



El trastorno de déficit de atención/hiperactividad como factor de riesgo de conductas adictivas en la edad adulta

Romo Jiménez, L.¹

Maître de Conférences HDR,
Université Paris X-Nanterre (France)

RESUMEN

El presente trabajo señala la importancia del diagnóstico del trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos, para ello es necesario el diagnóstico del trastorno durante la infancia... La frecuencia de este trastorno en la edad adulta es del 4% de la población, con una proporción similar entre hombres y mujeres (mientras que el trastorno durante la infancia es con más frecuencia masculino). En la edad adulta la impulsividad es menos importante pero las dificultades de atención y de organización son más frecuentes.

Existe una amplia literatura sobre la relación posible entre la presencia de un TDAH y los problemas de adicciones o de trastornos depresivos.

Este artículo analiza los trabajos más relevantes de los últimos años sobre este tema, sin olvidar insistir sobre la necesidad de avanzar en la validación de instrumentos de evaluación y de armonización de los criterios de diagnósticos para seguir avanzando en la comprensión de este trastorno.

Palabras clave: Hiperactividad, trastorno de atención, adicción, adultos

INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención/ hiperactividad (TDAH) es un trastorno claramente identificado en la infancia, pero existe una gran controversia sobre el mismo en los adultos. El TDAH en la edad adulta presenta una prevalencia de 4% de la población general. En los adultos este problema concierne casi por igual a los hombres que a las mujeres y se presenta sobre todo como trastorno de la atención o como tipo mixto.

El diagnóstico de hiperactividad/déficit de atención en el adulto presenta una cierta polémica Barkley, Fischer y Smalish (2004), el problema es que los criterios diagnósticos del manual DSM no son adecuados al diagnóstico en la edad adulta... Se trata de un trastorno que evoluciona con la edad, pero que tiene que estar presente durante la infancia para ser considerado como TDAH.

Problemas en la evaluación de la frecuencia del trastorno y la comorbilidad

Para Wender (1995) además del trastorno de la atención o la hiperactividad durante la infancia, en la edad adulta existiría una labilidad emocional, una impulsividad importante así como dificultades de organización e intolerancia al estrés.

Un aspecto esencial es que los adultos no consultan por este problema, ya que consideran que esta manera de funcionar forma parte de su personalidad y, en consecuencia, un cambio no sería posible. Todo ello a pesar de las graves repercusiones que pueden existir, como por ejemplo: problemas para conservar un trabajo, cambios frecuentes de pareja o accidentes de circulación frecuentes (Hallowell y Ratey, 1994).

Para Mannuzza y Klein (2002) el riesgo de una estimación inferior del diagnóstico en base a tres estudios, es del 20% al 40%.

En resumen, los criterios diagnósticos del TDAH son un tema de desacuerdo entre profesionales tanto

Maître de Conférences HDR, Université Paris X-Nanterre (France).
Psicóloga Clínica
CHU Louis Mourier. Service de Psychiatrie. 178, rue des Renouillers.
92701 Colombes Cedex France. E-mail: lucia.romo@wanadoo.fr

como la propia existencia del trastorno en los adultos, y todo ello más en los países con una tradición, como Francia, alejada del modelo cognitivo-conductual, y donde este trastorno sigue siendo considerado con frecuencia como exclusivamente « psicológico » o con un origen basado únicamente en las relaciones familiares.

Otra complicación viene del hecho de que se trata de un diagnóstico que se presenta en casi un 75% de los casos con una comorbilidad asociada, como con los trastornos de sueño, (Lecendreux, 2003). Para Goossennen, Vandegling, Carpentier *et al.* (2006) la comorbilidad más importante son los trastornos de ansiedad (20 a 30%), los trastornos del humor (25%) y el abuso de sustancias (15 a 45%).

En un grupo de adolescentes con abuso o dependencia de sustancias, entre el 30 y el 50% presentarían los criterios de TDAH asociado según Wilson y Levin (2005).

El diagnóstico diferencial es difícil, sobre todo con los trastornos tímicos. Para unos autores estos dos tipos de trastornos pueden ser incompatibles, mientras que para otros, no serían trastornos excluyentes (Adler, 2004).

Con respecto a los trastornos de personalidad, el trastorno de personalidad tipo borderline representaría un motivo de exclusión de un TDAH. Por otra parte la personalidad antisocial está asociada a un consumo de alcohol más importante en los pacientes con un TDAH (Molina, Pelham, Gnagy, Thompson y Marshal, 2007)

Objetivo:

El objetivo de este trabajo es de analizar la presencia de un trastorno de déficit de atención /hiperactividad en personas con un trastorno adictivo, generalmente al alcohol.

MÉTODO

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en dos bases de datos Medline y PsycInfo. Nos interesamos en la relación entre TDAH y trastorno adictivo en la edad adulta. El número de trabajos indexados en Medline con las palabras clave ADHD y alcohol ha sido de 301 en total, y la mitad en los últimos cuatro años. El interés por el TDAH, cruzando las palabras clave adicción y TDAH, ha ido aumentando de forma notable, pasando los trabajos publicados de uno solamente en 1981, 1987 1989, a dos o tres cada año entre 1989 y 1993. Es a partir de 1997 cuando los trabajos publicados son casi de uno al mes cada año y en 2000 los trabajos se multiplican por dos (20 artículos) y en 2006 y 2007 más de 40 artículos por año.

Nosotros nos interesamos por los trastornos ligados al abuso o a la dependencia de sustancias, pero hay que tener en cuenta que algunos síntomas como la impulsividad o los problemas de atención relacionados con el alcohol son similares a los síntomas presentes en el TDAH.

Como indica Brown (2003), el TDAH representa un factor de riesgo de desarrollar una conducta adictiva. King, Lacono et McGue (2004) encontraron una proporción muy elevada de hiperactividad y de trastornos de la atención en pacientes toxicómanos y alcohólicos y evocaron la hipótesis de una automedicación, sobre todo para luchar contra los problemas de atención. Ohlheimer, Peters, Gordon et al. (2007) quienes constatan, utilizando diferentes instrumentos como las escalas de Wender y de Conners, en su trabajo como el consumo más importante de tabaco o alcohol sería una automedicación para los síntomas sobre todo del TDAH.

En un trabajo reciente Romo, Dupont-Houdeyer, Aubry et al. (2005) con una muestra de 117 pacientes con adicciones (alcohol, juego patológico, compras compulsivas, etc...), el 35% de estos pacientes presentaban los criterios de hiperactividad utilizando tres medidas de TDAH: una durante la infancia que son los criterios de Wender (1995) y dos evaluaciones sobre la edad adulta a través de los criterios y escala de Brown (1996). Los pacientes con TDAH comórbido al trastorno adictivo presentaban más ansiedad y depresión, pero sin diferencias significativas. No obstante, la edad de inicio de la conducta adictiva fue más precoz de forma significativa en el grupo con TDAH. El consumo de cannabis era más importante en el grupo con TDAH, mientras que la autoestima era más baja en este mismo grupo. Es muy importante evaluar a los adolescentes diagnosticados con un TDAH y seguir su evolución a largo plazo. Biederman, Manuteaux, Mick et al. (2006) indican que en la edad adulta los jóvenes con un TDAH presentan más problemas de psicopatía, trastornos adictivos y trastornos ansiosos y depresivos.

Según Flory y Lynan (2003) en un metanálisis, una correlación fuerte existe entre la presencia de TDAH y el abuso de sustancias, sobre todo el tabaco. El trastorno de conducta es considerado como una variable mediadora relacionada con la presencia de una dependencia al alcohol u otras sustancias, aunque recientemente, Szobot Rohde, Bukstein et al (2007) encontraron una relación entre el TDAH y el consumo de drogas independientemente de la variable trastorno de conducta. En nuestro trabajo, Romo *et al.* (2005) habíamos constatado que los pacientes con adicciones y TDAH vienen menos a la consulta regularmente, además siendo más impulsivos, el seguimiento es más problemático y, un punto muy importante, estos pacientes realizaban con más frecuencia tentativas de suicidio, como lo habían señalado en otro estudio James, Lai y Dahl (2004).

Por otra parte, Kessler *et al.* (2006) señalan que solamente un 10% de los adultos con TDAH recibe un tratamiento, lo cual es muy inferior a otros trastornos psiquiátricos o psicológicos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los programas de tratamiento deberían ser multimodales. Goossensen *et al.* (2006) insisten en la utilización de la autoevaluación, la psicoeducación, la farmacoterapia, el coaching, un trabajo grupal con

estos pacientes e insisten en que el tratamiento farmacológico no aumenta el riesgo de recaída.

CONCLUSIÓN

La presencia de un trastorno de déficit de atención con hiperactividad puede aumentar el riesgo de presentar un abuso o una dependencia de sustancias (como alcohol, tabaco...). Es necesario desarrollar estudios longitudinales de niños y adolescentes diagnosticados durante la infancia para comprender los mecanismos subyacentes de este trastorno y la relación con la patología adictiva.

Entre los límites de nuestro trabajo se destaca la dificultad en considerar el diagnóstico diferencial del TDAH en algunos casos, como en los trastornos bipolares, por otra parte, las bases de datos consultadas no son exhaustivas y el número de artículos publicados cada año ha aumentado de forma muy importante. No consideramos este trabajo como una revisión completa de la literatura sino como un documento que insiste en un aspecto importante como es estudiar en poblaciones con trastornos adictivos para la adaptación de las técnicas de tratamiento, que deberán considerar los dos trastornos. La evaluación de un trastorno de déficit de atención en pacientes con conductas adictivas es necesaria, lo cual requiere profundizar en los aspectos ligados a los instrumentos de evaluación y los criterios diagnósticos en adultos e igualmente en la aceptación de la continuidad de este trastorno en la edad adulta y así disminuir la resistencia de algunos profesionales de aceptar la continuidad de este trastorno.

REFERENCIAS

- Adler, L.A. (2004). Clinical presentation of adults patients with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65: (suppl. 3), 8-11.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smalish, M. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorders into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T.E., Silva, J.M. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder : a controlled 10-year follow-up study, *Psychological Medicine*, 36 (2), 167-179.
- Brown, TE. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños adolescentes y adultos*. Barcelona. Masson.
- Flory, K.et Lynam, DR. (2003) The relation between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Abuse : What role does conduct disorder play. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (1), 1-16.
- Goossensen, MA., Vandegling,G., Carpentier, P.J., Wijnsen, R.M., VanDuin, D., Kooij, J.J. (2006). An intervention program for ADHD in patients with substance use disorders. Preliminary results of a field trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30 (3), 253-259.
- Hallowell, E-M. y Ratey, JJ. (1994). *TDA : Controlando la hiperactividad. Cómo superar el déficit de atención con hiperactividad (ADHD) desde la infancia hasta la edad adulta*. Barcelona : Paidós.
- James, A., Lai, F.H., Dahl, C. (2004) Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 , 408-415.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley,R. et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States : Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163 (4), 716-723.
- King, S-M., Lacono, W.G., McGue, M.(2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the predictor of early substance use. *Addiction*, 99 (4) 1548-1559.
- Lecendreux, M. (2003). *L'hyperactivité*. Paris : Solar.
- Molina, B.S., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Thompson, A.L., Marshal, M.P. (2007). *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 31 (4), 643-654.
- Mannuzza, S. y Klein, R.G. (2002) Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1882-1888.
- Ohlmeier, M.D., Peters, K., Kordon, A., Seifert, J., Wildt, B. T., Wiese, B.et al. (2007). Nicotine and alcohol dependence in patients with comormid attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism*, 42 (6), 539-543.
- Romo Jiménez, L., Dupont-Houdeyer, K., Aubry, C., Deblock, D., Gérard, C., Petot, D., Adès, J (2005, diciembre) *Evolution d'un TDAH chez des patients présentant des addictions*. Comunicación oral. XXVII Congrès de l'Association Française de Thérapie Cognitivo-Comportementale. Paris : Francia.
- Szobot, CM., Rohde, L.A., Bukstein, O., Molina, B.S., Martins, C., Ruaro, P. et al. (2007). Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolecetes? A community-based case-control study. *Addiction*, 102 (7), 1122-1130.
- Wender,P.H. (1995). *Attention -Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. NewYork : Oxford University Press.
- Wilson, J.J.y Levin, F.R. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset substance use disorders. *Journal of Children and Adolescents Psychopharmacology*, 15 (5) 751-763.

