



TDAH y PATOLOGÍA DUAL

ENCUENTRO LUSOGALAICO
Las Adicciones en el siglo XXI

Vigo 26-27 Febrero 2015



TDAH y PATOLOGIA DUAL

**CSM Uribe(Tox) : Miguel.A
Landabaso, Helena Senra, Margarita
Diaz, Irene Blanco, Nuria Gonzalez.**



TDAH y TUS (Polémica)

- **Fenómeno de prevalencia variable y creciente, con etiología desconocida.**
- **Con respecto a los medicamentos se aprecia cierta eficacia en síntomas a corto plazo sin continuidad clara en las variables relevantes, por lo que deberían considerarse un recurso excepcional.**
- **Su relación con el abuso de sustancias permanece debatida y preocupa la actual tendencia a iniciar tratamientos en población adulta.**
- **Diagnostico de la industria farmacéutica.**



TDAH y TUS

- **Es más que la suma de las partes**
- **Sinergia**
- **Cambios en la patoplastia**



TDAH y TUS

- **Los estudios clínicos han puesto de manifiesto una relación entre el TDAH y el TUS y que el solapamiento existente entre ambos es bidireccional.**

(Wilson et al 2005; Wilens et al 2008)

TDAH y TUS

- **Entre un 15%-30% de los adolescentes con TDAH presentas TUS.**
- **Entre un 35%-55% de los adultos de ambos sexos con TDAH presentan un TUS.**

(Wilens et al 1997; Biederman et al 1995,1997; Molina et al 2003; McGough et al 2005; Wilens et al 2008)

TDAH y TUS

- **10%-75% de adultos con TUS presentan TDAH.** (Wilens et al 2008)
- **2%-83% de adultos con TUS presentan TDAH.**
(Hannesdottir et al 2001; Matsumoto et al 2005)
- **Meta-análisis reciente dice que el ratio de prevalencia es de 23'3% (10% al 54'1%).** (Van Emmerik-van Oortmerssen et al 2013)

TDAH y TUS (sustancias depresoras)

- **TDAH en Dependientes de alcohol del 21%-23%.**
- **TDAH en Dependientes de Cannabis del 40%-58%**
- **TDAH en Dependientes de Opiáceos del 4'5%-24'9%**

Daigre et al 2012

TDAH y TUS (ESTUDIO IASP)

G Model

DAD-4936; No. of Pages 9

ARTICLE IN PRESS

Drug and Alcohol Dependence xxx (2013) xxx-xxx



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Drug and Alcohol Dependence

journal homepage: www.elsevier.com/locate/drugalcdp



Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: Results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria^{☆,☆☆}

Geurt van de Glind^{a,b,*,1}, Maija Konstenius^{c,1}, Maarten W.J. Koeter^b,
Katelijne van Emmerik-van Oortmerssen^{b,e,q}, Pieter-Jan Carpentier^f, Sharlene Kaye^g,
Louisa Degenhardt^{g,u}, Arvid Skutle^h, Johan Franck^c, Eli-Torild Bu^h, Franz Moggiⁱ,
Geert Dom^j, Sofie Verspreet^j, Zsolt Demetrovics^k, Máté Kapitány-Fövény^{k,v},
Melina Fatséas^l, Marc Auriacombe^l, Arild Schillinger^m, Merete Møller^m, Brian Johnsonⁿ,
Stephen V. Faraoneⁿ, J. Antoni Ramos-Quiroga^o, Miguel Casas^o, Steve Allsop^p,
Susan Carruthers^p, Robert A. Schoevers^q, Sara Wallhed^r, Csaba Barta^s, Peter Alleman^t,
Frances R. Levin^d, Wim van den Brink^b, IASP Research Group²

RESULTADOS IASP

PREVALENCIAS DMS-IV Y DMS-5

	France (n=157)	Hungary (n=226)	Netherlands (n=129)	Norway (n=220)	Spain (n=222)	Sweden (n=168)	Switzerland (n=154)	Range (N=1276)
Childhood ADHD DSM-IV % (CI 95 %)	21.3 (14.9-27.7)	12.9 (8.6-17.3)	15.0 (8.9-21.2)	41.0 (34.5-47.5)	10.6 (6.5-14.6)	27.7 (20.9-34.5)	15.1 (9.4-20.8)	10.6-41.0
Childhood ADHD DSM-5 age of onset <12 % (CI 95 %)	23.2 (16.6-29.8)	12.9 (8.6-17.3)	15.0 (8.9-21.2)	42.3 (35.7-48.8)	13.0 (8.5-17.4)	29.1 (22.2-36.0)	15.6 (9.8-21.3)	12.9-42.3
Adult ADHD DSM-IV % (CI 95 %)*	11.2 (6.3-16.2)	5.4 (2.4- 8.3)	10.1 (4.9-15.3)	31.3 (25.2-37.5)	9.2 (5.4-13.0)	19.7 (13.7- 25.7)	6.1 (2.3-9.9)	5.4 – 31.3
Adult ADHD DSM-5** age of onset <12 and # symptoms 5/9 % (CI 95 %)	16.2 (10.5-22.0)	7.6 (4.1- 11.1)	11.8 (6.2-17.3)	32.6 (26.4-38.8)	10.6 (6.6-14.7)	22.4 (16.1-28.7)	7.7 (3.5-12.0)	7.6 – 32.6
Adult ADHD DSM-IV ADHD-NOS) ** Combined: age of onset <12 and # symptoms 4/9 % (CI 95 %)	16.9 (11.0-22.7)	8.9 (5.2-12.7)	12.3 (6.7-18.0)	34.5 (28.2-40.7)	10.6 (6.6-14.7)	22.4 (16.1-28.7)	8.2 (3.9-12.5)	8.2 – 34.5



TDAH y TUS

- **TDAH factor de riesgo o vulnerabilidad para el TUS.**
- **Impulsividad, síntoma importante del TDAH, puede facilitar el TUS.**
- **Genes DRD4 y DRD5 implicados en la fisiopatología del TUS y TDAH.**
- **Gen LPHN3 (Latrofilina 3)**
- **TDAH mayor consumo de tabaco.**



TDAH y TUS

- **TDAH es frecuente entre pacientes con TUS.**
- **La presencia de TDAH modifica el curso del TUS y viceversa.**
- **Aumenta el riesgo de cronicidad, de presentar más trastornos psicopatológicos y mayor gravedad del TUS.**

TDAH no tratado





Síntomas frecuentes





Problemas relacionados con la hiperactividad

- Incapacidad para relajarse
 - Sueño no reparador
- Estilo de vida excesivamente activo
- Movimiento constante inintencionado de las extremidades
- Búsqueda de estímulos o conductas antisociales



Problemas relacionados con la impulsividad

- **Comportamiento desinhibido**
 - **Abuso de alcohol, cannabis, cocaína, tabaco, cafeína**
 - **Violencia familiar**
- **Hablar o tomar decisiones sin pensar**

Problemas relacionados con la falta de atención

- Mala organización e ineficacia
 - Procrastinación
- Incapacidad para hacer planes con antelación
 - Olvidos
- Dificultad para las multitareas
- Fallo en el cálculo del tiempo que requerirán las actividades
 - Incapacidad para llevar a cabo actividades
 - Distracción
- Problemas para seguir explicaciones largas

1. Asherson et al. *Br J Psychiatry* 2007;190:4–5.
2. Asherson. 1st European Network Adult ADHD Conference. London, 2011



Otros síntomas

- **Relacionados con el estado de ánimo:**

**Cambios rápidos y breves del estado de ánimo o excitación excesiva
(disregulación)**

Temperamento fuerte o arrebatos de enfado


Baja autoestima o sentirse insuficiente

Mala tolerancia al estrés o sentirse continuamente sobrepasado

- **Testarudez**
- **Accidentes de tráfico (u otros)**
- **Dificultad para conservar trabajos**
- **Relaciones inestables**
- **Incapacidad para alcanzar el potencial máximo (especialmente laboral)**

1. Asherson et al. *Br J Psychiatry* 2007;190:4–5.

2. Kooij et al. *BMC Psychiatry* 2010;10:67.



**ADDRESSING DUAL DIAGNOSIS
PATIENTS SUFFERING FROM
ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDERS AND COMORBID
SUBSTANCE USE DISORDERS AND
COMORBID SUBSTANCE USE
DISORDERS: A REVIEW OF TREATMENT
CONSIDERATIONS**

Jose Martinez-Raga et al (2013) ADDICTIVE DISORDERS & THEIR TREATMENT.



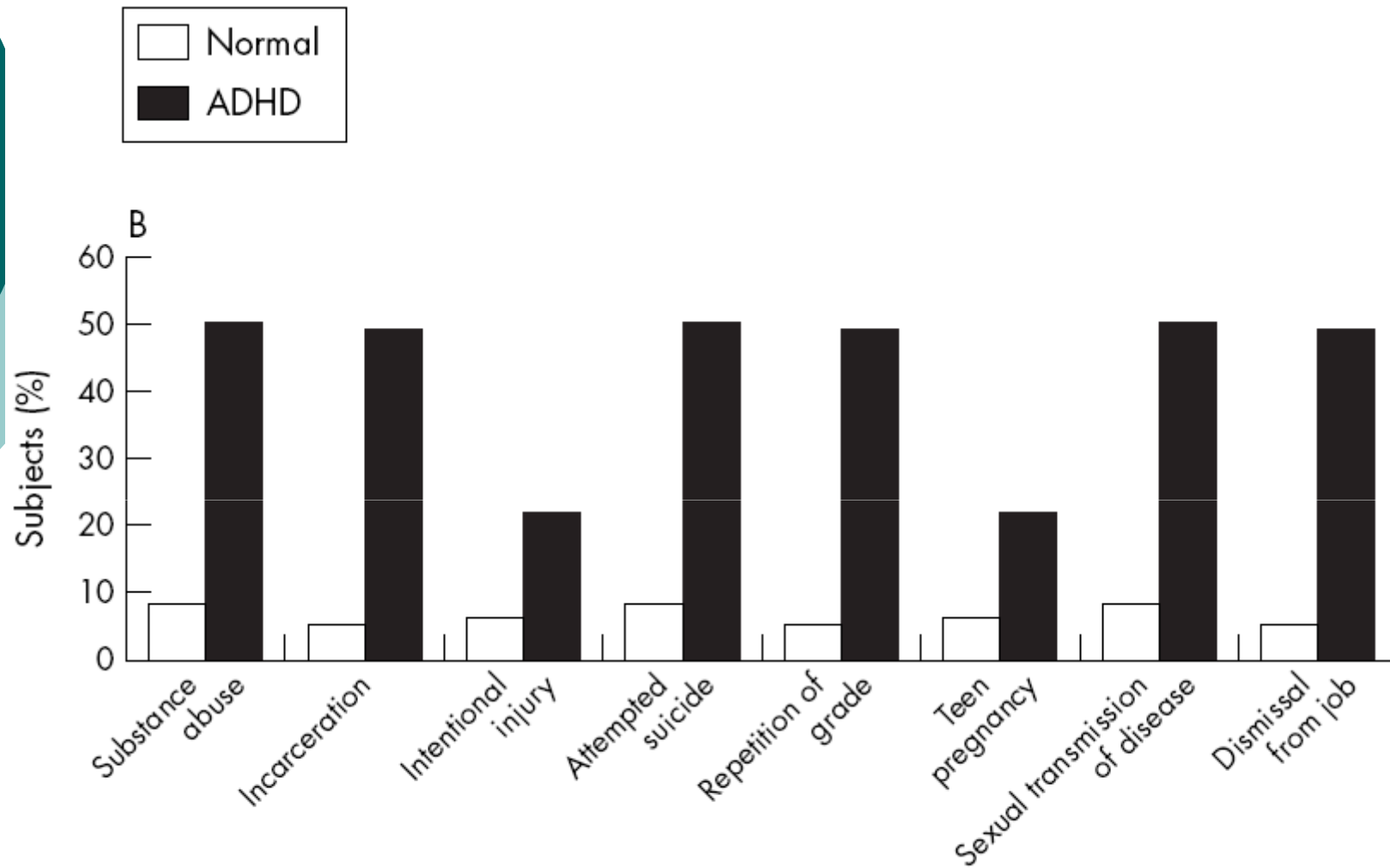
Jose Martinez-Raga et al (2013) ADDICTIVE DISORDERS & THEIR TREATMENT.

-There is a robust overlap between ADHD and SUD.

--Multiple studies have evidenced that ADHD is an independent risk factor for developing substance abuse or dependence.

-Prevalence of SUD is high among patients with ADHD.

- 15% to 25% of adults with an addictive disorder have comorbid
ADHD



Harpin, Arch Dis Child 90:2-7 (2005)

TDAH y TUS

- **Motivo de la relación:**

Búsqueda de grandes estímulos:

Componente inherente del TDAH (p. ej., búsqueda de la novedad)

Riesgo genético compartido

Alteración de las funciones sociales/académicas/laborales:

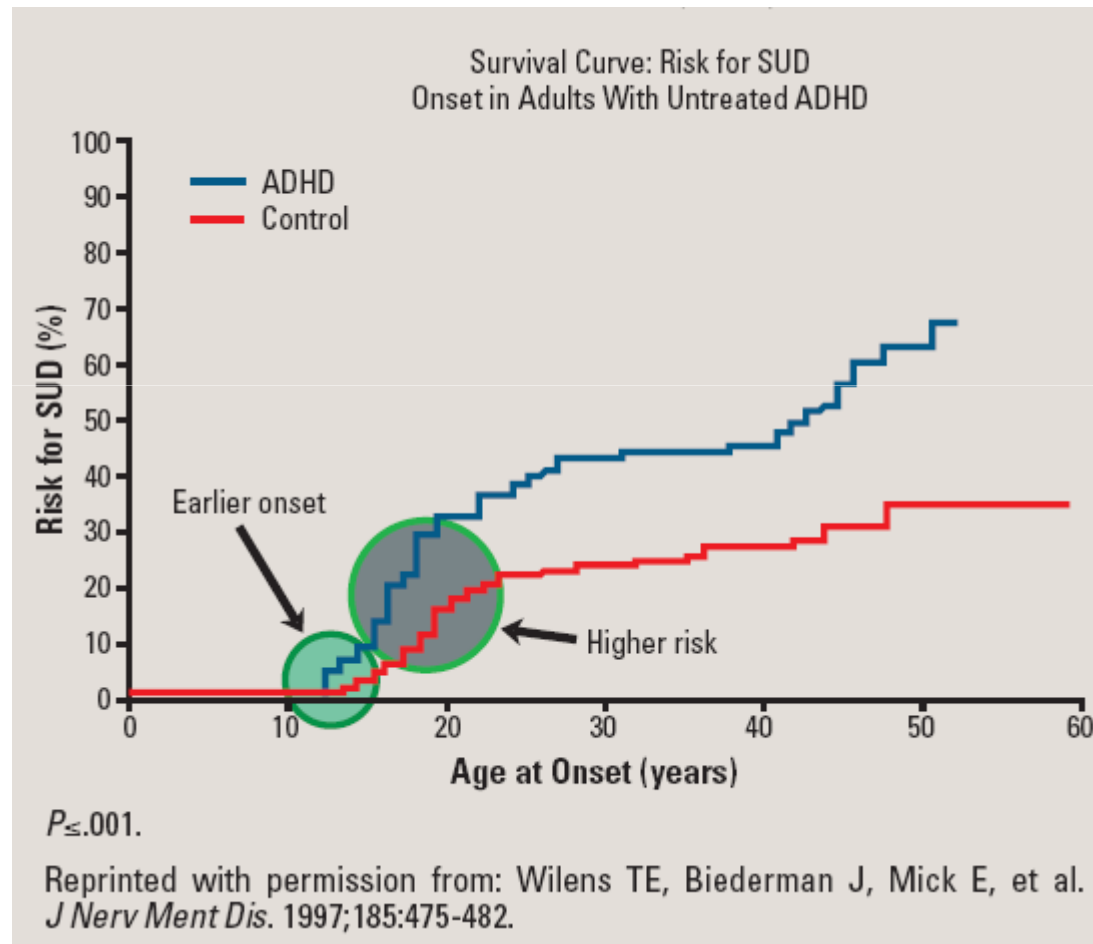
Consecuencia secundaria de las alteraciones psicosociales

Alivio de los síntomas

Automedicación de lo síntomas (p. ej., cannabis, alcohol, cocaína)

1. Arias et al. *Addictive Behaviors* 2008;33(9):1199–207.
2. Asherson. 1st European Network Adult ADHD Conference. London, 2011.

TDAH y TUS





TRATAMIENTO

- Tto. Psicológico:

- T. Conductual
- T. Cognitivo-Conductual
- T. Psicoeducativa
- T. Familiar

- Tto. Farmacológico:

- Metilfeninato
- Atomoxetina
- Lisdexanfetamina
- Otros (Bupropion, Clonidina, Guanfacina, Desimipramina, Modafinilo, ISRS, ATD Duales, Agomelatina)

ELECCIÓN DEL FÁRMACO

- Coste de las medicaciones
- El momento del día del deterioro (más preocupante)
- Tolerancia de los efectos adversos (como insomnio)
- Riesgo de abuso de sustancias
- Trastornos comórbidos
- Capacidad de adherencia
- Tiempo de la respuesta
- La elección del paciente al revisar los riesgos y beneficios de cada opción de medicamento.



GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD : UNA REVISIÓN CRÍTICA.

M^a F. Rabito-Alcón et al (2014) Actas
Esp.Psiquiatr.



M^a F. Rabito-Alcón et al (2014) Actas Esp.Psiquiatr.

Existe absoluto consenso en la recomendación del tratamiento multimodal como el tratamiento ideal para el TDAH. La utilización de farmacoterapia, psicoterapia cognitivo conductual, psicoeducación, intervención familiar y educativa se considera el tratamiento completo e integral del TDAH.

TRATAMIENTO TDAH+TUS

DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED

Wilens et al., 2008	ATX 25-100 mg/d	147 pat.	alcohol
Biederman et al. 2008	MPH SR	112 pat.	several
Levin et al. 2007	MPH 60 mg/d	106 pat.	cocaine
Carpentier et al. 2005:	MPH 0.6 mg/kg/d	25 pat.	several
Collins et al. 2005:	MPH 40 mg	14 pat.	cocaine
Levin et al. 2005:	MPH vs BPR	96 pat.	MMP + coca.
Schubiner et al. 2002:	MPH 90 mg	48 pat.	Cocaine

OPEN TRIAL

Levin et al. 2009	ATX 80 mg/d	20 pat.	cocaine
Tirado et al. 2008	ATX 25-80 mg/d	13 pat.	cannabis
Somoza et al. 2004	MPH 60 mg	41 pat.	cocaine
Levin et al. 2002:	BPR 250-400 mg	11 pat.	cocaine
Upadhayaya et al. 2001	VLF 75-300 mg	10 pat.	cocaine / OH
Castaneda et al. 2000	MPH SR 20-120 mg	19 pat.	cocaine
Levin et al. 1998:	MPH SR 40-80 mg	12 pat.	cocaine
Riggs et al. 1996:	Pemoline 37,5-75 mg	10 pat.	cocaine

ATOMOXETINA + ABUSO COCAÍNA

Published in final edited form as:

J Dual Diagn. 2009 January 1; 5(1): 41–56. doi:10.1080/15504260802628767.

Atomoxetine Treatment for Cocaine Abuse and Adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Preliminary Open Trial

Frances R. Levin, M.D.^{1,2}, John J. Mariani, M.D.^{1,2}, Alex Secora, B.A.¹, Daniel Brooks, M.A.¹, Wendy Y Cheng, M.P.H.^{1,2}, Adam Bisaga, M.D.^{1,2}, Edward Nunes, M.D.^{1,2}, Efrat Aharonovich, Ph.D.^{1,2}, Wilfrid Raby, M.D., Ph.D.^{1,2}, and Grace Hennessy, MD³

TDAH + TR. POR ALCOHOL

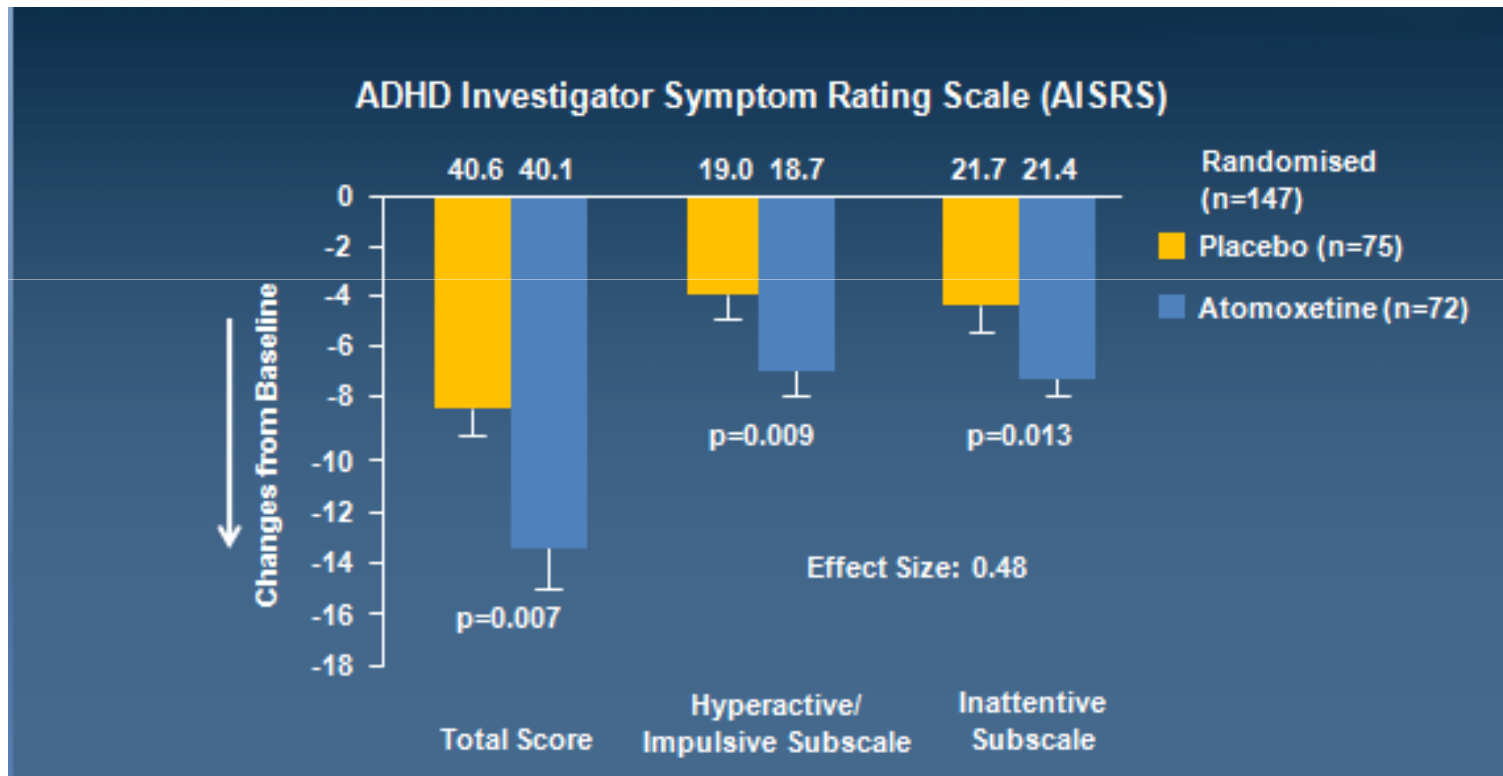
The American Journal on Addictions, 18: 393–401, 2009
Copyright © American Academy of Addiction Psychiatry
ISSN: 1055-0496 print / 1521-0391 online
DOI: 10.3109/10550490903077663

Retrospective Safety Analysis of Atomoxetine in Adult ADHD Patients with or without Comorbid Alcohol Abuse and Dependence

**Lenard Adler, MD,¹ Timothy Wilens, MD,^{2,3} Shuyu Zhang, MS,⁴ Todd Durell, MD,⁵
Daniel Walker, PhD,⁴ Leslie Schuh, PhD,⁴ Ling Jin, MD,⁴ Peter Feldman, PhD,⁴
Paula Trzepacz, MD⁴**

TDAH + TR. POR ALCOHOL

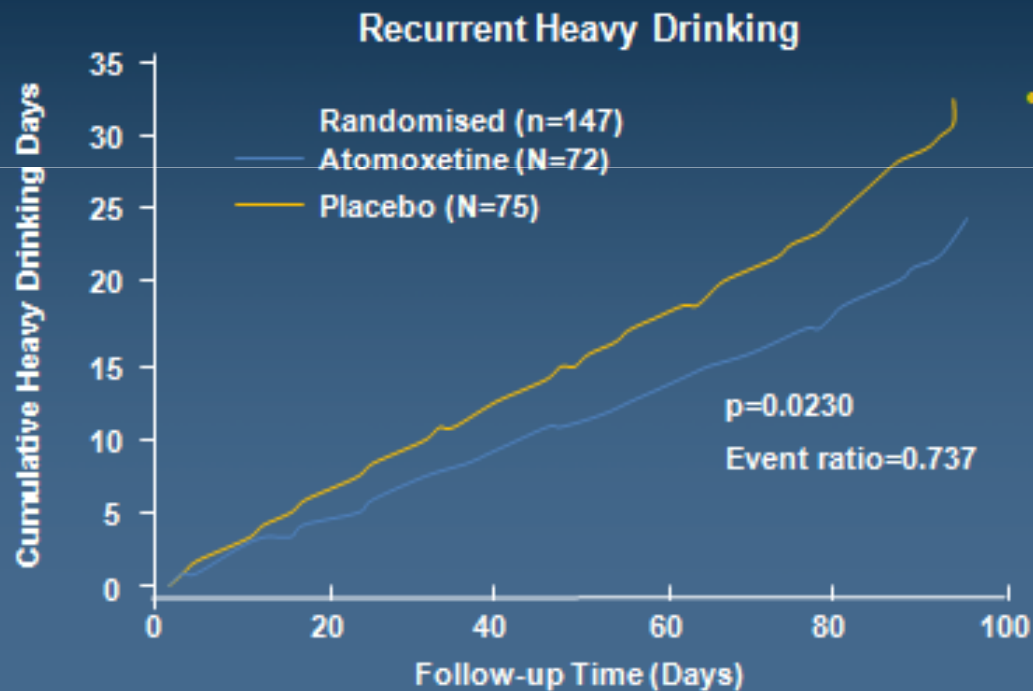
LYAO STUDY



TDAH + TR. POR ALCOHOL

ATX EFICACIA

- No worsening of alcohol abuse in patients treated with atomoxetine



- This post-hoc analysis demonstrated robust effects of atomoxetine for reducing ADHD symptoms in adult ADHD patients with comorbid alcohol-use disorder and suggests a positive effect on reducing cumulative heavy drinking events over time



TDAH y PATOLOGIA DUAL

CSM Uribe(Tox) : M.A. Landabaso, H. Senra, M. Diaz, I. Blanco, N. Gonzalez.

CSM Uribe : B. Mendivil, M^a.Etxebeste, JR. Eizmendi, A. Otegui.

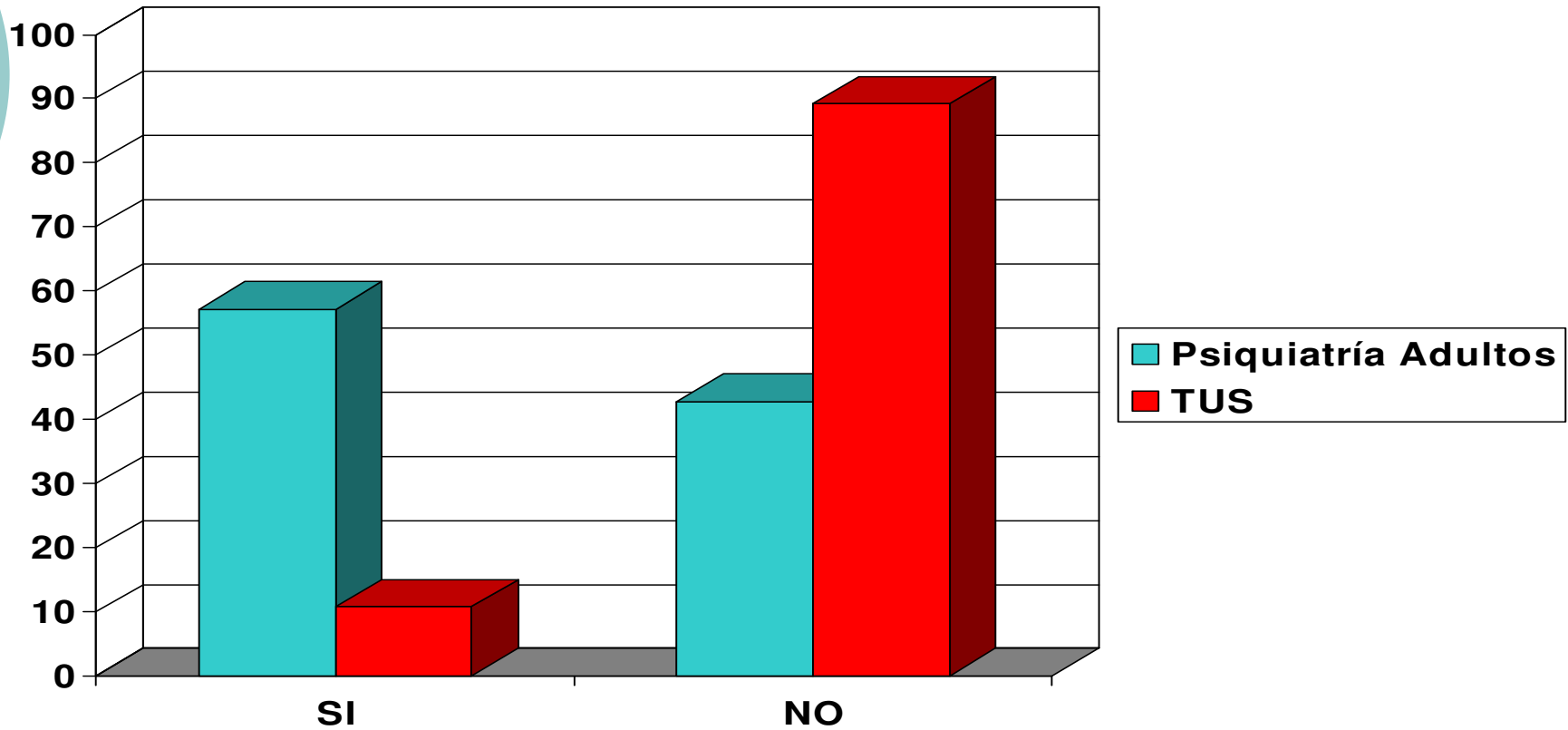
CSM Arrasate : JM. Jimenez-Lerma

Universidad Deusto: I. Iraurgi

Hospital Donosti : A. Larrazabal

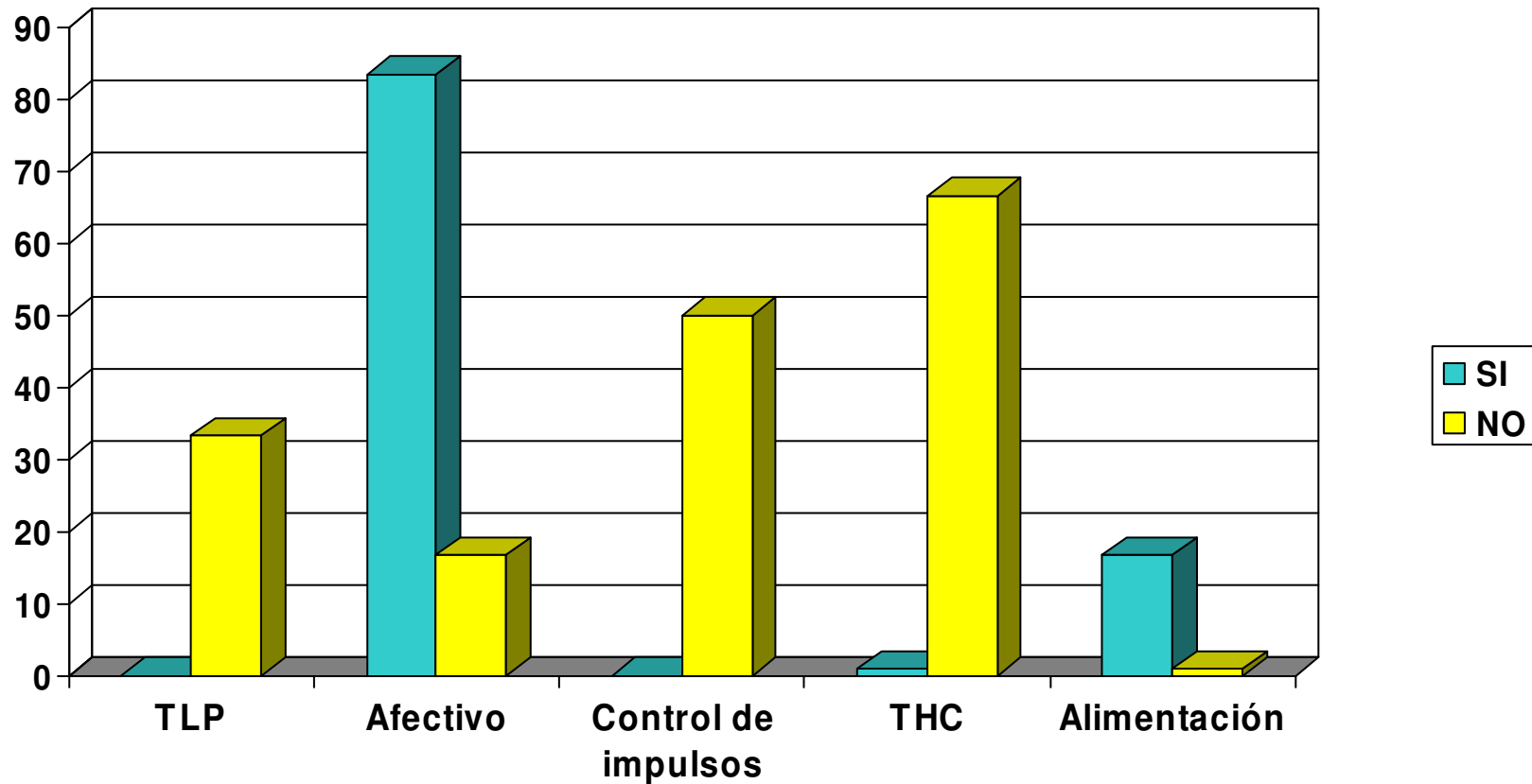
UPV : K. Callado

TDAH y TUS (CSM URIBE).1



Si : diagnosticados en infancia adolescencia
No: diagnosticados de adultos

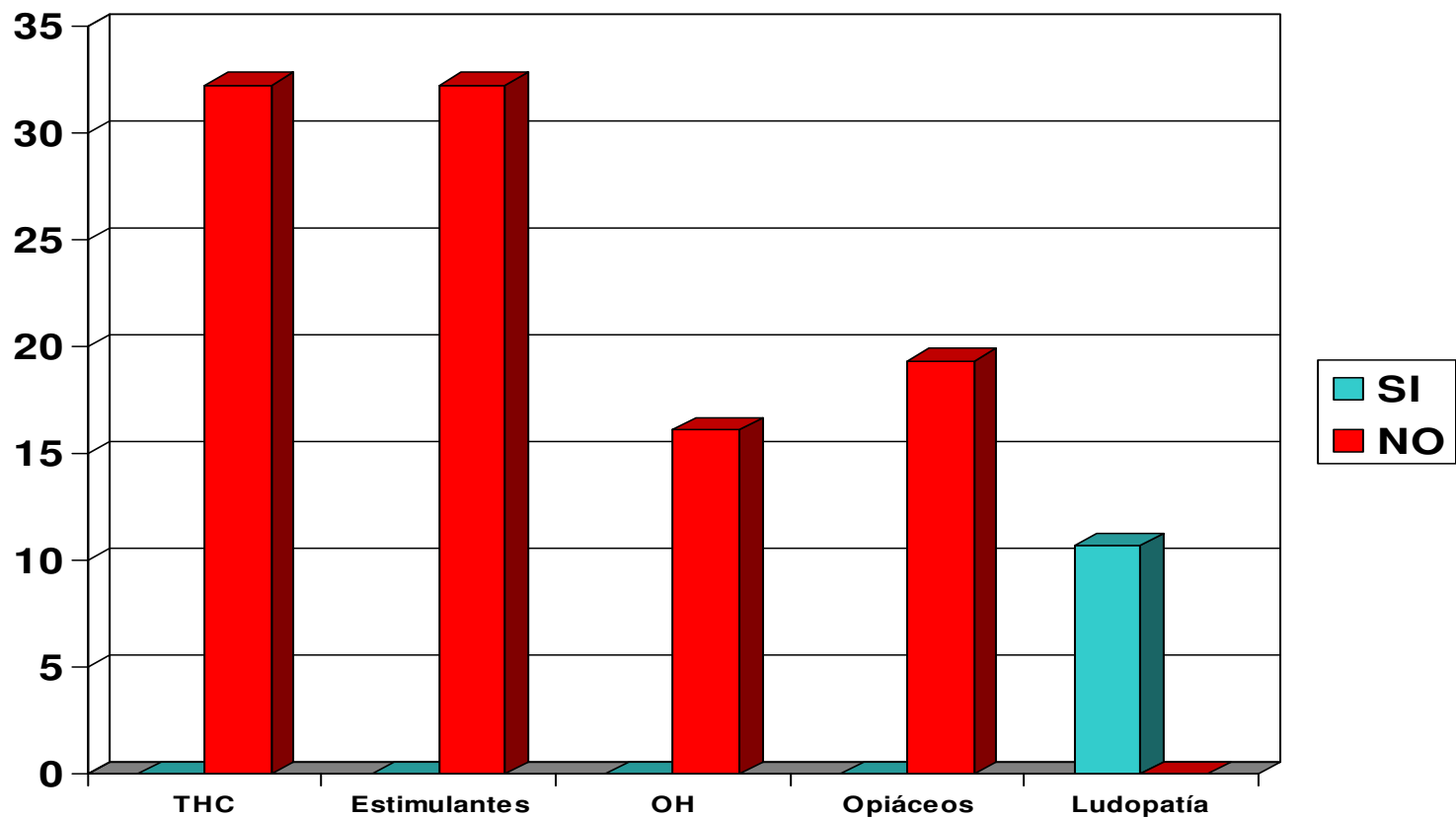
TDAH en Psiquiatría de adultos (CSM Uribe)



Si : diagnosticados en infancia adolescencia

No: diagnosticados de adultos

TDAH en TUS (CSM Uribe)

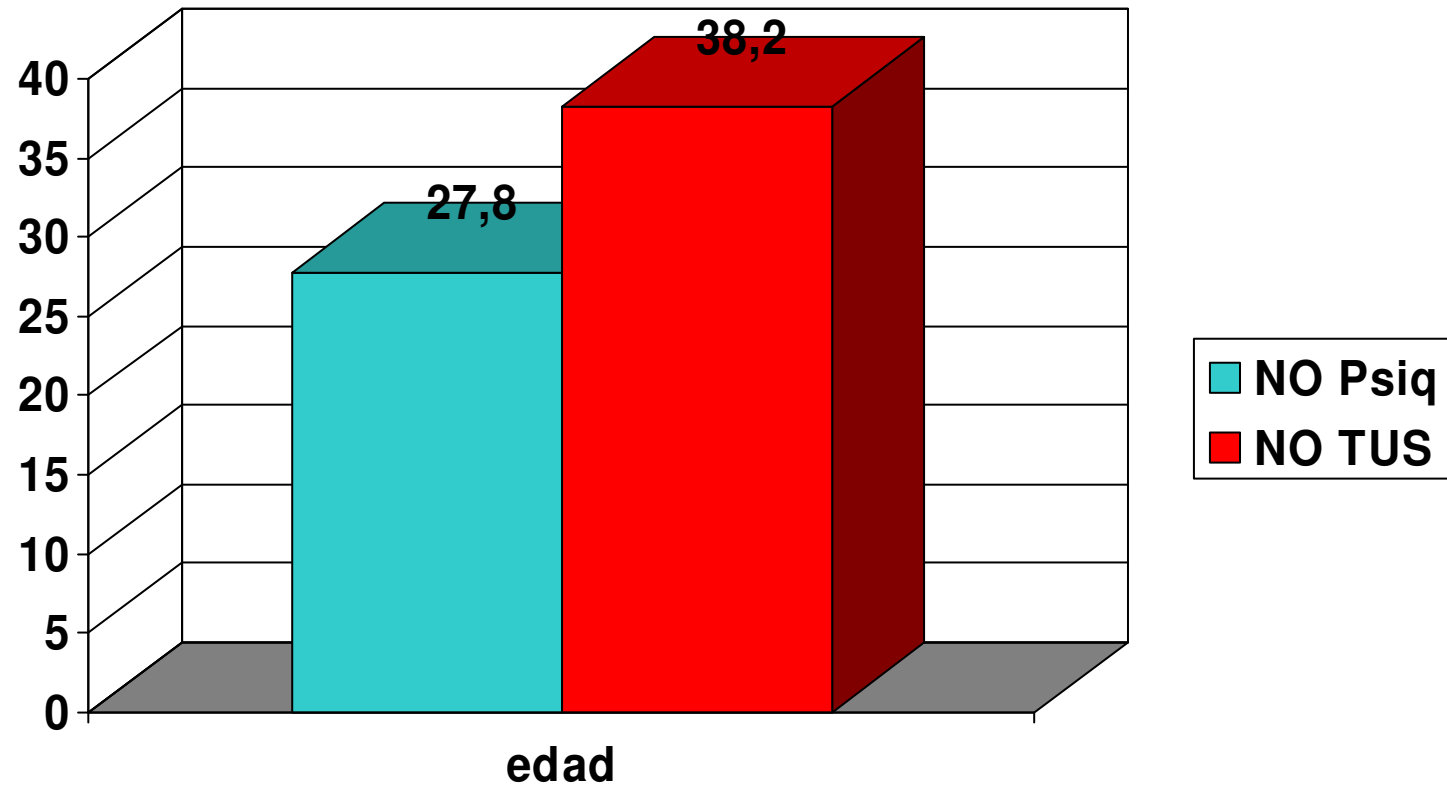


Si : diagnosticados en infancia adolescencia

No: diagnosticados de adultos

Edad media del Diagnóstico de TDAH

(CSM Uribe)





TDAH y PATOLOGÍA DUAL (realidad clínica)

**CSM Uribe(Tox) : Miguel.A
Landabaso, Helena Senra, Margarita
Diaz, Irene Blanco, Nuria Gonzalez.**



TDAH y PATOLOGIA DUAL (realidad clínica)

64 Pacientes (TDAH + TUS) (APROX. 11% Del total de pacientes de la Unidad de Adicciones del CSM)

24 Dependencia de Estimulantes

32 Dependencia de Cannabis

8 Ludopatía

7 Perdidos (menos de 2 semanas)

Evaluados 57

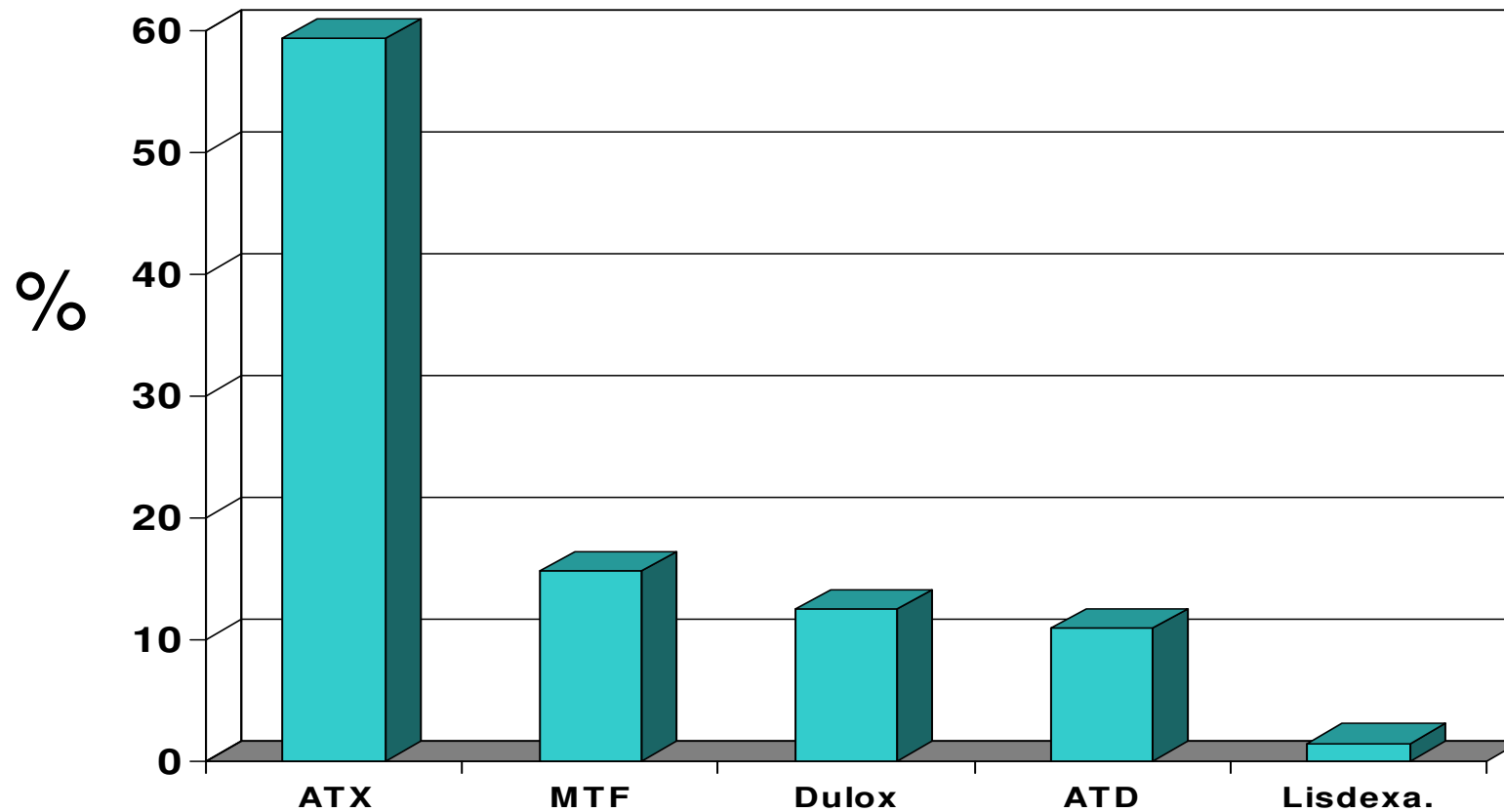
43,75% Policonsumidores, con patrón de dependencia para dos o más sustancias.



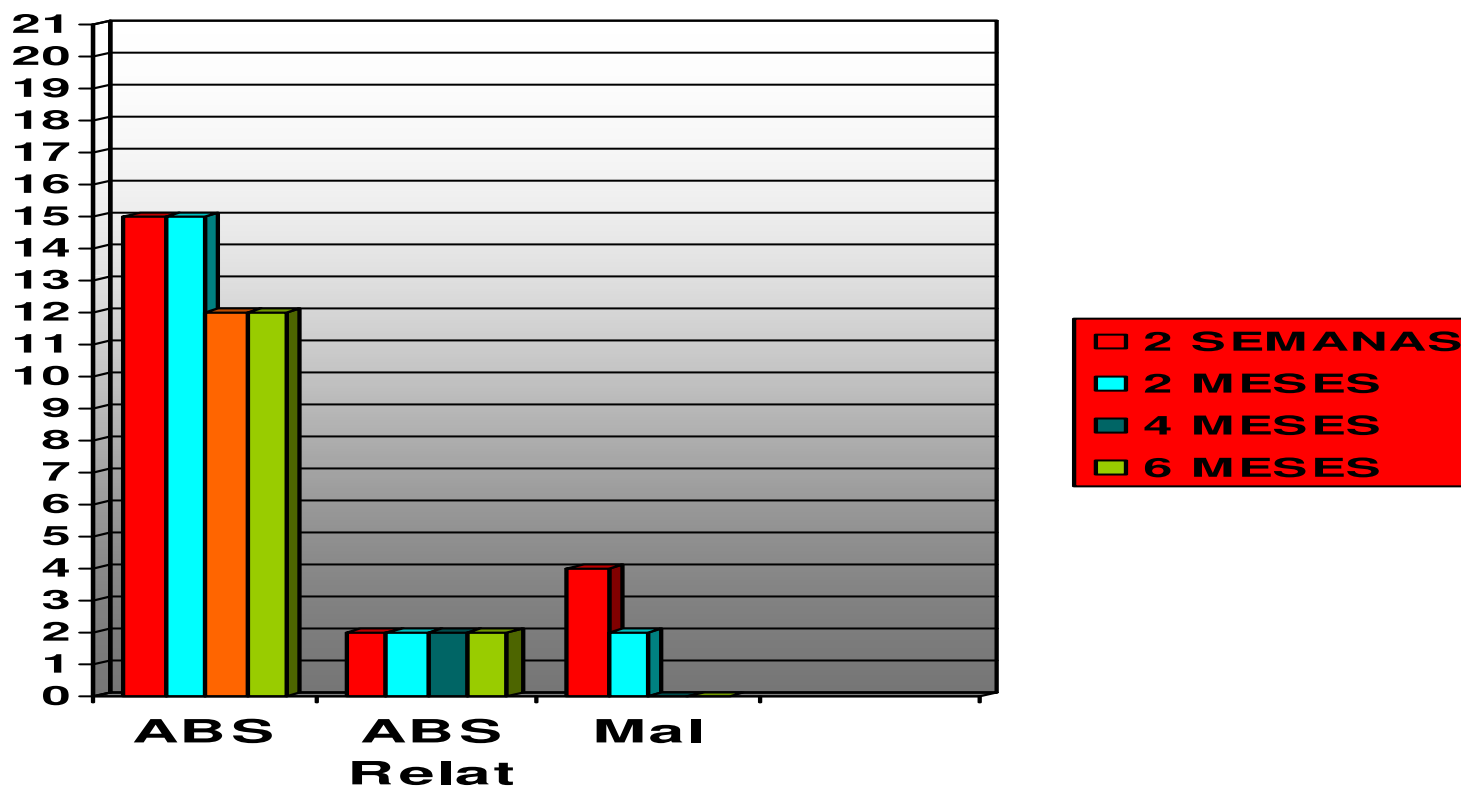
TDAH y PATOLOGIA DUAL (realidad clínica) método

- **Dependencia de Estimulantes : 1-2 controles de orina semanales.**
 - **Abstinerente : 0 controles positivos**
 - **Abs. Relativo : 1 control + de cada 4**
 - **Mal : 2 o más controles + de cada 4**
- **Dependencia de Cannabis : 1 control orina quincenal + registro diario de consumo.**
 - **Abstinerente : 0 controles positivos**
 - **Abs Relativo : 1-2 controles + cada 4 controles y/o disminución del 60% del consumo diario.**
 - **Mal : 2 o más controles + cada 4 controles y/o no disminución del 60% del consumo diario**

Tratamientos TDAH + TUS (CSM Uribe)

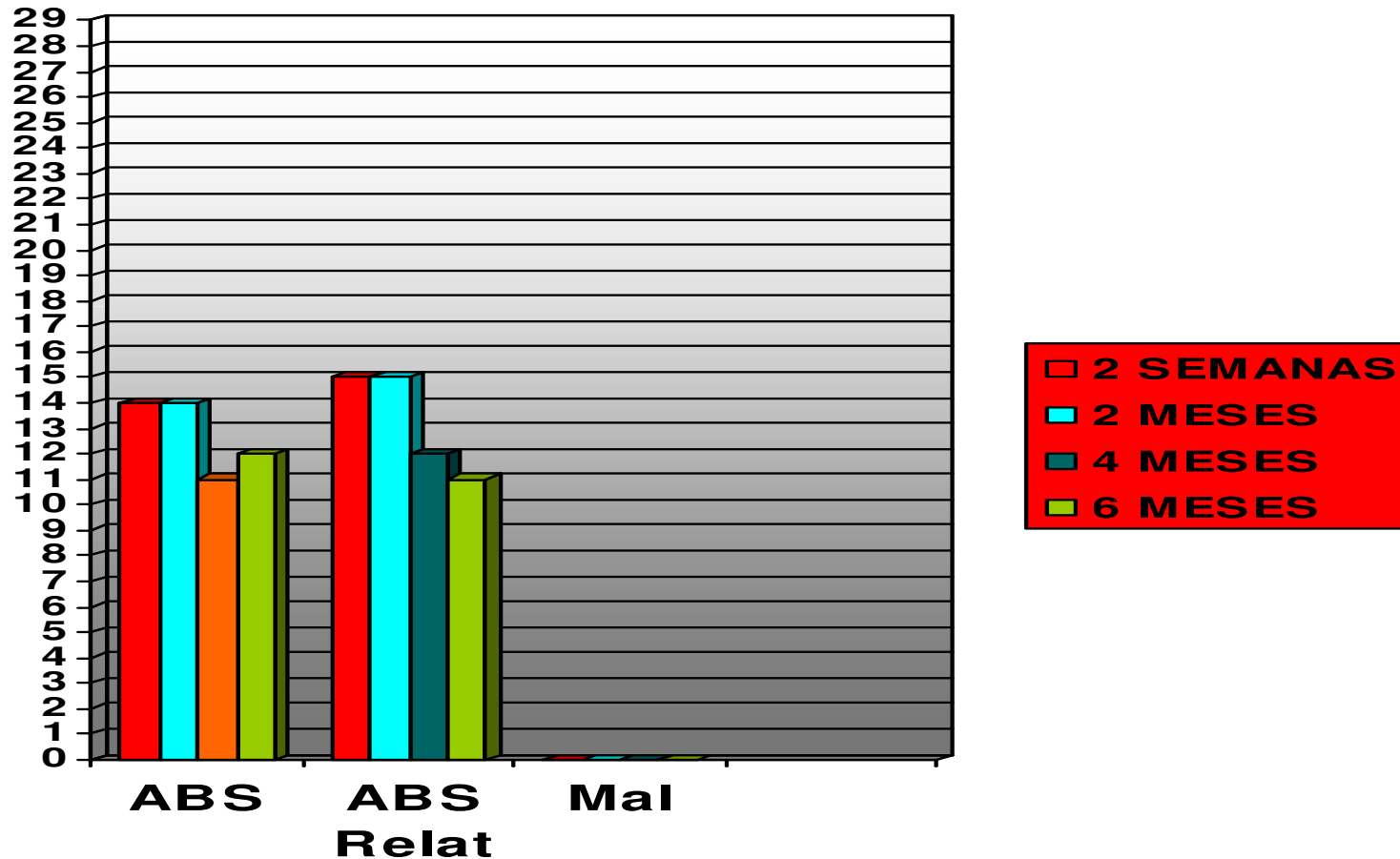


RESULTADOS (estimulantes)



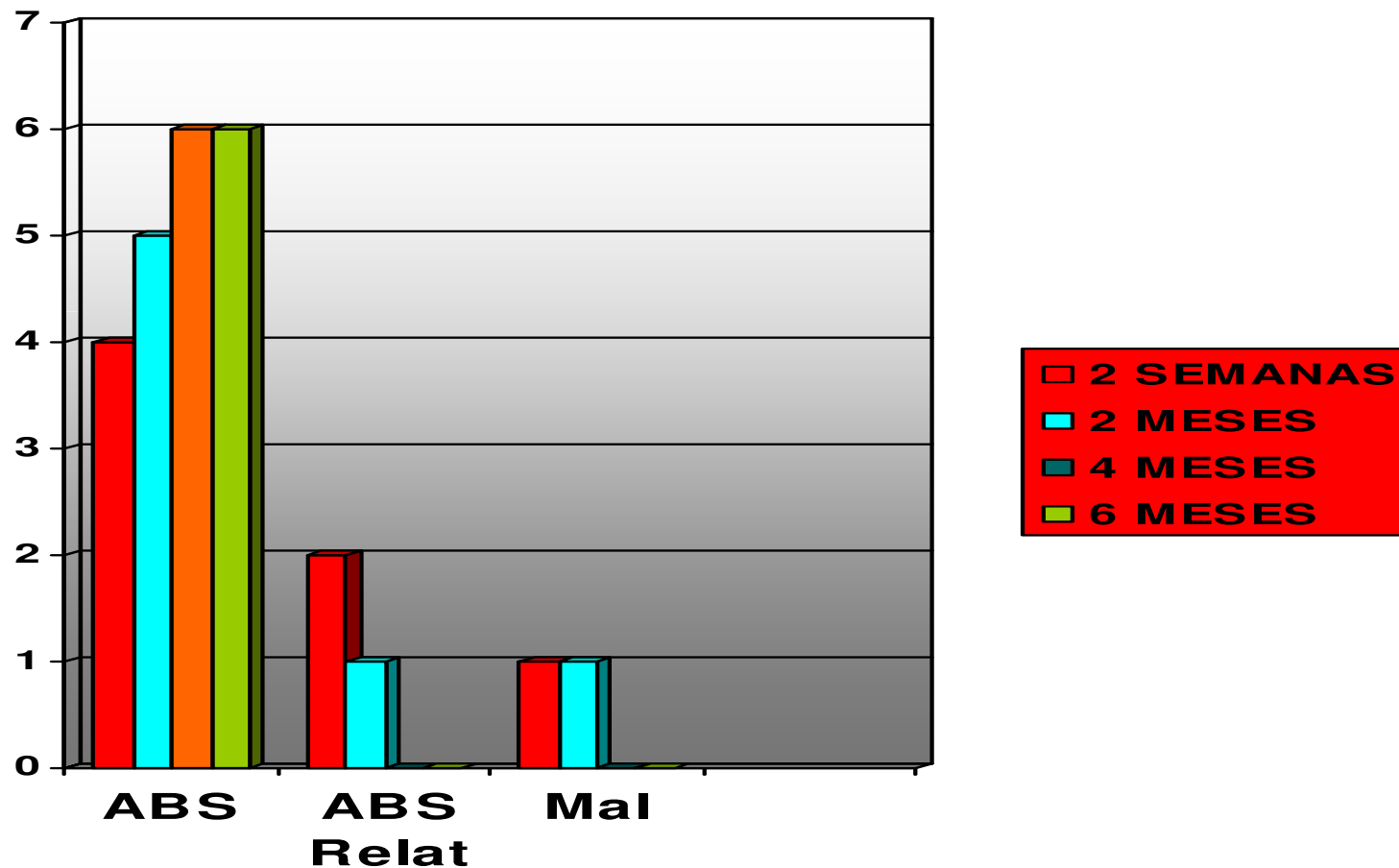
A partir de los 4 meses $n = 14$

RESULTADOS (cannabis)



A partir de los 4 meses n = 23

RESULTADOS (Iudopatía)



A partir de los 4 meses $n = 6$



RESULTADOS (medio-largo plazo)

17 pacientes llevan entre **UNO** y **DOS**
años **ABSTINENTES**

CONCLUSIONES



Todos los pacientes que buscan tratamiento por TUS deben ser evaluados del TDAH y tras el diagnóstico confirmado, recibir el tratamiento adecuado.



CONCLUSIONES

- ¿Porqué? : Existe.
- ¿Para qué? : Para evitar males mayores.
- ¿Cómo? : Con tratamiento adecuado.