TDAH

+

TUS

XVII JORNADAS DE LA SOCIEDAD MEDICA ANDALUZA DE ADICCIONES Y PATOLOGÍAS ASOCIADAS (SOMAPA)

Sociedad Médica Andaluza de Adicciones y Patologías Asociadas

SOMAPA

JUAN JOSÉ BENÍTEZ DE LA POZA

CTA PALMA – PALMILLA (CPD MÁLAGA)

DIAGNÓSTICO

- Principalmente es **clínico**
- Screening en pacientes de adicciones (alta comorbilidad)
- Fundamental un **diagnóstico temprano**
- Hombres: Predominio **hiperactivo** | Mujeres: Predominio **inatento**
- Infradiagnosticado, sobre todo en adulto (¿sobrediagnosticado en infancia?)
- **Entrevista diagnóstica** completa y exhaustiva
- **Escalas auto/heteroadministradas** → útiles pero usar con interpretar con precaución

DIAGNÓSTICO: ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

- **Entrevista para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad de Barkley.**

  Semiestructurada, conforme a criterios de DSM. Incluye diferentes síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que pueden incidir en la gravedad del trastorno.

- **Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV**

  Semiestructurada, y heteroadministrada. Consta de una 1ª parte que recoge información de historia demográfica, desarrollo psicomotor, factores de riesgo de TDAH y comorbilidad psiquiátrica y una 2ª parte, llevada a cabo por un clínico, donde evalúan criterios TDAH del DSM.

- **Entrevista diagnóstica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (DIVA)**

  Se divide en 3 partes, aplicables cada una de ella en infancia y etapa adulta.[1]Criterios para el déficit de atención, [2]para hiperactividad/impulsividad, [3]inicio y disfunción causada por síntomas TDAH. Cinco áreas de la vida diaria: [1]trabajo y educación, [2]relaciones y familia, [3]contactos sociales, [4]tiempo libre y pasatiempos y [5]seguridad en uno mismo y autoimagen

DIAGNÓSTICO: ESCALAS HETERO/AUTOADMINISTRADAS

- **Escala autoaplicada de TDAH en el Adulto (Adult ADHD Self-Report Scale) (ASRS v-1.1)**
- **ADHD Symptom Ratin Scale**
- **ADHD Rating Scale-IV**
- **Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)**
- **Evaluación retrospectiva de síntomas del TDAH en la infancia**
- **Wender Utah Rating Scale (WURS)**

DIAGNÓSTICO: EVITAR SOBREDIAGNÓSTICO TDAH EN TUS

- Evaluar **comorbilidad** física y mental con síntomas similares
- Atentos a síntomas asociados a **intoxicación o abstinencia**, por similiaridad a TDAH
- **Sintomatología** aparece en momentos sin consumo, en abstinencia
- Uso de instrumentos de **cribado** sin posterior diagnóstico clínico
- Valorar actitud ganancial, para conseguir medicación u otros **beneficios**

DIAGNÓSTICO: EVITAR INFRADIAGNÓSTICO TDAH EN TUS

- Dificultad para recordar síntomas de TDAH en la infancia y **déficits cognitivos** asociados al consumo.
- Atribuir síntomas de TDAH **únicamente** al consumo de sustancias.
- Centrarse solo en TUS que motiva la consulta y **no explorar síntomas** que no suelen salir a la luz espontáneamente.
- Estrategias de **compensación** de los pacientes TDAH para lidiar con síntomas.
- Resistencia de parte de los especialistas en adicciones y **salud mental.**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las ACTIVIDADES sociales y académicas/laborales: para **adolescentes mayores** y **adultos** (a partir de 17 años de edad), se requiere un **mínimo de 5 síntomas**.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

1. Inatención

- Con frecuencia falla en PRESTAR la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).
- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- Con frecuencia no sigue las INSTRUCCIONES y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

1. Inatención

- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en INICIAR tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

2. Hiperactividad

Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales: para **adolescentes mayores** y **adultos** (a partir de 17 años de edad), se requiere un **mínimo de 5 síntomas:**

- Con frecuencia juguetea o golpea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de TRABAJO, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

2. Hiperactividad

- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, PUEDE limitarse a estar inquieto.).
- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en ACTIVIDADES recreativas
- Con frecuencia está `ocupado`, actuando como si `lo impulsara un motor` (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto DURANTE un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- Con frecuencia habla excesivamente.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

2. Hiperactividad (Impulsividad)

- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación)
- Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el COLEGIO o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

CLASIFICACIÓN TDAH

- **Presentación combinada**: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) DURANTE los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante con falta de atención**: Si se cumple el Criterio A1 pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- **Presentación predominante hiperactiva/impulsiva**: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.
  - Especificar si está en **remisión parcial:** cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.
  - Especificar la **gravedad actual es Leve / Moderada /Severa**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (CAMBIOS DSM-IV-TR A DSM -V)

Con respecto al Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) los cambios que han quedado oficialmente registrados han sido los siguientes:

- **Desaparece** el capítulo específico de "*trastornos del niño y del adolescente*", ya que se considera que la patología psiquiátrica tiene una continuidad desde la infancia a la edad adulta.
- En el DSM-V se contempla el **diagnóstico de TDAH en adultos** incluyendo entre los criterios diagnósticos indicaciones específicas para edades adultas.
- Se retrasa la edad de aparición para el diagnóstico de TDAH (ahora los síntomas deben aparecer **antes de los 12 años**, en vez de antes de los 7 años),
- Los signos del trastorno pueden ser **mínimos o estar ausentes** cuando el individuo recibe recompensas frecuentes por comportamientos apropiados, está bajo supervisión, ante actividades especialmente interesantes, etc.
- **Prevalencia**: el TDAH ocurre en la mayoría de las culturas en aproximadamente el **5% de los niños y el 2,5% de los adultos.**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ADULTO

- Se requiere historia en la **INFANCIA**, consistente con el TDAH, con síntomas presentes, como mínimo, a los 12 años

- Síntomas en la **EDAD ADULTA:**
  - Se requiere la presencia de **síntomas de hiperactividad y/o dificultades de concentración**
  - Además, es necesaria la presencia de **dos** de los síntomas siguientes:
    - **Labilidad afectiva**
    - **Temperamento fuerte**
    - Incapacidad para completar tareas o **desorganización**
    - **Intolerancia al estrés**
    - **Impulsividad**

TDAH EN ADULTO NO TRATADO

Persiste sintomatología:

- Trastornos de atención
- Hiperactividad y trastornos de la motilidad
- Impulsividad: accidentes de tráfico
- Desorganización: rendimiento laboral
- Alteraciones en la conducta social
- Alteraciones en la vida de relación interpersonal
- Trastornos de la emotividad
- Intolerancia al estrés
- Consumo de sustancias
- Delincuencia y Criminalidad

COMORBILIDAD TDAH+TUS

- **FR Genéticos**: Estudio de genoma completo 85000 participantes → 4 regiones genéticas compartidas.
- **FR Neurobiológicos**: Alteraciones en el sistema de recompensa → núcleo accumbens.
- **FR Conductuales**: Impulsividad asociada TDAH → Consumo de sustancias (conductas de riesgo, manejo craving…)

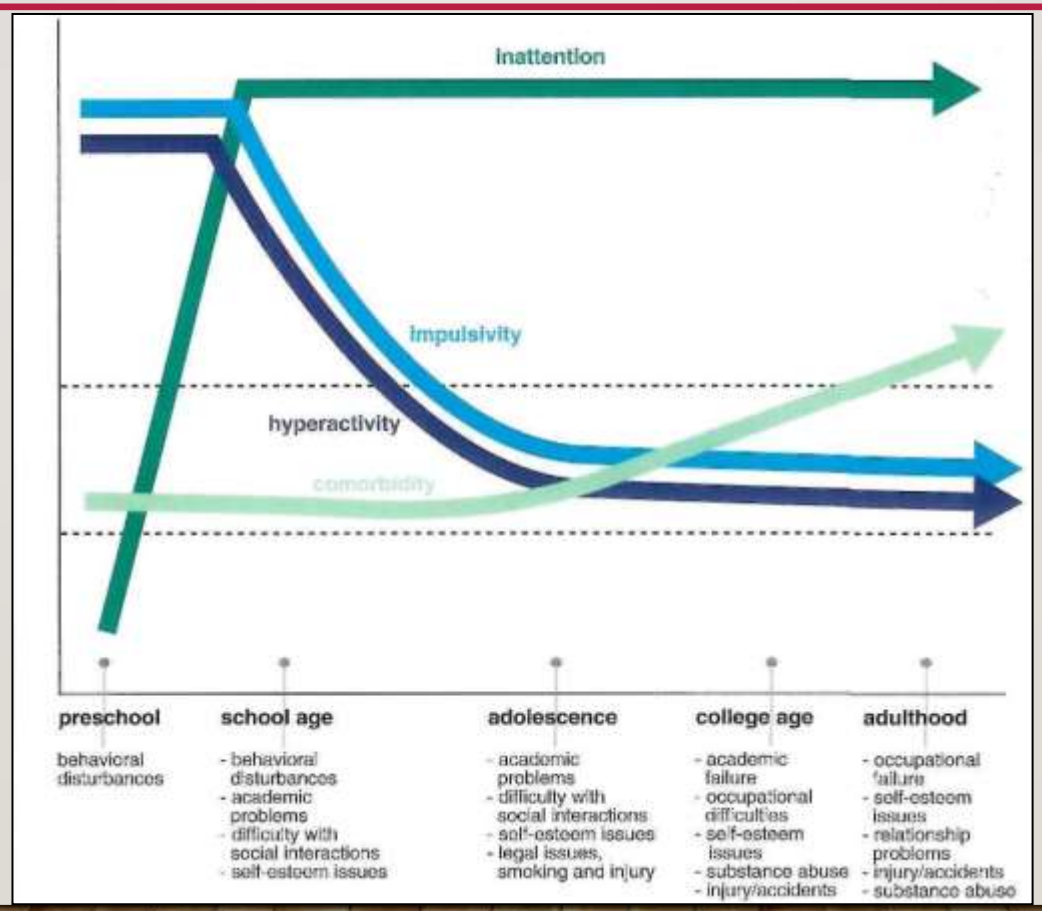
Hipótesis de la automedicación (enfoque *psicodinámico*)

Los pacientes con estados emocionales patológicos consumen sustancias psicotrópicas con el objetivo de automedicarse y fortalecer su identidad del 'yo'.

COMORBILIDAD TDAH+TUS

- Prevalencia de TDAH en pacientes que buscan ayuda por TUS → 5 – 33%. Torrens et al. ,2005
- TDAH es un factor de riesgo para TUS → Inicio precoz consumo sustancias y tránsito rápido de consumo a adicción
- Estudio 152 pacientes adultos (91 alcohol, 61 múltiples sustancias) Ohlmeier et al., 2009
  - 23.1% de los dependientes alcohol → evidencias retrospectivas TDAH infancia, de los que un 33.3% TDAH persiste en pacientes adultos.
  - 54.1% de dependientes múltiples sustancias → evidencias retrospectivas TDAH infancia, de los que un 65.1% TDAH persiste en pacientes adultos.
- Los médicos deben considerar la evaluación y tratamiento del TDAH como parte de la gestión del TUS en los adultos. Capusan et al. 2016
- Las adicciones se asocian con una elevada comorbilidad a TDAH. → inicio tratamiento PRECOZ

IMPACTO DEL DESARROLLO SOBRE SINTOMAS TDAH



Stahl, 2008.

COMORBILIDAD TDAH+TUS

- Los trastornos comórbidos más frecuentes asociados a consumo de cocaína son trastornos depresivos, trastornos de la personalidad y TDAH. Ochoa E., 2000
- Existe gran relación entre consumo de sustancias (sobre todo cocaína) y el TDAH residual. Gratch, 2009
- Preferencia por drogas ilegales igual que población general (cannabis 67%, cocaína 23% y estimulantes 18%) y también drogas legales (alcohol y tabaco) → 3x más probabilidad de tabaquismo

COMORBILIDAD TDAH+TUS

- **Inicio más temprano** en el consumo y en el abuso de sustancias
- Mayor **gravedad y cronicidad** del trastorno adictivo
- **Peor evolución** de los síntomas del TDAH
- Mayores **alteraciones neuropsicológicas** y cognitivas
- Tasas más elevadas de **policonsumo**
- Tasas más elevadas de **comorbilidad psiquiátrica**
- **Menor retención** en el tratamiento

TRATAMIENTO

- **Psicoeducación**
- **Farmacológico**
- Terapia cognitiva/conductual individual/grupal
- Apoyo entre pares: grupos
- Fomento motivación
- Realidad virtual

ABORDAJE: BIOPSICOSOCIAL

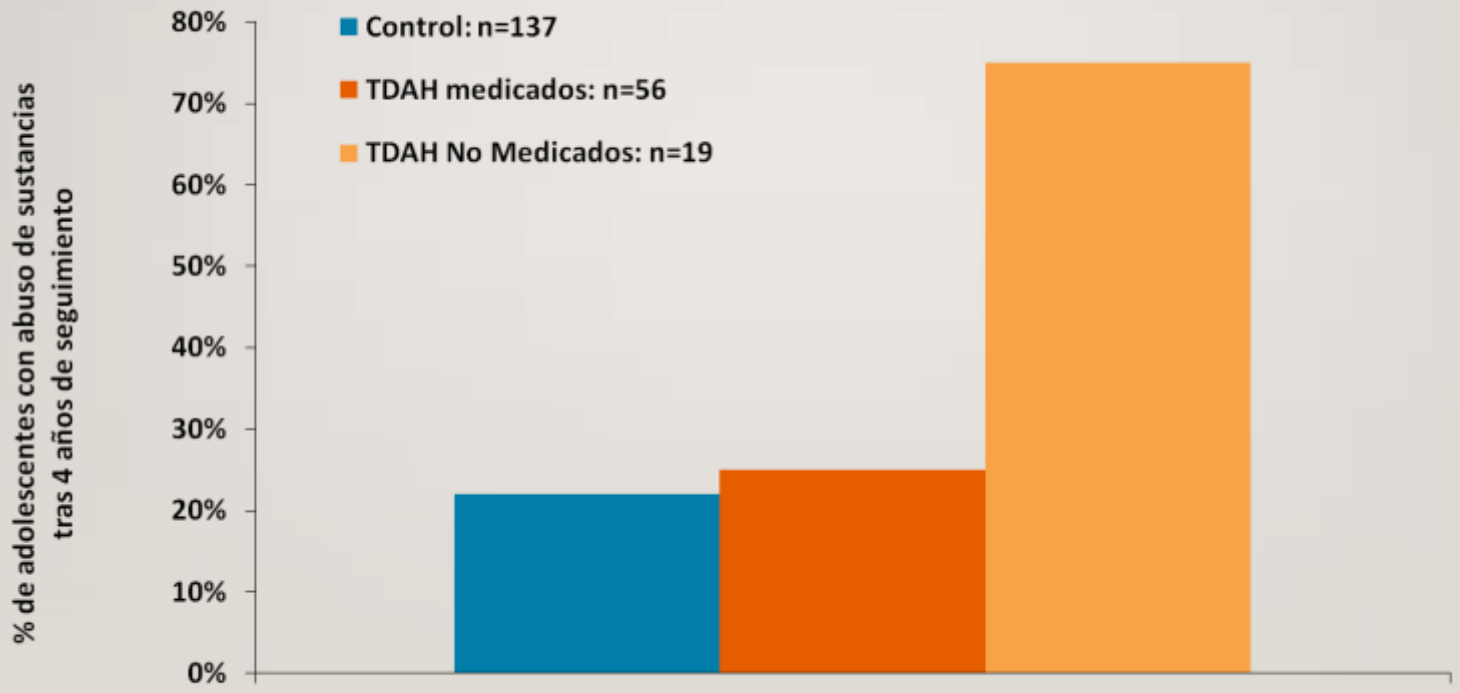
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- *Psicoestimulantes*
  - **Metilfenidato**
  - **Metilfenidato LP** (cápsulas/comprimidos)
  - **Lisdexanfetamina dimesilato**: profármaco
- *No psicoestimulantes*
  - **Atomoxetina** inhibidor selectivo presináptico de la recaptación de noradrenalina
  - **Guanfacina** agonista selectivo por receptores α2 adrenérgicos
  - **Bupropion** inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina
  - **Venlafaxina** inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Es aconsejable iniciar tratamiento TUS y posteriormente TDAH
- Generalmente el tratamiento efectivo TDAH no repercute en una mejoría TUS
- Clásicamente, preferencia de '*no psicoestimulantes*' sobre '*estimulantes*'
  - Estudios **Bupropion** dispares → efecto psicoterapia
  - Estudios **Metilfenidato** → solo efectivo en TUS a altas dosis (>180mg/día o >80 si LP)
  - Estudios **Atomoxetina** → disminución craving
- Usar *psicoestimulantes* en fórmulas de LP para evitar abuso.
- Tratamiento con *psicoestimulantes* no inicia ni empeora TUS
- Tratamiento precoz → efecto protector inicio TUS

EFECTOS TRATAMIENTO PRECOZ



Biederman J. J Clin Psychiatry 2003; 64 (suppl 11): 3-8.

CASO CLÍNICO

- Hombre 16 años. TDAH no tratado. TUS (cannabis, alcohol, MDMA, cocaína). Acude a CTA por mandato judicial. Natural de Málaga. No completa estudios primarios. Medidas de libertad vigilada. Vive con Madre y hermano menor (TEA). Padre en prisión

- **Antecedentes MQ**: Intervenido hidrocele 2006. Diagnosticado de TDAH en tratamiento previo con *atomoxetina*. Brote psicótico por consumo cocaína.

- **Tóxicos**: Usuario adicto a THC desde los 13 años. Consumo regular: 4 cpd. Consumo máximo 10 cpd. Consume ocasionalmente otras sustancias (cocaina, MDMA...)

- **Antecedentes familiares psiquiátricos**: Familiar de 2° grado con esquizofrenia. Familiar 1° grado TEA.

CASO CLÍNICO

- **Antecedentes personales psiquiátricos**: Diagnosticado TDAH en tratamiento con *atomoxetina*, que abandona. Acude a urgencias por ataque de ansiedad tras brote psicótico por consumo de cocaína con alucinaciones auditivas. Tratado en USMIJ con *risperidona* 1mg.

- **Episodio actual**: Acude tras ser alta por abandono. Hace un año en tratamiento por adicción a cannabis en la red de adicciones. Tenía tratamiento con *bromazepam*.

- **Exploración psicopatológica**: Falta de control de impulsos. Heteroagresividad. Ánimo irritable. No conciencia de problema.

CASO CLÍNICO

- **Evolución**:
  - Tratamiento médico y psicológico en CTA. Se trabaja frustración y agresividad. Planes de futuro. Abusa de *risperidona* (triple dosis) por instancias de su madre. Cambiamos principio activo a *cariprazina* 1.5mg (1-0-0). Accede a tratamiento de TDAH, iniciamos *metilfenidato* 18mg. Se pauta *diazepam* 5mg (0-0-1). Adherencia a tratamiento. Reducción de consumo hasta alcanzar abstinencia. Ingreso en CT, donde obtiene alta terapéutica.
  - Acude a CTA tras recaída en consumo de cannabis tras dejar tratamiento farmacológico. Retoma citas. Está siendo visto en USMC a instancias del CTA.
  - Tratamiento actual: *metilfenidato* 18mg + *diazepam* 10mg + *cariprazina* 1.5mg. Pendiente de ingreso en CT.

DISCUSIÓN+DEBATE

MUCHAS GRACIAS

JUAN JOSÉ BENÍTEZ DE LA POZA

CTA PALMA – PALMILLA

CPD MÁLAGA

jjbenitez@malaga.es