

# Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Martin D. Ohlmeier<sup>1</sup>; Karsten Peters<sup>2</sup>; Bert T. Te Wildt<sup>1</sup>; Markus Zedler<sup>1</sup>; Marc Ziegenbein<sup>1</sup>; Birgitt Wiese<sup>3</sup>; Hinderk M. Emrich<sup>1</sup>; Udo Schneider<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría, Psiquiatría social y Psicoterapia, Escuela de Medicina de Hannover, Alemania, <sup>2</sup>Klinikum Wahrenndorff, Sehnde, Alemania <sup>3</sup>Instituto de Biometría, Escuela de Medicina de Hannover, Alemania

## Resumen

**Objetivos:** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene una gran importancia clínica no sólo por su elevada prevalencia sino también por su frecuente comorbilidad con enfermedades que están relacionadas con este trastorno. Diversos estudios han sido capaces de demostrar que el TDAH constituye un importante factor de riesgo para la exacerbación de enfermedades que producen dependencia, es decir adicciones.

**Métodos:** Nosotros realizamos un estudio de 152 pacientes adultos con dependencia del alcohol (n=91) o adicción a múltiples drogas (n=61) para determinar si estos pacientes estaban afectados por el TDAH o no. Para la valoración retrospectiva del TDAH en la infancia, se empleó el WURS-k así como la lista de síntomas del DSM-IV para el TDAH. Para evaluar los síntomas de TDAH persistentes en los adultos se utilizó el CAARS.

**Resultados:** Un 20,9% (WURS-k) o 23,1% (criterio diagnóstico del DSM-IV) de los pacientes alcohol dependientes mostraron evidencias retrospectivas de haber padecido TDAH en la infancia. Con ayuda del CAARS, se demostró que el TDAH persistía en un 33,3% de los pacientes adultos. En el grupo de los pacientes adictos a drogas, un 50,8% (WURS-k) y un 54,1% (DSM-IV) presentaban criterios diagnósticos para TDAH en la infancia y un 65% (CAARS) mostraron evidencias de persistencia del TDAH en la edad adulta.

**Conclusiones:** Estos resultados revelan que las enfermedades que ocasionan adicción pueden asociarse, con una elevada comorbilidad, con TDAH, expresada en la forma de abuso de alcohol y también en el consumo de drogas ilegales. Estos resultados enfatizan la gran importancia de diagnósticos y terapias precoces y precisas del TDAH para la prevención de enfermedades que ocasionan adicción.

## Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es una de las afecciones más frecuentes padecidas por los niños y, según estudios epidemiológicos, puede ser persistente y afectar a entre un 35% y un

80% de adultos con al menos uno o más síntomas de TDAH (Barkley, 1997). Wender (1995) describe una prevalencia de TDAH en la edad adulta de entre un 2 y un 6%. En un estudio epidemiológico reciente, realizado en el 2006, Kessler y col. encontraron una prevalen-

cia del 4,4% entre los adultos en EEUU: Los síntomas centrales de esta aflicción incluyen déficit de atención, aumento de la impulsividad, hiperactividad, desorganización e inestabilidad emocional, presentes desde la infancia (*Asociación Americana de Psiquiatría, 1994*).

Diversos estudios ya han demostrado que el TDAH, que actualmente es un término que define una disfunción genéticamente determinada de los sistemas de neurotransmisores dopaminérgico y noradrenérgico (*Ernst y col., 1998; Faraone y col., 1998; Dougherty y col., 1999; Dresel y col., 1999; Krause y col., 2003*), representa sin duda un factor de riesgo para la exacerbación de enfermedades adictivas. Wilens y col. (1997, 2004), y otros autores (*Goodwin y col., 1975; Tarter y col., 1977*) hallaron comorbilidad entre TDAH y alcoholismo y consumo de drogas entre un 35% y un 79%.

Los pacientes con TDAH y adicción a las drogas mostraron tendencia a iniciarse precozmente y a experimentar más libremente el consumo de drogas que aquellos pacientes adictos sin TDAH (*Carroll y Rounsaville, 1993; Levin FR y Kleber, 1995; Wilens y col., 1997; Biederman y col., 1998*). En un estudio realizado por Wilens y col. (1997) se encontró que la media de edad de los pacientes con TDAH al iniciarse en el consumo de drogas era de 19 años, mientras que en un grupo control de pacientes sin TDAH, las enfermedades adictivas no empezaron, de promedio, hasta la edad de 22 años.

Otros grupos investigadores han descrito el doble de riesgo, a lo largo de la vida, de enfermedades adictivas para pacientes con TDAH y concluyeron que el TDAH en combinación con un trastorno comórbido (depresión, trastorno de ansiedad, etc.) incrementaba adicionalmente el riesgo de desarrollar una adicción (*Biederman y col., 1005; Disney y col., 1999*). En esta conexión, también se ha reportado que puede diagnosticarse un trastorno de la personalidad en hasta casi un 71% de aquellos con una comorbilidad de TDAH y enfermedad adictiva (*Schubiner y col., 2000*). En diversos estudios se halló una alta incidencia de consumo abusivo de alcohol en pacientes con TDAH. Por ejemplo, *Biederman y col. (1998)* describieron una inciden-

cia significativamente más alta de consumo abusivo de alcohol o de dependencia entre 239 adultos con TDAH, un 44%, en comparación con una población control de 268 personas, un 24% de los cuales estaba afectado. En sus investigaciones de 78 pacientes adultos con TDAH, *Downey y col. (1997)* determinaron una incidencia del 33,3% para el abuso de alcohol o la dependencia. *Rasmussen y Gilberg (2000)* hallaron un incremento de la incidencia del abuso de alcohol en un estudio longitudinal controlado de 55 pacientes de 22 años a los que se les había diagnosticado TDAH a la edad de 7 años y que nunca habían recibido tratamiento farmacológico, en comparación con 46 sujetos control. *Krause y col. (2002a)* investigaron a 153 pacientes adultos con dependencia del alcohol y hallaron evidencia de TDAH en la infancia en 65 de ellos, con 28 de ellos presentando también síntomas persistentes en la edad adulta.

En relación con la dependencia de la cocaína, se ha demostrado que hay una prevalencia del 35% en TDAH en combinación con enfermedades adictivas y que el consumo de cocaína es mucho más acusado y comienza más precozmente en este grupo de pacientes que en los adictos a la cocaína sin TDAH (*Carroll y Rounsaville, 1993*). Asimismo, en estudios realizados por *Volkow y col. (2003)* se demostró que hay más consumo de cocaína en pacientes con TDAH y que aquellos afectados reportaron una reducción significativa de los síntomas tras consumir cocaína.

El riesgo de dependencia de la nicotina también parece ser más elevado en los pacientes con TDAH. Se ha reportado una coincidencia de la dependencia de la nicotina en pacientes adultos con TDAH de entre un 40-75% (*Pomerlau y col., 1995*). En nuestras propias investigaciones, también fuimos capaces de demostrar un porcentaje significativamente más elevado de dependencia severa de la nicotina en pacientes con dependencia del alcohol con TDAH comórbida que en los pacientes sin el diagnóstico adicional de TDAH (*Ohlmeier y col., 2007*).

Los estudios disponibles actualmente muestran claramente una conexión entre el TDAH y las enfermedades adictivas, lo que conlleva a la suposición de que

un alto porcentaje de alcohólicos y adictos a drogas padecen también de un – posiblemente aún no diagnosticado -TDAH. El objetivo de este estudio era examinar retrospectivamente cuantos pacientes con dependencia del alcohol y de múltiples drogas habían padecido de hecho un TDAH en su infancia y si estos síntomas permanecían o no en la edad adulta. Además, la cuestión se llevó hasta los posibles efectos del TDAH en relación con el inicio, el tipo y la severidad de la adicción.

## Sujetos y Métodos

Se admitieron para participar en este estudio a 152 pacientes (109 hombres y 42 mujeres adultos, un caso se perdió) y todos dieron su consentimiento para ser sometidos a tratamiento hospitalario en el Departamento de Adicciones de una institución psiquiátrica (*Klinikum Warendorff*). Los pacientes se incluyeron consecutivamente en el estudio durante seis semanas. Se realizaron pruebas diagnósticas para el síndrome de dependencia del alcohol (ICD F10.2; DSM-IV 303.90) Se empleó el Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) (*Gsellhofer y col., 1999*) para evaluar la adicción del historial. La investigación se realizó en pacientes alcohol dependientes tras 10 días de terapia de desintoxicación como muy pronto y en aquellos con dependencia de múltiples drogas tras 14 días de terapia de desintoxicación como mínimo. Este periodo de tiempo se distribuyó de manera que se asegurase que el paciente no padecía síntomas de abstinencia. Los criterios de exclusión para participar en este estudio incluían la psicosis aguda y otras enfermedades que excluirían la capacidad de obtener el consentimiento de los pacientes. Para la valoración retrospectiva del TDAH en la infancia se empleó la traducción alemana autorizada de la Escala de Valoración de Wender Utah (WURS-k) (*Retz-Junginger y col., 2002*), así como la lista de síntomas del DSM-IV para TDAH (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Además, los pacientes que seguían tratamiento se dividieron en grupos de subdiagnóstico según el DSM-IV (tipo desatención (DSM-IV 314.00), tipo hiperactivo-impulsivo

(DSM-IV 314.01) tipo combinado (DSM-IV 314-01)). Las Escalas de Conners para la Valoración de TDAH en Adultos (CAARS, versión larga) (*Conners y col., 1999*) se emplearon para valorar los síntomas persistentes de TDAH en adultos. La aprobación del estudio la dio el Comité Ético del la Escuela de Medicina de Hanover.

## Análisis estadístico

Se utilizó el test de la X<sup>2</sup> para la comparación de proporciones. Se aplicó el Test de Tendencia Lineal para una tendencia en las categorías ordinales. El test de la t no pareado se usó para comparar las medias entre dos grupos.

## Resultados

Según el DSM-IV, 91 (59,9%) de los 152 pacientes fueron diagnosticados de dependencia del alcohol y 61 (40,1%) como dependientes de múltiples sustancias. El grupo se componía de 109 hombres y 42 mujeres (un caso perdido) pacientes con una media de edad de 41.32 ± 11.42 años. Los datos sociodemográficos de los participantes se muestran en la Tabla 1.

Como se muestra en la Tabla 2, el WURS-k mostró 19 pacientes (20,9%) en el grupo de los individuos alcohol dependientes con una puntuación de corte ≥ 30, lo que es una prueba de TDAH en la infancia. Del mismo modo, la lista de síntomas del DSM-IV confirmó que 21 (23,1%) de los pacientes alcohol dependientes padecieron TDAH en la infancia. Se halló que siete (33,3%) de los pacientes alcohol dependientes evaluados con el DSM-IV tenían TDAH en su infancia y el CAARS también dio evidencias de síntomas de TDAH en la infancia persistiendo en la edad adulta.

En el grupo de los pacientes dependientes de múltiples sustancias, el WURS-k mostró 33 pacientes (54,1%) con una puntuación de corte ≥ 30. El resultado de la lista del DSM-IV empleada retrospectivamente mostró que 33 (54,1%) de los pacientes tuvieron

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los pacientes investigados

	Dependencia del Alcohol con TDAH (DSM-IV)	Dependencia del Alcohol sin TDAH (DSM-IV)	Total grupo Alcohol dependiente	Valor P
Número de pacientes, n (%)	21 (23.1)	70 (76.9)	91 (100)	
Hombres/mujeres, n	15/6	44/26	59/32	P = 0.471
Edad (años) Media ± DE	43.85 ± 9.32	47.80 ± 9.87	46.89 ± 9.84	P = 0.108
Pruebas finales, n (%)	0 (0)	9 (12.9)	9 (12.9)	P = 0.083
Graduados, n (%)	2 (9.5)	6 (8.6)	8 (8.8)	P = 0.892
Empleados, n (%)	9 (45)	22 (31.4)	31 (34.4)	P = 0.260
Casados, n (%)	4 (19.0)	25 (37.7)	29 (31.9)	P = 0.151
Divorciados, n (%)	6 (28.6)	14 (20.0)	20 (22.0)	P = 0.405

	Trastorno por consumo de drogas (TCD) con TDAH (DSM-IV)	Trastorno por consumo de drogas (TCD) sin TDAH (DSM-IV)	Total grupo Trastorno por consumo de drogas (TCD)	Valor P
Número de pacientes, n (%)	33 (54.1)	28 (45.9)	61 (100)	
Hombres/mujeres, n	27/6	23/4	50/10	P = 0.728
Edad (años) Media ± DE	31.12 ± 6.98	35.25 ± 8.85	33.01 ± 8.10	P = 0.046
Pruebas finales, n (%)	3 (9.4)	4 (14.3)	7 (11.7)	P = 0.554
Graduados, n (%)	1 (3.1)	3 (10.7)	4 (6.7)	P = 0.240
Empleados, n (%)	4 (12.9)	5 (17.9)	9 (15.3)	P = 0.597
Casados, n (%)	4 (12.1)	6 (21.4)	10 (16.4)	P = 0.328
Divorciados, n (%)	4 (12.1)	2 (7.1)	6 (9.8)	P = 0.515

**Tabla 2.** Datos sociodemográficos de los pacientes investigados

	Pacientes alcohol dependientes (n=91)	Pacientes con trastorno por consumo de drogas (n=61)	Valor P
TDAH DSM-IV*, n (%)	21 (23.1)	33 (54.1)	P < 0.001
Tipo desatención, n (%)	13 (14.3)	16 (26.2)	
Tipo hiperactivo-impulsivo, n (%)	2 (2.2)	3 (4.9)	P < 0.001
Tipo combinado, n (%)	6 (6.6)	14 (23)	
WURS-k**, n (%)	19 (20.9)	31 (50.8)	P < 0.001
CAARS***, n (%), TDAK DSM-IV, n=21/n=33) (DSM-IV ADHD pos, n = 21/n = 33)	7 (33.3)	19 (65.5)	P = 0.080

\*TDAH DSM-IV = Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (una puntuación superior a seis en los nueve primeros ítems indica problemas de atención, una puntuación superior a seis en los nueve últimos ítems indica hiperactividad).

\*\*WURS-k = La traducción alemana autorizada de la Escala de Valoración de Wender Utah (WURS) señala a TDAH con una puntuación ≥ 30

\*\*\*CAARS = Escalas de Conners para la Valoración de TDAH en Adultos (el análisis se hace separadamente en relación con el género y la edad y da una idea del estado actual del sujeto).

TDAH en su infancia. El CAARS evidenció en este grupo que 19 pacientes (65,5%) tenían síntomas persistentes en su adultez. En la Tabla 2 se muestran conjuntamente los resultados del WURS-K, de la lista de síntomas del DSM-IV y del CAARS en ambos grupos de pacientes investigados.

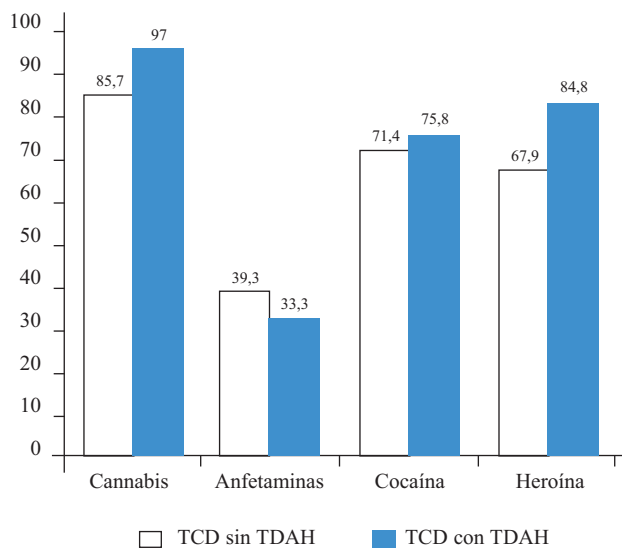
Adicionalmente, se realizó una división diagnóstica de los subtipos de TDAH según los criterios del DSM-IV (Tabla 2). Del grupo de los probandos alcohólicos dependientes, 13 pacientes (14,3%) cumplieron los criterios diagnósticos para el “tipo desatención”, dos pacientes (2,2%) el “tipo hiperactivo-compulsivo” y seis pacientes (6,6%) el “tipo combinado”. En contraste con esto, el grupo de probandos dependientes de drogas reveló que 16 pacientes (26,2%) cumplían los criterios del “tipo desatención”, tres pacientes (4,9%) del “tipo hiperactivo-impulsivo” y 14 (23%) del “tipo combinado” ( $P = 0.001$ ).

En relación con el tipo de droga consumida, se halló que aquellos pacientes con TDAH (criterio diagnóstico DSM-IV) consumían mayor cantidad de cocaína (75,8% versus 71,4%;  $P = 0.775$ ) y considerablemente más cannabis (97,0% versus 85,7%;  $P = 0.170$ ). Asimismo, el consumo de heroína era significativamente mayor en el grupo de TDAH (84,8% ver-

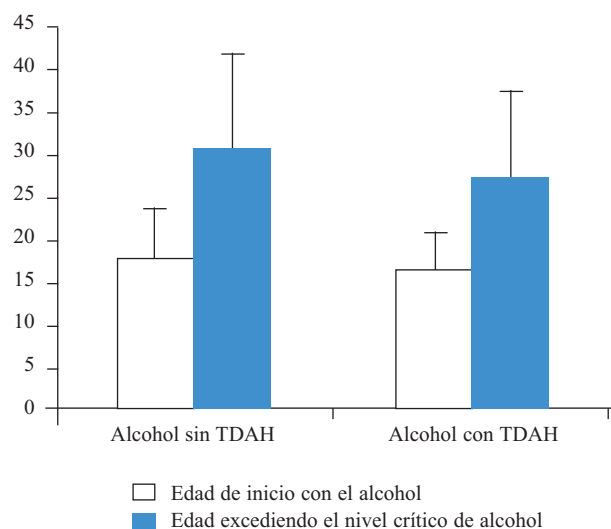
sus 67,9%;  $P = 0.138$ ); sin embargo, se vio que el consumo de anfetaminas era algo menor (33,3% versus 39,3%;  $P = 0.790$ ) (Figura 1). No obstante no existen diferencias significativas en ambos grupos.

En ambos grupos de probandos fue evidente que el consumo de drogas comenzaba mucho antes en aquellos pacientes con TDAH. Las figuras 2 y 3 muestran la edad de comienzo de consumo de alcohol

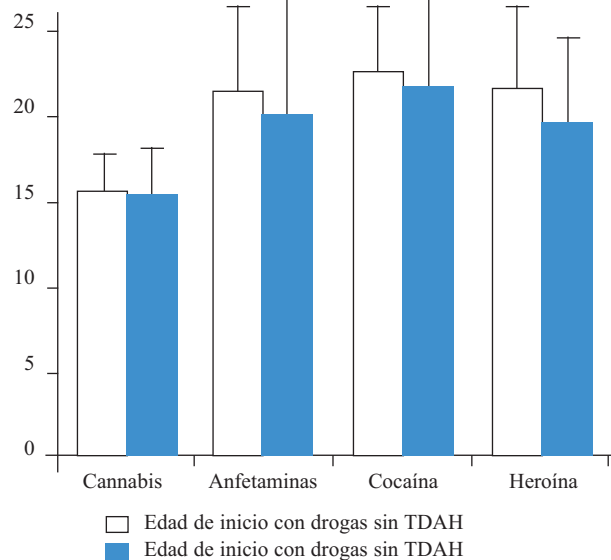
**Fig.1. Tipo de droga consumida en porcentaje (grupo de drogodependientes (n = 61))**



**Fig.2. Edad de comienzo con el alcohol y la primera experiencia excediendo el nivel crítico de consumo de alcohol en pacientes alcohol dependientes (n=91) con y sin TDAH comórbido.**



**Fig.3. Edad de inicio con drogas en pacientes drogodependientes (n = 61) con TDAH comórbido.**



y drogas en aquellos pacientes dependientes de múltiples drogas con y sin enfermedad comórbida.

### Discusión

Los resultados del presente estudio muestran que los pacientes de un gran departamento para el tratamiento de consumo de drogas también cumplen con una frecuencia desproporcionada los criterios del DSM-IV para la presencia de TDAH. En el grupo de los dependientes del alcohol y – más significativamente – en el grupo de los pacientes con adicción a múltiples drogas, un alto porcentaje de ellos podrían ser diagnosticados retrospectivamente de haber padecido TDAH en la infancia, persistiendo en parte en la edad adulta. En ambos grupos, se observó una edad de inicio significativamente menor con el alcohol y las drogas cuando existía TDAH concomitante. Por tanto, los resultados de nuestro estudio sugieren que el TDAH puede ser un importante factor de riesgo para el desarrollo de la adicción por un lado, y para “un primer consumo precoz” por el otro.

Consecuentemente, los resultados de este estudio parecen ser de particular importancia en relación con la medicina preventiva. Diversas investigaciones han demostrado que el tratamiento de los niños que padecen TDAH con metilfenidato (MPH) reduce el riesgo de un posterior consumo de drogas (*Biederman y col., 1999; Huss, 1999*). En un estudio a largo plazo de 5 años, se observó un consumo considerablemente menor de sustancias adictivas en los pacientes con TDAH que habían recibido tratamiento con MPH que en aquellos que no habían sido tratados del TDAH (*Loney, 1988*). Asimismo, los pacientes adolescentes con TDAH que fueron tratados con estimulantes parecen tener un menor riesgo de desarrollar una adicción (alcohol, cocaína y otras drogas) y engancharse en menos al consumo de drogas (*Biederman y col., 1999*). Por otra parte, varios estudios han demostrado que el tratamiento con estimulantes de los pacientes con TDAH que padecen enfermedades adictivas, reduce su consumo de drogas y su síndrome de abstinencia (*Levin y col., 1998a; 1998b; Riggs y col., 1998*). Con la terapia con MPH se ha descrito una reducción del síndrome

de abstinencia para la cocaína y una mejora en los síntomas de TDAH en pacientes con TDAH enganchedos al consumo de cocaína (*Levin y col., 1998b; Schubiner y col., 2002*).

Hay diversas razones por las que hay una elevada coincidencia de TDAH y enfermedades adictivas. Primeramente, es bastante evidente que los pacientes con los tipos “hiperactivo-impulsivo” y “combinado” tienen una naturaleza más experimental y temeraria cuando se asocian drogas y alcohol – esto explica el mayor consumo de “drogas de alto riesgo” como la heroína. Nuestra investigación reveló valores significativamente más altos en el grupo de pacientes dependientes de drogas para el “tipo desatención” y el “tipo combinado”. Los pacientes aislados del “tipo hiperactivo-impulsivo” en ambos grupos estaban, en comparación, poco representados. La mayor representación en el grupo de drogodependientes y el alto número de pacientes de “tipo combinado” – subsumiendo los criterios de desatención e hiperactividad-impulsividad - da razones para suponer que este grupo está sujeto con mayor probabilidad a reacciones precipitadas. Los pacientes de “tipo desatención” parecen tener más probabilidad de consumir drogas principalmente para estimularse.

Puede considerarse como otra razón de la elevada coincidencia de TDAH y enfermedades adictivas el fracaso de los intentos de auto tratamiento. *Biederman y col. (1995)*, reportaron que la droga usada con más frecuencia por los pacientes con TDAH era el cannabis, muy por delante de las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, seguido luego por los opioides que no parecen pertenecer a las drogas preferidas por los que padecen TDAH. Los hallazgos clínicos muestran que los pacientes afectados reportaron una supuesta mejora de los síntomas específicos de TDAH cuando se “auto-medicaban” en forma de consumo de cannabis o cocaína. Proporcionalmente, los presentes resultados evidencian un consumo significativamente mayor de cannabis y al menos una tendencia hacia un mayor consumo de cocaína en el grupo con TDAH. La hipótesis del “auto tratamiento” solo la apoyan estudios realizados por *Volkow y col. (2003)* que reportaron una mar-

cada reducción de los síntomas de TDAH tras el consumo de cocaína. Puede asumirse que el consumo de cocaína conduce postsinápticamente a un aumento de la concentración de dopamina, lo que ocasiona un alivio de los síntomas de TDAH.

Fisiopatológicamente, la alta prevalencia de enfermedades adictivas en TDAH puede explicarse por el hecho de que estas sustancias estimulan la liberación de neurotransmisores – especialmente de dopamina – reduciendo de esta forma los síntomas princeps del TDAH. Los estudios en relación con el consumo de nicotina por los pacientes con TDAH apoyan esta hipótesis. Parece que la nicotina tiene un efecto sobre el núcleo accumbens similar al de los derivados anfetamínicos (*Pontieri y col., 1996*). En otro estudio pudo demostrarse un efecto comparable de la nicotina sobre los transportadores de la dopamina, tal como se conoce para el metilfenidato (*Krause y col., 2002b*). Por el contrario, el consumo de alcohol parece tener un efecto bastante supresor sobre los pacientes con TDAH. En base a las observaciones clínicas, los pacientes afectados reportan un efecto de algún modo calmante tras el consumo de alcohol, lo que también conduce en ocasiones a una mejoría del insomnio que padecen con frecuencia.

## Conclusión

La experiencia clínica y los resultados de los estudios presentados indican que puede asumirse que las enfermedades adictivas con una elevada comorbilidad están, en efecto, conectadas con el TDAH. Esto puede expresarse en forma de dependencia del alcohol o de consumo de drogas ilegales. Esto subraya la gran importancia de diagnósticos y terapias adecuadas y oportunas para el TDAH con el objetivo de prevenir el inicio de las enfermedades adictivas.

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a:  
avellanedaguri@gmail.com.