

## TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD Y USO DE SUSTANCIAS

ANTONIO TERÁN PRIETO

*Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependencias San Juan de Dios, Palencia, España*

**Resumen** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo de base biológica que iniciado en la infancia puede persistir durante la adolescencia-juventud y, a pesar de lo que se pensaba hasta hace no muchos años, también en la edad adulta hasta en un 50-60% de los afectados, produciendo un notable deterioro clínico y psicosocial. A pesar de tratarse de un síndrome fácilmente identificable por la triada: desatención, hiperactividad e impulsividad que le caracteriza, en la práctica clínica existen diferentes circunstancias que dificultan y complican su diagnóstico y tratamiento. Una de las más significativas es la presencia, tanto en la infancia como en la edad adulta, de otros trastornos mentales comórbidos. Es a partir de la adolescencia-juventud cuando junto al TDAH podemos detectar la presencia de trastornos de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y muy especialmente trastornos por uso de sustancias. Las evidencias existentes hasta el presente muestran como la comorbilidad del TDAH y el trastorno por uso de sustancias influyen en el curso evolutivo de ambos, complicando el abordaje, el tratamiento y consecuentemente agravando el pronóstico final. Las dificultades en su abordaje y la escasez de opciones de tratamiento nos hacen subrayar la importancia del tratamiento preventivo en la etapa infantil a partir de programas de psicoeducación centrados en la vulnerabilidad de estos pacientes a las sustancias y las consecuencias asociadas al consumo.

**Palabras clave:** trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno por uso de sustancias, medicación no estimulante, medicación estimulante, tratamiento preventivo

**Abstract** *Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse.* Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental alteration of biological basis that started in childhood may persist during adolescence-youth and, despite what was believed until not many years ago, also in adulthood up to 50-60% of those affected, producing a significant clinical and psychosocial deterioration. In spite of being a syndrome easily identifiable by the triad: inattention, hyperactivity and impulsivity that characterizes it, in clinical practice there are different circumstances that hinder and complicate its diagnosis and treatment. One of the most significant is the presence, both in childhood and adulthood, of other comorbid mental disorders. It is from adolescence-youth when together with ADHD we can detect the presence of personality, mood and anxiety disorders and especially the use of several substances. The evidences existing until now show how the comorbidity of ADHD and substance use disorder influence the evolutionary course of both, complicating the approach, the treatment and, therefore, aggravating the final prognosis. The difficulties in their approach and the scarcity of treatment options make us underline the importance of preventive treatment in the infantile stage, starting from psychoeducation programs focused on the vulnerability of these patients to substances and the consequences associated with consumption.

**Key words:** attention deficit/hyperactivity disorder, substance use disorders, non-stimulant medication, stimulant medication, preventive treatment

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una disfunción del neurodesarrollo que, al contrario de lo que aún algunos profesionales defienden, persiste más allá de la adolescencia-juventud conformando un síndrome clínico identificable en la edad adulta. La triada clínica que le caracteriza: inatención, hiperactividad e impulsividad, con mucha frecuencia, se acompaña de otros trastornos mentales. En la etapa infantil hasta el 65% de los niños tiene uno o más trastornos psiquiátricos co-

mórbidos: trastornos de conducta, trastorno opositorista negativista desafiante, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos del aprendizaje, tics, trastornos del espectro autista, etc.; porcentajes que se ven incrementados en la edad adulta hasta el 75% en la que podemos encontrar: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, y muy especialmente los trastornos por uso de sustancias (TUS)<sup>1</sup>. Un metanálisis publicado en 2011 en el que se incluían 27 estudios prospectivos que evaluaban la presencia de TUS en personas con TDAH concluía en que la presencia de TDAH en la infancia se asociaba a un mayor riesgo a desarrollar trastornos por consumo de

**Dirección postal:** Antonio Terán Prieto, Centro Ambulatorio de Atención a Drogodependencias San Juan de Dios, C/ Mayor Antigua n° 55 Bajo. 34005 Palencia, España

e-mail: palencia.cad@hsjd.es

sustancias que los niños sin TDAH. Asimismo, llamaba la atención sobre la escasez de estudios que tenían en cuenta la presencia de trastornos de conducta comórbidos que complicarían las inferencias sobre la especificidad de los efectos del TDAH en el riesgo del uso de sustancias<sup>2</sup>. En esta misma línea se han manifestado otros autores que relacionan un mayor riesgo de TUS en pacientes TDAH que presentan otras comorbilidades: trastornos de conducta, trastorno oposicionista negativista desafiante, trastorno bipolar, trastorno de la conducta alimentaria, nivel socioeconómico bajo y abandono escolar<sup>3</sup>.

## Epidemiología

Los estudios de prevalencia de la comorbilidad TDAH-TUS muestran una amplia heterogeneidad en función del tipo de sustancia estudiada, de si se trata de estudios clínicos o en población general, si son pacientes de ámbito hospitalario o ambulatorio y del procedimiento diagnóstico (cuestionarios de *screening*, cuestionarios de autoevaluación, entrevista clínica, entrevista diagnóstica estructurada, etc.). Una amplia revisión de estudios en población clínica sitúa la prevalencia en el 25-55% en adultos y 15-25% en adolescentes, mientras en estudios epidemiológicos en población general los porcentajes son del 14%<sup>4</sup>. Por otra parte, un metanálisis de 29 estudios destacaba como el 23.1% de los pacientes adultos con TUS presentaban a la vez TDAH<sup>5</sup>.

## Implicaciones clínicas

Si importante es la prevalencia en la comorbilidad TDAH-TUS, lo es mucho más las consecuencias asociadas a la coexistencia de ambos trastornos. Una amplia revisión bibliográfica fruto de un reciente consenso de expertos internacionales destaca la fuerte asociación del TDAH con los TUS al punto de existir mayor riesgo de desarrollar TUS a lo largo de la vida. Estos pacientes se inician antes en el consumo de drogas, el patrón de consumo es más complejo -poliadicción- y se produce una transición más rápida a la gravedad de la adicción así como la evolución a la cronicidad. Asimismo, presentan más frecuentemente otros trastornos mentales: trastorno disocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, etc.<sup>6</sup>. También se subrayan las consecuencias sobre el tratamiento con una menor efectividad, a dosis estándar, del tratamiento farmacológico del TDAH y mayor dificultad en estos pacientes para permanecer abstinentes. Todo ello tendría como resultado que los pacientes con TDAH-TUS presentarían peor calidad de vida asociada a un mayor número de problemas a nivel personal, profesional y social<sup>6</sup>. En esta misma línea, un reciente estudio suizo de seguimiento a 15 meses y cerca de cinco mil participantes mostró la asociación

positiva del TDAH con la persistencia y cronicidad del consumo de drogas<sup>7</sup>.

Estudios genéticos publicados a lo largo del año 2019 han confirmado la intensa relación entre el TDAH y los TUS, con un riesgo significativamente superior de uso, abuso y dependencia de drogas. Un ejemplo de ello es la probabilidad de consumo de cannabis en individuos TDAH 7.9 superior a individuos sin TDAH<sup>8</sup>. Variaciones en el gen LPHN3 relacionado con el TDAH en niños y adultos podría favorecer la predisposición al consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas<sup>9</sup>. Todas las evidencias conducen a relacionar el TDAH a un mayor riesgo de consumo de sustancias y secundariamente a la posibilidad de desarrollar un TUS.

## Diagnóstico

El diagnóstico de ambos trastornos cuando se dan de forma conjunta puede suponer un problema complejo en pacientes que acuden a centros de tratamiento de adicciones o centros de salud mental sin el diagnóstico previo de TDAH. La semejanza entre síntomas asociados a la intoxicación o abstinencia de drogas con los propios del TDAH obligan a realizar obligatoriamente un detallado diagnóstico diferencial. El diagnóstico debe incluir una anamnesis minuciosa tanto a nivel psiquiátrico como toxicológico, con descripción detallada de la evolución del proceso e informe retrospectivo de los síntomas, sin olvidar los cambios que estos presentan en la edad adulta, su gravedad, el deterioro del TDAH y las posibles comorbilidades asociadas. Estos hallazgos deben contrastarse con información aportada por personas próximas al sujeto (padres, hermanos, pareja, etc.) y documentación académica, laboral o clínica referida a la etapa de la infancia /adolescencia/juventud (notas y observaciones académicas, agendas escolares, informes escolares, informes laborales, intervenciones psico-pedagógicas, informes clínicos, etc.). En la práctica clínica el diagnóstico se basa en detectar antecedentes de síntomas del trastorno que comienzan en la infancia o al principio de la adolescencia y son persistentes y deteriorantes a lo largo del tiempo, por lo que pueden diferenciarse de trastornos de inicio en la edad joven/adulta como el consumo de drogas<sup>1</sup>. No debemos olvidar la presencia de otras patologías comórbidas: distimia depresiva, ciclotimia, trastornos bipolar, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, etc., que agravan considerablemente la respuesta al tratamiento y consecuentemente la evolución y el pronóstico, además de ser obligado realizar también el diagnóstico diferencial con cada una de ellas. La existencia de patologías orgánicas que presentan síntomas similares a los del TDAH: disfunción tiroidea (hipertiroidismo); epilepsia (ausencias simples y complejas); déficit sensoriales (hipoacusia); Trastornos del sueño (apnea del sueño); intoxicación

por plomo; tratamientos con fármacos/psicofármacos (benzodiazepinas, antiepilépticos, antihistamínicos, etc); insuficiencia hepática; accidentes vasculares cerebrales (ACV/infarto cerebral); síndrome postraumático, etc; pueden inducirnos a error en el diagnóstico obligándonos a la realización de pruebas complementarias específicas en la identificación de cada uno de estos trastornos y necesarias en el diagnóstico definitivo. La cronología y la evolución de cada una de ellas será también fundamental en el diagnóstico diferencial.

Junto a la anamnesis y exploración clínica existen un buen número de entrevistas estructuradas y semiestructuradas, escalas de evaluación y cuestionarios que pueden ser de utilidad en el proceso de diagnóstico. Destacan en los Consensos de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH<sup>1</sup> las siguientes:

- *Conners Adult TDAH Diagnostic Interview for DSM IV (CAADID)* con dos apartados: (Parte I: entrevista estructurada en la que se recoge información relacionada con la historia clínica, el curso evolutivo, los factores de riesgo del TDAH y la enfermedad psiquiátrica comórbida) y (Parte II: entrevista semiestructurada que evalúa la presencia de síntomas de TDAH conforme a criterios DSM IV).

- *Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*: Cuestionario autoadministrado en el que se evalúa la presencia de síntomas de TDAH en los adultos con formularios tanto para la autoinformación como una escala de evaluación del observador.

- *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)*: Cuestionario autoadministrado diseñado para el diagnóstico de TDAH en adultos. Las preguntas que contiene esta escala coinciden con los dieciocho criterios DSM IV. Existe una versión abreviada de seis ítems.

- *Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA-2)*: Entrevista de diagnóstico estructurada para el TDAH en adultos basada en los criterios para el TDAH en el DSM-IV. La DIVA pregunta exclusivamente acerca de los síntomas nucleares necesarios, según el DSM-IV, para realizar el diagnóstico del TDAH, y no sobre síntomas, síndromes o trastornos psiquiátricos concurrentes. Existe la versión DIVA-5 basada en los criterios para el TDAH según el DSM-5 aunque, por el momento, no existe la traducción al español.

- *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV (PRIMS)*: Diseñada para la búsqueda y el diagnóstico de otros trastornos mentales según criterios DSM-IV comórbidos al TUS.

## Tratamiento

A la vista de lo expuesto hasta el momento reafirmamos la idea de que el abordaje de la comorbilidad TDAH-TUS es complejo y que la prevención sería la forma más eficaz de tratamiento. Prevenir o adelantarnos y anticipar lo que

pueda venir, sobre la base de las evidencias científicas en la comorbilidad de ambas patologías, supone un avance muy importante a la hora de evitar las complicaciones y mejorar el pronóstico de ambos trastornos. Las intervenciones precoces pueden ayudar a reducir y/o prevenir las consecuencias y complicaciones asociadas a la comorbilidad TDAH/TUS<sup>7, 9, 10</sup>. Desde el primer metanálisis realizado por Wilens y col. a principios de siglo, ampliamente referenciado en la literatura, en el que se demostraba que el tratamiento con psicoestimulantes en niños con TDAH reducía significativamente el riesgo de desarrollar Trastornos por consumo de alcohol o drogas en la adolescencia-juventud<sup>11</sup>, al momento presente, son múltiples las revisiones que pueden encontrarse en la literatura, en algunos casos, con resultados contradictorios. Así, frente a una amplia revisión de estudios realizados entre 1980 y 2012 (15 estudios) por Humphreys y col. en la que se concluía que el tratamiento con psicoestimulantes, principalmente metilfenidato, no protege ni aumenta el riesgo posterior de TUS<sup>12</sup>; otros más recientes, en los que se analizan los efectos a largo plazo del tratamiento con psicoestimulantes en el TDAH, sugirieron una disminución en el abuso de sustancia después de 4 años de tratamiento además de asociar la duración más larga de este con tasas más bajas de abuso de drogas<sup>13</sup>. Un estudio multi-cohorte con más de cuarenta mil adolescentes (*High School Senior*) provenientes de diez cohortes independientes, de los que un 12% habían sido tratados por su TDAH con fármacos estimulantes y no estimulantes, presentaba resultados concluyentes respecto al beneficio del tratamiento en la presentación de TUS. Así, se apreciaba mayor prevalencia de TUS en los adolescentes que iniciaron el tratamiento a edad más tardía y tuvieron un menor tiempo de tratamiento con estimulantes. En el lado contrario, la prevalencia de TUS era semejante a la población control en los que iniciaron el tratamiento a edad más temprana (nueve años o menos) y presentaban mayor tiempo de tratamiento (seis o más años). Los tratados únicamente con fármacos no estimulantes tenían tasas elevadas de TUS en comparación con los que recibieron tratamiento con estimulantes de forma precoz y prolongada<sup>14</sup>.

Existe unanimidad a la hora de señalar al “*tratamiento multimodal*” o “*tratamiento combinado*” como la forma más eficaz de abordar la comorbilidad del TDAH y TUS. La complementariedad de las medidas psicosociales con las farmacológicas son la clave de un correcto tratamiento. Es aconsejable iniciar este por el TUS y una vez conseguida la estabilidad y/o abstinencia del consumo continuar, tan pronto como sea posible, con el tratamiento del TDAH<sup>6</sup>. Otras Guías aconsejan iniciar el tratamiento por el trastorno más grave en función de la repercusión de cada uno en el funcionamiento global, aunque también tienen en cuenta otros factores como: las expectativas y opinión del paciente, el trastorno que produce mayor discapacidad o el que presenta mayor probabilidad de responder al

tratamiento y siempre considerar la individualidad de cada paciente. Finalmente, también se decantan por iniciar en primer lugar por el tratamiento del TUS y continuar por el TDAH<sup>15</sup>. Si el paciente presentara conductas auto y/o heteroagresivas estas se abordarían con prioridad<sup>15</sup>. El tratamiento psicofarmacológico se centra en la utilización de fármacos estimulantes y no estimulantes, siempre con una evaluación previa, cuidadosa e individual, de los riesgos/beneficios especialmente en la prescripción de estimulantes con un conocido potencial de abuso en esta población<sup>10, 16</sup>. La utilización de estimulantes de liberación prolongada, profármacos de dextroanfetamina y fármacos no estimulantes cumplen con el objetivo de reducir los riesgos de mal uso y/o abuso. Los no estimulantes (atomoxetina) son alternativa cuando existe riesgo de abuso o uso inadecuado<sup>16</sup>. Debemos prestar especial atención a la tolerabilidad de los fármacos elegidos ya que condicionará la adherencia y cumplimentación del tratamiento, elemento fundamental en la respuesta y eficacia. Ésta puede complicarse aún más por la persistencia del consumo de sustancias y la posibilidad de interacciones farmacológicas que podrían suponer un riesgo para la seguridad del paciente. El tratamiento farmacológico es parcialmente eficaz en el control de los síntomas de TDAH en presencia de comorbilidad con TUS incrementando los efectos positivos cuando se combina con psicoterapia<sup>6</sup>. A pesar de ello, existen escasas evidencias sobre la eficacia del tratamiento psicosocial orientado a la comorbilidad TDAH-TUS: Psicoeducación, Terapia Cognitivo-Conductual (Tratamiento con el mayor nivel de evidencia en el TDAH con o sin comorbilidad), Terapia Cognitivo-Conductual Integrada, *Coaching*, Terapia Dialéctica Conductual, *Mindfulness*, etc.<sup>6, 17</sup>.

Hasta el momento, las posibilidades de tratamiento para la comorbilidad del TDAH comórbido al TUS son escasas, siendo necesarios un número mayor de estudios con alto nivel de evidencia que refrenden la eficacia del tratamiento psicofarmacológico y/o psicosocial. No debemos olvidar que el mejor tratamiento es el preventivo, por tanto las intervenciones preventivas en población infantojuvenil deben ocupar un lugar preferente del “tratamiento combinado” por su eficacia y coste/beneficio. A pesar de lo comentado, el reconocimiento y el tratamiento de esta comorbilidad sigue siendo un desafío<sup>18</sup>.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Kooij SJ, Bejerot S, Blzckwell A, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 67.
2. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, et al. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 328-41.
3. Kollins SH. A qualitative review of issues arising in the use of psychostimulant medications in patients with ADHD and co-morbid substance use disorders. *Curr Med Res Opin* 2008; 24: 1345-57.
4. Kooij SJ. Adult ADHD. Diagnostic Assessment and Treatment, 2nd ed. London Springer, 2013.
5. Van Emmerik-Van Oortmerssen K, Van de Glind G, Van den Brink W, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012; 122: 11-9.
6. Crunelle CL, Van den Brink W, Moggi F, et al. International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Eur Addict Res* 2018; 24: 43-51.
7. Estévez-Lamorte N, Foster S, Eich-Höchli D, et al. M. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder, risky substance use and substance use disorders: a follow-up study among young men. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269: 667-79.
8. Soler M, Sánchez-Mora C, Rovira P, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and lifetime cannabis use: genetic overlap and causality. *Mol Psychiatry* 2019 Jan 4; <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0339-3>
9. Arcos-Burgos M, Vélez JI, Martínez AF, et al. ADGRL3(LPHN3) variants predict substance use disorder. *Transl Psychiatry* 2019,29; 9: 42.
10. Zaso MJ, Parque A, Antshel KM. Treatment for adolescents with comorbid ADHD and substance use disorder. A systematic review. *J Atten Disord* 2015 Feb 5; doi: 10.1177/1087054715569280
11. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, et al. Does stimulant therapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder bget later substance abuse?. A meta-analytic review of the literatura. *Pediatrics* 2003; 111: 179-85.
12. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant Medication and Substance Use Outcomes. A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 740-9.
13. Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L, et al. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 878-85.
14. McCabe SE, Dickinson K, West BT. Age of onset, duration, and type of medication therapy for attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use during adolescence: A multi-cohort national study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 479-86.
15. Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA): Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition, Toronto ON; CADDRA, 2018.
16. Harstad E, Levy S, (Committee On Substance Abuse. American Academy Of Pediatrics). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and substance abuse. *Pediatrics* 2014; 134: 1.
17. Martínez-Raga J, Knecht C. Patología Dual. Protocolos de Intervención: TDAH. Sociedad Española de Patología Dual. Edika Med, 2012.
18. Perugi G, Pallucchini A, Rizzato S, et al. Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder with comorbid substance-use disorder (SUD). *Expert Opin Pharmacother* 2019;20: 343-55.