

LAS COMORBILIDADES MÁS GRAVES DEL TDAH: UNA PREOCUPANTE REVISIÓN

GERMÁN CASAS, CAROLINA GARCIA S, DAMARIS COTE MARTINEZ

Departamento de Salud Mental, Posgrado de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes – Hospital Universitario Fundación Santa Fe, Bogotá Colombia

Dirección postal: Dr. German Casas. Departamento de Salud Mental, Posgrado de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad de Los Andes – Hospital Universitario Fundación Santa Fe, Bogotá Colombia. Dirección postal: Carrera 7 No. 116-05.

E-mail: gcasas@uniandes.edu.co

Resumen

El TDAH es el trastorno de neurodesarrollo más prevalente en niños y adolescentes. También es un desorden altamente comórbido. Las comorbilidades más frecuentes del TDAH a lo largo de la vida no son aquellas que suponen más gravedad. Basando en un análisis de variables como letalidad, problemas legales, acceso a tratamiento y afectación laboral o escolar, encontramos que las comorbilidades más graves del TDAH son psiquiátricas y corresponden a la depresión y conductas suicidas, consumo de sustancias psicoactivas, problemas con la ley y trastornos de personalidad, en especial el trastorno límite y el antisocial. Todas estas condiciones tienen en común problemas de autocontrol, conductas impulsivas y comportamientos repetidos. A su vez, comparten sustratos neurológicos y genéticos, así como factores ambientales. La revisión de la evidencia respecto a estas tres categorías confirma su gravedad y los desenlaces más desafortunados de pacientes que comparten estos diagnósticos. Es importante que el clínico que detecta y trata niños y adolescentes con TDAH esté atento a la presencia de estos factores para prevenir la aparición de estas comorbilidades y prevenir sus consecuencias. La evidencia también sugiere que el tratamiento adecuado y oportuno puede prevenir la aparición de algunas de estas condiciones.

Palabras clave: TDAH, comorbilidad, impulsividad, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad

Abstract

The most serious comorbidities of ADHD: a worrying review

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most prevalent neurodevelopmental disorder in children and adolescents, and it is frequently associated with a range of comorbidities. However, an analysis of critical factors –such as mortality, legal issues, access to care, and academic or occupational impairment– reveals that the most serious comorbidities of ADHD are primarily psychiatric in nature. These include depression, suicidal behaviors, substance use disorders, legal problems, and personality disorders, particularly borderline and antisocial personalities. These comorbid conditions share core features, including difficulties with self-regulation, impulsivity and repetitive behaviors. They also exhibit overlapping neurological and genetic substrates, as well as common environmental risk factors. A review of the current literature underscores the significant morbidity and adverse outcomes associated with ADHD when these comorbidities are present. Given the complexity and severity of these conditions, it is crucial for clinicians working with children and adolescents, to be vigilant about monitoring their appearance. Early recognition and intervention may help mitigate the risk of developing these associated psychiatric disorders and their long-term consequences. Furthermore, evidence suggests that timely and appropriate treatment of ADHD

can play a protective role in preventing the onset of these comorbid conditions

Key words: ADHD, comorbidity, impulsivity, suicide, substance abuse, personality disorder

El trastorno por déficit atencional/hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más prevalente en la infancia y adolescencia, afectando a nivel global entre 4 a 7% de la población¹. Además, de todos los trastornos neuropsiquiátricos que se inician en la infancia, el TDAH es el que conlleva una mayor carga de enfermedad, con una importante repercusión a lo largo del curso de vida². Estudios recientes han demostrado que la persistencia del trastorno durante la adolescencia y la adultez se acompaña con frecuencia de comorbilidades importantes en salud mental; en más de las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados a una edad menor de los 10 años³. Otros estudios coinciden en afirmar que el TDAH que se acompaña de otras comorbilidades tiende a ser más incapacitante y costoso para los sistemas de salud que el mismo diagnóstico primario, así mismo, cuantas más sean las comorbilidades, mayores serán los años de vida ajustados por discapacidad conllevando a una menor funcionalidad⁴.

Por esta razón, el presente trabajo de revisión busca comprender, a la luz de la evidencia global actual, cuáles son las comorbilidades más graves que acompañan a los pacientes con TDAH, y a partir de esta respuesta, proponer un análisis categorial de las mismas que permita al clínico considerar su posibilidad de aparición y aportar algunas recomendaciones de carácter preventivo.

Comorbilidades más graves en el TDAH

Dentro de las comorbilidades que más impactan sobre la calidad de vida y funcionalidad de los individuos que padecen TDAH, se encuentran los trastornos mayores del afecto, trastornos de la conducta, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad. Un equipo de trabajo llamado CHADD (*Children and Adults with ADHD initiative*, 2016) ha buscado representar y medir el impacto de las mayores complicaciones derivadas de la comorbilidad de estos trastornos con el TDHA, ubicándolas en orden de gravedad, dándole prioridad a aquellas que puedan generar: letalidad potencial, proble-

mas de conducta y personalidad, problemas relacionados con la convivencia social, problemas de acceso al tratamiento y problemas legales⁵ (Tabla 1).

De acuerdo con esta categorización, las siguientes son las comorbilidades del TDAH más graves, en orden decreciente:

1. Depresión y conducta suicida
2. Trastornos por consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas
3. Trastornos de conducta, conducta antisocial y trastornos de personalidad

Si bien estas condiciones no son las más frecuentes dentro de las comorbilidades del TDAH, sí resultaron ser las más complejas en términos de letalidad potencial, complicaciones a futuro, costos y acceso a los tratamientos y condiciones crónicas no médicas. Los datos obtenidos de acceso a tratamiento, problemas con la ley y letalidad justifican que se dé especial relevancia a estas tres categorías, con el fin de aportar un soporte con evidencia para alertar al clínico respecto a su detección temprana, su prevención y la toma de decisiones adecuadas en su abordaje.

Depresión y conducta suicida

Los trastornos del afecto tienen una alta correlación con el TDAH, desde sus bases neurobiológicas, estructurales, genéticas y ambientales. Algunos estudios han descrito que los niños y adolescentes que sufren de TDAH tienen mayores vulnerabilidades psicosociales como mayor riesgo de acoso o matoneo escolar (*bullying*), bajo rendimiento académico y dificultades interpersonales, lo que podría condicionar a la presencia de trastorno depresivo mayor (TDM)⁶. Además, existen otros factores subyacentes que comparten ambas entidades, como el bajo estrato socioeconómico, antecedente de maltrato, dinámica familiar disruptiva y complicaciones perinatales. Una revisión sistemática identificó una prevalencia del 28% de TDM en la infancia y del 17% en la adolescencia, la cual podría persistir hasta un 7% en la adultez, también describió que el TDAH es tres veces más probable de cursar con trastornos de afecto en comparación a otras entidades⁶.

Respecto a la conducta suicida, también se podría decir que existe un correlato neurobiológico en cuanto a redes neuronales, que pone en un mayor riesgo de descontrol de impulsos y

Tabla 1 | Calificación de gravedad de comorbilidades de TDAH^a

Co-morbilidad	Prevalencia en TDAH	NO acceso al tratamiento para la comorbilidad*	Problemas académico/laboral**	Problemas legales**	Letalidad potencial****
	%	%	%	%	%
Ansiedad	47	10	13	0	0
Depresión	38	10	20	15	25
Tics	21	15	10	0	0
TOC	24	10	15	5	4
Trastorno de aprendizaje	35	24	80	40	10
Discapacidad intelectual	15	20	80	40	0
Bipolar	19	10	40	20	35
Trastorno de Conducta ODD	27	14	35	50	10
Autolesiones y suicidio	45	12	20	50	90
Trastorno espectro autista	27	14	80	0	0
Trastornos por consumo de sustancia y alcohol	19	5	80	80	50
Trastornos de personalidad Sociopática	8	10	90	80	80

*Acceso a tratamiento (0% existe en tratamiento y es accesible – 100% no existe o no es accesible)

** Problemas con éxito económico, escolar, laboral (0% no hay problemas – 100% todos presentarán estos problemas)

*** Problemas legales (0% no hay problemas legales – 100% todos tendrán problemas legales)

**** Letalidad (0% no hay riesgo de muerte – 100% todos tienen riesgo de muerte)

^a Tabla con elaboración propia. Fuente: *Proceedings of the ADHD Public Health Summit*; CHADD, 2019.

desregulación emocional a individuos que padecen TDAH, lo que podría aumentar el riesgo de presentar conductas suicidas, como autolesiones e intentos de suicidio. Una revisión sistemática de conducta suicida en niños encontró que el TDAH fue el segundo diagnóstico clínico más frecuente donde se presentaba la ideación suicida, siendo mayor en la pre-adolescencia, sugiriendo que aproximadamente el 17% de estos casos podrían presentar una ideación suicida que podría transitar hasta un intento⁷. También describieron una fuerte asociación entre la ideación suicida y los síntomas depresivos, lo cual en conjunto puede generar una mayor intensidad de la comorbilidad⁷.

Trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

Algunos estudios han descrito una prevalencia alrededor del 21% frente al uso de sustancias psicoactivas en adolescentes que padecen de TDAH, sin embargo, esta tiende a variar según la sustancia de consumo^{7,8}. Se ha descrito que el alcohol es la sustancia más abusada por este grupo de pacientes, confiriendo un riesgo para su salud e integridad física, además de generar una mayor permanencia de este consumo en la adultez. Otros estudios han descrito una prevalencia de consumo de cannabis del 32% y 36% de alcohol, lo cual también han asociado a un mayor riesgo de presentar comportamiento an-

tisocial a largo plazo, dando paso a una de las consecuencias más graves en salud pública⁸.

Es importante resaltar en este apartado el sustrato neurobiológico, que pone en mayor riesgo al grupo de individuos con TDAH a presentar uso de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que presentan un fallo de la conectividad neuronal en el circuito de recompensa y el circuito cortico-estriado-talámico-cortical. Lo anterior, genera una mayor susceptibilidad y afinidad por el consumo de las sustancias, ya que generan una rápida satisfacción, activación conductual, facilitan la interacción con otros y generan un bienestar corto y rápido, provocando a largo plazo un mayor riesgo de síndrome de dependencia, teniendo en consideración que en todos los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, existe un fallo en el circuito de recompensa, y una dificultad para la regulación conductual e inhibición frente a la impulsividad, mediada por un deseo inmediato de saciar una necesidad a corto plazo.

Conducta antisocial, problemas legales y trastornos de personalidad

Este es el escenario que nadie, al diagnosticar un niño con TDAH, desearía encontrar. Los problemas legales, e incluso la posibilidad de estar en prisión, de una persona quien ha sido diagnosticada en la infancia con TDAH es 10 veces más alta que la de una persona sin ese diagnóstico⁹. En algunos estudios han descrito que 1 de cada 4 hombres en prisión por delitos comunes, tenían sospecha o diagnóstico confirmado de TDAH en la infancia. Otros estudios han evaluado desenlaces de individuos con diagnóstico de TDAH en la infancia, encontrando problemas con la ley, incluyendo la privación de la libertad¹⁰.

Frente a lo anterior, la mayoría de estos estudios tienen una metodología de cohorte retrospectiva y prospectiva, las cuales buscan hacer seguimientos desde la infancia hasta la vida adulta, lo que ayudaría a entender la asociación entre las diferentes entidades. Estos estudios se han enfocado en personas privadas de la libertad y en transgresiones de la ley en la adultez^{7,8}.

Además, se ha encontrado una correlación estadística entre haber tenido diagnóstico de TDAH en la infancia y presentar problemas con

la ley en la adolescencia y en la adultez, lo cual surge a partir de las observaciones de Barkley 1998 y Cullen 2000. La correlación entre estas conductas fue confirmada por Manuzza y col. en 2008, y se estima que, pacientes con diagnóstico en la infancia tienen más posibilidad que la población general de tener detención preventiva, con una prevalencia de 47%, en la población con diagnóstico de TDAH *versus* la población sin dicho diagnóstico, así mismo se encontró culpabilidad en juicio en un 42% *versus* 12%, y detención por condena de un 15% *versus* un 1%. Estos hallazgos confirman múltiples investigaciones que han corroborado cifras similares^{9,10}.

Respecto a la personalidad antisocial y el antecedente de TDAH, también existe evidencia que soporta esta asociación, en diferentes porcentajes y bajo una amplia gama de teorías subyacentes. Algunos sugieren fenómenos genéticos compartidos, otras alteraciones en las interrelaciones tempranas con los padres y figuras de autoridad, hallazgos en neuroimagen y conectividad cerebral, e incluso hallazgos neuropsicológicos que explicarían estas conductas en ambos trastornos¹⁰.

La asociación entre antecedente de TDAH y trastorno límite de personalidad es también evidente en la literatura. Diferentes teorías han intentado explicar esta asociación estadística, incluidas las alteraciones de las relaciones tempranas, la ausencia de autocontrol y auto-percepción, la presencia de comorbilidades conductuales en la infancia y otras alteraciones. Sin embargo, estudios recientes han documentado el rol preventivo de la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica adecuada en la aparición de trastornos de personalidad en la edad adulta¹¹.

Conclusión

El TDAH presenta una comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida de más del 80%. Es más común tener comorbilidad en TDAH que no tenerla. La mayoría de los desórdenes comórbidos son detectables, tratables y con un manejo adecuado no deben alterar el pronóstico del cuadro primario. Estos incluyen, ansiedad, tics, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de aprendizaje, depresión, TEA, entre otros. Sin embargo, existen algunas condiciones psiquiátricas

comórbidas del TDAH que suponen un riesgo mayor, unas secuelas de peor pronóstico y desenlaces más letales y complicados. Podemos afirmar que muchas de ellas son peores incluso que padecer el TDAH. Entre estas se encuentran la depresión y conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y los problemas legales, que, si bien no son un diagnóstico en sí mismo, sí significan una complicación grave, además de los trastornos de personalidad, que, en el caso del TDAH, son aquellos que se clasifican en el Clúster B, como el sociopático, el *border line* y el narcisista.

El clínico debe estar atento a la aparición temprana de este tipo de comorbilidades. Los tres

grupos de comorbilidades psiquiátricas más graves responden posiblemente a una multiplicidad de factores, pero psicopatológicamente tienen en común la impulsividad la ausencia de autocontrol, la persistencia de conductas irreflexivas y conductas repetitivas. La aparición temprana de conductas no adaptativas, impulsividad severa, fallas en el autocontrol y comportamientos repetitivos alerta sobre la posible aparición de estas comorbilidades en el futuro. Las mismas son además una razón preventiva para optar por un tratamiento adecuado del TDAH, incluido el abordaje farmacológico.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder, Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>.
2. Panamerican Health Organization / World Health Organization: The Burden of Mental Disorders. En: <https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>
3. Libutzki, B. Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis. *Eur Psychiatry* 2019; 58: 38-44.
4. Kessler, R. C. The effects of temporally secondary co-morbid mental disorders on the associations of DSM-IV ADHD with adverse outcomes in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychol Med* 2014; 44: 1779-92.
5. Sandstrom A, Perroud N. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in people with mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021; 143: 380-91.
6. Liu RT, Walsh RFL. Prevalence and Correlates of Suicide and Non suicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2022; 79: 718-26.
7. Di Lorenzo R, Balducci J. Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: a systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatr* 2021; 33: 283-98.
8. Rohner H, Gaspar N. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20:1275. 5. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021275>.
9. Pratt TC, Cullen E. The Relationship of Attention Deficit Hyperactivity Disorder to Crime and Delinquency: A Meta-Analysis. *International Journal of Police Science & Management* 2002; 4: 344-60.
10. Richardson W. Criminal behavior fueled by Attention Deficit Hyperactivity Disorder and addiction. En: Fishbein D. H. (Ed.) 2000. *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors: Application to the criminal justice system* (pp. 18-1 to 18-15). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
11. Barkley RA. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd edn). New York 1998: Guilford Ed.
12. Babinski LM, Hartsough CS, Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1999; 40: 347-355.
13. Satterfield JH, Hoppe CM. A prospective study of delinquency in 110 adolescent boys with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139: 795-8.
14. Dolan M, Park I. The neuropsychology of antisocial personality disorder. *Psychological Medicine* 2002; 32: 417-27.
15. Lieslehto J, Tiihonen. Association of pharmaco-

- logical treatments and real-world outcomes in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2023;147: 603-13.
16. Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neurosci Biobehav Rev* 2018; 87: 255-70.
 17. Barra S, Turner D. ADHD symptom profiles, intermittent explosive disorder, adverse childhood experiences, and internalizing/externalizing problems in young offenders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022; 272: 257-69.
 18. Beaudry G, Yu R. An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021; 60: 46-60.
 19. Retz W, Ginsberg Y. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), anti-sociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neurosci Biobehav Rev* 2021; 120: 236-48.