



ORIGINAL

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes

E. Ochoa-Mangado^{a,*}, A. Madoz-Gúrpide^b, I. Villacieros-Durbán^a, P. Llama-Sierra^a y J.L. Sancho-Acero^a

^aPrograma Adolescentes y Familias, Proyecto Hombre, Madrid, España

^bCentro de Salud Mental San Blas, Madrid, España

Recibido el 14 de abril de 2010. Aceptado el 1 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Cannabis;
Alcohol;
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH);
Adolescentes

Resumen

Introducción: La relación entre el consumo de sustancias y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se considera cada vez más importante entre adolescentes y jóvenes.

Objetivo: Valorar los TDAH que presentan los adolescentes y jóvenes atendidos en el Programa para Adolescentes y Familias de Proyecto Hombre Madrid.

Material y métodos: Se han incluido en el estudio los 223 adolescentes y jóvenes (75% varones) atendidos en el Programa para Adolescentes y Familias de Proyecto Hombre Madrid, desde agosto de 2006 hasta abril de 2009. Para ello se realizó la valoración psiquiátrica de los adolescentes con antecedentes psiquiátricos, en tratamiento con psicofármacos o con sintomatología sugestiva de patología psiquiátrica.

Resultados: Del total de la muestra, 15 adolescentes (todos varones) fueron diagnosticados de trastorno comórbido con TDAH (6,72% del total de adolescentes atendidos). Estos adolescentes consumían principalmente cannabis, y en menor medida, alcohol y/o cocaína. El diagnóstico de TDAH se realizó de forma previa al consumo de sustancias en 13 de ellos, y aunque 11 habían recibido en algún momento tratamiento farmacológico específico, sólo tres lo tomaban en el momento de la evaluación (cuatro lo habían abandonado voluntariamente, y a cuatro les había sido retirado). Durante el tratamiento, 14 de ellos realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH.

Conclusiones: Se considera que el TDAH con consumo de sustancias presenta mayor gravedad, más alteraciones conductuales y mayor dificultad de tratamiento. Estos resultados apoyan la necesidad de extremar los cuidados y desplegar herramientas que favorezcan la adherencia terapéutica, sobre todo en los primeros meses del programa, así como prestar especial atención al consumo continuado, junto con el adecuado abordaje del TDAH.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eochoa.hrc@gmail.com (E. Ochoa-Mangado).

KEYWORDS:

Cannabis;
Alcohol;
Attention and
hyperactivity deficit
disorder (ADHD);
Adolescents

Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and substance use: preliminary outcomes of a follow-up in a young population

Abstract

Introduction: The relationship between substance use and attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is considered increasingly important among adolescents and youth.

Objetives: The aim of this study is to assess ADHD in adolescent and young people treated in the Program for Adolescents and Families by "Proyecto Hombre" organization (Madrid, Spain).

Material and methods: We have included 223 adolescent and young people (75% male) treated in the Program for Adolescents and Families from 2006 to April 2009. The psychiatric evaluation is conducted of adolescents with psychiatric history, treatment with psychotropic drugs or psychiatric symptoms suggesting.

Results: Of the total sample, 15 adolescents (all boys) were diagnosed with ADHD comorbid disorder (6.72% of all the sample). These adolescents consumed mainly cannabis, and less alcohol and/or cocaine. The diagnosis of ADHD was held prior to substance use in 13 of them; 11 had received any specific drug treatment (only three at the time of evaluation; four had left voluntarily, and in four cases the treatment had been retired). During therapeutic programme, 14 of them receive specific drug treatment for ADHD.

Conclusions: Patients with ADHD and substance misuse are more serious, with more important behavioural alterations, and with special difficulties in the treatment. This way, it is important to take special care and to improve the adherence, especially during the first months in the therapeutic program. In addition it's necessary to treat adequately the ADHD.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas. Se define, según los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, por la presencia continuada de diversos síntomas de déficit de atención y/o hiperactividad, síntomas que deben haber estado presentes durante más de seis meses¹ (tabla 1).

El diagnóstico supone no sólo la presencia de los síntomas (evaluados por medio de los criterios normalizados del DSM-IV o de la CIE-10), sino además, y como consecuencia de ellos, una perturbación significativa en áreas importantes para la persona, como las relaciones familiares, las académicas, las laborales y las recreativas².

El DSM-IV-TR estima que entre el 3 y el 7% de los niños sufre este trastorno. El TDAH se diagnostica aproximadamente tres veces más entre los niños que entre las niñas³. No se han demostrado diferencias entre diferentes áreas geográficas, grupos culturales o niveles socioeconómicos^{1,4}.

Esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Posteriormente se reconoció su carácter crónico, ya que puede persistir y manifestarse más allá de la adolescencia. Estudios de seguimiento a largo plazo muestran que un alto porcentaje de los niños con TDAH continúa presentando los síntomas hasta la vida adulta^{5,6}.

Los rasgos principales del TDAH son, por una parte, la dificultad para sostener la concentración (déficit de atención), sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y, por otra, la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, frecuentemente asociadas con inquietud motora (hiperactividad-impulsividad)⁷. Estos dos conjuntos de signos pueden aparecer por separado o combinados. En ese sentido, se reconocen tres subtipos de TDAH:

1. Con predominio de déficit de atención.
2. Con predominio de conducta impulsiva e hiperactividad.
3. Tipo combinado, donde los dos trastornos anteriores se dan a la vez.

El subtipo más común es el que combina los trastornos de la atención con hiperactividad e impulsividad (60%). Los subtipos puros son menos frecuentes (déficits atencionales: 30%; hiperactividad e impulsividad: 10%)¹.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no se dispone de pruebas diagnósticas *per se*, pese al conocimiento creciente de sus bases biológicas. Las pruebas de neuroimagen aportan conocimientos importantes pero no tienen aún validez diagnóstica. La realización de baterías neuropsicológicas y psicométricas puede ser un apoyo importante al diagnóstico clínico⁸⁻¹⁰. Tanto en niños y adolescentes como en adultos, el diagnóstico del TDAH se basa en la identificación de los síntomas y signos clínicos que lo caracterizan, sin que exista ninguna prueba complementaria que pueda sustituir a la valoración clínica, si bien el uso de cuestionarios y pruebas neuropsicológicas pueden ayudar en el *screening*, apoyar el diagnóstico, o valorar la evolución y la respuesta al tratamiento¹¹. La *Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist*¹² (ASRS-v1.1) es un instrumento útil para la detección de pacientes que sufren TDAH.

En la adolescencia pueden producirse cambios en la expresión de los síntomas del TDAH infantil. La hiperactividad motora suele mitigarse, con persistencia de la impulsividad y el déficit de atención. Las características de la adolescencia generan dificultades adicionales en el diagnóstico del TDAH, ya que pueden confundirse con actitudes propias de esta etapa de la vida o bien con otros trastornos, sean estos emocionales, de aprendizaje, por uso de sustancias o de

Tabla 1 Criterios DSM-IV-TR de trastorno por déficit de atención e hiperactividad¹

<p>I.</p> <p>A o B:</p>	<p>A. Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante seis meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:</p> <p>Inatención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades 2. A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos 3. A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente 4. A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones) 5. A menudo le cuesta organizar las actividades 6. A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa) 7. A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (por ejemplo juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas) 8. Se distrae con frecuencia 9. Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria <p>B. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante seis meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:</p> <p>Hiperactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado 2. A menudo se levanta de la silla cuando se quiere que permanezca sentado 3. A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos) 4. A menudo, tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación 5. A menudo, “está en constante movimiento” o parece que tuviera “un motor en los pies” 6. A menudo habla demasiado <p>Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A menudo suelta una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta 2. A menudo le cuesta esperar su turno 3. A menudo interrumpe al que está hablando o se entromete, por ejemplo, en una conversación o juego
<p>II.</p>	Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad
<p>III.</p>	Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (por ejemplo, en la escuela o el trabajo y en la casa)
<p>IV.</p>	Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral
<p>V.</p>	Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad)

personalidad. La misma confusión puede ocurrir en sentido inverso^{13,14}. La forma de presentación del TDAH en un adolescente consiste, fundamentalmente, en bajo nivel de rendimiento académico, absentismo escolar, tendencia a la distracción en las actividades habituales, falta de organización en las tareas, descuidos y negligencias, aburrimiento, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios de humor, problemas de relaciones con los demás, abuso o adicciones tanto a sustancias (alcohol y otras drogas) como adicciones comportamentales^{11,15-19}.

En los adultos los síntomas más sobresalientes son las alteraciones del humor, las dificultades de organización, los despistes y olvidos frecuentes²⁰ y el consumo de sustancias.

El TDAH presenta elevada comorbilidad. La elevada frecuencia de esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto en estudios que analizan la prevalencia de los trastornos por

uso de sustancias en adultos con TDAH, como en los que analizan la frecuencia de TDAH en adultos que presentan dependencia de sustancias¹¹. Lo más común en adolescentes y adultos son trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, conductas adictivas, trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta antisocial y trastorno límite de la personalidad^{5,7,21,22}.

El TDAH parece aumentar el riesgo de un trastorno por uso de sustancias independientemente de otra comorbilidad psiquiátrica: así los adolescentes con diagnóstico previo de TDAH presentan mayor prevalencia de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas. Si además existe un trastorno disocial comórbido o un trastorno bipolar comórbido, se incrementa más el riesgo de abuso o dependencia de sustancias. Algunos estudios señalan que el 50% de los diagnosticados con TDAH en la infancia presentaron problemas de alcohol y

otras drogas a lo largo de la vida, mientras que en la población sin TDAH era el 27%^{8,15,23}.

El TDAH es predictor de un comienzo más precoz del abuso de sustancias en adolescentes y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH^{18,24,25}.

Se calcula que entre el 15 y el 45% de los pacientes en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias puede haber padecido un TDAH en la infancia y adolescencia. La cocaína y el cannabis son las sustancias más relacionadas con el TDAH. Así, entre el 31 y el 75% de los pacientes con dependencia al alcohol, el 35% de pacientes cocainómanos, el 17% de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, y un número importante de los dependientes al cannabis, cumplen criterios de TDAH²⁶⁻²⁸. Estos adictos con TDAH presentan peor evolución en el tratamiento de la dependencia de drogas y tienen más riesgo de recaídas en el consumo de sustancias tras la desintoxicación^{5,11,29}.

La complementariedad entre terapias cognitivo-conductuales y el seguimiento farmacológico parecen hoy en día el mejor tratamiento para el TDAH³⁰. El tratamiento psicológico de los problemas conductuales asociados debe complementarse con el tratamiento farmacológico. Igualmente es aconsejable una intervención psicopedagógica sobre los problemas de aprendizaje que suelen aparecer en gran parte de los sujetos con TDAH^{9,22}.

La efectividad de los estimulantes en el TDAH no ha resuelto la preocupación que genera usar medicación que puede ser objeto de abuso por sí misma. Sin embargo, los diversos estudios sobre el tema indican que los TDAH tratados con estimulantes tuvieron un 50% menos de probabilidad de desarrollar problemas con drogas que aquellos que no siguieron este tratamiento³¹. Sin embargo, los pacientes con TDAH no tratados presentaron un riesgo significativamente mayor que los controles para el consumo de drogas, especialmente el alcohol^{29,32}.

El objetivo general de la investigación es valorar la presencia del TDAH en una muestra de sujetos jóvenes consumidores de sustancias, su repercusión en la evolución clínica y cuáles son los factores asociados a la misma.

Material y método

En el presente trabajo se exponen los datos preliminares de: a) los descriptores de la muestra general y TDAH, y de la submuestra de pacientes con TDAH, y b) los inferenciales sobre la retención de los pacientes en tratamiento y la influencia de los factores sociales y de consumo en ella.

El objetivo de este estudio se concreta en la valoración de los TDAH que presentan los 223 adolescentes atendidos en el Programa para Adolescentes y Familias de Proyecto Hombre Madrid, desde agosto de 2006 hasta abril de 2009. Los adolescentes atendidos en el programa tienen un rango de edad comprendido entre los 13 y los 22 años. Pueden permanecer o no dentro de la estructura familiar. Su relación con las drogas se mueve entre el *uso* y el *abuso* según criterios DSM IV-R¹. No es motivo de exclusión en el programa la presencia de sintomatología psiquiátrica.

El equipo terapéutico está formado por psicólogos, pedagogos y educadores sociales, además de un psiquiatra que realiza la valoración psiquiátrica de los adolescentes con

antecedentes psiquiátricos que se encuentran en tratamiento con psicofármacos o bien presentan en las entrevistas sintomatología sugestiva de patología psiquiátrica.

A todos los adolescentes que se evalúan en el programa se les administra el cuestionario de sintomatología psiquiátrica SCL-90³³. Cuando esta escala es válida y es positivo el ítem 15 (ideación suicida) se remiten al psiquiatra para valoración. Cuando en esta escala puntúan positivo más de 2 ítems (y no son los de ansiedad, hostilidad, ideación paranoide u obsesividad que suelen dar positivo en la mayoría de los adolescentes) o bien no es válida (ya sea por simulación o disimulación) se les aplica el prueba MCMI^{34,35} a los adolescentes de 18 años o más, y el MACI³⁶ a los menores de esa edad. Si esta prueba no es válida, se administra el 16-PF³⁷. Si en estas pruebas se puntúa positivo en esquizotípico, límite o paranoide se remite también para valoración psiquiátrica.

El diagnóstico de TDAH se realiza de forma clínica según criterios DSM-IV-TR¹. Posteriormente se administra la escala autoaplicada ASRS-v1.1¹².

Los adolescentes atendidos son en el 75,70% varones y en el 24,30% mujeres. La edad media es de 18,26 años (desviación estándar [DE]: 1,69 años). El 54,20% de ellos presentan fracaso escolar. Las sustancias que motivan la demanda son sólo cannabis (39%), cannabis y alcohol (15%), cannabis y cocaína (13%), alcohol y cocaína (14%), cocaína (6%), policonsumo (excepto opiáceos, 10%), y heroína (2%). Por tanto, el 76% tienen problemas con el cannabis, el 40% con la cocaína y el 28% con el alcohol.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS en su versión 15.0. Para el análisis inferencial se realiza un análisis de supervivencia. La variable en estudio es la retención en el programa de tratamiento en función del tiempo. Para el estudio de las variables independientes se empleó la regresión de Cox.

Resultados

Quince adolescentes fueron diagnosticados de trastorno comórbido con TDAH, lo que supone el 6,72% del total de los atendidos. Todos los adolescentes con diagnóstico de TDAH eran varones. La edad media de estos pacientes era de 17,43 años (DE: 1,58 años).

El 73% presenta fracaso escolar crónico, previo al consumo de sustancias, que se había iniciado en los últimos cursos de primaria o en los primeros cursos de secundaria (ESO). En el momento de la demanda, el 93% de ellos había fracasado en los estudios e iban por debajo del nivel correspondiente para su edad.

En cuanto a la escolarización máxima alcanzada en el momento de ingresar en el programa, el 13,3% había llegado a 1.º de la ESO; el 26,7% había llegado a 2.º de la ESO; el 40,0% había llegado a 3.º de la ESO; el 13,3% había alcanzado 1.º de Bachiller y el 6,7%, 2.º de Bachiller. En el momento actual, el 46,7% continúa estudios en el instituto; el 26,7% está trabajando; el 20,0% realiza algún módulo formativo para estudiantes con fracaso escolar; y el 6,7% no hace nada.

El 53,3% vive con su familia de origen completa (madre, padre y hermanos si los hubiera); el 33,3% vive con su madre y hermanos ya que los padres están separados; por la misma causa, el 6,7% vive con su padre y hermanos; y otro 6,7% vive con sus tíos (tabla 2).

Tabla 2 Datos sociodemográficos y de consumo de los adolescentes incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje válido
Unidad familiar		
Familia completa	8	53,3
Con madre	5	33,3
Con padre	1	6,7
Tíos	1	6,7
Total	15	100
Fracaso escolar		
No	4	26,7
Sí	11	73,3
Total	15	100
Grado escolar máximo alcanzado		
1.º ESO	2	13,3
2.º ESO	4	26,7
3.º ESO	6	40
1.º Bachillerato	2	13,3
2.º Bachillerato	1	6,7
Total	15	100
Situación laboral actual		
Colegio	7	46,7
Trabajo	4	26,7
Módulo de fracaso escolar	3	20
Nada	1	6,7
Total	15	100
Droga de abuso		
Cannabis	8	53,3
Cannabis + alcohol	3	20
Cocaína	1	6,7
Alcohol	2	13,3
Alcohol + cocaína	1	6,7
Total	15	100

ESO: educación secundaria obligatoria.

Estos adolescentes consumían cannabis (54%), cannabis y alcohol (21%), alcohol (13%), cocaína (6%) y alcohol y cocaína (6%). Por tanto, el 74% tenía problemas con el cannabis, el 41% con el alcohol y el 13% con la cocaína (tabla 2).

El 66,7% se ha mantenido abstinente de las sustancias de abuso desde el ingreso en el programa. El 33,3% restante ha mantenido sus consumos durante el tratamiento y continuaba haciéndolo en el momento del alta del programa. De los que continuaron consumiendo, el 60,0% abandonó el programa voluntariamente y el 40,0% continúa en él (tabla 3).

El diagnóstico de TDAH se realizó de forma previa al consumo de sustancias en 13 de los adolescentes. En la evaluación en el centro se confirmó el diagnóstico en 11 de ellos, mientras que dos fueron reevaluados y se consideró que no presentaban este trastorno (en ambos casos el diagnóstico se había realizado recientemente al presentar el adolescente trastornos conductuales y ocultar el consumo de cannabis). Estos dos adolescentes en los que no se confirmó el diagnóstico no se han incluido en el análisis de la submuestra de TDAH. En otros cuatro adolescentes el diagnóstico de TDAH se realizó en el programa. Por tanto, de los 15 pacientes diagnosticados con TDAH, 11 había recibido un diagnós-

Tabla 3 Recaídas y tipo de alta entre los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad incluidos en el estudio

	Frecuencia	Porcentaje válido
Recaída en el consumo		
No	10	66,7
Sí	5	33,3
Total	15	100
Tipo de alta		
Sigue en tratamiento	5	33,3
Alta terapéutica	6	40
Alta voluntaria	4	26,7
Total	15	100

Tabla 4 Datos referidos al diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

	Frecuencia	Porcentaje válido
Diagnóstico del TDAH previo al ingreso en el programa		
No	4	26,7
Sí	11	73,3
Total	15	100
Tratamiento del TDAH previo al ingreso en el programa		
No	6	40
Sí	9	60
Total	15	100
Tratamiento del TDAH en el momento de ingresar en el programa		
No	12	80
Sí	3	20
Total	15	100
Tratamiento farmacológico del TDAH durante el programa		
Metilfenidato de liberación prolongada	13	86,7
Metilfenidato de liberación inmediata	1	6,7
Rechazo del tratamiento	1	6,7
Total	15	100

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

tico previo de TDAH (73,3%). De ellos habían recibido tratamiento nueve (81,8%). De esos nueve, sólo tres (33,3%) seguían con tratamiento para el TDAH en el momento de ingresar en el programa (cuatro lo habían abandonado voluntariamente, y a cuatro les había sido retirado).

Durante el tratamiento del consumo de sustancias, 14 de ellos (93,3%) realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH (13 recibieron metilfenidato de liberación prolongada [86,7%], y uno recibió metilfenidato de liberación inmediata [6,7%]) (tabla 4).

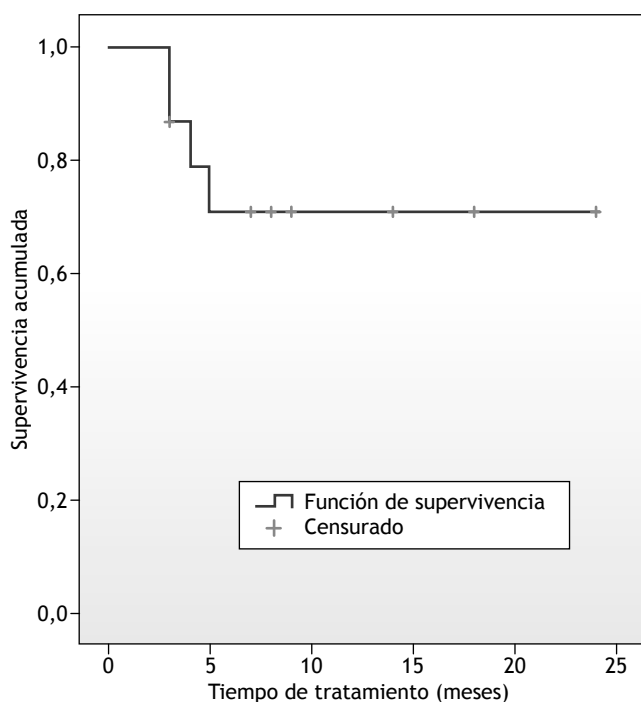


Figura 1 Curva de retención en tratamiento de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad incluidos en el estudio.

De los pacientes diagnosticados de TDAH, en el momento actual, el 33,3% sigue en el programa de tratamiento por su dependencia de sustancias; el 40,0% recibió el alta terapéutica, y el 26,7% abandonó el programa voluntariamente (tabla 3).

Los que abandonaron el programa lo hicieron en los primeros cinco meses. La retención en el tratamiento a los cinco meses es del 70,91% (fig. 1). A partir de ese punto temporal la curva de supervivencia permanece estable hasta los 24 meses. El rango de tiempo en tratamiento de los que reciben el alta terapéutica es de 14 a 24 meses. La mayor parte de ellos estuvo 18 meses en tratamiento (66,6%). De los diversos factores analizados (edad, droga de abuso, cannabis como principal droga de abuso, alcohol como principal droga de abuso, diagnóstico previo de TDAH, situación familiar, situación laboral, grado máximo escolar alcanzado, consumo de sustancias durante el programa) el único que parece predecir el abandono es el hecho de que el paciente consuma durante el programa (significación: 0,040), lo que aumenta el riesgo casi 12 veces (*odds ratio*: 11,77; intervalo de confianza [IC] al 95%: 1,120-123,868).

Discusión

Desde el inicio de las investigaciones en TDAH se ha mantenido que el padecer este trastorno es un predictor de riesgo para el consumo posterior de drogas: alcohol, tabaco, cannabis, etc.^{6,15,18,21}. Sin embargo, esta asociación ha sido discutida por razones metodológicas dado que la mayoría de los estudios presentan un pequeño tamaño muestral, así como la ausencia, en la mayoría de los trabajos, de una de-

finición operativa de lo que se entiende por consumo de sustancias: ocasional, continuada, dependencia...¹⁶.

Es evidente en nuestro estudio que el escaso número de pacientes, así como el hecho de que varias de las variables sean categóricas, hacen que el análisis no pase de ser preliminar. Sería necesario un número mayor de pacientes analizados para poder extraer conclusiones más poderosas.

En nuestro estudio el 6,72% de los adolescentes atendidos por consumo de sustancias (uso o abuso de las mismas) presentó este diagnóstico de TDAH, cifras que se sitúan entre las que se refieren en la literatura^{1,2}. Dada la edad de nuestros pacientes y el tiempo que llevan de consumo, no podemos hablar de dependencia en la mayoría de los casos. Las sustancias consumidas por nuestra muestra (cannabis, alcohol y, en menor medida, otros estimulantes) son semejantes a las que consumen los jóvenes en general.

El 100% de ellos son varones, porcentaje mayor que el señalado en la población general donde se señala que entre el 60 y el 75% son varones^{1,3,4}. La muestra total se compone de forma mayoritaria por varones, pero aún así llama la atención el que no encontremos en nuestra muestra chicas consumidoras de sustancias con diagnóstico comórbido de TDAH.

Se admite que los pacientes con TDAH presentan una edad de inicio del consumo más precoz, y que los trastornos disociales están asociados al consumo de drogas, independientemente de la presencia o no del TDAH^{18,22}. Probablemente será necesario un tamaño muestral mayor para confirmar o no estas hipótesis, aunque no parecen cumplirse en nuestra muestra.

Un dato importante es el elevado porcentaje de fracaso escolar que se presenta, fracaso que en la mayoría de los casos es crónico y previo al consumo de sustancias. Sin embargo, el consumo lo agrava, al aumentar los problemas conductuales y el abandono de la escolarización, incluso antes de haber completado la escolarización mínima obligatoria.

En nuestro estudio hubo pacientes a los que no se diagnosticó de TDAH hasta que llegaron al centro y se complicaron algunos de sus síntomas con los trastornos de conducta secundarios al consumo de sustancias. Sin embargo, es más llamativo cómo algunos de los trastornos conductuales secundarios al consumo llevaron al diagnóstico de TDAH de algunos consumidores, diagnóstico que no se sostuvo cuando se valoró detenidamente al adolescente y la repercusión que el consumo de sustancias, que hasta entonces estaba oculto, tenía en su conducta¹³.

El solapamiento entre TDAH y el consumo de sustancias es importante, tanto por sus implicaciones diagnósticas como terapéuticas. Se considera que el TDAH con consumo de sustancias presenta mayor gravedad, más alteraciones conductuales y mayor dificultad de tratamiento. Llama la atención el bajo número de adolescentes (sólo el 33,3% de los diagnosticados) que a su llegada al programa recibían dicho tratamiento, a pesar de la unánime aceptación del beneficio que produce en estos adolescentes^{9,28,31}. Algunos de ellos habían abandonado el tratamiento para el TDAH, o les había sido retirado al haberlo considerado incompatible con el consumo de cannabis y/o alcohol. Sin embargo, las alteraciones conductuales que presentan los adolescentes con TDAH no tratados agravan el consumo y dificultan su abordaje.

Por ello, consideramos el iniciar o reiniciar tratamiento para el TDAH en aquellos adolescentes en los que confirmamos el diagnóstico. Así, la casi totalidad de los adolescentes con TDAH recibieron tratamiento para este trastorno, controlado por el psiquiatra del equipo, independientemente de la evolución que presentasen respecto al consumo de sustancias.

La mayor parte de los adolescentes con TDAH que abandonó el programa lo hizo en los primeros meses. El consumo de sustancias sostenido durante el desarrollo del programa terapéutico se ha mostrado como un marcador para el fracaso del programa y su abandono. Estos resultados apoyan la necesidad de extremar los cuidados y desplegar herramientas que favorezcan la adherencia terapéutica, principalmente en los primeros meses del programa, así como prestar especial atención al consumo continuado, junto con el adecuado abordaje del TDAH.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Quintero Lumbreras FJ, Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Introducción al trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. En: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ, editores. Madrid: Ergon; 2006.
3. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children referred to a psychiatry clinic. *Am J Psychiatry*. 2002;159:36-42.
4. García García MD, Prieto Tato LM, Santos Borbujo J, Monzón Corral L, Hernández Fabián A, San Feliciano Martín L. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales Pediatría*. 2008;69(3):244-50.
5. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample attention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:305-13.
6. Correas Lauffer J, Ibáñez Cuadrado A, García Blázquez V, Saiz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en el adulto. En: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbreras FJ, editores. Madrid: Ergon; 2006.
7. Szerman N. ¿TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH. Madrid: Draft Editores, S.L.; 2008.
8. Rossi G. Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas. *Rev Psiquiatr Urug*. 2009;73(1):109-18.
9. Soutullo Esperón C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:222-6.
10. Navarro Pardo E, Meléndez Moral JC. Diferencias en el diagnóstico de TDAH ¿entrevista clínica o SNAP-IV? 11.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Disponible en: www.interpsiquis.com -febrero-marzo 2010. Psiquiatría.com
11. Benito Moraga R. Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Madrid: Draft Editores, S.L.; 2008.
12. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *Psychological Med*. 2005;35(2):245-56.
13. Cornellà i Canals J. Hablemos sobre aquello que parece TDAH y no es TDAH (Reflexiones a propósito de una conferencia del profesor Peter Hill). 11.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Disponible en: www.interpsiquis.com -febrero-marzo 2010. Psiquiatría.com.
14. Hill P, Taylor E. An auditable protocol for treating attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Dis Child*. 2001;84(5):404-9.
15. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SW, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1:21-9.
16. Díaz Atienza J. Comorbilidad en el TDAH. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc*. 2006;6(1):44-55.
17. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al; MTA Group (Multimodal treatment study of children with ADHD). ADHD comorbidity findings from MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:147-58.
18. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185:475-82.
19. Moreno Gómez A, Álvarez Romero M, Lobato López D. Déficit de atención e hiperactividad en adultos y niños. Una revisión. 11.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Disponible en: www.interpsiquis.com -febrero-marzo 2010. Psiquiatría.com
20. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27:187-201.
21. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*. 2009;54(10):673-83.
22. Díez Suárez A, Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): Comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Prim*. 2006;8 Supl 4:135-55.
23. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and adult ADHD symptoms. *Drug Alcohol Depend*. 2008;95:90-6.
24. Upadhyaya HP. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(Suppl 11):23-30.
25. Kollins SH. Abuse liability of medication used to treat attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Addict*. 2007;16:35-42.
26. Milin R, Loh E, Chow J, Wilson A. Assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults with substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 1997;48:1378-80.
27. Levin FR, Evans SM, Cléber HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1998;52:15-25.
28. Faraone VS, Biederman J, Wilens TE, Adamson J. A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults. *Psychol Med*. 2007;37:1743-52.
29. King VL, Brooner RK, Kidorf MS, Stoller KB, Mirsky AF. Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:487-95.
30. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention deficit/hyperactivity disorder disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24:24-9.

31. Faraone SV, Wilens TE. Effect of stimulant medications for attention-deficit/hyperactivity disorder on later substance use and the potential for stimulant misuse, abuse, and diversion. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(Suppl 11):15-22.
32. Volkow ND, Swanson JM. Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1909-18.
33. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*. 1976;128:280-9.
34. Millon T. Manual for the MCMI-II. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1987.
35. Ávila-Espada A, Jiménez Gómez F. Manual MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Madrid: TEA; 1998.
36. Millon T, Millon C, Davis R. Manual for the Millon Adolescent Clinical Inventory. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1993.
37. Cattell RB, Cattell AK, Cattell HE. 16PF. 5th ed. Administrator's Manual. Institute for Personality and Ability Testing; 1994. (Versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero. Madrid: TEA; 1995.)