Cuando el TDA/H y el Abuso de Sustancias Chocan

por Timothy E. Wilens, M.D.
Traducido por: Carmen C. Salas, M.S., Ph.D.

En los pasados años ha habido un aumento en el interés sobre el traslapo entre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H) y los trastornos de adicción. La combinación del TDA/H y el abuso de sustancias (incluyendo el abuso y la dependencia de drogas y alcohol) se ha informado con frecuencia y se sabe que está asociado con un grado de impedimento considerable. Mientras que el TDA/H tiene inicio en la niñez temprana y afecta del 3 por ciento al 5 por ciento de los niños en edad escolar y aproximadamente del 2 por ciento al 4 por ciento de los adultos, los trastornos de uso de sustancias tienden a iniciarse en la adolescencia o en la adultez temprana y afectan al 25 por ciento de los adultos. Tanto el abuso de sustancias como el TDA/H están conectados por su relación con el neurotrans-misor dopamina.

Editor's Note: This is a Spanish translation of the article that appears on pages 14–19.

Tanto el abuso de sustancias como el TDA/H están conectados por su relación con el neurotransmisor dopamina. No es sorprendente que varios estudios realizados con adolescentes y adultos que tienen una adicción indiquen una sobre-representación de personas con el TDA/H.

El uso de cigarrillos es casi el doble en los adolescentes con el TDA/H. Algunos estudios de niños* con el TDA/H han demostrado que aproximadamente una tercera parte de los niños en crecimiento tienen problemas con el abuso de sustancias (Molina y Pelham, 2003). Estos estudios demostraron que los niños con el TDA/H que tienen problemas con su TDA/H al presente (incluyendo problemas significativos de atención) así como desmoralización, están en mayor riesgo de abusar de sustancias. La coexistencia del trastorno de conducta (delincuencia) con el trastorno bipolar aumenta significativamente la probabilidad de que un niño con el TDA/H tenga problemas con el uso de sustancias con inicio en la adolescencia. (Biederman et al., 1997).

Una cantidad de estudios que va en aumento han demostrado proporciones elevadas de abuso de sustancia en los adultos con el TDA/H cuando se comparan con la población general (Biederman et al., 1993). Más específicamente, en un grupo de adultos con el TDA/H, aproximadamente una tercera parte tiene un historial de abuso o dependencia del alcohol, mientras que aproximadamente una quinta parte ha tenido historial de abuso o dependencia de sustancias. Además, un estudio reciente realizado en el Hospital General de Massachussets indica que la mayor parte de los adultos con el TDA/H y problemas de abuso de sustancias (generalmente alcohol o marihuana) también han tenido problemas con el estado de ánimo, ansiedad o una condición antisocial.

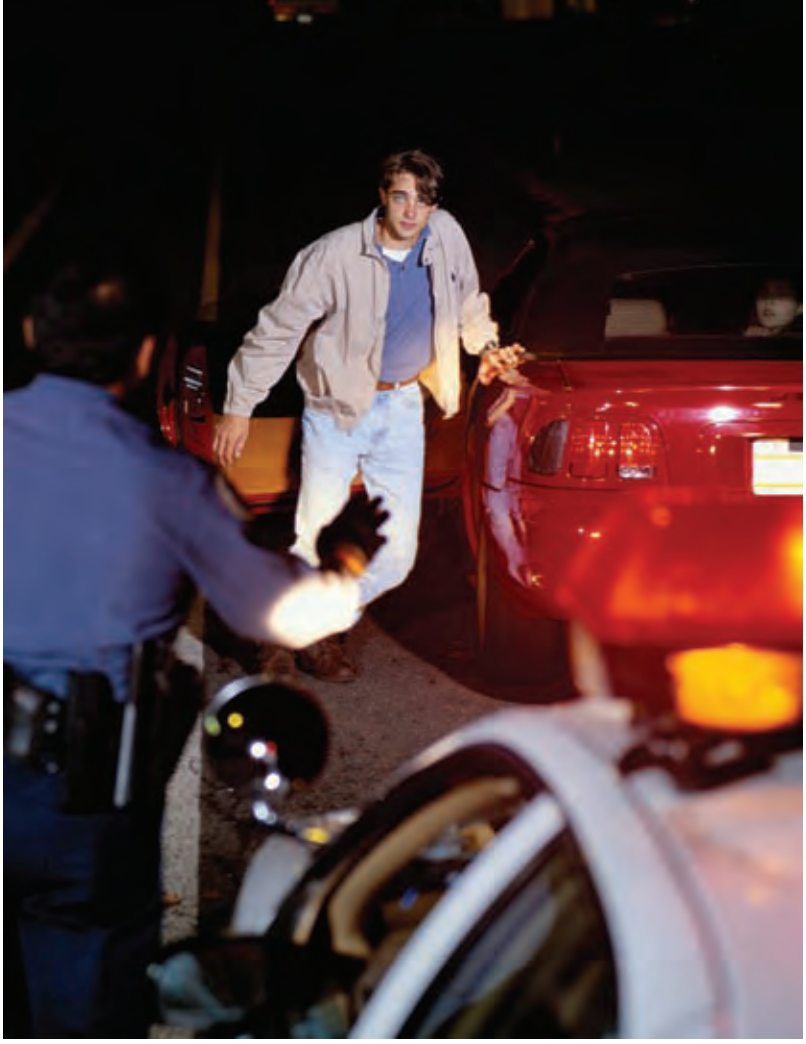
No es sorprendente que varios estudios realizados con adolescentes y adultos que tienen una adicción indiquen una sobre-representación de personas con el TDA/H. Aproximadamente el 40 por ciento de los adolescentes y el 20 por ciento de los adultos con problemas de abuso de sustancias, incluyendo la adicción tanto a alcohol como a drogas, tienen el TDA/H (Wilens, 2004). Por ejemplo, Howard Schubiner, M.D. y sus colegas (2000) encontraron que el 24 por ciento de 201 pacientes internados en una facilidad de tratamiento para el abuso de sustancias tenían el TDA/H. Frances Rudnick Levin, M.D., y colegas han demostrado, sin embargo, la importancia del diagnóstico cuidadoso. Encontraron que a pesar de que el 10 por ciento de los adultos con dependencia a la cocaína cumplía los criterios para el TDA/H (TDA/H claro en la niñez y la adultez), se encontró que otro 11 por ciento presentaba síntomas de TDA/H sólo en la adultez y estos síntomas pueden haber representado disfunción cerebral inducida por la cocaína (Levin, Evans y Kleber, 1998). Los adultos con adicciones que tienen el TDA/H típicamente tienen un curso más severo de la adicción y dificultades con la recuperación.

Parece ser que los niños con el TDA/H, en coexistencia con otras condiciones tales como el trastorno de conducta, están en riesgo de iniciar tempranamente el uso de cigarrillos y sustancias cuando son adolescentes, mientras que los individuos con el TDA/H solamente están en riesgo en la adultez temprana—de 18 a 21 años. Es de interés el hecho de que las hembras con el TDA/H tiendan a comenzar a usar y abusar de las sustancias a una edad más temprana que los varones.

Es probable que tanto asuntos familiares/genéticos como psicológicos operen como causa del abuso de sustancias en el TDA/H. Se han encontrado proporciones elevadas de abuso de sustancias en los familiares de niños y adultos con el TDA/H, y se han reportado proporciones elevadas del TDA/H en los familiares de individuos con abuso de sustancias.

Los adultos o adolescentes con el TDA/H no abusan de un tipo específico de droga, por ejemplo la cocaína. Por el contrario, el factor más determinante parece ser la disponibilidad de las drogas o el alcohol. Al igual que los adolescentes y adultos que no tienen el TDA/H y que abusan de sustancias, la marihuana es el agente más frecuentemente utilizado. La marihuana es probablemente la sustancia más utilizada, en parte por su fácil disponibilidad en la comunidad. Sin em-

*Con el propósito de simplificar la lectura, se utilizará el género masculino para referirse a personas de ambos géneros. No se tiene la intención de ofender ni de discriminar.



Algunos estudios de niños con el TDA/H han demostrado que aproximadamente una tercera parte de los niños en crecimiento tienen problemas con el abuso de sustancias.

bargo, el por qué las personas usan sustancias puede traer luz sobre algunas conductas de auto-medicación. Por ejemplo, mis colegas y yo recientemente encontramos que los adolescentes y adultos jóvenes con el TDA/H eran más propensos a iniciar y a continuar en sustancias para alterar su estado de ánimo y para ayudarles a dormir, al compararse con chicos que no tenían el TDA/H.

Consideraciones para el tratamiento

La evaluación y el tratamiento del TDA/H y el abuso de sustancias coexistente deben ser parte de un plan en el cual se le de consideración a todos los aspectos de la vida del individuo. Cualquier intervención en este grupo debe estar antecedida por una evaluación cuidadosa del individuo y su familia, incluyendo evaluaciones psiquiátricas, sociales, cognoscitivas, de adicción y, si aplica, evaluaciones educacionales. Se debe obtener un historial abarcador sobre el uso de sustancias en todos los individuos con el TDA/H, incluyendo el uso pasado y actual. Se le debe prestar atención especial a los otros problemas que pueden existir, incluyendo condiciones médicas o neurológicas cuyos síntomas pueden ser similares a los del TDA/H. A pesar de que no existen guías específicas para evaluar al individuo que es un usuario activo de sustancias, en nuestra experiencia, al menos un mes de abstinencia es útil para evaluar los síntomas presentes del TDA/H. Se sugiere una evaluación psiquiátrica cuidadosa por un profesional conocedor tanto de las adicciones como del TDA/H.

Cuando se está tratando a un individuo con el TDA/H y uso activo de sustancias, se le debe dar especial atención a los otros trastornos psicológicos y cognoscitivos potenciales. La presencia de depresión o ansiedad que no es un resultado directo del abuso de sustancias debe evaluarse. La evaluación general debe ayudar a diseñar un plan de tratamiento multimodal ajustado a las necesidades del individuo. El tratamiento multimodal incluye la educación a los padres y al niño acerca del diagnóstico y el tratamiento, técnicas de manejo de conducta, medicación y programación y apoyo escolar.

El tratamiento de los individuos con abuso de sustancias y TDA/H necesita atenderse simultáneamente, con un énfasis inicial en el abuso de sustancias (Riggs, 2003). Es importante el hecho de que no debe dependerse de los tratamientos para el TDA/H para corregir los patrones conductuales de abuso de sustancias. De hecho, la mayor parte de los resultados de las investigaciones indican que el tratamiento para el TDA/H NO trata adecuadamente los asuntos de uso de sustancias en los adolescentes o adultos con el TDA/H que abusan de sustancias. Además, estos individuos con frecuencia sufren de autoestima empobrecida, conductas de alto riesgo y dificultad para mantenerse en programas de 12 pasos y psicoterapia individual o grupal. La psicoterapia eficaz para individuos con el TDA/H y abuso de sustancias generalmente combina sesiones estructuradas y dirigidas a una meta, envolvimiento activo del terapeuta y evaluaciones frecuentes. Las psicoterapias para el abuso de sustancias y el TDA/H pueden completarse con éxito paralelamente con otros métodos terapéuticos para las adicciones (p. ej., Narcóticos Anónimos) y farmacoterapia.

La farmacoterapia juega un papel importante en reducir los síntomas centrales del TDA/H y de otros trastornos psiquiátricos coexistentes y, por lo tanto, puede ayudar indirectamente en el tratamiento del abuso de sustancias. Los tratamientos farmacológicos para el TDA/H, tales como los estimulantes y los no estimulantes, no empeoran el uso de sustancias (Grabowski, Shearer, Merrill y Negus, 2004); sin embargo, los estimulantes de liberación inmediata pueden ser usados impropiamente o vendidos por los usuarios de sustancias. Los informes favorables de tratamiento con medicamentos para los adolescentes y adultos con

Las hembras con el TDA/H tiendan a comenzar a usar y abusar de las sustancias a una edad más temprana que los varones.

el TDA/H y trastorno de uso de sustancias (TUS) han incluido el uso de estimulantes y de bupropiona. La atomoxetina, un agente sin potencial de abuso, es muy intrigante pero permanece sin estudiarse en este grupo.

Cuando se usa una terapia con medicamentos, el seguimiento frecuente debe incluir una evaluación cuidadosa del cumplimiento con el tratamiento, el estatus del uso de sustancias (cernimientos toxicológicos al azar) y coordinación del cuidado con los cuidadores. En los adolescentes y los adultos con el TDA/H que tienen historiales de abuso de sustancias pero que están ahora limpios o sobrios, no hay datos que indiquen que los no estimulantes o los estimulantes les pondrán en riesgo de una recaída. En contraste, el tratamiento para el TDA/H puede ayudar a prevenir las recaídas mientras que mejora la probabilidad del adolescente o del adulto de alcanzar éxito general en la vida.

Atendiendo los mitos y las preocupaciones

En las pasadas décadas, han surgido informes sobre el uso ilegal de la medicación estimulante. Una encuesta realizada en Wisconsin indicó que el 16 por ciento de los niños habían recibido algún tipo de acercamiento para que vendieran o regalaran su medicación (Musser et al., 1998). Del mismo modo, una encuesta más reciente realizada en Nueva Escocia (Poulin, 2001) entre estudiantes de escuela intermedia y superior indicó que el 15 por ciento había regalado su medicamento a otros, mientras que el 7 por ciento había vendido su medicamento a otros estudiantes. Similarmente, han comenzado a surgir informes de desviación en jóvenes universitarios. Por ejemplo, recientemente encontramos que el 11 por ciento de una muestra de jóvenes de 21 años con el TDA/H estaban vendiendo su medicación. Aquellos que estaban vendiendo su medicación también tenían problemas con el abuso de sustancias. Más aún, a pesar de la disponibilidad de los estimulantes de acción prolongada (p. ej., Concerta, Adderall XR, Ritalin L.A., Metadate CD), sólo se desvió la medicación de acción inmediata. Las lecciones a ser aprendidas: los padres deben supervisar el almacenaje de las medicaciones de los adolescentes, y debe advertirse a los estudiantes universitarios que guarden sus medicamentos en un lugar seguro (no en el gabinete de medicamentos), y los médicos deben utilizar los estimulantes de acción prolongada en este grupo de edad.

CHADD DOES NOT ENDORSE PRODUCTS, SERVICES, PUBLICATIONS, MEDICATIONS OR TREATMENTS, INCLUDING THOSE ADVERTISED IN ATTENTION!®

Se debe obtener un historial abarcador sobre el uso de sustancias en todos los individuos con el TDA/H, incluyendo el uso pasado y actual.

¿Conducen al abuso de sustancias los medicamentos estimulantes usados para tratar el TDA/H? A pesar de que han surgido preocupaciones en el sentido de que la exposición temprana a estimulantes puede llevar al individuo al abuso de sustancias en general y a sustancias específicas, tal como la cocaína (Vitiello, 2001) los estudios clínicos parecen no apoyar esta creencia. Los resultados de un estudio reciente indican que el uso de medicación estimulante reduce el riesgo de comenzar a fumar cigarrillos. De igual modo, los resultados de un análisis de siete estudios mundiales encontró que la farmacoterapia con estimulantes no aumentaba el riesgo para el abuso de sustancias posterior (Wilens, Faraone, Biederman y Gunawardene, 2003). De hecho, los individuos con el TDA/H que están en tratamiento con estimulantes tuvieron proporciones más bajas de TUS. Puede ser que el riesgo ulterior de abuso de sustancias en los individuos que están recibiendo tratamiento para el TDA/H sea similar al riesgo de los individuos sin el TDA/H (la población general).

En resumen, hay una cantidad de literatura sustancial que apoya la relación entre el TDA/H y el abuso de sustancias. Influencias genéticas, conductuales y de automedicación complejas contribuyen al desarrollo y la persistencia del abuso de sustancias en aquellos con el TDA/H. El tratamiento del TDA/H reduce el riesgo de fumar cigarrillos y abusar de sustancias. Los individuos con el TDA/H y abuso de sustancias coexistente requieren una intervención multimodal abarcadora, que incorpore el tratamiento paralelo de la adicción y la salud mental. ■

Timothy E. Wilens, M.D., es profesor asociado de psiquiatría en la Escuela de Medicina de Harvard en Boston, Mass. También es director de los Servicios de Abuso de Sustancias en la Clínica Psicofarmacológica Pediátrica del Hospital General de Massachussets. Los intereses de investigación del Dr. Wilens incluyen la relación entre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno bipolar y el abuso de sustancias; la farmacoterapia del TDA/H durante el curso de vida; y el trastorno bipolar juvenil.

Referencias

Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T.E., Norman, D., Lapey, K.A., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. [Patrones de comorbilidad psiquiátrica, cognición y funcionamiento psicosocial en los adultos con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *American Journal of Psychiatry,* 150:1792–1798.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S., Weber, W., Curtis, S., et al. (1997). Is ADHD a risk for psychoactive substance use disorder? Findings from a four year follow-up study. [¿Es el TDAH un factor de riesgo para el trastorno de uso de sustancias psicoactivas? Hallazgos de un estudio de seguimiento de cuatro años] *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 36: 21–29.

Grabowski, J., Shearer, J., Merrill, J. & Negus, S.S. (2004). Agonist-like, replacement pharmacotherapy for stimulant abuse and dependence. [Farmacoterapia similar a la agonista para el abuso y la dependencia de estimulantes] *Addictive Behaviors,* 29:1439–1464.

Levin, F.R., Evans, S. & Kleber, H.D. (1998). Prevalence of adult attention-deficit/hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. [Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la adultez entre usuarios de cocaína que solicitan tratamiento] *Drug and Alcohol Dependence,* 52:15–25.

Molina, B. & Pelham, W. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. [Predictores en la niñez de uso de sustancias en la adolescencia en un estudio longitudinal de niños con el TDA/H] *Journal of Abnormal Psychology,* 112(3): 497–507.

Musser, C., Ahmann, P., Theye, F.W., Mundt, P., Broste, S. & Mueller-Rizner, N. (1998). Stimulant use and potential for abuse in Wisconsin as reported by school administrators and longitudinally followed children. [Uso de estimulantes y potencial de abuso en Wisconsin según reportado por administradores escolares y niños seguidos longitudinalmente] *Developmental and Behavioral Pediatrics,* 19:187–192.

Poulin, C. (2001). Medical and nonmedical stimulant use among adolescents: From sanctioned to unsanctioned use. [Uso médico y no médico de estimulantes entre adolescentes: Del uso sancionado al uso no sancionado] *Canadian Medical Association Journal*, 165:1039–1044.

Riggs, P. (2003). Treating adolescents for substance abuse and comorbid psychiatric disorders. [Tratamiento a adolescentes por abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos comórbidos] *Science & Practice Perspectives*, 2:18–28.

Schubiner, H., Tzelepis, A., Milberger, S., Lockhart, N., Kruger, M., Kelley, B.J., et al. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. [Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y trastorno de conducta entre usuarios de sustancias] *Journal of Clinical Psychiatry*, 61:244–251.

Vitiello, B. (2001). Long-term effects of stimulant medications on the brain: Possible relevance to the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. [Efectos a largo plazo de los medicamentos estimulantes en el cerebro: Posible relevancia para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad] *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11:25–34.

Wilens, T. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk and treatment issues. [El Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y los trastornos de uso de sustancias: La naturaleza de la relación, subtipos en riesgo y asuntos de tratamiento] En T. Spencer (Ed.), *Psychiatric Clinics of North America,* 27:283–302. Philadelphia: Saunders Press.

Wilens, T., Faraone, S., Biederman, J. & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of ADHD beget later substance abuse: A metanalytic review of the literature. [¿La terapia estimulante para el TDAH causa uso posterior de sustancias? Una revisión meta analítica de la literatura.] *Pediatrics*, 11:179–185.