

TLP I TDAH

Lara Urraca Camps

Maria Ribera Borrell

Residents de psiquiatria

Hospital Parc Taulí de Sabadell

Índex

- Cas clínic
- Trastorn límit de la personalitat (TLP)
- Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)
- Relació TLP-TDAH

Cas clínic

- La pacient inicia seguiment al **CSMIJ** a l'edat de 16 anys (al 1995), derivada per **irritabilitat i absentisme escolar intermitent**.
- La mare explicava **dificultats en la convivència** a casa i **baixa tolerància a la frustració i davant la imposició de límits, relació conflictiva amb els pares i dificultat per a complir horaris**.
- La pacient feia amenaces de que marxaria de casa i **amenaces autolítiques**.

ODX inicial: Trastorn emocional d'inici a l'adolescència.

PLA: Seguiment amb psicologia per les alteracions de conducta (oposicionista desafiant). Es desvincula a les dues visites.

1995 al 2000 → Seguiment amb psiquiatra privat. TTM: Sertralina 75mg/dia i alprazolam 0,5mg/dia.

Març del 2000 (21a) → Es **revincula a CSMA** derivada per seu PSQ privat.

- Explicava mateixa simptomatologia que als 16 anys predominant **inestabilitat anímica, intolerància a frustracions, irritabilitat i discussions amb tercers** (parella, família...) i **simptomatologia ansiosa depressiva** davant situacions personals difícils, **vivència** ocasional **d'extranyesa irrealitat**.
- Explicava **consum de psicoestimulants** dels 15 als 20 anys, però negava consum en l'actualitat, només consum de 3 llaunes de Coca-cola al dia.

En tractament amb **risperdal 3mg/dia** i **alprazolam 1mg/d**.

Orientació Diagnòstica:

1. **Trastorn Límit de Personalitat amb trets de personalitat paranoide.**
2. **Trastorn depressiu** (*en context de 1*).

PLA: S'inicia fluoxetina 20mg/d i es retira alprazolam i risperidona. Es deriva a psicologia i es recomana **realitzar estudi de CI amb WAISS.**

Seguiment durant el 2000:

- Manté seguiment amb psiquiatra privat.
- Tot i que presenta certa milloria de la clínica, persisteixen **sentiments de buidor**, queixes de **falta de concentració i de distracció amb facilitat** i manté **elevada irritabilitat**.
- S'augmenta **fluoxetina 30mg/dia**, s'instaura de nou **risperdal 3mg/d** i s'afegeix **reboxetina 2mg/d**. (la pacient només pren risperdal).
- **Es despista i no acut a les visites** i això dificulta poder passar el WAISS.

Seguiment durant el 2001:

- Persisteix **irritabilitat i augment d'heteroagressivitat** i major **ansietat** durant el dia.
- S'inicia **gabapentina** fins a dosis de **600mg/d** i es retira reboxetina 2mg/d. Es manté risperidona i fluoxetina.
- La pacient **abandona tot el tractament farmacològic i es desvincula** del seguiment a CSM.

Seguiment durant el 2004:

- El maig de 2004 es revincula. En **TTM** amb sertralina 100mg/d.
- Manté **disfòria**, elevada **impulsivitat**, **irritabilitat**, **problemàtica relacional** amb pares, parella i amistats.
- Realitza **temptativa autolítica** saltant del cotxe amb **finalitat de maneig afectiu de l'entorn**, reconegut per la pacient. Realitza **sobreingestes medicamentoses** amb intencionalitat ansiolítica / finalista sense precisar d'ingressos hospitalaris.

ODX: 1. TLP lleu 2. Tr. adaptatiu mixt 3. Nivell intel·lectual limit.

PLA: S'afegeix **fluoxetina 20mg/d** i es manté sertralina.

Seguiment durant el 2010 (36a):

- Es revincula derivada del MAP per empitjorament de la simptomatologia. (**arriba tard a l'entrevista i entra en la consulta de manera impulsiva i sense preguntar**)

Recapitulem antecedents...

- Hàbits tòxics: **Fumadora** de 30 cig/dia. Consum d'**alcohol** els caps de setmana (consum d'enol més regular en el passat). Consum esporàdic de **THC**. Consum puntual de **cocaïna** en el passat. En l'adolescència destaca consum de **psicoestimulants**.
- Antecedents mèdicoquirúrgics: NAMC. Celiaquia. No altres antecedents patològics rellevants.

- **Psicobiografia:** Natural de Sabadell. Desenvolupament psicomotor dins de la normalitat. part eutòcic sense incidències. Casada i amb dos fills (de 7 i 4 anys). Estudis bàsics d'EGB i posteriorment FP de perruqueria. Actualment no treballa. **Explica tendència a la distracció** i a la falta de concentració, **molt impulsiva** des de la infància i sensació de ràbia i enfado constant.
- **No tractament farmacològic habitual.**
- **MA:** Refereix que des de la infància presenta tendència a la **inestabilitat afectiva amb períodes de major irritabilitat, descontrol d'impulsos i sentiments de tristesa** que presenta en context de mínims estressors.

- **EPP:** Conscient i orientada en temps, espai i persona. Col·laboradora i abordable. **Inquieta.** Bon aspecte general. **To de veu elevat. Tendència a parlar ràpid, es distreu i canvia d'un tema a un altra. Labilitat emocional amb plor durant l'entrevista. Sentiments crònics de ràbia.** No simptomatologia afectiva major ni psicòtica en moment actual. No idees de mort ni autòlisi.
- **Exploracions complementàries:** Analítica general dins la normalitat. Prèviament havia presentat disfunció tiroïdal ja normalitzada.

ODx:

Eix I: **Trastorn adaptatiu mixt (DD amb TDAH adult)**

Eix II: **Trets de personalitat cluster B.**

Eix III: Sense diagnòstic.

Eix IV: Sense problemes.

Eix V: EEAG 70

PLA: S'inicia escitalopram 10mg/dia i s'entrega ASRS per descartar TDAH de l'adult.

Seguiment durant el 2011:

- Està molt **parladora**, presenta **labilitat emocional, hipergestualitat, impulsivitat, descontrol d'impulsos, sentiments de desbordament**. Nega sensació de buidor.
- Aporta **ASRS** que és **positiu**.
- **ODX**: 1. TDAH 2. TLP
- **PLA**: Augment d'**escitalopram 20mg/dia** i inici de **topiramamat fins a 75mg/dia**.

Abril 2011:

- Reconeix **milloria de la impulsivitat** i més distanciament afectiu però **abandona** tractament amb topiramát (diu que no el tolera bé).
- No ha presentat quadres de descontrol d'impulsos. **Falla cites, es despista amb facilitat, perd objectes.**
- Aporta **WURS** que també és **positiva**.
- Es reintrodueix topamax 100mg/d i es manté escitalopram 20mg/d.

Juliol 2011:

- Es manté estable, sense nous episodis de descontrol d'impulsos. Presenta **múltiples descuits, distracció constant, hipergesticulació, elevada impulsivitat i inquietud psicomotriu.**
- Es manté tractament.

Setembre 2011, visita d'urgències:

- Acudeix per estar **molt inquieta i desbordada per problemàtica personal**. Episodi de **descontrol d'impulsos amb fill** de 18 mesos, més **irritable**. No símptomes afectius majors. En tractament amb **topiramat 50mg** (per error de prescripció)
- A l'EPP destacava: **distraïbilitat, descontrol d'impulsos, descuits, fallos de memòria recent, irritabilitat**.
- **ODX: TDAH adult**
- **PLA: Augment topiramat a 150Mg/dia** de forma progressiva. Es manté escitalopram 20mg/d.

Seguiment el 2012:

Gener 2012:

- Respecte darrera visita **milloria de la impulsivitat i millor control de la labilitat emocional davant estressors**. Refereix que **torna a consumir cocaïna esporàdicament**. Nega craving. Ambivalent respecte necessitat de mantenir abstinència.
- **PLA**: Es manté mateix TTM i derivació psicologia.

Abril 2012:

- Presenta **labilitat emocional important, episodis de descontrol d'impulsos** amb repercussió vida matrimonial. Nega consum cocaïna.
- **PLA**: Es retira topiramát, es manté escitalopram 15mg/dia i s'**inicia concerta 18 mg/dia**

Seguiment el 2013:

Febrer 2013:

- Està millor, **més atenta, menys irritable, menys impulsiva** amb nens. Manté consum de cocaïna dos cops/mes (amb alteracions conductuals postconsum). Episodis d'**irritabilitat puntual**.
- **PLA:** S'augmenta **concerta a 27mg/dia**

Agost 2013:

- **Menys impulsivitat**, ha començat a llegir, menys discussions amb marit. Darrers 6 mesos només dos consums puntuals de cocaïna. **Manté desorganització d'horaris, oblida cites i perd coses.**
- **PLA:** S'augmenta **concerta 36mg/dia.**

Seguiment el 2014:

Gener 2014:

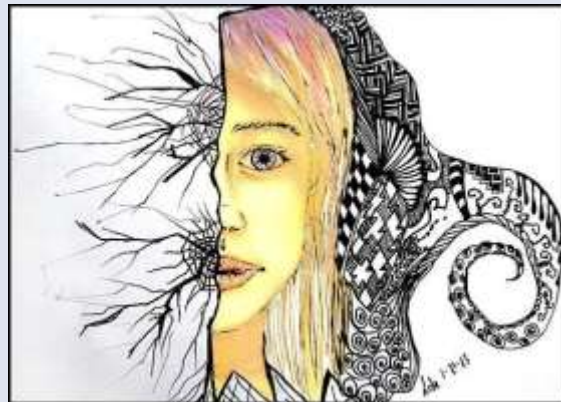
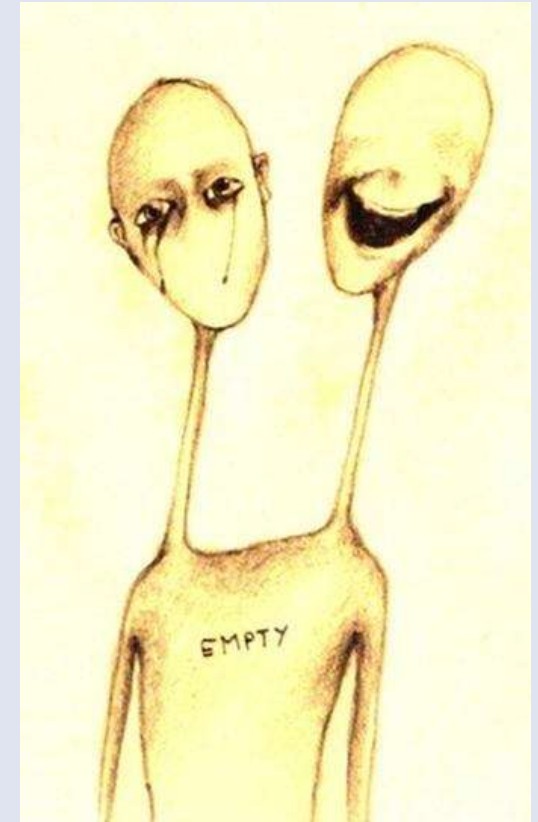
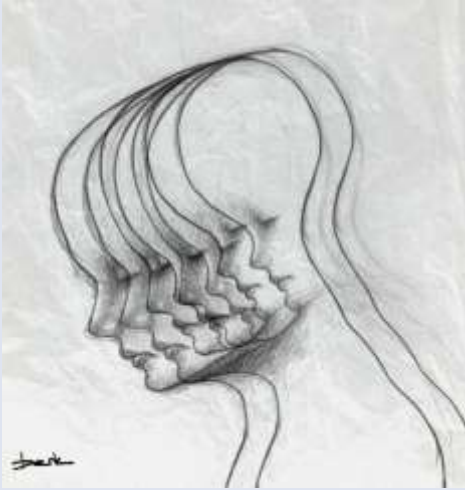
- Manté milloria. Aconsegueix seguir l'agenda, **menys intensitat d'impulsivitat, més organitzada**, encara fluctuacions conductuals però menor impacte. Persisteix **consum esporàdic de cocaïna** i segueix amb **sensació d'insatisfacció vital**.
- **PLA: S'augmenta concerta a 54mg/dia.**

Agost 2014:

- Explica que des de fa tres mesos **ha abandonat el tractament**. Està pitjor, s'**oblida** de les visites a metges, de cites, es despista, presenta **dificultat per organitzar-se** i s'irrita amb facilitat. Molt més impulsiva.
- **PLA: Es reinicia concerta 54mg/dia i escitalopram 15 /dia**

Darrera visita gener de 2015 no presentada.

Trastorn Límit de Personalitat (TLP)



Epidemiologia del TLP

- És el **trastorn de personalitat més freqüent**, un 30-60% dels pacients amb trastorn de personalitat el pateixen.
- S'estima una **prevalença entre 1-2% de la població general**, entre 11-20% en pacients ambulatoris i entre 18-32% en pacients hospitalitzats en unitats psiquiàtriques.
- S'estima que és més freqüent en unitats de toxicomanies i de trastorns de conducta alimentària.
- És **més freqüent en dones** que en homes, amb una relació estimada de **3:1**.
- Quan s'estableix el diagnòstic el pacient sol tenir **entre 19 i 34 anys** i pertanyen en grups de **nivell socioeconòmic mitjà**.

Etiopatogènia del TLP

Etiologia complexa i multifactorial en que contribueixen influències psicosocials, factors genètics i disfuncions neurobiològiques.

- **Influències psicosocials:** Caos familiar, l'abandonament traumàtic, valors familiars que impedeixen l'autonomia i afavoreixen la dependència...
- **Influència genètica:** Estudis amb familiars i bessons demostren que el TLP és **5 vegades** més freqüent en familiars de primer grau que pateixen el trastorn en comparació a la població general (són determinats trets que s'hereten, com la inestabilitat afectiva i la impulsivitat).

Disfuncions neurobiològiques:

- a. **Disfunció de processos cognitius:** Disminució del flux cerebral frontal durant les funcions executives, **disminució de l'activitat metabòlica en àrees orbitofrontals i frontals** es correlaciona amb un pobre control dels impulsos i una pitjor capacitat executiva. S'ha descrit una **activitat dopaminèrgica disminuïda a les àrees frontals**, sobretot a l'àrea prefrontal.

- a. **Irritabilitat i reaccions agressives:** Pot veure's augmentada per la combinació d'un **increment noradrenèrgic amb una reducció d'activitat serotoninèrgica**.

- a. **Impulsivitat:** Podria explicar-se per una **hiperactivitat dopaminèrgica subcortical**

- a. **La inestabilitat anímica i la impulsivitat:** Podria explicar-se per una **hiperactivitat colinèrgica i NA i hipoactivitat serotoninèrgica**.

Etiopatogènia del TLP

Estudis recents de **neuroimatge estructural i funcional** senyalen que els símptomes característics de TLP es relacionen amb **disfuncionalitat de determinades àrees cerebrals (amígdala, hipocamp, regions orbitofrontals)**.

- Es postula que pugui haver una **disfunció del circuit frontoamigdalari** que provocaria un estat d'hiperactivitat amigdalari que provocaria un estat d'hiperactivitat emocional.
- Per altra banda una **disfunció a àrea prefrontal** que provocaria fracàs en la regulació emocional.

Característiques clíniques del TLP

- **Heterogeneïtat clínica** → Patró dominant d'instabilitat de l'estat de l'ànim, en la regulació de les emocions, la identitat, la autoimatge, les relacions interpersonals i control d'impulsos.
- Altres trets característics: extrovertits, mal socialitzats, desajustats emocionalment, dependents. (*síntoma principal: disregulació afectiva i emocional vs impulsivitat o dificultats de relació interpersonal*).
- Els símptomes en adults i nens són similars en quan a sentiments de solitud i buidor, conductes autolesives, relacions interpersonals complicades. No obstant l'enuig i el "mal humor" és més freqüent en nens que en adults, mentre que els **adults presenten més paranoidisme i estats dissociatius i impulsivitat.**

- **Àrea afectiva:** Canvis d'ànim imprevisibles, sentiments crònics de solitud i buidor.
- **Àrea cognitiva:** En períodes d'estrés intens poden tenir **ideació paranoide transitòria o símptomes dissociatius.**
- **Àrea impulsivitat:** Actuen sense tenir en compte les conseqüències (conductes de risc, atracons de menjar, gastos abusius, conducció temerària, SIM amb intencionalitat finalista). Ocasionalment els intents de suïcidi són greus i aproximadament entre **8-10% moren per suïcidi consumat.**
- **Àrea de relacions interpersonals:** **Intolerància a la soletat, por a l'abandonament** (conductes impulsives o autolítiques), **dependència a relacions tormentoses.** Mantenen **relacions interpersonals conflictives.**

Diagnòstic de TLP

- Es solen utilitzar entrevistes globals com la Entrevista Clínica Estructurada pel DSM (SCID-II) o l'Examen Internacional dels Trastorns de Personalitat (PDE).
- Les **entrevistes específiques** per TLP milloren la fiabilitat diagnòstica, ex. *Diagnostic Interview for Borderline patients (DIB)*.
- Pel diagnòstic es sol utilitzar les **classificacions internacionals categorials**: el DSM-5 i la CIE-10.

TLP al DSM-5

Trastorno de la personalidad límite

301.83 (F60.3)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (**Nota:** No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Diagnòstic diferencial i comorbiditat del TLP

DD

- Existeix un elevat grau de superposició entre els diferents trastorns de personalitat cluster B, especialment amb el **trastorn antisocial**.
- Trastorns de l'estat de l'ànim.
- Trastorns d'ansietat

Comorbiditat:

- Poden trobar-se associats de forma comòrbida: **trastorns afectius** (40-87%, el TDM el més comú), trastorn per estrés posttraumàtic, trastorns de conducta alimentària (sobretot bulímia i en dones), abús de substàncies (sobretot alcohol i en homes), ansietat, conductes autolesives o altres trastorns de personalitat.

Pronòstic i tractament de TLP

- Tendència a milloria al llarg el temps, conseguint certa estabilitat en les relacions personals i funcionament a partir dels 40-50 anys.
- **Psicoteràpia:** Teràpia psicoanalista (teràpia basada en la mentalització) i sobretot **teràpia dialèctica conductual (és el tractament principal).**
- **Farmacoteràpia:** Segons APA per abordar els diferents símptomes (inestabilitat afectiva, descontrol conductual-impulsivitat i alteracions cognitives). Els **ISRS** serien els de primera elecció per la disregulació afectiva, el descontrol conductual i impulsivitat. **Antipsicòtics** a dosis baixes pels símptomes cognitius.

Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat (TDAH)



Epidemiologia del TDAH

- El TDAH és un dels trastorns psiquiàtrics **més comuns en nens**, amb una prevalença de **3-5%**
- Més prevalent en **sexe masculí** durant l'infància.
- TDAH persisteix des de la infantesa fins **a l'edat adulta un 2/3 dels casos**. Prevalença en adult **2,5%** (fins 4%). TDAH adult és un trastorn freqüent
- **Factors de risc:** baix pes al néixer, ser fill de mare fumadora o alcohòlica, malalties de la mare durant l'embaràs, socials...

Etiopatogènia del TDAH

Disfunció neurobiològica: disfunció dopaminèrgica (dèficit d'atenció)

Neuroimatge: anormalitats en les funcions executives:

- Volums menors del córtex prefrontal dorsolateral, caudat, pàlid, cos callós i cerebel.
- Disfunció del córtex prefrontal, una regió principal del mecanisme atencional, així com el córtex orbitofrontal com una regió principal d'impulsivitat i inestabilitat emocional.
- Menor activitat en l'estriat ventral bilateral en adults TDAH no medicats, durant l'anticipació a la recompensa
- Implicació de la red neuronal de la recompensa en el TDAH.

Component genètic

Característiques clíniques del TDAH

- Patró persistent d'inatenció i/o hiperactivitat-impulsivitat que interfereix en el funcionament o el desenvolupament.
- Els símptomes es modifiquen amb l'edat; el que més augmenta és la inatenció, seguit de la impulsivitat i el que menys és la hiperactivitat.
- De vegades els símptomes de TDAH estan emmascarats perquè els pacients aprenen mecanismes compensatoris.
- La inquietud tendeix a disminuir amb l'edat.

Característiques clíniques del TDAH

Síntomes en adults

Inatenció:

- Cometre errors en tasques per inatenció
- Dificultat per mantenir l'atenció sostinguda
- Fàcilment distraïble
- Perdre objectes
- No escoltar quan et parlen directament
- Dificultats d'organització i planificació
- No realitzar tasques que requereixen un esforç mental
- Tendència a deixar les coses per més endavant.

Característiques clíniques del TDAH

Hiperactivitat/impulsivitat:

- Moure en excés mans i peus.
- Dificultat per estar sentat durant un temps
- Correr o saltar excessivament de forma inapropiada
- Parlar permanentment
- Estar en marxa o sensació de motor intern
- Inquietud subjectiva interior
- Dificultat per fer tasques tranquil
- Precipitar les respostes davant preguntes.
- Dificultats per esperar el torn.
- Interrompre o posar-se en les activitats que fan els altres

Característiques clíniques del TDAH

Síntomes associats:

- inestabilitat emocional
- baixa autoestima
- inseguretat
- sensació de fracàs
- sensació de ser adictius
- irritabilitat
- humor imprevisible
- perden el control amb facilitat
- baixa tolerància a la frustració
- dificultat en el control de la ira

Diagnòstic de TDAH

- Centrat en el **quadre clínic**: sx d'inatenció o hiperactivitat/impulsivitat amb repercussió significativa sobre les activitats i relacions del nen.
- **Escales d'evaluació psicomètriques**: ADHD Rating -Scale, **Wender Utah Rating Scale (WURS)**, **Adult Self-Report Scale (ASRS)**, Conners Adults ADHD Rating Scale (CAARS).
- **Criteris Diagnòstics DSM-5.**

Tabla 1. Wender Utah Rating Scale (WURS): traducción al castellano. Se han sombreado los 25 ítems seleccionados por su capacidad para discriminar a los pacientes con TDAH durante la infancia

De pequeño yo era lo tenía (o estaba):	Nada en absoluto o casi nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
1. Activo, no paraba nunca					
2. Miedo de las cosas					
3. Problemas de concentración, me distraía con facilidad					
4. Ansioso, preocupado					
5. Nervioso, inquieto					
6. Poco atento, 'en los nubes'					
7. Mucho temperamento, saltaba con facilidad					
8. Tirado, sensible					
9. Explosiones de grito, rabietas					
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba					
11. Testarudo, cabezota					
12. Inflexible, dependido					
13. Impulsivo, temerario, hacía travesuras					
14. Insatisfecho con la vida, no me gustaba hacer ninguna cosa					
15. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón					
16. Mala opinión de mí mismo					
17. Irritable					
18. Estravagado, amigable, me gustaba la compañía de los demás					
19. Descuidado, me organizaba mal					
20. Cambios de humor frecuentes: alegre, triste...					
21. Entredado					
22. Pego, tenía amigos					
23. Me organizaba bien, ordenado, limpio					
24. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar					
25. Tendencia a ser insolente					
26. Sentimientos de culpa, remordimientos					
27. Perdí el control de mí mismo					
28. Tendencia a ser o a actuar intencionalmente					
29. Poco popular entre los demás chicos, los amigos no me trataban mucho, no me llevaba bien con los demás chicos					
30. Mala coordinación, no hacía deporte					
31. Miedo a perder el control					
32. Buena coordinación, siempre me escogían de los primeros para el equipo					
33. Un chico todo si en juego					
34. Me escapaba de casa					
35. Me metía en problemas					
36. Me molestaba a otros niños					
37. Líder, mandón					
38. Dificultades para despertarme					

Tabla 1. Wender Utah Rating Scale (WURS): traducción al castellano. (Continuación)

De pequeño yo era lo tenía (o estaba):	Nada en absoluto o casi nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás					
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros					
41. Problemas con las autoridades, en la escuela, vistas al jefe de estudios					
42. Problemas con la policía, carceres					
Problemas médicos en la infancia:					
43. Dolor de cabeza					
44. Dolor de estómago					
45. Estrabismo					
46. Diaresis					
47. Alergia a alimentos					
48. Otras alergias					
49. Me caía en la cama					
De niño, en la escuela yo era lo tenía:					
50. En general un buen estudiante, aprendo rápido					
51. En general un mal estudiante, me costaba aprender					
52. Lento para aprender a leer					
53. Lento despacio					
54. Delincuente					
55. Problemas para escribir, deletrear					
56. Problemas con los números o las matemáticas					
57. Mala caligrafía					
58. Capaz de leer bastante bien pero nunca me gustó hacerlo					
59. No alcancé todo mi potencial					
60. Repetí curso ¿Cuál? _____, 1					
61. Expulsado del colegio ¿Qué cursos? _____, 3					



Cuestionario Autoinformado de Cribado del Adulto-V1.1 (ASRS-V1.1)
de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS

Paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Conteste las siguientes preguntas, métenlese a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra en el lado derecho de la página.
Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los últimos seis meses.
Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.

Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
-------	----------	---------	----------------	--------------------

SECCIÓN A

1. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?
2. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?
3. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, ¿con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?
5. ¿Con cuánta frecuencia te pierdes o retrocedes tus ideas o pes cuando estás sentado por mucho tiempo?
6. ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?

SECCIÓN B

7. ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto abrumado o difícil?
8. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?
9. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando están hablando contigo directamente?
10. ¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?
11. ¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?
12. ¿Con cuánta frecuencia te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?
13. ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?
14. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?
15. ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?
16. Cuando estás en una conversación, ¿con cuánta frecuencia te distraes terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?
17. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?
18. ¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?

TDAH al DSM-5

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes ma-

yores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
 - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Comorbiditat del TDAH

- Elevada freqüència de comorbiditat del **TDAH infantil** amb altres trastorns: Negativita desafiant, trastorn de conducta, tr disregulació disruptiva de l'estat d'ànim, tr d'aprenentatge, Trastorn d'ansietat, Trastorns afectius...
- La comorbiditat és freqüent en **adults**:
 - T bipolar
 - **TP Cluster B**
 - TDM
 - Ansietat
 - **Drogodependències**
 - Altres: TOC, Tics, Sd. Gilles de la Tourette

Diagnòstic diferencial de TDAH

Alguns casos són difícils de diagnosticar sobretot quan es presenta **inestabilitat emocional, baixa autoestima, problemes de son, inquietud**; en aquets casos poden **mimetitzar/assemblar-se altres trastorns**. Els símptomes es poden superposar i això portar a un diagnòstic incorrecte.

DD: Trastorn negativista desafiant, Trastorn explosiu intermitent, altres trastorns del neurodesenvolupament, discapacitat intel·lectual, TEA, trastorns d'ansietat, **trastorn bipolar**, trastorns depressiu, **trastorn de consum de substàncies**, **trastorn de personalitat**, trastorns psicòtics...

Pronòstic i tractament de TDAH

- El TDAH és un trastorn **crònic**, persisteix fins a l'edat adulta en 2/3 dels casos.
- La **hiperactivitat i la impulsivitat del TDAH tendeixen a disminuir amb l'edat**, mentre que el patró d'**inatenció persisteix** amb el temps.
- Repercussions del TDAH en l'edat adulta: problemes laborals, problemes en les relacions interpersonals, baixa autoestima, abús de substàncies, major freqüència accidents
- El **tractament farmacològic amb psicoestimulants com el metilfenidat (1a elecció)** i els mètodes conductuals són els procediments més eficaços en el ttm del TDAH
- Farmacs pel TDAH: **metilfenidat, lisdexanfetamina, atomexatina, clonidina, Guanfacina** (no disponible a Europa)

- *Quines semblances presenten el TDAH i TLP?*
- *TDAH i TLP, un mateix trastorn?*
- *Quina comorbiditat hi ha dels dos trastorns?*
- *Quin hauria de ser el maneig dels pacients amb comorbiditat de TDAH i TLP?*

Quines semblances presenten el TDAH i TLP?

- **Síntomes** que es solapen en els dos trastorns:
 - . Dèficits en la regulació de l'humor, com la inestabilitat emocional
 - . Manca de control d'impulsos i baixa tolerància a la frustració
 - . Irritabilitat
 - . Conductes de risc (sobretot en homes)
 - . Dèficits atencionals
 - . Abús de substàncies
 - . Relacions interpersonals problemàtiques
 - . Baixa autoestima
 - . Estats de nerviosisme intern.
 - . *Conductes autolesives*

Quines semblances presenten el TDAH i TLP?

- Inici dels símptomes en l'adolescència
- **Curs crònic de la malaltia**, amb certa milloria progressiva
- S'ha vist **disfunció dopaminèrgica** com a mecanisme crucial en el dèficit d'atenció dels TDAH. En TLP també hi ha alguna evidència d'una disfunció dopaminèrgica.
- **El sistema noradrenèrgic i serotoninèrgic** estan involucrats en la impulsivitat i la agressió en els dos trastorns.
- **Disfunció del córtex prefrontal**, una regió principal del **mecanisme atencional**, s'ha vist tan en TLP com en TDAH, així com el córtex orbitofrontal com una regió principal d'impulsivitat i inestabilitat emocional.
- **Esdeveniments vitals estressants** en TDAH i TLP com a factor de risc

TLP i TDAH, dos trastorns diferents?

Table 1. Possible explanatory psychopathological models of the association between attention-deficit hyperactivity (ADHD) and borderline personality disorder (BPD).

Independence	ADHD and BPD are separate disorders with entirely separate aetiologies and do not occur frequently together, but random finding or selected samples may explain the increased concurrence.
Common aetiology	ADHD and BPD have a common aetiology, which is why they occur frequently together.
Same spectrum	ADHD and BPD are in the same spectrum (continuum) and are related disorders, e.g. expressed in degrees of severity.
Vulnerability	One of the disorders constitutes a vulnerability towards developing the other: when one disorder occurs (ADHD), there is an increased risk of developing the other (BPD).
Reinforcement	The disorders reinforce one another: although ADHD and BPD do not have the same cause, the occurrence of one may affect the occurrence of the other, so that together they become more manifest, a synergy effect.
Complication	Untreated or for various other reasons, ADHD may have a complicated pathway (BPD).

TLP i TDAH, dos trastorns diferents?

Hipòtesis:

- TLP i TDAH siguin **dues dimensions dins d'un mateix trastorn**
- TLP i TDAH pertanyin dins un mateix espectre on també quedarien inclosos trastorns impulsius-compulsius, trastorn de control d'impulsos, trastorns de personalitat cluster B i trastorn per abús de substàncies.
- **TDAH a l'infància podria ser precursor de TLP** en edat adulta
- TDAH i TLP són dos trastorns diferents però **comparteixen els mateixos factors de risc** ambientals i genètics.
- Hipòtesi que el TDAH a l'infància podria ser un **factor de risc** per a desenvolupar TLP en edat adulta.

Comorbiditat TLP i TDAH

- Dades limitades.
- S'ha vist que un 20% dels TDAH adults presenten diagnòstic comòrbid amb TLP i T bipolar
- Altres estudis apunten que un 16,1 i un 38,1% dels adults amb diagnòstic de TLP tenen diagnòstic comòrbid de TDAH.
- Estudis retrospectius sobre la prevalença estimada de TDAH a l'infància en pacients amb TLP d'adults es mouen del 25,5% al 59,5%

Les dades suggereixen una associació significativa entre TDAH i TLP, però la naturalesa de la relació encara no ha estat del tot compresa.

Maneig dels pacients amb comorbiditat de TDAH i TLP

- La psicoteràpia és el tractament primari dels TLP mentre que la farmacoteràpia ho és pel TDAH.
- Hi ha poca investigació en quan al ttm de la comorbiditat TDAH/TLP.
- Els principis de la teràpia dialèctica conductual en els TLP pot resultar satisfactòria pel tractament del TDAH comòrrbid en adults.
- Hi ha molts pocs estudis que mirin el ttm amb metilfenidat en pacients amb comorbiditat TDAH/TLP.
- El tractament del TDAH sempre s'hauria de considerar quan hi ha comorbiditat amb TLP.

Bibliografia

1. Asherson P¹, Young AH, Eich-Höchli D, Moran P, Porsdal V, Deberdt W. Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Curr Med Res Opin.* 30(8): 1657-72; 2014 Aug.
2. Storebø OJ¹, Simonsen E. Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nord J Psychiatry.* 68(5): 289-95; 2014 Jul.
3. Vaillancourt T¹, Brittain HL¹, McDougall P², Krygsman A¹, Boylan K³, Duku E³, Hymel S⁴ Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. . *Dev Psychopathol.* 26(3): 817-30; 2014 Aug.
4. Carlotta D¹, Borroni S, Maffei C, Fossati A. On the relationship between retrospective childhood ADHD symptoms and adult BPD features: the mediating role of action-oriented personality traits. *Compr Psychiatry* .54(7):943-52; 2013 Oct.

5. Philipsen A¹. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006 Sep;256
6. Prada P¹, Hasler R², Baud P¹, Bednarz G¹, Ardu S³, Krejci I³, Nicastro R¹, Aubry JM⁴, Perroud N⁵. Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective. *Psychiatry Res.* 217(1-2):107-14; 2014 Jun.
7. Philipsen A¹, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J, Schmahl C, Bohus M. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry.* 192(2):118-23; 2008 Feb.
8. Philipsen A¹, Feige B, Hesslinger B, Scheel C, Ebert D, Matthies S, Limberger MF, Kleindienst N, Bohus M, Lieb K. Borderline typical symptoms in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* 1(1):11-8; 2009 May.

9. Prada P¹, Hasler R², Baud P¹, Bednarz G¹, Ardu S³, Krejci I³, Nicastro R¹, Aubry JM⁴, Perroud N⁵. Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective. *Psychiatry Res.* 30;217(1-2):107-14; 2014 Jun.

10. Viidal R¹, Barrau V², Casas M¹, Caballero-Correa M³, Martínez-Jiménez P³, Ramos-Quiroga JA⁴. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in outpatient adolescents and young adults with other psychiatric disorders refractory to previous treatments. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014 Jul-Sep;7(3):104-12

11. J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 7^a Edición. 2011

12. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5^a ed. 2014

Gràcies per la vostra atenció!

