



Exposición: Sanidad Militar Española
"Historia y aportación a la ciencia"
Granada 2014



I Congreso de Sanidad Militar

"Sanidad Militar: 500 años en evolución"
www.exposanidad.es/congreso.html

Sede:
Parque de las Ciencias
Avda. de la Ciencia s/n
18006 Granada
España



Ministerio de Defensa
IGESAN

Granada - 22, 23, 24 y 25 de Octubre de 2014



RESUMEN COMUNICACIÓN / PÓSTER

TÍTULO

ESTUDIO PREVALENCIA DE TDAH COMORBIDO AL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ADULTA

AUTORES

Arance-Maldonado, J.A.¹; Ávalos-López, J.L.¹; Roca-Torres, B.²; Arance-González, T.¹; González -Sánchez, M.¹

¹. Asociación TDAH – Almería,

². Centro Penitenciario de Morón de la Frontera Sevilla II Sevilla

PALABRAS CLAVES

Trastorno de déficit de atención y consumo de drogas, patología dual.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Se inicia en la infancia, con una elevada prevalencia a nivel mundial (8%-12%) (Biederman y cols., 2005). Desde los años 70 del siglo pasado se ha observado que el TDAH persiste en la edad adulta en más del 50% de los casos (Wilens y cols., 2004a; Biederman y cols., 2005.). Los resultados del National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) indican una prevalencia del TDAH en adultos del 4.4% (Kessler y cols., 2005), congruentes con otros estudios (Kooij y cols., 2005). Tanto en la adultez como en la infancia, el TDAH se ha asociado a un patrón general de problemas en el rendimiento académico, la adaptación social, familiar y laboral, generando unos elevados costes económicos (Birnbaum y cols., 2005; Ramos-Quiroga y cols., 2005). Se dispone de diferentes instrumentos de evaluación en adultos, que facilitan la detección y correcta exploración de los síntomas (Murphy y Adler, 2004). Los tratamientos psicofarmacológicos y psicológicos empleados en niños y adolescentes, también se han mostrado eficaces en adultos con TDAH (Wilens, 2003; Safre y cols., 2005). Así, tanto la historia familiar, los correlatos clínicos, los estudios neurobiológicos, la evolución y la respuesta al tratamiento, sustentan su validez en adultos (Faraone y cols., 2000).

Desde la aparición del DSM III se detalla la persistencia del TDAH en adultos y la posibilidad de realizar el diagnóstico en esta etapa de la vida (Ramos-Quiroga y cols., 2005). En el actual DSM-IV-TR, los criterios que definen la presencia de un TDAH en adultos son los mismos que los empleados en la infancia (APA, 2002). Esta situación es uno de los motivos del infradiagnóstico del trastorno en adultos, ya que con la edad existe una modificación de los síntomas que no se refleja en el DSM-IV-TR (McGough y Barkley, 2004). La hiperactividad, y en menor medida la impulsividad, disminuyen su intensidad en adultos y se modifica su expresión clínica. La inatención se mantiene prácticamente invariable respecto a la infancia y adolescencia (Biederman y cols., 2000).

El DSM-IV-TR define tres subtipos de TDAH, que por orden de mayor a menor frecuencia en adultos son: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo (Wilens y Dodson, 2004b). El diagnóstico de TDAH residual se emplea en pacientes con un TDAH desde la infancia, que no cumplen en la adultez con el criterio de presentar 6 o más síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, pero los síntomas que exhibe causan un malestar significativo (Wilens y Dodson,

Secretaría "I Congreso de Sanidad Militar"

Inspección General de Sanidad

Glorieta del Ejército s/n

28047 Madrid

Telf. (+34) 91 422 29 69

secretariacongreso@exposanidad.es



Exposición: Sanidad Militar Española
"Historia y aportación a la ciencia"
Granada 2014



I Congreso de Sanidad Militar

"Sanidad Militar: 500 años en evolución"

www.exposanidad.es/congreso.html

Sede:
Parque de las Ciencias
Avda. de la Ciencia s/n
18006 Granada
España



Ministerio de Defensa
IGESAN

Granada - 22, 23, 24 y 25 de Octubre de 2014



2004b). También se puede realizar el diagnóstico de TDAH no especificado, cuando no se cumple uno de los criterios diagnósticos exigidos (APA, 2002).

Los adultos con TDAH que presentan problemas de atención, muestran una serie de síntomas que les causan problemas de adaptación en diferentes situaciones. Frecuentemente refieren perder objetos, ser despistados, cometer errores en la realización de tareas por inatención, no planificar sus actividades, un mal manejo del tiempo, alta distractibilidad, problemas para mantener la atención en tareas que requieren concentración, postergar tareas y tener dificultades en concluir las (Wilens y Dodson, 2004). Estos síntomas son la expresión clínica de alteraciones neuropsicológicas en diferentes funciones ejecutivas, como la memoria de trabajo y la inhibición del impulso (Schoechlin y Engel, 2005). La impulsividad se refleja clínicamente como problemas de autocontrol, de no pensar antes de actuar. De esta forma, tienen problemas para esperar su turno o por responder preguntas precipitadamente cortando la palabra a los otros (Faraone y cols., 2004a).

La hiperactividad es el conjunto de síntomas que muestra una mayor diferencia en los adultos respecto a los niños. En la adultez no se observa generalmente que la persona se suba a sillas, mesas o que tenga una energía inagotable y que corra en un lugar en el que hay que estar quieto. La hiperactividad en esta edad es más interna, sintiendo el paciente una inquietud subjetiva interior, la sensación de un motor que no cesa, que le causa dificultades para relajarse. Al igual que en la infancia, mueven las piernas o juegan con las manos cuando están sentados, toleran mal tener que estar en reposo sin moverse durante periodos de tiempo largos, muestran una tendencia a la verborrea y a hablar con voz muy alta (Wilens y Dodson, 2004).

EL TDAH EN MEDIO PENITENCIARIO

Se han realizado diferentes estudios internacionales, tanto en América como en Europa, que han evaluado la prevalencia del TDAH en medio penitenciario (Arance y cols. Congreso de Sanidad Penitenciaria Murcia, 2008). Estos trabajos han hallado una frecuencia mucho mayor en la población reclusa que la esperable en la población general. Se ha observado que los reclusos con conductas psicopáticas presentan con mayor frecuencia antecedentes de TDAH en la infancia (Johansson y cols., 2005).

Con anterioridad se ha referido que las personas que padecen un TDAH muestran una peor adaptación social y laboral, y la presencia del trastorno comporta un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como las drogodependencias. El TDAH está considerado como patología DUAL. En el caso concreto de las toxicomanías, se ha observado que el TDAH empeora su pronóstico, asociándose a un mayor riesgo de recaídas en los consumos. Por todas estas razones, el TDAH genera un elevado coste económico a nivel social. En la actualidad se dispone de instrumentos de evaluación del TDAH en adultos en castellano. Esto facilita la detección de casos con TDAH, lo que será de suma importancia para poder aplicar las diferentes opciones terapéuticas.

Se trata de un trastorno con una excelente respuesta al tratamiento psicofarmacológico. El fármaco de elección tanto en niños como en adultos es el metilfenidato, ya que más del 70% de personas con TDAH responden correctamente al tratamiento con metilfenidato. Los abordajes psicológicos de tipo cognitivo-conductual permiten incrementar la eficacia del tratamiento farmacológico.

Las repercusiones negativas que conlleva la presencia de un TDAH, conjuntamente con la elevada respuesta a los tratamientos existentes, comporta que la detección y el diagnóstico del trastorno en poblaciones de riesgo, como en el medio penitenciario, sean necesarios.

Secretaría "I Congreso de Sanidad Militar"

Inspección General de Sanidad

Glorieta del Ejército s/n

28047 Madrid

Telf. (+34) 91 422 29 69

secretariacongreso@exposanidad.es



Exposición: Sanidad Militar Española
"Historia y aportación a la ciencia"
Granada 2014



I Congreso de Sanidad Militar

"Sanidad Militar: 500 años en evolución"

www.exposanidad.es/congreso.html

Sede:
Parque de las Ciencias
Avda. de la Ciencia s/n
18006 Granada
España



Ministerio de Defensa
IGESAN

Granada - 22, 23, 24 y 25 de Octubre de 2014



OBJETIVOS

- 1º El presente estudio tiene diversos objetivos, siendo el principal objetivo evaluar la frecuencia de TDAH, como patología DUAL en una muestra de pacientes reclusos en prisión, destinados en el modulo terapéutico de drogas
- 2º objetivo valorar la eficacia del cuestionario autoadministrado Escala ASRS 1.1 (versión de 6 ítems)
- 3º si hay mayor prevalencia de HIV+ y Hepatitis Vírica C en los pacientes con TDAH
- 4º Valorar si los pacientes TDAH presenta una historia de consumo de drogas precoz en relación al los pacientes no TDAH

MATERIAL Y MÉTODO

Se registrarán los datos sociodemográficos y se emplearán diferentes cuestionarios autoadministrados para evaluar la presencia en la infancia y en la edad adulta del TDAH. Los cuestionarios son los siguientes:

- 1- Se realizará la Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward y cols., 1993; Rodriguez-Jimenez y cols., 2001): Cuestionario autoadministrado que consta de 61 ítems con una puntuación que va de 0 a 4. Este instrumento evalúa de manera retrospectiva la presencia de síntomas de TDAH.
- 2- ADHD Rating Scale (DuPaul y cols., 1998): Cuestionario que incluye los 18 ítems referidos a los criterios DSM-IV-TR. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 y permite determinar la presencia de cada uno de los síntomas en un individuo.
- 3- Escala ASRS 1.1 (versión de 6 ítems): Cuestionario de 6 ítems donde cada uno se divide en una escala likert desde "nunca" hasta muy frecuente. Cuatro respuestas con frecuencia de síntomas elevada sugiere un TDAH.
- 4- Entrevista sistematizada para el diagnóstico de TDAH y diagnóstico diferencial de otras patologías psiquiátricas (DIVA 2.0)

RESULTADOS

La muestra es de 160 pacientes varones, con una edad desde 21 años a los 52 años, politoxicómanos crónicos de larga evolución. Presentaron una prevalencia de TDAH del 22% (N 35). Solo dos pacientes dieron un falso positivo en el cuestionario autoadministrado Escala ASRS 1.1, que fueron descartados por las dos escalas que se le hicieron junto a la entrevista sistematizada (Diva2.0) siendo diagnosticados de SMD y T Somatomorfo, por otro lado los valores altos o próximos a ser considerados positivos 13/3 en cuestionario autoadministrado Escala ASRS 1.1, se confirmaron que no eran TDAH (fueron diagnosticados Tr Impulso y Tr. ansiedad por lo que hemos comprobado que el cuestionario autoadministrado Escala ASRS 1.1 es una buena herramienta para el screening de TDAH en la población.

Comparando los resultados de serología entre los dos grupos de trabajo: TDAH y Control, no se encuentra diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos entre sí. (prevalencia de HIV + 16,07% de la población control eran positivos frente a un 14,29% de internos con TDAH). Lo que sí se puede entender es que los TDAH presentan un 42,86% de POSITIVOS para HVC (6'67% más HVC en TDAH que en Control); HVC está en el 40,18 % de la muestra control sin TDAH frente a un 42,86% de pacientes con TDAH, posiblemente relacionado con una mayor exposición de riesgo ante drogas vía IV. (5 sobre 22 consumían Heroína IV; 6 sobre 24 consumían Cocaína IV; 8 sobre 28 consumían ambas vía IV, un 28'57% de los 28 TDAH) frente a el grupo Control (16 sobre 75 consumían Heroína IV; 21 sobre 86 consumían Cocaína IV; 26 sobre 112 consumían ambas vía IV, un 23'21% de los 112 Control) (23'09% más HVC en TDAH que en Control) respecto a la infección por el virus de la hepatitis B no se ha podido sacar conclusiones al estar inmunizados el 97% de la población. Con respecto a la historia toxicológica, analizando individualmente el inicio y porcentaje de consumo de drogas asociadas a TDAH versus el grupo Control: HEROÍNA: Si bien en ambos grupos el inicio es similar, es mayor porcentaje en los pacientes con TDAH que consumen HEROÍNA (18'18%) (entre los 12 y 15 años de edad de

Secretaría "I Congreso de Sanidad Militar"

Inspección General de Sanidad

Glorieta del Ejército s/n

28047 Madrid

Telf. (+34) 91 422 29 69

secretariacongreso@exposanidad.es



Exposición: Sanidad Militar Española
"Historia y aportación a la ciencia"
Granada 2014



I Congreso de Sanidad Militar

"Sanidad Militar: 500 años en evolución"

www.exposanidad.es/congreso.html

Sede:
Parque de las Ciencias
Avda. de la Ciencia s/n
18006 Granada
España



Ministerio de Defensa
IGESAN

Granada - 22, 23, 24 y 25 de Octubre de 2014



inicio). Con relación a la cocaína: El inicio es más precoz en el grupo TDAH yendo en aumento con un máximo a los 14 años (25%) y siendo superior incluso hasta los 15 años de edad. En el grupo Control el inicio es más tardío y con menor incidencia en porcentaje. Y respecto al consumo de THC: El inicio es mayor en los TDAH alcanzando el máximo más rápidamente que con las otras dos drogas, a los 12 años (27'27%), manteniéndose por encima hasta los 15 años.

CONCLUSIONES

- 1º La prevalencia de TDAH en el módulo terapéutico es de un 22%, bastante alta en comparación a la prevalencia estimada en la población general 4,4% (Kesler y cols). Y la estimada en pacientes con patología DUAL (TDAH/TUS)
- 2º La Escala ASRS 1.1 (versión de 6 ítems) de la OMS, es un buen método de screening, para realizar en la población adulta
- 3º No se puede demostrar que el ser TDAH sea un factor de riesgo para contraer infección por el virus del SIDA o de la HVC, pero en este estudio sí hemos visto que las vía consumo IV, es más alta en los pacientes con TDAH, y por ello es un factor de riesgo.
- 4º referente a la edad de inicio de consumo de drogas el inicio es similar, y respecto a las drogas consumidas los pacientes con TDAH que consumen HEROÍNA (18'18%) y el consumo de cocaína es más precoz en el grupo TDAH a igual que el consumo de THC: El inicio es mayor en los TDAH alcanzando el máximo más rápidamente que con las otras dos drogas, a los 12 años (27'27%), manteniéndose por encima hasta los 15 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson.
2. Biederman J, Mick E, Faraone SV (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry; 157: 816-18.
3. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 237-48.
4. Birnbaum HG, Kessler RC, Lowe SW, Secnik K, Greenberg PE, Leong SA, y cols. (2005). Costs of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) in the US: excess costs of persons with ADHD and their family members in 2000. Curr Med Res Opin; 21: 195-206.
5. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. (1999) Conners Adult ADHD Rating Scales. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems.
6. DuPaul G, Power T, Anastopoulos A, Reid R. (1998): ADHD Rating Scales, IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. New York, NY: Guilford Press.
7. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, y cols. (2000). Attention-deficit/Hyperactivity disorder in adults: an overview. Biological Psychiatry 2000; 48:9-20.
8. Faraone SV, Spencer TJ, Montano B, Biederman J (2004a). A Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. A survey of current practice in psychiatry and primary care. Arch Intern Med; 164:1221-1226.
9. Johansson P, Kerr M, Andershed H. Linking adult psychopathy with childhood hyperactivity-impulsivity-attention problems and conduct problems through retrospective self-reports. J Personal Disord. 2005;19(1):94-101.
10. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R,
11. Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. (2005) The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med. 2005 ;35(2):245-56.

Secretaría "I Congreso de Sanidad Militar"

Inspección General de Sanidad

Glorieta del Ejército s/n
28047 Madrid

Telf. (+34) 91 422 29 69

secretariacongreso@exposanidad.es



Exposición: Sanidad Militar Española
"Historia y aportación a la ciencia"
Granada 2014



I Congreso de Sanidad Militar

"Sanidad Militar: 500 años en evolución"

www.exposanidad.es/congreso.html

Sede:
Parque de las Ciencias
Avda. de la Ciencia s/n
18006 Granada
España



Ministerio de Defensa
IGESAN

Granada - 22, 23, 24 y 25 de Octubre de 2014



12. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry; 62: 617-27.
13. Kooij JJ, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodiament
14. PP (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a
15. population-based sample of adults. Psychol Med; 35: 817-27.
16. McGough JJ, Barkley RA (2004). Diagnostic Controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry 161:1948-1956.
17. Murphy KR, Adler LA. (2004). Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. J Clin Psychiatry; 65 Suppl 3:12-7.
18. Ramos-Quiroga J.A., Bosch R., Escuder G., Castells X., Casas M (2005). TDAH en el adulto: perspectiva clínica. In Pichot P, Ezcurra J., González-Pinto A., Gutiérrez M, eds. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L; . p. 399-443.
19. Rodríguez-Jimenez R, Ponce G, Monasor R, Jimenez-Gimenez M, Perez-Rojo JA, Rubio G, Jimenez Arriero, Palomo T. (2001) Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood. Rev Neurol, Jul 16-31; 33(2):138-144.
20. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J (2005) Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behaviour Research and Therapy; 43: 831-42.
21. Schoechlin C, Engel RR (2005). Neuropsychological performance in adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis of empirical data. Arch Clinical Neuropsychology; 20: 727-44
22. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW.(1993) The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, Jun; 150(6):885-90.
23. Wilens TE (2003). Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder Drugs; 63: 2395-411.
24. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J (2004a). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. JAMA. 2004; 292: 619-23.
25. Wilens TE, Dodson W (2004b). A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. J Clin Psychiatry.;65:1301-1

Secretaría "I Congreso de Sanidad Militar"

Inspección General de Sanidad

Glorieta del Ejército s/n

28047 Madrid

Telf. (+34) 91 422 29 69

secretariacongreso@exposanidad.es