

MP Ferreira Frías, MS Geijo Uribe, C Ímaz Roncero,
E Vásquez Cornieles

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Correspondencia:

M^a Pilar Ferreira Frías. C/ Ramón y Cajal n^o 3
47003. Valladolid. Teléfono: 616296014
Email: la_sacra@hotmail.com

*Abordaje terapéutico en
el TDAH, TUS y psicosis
tóxica*

*Therapeutic approach in
ADHD, SUD and toxic
psychosis*

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un factor de riesgo independiente para el desarrollo gradual del uso de sustancias en la adolescencia y la adultez. Así se observan altas tasas de TDAH en personas con diagnóstico de TUS, consumidores de diferentes clases de sustancias, incluidos los opiáceos, alcohol, cannabis, estimulantes y nicotina. Así, estudios longitudinales prospectivos sugieren que el diagnóstico de TDAH en la infancia o la adolescencia aumenta el riesgo de TUS en la vida adulta. El abuso de sustancias puede modificar los síntomas, la rapidez de la progresión y la respuesta al tratamiento en el TDAH. Del mismo modo, el TDAH puede modificar el curso del trastorno de consumo de sustancias. Esta es la razón por la que tenemos que diagnosticar y tratar esta comorbilidad, y conocer todos los posibles síntomas de psicosis que pueden surgir en el abuso de sustancias y el tratamiento con estimulantes.

Palabras claves: TDAH, TUS, Psicosis, Cannabis, Atomoxetina

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is an independent risk factor for the gradual development of substance use disorders (SUD) in adolescence and adulthood. High rates of ADHD are found in people diagnosed with SUD, who consume different classes of substances, including opioids, alcohol, cannabis, stimulants and nicotine. Thus, prospective longitudinal studies suggest that the diagnosis of ADHD in childhood or adolescence increases the risk of SUD later in adult life. Substance abuse may modify the symptoms, rapidity of progression, response to treatment, and long-term outcome of ADHD. Similarly, ADHD may modify the course of the SUD. This is the reason that we need to diagnose and treat this comorbidity, and have the knowledge of all possible symptoms of psychosis that can emerge in substance abuse and stimulant treatment.

Keywords: ADHD, SUD, Psychosis, Cannabis, Atomoxetine

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un factor de riesgo independiente para el desarrollo gradual del uso de sustancias en la adolescencia y la adultez. Biederman et al. (2006) mostraron que los individuos con diagnóstico de TDAH en la niñez tenían el doble de probabilidades que el grupo control de tener un trastorno por abuso de sustancias (TUS), en un seguimiento de 10 años. El doble de los adultos con TDAH (55%) que sin TDAH (27%) son diagnosticados de abuso de sustancias (TUS) (1). Si bien, los individuos con TDAH tienden a desarrollar problemas de abuso de sustancias a un ritmo mayor que las personas sin TDAH a partir de la adolescencia temprana (2). Las personas con TDAH y sin comorbilidad adicional entre 50% a 100% tienen más probabilidades de desarrollar TUS (3), independientemente de si tienen un historial de trastornos de la conducta o trastorno de personalidad antisocial. Del mismo modo, se observan altas tasas de TDAH en personas con diagnóstico de TUS, consumidores de diferentes clases de sustancias, incluidos los opiáceos, alcohol, cannabis, estimulantes y nicotina. Así, estudios longitudinales prospectivos sugieren que el diagnóstico de TDAH en la infancia o la adolescencia aumenta el riesgo de TUS en la vida adulta (4).

El déficit de atención / hiperactividad es el resultado, en parte, de la alteración en la función de la dopamina. De acuerdo con esta teoría, los psicoestimulantes pueden ser eficaces en el tratamiento del TDAH, ya que aumentan la concentración de dopamina extracelular (5). El metilfenidato (MPH) se une con el transportador de dopamina, mientras que los compuestos de anfetaminas desencadenan la liberación de dopamina presináptica. Estos aumentos de la dopamina extracelular probablemente contribuyen al incremento de alerta asociados tanto en pacientes con TDAH como en personas sin TDAH. Además, estos fármacos también aumentan el centro de activación de la dopamina de las vías de "recompensa" a nivel mesolímbico y en el núcleo accumbens, un importante sustrato común de los psicoestimulantes con potencial de abuso en los seres humanos (6).

Wilens (7) ha realizado un metaanálisis sobre la eficacia del tratamiento con estimulantes en adultos y adolescentes con TDAH+TUS. Halló eficacia del tratamiento con estimulantes en pacientes con TDAH+TUS que no se mantuvo con el análisis realizado sólo con estudios controlados. El tratamiento con estimulantes no se asoció a un empeoramiento del TUS.

El tratamiento con estimulantes en la infancia se asocia a una disminución en el riesgo del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en adolescentes con TDAH (7).

El metilfenidato, la anfetamina y la dexamoxetina, en particular, son ampliamente utilizados en países de Europa y América del Norte para el tratamiento del TDAH. Son fármacos eficaces a pesar de que se les asocia con una variedad de efectos adversos que en general son aceptables, porque son leves y / o temporal. Estos síntomas incluyen principalmente síntomas neurológicos como dolor de cabeza, mareos, insomnio, convulsiones, síntomas psiquiátricos (estado de ánimo / ansiedad, tics, los síntomas psicóticos), y síntomas gastrointestinales, incluyendo la falta de apetito y posible restricción del crecimiento (8).

Los medicamentos estimulantes a dosis altas pueden provocar síntomas de manía y psicosis que son muy similares a los del trastorno bipolar o enfermedad esquizofrénica. La prevalencia de síntomas psicóticos en los niños tratados con medicamentos para el TDAH es de 0,19% (8). Los síntomas psicóticos incluyen alucinaciones o ideas delirantes, que no son debidos a problemas orgánicos o trastornos del sueño. También incluye síntomas tales como, manía, hipomanía y "estados de excitación" (8). Estos síntomas generalmente se resuelven al cabo de 2 días después de la interrupción del estimulante, aunque también se han descrito síntomas de una duración de 6 días o más. Sin embargo, y en vista de una mayor vulnerabilidad a la psicosis con el empleo de estimulantes se debe estimar la prudencia cuando se prescriben a los niños y jóvenes con antecedentes familiares de psicosis o antecedentes de episodios psicóticos. De hecho, los síntomas inducidos por altas dosis de estimulantes pueden ser el modelo para la comprensión de algunas formas de psicosis y manía (9). Así, los productos que contienen MPH y anfetaminas se clasifican en la Lista de sustancias controladas por la Administración de Control de Drogas.

Entre las circunstancias especiales descritas por ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents, antes de comenzar el tratamiento con medicamentos para los adolescentes con TDAH recién diagnosticados, se debe valorar los posibles síntomas del abuso de sustancias, controlar los síntomas y las recetas dispensadas en busca de signos de mal uso o tráfico de estos psicofármacos y considerar la prescripción de medicamentos sin potencial de abuso, tales como la atomoxetina y guanfacina de liberación

prolongada (no disponible en España) o de clonidina que no son estimulantes, o estimular con medicamentos de menos potencial de abuso, tales como lisdexanfetamina que contiene una molécula de lisina adicional, que sólo se activa después de la ingestión (10) (si bien, esta última tampoco está disponible en España).

Los clínicos que tratan a pacientes con TDAH se enfrentan al desafío de tratar los síntomas principales de TDAH teniendo en cuenta el riesgo significativo de TUS. Ante esta disyuntiva, la comprensión de las relaciones posibles entre el TDAH y el abuso de sustancias es importante, tanto para implementar estrategias de prevención como para la elaboración de nuevos enfoques de tratamiento.

CASO CLINICO

Presentamos el caso de AH, varón de 17 años, hijo único quien lleva aproximadamente año y medio consumiendo cannabis (10 a 15 “porros”/día) aunque modificaba el ritmo de consumo en función del dinero que tenía. Considera que a raíz de este consumo de porros han empeorado las relaciones con sus padres con los que dice haber ido perdiendo progresivamente la confianza. No obstante cree que la responsabilidad de ingreso recae sobre ellos y no acaba de entender bien el motivo por que le trajeron a urgencias. Sin embargo refiere que la cabeza le iba demasiado deprisa. “Creo que el cannabis me estaba controlando, pero solo hay que querer tener el control de nuevo para recuperarlo”.

A los 8 años es diagnosticado de TDAH y Trastorno negativista desafiante. Comenzó tratamiento con Strattera (atomoxetina) 60mg antes de iniciar el bachillerato. Hace aproximadamente dos años el paciente decidió abandonarlo ya que dice no haber percibido mucha mejoría con dicha medicación y también poder consumir porros.

Según explica la familia la relación con él ha sido difícil casi desde siempre, aceptando mal las indicaciones que se le hacen y discutiendo con facilidad. Además, en el último año les había ido faltando al respeto cada vez con mayor frecuencia e intensidad. Asimismo, sus resultados escolares buenos hasta ahora, habían empezado a ser malos últimamente. También refiere la familia que en el último mes se había alterado su ritmo de sueño. Le encontraban inquieto entrando y saliendo frecuentemente de la habitación. A veces le veían muy pensativo, aunque cuando le preguntaban repetía que lo tenía todo claro,

sin ser capaz de dar más explicaciones. En definitiva, resumen la situación como “estaba rarísimo, muy nervioso, hablando y escribiendo cosas raras”.

Antecedentes personales

El paciente es hijo de un embarazo matrimonial, deseado, de 40 semanas de duración que cursó sin ninguna alteración. El parto fue hospitalario y distócico pues presentó sufrimiento fetal por lo que precisó de cesárea, pesó 3,2kg. La lactancia fue natural y duró tres meses. La adaptación a la alimentación complementaria fue buena. Le definen en el primer año de vida como un niño normal, “avisado y despierto”. Comenzó a caminar a los 12 meses y el desarrollo del lenguaje fue muy temprano. El control de los esfínteres lo adquirió a los dos años y únicamente refieren que a los 15 meses tuvo una etapa de terrores nocturnos. Inició la escolarización a los 18 meses en la guardería y explican que lloró mucho. Después, cuando inició el colegio iba contento. Hizo la primaria en el pueblo con buenos resultados aunque dice que le costó adaptarse porque no se sentía bien aceptado por sus compañeros. Finalizó la ESO y empezó el Bachillerato pero según el mismo dice “tenía vagancia y ahí fue donde me tiré a los porros”, por lo que inició un Módulo de Grado Medio que actualmente está cursando en la rama de electricidad.

Antecedentes familiares

La madre tiene 45 años y realizó estudios primarios. Trabaja en el servicio de limpieza y estuvo en tratamiento psiquiátrico por depresión. Tiene además un hipotiroidismo compensado. Es la segunda de una fratria de siete hermanos y una de sus hermanas está en tratamiento por trastorno depresivo. El abuelo paterno falleció de un infarto agudo de miocardio y la abuela materna tiene 74 años y es diabética. Asimismo la madre explica que tiene una prima carnal aquejada de esquizofrenia.

El padre tiene 46 años y estudió formación profesional. Es jefe de mantenimiento. Está diagnosticado de un síndrome de apnea del sueño y es el mayor de una fratria de tres hermanos, uno de los cuales fue toxicómano (dependiente a la heroína) y creen que pudo tener un Trastorno por Déficit de Atención por Hiperactividad no diagnosticado. El abuelo paterno falleció a los 71 años por una insuficiencia respiratoria y la abuela paterna tiene 73 años.

Exploración psicopatológica

Paciente de tipo normosómico, aspecto aseado, con

gafas. Consciente y orientado auto y alopsíquicamente. Abordable y colaborador. No muestra signos de ansiedad durante la entrevista. Es capaz de permanecer correctamente sentado y también de mantener un buen nivel de atención, aunque le cuesta centrarse en su discurso cambiando de tema sin una vinculación aparente. Bloqueo mental. Refiere haber tenido antes del ingreso, la sensación de aceleración del pensamiento, con vivencias de influencia, suspicacia, perplejidad, ensimismamiento e ideación delirante autorreferencial escasamente estructurada y acompañada de extrañeza de sí mismo.

Exploraciones complementarias

o Determinación de tóxicos en orina: positivo para benzodiazepinas y cannabis.

o RMN: No se detectan alteraciones densitométricas ni morfoestructurales que sugieran patología.

Exploración psicológica

A) Escala de inteligencia Wechsler para adultos – III (WAIS-III)

- CI total: 109
- CI Verbal: 106
- CI Manipulativo: 113
- Comprensión Verbal: 106
- Organización Perceptiva: 117
- Memoria de Trabajo: 102
- Velocidad de Procesamiento: 98

B) Test Gueústico visomotor de BENDER (Sistema de valoración de Koppitz)

- PD = 0
- EDVM = Completado

C) Test Gueústico visomotor de BENDER (Sistema de valoración de Pascal y Suttell)

- PD = 8
- Criterio = sano

D) Test de colores y palabras Stroop

- Puntuación de palabras: PT=47
- Nominación de colores: PT=41
- Nominación palabras-colores: PT=42
- Interferencia colores-palabras: PT=22

E) Test de Atención d2

- Total de Aciertos (TA): PC = 70
- Total Errores Omisión: PC = 99
- Total Errores Comisión: PC = 80
- Concentración (CON): PC = 55
- Efectividad (TOT): PC = 60
- Variabilidad (VAR): PC = 29

- Total de Respuestas (TR): PC = 50
- Línea Mayor (L+): PC = 37
- Línea menor (L-): PC = 83

F) Test de Caras

- Puntuación Directa = 44
- Puntuación centil = 45
- Puntuación eneatipo = 5

G) Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMII-III:

En cuanto a factores clínicos de personalidad y patología grave de personalidad, no aparecen puntuaciones que sugieran la presencia de algún rasgo de personalidad significativo en este paciente. Destaca una elevada ansiedad, con sentimientos vagamente aprensivos, tenso, indeciso e inquieto. Presenta de manera notable preocupación y expectación, hipervigilancia del propio ambiente, nerviosismo y susceptibilidad generalizada.

Diagnóstico

Eje I	F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia. F12.25 Dependencia de cannabis con consumo continuo. F90.00 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG al ingreso de 40 y al alta de 80

Evolución y tratamiento

Nada más hacer el ingreso se instauró un tratamiento con Olanzapina a dosis de 10 mg/día con buena tolerancia y respuesta, de manera que los síntomas psicóticos desaparecen en muy poco tiempo y se normaliza el curso y contenido de su pensamiento. Así, la desconfianza que mostraba en los primeros dos días del ingreso va desapareciendo. También es capaz de dormir de forma más adecuada. Sin embargo, pese a que en las consultas asegura que se ha dado cuenta de que tiene problemas por el con-

sumo de cannabis, en las visitas con los padres se muestra imperativo con ellos y les pide que soliciten su alta voluntaria, llegando a enfadarse hasta el punto de que los padres deben marcharse antes de tiempo. Es capaz también de explicar que la semana previa al ingreso tuvo la sensación de pérdida de control sobre sus pensamientos que iban muy acelerados y que no tenían una conexión lógica entre sí. También refiere que cuando iba por la calle tenía la sensación de que lo miraban mal. En la unidad se perciben algunos momentos de posible bloqueo del pensamiento, así como perplejidad y ensimismamiento. Relata, riéndose, algunos problemas de contenido legal que le ha provocado su adicción a los porros: fue visto por la policía durante un recreo escolar fumando porros, lo que notificaron a sus padres.

Resulta llamativo cómo al finalizar la primera semana del ingreso y estar más controlados los síntomas psicóticos, empieza a aparecer una llamativa inquietud acompañada de impulsividad, de manera que demanda constantemente el ser dado de alta, ya que dice no encontrarse a gusto en los sitios cerrados e incluso aqueja cefalea ocasional. Constantemente dice que el tiempo se le hace muy largo, que se aburre y que es incapaz de hacer nada que le divierta. Es decir, en el momento que se controla la psicopatología psicótica queda en un primer plano la impulsividad, la escasa tolerancia a la frustración y la inquietud psicomotriz, síntomas propios del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad que tenía como patología de base. Así, se decidió reinstaurar el tratamiento con Atomoxetina, descartándose el Metilfenidato por su potencial capacidad para exacerbar la psicopatología psicótica. En el momento del alta ya se ha alcanzado la dosis terapéutica de 60mg /día, con buena tolerancia, aunque quizá no haya dado tiempo a observar todo el potencial del fármaco, el paciente reconoce una cierta mejoría en la concentración a la hora de hacer las tareas.

Pese a que se hacen algunas salidas programadas de fin de semana y que al volver de las mismas los controles de tóxicos dan negativos, progresivamente el estado de ánimo va siendo más bajo y disfórico, hasta que es capaz de explicar que fue víctima de una situación de abuso que le está produciendo mucho malestar ya que está re-memorando hechos del pasado y no sabe muy bien como afrontar el futuro.

Se han mantenido entrevistas periódicas con los padres que refieren no haber sido capaces de descubrir que su hijo estaba consumiendo cannabis; aunque si habían

notado un empeoramiento en la conducta del paciente, quién pidió al padre plantar unas plantas de cannabis en el jardín como si fuera un “experimento científico” y bajo la promesa de mejorar sus rendimientos escolares.

Como dato positivo hay que reseñar que ambos padres están de acuerdo en las normas y refuerzos que establecen con AH y en todo momento han apoyado los permisos de fin de semana. Progresivamente reconocen que la actitud del paciente ha ido cambiando, mostrándose más accesible a las normas e incluso más comunicativo con la familia.

Tras el alta, en consulta nos comunica que se mantiene la buena relación con los padres, ha cambiado de amistades para intentar favorecer su abstinencia al cannabis (de hecho daba negativo en todos los controles de tóxicos), y ha vuelto a tener buenos resultados académicos.

DISCUSIÓN

El uso de estimulantes para tratar el abuso de sustancias en pacientes con TDAH es complejo. Se requiere evaluar la fiabilidad de los pacientes, y así como de los demás miembros de la familia. Todos ellos también deben ser informados de los riesgos potenciales del uso de estimulantes.

Ha de considerarse además si el trastorno por uso de sustancias es un problema actual o pasado, si ha habido períodos de abstinencia, y si la persona participa activamente en el tratamiento de abuso de sustancias. Así, es fundamental saber si hay una historia de abuso de estimulantes. Si es así, se debe aclarar las razones para su uso en el pasado.

Se considera de menor riesgo el antecedente de consumo esporádico de algún tóxico, exceptuando, posiblemente la nicotina. Es de riesgo moderado en los pacientes que consumen habitualmente alcohol o cannabis, así como de otro tipo de drogas. Mientras que se consideran de alto riesgo los pacientes que en la actualidad consumen estimulantes, o previamente han tenido dependencia a la cocaína, o a los opiáceos (incluyendo fármacos con recetas) (10).

Los estimulantes como agentes de primera línea en el tratamiento del TDAH se pueden utilizar de manera segura en el grupo de menor riesgo. La familia debe participar, sobre todo cuando el paciente es un adolescente (10).

Con pacientes de riesgo moderado, es preciso hacer un control más estrecho que incluyan frecuentes controles toxicológicos en orina. Otras medidas que pueden ser de ayuda, son la inclusión de grupos de autoayuda, y el ase-

soramiento específico sobre drogodependencia (10).

En el grupo de mayor riesgo, el tratamiento del TDAH se puede retrasar hasta un cierto nivel de remisión de uso de sustancias o disminución en el consumo de sustancias durante semanas o meses. La atomoxetina y el bupropión se debe considerar de primera elección, reservando el uso de estimulantes sólo bajo estricta supervisión y con un cuidadoso control (10), teniendo en cuenta que en caso de usar psicoestimulantes se deben evitar las formulaciones de liberación inmediata. Así, el metilfenidato de liberación prolongada se puede utilizar en el TDAH con riesgo de TUS, aunque estarían contraindicados en los síntomas psicóticos.

El tratamiento debe ser la consecuencia de una cuidadosa evaluación diagnóstica del TDAH y los TUS comórbidos. Ante la presencia de TUS grave o problemático será necesario tratar y estabilizar primero al paciente, lo que permitirá reevaluar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en relación con el TDAH.

Las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales son de utilidad en el tratamiento del TDAH y TUS, especialmente en combinación con el tratamiento farmacológico para optimizar su eficacia y abordar aquellos síntomas residuales y alteraciones funcionales que persisten a pesar de la medicación.

Respecto a nuestro paciente, en este último año después del ingreso, se confirma la no adherencia al tratamiento, mientras persiste el consumo de cannabis, por lo que ha precisado de un último ingreso en la unidad hospitalización de adulto por dicho consumo. Tras una moderada mejoría en cuanto a la relación familiar, esta vuelve a deteriorarse. Así, la falta de un entorno familiar adecuado y la no adherencia al tratamiento farmacológico, dificulta aún más la intervención psicoterapéutica. Hasta el momento, el paciente no ha presentado sintomatología psicótica en relación al consumo de cannabis, aunque encajaría dentro de la población de moderado riesgo, ya que éste no toma la medicación y consume cannabis de manera habitual.

La familia es de gran importancia si los objetivos que nos planteamos son disminuir los síntomas del TDAH y prevenir el consumo de sustancias. A través de la intervención psicológica con la familia se consigue una mejora objetiva del manejo de contingencias, un desarrollo adecuado de los estilos de comunicación y una supervisión adecuada por parte de los padres. De esta manera se desarrollan patrones educativos adecuados en el entorno familiar que ayuden a los adolescentes a responsabi-

lizarse de sus actos, ser autónomos y desarrollar hábitos de vida saludables.

En definitiva, una combinación de tratamiento farmacológico y psicológico, probablemente será lo más beneficioso para esta población difícil de tratar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biederman J, et al. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry* 1998; 44: 269-273.
2. Wilens T, et al. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 475-482.
3. Biederman J, et al. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652-1658.
4. Biederman, Monuteaux, et al. Characteristics of adolescents and young adults with ADHD who divert or misuse their prescribed medications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 408-14.
5. Schiffer et al. Therapeutic doses of amphetamine or methylphenidate differentially increase synaptic and extracellular dopamine. *Synapse* 2006; 59: 243-51.
6. Koob & Nestler. The neurobiology of drug addiction. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9: 482-97.
7. Wilens T, Faraone S, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of ADHD beget later substance abuse: A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111: 179-85.
8. J. Graham, T. Banaschewski, J. Buitelaar, D. Coghill, M. Danckaerts, R. W. Dittmann, M. Döpfner et al. European guidelines on managing adverse effects of medication for ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 17-37.
9. Randal G. Ross. Psychotic and Manic-like Symptoms During Stimulant Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1149-1152.
10. Kollins Scott H. ADHD, Substance Use Disorders, and Psychostimulant Treatment: Current Literature and Treatment Guidelines. *J Att Dis* 2008; 12: 115-125.