



TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

Enriqueta Ochoa; Estrella Salvador; Agustín Madoz-Gúrpide.

Proyecto Hombre Madrid.

eochoa.hrc@gmail.com

RESUMEN:

La relación entre TDAH (trastorno por déficit de atención) y el consumo de sustancias es considerada cada vez más importante entre los adolescentes.

El objetivo de este estudio es valorar los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que presentan los 223 adolescentes (75% varones) atendidos en el Programa para Adolescentes y Familias de Proyecto Hombre Madrid, desde agosto 2006 a abril de 2009.

Para ello se realiza la valoración psiquiátrica de adolescentes con antecedentes psiquiátricos, en tratamiento con psicofármacos o con sintomatología sugestiva de patología psiquiátrica, el seguimiento de aquellos con psicopatología activa, y control del tratamiento psicofarmacológico si lo hubiese, además de la coordinación con psiquiatras de la comunidad por un psiquiatra integrado en el equipo terapéutico.

15 adolescentes (todos varones) fueron diagnosticados de trastorno comórbido con TDAH (6,72% de total de adolescentes atendidos). Estos adolescentes consumían principalmente cannabis, y en menor medida alcohol y/o cocaína.

El diagnóstico de TDAH se realizó previo al consumo de sustancias en 13 de ellos, y aunque 11 habían recibido en algún momento tratamiento farmacológico específico, sólo 3 lo tomaban en el momento de la evaluación (4 lo habían abandonado voluntariamente, y a 4 les había sido retirado). Durante el tratamiento, 14 de ellos realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un [síndrome conductual](#) con bases [neurobiológicas](#). Se define, según los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, por la presencia continuada de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben haber estado presentes durante más de 6 meses¹ (Tabla I).

El diagnóstico supone no sólo la presencia de los síntomas (evaluados por medio de los criterios normalizados del [DSM-IV](#) o de la [CIE-10](#)), sino además, como consecuencia de los mismos, se produce perturbación significativa en áreas importantes para la persona, como las relaciones familiares, las académicas, las laborales y las recreativas².

El DSM-IV-TR estima que entre 3-7% de los niños sufre este trastorno. El TDAH se diagnostica aproximadamente tres veces más entre los niños que entre las niñas. No se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos^{1,3}.

Esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Posteriormente se reconoció su carácter [crónico](#), ya que puede persistir y manifestarse más allá de la adolescencia. Estudios de seguimiento a largo plazo muestran que un alto porcentaje de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta^{4,5}.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad). Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados.

En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH:

- Con predominio de déficit de atención
- Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad
- Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez

El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales: (30%); hiperactividad e impulsividad: (10%)¹.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y no se dispone de pruebas diagnósticas per se, pese al conocimiento creciente de sus bases biológicas. Las pruebas de neuroimagen aportan conocimientos importantes pero no tienen aun validez diagnóstica. La realización de baterías neuropsicológicas y psicométricas puede ser un apoyo importante al diagnóstico clínico^{6,7}.

En la adolescencia puede producirse cambios en la expresión de los síntomas del TDAH infantil. La hiperactividad motora suele mitigarse, con persistencia de la impulsividad y el déficit de atención. Las características de la adolescencia generan dificultades adicionales en el diagnóstico del TDAH, ya que puede confundirse con actitudes propias de esta etapa de la vida o bien con otros trastornos, sean estos emocionales, de aprendizaje, por uso de sustancias o de personalidad. La forma de presentación del TDAH en un adolescente consiste, fundamentalmente, en bajo nivel de rendimiento académico, absentismo escolar, tendencia a la distracción en las actividades habituales, falta de organización en las tareas, descuidos y negligencias, aburrimiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios de humor, problemas de relaciones con los demás, abuso o adicciones tanto a sustancias (alcohol y otras drogas) como adicciones comportamentales⁸⁻¹¹.

El TDAH presenta elevada comorbilidad. Lo más común en adolescentes y adultos son trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, conductas adictivas, trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta antisocial y trastorno límite de la personalidad^{4,12,13}.

El TDAH parece aumentar el riesgo de un trastorno por uso de sustancias independientemente de otra comorbilidad psiquiátrica: así los adolescentes con diagnóstico previo de TDAH presentan mayor prevalencia de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas. Si además existe un trastorno disocial comórbido o un trastorno bipolar comórbido, se incrementa más el riesgo de abuso o dependencia de sustancias. Algunos estudios señalan que el 50% de los diagnosticados con TDHA en la infancia presentaron problemas de alcohol y otras drogas a lo largo de la vida, mientras que en la población sin TDAH era el 27%^{6,8,14}.

El TDAH es predictor de un comienzo más precoz del abuso de sustancias en adolescentes y la

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH^{11,15,16}.

Se estima que entre el 15-45% de los pacientes en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias pueden haber padecido un TDAH en la infancia y adolescencia. La cocaína y el cannabis son las sustancias más relacionadas con el TDHA. Así, entre el 31-75% de pacientes con dependencia al alcohol, el 35% de pacientes cocainómanos, el 17% de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, y un número importante de los dependientes al cannabis, cumplen criterios de TDAH. Estos adictos con TDHA presentan peor evolución en el tratamiento de la dependencia de drogas y tienen más riesgo de recaídas en el consumo de sustancias tras la desintoxicación^{4,17-19}.

La complementariedad entre terapias cognitivo-conductuales y el seguimiento farmacológico, parecen hoy en día el mejor tratamiento para el TDAH. El tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados debe complementarse con el tratamiento farmacológico. Igualmente es aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH^{7,13}.

La efectividad de los estimulantes en el TDAH no ha resuelto la preocupación que genera usar medicación que puede ser objeto de abuso por sí misma. Sin embargo, los diversos estudios sobre el tema, indican que los TDHA tratados con estimulantes tuvieron un 50% menos de probabilidades de desarrollar problemas con drogas que aquellos que no siguieron este tratamiento. Sin embargo, los pacientes con TDAH no tratados presentan un riesgo significativamente mayor que los controles para el consumo de drogas, especialmente el alcohol^{19,20}.

MATERIAL Y METODO

El objetivo de este estudio es valorar los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que presentan los 223 adolescentes atendidos en el Programa para Adolescentes y Familias de Proyecto Hombre Madrid, desde agosto 2006 a abril de 2009.

Los adolescentes atendidos en el programa, tiene una edad entre 12 a 22 años. Pueden estar o no dentro de la estructura familiar. Su relación con las drogas se mueve entre el *uso* y el *abuso* según criterios DSM IV-R. No es motivo de exclusión en el programa la presencia de sintomatología psiquiátrica

El equipo terapéutico está formado por psicólogos, pedagogos y educadores sociales, además de un psiquiatra que realiza la valoración psiquiátrica de los adolescentes con antecedentes psiquiátricos, en tratamiento con psicofármacos o con sintomatología sugestiva de patología psiquiátrica. Este profesional presta atención psiquiátrica a aquellos con psicopatología activa y realiza el control del tratamiento psicofarmacológico si lo hubiese, además de la coordinación con psiquiatras de la comunidad.

Los adolescentes atendidos, son en el 75,70% varones y en el 24,30% mujeres. La edad media es de 17,76 años. El 54,20% de ellos presentan fracaso escolar. Las sustancias que motivan la demanda son sólo cannabis 39%, cannabis y alcohol 15%, cannabis y cocaína 13%, alcohol y cocaína 14%, cocaína 6%, policonsumo (excepto opiáceos) 10% y heroína 2%. Por tanto el 76% tienen problemas con el cannabis, el 40% con la cocaína y el 28% con el alcohol.

El diagnóstico de TDHA se realiza de forma clínica según criterios DSM-IV-TR¹. Posteriormente se administra la escala autoaplicada ASRS-V1.1²¹.

RESULTADOS

15 adolescentes fueron diagnosticados de trastorno comórbido con TDAH, lo que supone el 6,72% de total de adolescentes atendidos.

Todos los adolescentes con diagnóstico de TDHA eran varones.

La edad media de estos pacientes es de 16,96 años.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

El 73% presenta fracaso escolar crónico, previo al consumo de sustancias. En el momento de la demanda el 93% de ellos habían fracasado en los estudios e iban por debajo del nivel correspondiente para su edad.

Estos adolescentes consumían cannabis (54%), cannabis y alcohol (21%), alcohol (13%), cocaína (6%) y alcohol y cocaína (6%). Por tanto, el 74% tenían problemas con el cannabis, el 41% con el alcohol y 13% con la cocaína.

El diagnóstico de TDAH se realizó previo al consumo de sustancias en 13 de los adolescentes. En la evaluación en el centro se confirmó el diagnóstico en 11 de ellos, mientras que 2 fueron reevaluados y se considero que no presentaban este trastorno (en ambos casos el diagnóstico se había realizado recientemente al presentar el adolescente trastornos conductuales y ocultar el consumo de cannabis).

En otros 4 adolescentes el diagnóstico de TDHA se realizó en el Programa.

De los 13 pacientes con diagnóstico previo de TDHA, 11 habían recibido en algún momento tratamiento farmacológico específico para el TDHA.

De los 11 con diagnóstico previo y confirmado en el Programa de TDHA, 9 habían tomado alguna vez tratamiento farmacológico. De ellos, sólo 3 lo tomaban en el momento de la evaluación (4 lo habían abandonado voluntariamente, y a 2 les había sido retirado).

Durante el tratamiento del consumo de sustancias, 14 de ellos realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH (13 recibieron metilfenidato de vida media larga, y 1 recibió metilfenidato de vida media corta).

DISCUSIÓN

Desde el inicio de las investigaciones en TDAH se ha mantenido que es el padecer este diagnóstico es un predictor de riesgo para el consumo posterior de drogas: alcohol, tabaco, cannabis, etc...^{5,8,11,12}. Sin embargo esta asociación fue puesta en cuestión por razones metodológicas como pequeño tamaño muestral, así como la ausencia de una definición operativa de lo que se entendía por consumo de sustancias: ocasional, continuada, dependencia...⁹.

En nuestro estudio el 6,72% de los adolescentes atendidos por consumo de sustancias presentó este diagnóstico, cifras que se sitúan entre las que se refieren en la literatura^{1,2}.

El 100% de ellos son varones, porcentaje mayor que el señalado en la población general donde se señala que entre el 60-75% son varones^{1,3}.

Se admite que los pacientes con TDAH presentan una edad de inicio del consumo más precoz, y que los trastornos disociales están asociados al consumo de drogas, independientemente de la presencia o no del TDAH^{11,13}. En nuestra muestra, no encontramos diferencias significativas en la edad de estos respecto al total de la muestra.

La casi totalidad de los adolescentes con TDHA recibieron tratamiento para el mismo, controlado por el psiquiatra del equipo, independientemente de la evolución que presentasen respecto a su consumo.

Llama la atención el bajo número de adolescentes (sólo el 36% de los diagnosticados) que a su llegada al Programa recibían dicho tratamiento, a pesar de la unánime aceptación del beneficio que produce en estos adolescentes^{7,19,20}. Algunos de ellos habían abandonado el tratamiento para el TDHA, o les había sido retirado al considerar que el consumo de cannabis y/o alcohol era incompatible con el mismo. Sin embargo, las alteraciones conductuales que presentan los adolescentes con TDHA no tratados agravan el consumo y dificulta el abordaje del mismo.

REFERENCIAS

- 1- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC. American Psychiatric Association, 2000.
- 2- Quintero Lumbreras FJ, Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Introducción al trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. En trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Eds. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Ergon Madrid 2006.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

- 3- García García MD, Prieto Tato LM, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Hernández Fabián A, San Feliciano Martín L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales Pediatría* 2008;69(3):244-50.
- 4- Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample attention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-13.
- 5- Correas Lauffer J, Ibañez Cuadrado A, García Blázquez V, Saíz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto. En trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad a lo largo de la vida. Eds. Quintero Gutierrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ. Ergon Madrid 2006.
- 6- Rossi G. Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas. *Rev Psiquiatr Urug* 2009;73(1):109-18.
- 7- Soutullo Esperón C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:222-6.
- 8- Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SW, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1: 21-9.
- 9- Díaz Atienza J. Comorbilidad en el TDAH. *Rev Psiquia Psicol niño y adolescente* 2006; 6(1): 44-55.
- 10- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC et al MTA Group (Multimodal treatment study of children with ADHD). ADHD comorbidity findings from MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 147-58.
- 11- Wilens TE, Biederman J, Mick E et al. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185: 475-82.
- 12- Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Canadian Journal Psychiatry* 2009;54(10):673-83.
- 13- Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 Supl 4: S135-55.
- 14- Fergusson DM, Boden JM Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug Alcohol Depend* 2008; 95: 90-6.
- 15- Upadhyaya HP Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: suppl 11: 23-30.
- 16- Kollins SH Abuse liability of medication used to treat attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Addict* 2007; 16: 35-42.
- 17- Carroll KM, Rousanville BJ. History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking cocaine abusers. *Comp Psychiatry* 1993; 34: 75-82.
- 18- Levin FR, Evans SM, Cléber HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 15-25.
- 19- Faraone VS, Biederman J, Wilens TE, Adamson J. A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults. *Psychol Med* 2007; 37: 1743-52.
- 20- Volkow ND, Swanson JM. Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1909-18.
- 21- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jim R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walter EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *Psychological Medicine* 2005; 35(2):245-56.

Tabla I: Criterios DSM-IV-TR de TDAH.

I. A o B:

- A. Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

Inatención

1. A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
2. A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.
3. A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones).
5. A menudo le cuesta organizar actividades.
6. A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
7. A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (p. ej. juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).
8. Se distrae con frecuencia.
9. Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.

- B. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

Hiperactividad

1. A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado.
2. A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado.
3. A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos).
4. A menudo, tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.
5. A menudo, "está en constante movimiento" o parece que tuviera "un motor en los pies".
6. A menudo habla demasiado.

Impulsividad

1. A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
2. A menudo le cuesta esperar su turno.
3. A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego.

II. Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad.

III. Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (p. ej., en la escuela o el trabajo y en la casa).

IV. Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS

laboral.

V. Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno sicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).