

# Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y drogodependencias

*Ramos-Quiroga JA<sup>1,2</sup>, Trasovares MV<sup>2</sup>, Bosch R<sup>1</sup>, Nogueira M<sup>1</sup>,  
Roncero C<sup>1,2</sup>, Castells X<sup>1</sup>, Martínez Y<sup>1</sup>, Gómez N<sup>1</sup>, Casas M<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> *Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.*

<sup>2</sup> *Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Universidad Autónoma de Barcelona.*

**Resumen:** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno de inicio en la infancia, con una prevalencia de hasta un 4,4% en población general adulta. Hasta un 75% de pacientes presentan asociado otro trastorno psiquiátrico. De entre las diferentes comorbilidades, se deben destacar los trastornos por uso de sustancias (TUS), por la elevada frecuencia y la complejidad que supone el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes en los que se presentan asociados ambos trastornos. Los psicoestimulantes, como el metilfenidato, son el tratamiento de primera elección en pacientes con TDAH. Los resultados de los ensayos clínicos realizados en sujetos con TDAH y drogodependencias indican que son fármacos seguros y eficaces en el manejo de los síntomas del TDAH. Los estudios no han aclarado si pueden ser fármacos útiles en la evolución de los trastornos por consumo de tóxicos, aunque sí han demostrado que no incrementan la drogodependencia de base.

**Palabras clave:**  
**TDAH, adultos, TUS,  
automedicación, psicoestimulantes,  
metilfenidato, atomoxetina.**

## Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico, caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, con una prevalencia situada entre el 6-9% en niños y adolescentes, siendo por tanto muy común en esta población (Faraone et al., 2003).

Durante años, se creyó que el TDAH era un trastorno que afectaba únicamente a la población infanto-juvenil. Sin embargo, a partir del último tercio del siglo pasado se puso de manifiesto que los síntomas del TDAH no desaparecen al inicio de la edad adulta, sino que se mantienen en más del 50% de los casos (Wilens et al., 2004; Biederman et al., 2005), con una prevalencia hasta del 4,4% de la población adulta a nivel mundial (Faraone et al., 2003; Kessler et al., 2005).

En los adultos, la sintomatología del TDAH puede experimentar algunos cambios, como una disminución de la hiperactividad. No obstante, persisten los problemas de inatención e impulsividad que causan un deterioro del rendimiento académico, laboral y en las relaciones interpersonales, así como una mayor propensión a tener accidentes de tráfico (Barkley et al., 2002).

Además, la presencia de otras patologías asociadas al TDAH, entre las que destacan las drogodependencias, pueden agravar los síntomas y los problemas de adaptación psicosocial propios de los pacientes con TDAH, dificultando el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes que presentan comórbidamente ambos trastornos.

### Comorbilidad del TDAH

Un porcentaje elevado de pacientes con TDAH presentan de forma comórbida otro trastorno. Los estudios realizados en este sentido apuntan que un 60% de pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, presentan de forma comórbida otro trastorno (Barkley et al., 2002, Fischer et al., 2002). En el caso de los adultos con TDAH, este fenómeno no es diferente. Biederman et al. (1993) refieren que el 75% de los adultos con TDAH presentan trastornos comórbidos (Biederman et al., 1993). En este sentido, la comorbilidad, lejos de ser infrecuente, suele ser la norma en el TDAH tanto en niños como en adultos.

Los trastornos comórbidos más frecuentes en los pacientes adultos con TDAH quedan reflejados en la tabla 1 (Barkley et al., 2002). De los trastornos psiquiátricos que aparecen más frecuentemente asociados al TDAH en la edad adulta, merecen especial atención los trastornos relacionados con sustancias (TUS). Como se revisará a continuación, existe una alta prevalencia de TUS en sujetos con TDAH y la presencia de tóxicos complicará el abordaje del trastorno.

En consecuencia, el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) requiere una minuciosa historia clínica tanto en la infancia como en la edad adulta. Entre otros motivos, por la frecuencia de trastornos comórbidos que pudieran enmascarar los síntomas del propio TDAH o complicar posteriormente la respuesta al tratamiento (Barkley et al., 1998).

### TDAH y trastornos por uso de sustancias

Según los datos del *National Comorbidity Survey Replication*, la prevalencia del TDAH en adultos se sitúa entorno al 4,4%, mientras que los trastornos relacionados con sustancias (TUS) tienen una prevalencia del 3,8% (Kessler et al., 2005).

Los estudios realizados sobre la comorbilidad con TUS han revelado tasas de abuso y dependencia de sustancias más elevadas en sujetos con TDAH que en población general (Wilens et al., 1994; Levin et al., 1998). En un estudio se halló que el 52% de pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, presentaban un TUS a lo largo de la vida, mientras que en población sin TDAH, este porcentaje era del 27% (Biederman et al., 1995). Asimismo, entre un 32 - 53% de los adultos diagnosticados de TDAH, presentaron de forma comórbida un trastorno por consumo de alcohol y entre un 8-32% un trastorno por consumo de otras drogas (Barkley et al., 2002).

Por otra parte, en estudios realizados con pacientes que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol, cocaína o heroína, se ha encontrado una mayor prevalencia del TDAH respecto a la población general. Se estima que entre el 31% y el 75 % de pacientes con trastorno por dependencia al alcohol presentan criterios DSM-IV de TDAH en la infancia, y hasta un 35% de pacientes cocainómanos presentan un TDAH (Levin et al., 1998; Wilens et al., 2000). Asimismo, en un estudio realizado con pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona por dependencia a heroína, se halló que el 17 % cumplían criterios de TDAH (King et al., 1999).

La presencia del TDAH también se ha evaluado en pacientes ingresados en unidades de desintoxicación, hallándose cifras equiparables a las anteriores. En este sentido, en un estudio realizado con una muestra de 201 pacientes ingresados, el 24% (n = 48) presentaban un TDAH y el 39% (n = 79) tenían antecedentes de un trastorno de conducta. Asimismo, de los 48 pacientes con TDAH, 34 presentaban de forma comórbida un trastorno de conducta (Schubiner et al., 2000). Este

resultado pone de manifiesto que la presencia de un trastorno de conducta incrementa el riesgo de drogodependencias en los pacientes con TDAH (*Abramowitz et al.*, 2004).

La persistencia del diagnóstico de TDAH más allá de la adolescencia también parece jugar un papel destacado, dado que el riesgo de desarrollar una drogodependencia parece ser mayor en aquellos pacientes con TDAH en los que el trastorno se mantiene en la edad adulta (*Sullivan et al.*, 2001). Entre el 17% - 45% de los casos que consultan por un TDAH en la vida adulta, presentan un abuso o dependencia de alcohol y entre el 9% - 30%, un abuso o dependencia de otras drogas (*Wilens et al.*, 2000).

La importancia de la comorbilidad entre TDAH y TUS deriva tanto por la consistencia de la asociación entre ambas patologías en los estudios, como por sus repercusiones sociales y las dificultades clínicas que entraña esta comorbilidad (*Ramos-Quiroga et al.*, 2006a, *Sullivan et al.*, 2001). Este hecho dificulta el diagnóstico y el manejo psicofarmacológico del TDAH en aquellos pacientes que presenten de forma comórbida un TUS, pero también su evolución, por las limitaciones que supone el uso de algunos fármacos por el potencial abuso que este tipo de pacientes podrían hacer de los mismos.

### **TDAH como factor de riesgo en el desarrollo de un TUS**

La investigación realizada en los últimos años, ha revelado que el TDAH es por sí sólo, un factor de riesgo para desarrollar un TUS (*Davids et al.*, 2005; *Sharps et al.*, 2005). En comparación a la población general, e independientemente de otros trastornos psiquiátricos asociados, los pacientes adultos con TDAH tienen el doble de riesgo de presentar una drogodependencia (*Biederman et al.*, 1995). Si a ello se suma la presencia de un trastorno de conducta durante la infancia, o de un trastorno antisocial de la personalidad en la vida adulta, el riesgo de desarrollar un TUS es aun mayor (*Mannuzza et al.*, 2004). Las personas con un TDAH

durante la infancia inician el consumo de sustancias a una edad más temprana y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen este trastorno (*Spencer et al.*, 1998; *Wilens et al.*, 2000; *Biederman et al.*, 1998).

En un estudio de seguimiento realizado por *Biederman et al.* (1998) se compararon 239 adultos diagnosticados de TDAH según criterios DSM-III-R con 268 adultos no TDAH. El objetivo del estudio era doble: por una parte, examinar los efectos del TDAH en el proceso de transición del abuso a la dependencia de una sustancia, y por otra, evaluar diferentes clases de sustancias. En relación a los controles, los pacientes con TDAH presentaron casi cuatro veces más probabilidades de progresar de un trastorno por consumo de alcohol a un abuso o dependencia de otra sustancia. En la misma línea, los pacientes con TDAH, tenían una probabilidad 5 veces mayor de que la dependencia de una sustancia se pudiese cronificar respecto a los controles. Asimismo, los pacientes con TDAH necesitaron una media de 4 años más que los controles para conseguir la remisión de la drogodependencia. Todo ello, independientemente de la existencia de otro trastorno psiquiátrico comórbido (*Biederman et al.*, 1998).

En otra investigación en la que los pacientes TDAH presentaban comorbilidad con otros trastornos, mostraban 6 veces más probabilidades de evolucionar del abuso de una sustancia a su dependencia (*Mannuzza et al.*, 2004). Estos resultados, ponen de manifiesto la importancia de realizar un diagnóstico y tratamiento correctos del TDAH durante la infancia, sin retrasar el inicio del mismo hasta la edad adulta, con la finalidad de prevenir, en la medida de lo posible, el abuso y dependencia de sustancias.

### **La hipótesis de la automedicación**

La investigación realizada en los últimos años sobre comorbilidad entre el TDAH y los TUS ha puesto de manifiesto la existencia de factores de riesgo genéticos, neurobiológicos y psicosociales que contribuyen a la aparición de estos trastornos de forma

comórbida, pero hasta la fecha, no ha sido posible establecer los vínculos causales y los factores que intervienen en la secuencia de aparición de estos trastornos. Los resultados de los estudios familiares, de gemelos y de niños adoptados realizados en pacientes con TDAH demuestran un elevado grado de agregación familiar (Ramos-Quiroga *et al.*, en prensa). Los trabajos en genética molecular han mostrado asociaciones positivas con diferentes polimorfismos genéticos de sistemas de neurotransmisión implicados en la fisiopatología del TDAH, principalmente con el dopaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico y neurotrofinas como el BDNF (Bayés *et al.*, 2005).

De las posibles explicaciones etiológicas existentes hoy en día sobre dicha comorbilidad, se debe destacar la hipótesis de la automedicación, por ser una de las más referenciadas en los últimos años y por tener sus orígenes en pacientes diagnosticados de TDAH (Sullivan *et al.*, 2001; Wilens *et al.*, 1994, 2000, 2003). Formulada por autores de enfoque psicodinámico, en la década de los 80 del siglo pasado, como Kantzhian, esta hipótesis propone que los pacientes con estados emocionales patológicos consumirían sustancias psicotrópicas con el objetivo de automedicarse y fortalecer su identidad del "yo" (Khantzhian, 1985). Posteriormente, en la década de los 90, en dicha hipótesis se introdujeron aspectos de carácter biológico, lo que permitió integrarla en el cuerpo teórico de las neurociencias (Casas *et al.*, 2002).

Desde esta perspectiva, la hipótesis de la automedicación permite entender los trastornos relacionados con sustancias, como el resultado de la existencia de una alteración biológica de origen genético o adquirido, que favorecería el consumo de drogas en un proceso de autotratamiento de la patología de base (Casas *et al.*, 2000; Wilens *et al.*, 2004).

### **Diagnostico del TDAH en pacientes con TUS**

En un paciente con TUS, es preciso hacer una evaluación completa de los trastornos comórbidos que

pueda presentar, dado que este tipo de población a menudo presentan trastornos comórbidos, en particular trastornos del humor, ansiedad, de la personalidad, problemas en el aprendizaje y TDAH (Schubiner, 2005, Ramos-Quiroga *et al.* 2005).

En lo que se refiere al diagnóstico del TDAH en el adulto se dispone de diferentes instrumentos de evaluación, que, conjuntamente con la historia clínica y la entrevista con algún familiar cercano del paciente, permiten realizar un correcto diagnóstico (Bosch *et al.*, 2004). En pacientes con TUS no existe un claro consenso del tiempo necesario entre el consumo activo de tóxicos y la evaluación del TDAH. Autores norteamericanos, recomiendan esperar entre 2-4 semanas de abstinencia para realizar una valoración adecuada de los síntomas del TDAH en la actualidad (Schubiner, 2005).

A pesar de ello, el propio inicio del TDAH en la infancia temprana, previo al consumo de tóxicos, permite evaluar de forma precisa su presencia en esta edad. Los criterios DSM-IV TR obligan a identificar la presencia del TDAH como mínimo a los 7 años de edad para poder diagnosticar a un adulto con el trastorno. Una vez iniciada la drogodependencia, se evaluarán los períodos de abstinencia para detectar la persistencia de síntomas del TDAH.

### **Tratamiento farmacológico del TDAH con patología dual**

Existe un gran volumen de investigación centrada en el tratamiento psicofarmacológico del TDAH en la infancia. Los estudios centrados en evaluar la evolución los niños con TDAH han permitido obtener importantes datos clínicos sobre el beneficio del tratamiento con psicoestimulantes como el metilfenidato. Éste es el tratamiento de primera elección en el TDAH tanto de niños como en adultos (Castells *et al.*, 2003, Ramos-Quiroga *et al.*, 2006b).

Los resultados de los estudios realizados en los últimos años, apuntan a que el tratamiento con psicoestimulantes en la infancia se asocia a un menor riesgo de

trastornos por el consumo de sustancias en la adolescencia y en la edad adulta, mientras que la ausencia de tratamiento se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar una drogodependencia (*Biederman et al.*, 2003; *Wilens et al.*, 2003). Del mismo modo, el riesgo de abuso/dependencia de estimulantes en pacientes en tratamiento por un TDAH es claramente inferior al beneficio que representa el tratamiento con metilfenidato (*Garland et al.*, 1998, *Goldman et al.*, 1998).

abordajes farmacológicos para el tratamiento de este tipo de pacientes. En la tabla 2 se muestran los estudios publicados sobre el tratamiento del TDAH en pacientes con trastornos relacionados con sustancias comórbidos.

De los resultados de estos ensayos se desprende que es posible controlar los síntomas del TDAH en sujetos con adicciones, con fármacos dopaminérgicos o noradrenérgicos, de forma segura, sin incrementar el

**Tabla 1.** Frecuencia de comorbilidad psiquiátrica en adultos con TDAH que consultan a esta edad (*Barkley et al.*, 2002)<sup>(8)</sup>

Trastornos por consumo de alcohol	32 - 53 %
Trastornos por otras drogodependencias	8 - 32 %
Trastorno por ansiedad generalizada	24 - 43 %
Trastorno distímico	19 - 37 %
Trastorno depresivo mayor	16 - 31 %
Trastorno de la personalidad antisocial	7 - 18 %
Trastorno obsesivo compulsivo	2 - 14 %

**Tabla 2.** Estudios de tratamiento farmacológico publicados en población adulta con TDAH y abuso/dependencia de sustancias.

Tipo de estudio	Droga	N	Fármaco	Dosis (mg/día)
<b>Estudios controlados</b>				
Carpentier et al. 2005	Varias	25	Metilfenidato	15-45
Levin et al. 2006	Metadona + Cocaína	98	Metilfenidato SR vs Bupropion SR	40 - 80 vs 200 - 400
Collins et al. 2005	Cocaína	14	Metilfenidato SR	40-60
Schubiner et al. 2002	Cocaína	48	Metilfenidato	90
<b>Estudios no controlados</b>				
Solhkhah et al. 2005	Varias	14	Bupropion SR	100 - 400
Somoza et al. 2004	Cocaína	41	Metilfenidato	60
Levin et al. 2002	Cocaína	11	Bupropion	250 - 400
Upadhyaya et al. 2001	Cocaína/ Alcohol	10	Venlafaxina	75 - 300
Castaneda et al. 2000	Cocaína	19	Metilfenidato SR	20 - 20
Levin et al. 1998	Cocaína	12	Metilfenidato SR	40 - 80
Riggs et al. 1996	Cocaína	10	Pemolina	37,5 - 75
<b>Casos clínicos</b>				
Schubiner et al. 1995	Alcohol	1	Metilfenidato	
Cocores et al. 1987	Cocaína	1	Bromocriptina	
Weiss et al. 1985	Cocaína	1	Pemolina	
Khantzian et al. 1983	Cocaína	1	Metilfenidato	
Turnquist et al. 1983	Alcohol	1	Pemolina	

Sin embargo, los psicoestimulantes presentan un potencial riesgo de abuso en por su marcada actividad dopaminérgica, lo que en pacientes con patología dual, el uso de este tipo de fármacos puede generar inquietud al clínico. A pesar de la elevada frecuencia de la comorbilidad entre TDAH y TUS, todavía existen pocos estudios controlados que evalúen la eficacia de diferentes

consumo de tóxicos. Aunque persiste la controversia respecto a la reducción del consumo de la sustancia de base (*Levin et al.*, 1998), ya que algunos estudios indican que el metilfenidato reduce el abuso de cocaína y en otros no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (*Schubiner et al.*, 2002).

Se han publicado unas recomendaciones generales para el tratamiento de pacientes con TDAH y TUS comórbidos (*Levin et al.*, 1999). En ellas se sugiere estabilizar primero la drogodependencia, principalmente en aquellos casos con un elevado consumo activo. Posteriormente se recomienda iniciar un tratamiento específico para el TDAH. Los autores del artículo realizaron un algoritmo que comenzaba con fármacos anti-depresivos noradrenérgicos o dopaminérgicos, como desimipramina o bupropion. La atomoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina comercializado con posterioridad a la publicación del artículo de *Levin et al.* y que dispone de la indicación de tratamiento del TDAH, puede ser de gran utilidad en estos pacientes (*Michelsol et al.*, 2003). Si no existe una mejoría suficiente, se recomienda sustituir los anteriores fármacos por metilfenidato de liberación prolongada (*Levin et al.*, 1999). Si la drogodependencia no se consigue estabilizar, se sugiere detener el tratamiento del TDAH e iniciar un tratamiento intensivo para la misma. Conjuntamente al tratamiento farmacológico, los autores sugieren realizar un abordaje psicológico de tipo cognitivo-conductual.

Agradecimientos: este trabajo ha sido realizado en parte, gracias a la beca (AP-2004-5069) del Ministerio de Educación y Ciencia concedida a M<sup>a</sup> Victoria Trasovares.

---

La Bibliografía y las tablas de los artículos se la pueden pedir a: [lydiazuloaga@ya.com](mailto:lydiazuloaga@ya.com)