas de realidad virtual (Negut et al., 2017).

La principal ventaja de estas pruebas es que proporcionan información cualitativa sobre la naturaleza de los déficits observados. El análisis de comportamientos en situaciones reales, mediante el uso de pruebas que demandan habilidades de resolución de problemas, se considera el enfoque más efectivo para evaluar los déficits ejecutivos en pacientes con TDAH. Así, estas pruebas han confirmado ser particularmente sensibles a los déficits en individuos con alto rendimiento cognitivo (Torralva et al., 2013).

12.6 Memoria

Numerosas investigaciones han identificado múltiples factores que contribuyen al déficit de memoria observado en pacientes con TDAH. Entre estos factores se

destacan las dificultades previamente mencionadas en la atención y en la selección de estrategias para organizar la información. Estos individuos a menudo enfrentan déficits en la recuperación y en la codificación de información, así como en la capacidad de reconocer y organizar palabras mediante agrupamientos semánticos (Skodzik et al., 2017). Es relevante destacar que, en algunas ocasiones, las fallas ejecutivas pueden ser evidentes únicamente a través de pruebas de memoria que requieren un alto nivel cognitivo, como las listas de aprendizaje de palabras, la lista de Rey o la lista de California. Estas pruebas han demostrado ser altamente sensibles y efectivas para detectar las dificultades indicadas (Pettersson et al., 2018).

12.7 Velocidad de procesamiento y velocidad motora

La velocidad de procesamiento y la velocidad motora son críticas para el desempeño en diversas funciones cognitivas, especialmente en condiciones que incluyen la sobre-reacción (impulsividad) como criterio diagnóstico. Es relevante investigar cómo los tiempos de reacción y la velocidad motora contribuyen a los déficits observados en pruebas neuropsicológicas en individuos con estos perfiles. Se ha observado que, en situaciones donde se incrementa la demanda cognitiva y se requiere actividad motora, los tiempos de reacción tienden a aumentar, lo que sugiere que estos elementos podrían explicar, al menos en parte, los desafíos neuropsicológicos enfrentados por los adultos con TDAH.

12.8 Inteligencia

Tradicionalmente, se han empleado las subpruebas y los factores de las escalas de inteligencia de Wechsler para complementar el diagnóstico de TDAH en niños y adultos. Generalmente, los adultos con TDAH muestran déficits en la velocidad perceptivo-motora, lo cual se evalúa mediante la subprueba de dígitos-símbolos. Esta última, junto con el test de aritmética (que mide la memoria de trabajo), son considerados los más discriminativos para identificar este trastorno, según Theiling y Petermann (2016).

Por último, es crucial reconocer que ningún test o batería de test neuropsicológicos por sí solos alcanzan la validez, la fiabilidad y la especificidad predictiva suficientes para diagnosticar de manera definitiva el TDAH en la adultez. No obstante, la evaluación neuropsicológica debería emplearse para complementar y reforzar las conclusiones obtenidas a partir de entrevistas clínicas, historiales infantiles, cuestionarios y un análisis detallado del desempeño actual del paciente.

12.9 Impacto de las fallas de atención y ejecutivas en la vida diaria

La disfunción ejecutiva y atencional característica en pacientes con TDAH repercute significativamente en diversos aspectos de su vida diaria, incluyendo el rendimiento académico y laboral (Thorell et al., 2019). Dificultades como la incapacidad de seguir instrucciones, completar tareas a tiempo y organizar eficazmente el trabajo pueden reducir la productividad y el logro de objetivos. Asimismo, las relaciones interpersonales se ven comprometidas por fallos en el control inhibitorio, la toma de decisiones y una planificación inadecuada. Los adultos con TDAH a menudo enfrentan problemas para manejar sus emociones y comportamientos, lo que provoca conflictos y complicaciones en sus relaciones familiares, laborales y sociales. Además, estos desafíos pueden afectar su capacidad para mantener hábitos de sueño saludables, seguir una dieta equilibrada y gestionar su tiempo y finanzas de manera eficiente. La impulsividad y la desatención incrementan el riesgo de accidentes, tanto en el hogar como en entornos laborales o sociales. En consecuencia, la constante lucha con estos problemas cognitivos puede llevar al agotamiento, al estrés crónico y afectar la salud mental.

Las deficiencias atencionales y ejecutivas son aspectos centrales del TDAH y tienen un profundo impacto en la vida cotidiana de los afectados (Sjöwall y Thorell, 2022). Así, entender la naturaleza y la severidad de estas dificultades es crucial para desarrollar estrategias de intervención efectivas que mejoren la calidad de vida de las personas con esta condición.

13. Comorbilidades psiquiátricas y médicas no psiquiátricas del TDAH en la adultez

En términos médicos, la comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más afecciones diagnosticables al mismo tiempo. En relación con esto, solo una pequeña proporción de adultos con TDAH no padece ninguna comorbilidad (Pallanti y Salerno, 2020).

Un estudio retrospectivo que comparó adultos con TDAH, adultos con depresión y un grupo control confirmó que los primeros se relacionaron con mayores gastos anuales totales de atención médica respecto del grupo control (US\$ 4.306 frente a US\$ 2.418). Además, se confirmó una alta prevalencia de depresión en el grupo con TDAH (14 % versus 3.2 %) y los pacientes con TDAH y depresión presentaron un mayor número de comorbilidades médicas y psiquiá-

tricas. Aparentemente, estas comorbilidades fueron la razón principal del costo y la utilización de la atención médica (Hodgkins et al., 2011).

13.1 Comorbilidades en psiquiatría

Se cree que una de las principales razones del infra-diagnóstico en adultos puede ser la alta tasa de comorbilidad psiquiátrica asociada al TDAH, que incluso puede llegar a enmascarar los síntomas principales (Kooij et al., 2012).

La tasa de comorbilidad a lo largo de la vida oscila entre el 60 y el 80 %. En un estudio poblacional que involucró a veinte países, tener tres o más trastornos se asoció con un aumento de diez veces la probabilidad de padecer TDAH (Fayyad et al., 2017). Más en detalle, en este estudio se recopilieron datos sobre el TDAH y las comorbilidades en 26.774 personas encuestadas. En los adultos con TDAH se encontró una comorbilidad en el 23 % de los casos, dos comorbilidades en el 14 % y tres comorbilidades en el 14 %. Las tasas fueron altas para cualquier trastorno del estado de ánimo (22 %), para cualquier trastorno de ansiedad (34 %), para los trastornos por uso de sustancias (11 %) y cualquier trastorno de la personalidad (15 %).

En consecuencia, los trastornos de ansiedad, la depresión, los trastornos de la personalidad, el trastorno bipolar y los trastornos por consumo de sustancias son las comorbilidades más frecuentes que se presentan en un adulto con TDAH (Katzman et al., 2017).

Por lo tanto, la comorbilidad psiquiátrica constituye una dimensión clínicamente relevante en la heterogeneidad del TDAH, ya que contribuye a la persistencia de la patología en la adultez y complica el proceso diagnóstico (Kooij et al., 2019).

Con el fin de determinar el mejor orden de tratamiento y una correcta orientación terapéutica en el adulto con TDAH, la identificación de las comorbilidades es fundamental en el proceso diagnóstico (Instanes et al., 2016).

Como plantean Asherson et al. (2016), al evaluar las comorbilidades en un adulto con TDAH se deberían diferenciar tres posibilidades:

- Los trastornos comórbidos se podrían desarrollar junto con el TDAH, como los trastornos del neurodesarrollo (dislexia, autismo y epilepsia).
- Los trastornos comórbidos podrían haberse desarrollado como complicación del TDAH tratado incorrectamente (por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos anímicos o trastornos de la personalidad), de modo que lograrían durar toda la vida de la persona si los síntomas de

TDAH no se reconocen y no se tratan adecuadamente.

- El TDAH podría imitar los trastornos supuestamente comórbidos, ya sea por superposición de los síntomas centrales de este trastorno (impulsividad, inquietud) o debido a los rasgos característicos asociados (desregulación emocional, baja autoestima, problemas de sueño, etc.).

Por estas razones Feifel (2007) sugirió utilizar el término “parásito-morbilidad” cuando la ansiedad y la depresión ocurren en personas con TDAH, ya que su asociación remeda una relación “parásito-huésped” en la que el organismo necesita al huésped para su existencia y su supervivencia.

Considerando las diferentes edades de inicio y presentaciones a lo largo del curso del TDAH, Taurines et al. (2010) brindan una contribución significativa con la introducción del concepto “comorbilidad del desarrollo”, ya que resalta la importancia de considerar la presentación de la comorbilidad en el TDAH tanto en función de la edad como del desarrollo. Como resultado, las afecciones psiquiátricas se clasifican según el orden temporal de aparición en: a) precomórbidas a aquellas condiciones psiquiátricas que pueden estar presentes antes de la manifestación clínica del TDAH; b) comórbidas, simultáneamente a aquellas condiciones que pueden coocurrir en el momento de manifestación clínica completa del TDAH; y c) poscomórbidas a las que surgen tras la aparición del TDAH.

La gran mayoría de los trastornos comórbidos ocurren después de la aparición del TDAH, lo que contribuye a la morbilidad asociada y a la reducción de la calidad de vida. Esto define una de las particularidades más relevantes del TDAH: actúa como un factor de riesgo evolutivo (Wilens et al., 2009).

13.1.1 Subtipo de presentación y patrón de comorbilidad

Existe cierta evidencia que respalda un patrón comórbido diferente entre la presentación combinada (TDAH-C) y la presentación inatenta (TDAH-I). La gran mayoría de los hallazgos convergen en la presencia de un elevado número de condiciones comórbidas para los sujetos con TDAH-C, como trastornos del neurodesarrollo, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias. En cambio, las personas con TDAH-I parecen tener un alto riesgo de sufrir trastornos de ansiedad (Tsai et al., 2019).

13.1.2 Patrón de comorbilidad en mujeres y en varones

Se han informado diferencias de género en las comorbilidades que afectan a los adultos con TDAH. Así, los varones parecen estar afectados con mayor frecuencia por otro trastorno concurrente en comparación con las mujeres.

Estos hallazgos sugieren que el diagnóstico diferencial en mujeres puede ser más difícil, pero de ningún modo que presenten una menor frecuencia de comorbilidades (Pallanti y Salerno, 2020).

Los datos indican claramente una prevalencia diferente para algunos trastornos psiquiátricos entre varones y mujeres con TDAH: por ejemplo, las mujeres parecen sufrir trastornos alimentarios con más frecuencia que los varones a lo largo de su vida (Soendergaard et al., 2016).

La baja autoestima, la ansiedad y los trastornos afectivos son frecuentes en mujeres con TDAH, y los síntomas del TDAH a menudo se atribuyen erróneamente a estas comorbilidades (Kooij et al., 2019).

Las mujeres con TDAH tienen el doble de probabilidades de ser diagnosticadas con un trastorno de ansiedad respecto de los varones, mientras que el trastorno por uso de sustancias actual y durante la vida se informó con mayor frecuencia en varones. Finalmente, los trastornos de la personalidad límite e histriónico se notificaron con más frecuencia entre mujeres con TDAH (Pallanti y Salerno, 2020).

13.1.3 Trastorno depresivo

Los adultos con TDAH están más expuestos a eventos vitales estresantes, relacionados principalmente a fracasos académicos, profesionales, vinculares y acompañados de una baja autoestima (Weibel et al., 2020). En este contexto, los estudios reportan tasas de prevalencia de depresión que oscilan entre el 18.6 % y el 53.3 % (Katzman et al., 2017). La presencia de un trastorno depresivo mayor (TDM) asociado al TDAH tiene un impacto importante en el funcionamiento general y contribuye a un mayor riesgo de suicidio (Biederman et al., 2008). Las conductas suicidas — ya sea ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado — son frecuentes en sujetos con TDAH (Giupponi, 2018). Estos comportamientos se ven favorecidos por la presencia del trastorno anímico asociado a la impulsividad, a alteraciones en el proceso de toma de decisiones y a la desregulación emocional del TDAH (Weibel et al., 2020).

Hay manifestaciones del TDAH que pueden imitar o superponerse con síntomas del trastorno depresivo,

como el ánimo inestable, la irritabilidad, la impaciencia, la baja autoestima, la falta de concentración y los trastornos del sueño (Asherson et al., 2016). Se ha observado que los síntomas depresivos podrían manifestarse como resultado de un bajo tono hedónico en el TDAH, en lugar de representar un trastorno depresivo independiente. De hecho, las personas con bajo tono hedónico podrían tener un punto de ajuste estructural más bajo, lo que las lleva a necesitar mayores estímulos para alcanzar un estado eutímico (Sternat et al., 2014). En consecuencia, las claves para diagnosticar un TDM asociado al TDAH pueden residir en reconocer la presencia de un afecto deprimido sostenido, cambios en el apetito e ideación suicida (Katzman et al., 2017).

13.1.4 Trastornos de ansiedad

Casi la mitad de los adultos con TDAH presentan un trastorno de ansiedad comórbido (Kessler et al., 2006) y los síntomas de ansiedad pueden ser de diferentes tipos: ansiedad social, ansiedad generalizada, trastorno de pánico o síntomas obsesivos. La presencia de estos trastornos en forma comórbida puede llevar a un retraso en el diagnóstico del TDAH ya que la inhibición que se observa en las personas con ansiedad puede enmascarar la impulsividad y la hiperactividad (Schatz y Rostain, 2006). Los individuos con trastornos de ansiedad y TDAH tienden a presentar síntomas de ansiedad más graves, inicio más temprano, mayor número de comorbilidades y de uso de sustancias (Mancini et al., 1999). Por otro lado, no se debe pasar por alto que algunas manifestaciones del TDAH pueden imitar síntomas de ansiedad, lo que complica el diagnóstico diferencial. Estas manifestaciones incluyen preocupación por el rendimiento (ansiedad por rendimiento), divagación mental excesiva, sentirse inquieto, sentirse abrumado, impaciencia y dificultades para conciliar el sueño (Asherson et al., 2016).

Es difícil diferenciar la ansiedad primaria de la secundaria en individuos con TDAH. Teóricamente, la ansiedad y el TDAH se conceptualizan de manera diferente, siendo la primera un trastorno internalizante y el TDAH un trastorno externalizante (Jarret y Ollendick, 2008). Si bien las manifestaciones de ansiedad y TDAH pueden ser similares, se rigen por procesos diferentes. La inatención en la ansiedad se caracteriza por sesgos y dificultad para cambiar la atención de un estímulo amenazante a uno que no lo es, lo que provoca una disminución de la atención a las actividades cotidianas, mientras que a las personas con TDAH les cuesta concentrarse la mayor parte del tiempo en cualquier tipo de situación, excepto en actividades y

tareas que resultan estimulantes o de su interés (Michellini et al., 2015).

El perfeccionismo es una dimensión clave en los trastornos de ansiedad. Curiosamente, un estudio que evaluó la relación entre distorsiones cognitivas auto-reportadas y el TDAH en adultos encontró que el perfeccionismo es una distorsión cognitiva frecuente en los adultos diagnosticados con esta patología. Por lo tanto, la tendencia a procrastinar en estos individuos puede resultar de la percepción de no estar “perfectamente preparados” para emprender o finalizar una tarea (Strohmeier et al., 2016).

13.1.5 Trastornos de la personalidad

La literatura sobre el TDAH y los trastornos de la personalidad (TP) comórbidos es escasa en comparación con otras comorbilidades psiquiátricas. Los informes sugieren que estos trastornos están presentes en más del 50 % de los adultos con TDAH (Robinson et al., 2010).

Los TP notificados con mayor frecuencia en personas con TDAH son los del grupo B (particularmente antisocial y límite), y en menor medida del grupo C (Matthies y Philipsen, 2016). Los adultos con TDAH y desregulación emocional predominante tienen una mayor incidencia de trastornos comórbidos de la personalidad (74 %) (Reimherr et al., 2015). Estos trastornos están particularmente entrelazados con los síntomas del TDAH (impulsividad, inestabilidad emocional, problemas interpersonales) y, en ocasiones, estrechamente relacionados en el ámbito fenomenológico ya que comparten una evolución a largo plazo (Weibel et al., 2020).

Las personas con TDAH y trastornos de la personalidad tienen un deterioro más grave, presentan tasas de respuestas más bajas al tratamiento con estimulantes y tienen peor adherencia a las terapias para el TDAH (Katzman et al., 2017).

Aproximadamente un 24 % de personas con TDAH presenta un trastorno antisocial de la personalidad comórbido (Matthies et al., 2016). Además, pueden compartir manifestaciones como la baja tolerancia a la frustración, dificultades para sostener las relaciones y la historia de hiperactividad en la infancia (Royal College of Psychiatrists, 2017).

La alta coexistencia de estas afecciones es verdaderamente notoria en personas encarceladas. En efecto, un estudio evidenció que un 96 % de los adultos con TDAH encarcelados tenían antecedentes de trastorno antisocial en su vida (Ginsberg et al., 2010).

Los síntomas diferenciales con el trastorno antisocial son la despreocupación insensible por los sentimientos ajenos, la incapacidad para sentir culpa, la actitud persistente de irresponsabilidad y desprecio

por las normas, reglas y obligaciones sociales (Royal College of Psychiatrists, 2017).

13.1.6 Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) suelen manifestarse entre los 10 y 20 años, mientras que el trastorno por atracón (TPA) aparece más tarde en la vida (Preti et al., 2009). Las investigaciones han demostrado que las personas con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios. La prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en personas con TDAH es de hasta un 12 %, mientras que los síntomas de TDAH se observan entre el 5 % y el 17 % de los pacientes con TCA (Pallanti y Salerno, 2020).

Los atracones son una característica distintiva de dos TCA diferentes: el TPA y la BN. Los patrones alimentarios desregulados del TPA pueden ser la expresión de deficiencias en la resolución de problemas, en la capacidad de toma de decisiones y en el control inhibitorio (Manasse et al., 2015). Las personas con disfunción ejecutiva pueden tener dificultades para gestionar el hambre extrema durante períodos prolongados de ayuno, ya que es menos probable que planifiquen con anticipación la ingesta de refrigerios saludables o comidas ligeras. Así, cuando tienen hambre, no pueden elegir los alimentos en forma adecuada y pierden el control de la calidad y cantidad de su consumo (Pallanti y Salerno, 2020). Los estudios han encontrado asociaciones positivas entre los síntomas de impulsividad e inatención con la BN (Seitz et al., 2013). Además, en la mayoría de las investigaciones, las asociaciones entre el TDAH y los TCA persistieron incluso luego de ajustar por la presencia de trastornos comórbidos (como depresión y ansiedad), lo que indicaría la independencia del TDAH como factor de riesgo para los TCA (Pallanti y Salerno, 2020).

Finalmente, antes de abordar las comorbilidades médicas no psiquiátricas, es importante señalar que las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH en la adultez son variadas. Hasta ahora se han descrito algunas de las más comunes, pero más adelante en este consenso se tratarán con mayor detalle comorbilidades más complejas y frecuentes, como el trastorno bipolar (TB), el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno por uso de sustancias (TUS).

13.2 Comorbilidades médicas no psiquiátricas

La asociación del TDAH con condiciones médicas no psiquiátricas ha sido menos estudiada, a pesar de

que los costos de atención médica en el TDAH están impulsados sustancialmente por comorbilidades tanto psiquiátricas como médicas no psiquiátricas (Du Rietz et al., 2020). Las condiciones médicas no psiquiátricas que han mostrado una asociación sólida y replicada con el TDAH incluyen trastornos metabólicos, trastornos neurológicos, trastornos del sueño y asma (Instanes et al., 2018).

Cuando se investigaron retrospectivamente las solicitudes de atención médica en los Estados Unidos para 2006 comparando adultos con TDAH ($n = 31.752$) con personas sin TDAH ($n = 95.256$), los adultos con TDAH tenían más comorbilidades físicas y eran más propensos a utilizar atención médica no psiquiátrica (Hodgkins et al., 2011).

13.2.1 Obesidad

La prevalencia de síntomas de TDAH y TDAH diagnosticado en adultos con obesidad (o en tratamiento para la obesidad) oscila entre el 10 y el 32 % (Instanes et al., 2018). En un estudio holandés que incluyó a 202 adultos con TDAH y 189 controles, se encontró que el 16.8 % de los pacientes con TDAH presentaba un índice de masa corporal (IMC) entre 30 y 39, en comparación con el 3.7 % de los controles (Bijlenga et al., 2013). En el metaanálisis realizado por Cortese et al. (2015) acerca de la asociación entre la obesidad y el TDAH, con un total de 2.046 adultos con TDAH y 63.747 controles, la prevalencia agrupada de obesidad fue del 28.2 % para el TDAH en comparación con el 16.4 % de los controles. Al analizar los grupos de edad, esta variable no influyó en la asociación entre el TDAH y la obesidad, lo que indica que puede estar presente desde la infancia. A su vez, la combinación de obesidad y TDAH muestra comorbilidad con otros trastornos, como depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria. Además, la obesidad también se asocia a somnolencia excesiva que puede empeorar o producir síntomas de TDAH (Instanes et al., 2018).

13.2.2 Epilepsia

La disfunción cognitiva y los trastornos del comportamiento asociados con la epilepsia tienen similitudes tanto en los síntomas centrales como en las características asociadas al TDAH. Los déficits cognitivos podrían ser consecuencia de la actividad convulsiva recurrente, el efecto adverso de los antiepilépticos o representar una parte inherente del síndrome (Instanes et al., 2018). La evidencia sugiere que entre el 30 y el 40 % de las personas con epilepsia también tiene TDAH (Koneski y Casella, 2010). Un estudio de coagregación familiar mostró una relación bidireccional

entre el TDAH y epilepsia: tener epilepsia aumentaba la probabilidad de recibir un diagnóstico de TDAH ($OR = 3.47$). Además, el riesgo de TDAH aumentaba si los miembros principales de la familia o medios hermanos estaban también afectados por epilepsia (Brikell et al., 2018).

La comorbilidad entre epilepsia y TDAH en la población pediátrica está bien documentada; sin embargo, se sabe poco sobre esta relación en la adultez. Solo algunos estudios han investigado la prevalencia y coexistencia del TDAH en adultos con epilepsia, y no existen investigaciones que hayan explorado la prevalencia de epilepsia en adultos con TDAH (Instanes et al., 2018). En un estudio poblacional con más de 172.000 participantes, donde el diagnóstico de epilepsia y TDAH a lo largo de la vida se realizó mediante autorreportes, Ottman et al. (2011) encontraron una prevalencia del TDAH del 2,4 % en adultos con epilepsia, en comparación con un grupo control sin epilepsia.

13.2.3 Migraña

La migraña es un trastorno multifactorial complejo, con una prevalencia a lo largo de la vida del 16 al 18 %, y es dos veces más frecuente en las mujeres (Instanes, 2018). En una revisión sistemática con metaanálisis, Salem et al. (2017) hallaron una asociación positiva entre TDAH y migraña ($OR = 1.3$). Hansen et al. (2018) exploraron la comorbilidad entre migraña y síntomas del TDAH en una población sana de 29.489 adultos. Utilizando cuestionarios de autorreporte, encontraron una fuerte coexistencia estadísticamente significativa entre los dos trastornos, que fue más pronunciada en los migrañosos que experimentaban síntomas visuales. En un estudio transversal previo de Fasmer (Fasmer et al., 2011), se evaluaron pacientes adultos con TDAH ($n = 572$) y controles comunitarios ($n = 675$), observándose que la prevalencia de migraña fue mayor en el grupo de TDAH que en el de los controles (28.3 % versus 19.2 %). Asimismo, la diferencia con los controles fue más marcada para los varones (22.5 % versus 10.7 %; $OR = 2.43$) que para las mujeres (34.4 % versus 24.9 %; $OR = 1.58$). Se ha sugerido que esta coexistencia tan frecuente puede deberse a factores pleiotrópicos, lo que estaría respaldado por evidencia de correlación genética entre la migraña y el TDAH (Instanes et al., 2018).

13.2.4 Síndrome de las piernas inquietas

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) es un trastorno neurológico caracterizado por una sensación desagradable en las extremidades inferiores, acompañada de una necesidad imperiosa de moverlas para

aliviar el malestar, especialmente durante la noche o al anochecer. Los síntomas tienden a manifestarse cuando la persona está relajada o intenta conciliar el sueño, y a menudo se asocian con parestesias (Instanes et al., 2018). Aunque existen pocos datos sobre la epidemiología del SPI en personas con TDAH, se ha observado que muchos individuos con SPI tienen antecedentes de TDAH en la infancia (Cortese et al., 2008). Dos estudios de pequeño tamaño sugieren que la prevalencia del SPI es mayor en personas con TDAH en comparación con los controles (Schredl et al., 2007; Zak et al., 2009). De manera similar, otro estudio, también con una muestra limitada, encontró una mayor prevalencia de TDAH entre los pacientes con SPI, en comparación con los controles (Wagner et al., 2004). Finalmente, es importante destacar que, en el contexto del TDAH, el diagnóstico de SPI a menudo pasa desapercibido, ya que sus síntomas pueden confundirse con la hiperactividad motora (Weibel et al., 2020).

13.2.5 Trastornos del sueño

El TDAH y sus manifestaciones están relacionadas con una gran variedad de alteraciones del sueño. Fisher et al. (2014) encontraron que el 80 % de los adultos con TDAH reportaba problemas de sueño, independientemente del sexo y del subtipo de TDAH.

El TDAH y los trastornos del sueño comparten algunas características comunes y muestran una relación bidireccional que requiere atención especial ya que: a) dormir mal tiene un efecto perjudicial sobre la sintomatología del TDAH; y b) la hiperactividad y disejecutividad pueden impedir un buen descanso (Becker, 2020). Las personas con TDAH y un trastorno crónico del sueño corren riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes y síndrome metabólico (Lewy et al., 2009). Los trastornos del sueño más notificados en adultos con TDAH son insomnio, somnolencia diurna excesiva (SDE), síndrome de las piernas inquietas (SPI), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) y alteraciones en los ritmos circadianos (síndrome de retraso de fase) (Pallanti y Salerno, 2020).

El insomnio es una de las quejas más frecuentes reportadas por los adultos con TDAH (Díaz-Roman et al., 2018). El insomnio al inicio del sueño, definido como la dificultad para conciliarlo a la hora deseada, es el problema del sueño más reportado en el TDAH (Fisher et al., 2014). Un estudio noruego publicado por Brevik et al. (2017), comparó los síntomas de insomnio autoinformados en adultos con TDAH ($n = 268$) con un grupo control basado en la población (n

$= 202$). Los síntomas de insomnio se presentaron en el 66.8 % de los adultos con TDAH en comparación con el 28.8 % de los controles. Además, se observó que los pacientes con TDAH que usaban estimulantes ($n = 94$) tenían puntuaciones de insomnio significativamente más bajas que los pacientes sin tratamiento psicoestimulante ($n = 34$). Otro estudio realizado en adultos con TDAH ($n = 252$) para evaluar el impacto del insomnio en términos de gravedad clínica del TDAH, comorbilidades, tratamiento farmacológico y calidad de vida concluyó que el insomnio es muy prevalente en el adulto con TDAH y está relacionado con mayor gravedad del TDAH y más comorbilidades. Los investigadores observaron que los sujetos en tratamiento farmacológico, específicamente aquellos que recibían metilfenidato, presentaban una prevalencia significativamente menor de insomnio. Además, se encontró que períodos más prolongados de tratamiento estable se asociaban con tasas aún más bajas de insomnio (Fadeuilhe et al., 2021).

La somnolencia diurna excesiva (SDE) se ha observado en el 37 % de los pacientes con TDAH; asimismo, el TDAH se ha detectado en el 18 % de los pacientes con SDE (Oosterloo et al., 2006). Además, Oosterloo plantea que es importante tener siempre presente la posible confusión diagnóstica entre el TDAH en adultos y la hipersomnia o narcolepsia cuando se realizan cuestionarios de autoinforme ya que existe un alto grado de superposición sintomatológica. Lopez et al. (2020) encontraron que un 25 % de los adultos con TDAH presentaba un trastorno de hipersomnolencia central caracterizado por una mayor duración del sueño, inercia del sueño y alteraciones en la calidad de la vigilia diurna.

Respecto de las alteraciones del ritmo circadiano, las personas con TDAH son frecuentemente descritas como noctámbulas ya que la mayoría prefiere quedarse despierta hasta altas horas de la noche, e incluso trabajar en turnos vespertinos y nocturnos (Kooij, 2013). Sin embargo, existe un trastorno del sueño denominado síndrome de retraso de fase del sueño (SRFS) caracterizado por dormir y despertarse dos horas más del horario convencional (APA, 2013). Aunque tienen una arquitectura del sueño normal, las personas con SRFS poseen dificultades para irse a dormir y tienden a quedarse dormidos en las primeras horas de la mañana. En consecuencia, poseen una mala calidad del sueño y problemas para levantarse, generando un impacto negativo en el funcionamiento laboral, académico o familiar (Shirayama et al., 2003).

En un estudio holandés realizado por Bijlenga et al. (2013) que incluyó a 202 adultos con TDAH clínicamente diagnosticados (18-65 años) y 189 controles, el SFRS fue más prevalente entre los pacientes adultos con TDAH (26 %) que entre los controles (2 %).

Los síntomas cognitivos y conductuales del SAOS (tales como el déficit de atención, la mala capacidad de planificación, la inquietud e irritabilidad) se encuentran bien documentados (Krysta et al., 2017); sin embargo, al ser similares a los del TDAH, los pacientes pueden ser erróneamente diagnosticados con TDAH. Se sabe que, en presencia de ambos trastornos, el tratamiento solo del SAOS es poco eficaz, hay mayores niveles de ansiedad y un deterioro más marcado del funcionamiento diurno (Oğuztürk et al., 2013).

13.2.6 Asma

Del mismo modo que el TDAH, el asma suele comenzar en la infancia y tiene un curso crónico con una reducción de síntomas luego de la adolescencia (Fasmer y Halmøy, 2011). Existen varios estudios sobre TDAH en adultos y asma comórbido. En una búsqueda de base de datos de los Estados Unidos, los adultos con TDAH tenían significativamente más probabilidades de tener un diagnóstico comórbido de asma en comparación con los controles (4.7 % versus 2.8 %) (Secnik et al., 2005). Por otro lado, al analizar la base de datos de recetas médicas dispensadas en Noruega, Karlstad et al. (2012) encontraron una prevalencia del TDAH superior a la esperada en personas de 20 a 29 años con asma, en comparación con la población general. En otro estudio que se llevó a cabo utilizando la base de datos de recetas médicas dispensadas de Noruega, se demostró que a aquellos pacientes a quienes se le recetaba estimulantes también se les prescribía medicamentos contra el asma con más frecuencia que a los controles. Además, se ha encontrado una relación más débil entre el TDAH y el asma en los grupos más jóvenes (menores a 20 años) que en los grupos de mayor edad (mayores a 20 años), aunque las asociaciones fueron significativas en todas las edades (Fasmer et al., 2011).

En el estudio transversal basado en cuestionarios de Fasmer y Halmøy, con 549 adultos con TDAH y 719 controles, la prevalencia de asma autoinformada fue significativamente mayor en el grupo de TDAH que en el de control (24.4 % versus 11.3 %). Estas investigaciones señalan una comorbilidad pronunciada entre TDAH y asma en adultos. Sin embargo, ninguno de los estudios contempló al tabaquismo como factor de confusión, sobre todo teniendo en cuenta que los adultos con TDAH poseen mayor prevalencia de tabaquismo que la población general (Instanes et al., 2018).

13.2.7 Enfermedad celíaca

La enfermedad celíaca (EC) es una patología autoinmune en la que la ingestión de gluten provoca daño en las vellosidades intestinales, seguido de su atrofia, lo que afecta la absorción de nutrientes. Niederhofer y Pittschierler (2006) encontraron una prevalencia elevada de síntomas de TDAH en pacientes con EC y analizaron los posibles efectos de una dieta libre de gluten sobre estos síntomas en una muestra compuesta por niños y adultos con EC ($n = 78$; edades entre 3 y 57 años). Si bien los resultados deben tomarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra y al diseño abierto del estudio, se halló una reducción significativa de los síntomas del TDAH después de al menos seis meses de una dieta libre de gluten. Más tarde, Niederhofer (2011) investigó la presencia de EC en 67 sujetos con TDAH de entre 7 y 42 años, y encontró que 10 de los 67 pacientes fueron positivos para EC (7 hombres, 13.5 %; 3 mujeres, 20 %), definida por la presencia de anticuerpos específicos en sangre. Además, una dieta sin gluten durante al menos seis meses también se asoció a una mejoría de los síntomas del TDAH en esta muestra. Por último, con el objetivo de aportar más claridad en la relación entre EC y manifestaciones psiquiátricas, en una revisión sistemática con metaanálisis, Clappison et al. (2020) hallaron un aumento significativo en el riesgo de TDAH ($OR = 1.39$) en la población con EC, en comparación con los controles sanos.

13.2.8 Síndrome de fatiga crónica

El síndrome de fatiga crónica (SFC) se caracteriza por una fatiga prolongada y grave, acompañada de manifestaciones somáticas y cognitivas inespecíficas, que incluyen dificultades de concentración, problemas de memoria a corto plazo y una velocidad de procesamiento disminuida. Estos síntomas cognitivos pueden imitar los del TDAH y posiblemente compartir algunos mecanismos fisiopatológicos subyacentes (Bellanti et al., 2005). Los síntomas de fatiga también se han reportado comúnmente en adultos con TDAH y pueden afectar el funcionamiento neuropsicológico (Fisher et al., 2014). En una muestra clínica de 158 adultos con SFC, Sáez-Francás et al. (2012) encontraron que el 29.7 % de los pacientes ($n = 47$) cumplía con los criterios diagnósticos de TDAH infantil, evaluado retrospectivamente, y que el 20.9 % ($n = 33$) aún cumplía con los criterios de TDAH en la adultez. Con el objetivo de evaluar la relación entre el SFC y el TDAH, Rogers et al. (2017) evaluaron una muestra de adultos con TDAH ($n = 243$), con SFC ($n = 86$) y controles sanos. El grupo con TDAH presentaba una fati-

ga significativamente mayor que el grupo control, y el 62 % cumplía con los criterios de SFC. Los síntomas de TDAH fueron significativamente más prevalentes en el grupo con SFC que en el grupo control. No hubo diferencias significativas entre los grupos con TDAH y SFC en las medidas de deterioro funcional, estado de ánimo y autoeficacia. A pesar de la limitada literatura disponible, la asociación entre el TDAH y el SFC es clínicamente relevante, dado que los estimulantes centrales han mostrado efectos positivos tanto en la fatiga crónica como en los síntomas cognitivos asociados, como la disfunción ejecutiva (Instanes et al., 2018).

14. Diagnóstico diferencial del TDAH en la adultez

El TDAH en adultos se manifiesta en una variedad de problemas que afectan múltiples áreas de la vida diaria. Entre ellos destacan las dificultades en la organización y el manejo del tiempo, lo que incluye olvidos frecuentes, impuntualidad recurrente y proyectos inconclusos. En el ámbito académico y laboral, es común un desarrollo errático. Además, los problemas de control de la ira y las dificultades en las relaciones interpersonales, ya sean de pareja o familiares, son habituales. Estos individuos suelen tener problemas para mantener rutinas hogareñas y patrones de sueño, así como dificultades en la autorregulación. La gestión financiera también representa un desafío importante, lo que a menudo resulta en dificultades económicas. La baja autoestima y logros consistentemente por debajo de lo esperado son otras características frecuentes. Además, es común que las personas con TDAH desarrollen adicciones, que van desde el uso de sustancias hasta compras compulsivas, pornografía, ejercicio excesivo, videojuegos o apuestas. Los accidentes por imprudencia o inatención, así como los problemas en la conducción, también son más frecuentes en este grupo. Es usual que se observe un familiar directo con diagnóstico de TDAH, y muchos de los afectados requieren adecuaciones académicas o presentan dificultades para completar tareas escolares.

El TDAH rara vez se presenta de manera aislada (CADDRA, 2020). Por lo tanto, una evaluación adecuada del paciente con TDAH debe incluir la búsqueda de trastornos comórbidos. Aproximadamente el 80 % de las personas con TDAH cumple con los criterios de, al menos, otra condición psiquiátrica comórbida (Choi et al., 2022). En el diagnóstico y tratamiento del TDAH, es fundamental identificar estas comorbilidades (Kooij et al., 2012). Las más frecuentes son el uso

de sustancias, los trastornos del ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad.

En algunos casos, las comorbilidades pueden tratarse de manera simultánea; en otros, es necesario priorizar el tratamiento de la condición más urgente. Es importante realizar una evaluación exhaustiva para detectar otros trastornos cuyos síntomas puedan superponerse con los del TDAH. Dado que el TDAH no tiene un síntoma patognomónico, existen superposiciones significativas con otros trastornos. Algunas condiciones médicas, como problemas visuales o auditivos, hipoglucemia, anemia severa, trastornos del sueño y neurofibromatosis, pueden simular en parte los síntomas del TDAH. También es esencial considerar el uso de medicamentos con efectos psicomotores, como los estabilizadores del ánimo o los agonistas beta.

Entre el 50 % y el 90 % de los niños con TDAH presentan, al menos, una condición comórbida; de hecho, el 50 % cumple con los criterios de, como mínimo, dos comorbilidades. En los adultos, el 85 % presenta alguna condición psiquiátrica adicional. Mientras que en los jóvenes las comorbilidades más frecuentes son los trastornos del ánimo y los trastornos por uso de sustancias (TUS), en los adultos predominan los trastornos de ansiedad, del ánimo y los TUS.

14.1 TDAH y trastornos de ansiedad

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general oscila entre el 0.5 % y el 9.5 %, mientras que en la población con TDAH esta cifra aumenta significativamente, situándose entre el 4.3 % y el 47.1 %. Aproximadamente la mitad de los pacientes con TDAH presentan ansiedad comórbida (Koyuncu et al., 2022). Los síntomas de ansiedad a menudo se desarrollan como consecuencia de las dificultades crónicas asociadas al TDAH, y algunas técnicas compensatorias utilizadas por estos pacientes pueden ser confundidas con un trastorno de ansiedad primario (Katzman et al., 2017). La comorbilidad entre TDAH y ansiedad altera la presentación clínica, el pronóstico y el tratamiento a lo largo de la vida del paciente (D'Agati et al., 2019).

Los individuos con TDAH y ansiedad comórbida suelen presentar síntomas más graves, un mayor número de comorbilidades psiquiátricas y un inicio más temprano de los síntomas. En adolescentes, esta comorbilidad agrava los déficits en la memoria de trabajo y aumenta las dificultades sociales y académicas. En adultos, la coexistencia de ansiedad incrementa la prevalencia de insomnio y reduce la duración total del sueño. Es esencial evaluar la posible presencia de ansiedad en jóvenes con síntomas de TDAH, y viceversa.

sa. Además, algunos estudios sugieren que la ansiedad social podría estar inversamente relacionada con la hiperactividad e impulsividad características del TDAH, disminuyendo estos síntomas (Koyuncu et al., 2022).

A continuación, se presenta una tabla que resume las características distintivas del TDAH y los trastornos de ansiedad (ver Tabla 5).

14.2 TDAH y trastorno depresivo mayor (TDM)

Existe una significativa superposición clínica entre el TDAH y el trastorno depresivo mayor (TDM). Cuando ambos trastornos coexisten, se ha reportado una prevalencia del 55 % (van Hal et al., 2023). Los pacientes con TDM pueden experimentar episodios con síntomas que coinciden con los del TDAH, como la inatención, fallas en la memoria a corto plazo, disfunciones ejecutivas, irritabilidad, impulsividad, trastornos del sueño e inquietud. No obstante, los sentimientos de desesperanza, el enlentecimiento psicomotor y las alteraciones neurovegetativas son característicos del TDM. La diferencia principal entre estos trastornos radica en la temporalidad de los síntomas: mientras que en el TDM los síntomas son episódicos, en el TDAH son crónicos. Finalmente, la comorbilidad entre TDAH y TDM se estima en un 19 % (Cumyn et al., 2009) (ver Tabla 6).

14.3 TDAH y trastorno bipolar (TB)

El TB y el TDAH presentan una alta comorbilidad. El TB es una condición crónica, definida principalmente por la alternancia de episodios anímicos, lo que constituye una de sus características distintivas (Comparelli et al., 2022). De manera similar, el TDAH también se manifiesta de forma crónica, acompañado a lo largo de la vida de diversas comorbilidades y variaciones en el funcionamiento social. Existe una importante superposición sintomática entre el TB y el TDAH, particularmente en los episodios maníacos o hipomaniacos, que incluyen síntomas como hiperactividad, distractibilidad, desinhibición, inquietud, irritabilidad, locuacidad y aceleración del discurso. Ambos trastornos también comparten características como impulsividad, irritabilidad y disminución de la concentración. Se estima que la prevalencia del TDAH en pacientes con TB es de aproximadamente un 17 %. La comorbilidad entre ambos trastornos se asocia con presentaciones clínicas más graves y una respuesta menos favorable al tratamiento (ver Tabla 7).

14.4 TDAH y uso de sustancias

La necesidad de recompensa inmediata y la búsqueda de sensaciones de riesgo, características comunes en pacientes con TDAH, incrementan la probabilidad de uso de sustancias. La prevalencia de consumo en adul-

Tabla 5. Diferencias entre el TDAH y los trastornos de ansiedad

Características distintivas TDAH	Características distintivas de los trastornos de ansiedad
La inatención es independiente del estado emocional	La inatención es dependiente del estado emocional
La inquietud es independiente del estado emocional	La inquietud es dependiente del estado emocional
Hay desinhibición social	Hay inhibición social
Hay insomnio de conciliación por no poder parar de pensar	Hay insomnio de conciliación por rumiación
Hay preocupaciones realistas y transitorias sobre dificultades actuales y pasadas	Hay miedo o preocupación intensos y persistentes vinculados con pensamientos no realistas
	Hay síntomas físicos tales como palpitaciones, náuseas y disnea

Tabla 6. Similitudes y diferencias entre el TDAH y el TDM

Superposición entre TDAH y TDM	Características distintivas del TDM
Carencia de motivación	Tristeza
Inquietud e irritabilidad	Desesperanza
Problemas de concentración	Cansancio
	Enlentecimiento
	Cambios en la alimentación y el sueño
	Síntomas neurovegetativos
	Pensamientos de muerte o suicidio
	Curso episódico

Tabla 7. Características distintivas entre el TDAH y el TB

TDAH	TB
Insomnio de conciliación y trastornos del sueño	Menor necesidad de sueño
Inquietud crónica	Incremento de la velocidad del discurso
Encuentros sexuales impulsivos	Hipersexualidad
Curso crónico	Curso episódico
Inatención e impulsividad crónicas	Inatención e impulsividad relacionadas con el episodio
	Ánimo exageradamente alto
	Grandiosidad

tos con TDAH varía ampliamente, entre el 2.3 % y el 41.2 %. Además del uso de sustancias, las adicciones pueden ser comportamentales y abarcan conductas como compras compulsivas, consumo de pornografía, uso excesivo de redes sociales y videojuegos.

Los pacientes con TDAH presentan el doble de riesgo de desarrollar trastorno por uso de sustancias (TUS) en comparación con individuos neurotípicos, y este riesgo es aún mayor en aquellos con comorbilidades. Estos pacientes también suelen comenzar a consumir sustancias a edades más tempranas.

Entre las sustancias utilizadas más frecuentemente se encuentran la marihuana y el alcohol, seguidas por estimulantes como la cocaína. La baja autoestima y la impulsividad propias del TDAH también son factores que contribuyen al consumo. El uso de sustancias no solo agrava los síntomas del TDAH, sino que, en algunos casos, sus efectos pueden imitar los síntomas del trastorno, dificultando la distinción entre el TDAH y el TUS (ver sección 16 TDAH y adicciones).

14.5 TDAH y trastorno límite de la personalidad (TLP)

En adultos, la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de personalidad es considerablemente alta, con una prevalencia que oscila entre el 0.31 % y el 33.8 %. En particular, la comorbilidad entre el TDAH y el TLP varía entre el 30 % y el 60 % (Ditrich et al., 2021). Entre los síntomas más frecuentemente compartidos por ambos trastornos se encuentran la impulsividad, la desregulación emocional y los problemas interpersonales (Weiner et al., 2019). Tradicionalmente, el TDAH se ha conceptualizado como un trastorno del neurodesarrollo con un inicio temprano, mientras que el TLP ha sido descrito como un trastorno neuropsicológico de aparición más tardía (ver Tabla 8).

14.6 TDAH y trastorno antisocial de la personalidad

La prevalencia del trastorno antisocial de la personalidad en pacientes con TDAH es del 7.3 % (Pehlivanidis et al., 2020). Es relevante destacar que muchos individuos con trastorno antisocial de la personalidad presentan un historial infantil de TDAH; sin embargo, no todos los pacientes con TDAH desarrollan un trastorno antisocial. La impulsividad, un síntoma común a ambos trastornos, puede contribuir a esta asociación. Además, algunas investigaciones indican que la prevalencia del TDAH en adultos con antecedentes de conductas delictivas es hasta diez veces mayor que en la población general (Anns et al., 2023) (ver Tabla 9).

14.7 TDAH y trastornos del espectro autista (TEA)

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits en la comunicación, interacción social y lenguaje, junto con intereses restringidos y comportamientos estereotipados, que suelen manifestarse en edades tempranas. La prevalencia del diagnóstico comórbido TEA-TDAH varía ampliamente, entre el 4.6 % y el 78 % (Rico-Moreno et al., 2016). Ambos trastornos comparten déficits en varios dominios, como la atención, el comportamiento y las habilidades sociales (Craig et al., 2016). La presencia de síntomas de TDAH en pacientes con TEA incrementa significativamente la severidad de los síntomas autistas, ejerciendo un efecto aditivo. De manera similar, se observan tasas elevadas de síntomas autistas en pacientes con TDAH, con entre el 30 % y el 70 % de los pacientes con TEA que cumplen los criterios diagnósticos de TDAH. No obstante, a diferencia del TDAH, el lenguaje y la capacidad para comprender los estados mentales de los demás están considerablemente más comprometidos en los pacientes con TEA (ver Tabla 10).

Tabla 8. Características compartidas entre el TDAH y el TLP y características propias del TLP

Características compartidas entre el TDAH y el TLP	Características propias del TLP
Patrón de relaciones interpersonales dificultosas	Relaciones intensas, con frecuentes reacciones del tipo “todo o nada”
Impulsividad y conductas de riesgo (por ejemplo, ludopatía, manejo riesgoso, borracheras, juergas y uso de sustancias)	Intenso sentimiento de temor al abandono
Enojos intensos e inapropiados	Severo sentimiento de vacío
Cambios de humor	Rápidos cambios en la autoimagen y en la identidad
	Períodos de síntomas paranoides relacionados con episodios de estrés, que incluyen pérdida del contacto con la realidad
	Conductas autolesivas

Tabla 9. Características compartidas entre el TDAH y el trastorno antisocial y características propias del trastorno antisocial

Características compartidas entre el TDAH y el trastorno antisocial	Características propias del trastorno antisocial
Conflictos con la ley debido a conductas impulsivas	Falta de ajuste a las normas sociales y a los comportamientos legales, con la realización de actos que conllevan al arresto
Mentiras impulsivas para evitar consecuencias	Conductas engañosas, mentiras, uso de alias y estafas
Irritabilidad	Ausencia de conducta laboral consistente y fallas en el cumplimiento de las obligaciones financieras
Conflictos interpersonales por pérdida de control	Conductas temerarias y descuido de la seguridad
Conductas impulsivas y de descuido que ponen en peligro al paciente y su entorno	Irritabilidad y agresividad con peleas físicas habituales
	Carencia de remordimiento, indiferencia o racionalización de conductas de daño, maltrato o robo a otros

Tabla 10. Diferencias entre el TEA y el TDAH

TEA	TDAH
Diagnóstico más precoz (entre los 2 y 3 años de edad)	Diagnóstico más tardío (entre los 6 y 7 años de edad)
Lenguaje demorado y con ecolalia	Lenguaje no demorado sin ecolalia
Evitación del contacto visual	Menor contacto visual, pero por cambio de foco
Hay menos juegos sociales	Hay más juegos sociales
El paciente no está interesado en compañeros y juega paralelamente	El paciente es dejado de lado por la impulsividad
Dificultad en entender estados mentales de otros	Inatento a los estados mentales de otros
Movimientos estereotipados y rítmicos	Hiperactivo

14.8 TDAH y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

En pacientes con TDAH, el TOC tiene una prevalencia estimada entre el 7 % y el 13 %. Cuando ambos trastornos coexisten, existe una alta probabilidad de que también se manifieste el Trastorno de Gilles de la Tourette (Miyauchi et al., 2023). Las disfunciones ejecutivas características del TDAH pueden predisponer al desarrollo de síntomas de acumulación, que a menudo pueden confundirse con los del TOC. Ade-

más, la taquipsiquia asociada al TDAH puede simular la experiencia de pensamientos intrusivos típicos del TOC. Por último, los pacientes con TDAH suelen desarrollar estrategias compensatorias, como el chequeo constante de listas, lo que puede parecer un comportamiento obsesivo.

14.9 TDAH y trastornos de la alimentación

Existe una asociación significativa entre el TDAH y los trastornos de la alimentación. Se estima que la prevalencia de trastornos alimentarios, particularmente la

bulimia nerviosa, en pacientes con TDAH oscila entre el 11 % y el 16 % (Pallanti et al., 2016). Asimismo, entre el 10 % y el 17 % de los pacientes con trastornos alimentarios, especialmente con anorexia nerviosa, también presentan TDAH. El riesgo de desarrollar trastornos alimentarios en personas con TDAH es tres veces mayor que en la población general, y los pacientes con trastornos alimentarios tienen el doble de probabilidad de padecer TDAH (Nazar et al., 2016). Además, el TDAH es un factor de riesgo importante para la obesidad, con una prevalencia del 25 % en personas obesas. Las mujeres con TDAH tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir trastornos alimentarios que aquellas sin TDAH. Ambos trastornos comparten características como impulsividad, baja autoestima y dificultades en la atención y en las funciones ejecutivas. Las alteraciones ejecutivas, como el pobre control inhibitorio, la escasa planificación y el déficit de auto-monitoreo, desempeñan un papel crucial en los trastornos alimentarios, y favorecen la baja adherencia a los regímenes dietéticos.

15. Comorbilidad y diagnóstico diferencial del TDAH y el TB en la adultez

En adultos que presentan una sintomatología polimorfa (excluyendo manifestaciones psicóticas) y tienen un historial de abandonos académicos, desorientación vocacional, tendencia a la desorganización, abuso de sustancias, impulsividad, locuacidad y dificultades para mantener el trabajo y las relaciones interpersonales —lo que Akiskal (1994) denominó “biografía tormentosa”— debe considerarse la sospecha diagnóstica de TDAH, así como también TB y trastornos de la personalidad.

Los vínculos entre el TDAH y el TB son estrechos y, a menudo, difíciles de desentrañar. Las múltiples dimensiones psicopatológicas, cognitivas y conductuales que comparten complican la diferenciación entre una verdadera comorbilidad y la posibilidad de que uno represente manifestaciones pleomórficas del otro. Ambas condiciones tienen una prevalencia significativa, calculada en un 3.5 % para el TB y un 1.2 % para el TDAH según datos locales (Cía et al., 2018), que coinciden con los datos internacionales para el TB pero son notablemente menores que los estimados para el TDAH, del 2.5 %. Además, se sabe que entre un 15 % y un 60 % de los casos de TDAH diagnosticados en la infancia persistirán en la vida adulta (Salvi et al., 2021). Burkhart et al. (2021) sugieren que el diagnóstico o la sospecha diagnóstica de TDAH, actuales o

pasados, forman parte de la constelación de factores de riesgo para el desarrollo de TB en la vida adulta.

La evidencia epidemiológica sobre la comorbilidad entre el TDAH y el TB es robusta. En el estudio de replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidades de los Estados Unidos, Kessler et al. (2006) encontraron que un 19.4 % de los pacientes con TDAH también tenían diagnóstico de TB; por su parte, el 21.2 % de los pacientes con TB presentaban también diagnóstico de TDAH. Wingo y Ghaemi (2007), en su revisión sistemática, estimaron que la comorbilidad de TDAH en muestras de personas con TB oscila entre 9.5 % y 21.2 %, mientras que la comorbilidad de TB en muestras de TDAH varía entre un 5.1 % y 47.1 %. Birmaher et al. (2010) estudiaron una cohorte de hijos de padres con TB, de entre 3 y 5 años de edad, en los cuales el riesgo de padecer TDAH se multiplicaba por ocho.

Youngstrom et al. (2012) se cuestionaron si la comorbilidad entre el TDAH y el TB es un artefacto y plantearon varios puntos importantes. Primero, sugirieron que ambos trastornos podrían estar en un continuo de psicopatología, donde los rasgos clínicos superpuestos inducen a errores diagnósticos. Además, plantearon que la separación artificial de estos trastornos genera una falsa impresión de comorbilidad y que uno podría ser el precursor neuroevolutivo del otro. También mencionaron que los sesgos de referencia podrían exagerar la comorbilidad, ya que las personas con cuadros comórbidos presentan casos más complejos y tienen más probabilidades de ser referidas a estadios de mayor complejidad.

Faraone y Biederman, a través de varios metaanálisis y estudios longitudinales, apoyan la idea de que el TDAH comórbido con TB tipo I representa un fenotipo diferente de inicio precoz (Faraone et al., 2012; Biederman et al., 2013). Esto es respaldado por el estudio de Sachs et al., (2000) que muestra que los cuadros comórbidos tuvieron un inicio más temprano. La hipótesis neuroevolutiva se respalda en un estudio longitudinal basado en un registro sueco, que muestra un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia y TB en pacientes con TDAH, un riesgo que también se observa elevado entre sus familiares, lo que sugiere la existencia de una predisposición genética compartida (Larsson et al., 2013).

Hosang et al. (2019) investigaron una base de datos de gemelos de Suecia para determinar el peso de los factores genéticos y ambientales en la comorbilidad TDAH/TB y concluyeron que los síntomas hipomaniacos están genéticamente vinculados con el TDAH.

Una revisión sistemática y un metaanálisis recientes confirman que el 10 % de los niños con TDAH desarrollan TB en etapas posteriores, porcentaje que aumenta al 12 % cuando se aplican criterios de inclusión más flexibles, lo que apoya la hipótesis del fenotipo neuroevolutivo de TB de inicio precoz (Brancati et al., 2021).

Un enfoque interesante sobre la comorbilidad entre el TDAH y el TB se centra en el estudio de los temperamentos afectivos, ampliamente desarrollados por Akiskal en el contexto del TB (Akiskal y Akiskal, 2005). Landaas et al. (2012) evaluaron los temperamentos afectivos en adultos con TDAH y encontraron una significativa incidencia de temperamento ciclotímico, correlacionándolo con una mayor severidad del cuadro clínico. De manera similar, Torrente et al. (2017) estudiaron los temperamentos afectivos en una muestra de personas con TDAH, y hallaron que el 25 % presentaban temperamento ciclotímico, el cual se asoció con niveles elevados de depresión e impulsividad. Estas investigaciones sugieren la utilidad del marco conceptual de los temperamentos afectivos en la comprensión y el manejo de una amplia gama de trastornos psicopatológicos.

Desde el punto de vista clínico, es evidente que el TDAH y el TB comparten varias dimensiones sindrómicas, como la inestabilidad del humor, la impulsividad, la actividad incrementada, la inquietud, la impaciencia, la distractibilidad y la disfunción ejecutiva. Este solapamiento sintomático se extiende más allá de la fase eufórica del TB, lo que plantea un desafío tanto diagnóstico como terapéutico.

Wingo y Ghaemi (2007) destacan que, aunque el DSM-IV (APA, 1994) identifica síntomas superpuestos entre el TDAH y el TB —como la locuacidad, la distractibilidad, los cambios constantes en las actividades, la inquietud y la hiperactividad—, existen síntomas distintivos para cada condición. En el contexto de la manía bipolar, los síntomas clave para el diagnóstico diferencial incluyen la autoestima exagerada y grandiosidad, la fuga de ideas, la disminución de la necesidad de dormir, el exceso de actividades placenteras sin considerar las posibles consecuencias negativas y una marcada energía sexual acompañada de indiscreciones.

Pallanti y Salerno (2020) confirman que la comorbilidad entre el TDAH y el TB genera cuadros de mayor complejidad, caracterizados por un inicio más precoz, una peor evolución y un mayor número de episodios maníacos. Estos pacientes suelen tener un historial de abandonos escolares y un rendimiento académico y laboral pobre desde antes del inicio del TB, así como una historia vincular más complicada

y tendencia al consumo problemático de sustancias. Este patrón sugiere la existencia de un subgrupo específico de inicio precoz.

En el diagnóstico diferencial, Pallanti y Salerno señalan que el carácter cíclico de las oscilaciones anímicas del TB es una clave importante, aunque no siempre es evidente en los cuadros juveniles. Recomiendan sospechar TB en personas con un historial crónico de deterioro funcional, incluyendo dificultades en el aprendizaje, historia familiar de trastornos de aprendizaje o TDAH, deterioro ejecutivo con pobres habilidades en la planificación y manejo del tiempo y tendencia a la procrastinación que han estado presentes desde antes del inicio del TB. Además, sugieren considerar esta comorbilidad en casos de respuesta pobre al tratamiento del TB, especialmente cuando hay persistencia de conductas inatentas, hiperactivas o impulsivas que interfieren globalmente con la funcionalidad y la presencia de trastornos del sueño, como la resistencia a ir a la cama (*bedtime resistance*).

Carlat (2007) sugiere algunas estrategias clave para aclarar dudas diagnósticas. Primero, recomienda investigar a fondo los episodios maníacos y recordar que la distractibilidad no es exclusiva del TB. Además, destaca la importancia de buscar antecedentes de TDAH en la infancia y de revisar los registros diagnósticos y terapéuticos previos.

Brus et al. (2014) proponen un marco diagnóstico conceptual que permite identificar la constelación de síntomas característicos de cada trastorno, así como aquellos compartidos. Esta información se resume en la tabla a continuación (*ver Tabla 11*).

Salvi et al. (2021) identifican varios rasgos distintivos entre el TDAH y el TB. La edad de inicio es una diferencia clave: el TDAH generalmente comienza en la infancia, mientras que el TB suele aparecer en la adultez temprana. Además, el curso del TDAH es estable y crónico, a diferencia del TB, que es episódico, aunque las formas juveniles del TB no siempre siguen este patrón. Respecto del estado de ánimo, el TDAH se asocia con un humor lábil y disfórico, mientras que el TB se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente eufórico, elevado o irritable. La autoestima también difiere significativamente entre ambos trastornos: es reducida en el TDAH y exagerada o grandiosa en el TB. La distractibilidad en el TB resulta de la aceleración del pensamiento, mientras que en el TDAH se percibe como un divague mental sin aceleración objetiva. El fenómeno de “pensamientos agolpados” es típico del TB, especialmente en estados mixtos (Koukopoulos et al., 2005). La actividad dirigida

Tabla 11. Síntomas característicos del TB, compartidos con el TDAH y característicos del TDAH

TB	TB comórbido con TDAH	TDAH
Episodios definidos y discretos	Inatención	Síntomas crónicos
Depresión prominente	Disfunción ejecutiva	Sin pausas
Raramente inicio infantil	Impulsividad	Inicio siempre infantil
Psicosis durante la manía (TB-I)	Búsqueda de sensaciones	Depresión no prominente
Suicidabilidad	Inquietud	No psicosis
Grandiosidad	Abuso de sustancias	No suicidabilidad
Hipersexualidad	Locuacidad	No grandiosidad
Reducción de la necesidad de dormir	Impaciencia	No hipersexualidad
Evolución periódica	Suicidabilidad	Si sueño reducido = fatiga

Nota. Adaptado de “Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians”, de M. Brus, M. Solanto y J. Goldberg, 2014. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(6), p. 432.

a objetivos está incrementada en el TB, en contraste con la inquietud constante del TDAH. Las funciones neurovegetativas—como el sueño y la sexualidad—también difieren: en el TB hay una disminución de la necesidad de dormir y una hipersexualidad en la fase hipomaniaca, mientras que estas funciones no suelen estar afectadas en el TDAH. Por último, los síntomas psicóticos pueden presentarse en el curso del TB, pero no se manifiestan en el TDAH.

El tratamiento del TDAH comórbido con TB presenta un desafío considerable debido a la preocupación constante sobre el posible efecto desestabilizante de los estimulantes en la evolución del TB. Viktorin et al. (2017) llevaron a cabo un estudio basado en un registro sueco, analizando datos de 2.307 pacientes con TB que comenzaron tratamiento con el metilfenidato entre 2006 y 2014. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron metilfenidato y también estaban en tratamiento con estabilizantes del ánimo experimentaron una disminución en los episodios maníacos. Por el contrario, aquellos que no recibían estabilizantes del ánimo mostraron un aumento en tales episodios. Esto sugiere que el tratamiento con el metilfenidato, bajo un seguimiento estrecho, es factible y seguro en pacientes con esta comorbilidad. Un estudio de registro danés (Jefsen et al., 2023) examinó a personas a las que se les prescribió metilfenidato entre enero de 2000 y enero de 2018, utilizando un diseño de estudio espejo “antes-después” (o pre-post). Los episodios maníacos disminuyeron un 48 % ($p<0.01$) tanto en aquellos que recibían estabilizantes del ánimo (con una reducción del 50 %) como en los que no los recibían (con una reducción del 45 %). El estudio encontró que el metilfenidato no incrementó el número de episodios maníacos; el pico de manías se produjo seis meses antes de la introducción del metilfenidato, lo que se interpretó como un fenómeno de regresión

a la media, no como un efecto del metilfenidato. Estos hallazgos demuestran que la comorbilidad entre TB y TDAH representa un grupo de pacientes de alta complejidad y con una gran carga sintomática. Además, la atomoxetina debe ser utilizada con gran precaución debido a los informes de inducción de episodios maníacos o hipomaniacos (Bahali, 2013).

Tsapakis et al. (2020) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre el uso de los psicoestimulantes como la lisdexanfetamina, el modafinilo y el armodafinilo en la depresión bipolar y confirmaron que no aumentan el riesgo de viraje o conducta suicida.

El grupo de trabajo sobre trastornos cognitivos del TB de la ISBD llevó a cabo una revisión sistemática sobre el uso de tratamientos establecidos y *off-label* para el TDAH, enfocados en el deterioro cognitivo o los síntomas de TDAH en pacientes con TB (Miskowiak et al., 2024). En su revisión, diferenciaron claramente que los fármacos estudiados, en particular el metilfenidato y las sales de anfetamina, resultaron ser eficaces y seguros para tratar el TDAH comórbido con TB, sin un aumento significativo en el riesgo de episodios maníacos en pacientes que también recibían tratamiento estabilizante. Sin embargo, señalaron que hasta la fecha, ningún estudio ha demostrado la eficacia de los estimulantes u otros fármacos en el tratamiento de los déficits cognitivos propios del TB. Esto subraya la necesidad de desarrollar estudios adicionales para abordar esta cuestión específica.

16.TDAH y adicciones

La detección precoz de la patología dual y/o comórbida en pacientes en tratamiento por trastornos adictivos —con y sin sustancias— es de vital importancia para su tratamiento integral (Ustun et al., 2017). La evaluación neuropsiquiátrica debe incluir un cribado

sistemático del TDAH en contextos de tratamiento de adicciones, así como el cribado de trastornos por uso de sustancias en entornos psiquiátricos. Dada la frecuente coexistencia de estas condiciones, es crucial realizar derivaciones oportunas para evaluaciones especializadas.

El TDAH contribuye al desarrollo de comportamientos riesgosos y experiencias adversas a lo largo de la vida, y puede elevar el riesgo de padecer trastornos por uso de alcohol (TUA), entre otros. La propensión a tomar decisiones impulsivas y la presencia de un sistema de recompensa desregulado incrementan la vulnerabilidad de los individuos con TDAH a los trastornos adictivos, independientemente de su gravedad. Algunos estudios indican que hasta un 43 % de las personas con TDAH desarrollan TUA, y que en la población adulta con TUA, aproximadamente el 20 % padece también TDAH, aunque frecuentemente esta comorbilidad no se reconoce ni se trata adecuadamente. Por ello, es esencial implementar procedimientos sistemáticos de detección y tratamiento (Luderer et al., 2021).

El TDAH en la infancia es un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias (TUS) durante la adolescencia y la adultez temprana. Más precisamente, durante la adolescencia se observa un desarrollo asincrónico de los circuitos frontoestriales, donde el sistema impulsivo y afectivo de la amígdala y el estriado madura antes y es más activo en comparación con los sistemas de control cognitivo de la corteza prefrontal, que maduran más tarde. Esta asincronía en la maduración aumenta la susceptibilidad a las influencias de los sistemas emocionales y de recompensa, fomentando comportamientos impulsivos y desinhibidos, incluido el uso de sustancias. Numerosos estudios sobre adolescentes han establecido una conexión entre la deficiencia en funciones ejecutivas, como la inhibición y la memoria de trabajo, y el inicio precoz del consumo de alcohol y otras sustancias. Este hallazgo respalda teorías como la de la patología del reforzador, propuesta por Bickel y Athamneh en 2019.

Por otra parte, los rápidos cambios sociales y tecnológicos entrañan desafíos particulares para individuos con tendencia a la distracción y dificultades para mantener la concentración. Según Thorell et al. (2024), estos cambios pueden exacerbar los síntomas en aquellos en los umbrales subclínicos del TDAH. Además, la adicción a internet (AI) es cada vez más reconocida como una adicción conductual de importancia. La

transición del uso adaptativo al patológico de internet es compleja ya que se proporciona estimulación constante a través de múltiples tareas simultáneas y gratificación instantánea, lo que mitiga el aburrimiento y refuerza rápidamente ciertos comportamientos. Los individuos con TDAH, que frecuentemente exhiben baja autorregulación, son susceptibles tanto a la adicción a sustancias como a la AI. Algunas investigaciones sugieren que la liberación de dopamina en el estriado durante el juego en línea podría mejorar la concentración y el rendimiento, lo que permite a las personas con TDAH compensar deficiencias en sus vidas reales y preferir entornos virtuales. Wang et al. (2017) destacan que, en comparación con interacciones en la vida real, las que ocurren en línea ofrecen respuestas y recompensas más inmediatas y facilitan las relaciones interpersonales. Masi et al. (2021) informan que la intensidad de los síntomas del TDAH se correlaciona con una mayor severidad en la adicción a videojuegos y sus consecuencias adversas.

16.1 Epidemiología

La metodología de los estudios epidemiológicos en las adicciones varía significativamente dependiendo de factores tales como el tipo de evaluación utilizada, la consideración del policonsumo de sustancias y la edad de los individuos estudiados. En algunos países, se recurre incluso a la medición de residuos de drogas en sistemas de alcantarillado para obtener estimaciones más precisas del consumo real. Esto último se debe a la tendencia a la subreportación en registros médicos y a la omisión frecuente por parte de los usuarios, que afectan la precisión de las estadísticas actuales.

Respecto al trastorno por consumo de cocaína, una revisión sistemática reciente estimó la prevalencia del TDAH en aproximadamente el 10 % de los casos, con un rango que oscilaba entre el 5 % y el 20 % (Oliva et al., 2020). Además, el TDAH coexiste en hasta el 20 % de las personas con el TUA (Luderer et al., 2021), asociándose esta comorbilidad con una serie de complicaciones adicionales y con resultados menos favorables en el tratamiento.

En lo que concierne al impacto cognitivo en los TUS, este es un factor confundidor común que no solo complica el diagnóstico, sino que también agrava la severidad clínica de los afectados. Por ejemplo, entre el 30 % y el 80 % de los individuos con TUA presentan deterioro cognitivo, y entre el 30 % y el 50 % de aquellos con trastorno por consumo de estimulantes también lo manifiestan en algún grado (Bruijnen et al., 2019).

16.2 Evaluación

La evaluación inicial de adultos con TDAH y adicciones debe comprender una anamnesis exhaustiva, entrevistas con el paciente y familiares, además de la aplicación de escalas validadas como las que aparecen en la prueba ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). De este modo, es crucial documentar la historia del TDAH, los cambios en los patrones de consumo de sustancias, los comportamientos adictivos, los desencadenantes y las consecuencias adversas asociadas.

El acceso a tratamientos para el TUS es limitado y menos del 20 % de los afectados reciben la atención necesaria. Además, esta limitación aumenta conforme avanza la severidad de los síntomas. Las evaluaciones tempranas en adolescentes que puedan identificar el consumo inicial episódico y la transición hacia patrones crónicos son cruciales. Al igual que en el manejo de la diabetes, donde se introduce el término “prediabetes” para mejorar la intervención temprana, el concepto de “preadicción” facilitaría la detección y el tratamiento tempranos del TUS leve a moderado, lo que podría prevenir la progresión hacia estados más severos.

Más específicamente, la preadicción se vincula directamente con el descarrilamiento hedónico, caracterizado por la hipodopaminergia en el circuito de recompensa mesolímbico del cerebro; asimismo, este fenómeno incluye varias anomalías y manifestaciones clínicas asociadas a sistemas de neurotransmisores específicos (como los opioidérgicos, los serotoninérgicos, los cannabinérgicos, los gabaérgicos, los glutaminérgicos y los colinérgicos), configurando lo que se denomina “síndrome de deficiencia de recompensa”. Finalmente, este enfoque considera a la neurobiología de las adicciones como un factor fundamental para desarrollar intervenciones efectivas.

Antes de prescribir estimulantes a adultos, es esencial revisar su historial cardiovascular —incluyendo antecedentes de dolor torácico, palpitaciones, síncope, infarto de miocardio, arritmias y enfermedades valvulares— así como otros antecedentes familiares relevantes. La medición de la presión arterial y el pulso es obligatoria, y se debe realizar un electrocardiograma (ECG) en aquellos con síntomas cardíacos. Si se encuentran anomalías, se recomienda una evaluación cardiológica para determinar la viabilidad del tratamiento farmacológico. Dada la evidencia mixta sobre la relación entre el uso de estimulantes y complicaciones cardíacas, la evaluación debe ser particularmente rigurosa en individuos con TUS.

16.3 Clínica

El cuadro clínico del TDAH es heterogéneo y con frecuencia se ve afectado por la comorbilidad psiquiátrica, incluidos los TUS.

La clínica específica de las adicciones, ya sean de consumo leve, moderado o severo, puede manifestarse junto con los síntomas característicos del TDAH como cambios anímicos, alteraciones en el patrón de sueño y apetito, errores en la predicción de recompensa e impulsividad. Mientras que el TDAH se asocia con un aumento de la mortalidad, principalmente debido a accidentes, el TUS comórbido aumenta aún más el riesgo de muerte prematura entre las personas con TDAH (Sun et al., 2019). Según una investigación de Kittel-Schneider et al. (2019), los pacientes que recibieron atención por trauma agudo tras un accidente presentaron una prevalencia más alta de TDAH; además, aquellos con TDAH tendían a estar más frecuentemente bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.

16.4 Tratamiento

16.4.1 Tratamiento no farmacológico

En el tratamiento de las adicciones, es crucial integrar enfoques no farmacológicos que abarquen terapia individual y de grupo, programas de desintoxicación y rehabilitación, así como soporte continuado a largo plazo. Es esencial abordar los factores conductuales y emocionales subyacentes —como la impulsividad y la baja autoestima— que contribuyen a la adicción. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se destaca por su eficacia en la modificación de patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales ya que ofrece herramientas para la gestión del estrés y la organización cotidiana. Estas intervenciones no solo son efectivas para trastornos por consumo de sustancias, sino también para el manejo del TDAH comórbido, y brindan una estrategia integral y adaptada a las necesidades de cada paciente (Van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2019).

16.4.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en adultos con adicciones que además presentan TDAH requiere un enfoque cuidadoso y personalizado. Se recomienda primero abordar las adicciones, ya que algunas investigaciones indican que el abuso de sustancias puede modificar no solo la respuesta a los medicamentos, sino también su administración y su eficacia (Riggs, 2011; Barrett y Phil, 2002).

En la fase de tratamiento específico del TDAH, es posible observar una reducción o cese en el consumo de sustancias en algunos pacientes. Sin embargo, otros

requieren un enfoque integrado para manejar simultáneamente el TDAH y las adicciones. Para estos casos, se recomiendan terapias de reemplazo de nicotina y medicamentos como el bupropión para la adicción al tabaco, así como del disulfiram, la naltrexona y el acamprosato para el tratamiento del alcoholismo. Esta aproximación dual es crucial para abordar eficazmente ambas patologías y mejorar los resultados.

Diversos estudios sobre el uso temprano de estimulantes en niños con TDAH muestran resultados variados en cuanto a su efecto protector contra el desarrollo de TUS durante la adolescencia y la edad adulta temprana. Groenman et al. (2019) sugieren que los estimulantes pueden tener un efecto protector, mientras que otros estudios, como los de Humphreys et al. (2013), Molina et al. (2013) y Harstad et al. (2014), no lo han identificado. Estas discrepancias subrayan la necesidad de un análisis más profundo y contextualizado para entender la variabilidad en los resultados del tratamiento.

Para personas con un trastorno activo por consumo de drogas psicotrópicas, se aconseja estabilizar primero este trastorno antes de iniciar un tratamiento farmacológico para el TDAH, si las circunstancias lo permiten y no hay disponibilidad de un tratamiento integral (Barrett y Pihl, 2002). En casos de pacientes con grandes dificultades cognitivas y problemas de adherencia al tratamiento, modalidades como la atención ambulatoria intensiva, hospitales de día o comunidades terapéuticas pueden ofrecer mayor eficacia (Waisman Campos et al., 2017).

Los ensayos clínicos que investigan la eficacia de los tratamientos con estimulantes en pacientes con TDAH que simultáneamente padecen un trastorno activo por consumo de sustancias (como la nicotina, la cocaína y los opioides) han arrojado resultados variados. Estos estudios enfrentan dificultades metodológicas, ya que típicamente se centran en el tratamiento con un solo fármaco, aunque los pacientes presenten múltiples patologías, algunas de las cuales pueden complicar la enfermedad principal.

Si bien los estimulantes son efectivos en el tratamiento del TDAH, existe una creciente preocupación por su mal uso, especialmente en pacientes comórbidos con TUS (Bjerkeli et al., 2018; Faraone et al., 2021). Además, es necesario destacar que la Declaración de Consenso Internacional de la Federación Mundial de TDAH enfatiza que el uso de estimulantes para el TDAH no incrementa el riesgo de desarrollar TUS o TUA en el futuro (Luderer et al., 2021; Riggs, 2011).

Un metaanálisis realizado por Cunill et al. (2015), que incluyó trece ensayos clínicos aleatorizados, arrojó resultados mixtos sobre la farmacoterapia en pacientes con TDAH y trastorno por consumo de drogas concurrente: se observó un efecto beneficioso, aunque pequeño, sobre los síntomas del TDAH. Sin embargo, contrariamente a lo que informaron Carpentier y Levin en 2017, no hubo impacto significativo sobre el consumo de sustancias o la abstinencia. Esto subraya la necesidad de un enfoque de tratamiento integral, similar al empleado en medicina general, para optimizar los resultados. Además, se han realizado solo cuatro estudios controlados con placebo en adolescentes con estas condiciones, que abarcaron menos de 500 pacientes en total y utilizaron principios activos como el metilfenidato de acción prolongada, la pemolina y la atomoxetina. Ninguno de estos estudios demostró un efecto concluyente sobre el TDAH o el TUS, lo que destaca que la efectividad se maximiza mediante un tratamiento integrado de ambos trastornos.

No se recomienda el uso del bupropión como alternativa a los psicoestimulantes en pacientes que no están abstinentes, principalmente debido a la evidencia insuficiente sobre su eficacia y al incrementado riesgo de convulsiones asociadas con este principio activo, especialmente en casos de trastorno por uso de alcohol.

En el último Consenso Internacional sobre el Tratamiento del TDAH con estimulantes, emergió una notable controversia respecto del momento adecuado para iniciar la prescripción: un sector de expertos sostuvo que es esencial exigir una abstinencia completa antes de comenzar la farmacoterapia para minimizar riesgos potenciales, mientras que otro grupo argumentó que imponer una política de abstinencia estricta podría excluir a muchos pacientes de recibir un tratamiento efectivo (Ozgen et al., 2020).

En un estudio clínico controlado, Levin et al. (2015) evaluaron la eficacia de la dextroanfetamina-anfetamina de liberación prolongada en adultos con TDAH y trastorno por consumo de cocaína. Un total de 126 participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir dosis diarias de 60 mg, 80 mg o placebo. Los resultados mostraron que los participantes en los grupos de 60 mg y 80 mg experimentaron una mejora notable en la reducción de los síntomas del TDAH: el 75.0 % de los participantes en el grupo de 60 mg y el 58.1 % en el grupo de 80 mg lograron una disminución significativa de al menos el 30 % en la gravedad de los síntomas, en comparación con solo el 39.5 % en el grupo placebo. Además, los participantes en los grupos tratados mostraron una mayor probabi-

lidad de obtener resultados semanales negativos para cocaína, con una *odds ratio* de 5.46 para el grupo de 80 mg/día y de 2.92 para el grupo de 60 mg/día, en comparación con el grupo placebo.

La atomoxetina, un inhibidor de la recaptación presináptica de noradrenalina, ha demostrado ser efectiva para el tratamiento del TDAH en adultos ya que ha superado al placebo en ensayos clínicos (Cunill et al., 2013). Además, su uso en pacientes con TDAH y trastornos concurrentes por consumo de sustancias ha sido seguro y bien tolerado (Wilens et al., 2008), destacándose por su bajo potencial de abuso (Upadhyaya et al., 2013). Aunque la viloxazina —otro medicamento no estimulante con propiedades similares— es una alternativa viable, actualmente no está disponible en la Argentina.

17. Comorbilidad TDAH y trastorno límite de la personalidad (TLP) en la adultez

Como se mencionó previamente, el TDAH en la adultez se asocia a un gran número de comorbilidades. En efecto, una de las más frecuentes es el trastorno límite de la personalidad (TLP). Se estima que al menos 14 % de los diagnosticados con TDAH en la infancia reciben posteriormente un diagnóstico de TLP (Jacob et al., 2007), mientras que entre el 18 al 34 % de los adultos con TDAH padece TLP comórbido (Matthies et al., 2011). Utilizando datos de una encuesta epidemiológica en la que participaron 34.000 adultos de edad media (18.4 años), Bernardi et al. (2012) calcularon que la comorbilidad de por vida con el TLP de los sujetos con TDAH fue del 33.1 %, en comparación con el 5.1 % de la población general (OR = 2.84).

El TLP ocurre con más frecuencia dentro de la población con TDAH de lo que sucedería a la inversa (Weiner et al., 2019). De hecho, cuando ocurren juntos, es posible que se pase por alto uno de los diagnósticos. En relación con esto último, los síntomas “ruidosos” del TLP generalmente pueden enmascarar los rasgos “más silenciosos” del TDAH.

Se han propuesto varias hipótesis que explicarían las razones por la que estos dos cuadros coexisten con frecuencia: a) el TDAH puede ser un precursor del desarrollo del TLP; b) el TDAH y el TLP pueden corresponder a diferentes expresiones de un mismo trastorno en vez de dos entidades diferentes; y c) el TDAH y el TLP pueden ser trastornos distintos que comparten factores de riesgo comunes (Storebø y Simonsen, 2014).

17.1 Expresión clínica

Ambos cuadros tienen una expresión fenotípica heterogénea, con superposición de diferentes dimensiones sintomáticas (fundamentalmente la impulsividad y la desregulación emocional) (Philipsen, 2006). Como resultado, diferenciar ambos cuadros es una tarea sumamente desafiante, inclusive para el clínico especializado.

Más allá de la superposición de la sintomatología nuclear —como la impulsividad y la desregulación emocional—, ambas condiciones también están vinculadas con problemas interpersonales, antecedentes de traumas, problemas de autoestima y rasgos temperamentales (Weiner, 2019).

La edad de inicio solía ser un criterio de diagnóstico discriminativo entre ambos cuadros: mientras que el TDAH era típicamente concebido como un trastorno del desarrollo neurológico de aparición temprana, el TLP se consideraba como un trastorno psicológico o de la personalidad de aparición tardía vinculado a

Figura 1. Características clínicas compartidas entre el TDAH y el TLP



Nota. TEPT: trastorno de estrés postraumático. Adaptado de “Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings”, de S. Matthies y A. Philipsen, 2014, *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(3), p. 3.

un trauma infantil. Sin embargo, esta distinción ha sido cuestionada recientemente (Weiner et al., 2019).

17.1.1 Impulsividad

La impulsividad se entiende actualmente como un rasgo multifacético que puede llevar a comportamientos disfuncionales (Griffin et al., 2018) y es un síntoma central en ambos trastornos. Sin embargo, según el DSM-5, la descripción psicopatológica para cada cuadro difiere. Mientras que en el TLP se describe la impulsividad en términos de gastos excesivos, sexo compulsivo, consumo de drogas, conducción temeraria y atracones alimentarios, en el TDAH se detalla como impaciencia al esperar, interrupciones a los demás o respuestas precipitadas (APA, 2013). Considerando esta descripción psicopatológica, la impulsividad en el TDAH parecería tener un menor impacto funcional o gravedad. No obstante, como se ha demostrado, los atracones alimentarios, el sexo compulsivo, los gastos excesivos, la conducción temeraria y el consumo de drogas también pueden ser expresiones fenotípicas de la impulsividad en adultos con TDAH (Chamberlain et al., 2017).

Según la revisión realizada por Ditrach et al. (2021), los estudios que analizaron la impulsividad mediante evaluaciones neuropsicológicas encontraron algunas diferencias interesantes: a) las personas con TLP tenían más dificultades para utilizar señales contextuales para la inhibición de la respuesta y su impulsividad dependía fundamentalmente del estrés (es decir, empeoraba bajo condiciones de estrés), mientras que las personas con TDAH presentaban más impulsividad motora (esto es, dificultad para detener una acción que ya estaba en movimiento); b) las personas con TDAH + TLP tenían las tasas más altas de impulsividad; y c) la impulsividad era mayor entre los grupos TDAH y TDAH + TLP que el grupo TLP.

17.1.2 Desregulación emocional

La desregulación emocional en el TLP es un síntoma nuclear y se aborda en, al menos, dos criterios del DSM-5 (APA, 2013). Aunque no está incluida oficialmente en los criterios diagnósticos básicos, se ha demostrado que aproximadamente el 70 % de los adultos con TDAH reportan desregulación emocional (Beheshti et al., 2020), hecho que ha motivado a algunos autores a plantearla como síntoma primario en esta patología (Hirsch et al., 2018).

Utilizando escalas de autoinforme, Rüfenacht et al. (2019) evaluaron las estrategias de regulación emocional en 406 pacientes con TDAH y TLP (279 con TDAH, 70 con TLP y 60 con TDAH + TLP). La comparación se realizó utilizando muestras de controles

extraídas de datos previamente publicados, revelando que todos los grupos clínicos presentaban una alta reactividad emocional, caracterizada por sensibilidad emocional, así como por la intensidad y persistencia de las emociones. Esta reactividad fue más pronunciada en los pacientes con comorbilidad, seguida por aquellos con TLP y, finalmente, por los sujetos diagnosticados solo con TDAH. Además, las personas con TDAH mostraron un mejor control sobre sus emociones, menor reactividad emocional y un mayor uso de estrategias cognitivas funcionales en comparación con las personas con TLP.

Para investigar aspectos de ira y agresividad en adultos con TDAH y TLP, Cackoski et al. (2017) evaluaron a 87 mujeres (29 con TLP no medicadas, 28 con TDAH y 30 controles). Determinaron rasgos y estado de ira, tendencia a la agresividad y capacidad de regulación emocional en reposo y tras una inducción al estrés. Tanto las mujeres con TDAH como las que padecían TLP mostraron puntuaciones más altas en todas las medidas comparadas con el grupo control. Las mujeres con TLP reportaron mayores rasgos de agresividad y hostilidad, una mayor tendencia a expresar la ira, ya sea externamente al ser provocadas o internamente, lo cual podría estar asociado a comportamientos autodestructivos. Tras la inducción al estrés, las mujeres con TLP exhibieron un mayor estado de ira que las mujeres con TDAH y las del grupo control. Además, las mujeres con TLP informaron rasgos de desregulación emocional más graves en comparación con las del grupo TDAH y el grupo control, lo que se asoció significativamente a la ira y la agresividad.

A pesar de estas diferencias, se han observado respuestas fisiológicas similares a las emociones en ambos grupos: los sujetos experimentan emociones negativas durante un período más prolongado y responden más lentamente a su línea de base después de una experiencia emocionalmente excitante (Weiner et al., 2019).

Si bien los datos comparativos son escasos y fueron llevados a cabo en pocos sujetos experimentales, Weiner et al. (2019) plantean que los cuadros tendrían diferentes vías hacia la inhibición: mientras que el TDAH se asociaría con dificultades en los procesos de funcionamiento ejecutivo desde arriba hacia abajo, el TLP guardaría más relación con la desregulación emocional. La impulsividad en el TLP estaría intrínsecamente relacionada con la desregulación emocional (por ejemplo, en situaciones de alto estrés, las personas con TLP tienen conductas impulsivas más pronunciadas), mientras que en los individuos con TDAH las conductas

impulsivas son más independientes del estrés. Estos hechos sugerirían que la impulsividad y la desregulación emocional podrían funcionar como un mediador entre los síntomas del TDAH y las características del TLP. De este modo, los clínicos deberían estar atentos a observar si la impulsividad ocurre solo en el contexto de estrés emocional o si es de naturaleza más global.

17.2 Etiopatogenia

Actualmente, la evidencia respalda la interacción y correlación entre genes y ambiente en el desarrollo tanto del TLP como del TDAH. En este último, está bien establecido que los factores genéticos desempeñan un papel central en la etiología, con estimaciones de heredabilidad que oscilan entre el 70 y 80 % (Brikell et al., 2015). Sin embargo, respecto del TLP, la literatura sigue estando poco desarrollada, con estimaciones de heredabilidad que oscilan entre el 35 y 46 % (Amad et al., 2014).

Dos estudios han investigado las contribuciones genéticas y ambientales compartidas entre el TDAH y el TLP. A través del acceso a registros en los Países Bajos (Distel et al., 2011) investigaron las contribuciones genéticas y ambientales a la asociación entre rasgos de personalidad límite y síntomas de TDAH en una muestra de 7.233 gemelos de entre 18 y 90 años. Así, se ha encontrado que: a) la heredabilidad de los rasgos del TLP y del TDAH se estimó en 45 % y 36 %, respectivamente; b) la correlación fenotípica entre los rasgos del TLP y los síntomas del TDAH fue alta ($r = 0.59$), similar en ambos sexos, y podría explicarse en un 49 % por factores genéticos y en un 51 % por factores ambientales; y c) las correlaciones genéticas y ambientales entre los síntomas del TLP y del TDAH fueron de 0.72 y 0.51, respectivamente. Finalmente, los autores concluyen que la etiología compartida entre manifestaciones del TLP y del TDAH podría ser una causa de la frecuente comorbilidad de los trastornos o de la superposición de dominios psicopatológicos.

En otro estudio, Kuja-Halkola et al. (2021) investigaron la coexistencia y la coagregación familiar entre el TDAH y el TLP clínicamente diagnosticados en una cohorte de más de dos millones de personas nacidas en Suecia entre 1971 y 2001, y diagnosticadas entre 1997 y 2013 en atención ambulatoria o durante hospitalizaciones. De este modo, encontraron que los individuos con TDAH tuvieron un aOR (es decir, una odds ratio ajustada por año de nacimiento, sexo y orden de nacimiento) de 19.4 de tener también un diagnóstico de TLP en comparación con personas no diagnosticadas con TDAH. A su vez, tener un hermano con TDAH también aumentó el riesgo de padecer TLP

(aOR = 11.2 para gemelos monocigóticos; aOR = 2.8 para hermanos completos; aOR = 1.4 para medios hermanos maternos; y aOR = 1.5 para medios hermanos paternos). Asimismo, se estimó que los primos también poseían un mayor riesgo. Por último, los autores llegaron a la conclusión de que el patrón de coagregación familiar de TDAH y TLP en diferentes tipos de familiares indica que los factores genéticos desempeñan un papel en la coexistencia de estos dos trastornos.

17.3 TDAH y eventos adversos en la infancia

Aunque la adversidad infantil se asocia con una amplia gama de resultados clínicos negativos en la edad adulta (incluidos varios trastornos psicopatológicos como trastornos del estado de ánimo, psicosis y trastornos de la personalidad) (Porter et al., 2020), la mayoría de las teorías sobre el desarrollo del TLP enfatizan la importancia de las experiencias tempranas (Linehan, 1993), sobre todo aquellas en donde la invalidación emocional temprana por parte de los cuidadores limita las oportunidades para que el niño aprenda a experimentar y controlar diferentes estados emocionales. Esto ha generado que la presencia de síntomas de impulsividad y desregulación emocional, junto a los antecedentes de eventos adversos en la infancia, se vinculen inequívocamente a la sospecha de TLP.

Sin embargo, la evidencia marca que las personas con TDAH también suelen tener antecedentes de eventos adversos infantiles. En tal sentido, el primer estudio que investigó esta asociación fue desarrollado por Rucklidge et al. (2006), donde se aplicaron a 114 adultos (57 TDAH y 57 controles) cuestionarios para evaluar retrospectivamente experiencias traumáticas en la infancia. Se observaron puntuaciones significativamente más altas en el cuestionario de trauma infantil en el grupo TDAH que en el grupo control, en particular en abuso emocional y negligencia. A su vez, el abuso sexual y la negligencia física fueron más reportadas por las mujeres.

Un estudio sueco realizado por Björkenstam et al. (2018), con una cohorte de 543.650 personas nacidas entre 1987 y 1991, evaluó la adversidad infantil basada en registros de muerte familiar, abuso parental de sustancias, trastornos psiquiátricos parentales, criminalidad parental, separación de los padres, inestabilidad residencial y necesidad de asistencia pública del hogar. Se siguió a los individuos durante 2006, cuando tenían entre 15 y 19 años, para detectar diagnóstico de TDAH, definido como un diagnóstico por la clasificación internacional de enfermedades (CIE) de la OMS y/o por el registro de prescripción de medicamentos

para el TDAH. Se ha encontrado que todos los eventos adversos aumentaron la probabilidad de padecer TDAH al final de la adolescencia o al principio de la adultez, siendo el OR desde 1.6 para muerte familiar y de 2.7 para asistencia pública del hogar. También se ha detectado una relación dosis-respuesta entre la acumulación de eventos adversos y el TDAH: por un lado, aquellos individuos con más de cuatro eventos poseían un riesgo notablemente mayor (OR = 5.5; IC = 95 %); por el otro, las adversidades infantiles son un fuerte factor de riesgo para el TDAH en la adultez, fundamentalmente cuando se acumulan.

Por último, Ferrer et al. (2017) evaluaron a 204 sujetos (56 con TDAH + TLP, 82 con TLP, 22 con TDAH y 44 controles) con el objetivo de comparar la asociación entre antecedentes de maltrato infantil y los diagnósticos en la adultez de TDAH, TLP, o TDAH en comorbilidad con TLP, utilizando entrevistas estructuradas. Los investigadores encontraron que, mientras que el trauma físico se asociaba con el TDAH, el abuso sexual o emocional estaba relacionado con el TLP o TLP + TDAH. La comorbilidad mostró mayor gravedad clínica y puntuaciones más altas para negligencia total, con una diferencia marginal para el abuso sexual. Estos hallazgos sugieren que los antecedentes de abuso físico podrían estar asociados con la persistencia del TDAH en la adultez, mientras que el abuso sexual o emocional podría vincularse con el desarrollo de TLP o TDAH + TLP. Esto respalda la hipótesis de que un tipo específico de evento traumático aumentaría el riesgo de consolidación de un trastorno concreto en la trayectoria de la niñez hacia la adultez en sujetos vulnerables.

Por último, es importante tener en cuenta que las relaciones conflictivas entre padres e hijos, causadas por los síntomas de TDAH presentes en los niños (y posiblemente también en los padres), pueden predisponer a interacciones traumáticas (Ditrich et al., 2021). Dado que la corteza prefrontal tiene un desarrollo prolongado, lo que facilita la adquisición de capacidades cognitivas complejas a través de la experiencia, también es vulnerable a factores que pueden alterar su funcionamiento. Esto explicaría por qué los niños maltratados tienen una mayor probabilidad de desarrollar disfunción ejecutiva (Kolb et al., 2012). Además, los distintos tipos de adversidad y el momento de la exposición a lo largo de los diferentes períodos de desarrollo pueden ser factores clave en el riesgo diferencial de presentar un trastorno. Es probable que este riesgo esté mediado por la vulnerabilidad específica de distintos sistemas durante los períodos críticos del desarrollo (Binder, 2017).

17.4 Modelo epigenético de patogénesis TDAH + TLP

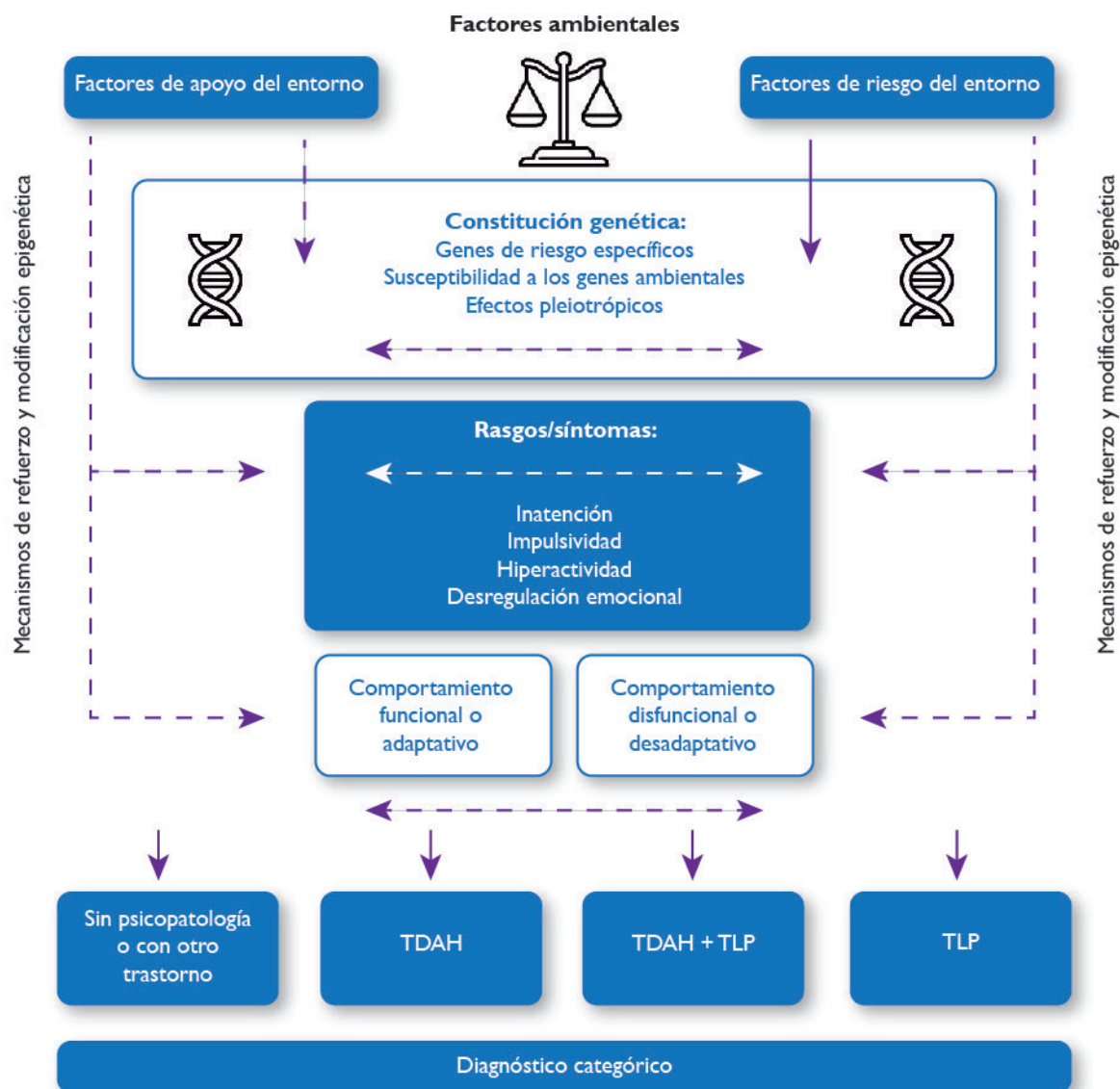
Fundado en las investigaciones de Amad (2014), Ditrich et al. (2021) plantean un modelo hipotético de patogénesis para el TDAH en comorbilidad con el TLP. La interacción entre la constitución genética y los factores ambientales puede conducir a la expresión de ciertas características (tales como hiperactividad, impulsividad y disregulación emocional), las que originarían reacciones de apoyo o de invalidación. En caso de ocurrir eventos adversos (como la agresión), se genera un refuerzo mutuo entre el estrés y la impulsividad, de modo que se intensifican los síntomas a través de efectos epigenéticos. Estos comportamientos desadaptativos se desarrollan para reducir el estrés y tienden a repetirse y consolidarse en un entorno negativo. Es posible que los rasgos del TDAH sean un factor de riesgo para entornos estresantes, iniciando así un círculo vicioso. La vulnerabilidad podría no depender exclusivamente de genes de susceptibilidad específicos sino también de cambios epigenéticos causados por el estrés interpersonal.

Conclusiones

El TDAH en adultos se caracteriza por la persistencia de síntomas como inatención, hiperactividad e impulsividad, aunque su expresión varía a lo largo de la vida. Esta heterogeneidad clínica, sumada a la alta frecuencia de comorbilidades, complica el diagnóstico, ya que los pacientes suelen consultar por síntomas derivados de estas condiciones asociadas. Además, la percepción errónea de que los síntomas son rasgos de personalidad, o el hecho de que algunos pacientes hayan aprendido a enmascararlos mediante estrategias compensatorias, contribuye a un diagnóstico tardío.

Un diagnóstico preciso en la adultez requiere una evaluación integral que contemple tanto los síntomas nucleares como su impacto funcional, así como la identificación de comorbilidades que puedan modificar la presentación clínica. Existen diversos instrumentos psicométricos adaptados al contexto local con buenos indicadores de validez y confiabilidad, que permiten obtener información sólida y complementaria a la evaluación clínica integral.

El perfil neuropsicológico es una herramienta crucial en la evaluación y comprensión del TDAH (Planton et al., 2021). No solo facilita el diagnóstico diferencial con otros trastornos, sino que también identifica áreas específicas de fortalezas y debilidades cognitivas en los individuos afectados. Además, el perfil neuropsicológico

Figura 2. Modelo epigenético de patogénesis compartida TDAH + TLP

Nota. Tomado de Ditrich, I., Philipsen A. y Matthies, S. (2021). *Borderline personality disorder (BP) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited - a review-update on common grounds and subtle distinctions. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(22), p. 9.

sicológico es invaluable para monitorear el progreso a lo largo del tiempo y proveer educación y orientación tanto a pacientes como a sus familias, clarificando los desafíos asociados con el TDAH y las estrategias disponibles para afrontarlos.

Los adultos con TDAH suelen presentar numerosas comorbilidades psiquiátricas y médicas no psiquiátricas, las cuales pueden complicar el diagnóstico, afectar la evolución de la enfermedad, incrementar la carga del TDAH y dificultar su tratamiento. Por lo tanto, un seguimiento y manejo adecuado de estas comorbilidades por parte del clínico podría modificar significativamente la trayectoria de la morbilidad a lo largo de la

vida del paciente, mejorando su funcionamiento y, en consecuencia, su calidad de vida. El TDAH comparte varios clústeres diagnósticos con otras afecciones, algunas de ellas más familiares para los clínicos. Un conocimiento detallado de los síntomas tanto propios como compartidos del TDAH es fundamental para lograr una caracterización diagnóstica más precisa. En suma, comprender la presentación clínica particular de cada paciente es esencial para implementar las intervenciones terapéuticas más adecuadas.

Conflictos de interés: los autores declaran haber recibido honorarios como consultores, investigadores o

conferencistas con el siguiente detalle: Andrea Abadi de Adium, Raffo, Teva, Tecnofarma, Asofarma y Gador; Marcelo Cetkovich-Bakmas de Bagó, Janssen, Lundbeck, Teva, Raffo, GSK, Baliarda, Pfizer, Astra Zéneca, Sanofi, Tecnofarma y Boehringer Ingelheim; Hernán Klijnan de Raffo, Lundbeck, Baliarda, TEVA y Bagó; Norma Echarvarria de Bagó, Raffo y Teva; Alicia Lischinsky y Pablo López no refieren; Claudio Michanie de Bagó, Raffo, Teva, Lilly, Janssen y Novartis; Tomás Maresca de Abbott, Asofarma, Aspen, Bagó, Baliarda, Eurofarma, Gador, Lilly, Pfizer, Raffo, Sigfried y Teva; Carolina Remedi, Osvaldo Rovere y Fernando Torrente no refieren; Marcela Waisman Campos de Abbott, Ariston, Bagó, Baliarda, Raffo, Roemmers, Temis y Teva; Gerardo Maraval de Raffo, Teva y Bagó; Teresa Torralva, Diego Cansenso y Amalia Dellamea no refieren; Andrea López Mato de Eli Lilly, Gador, Bagó, Lundbeck, Raffo, Janssen, Abbott y Elea; Gustavo Vázquez de AbbVie, Allergan, Janssen, Otsuka/Lundbeck, NeonMind Biosciences Inc., Asofarma, Elea-Phoenix, Eurofarma, Gador, Psicofarma, Raffo, Siegfried, Sunovion, Tecnofarma y Tecnoquímica; Alejo Corrales de Gador, Janssen, Lundbeck, Teva, Bagó, Raffo, Glaxo Smith Kline, Baliarda, Casasco y honorarios académicos y de investigación de la Universidad de Aarhus, Dinamarca.

Referencias bibliográficas

- Abdel-Hamid, M., Niklewski, F., Hefmann, P., Guberina, N., Kownatka, M., Kraemer, M., Scherbaum, N., Dziobek, I., Bartels, C., Wiltfang, J., y Kis, B. (2019). Impaired empathy but no theory of mind deficits in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and Behavior*, 9(10), e01401. doi: 10.1002/brb3.1401
- Akiskal, H. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 32-37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05815.x>
- Akiskal, K. y Akiskal, H. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: Implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, 85(1-2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.08.002>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. y Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Sinha, R., Hetland, J., & Pallesen, S. (2016). The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PloS one*, 11(5), e0152978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152978>
- Anns, F., D'Souza, S., MacCormick, C., Mirfin-Veitch, B., Clasby, B., Hughes, N., Forster, W., Tuisaula, E., & Bowden, N. (2023). Risk of Criminal Justice System Interactions in Young Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Findings From a National Birth Cohort. *Journal of Attention Disorders*, 27(12), 1332-1342. <https://doi.org/10.1177/10870547231177469>
- Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. y Rohde, L. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: Key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 568-578. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 5(4), 525-539. <https://doi.org/10.1586/14737175.5.4.525>
- Bahali, K., Uneri, O. S., Ipek, H. (2013). Atomoxetine-induced mania-like symptoms in an adolescent patient. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2):137-8. PMID: 23592075.
- Barkley, R. (2018). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4ª ed.)*. Guilford Press.
- Barkley, R. (2018). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. In *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4ª ed.)*. 85-101. Guilford Press.
- Barrett, S. P. & Pihl, R. O. (2002). Oral methylphenidate-alcohol co-abuse. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(6), 633-634. <https://doi.org/10.1097/00004714-200212000-00020>
- Beheshti, A., Chavanon, M. y Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 20(1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7>
- Becker, S. (2020). ADHD and sleep: Recent advances and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 34, 50-56. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.006>
- Bjerkeli, P. J., Vicente, R. P., Mulinari, S., Johnell, K., Merlo, J. (2018). Overuse of methylphenidate: an analysis of Swedish pharmacy dispensing data. *Clinical Epidemiology*, 10:1657-1665. <https://doi.org/10.2147/CLEPS178638>
- Bellantini, J., Sabra, A., Castro, H., Chavez, J., Malka-Rais, J. y de Inocencio, J. (2005). Are attention deficit hyperactivity disorder and chronic fatigue syndrome allergy related? What is fibromyalgia? *Allergy and Asthma Proceedings*, 26(1), 19-28.
- Bernardi, S., Faraone, S., Cortese, S., Kerridge, B., Pallanti, S., Wang, S. y Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine*, 42(4), 875-887. <https://doi.org/10.1017/S003329711100153X>
- Bickel, W., Athamneh, L., Basso, J., Mellis, A., DeHart, W., Craft, W. y Pope, D. (2019). Excessive discounting of delayed reinforcers as a trans-disease process: Update on the state of the science. *Current Opinion in Psychology*, 30, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.01.005>
- Biederman, J., Faraone, S., Petty, C., Martelon, M., Woodworth, K. y Wozniak, J. (2013). Further evidence that pediatric-onset bipolar disorder comorbid with ADHD represents a distinct subtype: Results from a large controlled family study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.002>
- Biederman, J., Ball, S., Monuteaux, M., et al. (2008). New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(4), 426-434. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3>
- Bijlenga, D., van derHeijden, K., Breuk, M., van Someren, E., Lie, M., Boonstra, A., ... Kooij, J. (2013). Associations between sleep characteristics, seasonal depressive symptoms, lifestyle, and ADHD symptoms in adults. *Journal of Attention Disorders*, 17(3), 261-275. <https://doi.org/10.1177/1087054711428965>
- Binder, E. (2017). Understanding gene × early adversity interactions: Possibilities for insight in the biology of psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(2), 183-185. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0775-0>
- Bing-qian, W., Nan-qí, Y., Xiang, Z., Jian, L. y Zheng-tao, X. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 260. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>

- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Monk, K., Kalas, C., Obreja, M. y Kupfer, D. (2010). Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh Bipolar Offspring Study (BIOS). *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 321-330. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09070977>
- Björkenstam, E., Björkenstam, C., Jablonska, B. y Kosidou, K. (2018). Cumulative exposure to childhood adversity and treat attention deficit/hyperactivity disorder: A cohort study of 543,650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychological Medicine*, 48(3), 498-507. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001933>
- Bozhilova, N., Michelini, G., Kuntsi, J., Asherson, Philip. (2018). Mind wandering perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 92, 464-476. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.010>
- Brancati, G., Perugi, G., Milone, A., Masi, G. y Sesso, G. (2021). Development of bipolar disorder in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Affective Disorders*, 293, 186-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.033>
- Brevik, E., Lundervold, A., Halmøy, A., Posserud, M., Instanes, J., Bjorvatn, B. y Haavik, J. (2017). Prevalence and clinical correlates of insomnia in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(2), 220-227. <https://doi.org/10.1111/acps.12756>
- Brikell, I., Ghirardi, L., D'Onofrio, B., Dunn, D., Almqvist, C., Dalsgaard, S., Kuja-Halkola, R. y Larsson, H. (2018). Familial liability to epilepsy and attention-deficit/hyperactivity disorder: A nationwide cohort study. *Biological Psychiatry*, 83(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.08.006>
- Brikell, I., Kuja-Halkola, R. y Larsson, H. (2015). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(6), 406-413. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32335>
- Bruijnen, C., Dijkstra, B., Walvoort, S., Markus, W., VanDerNagel, J., Kessels, R., De Jong, C. (2019). Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 38(4):435-442. <https://doi.org/10.1111/dar.12922>
- Brus, M., Solanto, M. y Goldberg, J. (2014). Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: A challenging differentiation for clinicians. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(6), 428-437. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000456591.2062>
- Burkhardt, E., Pfennig, A. y Leopold, K. (2021). Clinical risk constellations for the development of bipolar disorders. *Medicina (Kaunas)*, 57(8), 792. <https://doi.org/10.3390/medicina57080792>
- Cackowski, S., Krause-Utz, A., Van Eijk, J., Klohr, K., Daffner, S., Sobanski, E., Ende, G. (2017). Anger and aggression in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder – does stress matter? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0057-5>
- CADDRA (2020). *Canadian ADHD Resource Alliance: Canadian ADHD Practice Guidelines*, 4.1 Edition, Toronto ON. CADDRA.
- Carlat, D. (2007). My favorite tips for sorting out diagnostic quandaries with bipolar disorder and adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 233-238. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.02.008>
- Caroline S., Sudhir, P., Mehta, U., Kandasamy, A., Thennarasu, K. y Benegal, V. (2024). Assessing Adult ADHD: An Updated Review of Rating Scales for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 28(7), 1045-1062. <https://doi.org/10.1177/10870547241226654>
- Carpentier, P.-J., Levin, F. R. (2017). Pharmacological Treatment of ADHD in Addicted Patients: What Does the Literature Tell Us? *Harvard Review of Psychiatry*, 25(2):50-64. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000122>
- ÇelİK, H., Ceylan, D., Ongun, C., Erdoğan, A., Tan, D., Gümüşkesen, P., Bağcı, B. y Özerdem, A. (2021). Neurocognitive functions in bipolar disorder in relation to comorbid ADHD. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(2), 87-93. <https://doi.org/10.29399/npa.27290>
- Chamberlain, S., Ioannidis, K., Leppink, E., Niaz, F., Redden, S. y Grant, J. (2017). ADHD symptoms in non-treatment seeking young adults: relationship with other forms of impulsivity. *CNS spectrums*, 22(1), 22-30. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000875>
- Choi, W. S., Woo, Y. S., Wang, S. M., Lim, H. K., Bahk, W. M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. *PLoS One*, 17(11): e0277175. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277175>
- Cía, A., Stagnaro, J., Aguilar G., Vommoro, H., Loera, G., Medina-Mora, M., ... Kessler, R. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 341-350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492->
- Clappison, E., Hadjivassiliou, M. y Zis, P. (2020). Psychiatric Manifestations of Coeliac Disease, a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(1), 142. <https://doi.org/10.3390/nu12010142>
- Comparelli, A., Polidori, L., Sarli, G., Pistollato, A., & Pompili, M. (2022). Differentiation and comorbidity of bipolar disorder and attention deficit and hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A clinical and nosological perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 949375. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.949375>
- Cortese, S., Konofal, E., Lecendreux, M. (2008). The relationship between attention-deficit-hyperactivity disorder and restless legs syndrome. *European Neurological Review*, 3, 111-4. <https://doi.org/10.17925/ENR.2008.03.01.111>
- Cumyn, L., French, L. y Hechtman, L. (2009). Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 673-683. <https://doi.org/10.1177/070674370905401004>
- Cunill, R., Castells, X., Tobias, A., Capellà, D. (2015). Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 29(1), 15-23. <https://doi.org/10.1177/0269881114544777>
- Cunill, R., Castells, X., Tobias, A., Capellà, D. (2013). Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in the adulthood: a meta-analysis and meta-regression. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 22(9):961-9. <https://doi.org/10.1002/pds.3473>
- D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(4), 238-244. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
- Diaz-Roman, A., Mitchell, R., Cortese, S. (2018). Sleep in adults with ADHD: Systematic review and meta-analysis of subjective and objective studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 89, 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.02.014>
- Ditrich, I., Philipsen, A., y Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited - a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00162-w>
- Du Rietz, E., Jangmo, A., Kuja-Halkola, R. (2020). Trajectories of health care utilization and costs of psychiatric and somatic multimorbidity in adults with childhood ADHD: A prospective register-based study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61, 959-968. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13206>
- Fadeuilhe, C., Daigre, C., Richarte, V., Grau-López, L., Palma-Álvarez, R., Corrales, M. y Ramos-Quiroga, J. (2021). Insomnia disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder patients: Clinical, comorbidity, and treatment correlates. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 663889. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.663889>
- Faraone, S., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M., Newcorn, J., Gignac, M., AlSaud, N., Manor, I., Rohde, L., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M., Albatti, T., Aljoudi, H., Alqahtani, M., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S., Biederman, J. y Wozniak, J. (2012). Examining the comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar I disorder: A meta-analysis of family genetic studies. *American Journal of Psychiatry*, 169(12), 1256-1266. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010087>

- Fasmer, O., Riise, T., Eagan, T., Lund, A., Dilsaver, S., Hundal, O. y Oedegaard, K. (2011). Comorbidity of asthma with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 564-571. <https://doi.org/10.1177/1087054710372493>
- Fayyad, J., Sampson, N., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., et al. (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Feifel, D. (2007). ADHD in adults: The invisible rhinoceros. *Psychiatry*, 4(12), 60-62.
- Ferrer, M., Andión, Ó., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J., Prat, M., Corrales, M. y Casas, M. (2017). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(6), 541-549. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0733-2>
- Fisher, B., Garges, D., Yoon, S., Maguire, K., Zipay, D., Gambino, M. y Shapiro, C. (2014). Sex differences and the interaction of age and sleep issues in neuropsychological testing performance across the lifespan in an ADD/ADHD sample from the years 1989 to 2009. *Psychological Reports*, 114, 404-438. <https://doi.org/10.2466/15.10.PR0.114k23w0>
- Franke, B., Michelini, G., Asherson, P., Banaschewski, T., Bilbow, A., Buitelaar, J., Cormand, B., Faraone, S., Ginsberg, Y., Haavik, J., Kuntsi, J., Larsson, H., Lesch, K., Ramos-Quiroga, J., Réthelyi, J., Ribases, M. y Reif, A. (2018). Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Lindefors, N. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates: a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*, 10:112. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-112>
- Giupponi, G., Giordano, G., Maniscalco, I., Erbutto, D., Berardelli, I., Conca, A., Lester, D., Girardi, P., Pompili, M. (2018). Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatra Danubina*, 30(1), 2-10. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.2>. PMID: 29546852
- Gongora, V., Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires; Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 27; 1; 6; 179-194
- Griffin, S., Lynam, D. y Samuel, D. (2018). Dimensional conceptualizations of impulsivity. *Personality Disorders*, 9(4), 333-345. <https://doi.org/10.1037/per0000253>
- Hansen, T., Hoeffding, L., Kogelman, L., et al. (2018). Comorbidity of migraine with ADHD in adults. *BMC Neurology*, 18(1):147. <https://doi.org/10.1186/s12883-018-1149-6>
- Harstad, E., Levy, S., Committee on Substance Abuse, Ammerman, S., Gonzalez, P., Ryan, S., Siqueira, L., Smith, V. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. *Pediatrics*, 134(1): e293-e301. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0992>
- Hayashi, W., Arai, G., Uno, H., Saga, N., Ikuse, D., Takashio, O. y Iwanami, A. (2020). Spontaneous theory of mind in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 288, 113025. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113025>
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E. y Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007>
- Hodgkins, P., Montejano, L., Sasané, R. y Huse, D. (2011). Cost of illness and comorbidities in adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective analysis. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(2), PCC. 10m01030. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m0103>
- Hosang, G., Lichtenstein, P., Ronald, A., Lundström, S. y Taylor, M. (2019). Association of genetic and environmental risks for attention-deficit/hyperactivity disorder with hypomanic symptoms in youths. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1150-1158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1949>
- Humphreys, K., Eng, T., Lee, S. (2013). Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 740-749. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1273>
- Ibáñez, A., Aguado, J., Báez, S., Huepe, D., López, V., Ortega, R., et al. (2014). From neural signatures of emotional modulation to social cognition: individual differences in healthy volunteers and psychiatric participants. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(7), 939-950. <https://doi.org/10.1093/scan/nst06>
- Instanes, J., Haavik, J., Halmoy, A. (2016). Personality traits and comorbidity in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 845-854. <https://doi.org/10.1177/1087054713511986>
- Instanes, J., Klungsoyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. Haavik, J. (2018). Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22, 203-228. <https://doi.org/10.1177/1087054716669589>
- Isomaa, R., Väänänen, J., Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. y Marttunen, M. (2013). How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior*, 40(4), 392-399. <https://doi.org/10.1177/1090198112445481>
- Jacob, C., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schäfer, H., Schmidtke, A., Böning, J. y Lesch, K. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 309-317. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0722-6>
- Jarret, M., Ollendick, T. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28, 1266-1280. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.004>
- Jefsen, O., Østergaard, S. y Rohde, C. (2023). Risk of mania after methylphenidate in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 43(1), 28-34. [doi: 10.1097/JCP.0000000000001631](https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001631)
- Karlstad, Ø., Nafstad, P., Tverdal, A., Skurtveit, S. y Furu, K. (2012). Comorbidities in an asthma population 8-29 years old: a study from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21(10), 1045-1052. <https://doi.org/10.1002/pds.2233>
- Katzman, M., Bilkey, T., Chokka, P., et al. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. y Walters, E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Demler, O., ... y Zaslavsky, A. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- King, J., Colla, M., Brass, M., Heuser, I. y von Cramon, D. (2007). Inefficient cognitive control in adult ADHD: Evidence from trial-by-trial Stroop test and cued task switching performance. *Behavioral and Brain Functions*, 3, 1-19. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-3-42>
- Kis, B., Guberina, N., Kraemer, M., Niklewski, F., Dziobek, I., Wiltfang, J. y Abdel-Hamid, M. (2017). Perception of emotional prosody in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(6), 506-514. <https://doi.org/10.1111/acps.12719>
- Kittel-Schneider, S., Wolff, S., Queiser, K., Wessendorf, L., Meier, A., Verdenhalven, M., Brunkhorst-Kanaan, N., Grimm, O., McNeill, R., Grabow, S., Reimertz, C., Nau, C., Klos, M., Reif, A. (2019). Prevalence of ADHD in Accident Victims: Results of the PRADA Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1643. <https://doi.org/10.3390/jcm8101643>
- Klein, R., Mannuzza, S., Olazagasti, M., et al. (2012). Clinical and Functional Outcome of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder 33 Years Later. *Archives of General Psychiatry*, 69(12), 1295-1303. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.271>

- Kolb, B., Mychasiuk, R., Muhammad, A., Li, Y., Frost, D. y Gibb, R. (2012). Experience and the developing prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (Suppl 2), 17186–17193. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121251109>
- Koneski, J., Casella, E. (2010). Attention deficit and hyperactivity disorder in people with epilepsy: diagnosis and implications to the treatment. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 68(1), 107–114. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000100023>
- Kooij, J. (2022). *Adult ADHD: Diagnostic Assessment and Treatment* (4th ed.) Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-82812-7>
- Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Kooij, J. (2013). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment* (3rd ed.) Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4138-9>
- Kooij, J., Huss, M., Asherson, P., Akehurst, R., Beusterien, K., French, A., Sasané, R. y Hodgkins, P. (2012). Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16(5 Suppl), 3S–19S. <https://doi.org/10.1177/1087054711435361>
- Koukopoulos, A., Albert, M., Sani, G., Koukopoulos, A. y Girardi, P. (2005). Mixed depressive states: nosologic and the rapetic issues. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 21–37. <https://doi.org/10.1080/09540260500064744>
- Koyuncu, A., Ayan, T., Ince Guliyev, E., Erbilgin, S., Deveci, E. (2022). ADHD and Anxiety Disorder Comorbidity in Children and Adults: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Current Psychiatry Reports*, 24(2):129–140. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01324-5>
- Krysta, K., Bratek, A., Zawada, K. y Stepańczyk, R. (2017). Cognitive deficits in adults with obstructive sleep apnea compared to children and adolescents. *Journal of Neural Transmission*, 124 (Suppl 1), 187–201. <https://doi.org/10.1007/s00702-015-1501-6>
- Kuja-Halkola, R., Lind Juto, K., Skoglund, C., Rück, C., Mataix-Cols, D., Pérez-Vigil, A., Larsson, J., Hellner, C., Långström, N., Petrovic, P., Lichtenstein, P. y Larsson, H. (2021). Do borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder co-aggregate in families? A population-based study of 2 million Swedes. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 341–349. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0248-5>
- Landaas, E., Halmøy, A., Oedegaard, K., Fasmer, O. y Haavik, J. (2012). The impact of cyclothymic temperament in adult ADHD. *Journal of Affective Disorders*, 142(1–3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.034>
- Larsson, H., Ryden, E., Boman, M., Långström, N., Lichtenstein, P. y Landén, M. (2013). Risk of bipolar disorder and schizophrenia in relatives of people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 103–106. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.120808>
- Levin, F. R., Mariani, J. J., Specker, S., Mooney, M., Mahony, A., Brooks, D. J., Babb, D., Bai, Y., Eberly, L. E., Nunes, E. V., Grabowski, J. (2015). Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(6):593–602. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.41>
- Lewy, A., Emens, J., Songer, J., et al. (2009). Winter depression: integrating mood, circadian rhythms, and the sleep/wake and light/dark cycles into a bio-psycho-social environmental model. *Sleep Medicine Clinics*, 4, 285–299. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2009.02.003>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- López, P., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A., Álvarez Prado, D. y Torrente, F. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad de Barratt en una muestra de Buenos Aires. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatria*, XXIII, 85–91.
- López, R., Micoulaud-Franchi, J., Camodeca, L., Gachet, M., Jaussent, I. y Dauvilliers, Y. (2020). Association of Inattention, Hyperactivity, and Hypersomnolence in Two Clinic-Based Adult Cohorts. *Journal of Attention Disorders*, 24(4), 555–564. <https://doi.org/10.1177/1087054718775826>
- Luderer, M., Ramos Quiroga, J., Faraone, S., Zhang James, Y., Reif, A. (2021). Alcohol use disorders and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 648–660. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.010>
- Manasse, S., Forman, E., Ruocco, A., Butryn, M., Juarascio, A., Fitzpatrick, K. (2015). Do executive functioning deficits underpin binge eating disorder? A comparison of overweight women with and without binge eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6):677–83. <https://doi.org/10.1002/eat.22383>
- Mancini, C., Van Ameringen, M., Oakman, J., Figueiredo, D. (2013). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 29(03), 515–25. <https://doi.org/10.1017/s00332917980076977>
- Marin, R. (1990). Differential diagnosis and classification of apathy. *American Journal of Psychiatry*, 147, 22–30. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.22>
- Marin, R. (1991). Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 3, 243–254. <https://doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Martel, M., Roberts, B. y Gremillion, M. (2011). External validation of bifactor model of ADHD: explaining heterogeneity in psychiatric comorbidity, cognitive control, and personality trait profiles within DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1111–1123. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9538-y>
- Masi, L., Abadie, P., Herba, C., Emond, M., Gingras, M., Amor, L. (2021). Video Games in ADHD and Non-ADHD Children: Modalities of Use and Association with ADHD Symptoms. *Frontiers in Pediatrics* 12:9, 632272. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.632272>
- Mathews, C., Morrell, H., Molle, J. (2018). Adicción a los videojuegos, sintomatología del TDAH y refuerzo de videojuegos. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45(1), 67–76. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1472269>
- Matthies, S., Philipsen, A. (2016). Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) - review of recent findings. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4>
- Matthies, S. y Philipsen, A. (2014). Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10:1–3. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-3>
- Matthies, S., van Elst, L., Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., Perlov, E., Ebert, D. y Philipsen, A. (2011). Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder - a risk factor for personality disorders in adult life? *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 101–114. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.101>
- Mehren, A., Thiel, C. M., Bruns, S., Philipsen, A., and Özyurt, J. (2021). Unimpaired social cognition in adult patients with ADHD: brain volumetric and behavioral results. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 16(11), 1160–1169. <https://doi.org/10.1093/scan/nsab060>
- Micheline, G., Eley, T., Gregory, A., McAdams, T. (2015). A etiological overlap between anxiety and attention deficit hyperactivity symptom dimensions in adolescence. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 56:423–431. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12318>
- Miskowiak, K., Obel, Z., Guglielmo, R., Bonnin, C., Bowie, C., Balanzá-Martínez, V., ... Hasler, G. (2024). Efficacy and safety of established and off-label ADHD drug therapies for cognitive impairment or attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in bipolar disorder: A systematic review by the ISBD Targeting Cognition Task Force. *Bipolar Disorders*, 26(3), 216–239.
- Miyauchi, M., Matsuura, N., Mukai, K. (2023). A prospective investigation of impacts of comorbid attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on clinical features and long-term treatment response in adult patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Comprehensive Psychiatry*, 125(1):152401 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152401>

- Molina, B., Hinshaw, S., Eugene Arnold, L., Swanson, J., Pelham, W., et al. (2013). Adolescent substance uses in the multimodal treatment study of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 250–263. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.014>
- Morellini, L., Ceroni, M., Rossi, S., Zerboni, G., Rege-Colet, L., Biglia, E., Morese, R. y Sacco, L. (2022). Social cognition in adult ADHD: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 940445. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.940445>
- Mowlem F, Skirrow, C., Reid, P., Maltezos, S., Nijjar, S., Merwood, A., Barker, E., Cooper, R., Kuntsi, J., Asherson, P. (2019). Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(6), 624–634. <https://doi.org/10.1177/1087054716651927>
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 49(12):1045–1057. <https://doi.org/10.1002/eat.22643>
- Neguț, A., Jurma, A. M. y David, D. (2017). Virtual-reality-based attention assessment of ADHD: Clinica VR: Classroom-CPT versus a traditional continuous performance test. *Child Neuropsychology*, 23(6), 692–712. <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1186617>
- Niederhofer, H. y Pittschieler, K. (2006). A preliminary investigation of ADHD symptoms in persons with celiac disease. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 200–204. <https://doi.org/10.1177/1087054706292109>
- Niederhofer, H. (2011). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and celiac disease: a brief report. The Primary Care Companion for *CNS Disorders*, 13(3), PCC. 10br01104. <https://doi.org/10.4088/PCC.10br01104>
- Oğuztürk, Ö., Ekici, M., Çimen, D., Ekici, A., & Senturk, E. (2013). Attention deficit/ hyperactivity disorder in adults with sleep apnea. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2), 234–239. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9331-2>
- Oliva, F., Mangiapane, C., Nibbio, G., Berchialla, P., Colombi, N., Vigna-Taglianti, F. D. (2021). Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 143:587–598. <https://doi.org/10.1016/j.jpsyres.2020.11.021>
- Oosterloo, M., Lammers, G., Overeem, S., de Noord, I., Kooij, J. (2006). Possible confusion between primary hypersomnia and adult attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 143(2-3), 293–297. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.02.009>
- Ottman, R., Lipton, R., Ettinger, A., Cramer, J., Reed, M., Morrison, A. y Wan, G. (2011). Comorbidities of epilepsy: Results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey. *Epilepsia*, 52(2), 308–315. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02927.x>
- Ozgen, H., Soljkerman, R., Noack, M., Hoitman, M., et al. (2020). International Consensus Statement for the screening, diagnosis, and treatment of adolescents with concurrent attention deficit-hyperactivity and substance use disorder. *European Addiction Research*, 26(4-5), 223–232. <https://doi.org/10.1159/000508385>
- Pallanti, S. y Salerno, L. (2020). *The burden of adult ADHD in comorbid psychiatric and neurological disorders* (No. 180345). Springer Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-39051-8>
- Pallanti, S. y Salerno, L. (2016). ADHD: the dark side of Eating Disorders. Evidence-based *Psychiatric Care*, 2, 24–31. https://www.evidence-based-psychiatric-care.org/wp-content/uploads/2016/07/05_pallanti.pdf
- Patton, J., Stanford, M., Barrat, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–74. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-)
- Pedersen, A., Edvardsen, B., Messina, S., Volden, M., Weyandt, L. y Lundervold, A. (2024). Self-Esteem in Adults with ADHD Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, 28(7), 1124–1138. <https://doi.org/10.1177/10870547241237245>
- Pehlivanidis, A., Papanikolaou, K., Mantas, V. et al. (2020). Lifetime co-occurring psychiatric disorders in newly diagnosed adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or/and autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 20, 423. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02828-1>
- Pettersson, R., Söderström, S. y Nilsson, K. (2018). Diagnosing ADHD in adults: An examination of the discriminative validity of neuropsychological tests and diagnostic assessment instruments. *Journal of Attention Disorders*, 22(11), 1019–1031. <https://doi.org/10.1177/108705471561878>
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (Suppl 1), i42–i46. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. y Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: ameta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsyres.2009.04.003>
- Ramos-Quiroga, J., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M., Sáez-Francàs, N., Corominas, M., Real, A., Vidal, R., Chalita, P., y Casas, M. (2012). Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 229–235. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.05.004>
- Reimherr, F., Marchant, B., Gift, T., Steans, T., Wender, P. (2015). Types of adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): baseline characteristics, initial response, and long-term response to treatment with methylphenidate. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(2), 115–128. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0176-z>
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Williams, E. D., Strong, R. E., Halls, C., Soni, P. (2010a). Personality disorders in ADHD Part 3: Personality disorder, social adjustment, and their relation to dimensions of adult ADHD. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2):103–12. PMID: 20445837.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Olson, J. L., Halls, C., Kondo, D. G., Williams, E. D., Robison, R. J. (2010b). Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 4:53–64. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Rico-Moreno, J. y Tarraga-Minguez, R. (2016). Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *Anales de Psicología [online]*, vol.32, n.3, pp.810–819. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.3.217031>
- Riggs, P., Winhusen, T., Davies, R., Leimberger, J., Mikulich-Gilbertson, S., Klein, C. (2011). Randomized controlled trial of osmotic-release methylphenidate with cognitive behavioral therapy in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(9), 903–914. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.06.010>
- Robison, R., Reimherr, F., Gale, P., Marchant, B., Williams, E., Soni, P., et al. (2010). Personality disorders in ADHD part 2: the effect of symptoms of personality disorder on response to treatment with OROS methylphenidate in adults with ADHD. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(2), 94–102.
- Rogers, D. C., Dittner, A. J., Rimes, K. A., & Chalder, T. (2017). Fatigue in an adult attention deficit hyperactivity disorder population: A trans-diagnostic approach. *The British Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 33–52. <https://doi.org/10.1111/bjc.12119>
- Rösler M, Casas M, Konofal E, Buitelaar J. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(5):684–98. <https://doi.org/10.3109/15622975.2010.483249>
- Royal College of Psychiatrists in Scotland special interest group in ADHD c-cbMBaPS. *ADHD in adults: Good practice guidelines*. 2017.
- Rucklidge, J., Brown, D., Crawford, S. y Kaplan, B. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631–641. <https://doi.org/10.1177/1087054705283892>

- Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Pham, E., Perroud, N. y Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0108-1>
- Sachs, G., Baldassano, C., Truman, C. y Guille, C. (2000). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early-and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 466-468. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.466>
- Sáez-Francàs, N., Alegre, J., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J., Ruiz, E., Hernández Vara, J. y Casas, M. (2012). Attention-deficit hyperactivity disorder in chronic fatigue syndrome patients. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 748-753. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.041>
- Salem, H., Vivas, D., Cao, F., Kazimi, I., Teixeira, A., Zeni, C. (2017). ADHD is associated with migraine: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3):267-277. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1045-4>
- Salvi, V., Ribuoli, E., Servasi, M., Orsolini, L. y Volpe, U. (2021). ADHD and bipolar disorder in adulthood: clinical and treatment implications. *Medicina*, 57(5), 466. <https://doi.org/10.3390/medicina57050466>
- Scandar, M. (2021). Validity and reliability of the ASRS and WURS-25 scales for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in an Argentinian population. *Revista de Neurología*, 72(3), 77-84. <https://doi.org/10.33588/RN.7203.2019381>
- Schoretsanitis, G., de Leon, J., Eap, C., Kane, J., Paulzen, M. (2019). Clinically significant drug- drug interactions with agents for attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drugs* 33(12), 1201-1222. <https://doi.org/10.1007/s40263-019-00683-7>
- Schredl, M., Alm, B. y Sobanski, E. (2007). Sleep quality in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(3):164-168. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-0703-1>
- Schulz, K., Bédard, A., Fan, J., Clerkin, S., Dima, D., Newcorn, J., et al. (2014). Emotional bias of cognitive control in adults with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuro Image: Clinical*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.05.016>
- Secnik, K., Swensen, A. y Lage, M. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23(1), 93-102. <https://doi.org/10.2165/00019053-200523010-00008>
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarraz, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., Konrad, K., Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One*, 8(5): e63891. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063891>
- Senkowski, D., Ziegler, T., Singh, M., Heinz, A., He, J., Silk, T. y Lorenz, R. (2023). Assessing inhibitory control deficits in adult ADHD: A systematic review and meta-analysis of the stop-signal task. *Neuropsychology Review*, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09592-5>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. y Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shirayama, M., Shirayama, Y., Iida, H., et al. (2003). The psychological aspects of patients with delayed sleep phase syndrome (DSPS). *Sleep Medicine*, 4(5):427-433. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(03\)00101-1](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(03)00101-1)
- Sjöwall, D. y Thorell, L. (2022). Neuropsychological deficits in relation to ADHD symptoms, quality of life, and daily life functioning in young adulthood. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(1), 32-40. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1704287>
- Skirrow, C., Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 80-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.011>
- Skodzik, T., Holling, H. y Pedersen, A. (2017). Long-term memory performance in adult ADHD: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 267-283. <https://doi.org/10.1177/1087054713510561>
- Soendergaard, H., Thomsen, P., Pedersen, E., Pedersen, P., Poulsen, A., Winther, L., Nielsen, J., et al. (2016). Associations of age, gender, and subtypes with ADHD symptoms and related comorbidity in a danish sample of clinically referred adults. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 925-33. <https://doi.org/10.1177/1087054713517544>
- Smallwood, J., Schooler, J. W. (2006). The restless mind. *Psychological Bulletin*, 132(6):946-958. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.946> PMID: 17073528
- Starkstein, S., Mayberg, H., Preziosi, T., Andrezejewski, P., Leiguarda, R. y Robinson, R. (1992). Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 4(2), 134-139. <https://doi.org/10.1176/jnp.4.2.134>
- Sternat, T., Lodzinski, A., Katzman, M. (2014). Hedonictone: a bridge between the psychobiology of depression and its comorbidities. *Journal of Depression and Anxiety*, 3:147.
- Storebø, O. y Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(5), 289-295. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.841992>
- Storebø, O., Simonsen, E. (2016). The association between ADHD and antisocial personality disorder (ASPD): a review. *Journal of Attention Disorders*, 20(10), 815-24. <https://doi.org/10.1177/1087054713512150>
- Strohmeier, C., Rosenfield, B., DiTomasso, R., Ramsay, J. (2016). Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry Research*, 238, 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.034>
- Sun, S., Kuja-Halkola, R., Faraone, S. V., D'Onofrio, B. M., Dalsgaard, S., Chang, Z., ... Larsson, H. (2019). Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1141-1149. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944>
- Tatar, Z. y Cansız, A. (2022). Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(2), 244-251. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1736074>
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A. y Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 267-289. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0040-0>
- Thieling, J. y Petermann, F. (2016). Neuropsychological Profiles on the WAIS-IV of Adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(11), 913-924. <https://doi.org/10.1177/1087054713518241>
- Thorell, L., Buren, J., Ström Wiman, J., Sandberg, D. y Nutley, S. (2024). Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8):2503-2526. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02130-3>
- Thorell, L., Holst, Y. y Sjöwall, D. (2019). Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 409-416. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1646804>
- Torralva, T., Gleichgerrcht, E., Lischinsky, A., Roca, M. y Manes, F. (2013). "Ecological" and highly demanding executive tasks detect real-life deficits in high-functioning adult ADHD patients. *Journal of Attention Disorders*, 17(1), 11-19. <https://doi.org/10.1177/1087054710389988>
- Torrente, F., Lischinsky, A., Torralva, T., López, P., Roca, M. y Manes, F. (2011). Not always hyperactive? Elevated apathy scores in adolescents and adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 545-556. <https://doi.org/10.1177/1087054709359887>
- Torrente, F., López, P., Lischinsky, A., Cetkovich-Bakmas, M. y Manes, F. (2017). Depressive symptoms and the role of affective temperament in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A comparison with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 221, 304-311. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.040>
- Tsai, F., Tseng, W., Yang, L., (2019). IdSSG. Psychiatric comorbid patterns in adults with attention - deficit hyperactivity disorder: treatment effect and subtypes. *PLoS One*, 14(2), e0211873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211873>

- Upadhyaya, H.P., Desai, D., Schuh, K.J. et al. (2013). A review of the abuse potential assessment of atomoxetine: a nonstimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology*, 226, 189–200. <https://doi.org/10.1007/s00213-013-2986-z>
- Ustun, B., Adler, L., Rudin, C., Faraone, S., Spencer, T., Berglund, P. (2017). The world health organization adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry*, 74(5):520–527. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0298>
- Vakil, E., Mass, M. y Schiff, R. (2019). Eye movement performance on the stroop test in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(10), 1160–1169. <https://doi.org/10.1177/1087054716642904>
- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Kramer, F., Blankers, M., Dekker, J., van den Brink, W. y Schoevers, R. (2019). Integrated cognitive behavioral therapy for ADHD in adult substance use disorder patients: results of a randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 28–36. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>
- van Hal, R., Geurts, D., van Eijndhoven, P., Kist, J., Collard, R. M., Tendor, I., & Vrijen, J. N. (2023). A transdiagnostic view on MDD and ADHD: shared cognitive characteristics?. *Journal of Psychiatric Research*, 165, 315–324. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.07.028>
- Viktorin, A., Rydén, E., Thase, M., Chang, Z., Lundholm, C., D'Onofrio, B., ... Landén, M. (2017). The risk of treatment-emergent mania with methylphenidate in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 174(4), 341–348. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.023>
- Wagner, M., Walters, A. y Fisher, B. (2004). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with restless legs syndrome. *Sleep*, 27(8), 1499–1504. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.8.1499>
- Waisman Campos, M., Benabarre, A. (2017). *Adicciones*. Editorial Panamericana.
- Wang, Bq., Yao, Nq., Zhou, X. et al. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 260 <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>
- Ward, M., Wender, P. y Reimherr, F. (1993). The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 885–890. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
- Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., Lopez, R. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Encephale*, 46(1):30–40. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
- Weiner, L., Perroud, N., Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder in Adults: a Review of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15:3115–3129. <https://doi.org/10.2147/NDT.S192871>
- Wilens, T., Biederman, J., Faraone, S., Martelon, M., Westerberg, D. y Spencer, T. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557–1562. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04785pur>
- Wilens, T., McBurnett, K., Bukstein, O., McGough, J., Greenhill, L., Lerner, M., (2006). Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(1), 82–90. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.82>
- Willis, D., Sicheloff, E., Morse, M., Neger, E. y Flory, K. (2019). Stand-alone social skills training for youth with ADHD: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 348–366. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00291-3>
- Willcutt, E., Doyle, A., Nigg, J., Faraone, S. y Pennington, B. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336–1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wingo, A. y Ghaemi, S. (2007). A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1776–1784. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n1118>
- Youngstrom, E., Arnold, L. y Frazier, T. (2012). Bipolar and ADHD comorbidity: both artifact and outgrowth of shared mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 350–359. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01226.x>
- Zak, R., Fisher, B., Couvadelli, B., Moss, N. y Walters, A. (2009). Preliminary study of the prevalence of restless legs syndrome in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Perceptual & Motor Skills*, 108(3), 759–763. <https://doi.org/10.2466/PMS.108.3.759-763>
- Zoromski, A., Owens, J., Evans, S. y Brady, C. (2015). Identifying ADHD Symptoms Most Associated with Impairment in Early Childhood, Middle Childhood, and Adolescence Using Teacher Report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1243–1255. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0017-8>