



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADO A LA UNAM

“TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES EN ADOLESCENTES ESTUDIANTES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

MITZI ROXANA RAZO GUZMÁN

DIRECTOR DE TESIS: LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA.

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios.

Gracias infinitas a mis padres, José Guadalupe Razo Delgado y María del Rocío Guzmán Montoya por darme el Ser y todo lo que esto conlleva;
a mi pareja por su compañía, desvelos y enseñanzas;
a mi hija, Sacnicté, por ser mi luz de inspiración, mi motivación y mucho más;
a mi familia por todas las demostraciones de afecto y por el cariño en sí;
a mis maestros, amigos y compañeros que me han apoyado.

Para la realización de este trabajo, agradezco el apoyo brindado por el CONACYT a través del proyecto Número 42092-H del cuál fui becaria; al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, División de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales a través del Proyecto número 4316-N y a los directivos que estuvieron presentes en el proceso de este trabajo.

A todas las personas con quienes coincidí en tiempo y espacio, ya que han dejado huella en mi andar por el camino.

Gracias a la vida, y por supuesto al amor que todo lo puede y lo mueve.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1 ¿Qué es el Déficit de Atención e Hiperactividad?	9
1.1. Síntomas y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	9
1.2. Inatención.....	13
1.3. Hiperactividad.....	19
1.4. Impulsividad.....	20
1.5. Causas y factores de riesgo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	22
1.6. Repercusiones y factores asociados del TDAH en Niños y Adolescentes.	26
1.7 Otros trastornos comórbidos	42
Capítulo 2. Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas.....	49
2.1. Contexto Nacional del Consumo de Sustancias en Adolescentes	49
2.1.1. Drogas Legales	52
2.1.2. Drogas Médicas	55
2.1.3. Drogas Ilegales	56
Capítulo 3. Factores Asociados al Consumo de Drogas.....	59
3.1 El TDAH y el Consumo de Drogas	59
3.2 Factores Familiares.....	65
3.3 Otros Factores.....	67
Capítulo 4. Método.....	72
4.1. Planteamiento del Problema.....	72
4.1.1. Objetivos Generales.....	72
4.1.2. Objetivos Específicos.....	72
4.1.3. Hipótesis Conceptual	72
4.2. Definición Conceptual de Variables.....	73
4.2.1. Variable Dependiente.....	73

4.2.2.	Variable Independiente	73
4.2.3.	Variables Sociodemográficas.....	74
4.3.	Definición Operacional de Variables.....	74
4.3.1.	Variable Dependiente.....	74
4.3.2.	Variable Independiente	74
4.4.	Población y Muestra	74
4.5.	Instrumento.....	77
4.5.1.	Problemas relacionados con el consumo de drogas.....	78
4.6.	Procedimiento.....	80
4.7.	Análisis de Datos.....	81
	RESULTADOS.....	82
	Conclusiones.....	89
	Referencias.....	95
	Apéndice 1. Cuestionario	103

Resumen.

La presente tesis muestra diferentes puntos respecto a la relación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el consumo de drogas legales e ilegales en donde el planteamiento del problema es el siguiente: cuál es la prevalencia del TDAH en adolescentes estudiantes de nivel medio y medio superior y cuál es su relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Los datos se tomaron de la encuesta realizada en la Ciudad de México sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de enseñanza media y media superior (medición 2006) realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) (Villatoro et al., 2007).

La muestra se extrajo a partir de los registros oficiales de la SEP de las escuelas públicas y privadas de las 16 delegaciones políticas en el Distrito Federal, correspondiente al ciclo escolar 2005-2007. La selección fue de forma aleatoria. Participaron 362 grupos escolares y la muestra total del estudio constó de 10,523 estudiantes. En todos los cuestionarios se pregunta acerca del consumo de drogas y sólo en una cuarta parte de la muestra se encuentra la escala de tamizaje para TDAH.

De la muestra evaluada se obtuvo una prevalencia de posible TDAH del 1% para mujeres y para hombres fue de 1.1%. La prevalencia total de consumo de drogas alguna vez es de 17.8%.

Se observó que esta problemática está altamente asociada al consumo de sustancias, tanto en hombres como en mujeres, por lo que su atención y prevención se vuelven aspectos importantes a considerar en las políticas de salud.

Los resultados aquí presentados reafirman lo expuesto en la literatura y evidencian una situación que afecta de manera importante a los jóvenes, siendo un problema actual con repercusiones negativas. Por supuesto, una detección oportuna en escuelas, centros de salud e instituciones donde se tenga acceso a población infantil y juvenil, es importante para dar una atención multidisciplinaria que busque disminuir las consecuencias adversas de este trastorno.

Palabras clave: TDAH, consumo de drogas, jóvenes estudiantes.

Introducción.

Informar a los padres de familia y maestros de escuela sobre la necesidad de seguir de cerca el comportamiento y desarrollo de infantes y jóvenes es muy importante, considerando lo difícil que es determinar si un niño o niña tiene Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) tomando en cuenta que todos los niños y niñas en algún momento pueden presentar inatención, hiperactividad y/o impulsividad. Por esta situación en muchos casos, el trastorno por déficit de atención no se diagnostica en la niñez que es cuando aparece, sino que se llega a diagnosticar en la adolescencia o hasta la edad adulta, incluso continuamente ha sido puesta en duda su existencia como afección clínica. Hay quienes sostienen que el término se ha usado para disculpar o explicar la conducta de niñas y niños agresivos, disruptivos o indisciplinados. Sin embargo, actualmente se reconoce una serie de síntomas y signos que componen esta alteración (Romano, 1991).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno crónico del desarrollo, que se caracteriza fundamentalmente por la disminución en el espectro de atención; por dificultades en el control inhibitorio que se expresa a través de la impulsividad conductual y cognoscitiva; y por una inquietud motora y verbal. Estas características deben aparecer antes de los siete años de vida, según lo establece la taxonomía internacional, y ser inapropiadas para la edad o el nivel de desarrollo de un paciente (Ricardo, 2004). Es un problema que afecta directamente a los niños y niñas, y que va exigiendo más estudios por parte de especialistas en el tema, pues se ha mostrado un aumento en su diagnóstico, reflejando un mayor reconocimiento de este problema.

Este trastorno se ubica en el CIE-10 dentro de los denominados trastornos hipercinéticos y en el DSM-IV como parte de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia. La prevalencia de este trastorno se ha calculado entre 3% a 6% en la población general y persiste en la adolescencia y en la vida adulta en 60% de los pacientes. Este padecimiento constituye la principal causa de búsqueda de atención psiquiátrica en la población infantil de nuestro medio, lo cual señala la necesidad de

crear protocolos de atención para su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado (Ulloa, Arroyo, Ávila, Cárdenas & Cruz, 2005)

La prevalencia estimada ha oscilado desde 3.2% a 17%. Para los casos que requieren de intervención clínica se ha estimado desde 2% en la adolescencia hasta 8% en edad escolar. Es de notar que la mayoría de los estudios epidemiológicos se han realizado en poblaciones anglosajonas. Hay un estudio publicado de origen latino que fue realizado en Puerto Rico, donde se estimó una prevalencia del TDAH entre 6.6% y 9.5% en población de 4 a 16 años. (Caraveo-Anduaga, 2005). En estos estudios la preponderancia de esta condición en las niñas y los niños ha sido una constante, reportándose una razón por sexo de tres varones por cada niña.

Según datos de la III Encuesta Nacional de Adicciones y del estudio de 100 ciudades y de la ciudad de México, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF, el estar estudiando es un escudo protector ante el consumo de drogas, de manera que el consumo es más alto entre los adolescentes que ya no se encuentran estudiando. Estas mismas fuentes y las diversas encuestas a estudiantes, señalan que el estar trabajando siendo menor de edad, incrementa la probabilidad de consumir drogas, incluso cuando el individuo está estudiando. (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Hernández, 2005).

La aceptación de la mayoría de la población ante el consumo de drogas legales (tabaco, alcohol, etc.) y la falta de información sobre el riesgo que se percibe del daño que estas drogas ocasionan, son factores importantes que se deben trabajar en los programas de prevención. Diversos estudios señalan que el inicio temprano del consumo del tabaco o alcohol, principalmente antes de los 13 años, incrementa las posibilidades de consumir otras drogas como la marihuana, los inhalables o la cocaína, entre otras. Esta situación es preocupante, además se reporta que la edad de inicio en el consumo de estas sustancias es cada vez menor. A los 12 años de edad o antes, 20% de los adolescentes se inicia en el consumo de alcohol. (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Hernández, 2005).

El TDAH es un factor de riesgo para el abuso de sustancias en los adolescentes y jóvenes considerando que en 8 estudios en adolescentes con abuso de sustancias, 23% presentaban TDAH y el 17% a 45% de adultos con TDAH manifestaron abuso o

dependencia a las drogas. Otros estudios refieren que adultos con TDAH, 23% presentaron dependencias al alcohol, 9% a marihuana, 6% a cocaína y 5% con dependencia múltiple. El TDAH no causa el abuso de sustancias per se, pero hay muchos factores asociados con TDAH al abuso de dependencia a drogas y alcohol. (Ortiz, 2004).

Es importante señalar que la prevención y la promoción de la salud deben comenzar desde la niñez pues, al enfocarnos en esta etapa, las posibilidades de lograr mejores resultados son mayores, ya que la interacción con los niños y niñas (su diagnóstico oportuno) y su completa integración en el hogar en esa edad facilitan la tarea. (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Hernández, 2005). A esta labor debemos destinar los mayores recursos humanos posibles.

Es así que se considera importante conocer el planteamiento del problema tomando en cuenta los datos señalados y saber cuál es la prevalencia del TDAH en adolescentes estudiantes de nivel medio y medio superior y su relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Para tal fin, los objetivos de este trabajo son: Conocer las prevalencias del TDAH en estudiantes de secundaria y bachillerato, analizar la relación del consumo de sustancias con el TDAH, determinar las prevalencias del TDAH en estudiantes de secundaria y bachillerato, conocer la relación del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales con el TDAH e identificar las principales conductas del TDAH que se relacionan con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Como parte de un estudio realizado en la población general de la Ciudad de México, se desarrolló y aplicó un instrumento para la detección de trastornos de la infancia, incluyendo el TDAH, en el cual la estimación más conservadora de la prevalencia del TDAH en la población de 4 a 16 años en la Ciudad de México es de 5% y a razón de dos varones por cada niña o adolescente afectada. La edad en que el síndrome es más frecuente corresponde al intervalo entre los 6 y los 8 años, predominando la forma mixta del trastorno, es decir, la que reúne síntomas de los tres componentes nucleares: la hiperactividad, el déficit de atención y la impulsividad (Caraveo, 2005).

Por la magnitud del trastorno y las repercusiones que conlleva, debe considerarse como un problema de salud pública, considerando que el problema no solo afecta el desarrollo y desempeño del individuo, sino que acarrea repercusiones en su entorno inmediato tanto a nivel familiar como escolar y, consecuentemente, en el desempeño social y económico conforme pasa el tiempo (Caraveo, 2005).

Es necesario puntualizar que las personas nacen y se desarrollan con esta condición y que por tanto estructuran su vivencia a partir de este modo de ser. Es decir, no es que no quieran, es que les resulta materialmente imposible ser de otra manera. De aquí, el reto para la contención, encauzamiento y tratamiento (Caraveo, 2005).

Muchos niños, niñas y adolescentes con TDAH se convierten en adultos con la sintomatología propia de esta entidad. De los casos diagnosticados clínicamente durante la infancia, el trastorno persiste en 50% a 80% de los sujetos y en la vida adulta 30% a 50%. De tal manera que, si estos pacientes no son diagnosticados y tratados adecuadamente en la infancia, quedan expuestos a serios problemas psicopatológicos en la adultez (Ricardo, 2004).

Las diferentes conductas descritas como "hiperactividad" pueden constituir problemas insidiosos que afectan o ponen en riesgo el desarrollo de la personalidad, por otro lado, la persistencia de una conducta distraída y escasamente modulada acarrea más problemas en el ámbito escolar; conlleva el riesgo de no aprender, de ser rechazado por los otros niños y aislarse. Así, la hiperactividad es un factor de riesgo para el resultado en etapas finales de la niñez y en la adolescencia. El resultante más adverso es el desarrollo de conductas agresivas, antisociales y, si las condiciones sociales lo fomentan, la delincuencia (Caraveo, 2005).

Teniendo en cuenta las diversas problemáticas que se presentan cuando éste trastorno está afectando al individuo, el riesgo de probar drogas está latente. Un ejemplo de ello es que el niño o la niña con TDAH, al no tener buenos resultados en el ámbito escolar, corren el riesgo de dejar la escuela que es un factor protector y de esta manera tener un contacto más directo con las drogas.

Por lo antes expuesto se plantea a manera de hipótesis, que se espera que con la presencia del TDAH se aumente el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, tanto en hombres como en mujeres adolescentes, estudiantes del Distrito Federal.

El siguiente trabajo se presenta en cinco capítulos que se desarrollan de la siguiente manera:

En el primer capítulo se menciona qué es el Déficit de Atención e Hiperactividad, sus síntomas, criterios diagnósticos, sus causas y repercusiones en niños y adolescentes.

En el segundo capítulo se muestra un panorama epidemiológico del consumo de drogas desde un contexto nacional del consumo de sustancias en adolescentes con subdivisiones en los tipos de drogas en drogas legales, drogas ilegales y drogas médicas.

En el tercer capítulo se indaga en los factores asociados al consumo de drogas, considerando principalmente al TDAH, los factores familiares y otros factores.

En el cuarto capítulo se observa la Metodología con la que se realizó el estudio.

En el quinto capítulo se muestran los resultados y las conclusiones.

Capítulo 1. ¿Qué es el Déficit de Atención e Hiperactividad?

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los comportamientos que más preocupación causa entre los padres y maestros ya que interfiere con el desarrollo social, escolar y familiar de los individuos (García, Prieto, Santos, Monzón, Hernández & San Feliciano, 2008), enfrentando a los tutores y maestros a problemas para dirigir la crianza y educación de niños y adolescentes que lo padecen. Este trastorno se ha ligado además a otros comportamientos preocupantes como lo son, por ejemplo, la conducta antisocial y el uso/abuso de sustancias (Wilson, 2007).

Por otro lado, con la llegada de la adolescencia, resulta fácil confundir los síntomas relacionados con el trastorno con comportamientos propios de esta etapa, afectando distintas áreas, desde problemas de rendimiento académico y la propensión a sufrir accidentes, hasta el aumento de conductas desafiantes, la conducta antisocial y el abuso de sustancias (Szerman, 2008).

Relacionado con lo anterior, conocer la prevalencia del trastorno y la manera como se presenta la relación entre el TDAH y otros comportamientos preocupantes en adolescentes, como el uso/abuso de sustancias, es importante para poder tomar acciones conducentes a disminuir la vulnerabilidad de este grupo a presentarlos.

En este primer capítulo se describe al trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sus síntomas y formas de diagnóstico, las posibles causas así como sus repercusiones en la adolescencia.

1.1. Síntomas y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una enfermedad crónica la cual se caracteriza por tres síntomas principales: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Éstos síntomas inician en la infancia, continuando en la mayoría de los casos, en la adolescencia y hasta la edad adulta, deteriorando varios

aspectos en la vida del individuo, como lo son el ámbito familiar, el social, el académico, o laboral (De La Peña, 2000).

Primeramente, los síntomas del trastorno fueron identificados por Still desde 1902, posteriormente se le fue nombrando de diferentes maneras. En la década de los años setenta, se creía que este trastorno era provocado por una inmadurez de las estructuras cerebrales, por lo que se le denominaba en ese entonces como un daño cerebral mínimo el cual, con el paso del tiempo, dejando atrás la infancia para entrar a la adolescencia, se resolvería de manera espontánea pero, con los avances que se han ido teniendo, ahora sabemos que no es así (Caraveo, 2005).

Otros nombres fueron, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperkinético, o de hiperactividad, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, se incluyeron en el DSM los criterios para diagnosticar el trastorno por déficit de atención sin hiperactividad durante siete años, hasta que se llegó al nombre de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en 1987, el cual fue designado por el manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales en su tercera edición revisada, que por sus siglas en inglés es el DSM-III-R; después, en el año de 1994 el DSM-IV introduce tres subtipos del trastorno, tipo A predominantemente inatento(TDAH-I), tipo B predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) y el tipo Combinado(TDAH-C) (Brown, 2003; Ortiz, 2004).

La clasificación internacional de la APA, establece los criterios para la integración diagnóstica para el TDAH, que a su vez permiten la codificación de los tres subtipos antes mencionados (De La Peña, 2000).

Ya que las vías nerviosas están en un proceso de maduración durante el inicio de la etapa escolar, los/as niños/as llegan a manifestar por instantes la mayoría de la sintomatología que conforma el síndrome, pero la diferencia se acentúa porque los síntomas son más fuertes y generales en quienes padecen este trastorno y conforman un síndrome o conjunto de varios signos y síntomas. Éstos no surgen por una situación estresante de manera temporal, sino que están presentes por años (Caraveo, 2005).

Una de las características clínicas en el TDAH es la edad de inicio, tanto el DSM como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), indican que es importante que la sintomatología se haya iniciado antes de los siete años de edad y

que se presente en al menos dos o más ambientes. En los casos de niños/as con TDAH con subtipo predominantemente inatento es más común que no cumplan con el criterio de deterioro psicosocial antes de los siete años. Por el contrario, en la mayoría de los/as niños/as y adolescentes con TDAH con el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, presentan cierto deterioro social-académico antes de los siete años (De La Peña, 2000).

El criterio diagnóstico de acuerdo con el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) establece:

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas que han persistido por lo menos durante seis meses, hasta llegar a generar una inadaptación y un nivel de desarrollo inadecuado:
 - a) Frecuentemente no presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
 - b) Suele tener dificultad para mantener la atención en las tareas o en los juegos.
 - c) Pareciera que no escucha cuando se le habla directamente.
 - d) Comúnmente no sigue las instrucciones y deja el trabajo u otras actividades sin terminar.
 - e) Suele experimentar dificultades para organizar sus tareas y actividades.
 - f) Evita o rechaza hacer tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.
 - g) Con frecuencia pierde objetos que necesita para sus tareas y actividades.
 - h) Se distrae fácilmente con cualquier estímulo.
 - i) Es olvidadizo en sus actividades diarias.

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de Hiperactividad e Impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses hasta llegar a generar una inadaptación y un nivel de desarrollo inadecuado:

Hiperactividad:

 - a) Con frecuencia muestra inquietud con las manos, con los pies, o en su asiento.
 - b) Se levanta del asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las que debería permanecer sentado.
 - c) Corre o trepa en situaciones en que no es apropiado.

- d) Tiene dificultad para jugar tranquilamente o relajarse.
- e) Casi siempre está “a la carrera” y actúa como si lo impulsara un motor.
- f) Suele hablar en exceso.

Impulsividad:

- g) Contesta antes de que se terminen de hacer las preguntas.
- h) Tiene dificultad para esperar su turno.
- i) Interrumpe o se entromete constantemente.

Se deben tomar en cuenta para establecer el diagnóstico:

- A. Alguno de los síntomas que han ocasionado el deterioro están presentes antes de los siete años de edad.
- B. Algún deterioro ocasionado por los síntomas está presente en dos o más situaciones, ya sea en el hogar, con compañeros o en la escuela.
- C. Debe mostrarse con claridad la evidencia clínica de un deterioro en el funcionamiento académico, social u ocupacional (Caraveo, 2005).

Para lograr un buen diagnóstico, debe realizarse un estudio integral cuidadoso, revisando y aplicando los criterios del DSM-IV ya antes mencionados, así como pruebas psicológicas y neuropsicológicas, clinimétricas y electroencefalogramas para tener una valoración completa del trastorno (Ortiz, 2004).

El TDAH es un desorden del comportamiento definido por criterios comportamentales específicos. Se ha disminuido la heterogeneidad al definir los subtipos aunque los tratamientos tiendan a ser más genéricos, donde el tratamiento establecido es la medicación con estimulantes y la modificación del comportamiento, lo cual resulta con una efectividad mayor cuando se combinan (Wolraich, 1997).

Ya que la sintomatología del TDAH experimenta cambios conforme avanza la edad en términos de declinación de la hiperactividad y la impulsividad, mientras que la desorganización y la irregularidad emocional aumentan, es importante considerar que cuando existen comparaciones entre las diferentes edades, se pueden confundir con

los efectos de la maduración o el desarrollo a través de la infancia, la adolescencia y la vida adulta (Schneider, Retz, Coogan, Thome & Rösler, 2006).

A continuación se revisarán las tres áreas que se ven afectadas por el TDAH – atención, hiperactividad e impulsividad- y cómo se relacionan con diferentes procesos cognoscitivos y emocionales en las personas.

1.2. Inatención.

La atención, entre las funciones mentales, tiene importancia fundamental para la integración de la información que llega a nivel perceptivo y consecuentemente, para el aprendizaje y para ir modulando la conducta del sujeto (Caraveo, 2005).

Se ha dividido a la atención para lograr un buen estudio en los siguientes aspectos: en la intensidad, la persistencia, la selectividad y el control. Es común reconocer la falta de concentración, si hablamos de una deficiencia en la intensidad de la atención. En cuanto a la selectividad, se observa en las personas con dificultades en esta área que se les complica identificar entre diversas fuentes de información el estímulo que es importante y su atención es dirigida a estímulos irrelevantes. La dificultad de mantener la atención en un estímulo se manifiesta en un tiempo reducido. En cuanto a la conducta, presentará poca persistencia, lo que se traduce en realizar actividades de corta duración (Caraveo, 2005).

Al existir anomalías en el control de la atención, se pueden detectar diferentes conductas alteradas como: estilos impulsivos de respuesta, distracción y rigidez. La perseverancia y la alteración en la selectividad son aparentemente diferentes, en cuanto al tipo de problema, pero si se menciona que una persona es distraída, puede presentar alteraciones en uno o en ambos aspectos (Caraveo, 2005).

Los síntomas cognitivos, pueden considerarse en conjunto con las regiones del cerebro como bio-marcadores de la atención y componentes atribuidos al neurodesarrollo, aunque son cada vez más complejas las conceptualizaciones, incluso antes de considerar los enigmáticos procesos de la memoria, como por ejemplo, la función ejecutiva y la memoria de trabajo (Archer, Kostrzewa, Beninger & Palomo, 2008).

A la atención se le relaciona con las funciones denominadas ejecutivas, la idea de que el TDAH está relacionado con estas funciones, es afín con las actuales concepciones neurológicas y neuropsicológicas de la atención. Desde la perspectiva de los modelos neurológicos, los cuales, organizan, activan, enfocan, integran y dirigen, dando pie a que el cerebro desempeñe actividades, tanto rutinarias como creativas. El TDAH afecta directamente las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y el sistema de inhibición conductual. Cabe mencionar que las funciones antes mencionadas se mantienen intactas, pero no existe un procesamiento adecuado (Brown, 2003; Caraveo, 2005).

Denckla (como se cita en Brown, 2003) describe cómo constantemente se le solapa al TDAH con el diagnóstico neurológico de alteraciones de la función ejecutiva, esta función comprende una amplia gama de procesos cerebrales de control central que se encargan de dar prioridad, conectar e integrar las operaciones de las que dependen ciertas funciones cerebrales, también subraya que, para tener una buena organización e integración de los procesos cognitivos a lo largo del tiempo, la participación de este sistema de control central es decisiva y va adquiriendo importancia a medida que el/la niño/a va madurando y va realizando tareas más complicadas y son partícipes de actividades que requieren independencia. Taylor (como se cita en Brown, 2003) señaló que es necesario diferenciar los procesos modulares a los ejecutivos de la atención, donde al proceso modular lo integra el funcionamiento ejecutivo a partir de programas estratégicamente adecuados para consumir las tareas necesarias.

Aunque no se ha definido de manera exacta el concepto de función ejecutiva, da referencia para reconocer que algunas funciones cerebrales intervienen en otras y las controlan. Estas funciones ejecutivas pueden compararse metafóricamente, por ejemplo, las funciones cerebrales ejecutivas hacen su labor como el director de una orquesta sinfónica, que organiza, activa, enfatiza, integra y dirige, lo cual permite al cerebro desempeñar trabajos de rutina así como creativos. Como sucede con el jefe de bomberos, las funciones ejecutivas cerebrales al responder a situaciones inesperadas conforme se van presentando, elige una táctica entre otras diferentes guardadas en su memoria a largo plazo para resolver problemas y pone en marcha la táctica elegida,

supervisa su ejecución y la va cambiando, según se vaya necesitando. Estas metáforas, no hacen justicia a la complejidad de las funciones ejecutivas cerebrales, pero ayudan a ilustrar los múltiples papeles importantes relacionados con el control de las actividades humanas complejas (Brown, 2003).

La investigación ha ido estableciendo en el conocimiento actual del TDAH la validez e importancia de la desatención, como una forma aparte de hiperactividad-impulsividad, así como el más perseverante y perturbador de los dos conjuntos de síntomas (Brown, 2003).

Si tomamos en cuenta los subtipos del TDAH, un déficit en la inhibición conductual es considerado para el subtipo hiperactivo-impulsivo, mientras que para el subtipo inatento los problemas serían en las funciones ejecutivas, y para el subtipo combinado las alteraciones serían en ambas funciones (Caraveo, 2005).

Las funciones neuro-cognitivas que se han utilizado para medir diferencias entre dos subtipos de TDAH (el predominantemente inatento y el subtipo combinado) incluyen atención, control inhibitorio, memoria de trabajo, aprendizaje y funciones ejecutivas (Solanto, Gilgert, Raj, Zhu & Pope-Boyd, et al., 2007).

Según la literatura, aun se conoce poco sobre las características neuro-psicológicas de pacientes con TDAH, por lo que se ha buscado analizar de forma comparativa las diversas funciones involucradas en la resolución de problemas, donde uno de los hallazgos encontrados fueron defectos significativos en la habilidad gráfica, y que de la misma manera que los trastornos en el funcionamiento ejecutivo, podrían ser propios de pacientes con este padecimiento, haciendo hincapié en la hipótesis de que el funcionamiento del hemisferio cerebral derecho está comprometido en el TDAH (Galindo, De la Peña, De la Rosa, Robles, Salvador & Cortés, 2001).

Por medio de las funciones ejecutivas a través de funciones propias del pensamiento verbal que labora como un segundo sistema de señales, controlan la actividad cognoscitiva como los procesos de atención, concentración y memoria de trabajo (Galindo, et al., 2001).

En la población clínica con TDAH que observaron Galindo et al. (2001) se encuentran como factores independientes los procesos atencionales y de memoria

operativa sin integrarse a los procesos del pensamiento verbal, como si no estuvieran regidas por el funcionamiento ejecutivo.

Galindo et al. (2001) mencionan que aunque el grupo de pacientes tuvo un nivel promedio en su rendimiento intelectual, existen defectos ejecutivos que aparentemente subyacen a la inatención. Aun es necesario definir el tipo de déficit ejecutivo y particularmente con qué subtipo de TDAH puede estar relacionado, ya que este aspecto parece no estar resuelto a pesar de la información acumulada.

Varios de los síntomas que se clasifican dentro del TDAH de desatención, realmente se consideran síntomas de alteraciones de la función ejecutiva. Pueden no llegar a verse estas alteraciones de la función ejecutiva hasta que el sujeto necesite utilizar esta función particular. Con un/a niño/a de preescolar no se espera que se controle mucho por sí mismo, aparte de que haga caso de lo que le piden sus padres, se le pide poco autocontrol. En general, los padres u otros cuidadores son responsables de iniciar, dirigir y detener varias de las actividades del/la niño/a, y suelen proveer la mayor parte del control ejecutivo del/la niño/a (Brown, 2003).

Generalmente, a la función ejecutiva se le va pidiendo un mejor desempeño durante la enseñanza media y la preparación para estudios universitarios. Esto sobreviene cuando el sujeto debe enfrentarse a una diversidad más amplia de demandas para organizarse y dirigirse en un múltiple conjunto de actividades cognoscitivas y sociales, con menor oportunidad para huir de actividades más complejas para las cuales no están del todo preparados. Los padres y profesores esperan disminuir sus esfuerzos de control sobre el adolescente cuando este atraviesa por la adolescencia temprana y media, progresivamente van pidiendo que adopte responsabilidades primarias como lo es auto controlarse (es decir el ejercicio de la función ejecutiva). Es elemental mencionar que la función ejecutiva llega a ser progresivamente más necesaria y compleja conforme la persona se hace mayor (Brown, 2003).

El crecimiento según lo sugirió Denckla (como se cita en Brown, 2003), consiste esencialmente en el desarrollo de la capacidad de la función ejecutiva. Actividades cotidianas un tanto complejas como lo son asistir a varios cursos y tener diferentes profesores en la escuela, manejar un auto, llevar la economía doméstica y el día a día

de los hijos, son algunas de las muchas tareas que le plantean exigencias importantes a la función ejecutiva.

Se ha reconocido desde hace ya tiempo el vínculo entre atención y memoria (Cohen & Cowan, como se citan en Brown, 2003). Hay ciertos avances acerca de esta relación y se centran en la memoria de trabajo, constructo que se introdujo en la literatura psicológica por Miller et al., (como se cita en Brown, 2003). El concepto de memoria de trabajo fue desarrollado por Baddeley (como se cita en Brown, 2003) y elaborado por Goldman-Rakic (como se cita en Brown, 2003) y otros (Richardson et al., como se cita en Brown, 2003), enfocándose en la memoria a corto plazo y refiriéndose a un subgrupo de sus funciones que contienen y manipulan la información que se procesa de manera inmediata.

La memoria de trabajo resalta de entre los aspectos de mayor importancia de la función ejecutiva conforme el individuo va madurando. Los neuropsicólogos (Pennington & Ozonoff; Pennington et al., como se citan en Brown, 2003) han hecho resaltar a la memoria de trabajo como un aspecto central de la función ejecutiva.

Mantener el objetivo y el contexto inmediato de la atención actual son tareas de la memoria de trabajo, esta hace referencia a la capacidad cerebral para quedarse conectado y utilizar activamente partes de información crucial para procesarla de inmediato, mientras ejecuta otras funciones (Brown, 2003).

Existe una separación entre los conocimientos actuales sobre la memoria de trabajo y las primeras nociones de la memoria a corto plazo que consiste en reconocer a la memoria de trabajo no solo como un sistema de almacenamiento temporal, sino como un sistema de procesamiento activo que ayuda a la mente a tratar con situaciones inmediatas tanto nuevas como rutinarias, a la luz de información que es relevante y se recuerda partiendo del pasado inmediato o distante (Brown, 2003).

Muchas de las alteraciones de la atención asociadas al TDAH están vinculadas con una ineficacia crónica de la memoria de trabajo. Aunque hay otras funciones cognitivas aparentemente alteradas en personas con TDAH que van más allá de la memoria de trabajo, las cuales incluyen a problemas relacionados con una activación, una energía y un esfuerzo insuficiente para realizar tareas, lo que directamente se asocia al papel de la activación y la emoción/afecto en la cognición (Brown, 2003).

La atención consta además del flujo de información en la corteza, de las intensidades variables de alerta y activación, interviniendo y separándose de un flujo constante de estímulos externos e internos. El estado de alerta y la activación son considerablemente variables de un sujeto a otro y de una situación a otra en la misma persona (Revelle, como se cita en Brown, 2003).

Se puede entender también que algunos otros síntomas de desatención (dificultad en mantener la atención y se distrae fácilmente) muestran problemas que tienen relación con una activación/participación insuficiente o una activación probablemente excesiva (Brown, 2003).

Tanto la emoción como la cognición están involucradas directamente con los aspectos energéticos y activadores de la inatención. Le Doux (como se cita en Brown, 2003), en el cerebro emocional, afirma que no hay un sistema emocional unificado en el cerebro. Sostiene que hay varias maneras en que el estado de alerta cognoscitivo y emocional se puede activar, mantener o modular a través de flujo rápido de vinculaciones en la memoria de trabajo entre los estímulos actuales y los recuerdos que se activan de manera inconsciente elegidos como relevantes. Sus argumentos subrayan una fuerte influencia de asociaciones emocionales inconscientes, que no son separables de las percepciones, en tanto que activan y modulan la atención.

Dada la amplitud en la gama de funciones cognoscitivas asociadas con la atención, no es sorpresa que parezcan involucrados muchos aspectos de las funciones cerebrales. Claramente la atención no es una función cerebral unitaria ni modular, no se identifica singularmente con ninguna estructura cerebral. Colby (como se cita en Brown, 2003) afirmó que la atención es un proceso distribuido que se favorece por muchas estructuras cerebrales.

Posner y Raichle (como se cita en Brown, 2003) en una revisión de descubrimientos provenientes de estudios de neuroimagen del cerebro humano, presentaron la evidencia de tres redes anatómicas que funcionan por separado y conjuntamente a la vez para apoyar varios aspectos de la atención. Estas redes interactivas son: 1) una red orientativa que consiste específicamente en circuitos parietales, cerebrales medios y talámicos; 2) una red ejecutiva de la atención, que consta de las áreas frontales laterales izquierdas y el cíngulo anterior y 3) una red de

vigilancia que comprende los lóbulos frontales y parietales derechos, así como el locus coeruleus.

Hay aspectos anatómicos interesantes. Mediante estudios de imagen, se señala que en las estructuras cerebrales, a través de las cuales se llevan a cabo los procesos de atención como: la corteza pre frontal derecha, el núcleo caudado, el globus pallidus y la región de vermis del cerebelo, se muestran reducidas en niños/as con TDAH, al compararse con niños/as que no presentan éste déficit (Ávila, 2004).

Aunque acertadamente, muchos investigadores destacan el papel de la corteza pre frontal en problemas de la función ejecutiva, memoria del trabajo y TDAH, existe la probabilidad de que se descubra que la amplia gama de alteraciones asociadas con el TDAH involucra muchos aspectos de las funciones cerebrales (Brown, 2003).

1.3. Hiperactividad.

La excesiva actividad motora que va mas allá de los límites que son normales para su edad y su nivel de maduración es una de las características que más llaman la atención en el niño hiperactivo. Este exceso de actividad motriz generalmente se da por una necesidad de movimiento constante y por la falta de autocontrol corporal y emocional (Orjales, 2005).

Las diversas conductas que se describen como hiperactividad pueden consistir en problemas insidiosos que repercuten y ponen en riesgo el desarrollo de la personalidad. La hiperactividad tiene la característica de ser específica ante ciertas situaciones, pero también puede ser generalizada y cuando esto sucede adquiere un significado clínico (Caraveo, 2005).

Durante la etapa preescolar, es muy común que se señale por parte de los padres y algunos maestros la inquietud o sobreactividad. Ahí es complicado deducir si las quejas son comentarios válidos con respecto a problemas del desarrollo o si sólo reflejan poca tolerancia de las personas adultas a las conductas de los menores (Caraveo, 2005).

Este es el síntoma más llamativo del trastorno y el que más frecuentemente provoca que los profesores alerten a los padres, a pesar de ello, en la mayoría de los

casos cuando se entra a la adolescencia, la inquietud motora desaparece, mientras que la problemática con respecto a la atención y a la impulsividad continúan hasta llegar a la vida adulta (Orjales, 2005).

Cuando la conducta hiperactiva es extrema puede llegar a ser incompatible con el aprendizaje escolar y deteriorar en gran medida las relaciones con el entorno, ya sea con el profesor, la familia, compañeros de clase y amigos (Orjales, 2005).

En muchos casos, la hiperactividad motriz cambia en sus manifestaciones, sobre todo en niños a partir de los nueve años, pues ya no se suben a las mesas o hacen carreras, ni se levantan constantemente del asiento, y se sustituyen por excusas continuas para poder ponerse de pie y andar de un lugar a otro, como mostrar una y otra vez la tarea aun sin terminar al profesor, preguntarle algo a un compañero, buscar cosas en la mochila, sacar punta al lápiz. Se podría decir que durante los tres primeros años de escuela los niños aprenden a mantenerse o sujetarse en sus asientos, descargándose a través de muchos otros movimientos más finos, como: jugar con la goma y el lápiz, rascarse la cara, estirarse la ropa o el labio, cambiar constantemente de mano para apoyar la cabeza, mover los pies, rascarse el ojo, sentarse sobre uno u otro pie, volverse a hablar con el compañero de al lado, etcétera. (Orjales, 2005).

La hiperactividad motriz en las niñas puede ser exagerada en relación a su sexo y edad, pero siempre será más ligera que la de los niños con el mismo trastorno, por lo mismo es más frecuente este movimiento más fino y constante. Ocasionalmente, su hiperactividad motriz no llama tanto la atención como la de los varones, en apariencia más descontrolados y por lo tanto, suele pasar desapercibida (Orjales, 2005).

El/la niño/a hiperactivo/a no sólo presenta excesiva actividad motriz, sino que también se deben tomar en cuenta otros aspectos de las funciones psicomotrices que con frecuencia se encuentran alterados, en algunos casos también puede presentar problemas en la coordinación motora y en la estructuración perceptiva (Orjales, 2005).

1.4. Impulsividad.

El/la niño/a con TDAH tiene manifestaciones impulsivas que se reflejan en dos vertientes, una es la vertiente cognitiva, que se refiere al estilo cognitivo-impulsivo, lo

que nos habla acerca de la rapidez, inexactitud y pobreza en los procesos de percepción y el análisis de información que realizan cuando se enfrentan a tareas complicadas. La segunda vertiente es la comportamental que básicamente es el comportamiento impulsivo y se refiere a la falta de control motriz y emocional que lleva al/la niño/a con TDAH a actuar sin medir las consecuencias de sus actos, movido por un deseo de gratificación inmediata (Orjales, 2005).

Cuando existen situaciones que implican una satisfacción inmediata, parece acentuarse la conducta impulsiva, ya sea que la satisfacción sea de tipo material (por ejemplo, esperar turno para recibir un premio prometido), o de tipo social (ir a alguna fiesta de cumpleaños o recibir atención de los padres o maestros) (Orjales, 2005).

La impulsividad comportamental tiene mucha conexión con el grado de tolerancia a la frustración, es decir, con el umbral a partir del cual un/a niño/a es capaz de percibir una experiencia como frustrante. Los/as niños/as con TDAH con respecto a ese grado de tolerancia a la frustración, manifiestan un bajo umbral, lo que muestra que en muchos acontecimientos que para otros/as niños/as no resultan frustrantes, para ellos/as sí lo son. Hay factores que determinan en gran medida que la conducta impulsiva aumente o disminuya, como lo es la manera en que la familia ayuda a el/la niño/a a reconocer sus dificultades, a aceptarlas y a enfrentarse a ellas, también la forma en que se logra mantener los límites educativos sanos y ajustados a la capacidad real del/a niño/a (Orjales, 2005).

La educación en la autonomía es otro aspecto importante en el desarrollo del autocontrol emocional de los/as niños/as hiperactivos/as, este punto está sumamente relacionado con la impulsividad cognitiva y aunado con la falta de conciencia de riesgo, los lleva a ser más propensos a los accidentes. A partir de la reflexión se genera la prudencia, nunca partiendo de la impulsividad. Teniendo la capacidad de analizar una situación, pensar en las posibles respuestas a esta y sus consecuencias de cada una de estas respuestas es como se va creando la conciencia del peligro. El/a niño/a con TDAH carece de esta reflexión y de la madurez suficiente para analizar de una manera eficaz una situación real y cuanto menos hipotética, por lo tanto su conducta resulta generalmente inmadura e inadecuada (Orjales, 2005).

El síntoma que tiene una mayor permanencia durante el crecimiento es la impulsividad, aparte de ser generalizada, cuando se conjuga a conductas agresivas y oposicionistas, se obtiene como respuesta una menor aceptación en el medio en el que se desenvuelve (Caraveo, 2005).

En el siguiente apartado se da una visión general de las posibles causas del TDAH que se han ido encontrando, buscando dar una explicación más completa de los principales factores que pueden estar involucrados cuando se presenta el trastorno.

1.5. Causas y factores de riesgo del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Hoy en día, la hipótesis del Daño Cerebral Mínimo como una explicación al trastorno ha quedado descartada, en su lugar surgen evidencias de alteraciones en los sistemas de neurotransmisores, en específico dopamina y catelcolaminas. Con la presencia de signos neurológicos suaves en los/as niños/as, se indica de forma inespecífica diversos trastornos del desarrollo, emocionales y conductuales (Caraveo, 2005).

El TDAH se presenta a partir de una falla en el desarrollo de los circuitos cerebrales que delimitan la inhibición y el control de impulsos. Los/as niños/as que lo presentan responden a estímulos externos de manera descontrolada, por lo tanto su comportamiento es hiperactivo, impulsivo y distraído (Ávila, 2004).

Este trastorno proviene de una condición neurobiológica que repercute principalmente en el aprendizaje y la conducta. En estudios que se han realizado con niños/as con TDAH se reporta anormalidad en cuanto al metabolismo de dopamina y noradrenalina, de manera que se podría establecer la siguiente relación: noradrenalina y atención, dopamina e impulsividad y finalmente dopamina-noradrenalina con hiperactividad (Caraveo, 2005; Szerman, 2008).

Los investigadores, durante muchos años sospecharon que las alteraciones de la atención del TDAH se encontraban relacionadas con deficiencias neuroquímicas cerebrales heredadas (Brown, 2003). Los estudios moleculares reportan asociación del

trastorno con el gen receptor de dopamina (D4) encontrándose con mayor frecuencia en pacientes con TDAH que en los controles. Todos los resultados dan peso a la participación de los componentes biológicos para la presentación del trastorno (Caraveo, 2005).

Otros estudios indican un incremento de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, que tiene relación con la agresividad. Los resultados antes mencionados nos llevan a pensar que existen diferentes mecanismos bioquímicos que originan el trastorno (Caraveo, 2005).

Las funciones corticales ejecutivas que están involucradas en la función de organización de eventos muestran déficits, según reportan estudios de neuropsicología, y que la inhibición de respuestas a nivel cortical, es decir, la capacidad para suprimir o detener las respuestas, mental o física, y mantener controladas las reacciones impulsivas, está ligada a problemas con el TDAH (Caraveo, 2005).

Estudios con electroencefalograma indican que un 93% de los/as niños/as con TDAH muestran un incremento en la actividad y lentificación en el lóbulo frontal, comparándolo con niños normales. También se reconoce que el TDAH tiene un componente de herencia, ya que se han hecho estudios en familias en donde la prevalencia de los padres de niños/as con TDAH fue mayor (23.1%) que en los padres de niños/as sin TDAH (3.8%); en los hermanos de los/as niños/as con el trastorno fue de 22% y en el grupo control de 7% (Caraveo, 2005).

Poeta y Rosa (2006), encontraron en su estudio la posibilidad de relación de un número de diversos factores de riesgo con este desorden. Muchas de estas tipologías biopsicosociales son de alta prevalencia en los niños de su estudio. Estos podrían ser posibles factores de riesgo pero no pueden de cualquier forma ser considerados como causa del desorden. En los resultados descubrieron dentro de los antecedentes pre, peri y postnatales que los problemas durante la gestación fueron señalados por el 51.6% de la muestra y las situaciones referidas fueron: en ocho casos amenaza de aborto (50%), en cuatro casos gestación agitada y nerviosa (25%), y en otros cuatro casos rechazo del hijo (25%). El porcentaje de exposición de la madre a sustancias tóxicas como el tabaco fue alta (74.2%), el ser prematuro (edad gestacional <37 semanas) se dio en 6 casos (19.4%), complicaciones durante el parto (9.7%), bajo

peso al nacer (inferior a 2.500gr) se contabilizó en 9 casos (29%). En la mayor parte de la muestra (71%), en relación al desarrollo neuropsicomotor, la pronunciación de las primeras palabras se produjo entre los 9 y 12 meses, por otro lado el 29% lo hizo después de los 15 meses. En la adquisición de la marcha dieron sus primeros pasos sin apoyo a los 18 meses de edad el 32.2%; dentro de los 10 y 15 meses de edad, lo hicieron el 61% que es el periodo esperado para que tenga lugar este suceso. Respecto al control de esfínter 9.7% de la muestra presentó enuresis nocturna hasta los 6 años de edad, presentó enuresis nocturna y diurna hasta pasados los 6 años solo el 3.2% y el resto de la muestra lograron el control de esfínter alrededor de los 3 años. Se confirmó sueño agitado en el 54% de la muestra y también se ha observado éste en la actualidad en un mismo porcentaje de casos. En relación al ambiente familiar provienen de padres casados el 32.3% de los niños, de padres divorciados el 32.3%, de padres solteros el 25.8% y el 9.7% eran huérfanos de padre o madre. Después del análisis de los resultados, se puede decir que los problemas en el desarrollo del individuo, tales como el TDAH, están asociados a factores de riesgo, que incluyen la combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales, y éstas suelen involucrar interacciones complejas entre sí. Habitualmente, muchas de esas características biopsicosociales en los niños de este estudio tuvieron una alta prevalencia, sin embargo, no pueden considerarse como causa del trastorno, sino como posibles factores de riesgo. De esta manera cabe puntualizar que la comparación entre el grupo con TDAH y el grupo control permitirá obtener resultados más significativos para esos factores. Por lo tanto, resulta relevante indagar en el conocimiento de la anamnesis del niño para efectuar un diagnóstico más preciso, así como para intentar prevenir y tratar este trastorno.

Lefa, et al. (1999) realizaron una evaluación de siete hipotéticos factores de riesgo, los cuales son: bajo nivel socioeconómico, tener tres o más hermanos, los antecedentes de patologías psiquiátricas en la familia, abuso en el consumo de drogas, presencia de sintomatología psicológica en la madre, datos personales de patología perinatal y comprobación de *temperamento difícil* en la primera infancia. En los resultados se observó la presencia de factores de riesgo que tuvieron significación estadística y fueron los dos siguientes: pertenecer a una familia numerosa y haber

presentado un *temperamento difícil* en la primera infancia. Con este estudio dónde también se analizaron los factores asociados que se verán en el siguiente subcapítulo, se comenta que es necesario considerar tanto los factores de riesgo como los factores asociados al TDAH, lo cual puede facilitar un diagnóstico oportuno, necesario por la elevada prevalencia y comorbilidad de este trastorno.

Colomer, Miranda, Herdoiza y Presentación (2012) hicieron un estudio donde se manejó un diseño longitudinal y correlacional, donde la propuesta es examinar la permanencia temporal de los síntomas primarios y de los problemas asociados al TDAH. También se examinó el poder de predicción de la memoria de trabajo, la inhibición y las características estresantes de niños con TDAH sobre los síntomas del trastorno y los problemas de conducta en la adolescencia.

Se hizo en dos partes, en la primera, los niños ejecutaron tests de memoria de trabajo verbal, visuoespacial e inhibición y se recaudó información de los padres sobre características estresantes de los hijos. Tanto en la primera parte como en la fase de seguimiento, que se desarrolló tres años después, tanto padres como profesores informaron acerca de los síntomas primarios del TDAH y problemas conductuales (Colomer, et al. 2012).

En los resultados se observó estabilidad en el tiempo con las expresiones de inatención y la mayoría de los problemas conductuales, a diferencia de los síntomas de hiperactividad/impulsividad que disminuyeron. Por otro lado, ni la memoria de trabajo ni la inhibición presentaron poder para prever las manifestaciones centrales del TDAH o los problemas conductuales, sin embargo, tuvieron una moderada capacidad predictiva las características estresantes de exigencia, baja adaptación y humor negativo. Los resultados expuestos en este estudio confirman la importancia que tienen las características estresantes del niño como factor de riesgo en el curso del TDAH (Colomer, et al. 2012).

A continuación se da una visión general de los efectos y consecuencias que puede acarrear el trastorno a la vida del sujeto en diversas áreas donde se desenvuelve el ser humano.

1.6. Repercusiones y factores asociados del TDAH en Niños y Adolescentes.

A los/as niños/as con TDAH les resulta más difícil comportarse de manera autónoma ya que presentan una falta de organización interna, así como externa, los padres se dan cuenta de esta falta de autonomía de sus hijos/as hiperactivos/as porque necesitan mayor atención y seguimiento que los demás integrantes de la familia. Una dificultad que se hace presente con respecto a la educación es encontrar el equilibrio entre lo que se le exige y lo que se le puede exigir en función de su propia capacidad (Ortiz, 2004).

Hay tres esferas que se ven afectadas directamente por este trastorno en cuanto al desarrollo del/la niño/a, las cuales son el desarrollo escolar, el desarrollo afectivo y el desarrollo social. En el desarrollo escolar se encuentra afectado/a por los problemas de aprendizaje, bajo aprovechamiento, años reprobados, suspensiones frecuentes, rechazo por parte de los profesores y hasta expulsión de la escuela. Numerosos estudios muestran que de los/as niños/as que han sido diagnosticados con TDAH, un aproximado del 50% tienen trastornos de aprendizaje y de forma más específica un trastorno de lectura. Esta problemática se hace evidente cuando los/as niños/as o adolescentes presentan algún examen y lo reprueban por dificultad en la comprensión de las preguntas, omisión e inversión de letras, salto de renglones, contestar sin terminar de leer las indicaciones, letra ilegible, problemas para copiar y gramática deficiente. En matemáticas también se presentan dificultades como para multiplicar, la inversión de números y la dificultad para resolver problemas (Ortiz, 2004).

También interfieren con el aprendizaje otras dificultades que se observan en el lenguaje, ya que el/la niño/a no comprende lo que se le dice y esto le impide seguir instrucciones, se le hace complicado expresar lo que quieren decir, se altera la memoria, frecuentemente olvidan los trabajos y tareas, se les dificulta llevar la secuencia de los hechos y muestran fallas en la abstracción (Ortiz, 2004).

Sánchez y Pinto (1995), realizaron un estudio que detalla la incidencia de situaciones problemáticas que se revelan en niños/as de nivel primaria y sus efectos en el desempeño escolar utilizando un instrumento denominado el DRPP, un sistema

computarizado para la detección y referencia de los problemas de los/as niños/as, específicamente diseñado para su uso en escuelas mexicanas. Se observó que las dificultades relacionadas al TDAH fueron las más reiteradamente reportadas. Los cinco principales problemas que se divisan son: pobre autoestima y problema de conducta (que son indicadores de problemas emocionales), enuresis y TDAH (problemas órgano-funcionales) y ansiedad (multicausal), reportándose como menos frecuentes los problemas de alimentación y salud. Se confirma la sospecha previa su investigación, referente a que muchos problemas que presentan los escolares del nivel básico son de tipo psicológico y/o orgánico dispuestos a la intervención en el marco de la escuela o a través de los servicios de apoyo. En esta muestra, los factores asociados a deterioro socio-cultural y problemas de salud y nutrición advierten solamente una pequeña parte del problema del fracaso escolar. Es de atenderse la alta incidencia de indicadores de organicidad y de casos de TDAH los cuales sería necesario tratar con fármacos y atención psicológica en caso de confirmarse las sospechas diagnósticas. Lo ya mencionado debe situar, hacia una contribución más activa de los servicios de salud en el impulso del éxito en la escuela. De igual forma, la atención psicológica de los problemas emocionales y de ansiedad, que son comúnmente momentáneos en el/la niño/a, pueden positivamente reducir el índice de fracaso en la escuela. Los bajos promedios de conducta y desempeño revelan que la población estudiada se halla en riesgo de fracaso escolar. En general, el uso de un instrumento que permite descubrir de manera sistemática y más o menos objetiva la problemática del/la niño/a, hace destacar la necesidad de formalizar y sistematizar los métodos actuales de localización y referencia de los/as niños/as con problemas escolares. Como conclusión ante el reto de aminorar las cifras alarmantes de fracaso escolar en la primaria, se debe considerar como primer paso en firme, el incremento de la eficiencia en las acciones de detección temprana, referencia y seguimiento de los/as niños/as que presentan problemas para desempeñarse en el aula.

Duarte et al. (2010), buscaron estipular la tasa de TDAH en escolares de 6 a 13 años de edad y examinar la relación entre el diagnóstico TDAH, reprobación escolar y estado nutricional. Lo observado fue que el subtipo más frecuente fue el TDAH mixto (45.8%) y que el TDAH se asocia a un índice de reprobación escolar 3.4 veces más

que la población sin TDAH. También encontraron que en relación con el estado nutricional no existe asociación estadística. El TDAH es muy frecuente en la población estudiada con una prevalencia del 11.3% considerándose como un componente que influye en la reprobación escolar, sin estar relacionado con el estado nutricional.

Ortiz (2004) señala que en el desarrollo afectivo, los/as niños/as con TDAH tienen la autoestima baja, de igual forma el autoconcepto; refieren sentir que no los quieren, que todo lo que hacen está mal, que aunque se lo propongan no pueden portarse bien, que son malos. Su afecto se inclina a la tristeza, se muestran inconformes e insatisfechos, tienden a ser pesimistas, tensos y se irritan con facilidad. En un estudio de niños/as hiperactivos/as con edades de entre los 6 y 12 años que presentaban baja autoestima, se mostró que algunos/as desarrollaron estados depresivos.

Emocionalmente se muestra un desarrollo más inmaduro en los/as niños/as con TDAH que sus compañeros/as de su edad, tienden a desmoralizarse con facilidad, a cambiar con frecuencia su estado de ánimo, intolerancia a la frustración, les cuesta aceptar sus errores y culpan seguido a los demás, se les hace difícil ponerse en el lugar de otros y tomarlos en cuenta respecto a sus deseos y sentimientos, frecuentemente se muestran tercos/as y malhumorados/as (Orjales, 2005).

A lo largo de su desarrollo estos/as niños/as se ven sometidos/as a un número mayor de situaciones frustrantes. Cuando un/a niño/a siente que no puede responder correctamente a las demandas de una situación, ésta se torna frustrante. Las pocas experiencias de éxito, aunadas a una sucesión de experiencias frustrantes, provocan en el/la niño/a sentimientos de indefensión que contribuyen claramente a que, ante las situaciones de exigencia, sea cada vez más intolerante (Ortiz, 2004).

A pesar de que los criterios diagnósticos del DSM-IV para el TDAH no incluyen síntomas afectivos, Wender (como se cita en Brown, 2003) y otros investigadores (Barkley, Brown, Connors, como se cita en Brown, 2003) reconocen como un aspecto significativo de la función ejecutiva, a la modulación del afecto que se encuentra alterada como resultado del TDAH. Rothbart et al. (como se cita en Brown, 2003) afirman que un aspecto de importancia de las redes neurológicas de la atención es el procesamiento de la información emocional.

Hay una variedad de mecanismos a través de los cuales las influencias emocionales (terror, añoranza, afecto, celos, rabia, entre otras) pueden tanto ayudar y facilitar, así como alterar el desempeño de la atención. La emoción no sólo afecta a la atención como una influencia interna que logra ofuscarla y necesita ser controlada, sino también como un componente vital que genera y mantiene la atención. Taylor et al. (como se cita en Brown, 2003), resaltaron la consideración de las emociones como dispuestas para la acción y motivadoras y organizadoras de la conducta. Se señaló que el interés, posiblemente la emoción positiva que se experimenta más seguido, “es una motivación extremadamente importante en el desarrollo de habilidades, competencia, e inteligencia” (p. 11). La fuerza de motivación de dicho interés puede ser más evidente cuando éste falta, como se describe en las quejas constantes de muchos adultos con TDAH, quienes exteriorizan que aun logrando hiperconcentrarse en actividades que les atraía por un especial interés, notaban frecuentemente una incapacidad para esforzarse por aquellas tareas por las que no se sentían atraídos de forma inmediata por un especial interés. Esto les sucedía aun teniendo consciencia de que el fracasar en la elaboración de dicha tarea poco interesante, podría acarrearles fuertes problemas.

La experimentación de dificultades en las relaciones sociales importantes es común en niños/as con TDAH, mostrando baja competencia social y generalmente son rechazados por sus conductas, sucediendo esto desde los primeros años de vida y manteniéndose hasta la edad adulta. La percepción inadecuada de la falta de habilidad social, añadido a ideas sesgadas sobre la reputación, son condicionantes de la realidad que vive el sujeto (Pardos, Fernández & Fernández, 2009).

En el desarrollo social, la problemática se presenta con los/as compañeros/as en la escuela o con las amistades, que les suelen rechazar porque no controlan sus impulsos, lo que les hace parecer bruscos/as y enojados/as; la falta de capacidad para enfrentarse a la frustración y para aguardar su turno en juegos, deportes y diversas actividades va deteriorando su interacción y las relaciones con el grupo de pares. Es difícil que los adultos comprendan y toleren a los/as niños/as con TDAH y esto incluye a los profesores que constantemente les corrigen y señalan sus errores frente a los

demás, por su conducta disruptiva que muestran en el salón de clases, les castigan y descalifican, por ser muy inquietos/as, impulsivos/as y desatentos/as (Ortiz, 2004).

Fernández et al. (2011), argumentan la realización de numerosos estudios que han documentado que los/as niños/as con TDAH experimentan baja competencia social, y llevan a cabo un estudio cuyo objetivo es comparar la intensidad sintomática del TDAH, así como la relación de los diferentes subtipos, comorbilidades y sexo con el funcionamiento social (que contemplan las habilidades sociales y liderazgo) considerado a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños/as y adolescentes para padres y profesores (BASC). Se examinan y comparten entre otros, los datos de habilidades sociales, liderazgo, hiperactividad y déficit de atención del BASC y los síntomas principales del TDAH de la escala para la evaluación del déficit de atención con hiperactividad (EDAH). En los resultados, las puntuaciones que conciernen a las habilidades sociales fueron significativamente menores en los pacientes con trastorno disocial o negativista, según lo referido por los progenitores. En la observación de la intensidad sintomática TDAH se presentó, según los padres, una relación inversamente significativa entre la fuerza de la hiperactividad y las habilidades sociales. La puntuación de déficit de atención según padres y profesores, se correlacionó de igual manera con las habilidades sociales y liderazgo. Como conclusión se observó que la intensidad del déficit de atención fue la única variable que, independientemente del informador, se relacionó de forma significativa con las habilidades sociales y el liderazgo según la prueba del BASC.

Sances (2009), menciona los principales aspectos emocionales que se ven afectados en el desarrollo socioemocional del niño con TDAH, pues dice que los niños hiperactivos, en cuanto a lo emocional, presentan un desarrollo más inmaduro que sus compañeros de la misma edad. Algunos de los comportamientos más frecuentes son los siguientes:

- La baja tolerancia a la frustración: de manera inevitable, a lo largo de su desarrollo, los/as niños/as hiperactivos/as se ven sometidos/as a mayor número de situaciones frustrantes. Estas frustraciones aumentan de forma importante con los requerimientos escolares. La sucesión de situaciones frustrantes junto con las insuficientes experiencias de éxito, promueven en

el/la niño/a un sentimiento de indefensión que favorece a hacerlo/a cada vez más intolerante ante situaciones de exigencia. Cuando la exigencia no está controlada, a menudo se niega a trabajar o a obedecer, ya que el/la niño/a se desespera y desiste de las tareas.

- La baja autoestima o autoestima aparentemente inflada: el autoconcepto es la percepción o la imagen que cada uno tiene de sí mismo. Esta autoestima puede ser positiva o negativa en función de, si al/la niño/a le gusta o no su propia imagen. La imagen que tiene el/la niño/a de sí mismo/a se ha moldeado en relación con la información de los adultos y de sus propias experiencias. Debemos acentuar que, el/la niño/a con TDAH, es un/a niño/a más difícil de educar por lo que, con mayor frecuencia suele recibir una información más negativa de su comportamiento y capacidad. La realidad es que crece sujeto/a a un mayor número de fracasos que los/as demás niños/as, las malas experiencias se almacenan en torno a un sentimiento de indefensión. Todo ello favorece a la formación de una baja autoestima. Esta baja autoestima está correspondida con el mal rendimiento escolar y se acrecienta al llegar a la adolescencia, de tal forma que los/as niños/as hiperactivos/as tienen una imagen de sí mismos peor que sus pares al llegar a esta edad. Esta mala imagen agravada con la crisis de la adolescencia, redundará en la edad adulta en un nivel más bajo de formación educativa y laboral. En una búsqueda de proteger su autoimagen, los/as niños/as hiperactivos/as suelen atribuirse a sí mismos/as los éxitos, no así con los fracasos, ya que, cuando se trata de éstos últimos, tienden a responsabilizar a las demás personas o a factores externos de su mala actuación. Generalmente, la mala imagen que tienen estos/as niños/as de sí mismos/as se transcribe en comportamientos sencillamente observables, que varían según las características individuales. Hay niños/as que declaran abiertamente que se sienten incapaces (piden ayuda hasta para las cosas más sencillas, esquivan las responsabilidades, son sobradamente sensibles ante situaciones frustrantes); otros/as tratan de esconder sus sentimientos de incapacidad: ocultan el gran miedo que tienen a no ser capaces, evitan

cometer errores reclamando excesivamente instrucciones. Esta condición suele ser más propia en las niñas y sus manifestaciones son: ansiedad elevada ante el rendimiento académico, excesiva entrega a las tareas escolares sin obtener resultados acordes con su esfuerzo, y otro grupo de niños/as dan muestra de arrogancia y prepotencia. Detrás de una conducta de esta índole, suele esconderse un/a niño/a frustrado/a que ansía ocultar una imagen negativa de sí mismo/a. Por ello, en estos casos se dice que tienen una aparente autoestima positiva. Estos/as niños/as suelen ser rechazados/as por compañeros/as y adultos y se vinculan en círculos que se retroalimentan de manera negativa, ya que, cuanto peor es su autoestima, peor será su comportamiento hacia los demás.

- La aparición de sentimientos depresivos: los/as niños/as que sufren TDAH, suelen presentar un mayor índice de sentimientos depresivos comparados con los/as niños/as que no presentan TDAH de su misma edad y condición social. Usualmente, podemos observar dos formas de reacción: un grupo de niños/as tiende a la depresión infantil, con una autoestima muy perjudicada, mientras que otro grupo tiende hacia la *euforia infantil*, cuyo comportamiento parece ser contrario al de un depresivo y cuyo autoconcepto parece ser extremadamente positivo. Es la imagen de *aquí todo está bien*. En general se trata de un intento de huir de la frustrante realidad.
- La diferencia entre la capacidad intelectual y emocional: la inmadurez. Para sus familiares y educadores, los/as niños/as con TDAH suelen ser descritos/as como niños/as que se comportan de forma infantil, inestables y con recurrentes cambios de humor. Considerando la falta de control de impulsos y la baja tolerancia a la frustración, estos/as niños/as resultan más vulnerables a los problemas de relación con el entorno.
- La necesidad de llamar la atención: es, la desobediencia, una de las características de la mala conducta de los/as niños/as hiperactivos/as. Tras este patrón de conducta muchas veces se esconde el deseo de llamar la atención de los adultos, sin importar que sea a costa de un castigo. El entender este aspecto resulta de vital importancia para conseguir cambios en

la conducta del/la niño/a con TDAH. Estos/as niños/as por sus características cognitivas y emocionales dependen en mayor medida de la aceptación de los adultos.

- Los conflictos en las relaciones sociales: la gran mayoría de los/as niños/as con TDAH tienen dificultades en la interacción con el grupo de pares. Los/as niños/as hiperactivos/as son más rechazados por sus compañeros.

Es multifactorial el origen de la baja competencia social, siendo probable un mal funcionamiento en las vías dopaminérgicas involucradas en los procesos motivacionales y emocionales. Viéndolo desde una perspectiva cognitiva, los déficits en la función ejecutiva y en la comunicación no verbal, pueden ser fundamentales en su origen o intensidad (Pardos, 2009).

En la familia existe frustración por parte de los padres con respecto a sus expectativas con sus hijos, con frecuencia tiene que ver con el bajo rendimiento escolar y dificultades en la adaptación social que tienen los/as niños/as con TDAH, estos padres suelen experimentar sentimientos y conductas que son inadecuadas en el cuidado de los/as niños/as, algunos manifiestan pasividad o son permisivos y niegan o minimizan los problemas volviéndose más caótica la conducta de sus hijos en la interacción familiar y social. Otros, por el contrario, se muestran agresivos, hostiles e inflexibles, descalifican y rechazan, dando como resultado una baja autoestima y un autoconcepto pobre (Ortiz, 2004).

Montiel, Montiel y Peña (2005) comentan que no se conoce el efecto del clima familiar en el desarrollo del TDAH. Efectuaron un estudio que indaga en caracterizar a las familias con niños/as con TDAH para tener una mejor comprensión de las contribuciones del clima familiar en el desarrollo del trastorno. En el análisis estadístico se arroja un perfil de clima familiar dentro del rango promedio para ambas muestras. En las subescalas de cohesión, orientación hacia actividades intelectuales y orientación hacia actividades recreativas es donde se encontraron diferencias significativas entre casos y controles. También se observó que la mayor gravedad de síntomas de TDAH estuvo relacionada con menor cohesión y mayor conflicto familiar. Los hallazgos sugieren falta de asociación entre la calidad del clima familiar y el diagnóstico de TDAH.

Los estudios muestran que la autoestima baja en niños/as con TDAH está vinculada con un bajo rendimiento escolar y se va agravando conforme se llega a la adolescencia, de tal manera que estos/as niños/as tienen una auto-imagen peor que los/as niños/as sin TDAH al llegar a esta edad (Orjales, 2005).

Generalmente el/la niño/a que presenta hiperactividad durante los primeros años, después disminuye la hiperactividad motriz durante la etapa adolescente. Hubo un tiempo en el cual se tenía la creencia que la madurez beneficiaba tanto el cuadro de hiperactividad, que se afirmaba que en la mitad de los/as niños/as hiperactivos/as los síntomas desaparecían con el paso del tiempo (Orjales, 2005).

Se ha observado en estudios recientes, donde usan criterios diagnósticos más minuciosos, que a pesar de la disminución de la hiperactividad motriz hay otros síntomas que continúan y se mantienen. Sin tratamiento, la realidad es que el déficit de atención persiste después de la adolescencia y los déficits cognitivos que proceden de la impulsividad y la dificultad de encontrar estrategias apropiadas de procesamiento de la información, perduran hasta la edad adulta (Orjales, 2005).

Biederman et al. así como Millstein et al. (como se citan en Brown, 2003) indican que al estar presentes las alteraciones de la atención durante la infancia, suelen persistir en la adolescencia y edad adulta, creando comúnmente, problemas a estos sujetos en la escuela, el trabajo y en las relaciones sociales.

Se ha comprobado que el rendimiento escolar de niños/as con TDAH continua siendo igualmente bajo durante los años adolescentes. Generalmente quienes continúan los estudios, dadas sus dificultades académicas y laborales, llegan a cursar carreras medias, o se colocan en puestos profesionales de menor calidad (Orjales, 2005).

Los resultados de un amplio estudio que duró 6 años con adolescentes hombres y mujeres que se encontraban en la transición a la edad adulta, publicados por Achenbach et al. (como se cita en Brown, 2003), indicaron que el déficit de atención en la niñez tiende a persistir al inicio de la edad adulta, por lo regular sin que perduren problemas significativos de hiperactividad-impulsividad.

Se halló que en la edad adulta no sólo existe mayor persistencia con los problemas de atención que con los síntomas de hiperactividad-impulsividad sino que

también es más perjudicial. También se observó que la problemática atencional al inicio de la edad adulta estaba relacionada con alteraciones significativas en el trabajo y en las relaciones sociales.

Los estudios longitudinales que se han realizado en cuanto al pronóstico de los/as chicos/as con este problema, apoyan la necesidad de intervenir lo más pronto posible (Orjales, 2005).

Brown (2003) halló que los reactivos de una escala de 40 ítems, que se habían utilizado en entrevistas con adolescentes y adultos diagnosticados de TDAH referentes a varios aspectos de la desatención, se agrupaban en cinco factores independientes, pero relacionados:

- 1) organización y activación en el trabajo,
- 2) mantenimiento de la concentración y atención,
- 3) mantenimiento de la energía y el esfuerzo en el trabajo,
- 4) control de interferencias afectivas y
- 5) uso de la memoria de trabajo y de la evocación de recuerdos.

Los sujetos con diagnóstico de TDAH que en alguno de los factores presentó dificultades crónicas, tuvieron tendencia a tener niveles parecidos en los otros cuatro factores.

Palacín (2010), enfoca al TDAH bajo una perspectiva histórica con cuatro puntos esenciales:

- El TDAH como trastorno neurológico.
 - Lesión cerebral.
 - Disfunción cerebral mínima: la falta de pruebas conlleva a una explicación más suave que la lesión cerebral. En ocasiones es usado como sinónimo.

- Como síndrome conductual (trastorno de conducta): el síntoma principal es la actividad motriz excesiva, se pensó que era un trastorno de la infancia y que disminuye cuando llega la adolescencia.
- Como síndrome cognitivo: impulsividad y falta de atención.
- Como déficit en el control inhibitorio: el principal conflicto de los/as niños/as hiperactivos/as, es su incapacidad para mantener la atención y para inhibir las respuestas impulsivas en tareas o situaciones sociales que solicitan un esfuerzo reflexivo, organizado y autodirigido.

También comenta puntos particulares de la problemática en etapas específicas del desarrollo.

- Educación primaria:

Problemas de impulsividad, atención, van a tener secuelas en el aspecto académico. Al principio, compensan las actividades pero posteriormente, en otros cursos se aprecian repercusiones.

- Baja competencia social.
- Bajo rendimiento y problemas de comportamiento en clase y en casa.

Regularmente, en esta etapa es cuando se realiza el diagnóstico porque los profesores perciben que el/la niño/a no se involucra en las tareas escolares.

- Adolescencia:

En esta etapa es más factible que se presente la depresión.

- Se reducen los signos de actividad motora excesiva.
- Bajo rendimiento académico. Repeticiones y abandonos.
- Problemas emocionales. Se perciben desiguales a los demás.
- Pueden agregar trastornos de conducta por abuso de sustancias: 60-80 %.

La familia es una variable decisiva. Cuando los padres presentan problemas de conducta, la evolución tiende hacia lo negativo.

Cuando el/la niño/a presenta hiperactividad con trastorno de conducta, a veces se debe a un mal ambiente familiar, desestructurado, o a padres con dificultades conductuales. En ocasiones, la desestructuración familiar es consecuencia a la hiperactividad y trastorno de conducta que presenta el/la niño/a.

- **Juventud:**

El trastorno es crónico, pues no se desvanece después de la adolescencia. Un 50% tiene síntomas que obstaculizan el funcionamiento del desarrollo cotidiano: humor cambiante y sentimientos de fracaso.

También es posible que desplieguen dificultades en el trabajo, en sus relaciones y pobre autoestima.

Sances (2009), también señala puntos significativos del TDAH durante el periodo de la adolescencia como:

Los fuertes cambios físicos, emocionales y mentales que experimentan los adolescentes pueden desencadenar discusiones entre padres e hijos, así como expresiones de comportamientos opositoristas y desafiantes contra las figuras de autoridad. Además en esta etapa se multiplican las posibilidades y opciones vitales para los adolescentes (conducción, drogas, alcohol, relaciones sexuales) que les exigen a tomar decisiones importantes.

En el caso de jóvenes con TDAH, todos estos cambios, así como los riesgos que a menudo conllevan, aumentan de forma considerable, ya que además de presentar dificultades propias de esas edades, tienen mayores probabilidades de presentar un bajo rendimiento académico, inadaptación escolar, aislamiento social, depresión, baja autoestima, etc. Se complica más la problemática en esta etapa de la vida porque amplifica considerablemente la asociación entre la hiperactividad y los trastornos de conducta. No resulta extraordinario que sea significativamente superior el número de jóvenes hiperactivos/as que a los catorce años han tenido problemas con la justicia y

han sido expulsados/as de la escuela en más de una ocasión, en comparación con sus compañeros/as sin TDAH. Por otra parte, cabe mencionar que su bajo control de los impulsos revela la mayor incidencia de accidentes de tráfico y multas por infracciones que tienen estos/as jóvenes hiperactivos/as cuando se les compara con adolescentes sin TDAH. Estudios realizados demuestran que los/as adolescentes con TDAH pueden empezar a tener relaciones sexuales más pronto y es más factible que no utilicen métodos anticonceptivos. También con los/as adolescentes con TDAH existe diferencia de sus compañeros/as respecto con su bajo rendimiento académico, presentando una ejecución significativamente inferior en habilidades de deletreo, aritmética y comprensión de la lectura. De ahí el mayor número de repetición de cursos, suspensiones y de abandono de los estudios que experimentan estos/as jóvenes. En cuanto al dominio social, ahora los problemas son mayores, ya que además de presentar en muchos casos problemas de conducta más severos, extienden desde la infancia un estatus social de rechazo. De hecho, comúnmente no están interesados/as en los deportes y cuando lo están es muy improbable que pertenezcan o se mantengan en un equipo porque no dedican suficiente tiempo a los entrenamientos y no consiguen, en la mayoría de los casos, cumplir las normas de disciplina que se les imponen. Por lo tanto, como el autoconcepto en este periodo evolutivo depende en gran medida de los logros académicos, sociales, artísticos y deportivos, dominios en los que suelen fracasar los sujetos con TDAH, una proporción importante de estos adolescentes no tiene confianza en sí mismos y experimentan sentimientos de indefensión y síntomas depresivos.

- Acerca del TDAH y la vida adulta:

Aunque habitualmente las conductas impulsivas e hiperactivas se atenúan en la vida adulta, llega a subsistir la sensación de inquietud, la tendencia a manifestar comportamientos faltos de premeditación, los problemas atencionales, la desorganización, la escasa memoria a corto plazo y las dificultades para mantener las rutinas diarias en el trabajo y el hogar. Los adultos en los que persiste la sintomatología del TDAH generalmente han completado menos años de escolaridad, distribuyen y

gastan peor su dinero, organizan deficientemente las tareas domésticas, tienen menos habilidad para manejar las actividades de sus hijos, presentan una capacidad reducida para desarrollar un trabajo independiente y que no requiera supervisión, y manifiestan una progresión en el estatus educativo y ocupacional significativamente más lenta.

De los/as niños/as con TDAH, un alto porcentaje conserva sus problemas de conducta y se observan un número mayor de niños/as con notas malas, historial con fracasos y expulsiones escolares. Los/as que tienen además, un ambiente social inadecuado, usualmente adoptan conductas pre-delinquentes, se integran a grupos marginales o extremistas, o se introducen en el mundo de las drogas (Orjales, 2005).

Lefa et al. (1999) evaluaron factores asociados los cuales fueron: predominancia motora izquierda, accidentes infantiles, signos neurológicos menores, baja autoestima, progreso no adecuado en la escuela, bajo coeficiente verbal, sintomatología de ansiedad y sintomatología depresiva. En sus resultados encontraron dos factores asociados con significación, los cuales fueron: tener baja autoestima y la predominancia motora izquierda.

Rodriguez et al. (2011) llevaron a cabo un estudio donde relacionan desde el punto de vista empírico, dos aspectos que pueden tener una correspondencia teórica consistente que son las Dificultades de Aprendizaje en escritura y TDAH. Han realizado una revisión de estudios empíricos de los últimos años sobre el TDAH y las dificultades de aprendizaje en escritura, para ver cómo se encuentra esta cuestión y encauzar claramente los objetivos de los futuros estudios en este campo. Se ha atendido al diseño, para marcar una diferencia en los distintos tipos de estudios que comprenden de manera general el TDAH en relación a la escritura y de manera concreta, en relación a sus dificultades en el aprendizaje. Obtuvieron como principales conclusiones la confirmación de la falta de estudios empíricos que relacionen escritura y TDAH, y siendo más puntuales, escasean aquellos que se vinculan con los aspectos de composición escrita y sus procesos con TDAH, ya que los estudios que se encuentran en existencia se preocupan del tema de forma superficial, y habitualmente en aspectos mecánicos, dejando de lado los más sustantivos. Concluyendo, se puede decir que los estudios de TDAH y escritura se enfocan en los aspectos mecánicos como el grafismo.

Se han observado en muestras muy escasas cuando se abordan aspectos más comprensivos de la competencia escrita, siendo insuficiente lo recabado.

En un estudio se investigó sobre el mantenimiento de los efectos de una intervención, después de haber finalizado un año atrás, esta intervención integró 3 programas coordinados, que se implementó con 27 niños/as diagnosticados/as con TDAH de edades de 7 a 10 años, también con padres y profesores. La intervención duró 10 semanas e incluyó técnicas cognitivo conductuales, modificación de conducta, habilidades sociales y adaptaciones académicas. Los efectos que se valoraron a partir de información proporcionada por los padres, profesores y compañeros/as fueron sobre adaptación académica, emocional y social. Con los resultados, se confirmó que las mejoras experimentadas durante y después del tratamiento se mantuvieron en la evaluación de seguimiento, específicamente en las áreas académica y social, que fueron en las que los/as niños/as presentaban mayores dificultades (Presentación, Siegenthaler, Jara, & Miranda, 2010).

Miranda, Fernández, Roselló y Colomer (2012), realizaron una investigación en la cual el objetivo fue examinar los efectos del tratamiento con psicoestimulantes sobre la severidad de los síntomas de TDAH y problemas asociados. Se realizó con tres grupos, dos con medicación y una sin medicación, las dos con medicación tuvieron por diferencia el tiempo del tratamiento ya que una fue prolongada (por más de tres años) y otra breve (por menos de tres años) y fueron dos fases de seguimiento donde los padres respondieron la escala de Conners. En los resultados se pudo observar que las expresiones de inatención, hiperactividad e impulsividad y los problemas de conducta en general disminuyeron en el seguimiento en comparación con la primera fase. La ansiedad fue la única variable que presentó un acrecentamiento significativo en el tiempo. Referente a la medicación, en las variables relacionadas con síntomas del TDAH se observó que hubo puntuaciones mayores en el grupo que tuvo medicación a diferencia del que no lo tuvo. No aparecieron efectos de interacción de tiempo por medicación. Como conclusión, los resultados muestran evidencia de la necesidad de análisis más complejos para valorar la respuesta a largo plazo de los fármacos en el tratamiento del TDAH.

- Sugerencias para el tratamiento:

Sances (2009) dice, en cuanto al tratamiento, que las disfunciones que se presentan en el contexto familiar necesitan una respuesta rápida por parte de los diferentes servicios que están encargados de atenderlos. Y para el/la niño/a con TDAH, considerando un tratamiento óptimo, solicita atención al sufrimiento de la familia. Los padres de estos/as niños/as deben tener herramientas para conocer cuál es la mejor manera de interactuar con ellos/as y cómo reducir las fricciones dentro del seno familiar creando un ambiente adaptado a sus necesidades. La investigación e intervención en este campo debe acometerse lo antes posible. Junto a otros elementos, hay que ofrecer a los padres información que reduzca su inseguridad y sentimientos de culpabilidad; facilitarles estrategias para disminuir el nivel de estrés que puede provocar el comportamiento de sus hijos/as; mostrarles las formas de identificar y valorar los progresos, aunque sean limitados; asesorarles acerca de cómo potenciar las habilidades de comunicación y solución de problemas; auxiliarles a promover una distribución clara de responsabilidades y roles y construir un estilo educativo autoritativo, no coercitivo ni sobreprotector. Asimismo, habría que incluir en los programas de asesoramiento, otras habilidades necesarias para vivir y educar a niños/as con TDAH a fin de que su desarrollo socioemocional avance normalmente. Si se amplifica la capacidad de la familia para enfrentar el trastorno y los cambios tienen relación con el mismo a través de reducir su ansiedad y desamparo y se le ayuda a obtener un sentido de dominio, tendrá un efecto positivo inmediato en el/la hijo/a con TDAH. Es de suma importancia no ver a los miembros de la familia como algo periférico al tratamiento del/la paciente. Este tratamiento familiar involucraría las siguientes metas:

- Instruirse más acerca de la enfermedad y las transformaciones del rol que se relacionan con ésta, dentro de la familia.
- Disminuir la ansiedad y el desamparo y permitir que se expresen y se valoren emociones.
- Mejorar la comunicación entre el/la paciente y su familia y entre ésta y el equipo médico.

1.7. Otros trastornos comórbidos.

Diaz (2006), hace una revisión sobre distintas comorbilidades relacionadas de manera especial con el TDAH. Se acepta que el TDAH *puro* es algo muy infrecuente, estimándose la comorbilidad en más del 60%. Considerar esta realidad clínica es muy importante, tanto para el tratamiento farmacológico adecuado, como también para la intervención psicológica y psicosocial a implementar. Aunque la comorbilidad muestra una prevalencia alta en todos los subgrupos de TDAH, las investigaciones hechas hasta el momento indican que sería el subtipo combinado el que sobrelleva una mayor variedad, en especial, los trastornos disociales, el trastorno negativista desafiante y los trastornos ansioso-depresivos. Los que presentan mayor frecuencia son los de ansiedad, los trastornos afectivos, trastornos de conducta, semiología del espectro autista en el TDAH, los tics y al final, los trastornos de aprendizaje escolar.

Hay diversos riesgos a los que está expuesto el sujeto con TDAH como lo son: un alto índice de heridas diversas así como el uso de alcohol, tabaco y drogas; inclusive hay un subgrupo comórbido con el trastorno disocial que tiene un mayor riesgo de desarrollar delincuencia. Hay categorías diagnósticas que se suman en un gran grupo de coexistentes con el TDAH entre los que están: el Trastorno disocial (TD), el trastorno oposicionista desafiante (TOD), el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno bipolar (TB), los trastornos ansiosos (TA), los trastornos por uso de sustancias (TUS) y los trastornos de aprendizaje (De la Peña & Palacios, 2003).

Calderón (2011), reúne un conglomerado de trastornos y desórdenes con las cuales tiene comorbilidad el TDAH, como lo son: trastornos de aprendizaje, trastornos de conducta, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, el trastorno posicional desafiante, desorden afectivo bipolar, el síndrome de Gilles de la Tourette, uso de sustancias, comportamiento antisocial, entre otros.

Sances (2009), también tiene a consideración que entre los trastornos asociados al TDAH, los más frecuentes son: trastornos de aprendizaje específicos, el trastorno disocial, la depresión, el trastorno negativista desafiante, los tics, el síndrome de Gilles

de la Tourette, el Trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno bipolar. Los cuales describe con mayor detalle:

- Trastornos del aprendizaje específicos: hablamos de trastorno de aprendizaje específico cuando existe una discordancia importante entre la capacidad intelectual del/la niño/a y su rendimiento en ciertas áreas específicas. Las desigualdades más frecuentes se encuentran en la lectura, la ortografía, la expresión escrita, el lenguaje oral y las matemáticas. En el caso de tener problemas con la lectura, la mayoría de los/as niños/as con tratamiento psicopedagógico acaban mejorando pero, continuarán siendo malos/as lectores/as y seguirán cometiendo faltas de ortografía.
- Trastorno disocial: las conductas contenidas en el trastorno disocial incluyen mentir, hacer trampas, amenazar, robar, violar los derechos ajenos, destruir la propiedad, prender fuego deliberadamente e infringir dolor. No hay que perder de vista que la conducta irreflexiva de un/a niño/a con TDAH puede llevarle a actuar esporádicamente de forma antisocial, pero tiene remordimientos de lo que ha hecho. En contraste, los/as niños/as con trastorno disocial no se arrepienten del mal cometido; hay un mecanismo malicioso y sádico en su comportamiento. Los factores que acrecientan el riesgo de que un/a niño/a desarrolle un trastorno disocial son los problemas matrimoniales entre sus padres, un entorno familiar hostil y crítico y probablemente un TDAH mal tratado o ni siquiera detectado ni tratado. En los casos más extremos de trastorno disocial, el tratamiento del TDAH asociado tiene un valor muy limitado.
- Depresión: los/as niños/as con TDAH desean comportarse, aprender y ser aceptados exactamente igual que sus compañeros/as, pero no saben cómo conseguir que esto resulte. Es común que un/a niño/a con TDAH esté decaído y desilusionado, pero estos signos no conforman una prueba suficiente para hacerle un diagnóstico de depresión patológica. En contraste, el/la niño/a deprimido/a cae en un estado crónico de preocupación, tristeza y deseo de aislamiento. Es de preocuparse cuando se perciba un cambio en la personalidad del/la niño/a, una disminución drástica de sus actividades

habituales, mayores dificultades para comunicarnos con él/ella, una tristeza más persistente y profunda o una clara disminución de su rendimiento escolar. Lo que sí se debe tener muy presente es que, cuando el TDAH coexista con la depresión, ésta última deberá tratarse como prioridad.

- El trastorno negativista y desafiante: se trata de uno de los trastornos comórbidos más frecuentes. Los/as niños/as con TDAH pueden ser impulsivos e irreflexivos, pero por norma general se arrepienten sinceramente cuando hacen algo mal. Éste no es el caso de los/as niños/as con trastorno negativista y desafiante, que se indignan cuando se les llama la atención y que encuentran totalmente justificado lo que han hecho. Es complejo saber cuándo se inician las conductas de oposición; durante la primera infancia, los/as niños/as suelen ser negativos, pero el desafío patológico es raro que se presente antes de la etapa preescolar. Estos/as niños/as suelen decir *no* como patrón, son hostiles, tienden a complicar las cosas y adoptan una actitud de rechazo y desafío de manera continua. En los casos más extremos, son vengativos/as y siempre intentan disgustar a los demás o culparles de sus problemas. Ambos trastornos se dan simultáneamente, ésta composición de desafío y conducta irreflexiva hace que el pronóstico sea mucho más desfavorable. El origen del trastorno negativista y desafiante parece ser en gran medida biológico, pero la incidencia y la gravedad de este problema están profundamente afectadas por el ambiente familiar y el tipo de educación recibida. Por otro lado, uno de los malentendidos más frecuentes es el de confundir las conductas irreflexivas propias del TDAH con el comportamiento deliberadamente desafiante propio del trastorno negativista y desafiante. Los padres se quejan de que los fármacos prescritos para tratar el TDAH no funcionan. Lo que ocurre es que, aunque los problemas asociados al TDAH hayan remitido, los comportamientos asociados al trastorno negativista y desafiante comórbido prevalecen. Aquí, Ortiz, Giraldo y Palacio (2008), hacen otra aportación al respecto, pues ven el trastorno oposicional desafiante como un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido

principalmente a los padres y a las figuras de autoridad. Los estudios en países desarrollados han identificado factores cognitivos y conductuales errados, como los principales determinantes de una actitud negativa, opuesta y contraria a las normas establecidas, mientras que en países en vías de desarrollo, se destacan los factores ambientales como condicionantes de resiliencia y prosocialidad.

- Tics y el síndrome de Gilles de la Tourette: las contracciones nerviosas y movimientos involuntarios son muy frecuentes en la población general, pero tienen una incidencia mucho mayor en las personas con TDAH. Los tics y el síndrome de Gilles de la Tourette son dos trastornos asociados al TDAH. Lo más usual es que los tics aparezcan por primera vez cuando el/la niño/a cursa entre los siete y diez años y que sean de carácter transitorio, desapareciendo y volviendo a aparecer. Dado que la medicación estimulante suele empezar a administrarse a esta edad, es fácil creer erróneamente que son los fármacos lo que han provocado los tics. De todos modos, en caso de duda, es aconsejable retirar la medicación transitoriamente para comprobar si los fármacos son los causantes. Por sí misma la presencia de tics, no provoca problemas importantes en la conducta, en el aprendizaje ni en el bienestar emocional. Mientras que el TDAH sí puede causar graves dificultades en todas estas áreas. Cuando un/a niño/a con tics y TDAH rinde por debajo de sus posibilidades, suele ser el TDAH y no los tics lo que está creando dificultades. Es importante tener esto en cuenta al momento de planificar el tratamiento.
- Trastornos del desarrollo de la coordinación: los problemas de coordinación, planificación motora, escritura y maduración neurológica tardía se asocian comúnmente al TDAH.
- Trastorno obsesivo-compulsivo: es poco habitual que el TDAH se asocie a las conductas obsesivas. La incidencia de este trastorno es mayor cuando el/la niño/a presenta, además del TDAH, un trastorno de tics. Las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo se fijan excesivamente en ciertas cosas o conductas. El trastorno obsesivo-compulsivo puede llegar a

confundirse con la insistencia de muchos/as niños/as con TDAH cuando quieren conseguir algo a toda costa. A veces, la medicación estimulante puede provocar, como efecto secundario, una focalización casi obsesiva. Ésta desaparece rápidamente en cuanto se reduce la dosis o se cambia el fármaco.

- Trastorno bipolar: se cree que existe una relación entre el TDAH y el trastorno bipolar. Éste es un enfoque novedoso que aún no ha sido aceptado universalmente. Aunque son dos trastornos que difieren bastante entre sí, pueden presentarse simultáneamente. La presencia de trastorno bipolar agrava significativamente el pronóstico del TDAH. Los/as niños/as con TDAH pueden ser impulsivos/as, irreflexivos/as y en ocasiones, pueden llegar a perder los estribos, pero los/as niños/as con trastorno bipolar presentan verdaderos ataques de rabia y suelen tener cambios de humor extremadamente rápidos.

A veces sucede que algunos profesionales no logran identificar estas asociaciones entre el TDAH y otros trastornos comórbidos y es una de las causas más frecuentes de malentendidos y tratamientos inadecuados. Es importante que quede claro que el TDAH no provoca las conductas de oposición, la dislexia o los tics, simplemente incrementa la probabilidad de que aparezcan estos trastornos.

Pardo de Santayana (2002) habla de los/as niños/as superdotados/as con TDAH, que difieren de los/as alumnos/as que presentan capacidades medias con este mismo trastorno y de aquellos que no presentan ninguno de los dos, en diversos aspectos que influyen notoriamente sobre el asesoramiento que han de recibir. En la actualidad, los educadores no parecen tener estrategias ni confianza en su capacidad para proveer un currículum apropiado para estos/as niños/as. Aquí se expone el estado de la cuestión revisando la realidad de esta población en sus ambientes familiar y escolar, dibujando algunas ideas básicas para su educación. Algunas características del/la superdotado/a con TDAH: el/la alumno/a superdotado/a que presenta TDAH muestra rasgos peculiares que suscitan una problemática asociada más compleja que la de un/a alumno/a de alta capacidad o con TDAH. Esta situación se debe principalmente a la percepción que el/la estudiante tiene del desfase que presenta su

alta capacidad respecto de su ejecución. Regularmente, estos/as alumnos/as manifestarán un rendimiento académico muy por debajo de su potencial de aprendizaje, característica que aunque también puede encontrarse en la población de alumnos/as con TDAH, se presenta en los primeros con mayor crudeza y notoriedad. Para continuar, puede asimismo destacarse el problema que ésta doble excepcionalidad genera en el ámbito social. Es sabido que un/a alumno/a con TDAH presenta una serie substancial de problemas sociales con consecuencias graves para su proceso de integración en el grupo-clase, en la sociedad en general e incluso, en el ámbito familiar. Pero a esta situación se suma además la expectativa de logro que sobre él/ella se genera (principalmente por parte de los adultos) por su condición de superdotado/a; es decir, se tiene la expectativa que su comportamiento se ajuste más al de un/a niño/a de alta capacidad que al de un/a estudiante con TDAH dejando de lado así las necesidades que su condición doblemente excepcional presupone tanto en el ámbito externo (contexto) como interno (desarrollo individual).

Pero también los/as alumnos/as superdotados/as con TDAH presentan ventajas derivadas de esa doble excepcionalidad. Una de estas ventajas, sería la posibilidad que manifiestan para controlar con menos esfuerzo y mayor eficacia su atención ante estímulos que les motivan y constituyen un área de su interés. Así, mientras para el/la alumno/a con TDAH admite un gran esfuerzo el lograr concentrarse de forma continuada y productiva, el alumno doblemente excepcional manifiesta una tendencia más definida para centrarse en estímulos que lo motivan durante un tiempo considerable y de manera productiva, es decir, esa atención va además acompañada de una mayor y mejor comprensión. Los/as alumnos/as superdotados/as con TDAH presentan características similares a los/as estudiantes con alta capacidad tales como (ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children, 1990):

- Habilidad superior para el razonamiento abstracto.
- Amplia variedad de intereses.
- Fluidez verbal: con mayor cantidad y calidad de vocabulario que su media de edad.
- Curiosidad intelectual.
- Fuerte creatividad.

La combinación de ambas excepcionalidades ¿Revela un perfil concreto que podríamos definir? La respuesta es compleja pues en si ya resulta arriesgado definir características de un único fenómeno, la propuesta padece un riesgo doble al querer determinar un listado que sea exactamente la forma en que esa combinación de fenómenos se presenta. Siendo, por tanto, conscientes de que la variedad en las manifestaciones de esta doble excepcionalidad puede ser tan extensa como el número de alumnos/as que la presentan, podríamos dibujar ligeramente algunos de los rasgos que caracterizarían a un/a alumno/a superdotado/a con TDAH (Flint, 2001):

- Realiza bromas en momentos que son inapropiados.
- Se aburre con las tareas rutinarias y declina hacerlas.
- Es autocrítico/a e impaciente ante los fracasos.
- Tiende a dominar a las otras personas.
- Opta por estar solo/a.
- Se le dificulta cambiar de área de interés cuando se siente *absorbido* por una.
- Con regularidad está en desacuerdo con los demás y lo expone en voz muy alta de malas formas.
- Es emocionalmente muy sensible, puede presentar reacciones exageradas.
- No le importan los detalles.
- Rechaza y tiene problemas con la autoridad.

En lo anterior se puede observar que el TDAH es un problema que ataca varias áreas del sujeto, mermando en su calidad de vida, envolviéndolo en circunstancias difíciles y desencadenando problemáticas cada vez más desastrosas.

En lo subsecuente veremos cómo éste problema es tan grave al igual que el consumo de drogas y de qué manera se entrelazan ambos factores afectando aún más al individuo, proyectando un pronóstico desfavorable si no se le busca solución oportuna.

Capítulo 2. Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas.

México tiene una larga historia de investigación, a través de una serie de estudios a nivel nacional acerca del uso de drogas. A continuación se describe el panorama epidemiológico del consumo de drogas legales, las médicas y las ilegales dentro de un contexto escolar a nivel nacional.

2.1. Contexto Nacional del Consumo de Sustancias en Adolescentes.

El panorama epidemiológico de México, incluye a los trastornos por uso de sustancias como parte importante de los trastornos mentales, mismos que se considera, continuarán en el futuro del escenario nacional. Por ello, el manejo epidemiológico de estas problemáticas se vuelve urgente (Borges, Medina-Mora & López-Moreno, 2004).

El problema del consumo de drogas ha requerido de observación y seguimiento por lo que, en nuestro país se cuenta con muchas investigaciones en esta área, entre estas se tienen al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA), los registros llevados por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y el Sistema de Reporte de Drogas (SRID). La confluencia de varias fuentes de información como éstas, se realizan gracias al trabajo de las instituciones que participan en el Observatorio Epidemiológico del país (Villatoro et al., 2003).

Se ha podido observar que la adolescencia es una etapa de alto riesgo que propicia el consumo de drogas al buscar una forma de enfrentar los problemas emocionales y la búsqueda de identidad, por lo que se vuelve una situación preocupante aun cuando no a todos/as los/as adolescentes les afecta de la misma forma. Muchos solo experimentan con ellas para luego dejarlas y un porcentaje menor continua usándolas (Villatoro, Medina-Mora, Rojano et al., 2002).

Al hacer un análisis más escrupuloso de esta problemática sobre quienes resultan más afectados, se ha encontrado que, estudiar es un factor de protección para

los/as adolescentes pues el consumo es menor comparado con los que no asisten a clases (Villatoro, Medina–Mora, Hernández et al., 2005).

Las primeras investigaciones en México datan de 1976 continuando con un monitoreo constante del consumo de drogas entre los/as estudiantes (Villatoro, et al., 2005). Como principal antecedente se tiene que las drogas que mas consumía esta población entre los años de 1975 y 1978 fueron la mariguana, los inhalables y las anfetaminas. En 1978, los inhalables alcanzaron un mayor índice de consumo entre los/as jóvenes en desarrollo que, debido a sus efectos, representa un grave problema de salud asociado a bajo rendimiento escolar y otras conductas delictivas (Villatoro et al., 1999).

En el año 2000, se reporta que el consumo de drogas en estudiantes se incrementó entre hombres y mujeres alcanzando cifras similares entre ellos. En los años 2000 y 2003 se presentó un aumento en el consumo de drogas, particularmente de alcohol, mariguana y metanfetaminas, señalando que a partir del 2001, el índice general de consumo se mantiene estable, principalmente el de la cocaína. En las diversas encuestas realizadas a estudiantes del país se puede confirmar este dato. Como ejemplo, tanto en estudiantes de secundaria como de bachillerato, los niveles de consumo de drogas son similares a los de la Ciudad de México en ciudades como Querétaro, mientras que en municipios más pequeños como Ciudad Guzmán, Jal., y Rioverde, SLP., el consumo es más bajo, y a un nivel intermedio se tienen los niveles de consumo en Tamaulipas (Villatoro, Medina-Mora, Fleiz & Hernández, 2005).

En la frontera, el consumo de drogas en la población de entre 12 y 17 años de edad ha incrementado los índices de consumo en Ciudad Juárez, alcanzando los niveles de Tijuana, siendo estas dos ciudades fronterizas las de mayor consumo de sustancias, aun por encima de la Ciudad de México (Villatoro et al., 2007).

Se visualizaron varios puntos relevantes acerca de lo que sucedía en el país en el 2003 los cuales son:

- 1) Un incremento en el consumo de drogas, principalmente de alcohol, mariguana y metanfetaminas, aun cuando el índice general de consumo se ha mantenido estable.

- 2) Hay variaciones regionales, de manera que el consumo es mayor en las grandes urbes, en la región centro y norte del país. Sin embargo, las nuevas generaciones se ven más afectadas sin importar el nivel de urbanización del lugar en que viven.
- 3) Cambios en los índices de consumo de hombres y mujeres, encontrándose que las prevalencias del consumo de alcohol y tabaco de las mujeres presentan valores similares a las de los hombres y en algunas zonas el consumo de ellas llega a ser más elevado.
- 4) Un factor protector ante el consumo de drogas es el ser estudiante.
- 5) Ser trabajador/a menor de edad junto con llevar más tiempo siéndolo, incrementa la probabilidad de consumir drogas, aun cuando el/la adolescente se encuentre estudiando.
- 6) Una alta tolerancia de la población frente el consumo de las drogas legales (tabaco y alcohol) y la baja percepción del riesgo que se tiene del daño que estas drogas ocasionan, son factores preponderantes que se tienen que tratar en los programas de prevención.
- 7) El consumo de drogas no es un factor aislado pues regularmente se le asocia con otras áreas de la salud mental (Villatoro et al., 2007).

Los variados sistemas de información del país como son el SISVEA y CIJ, para el 2006 también muestran que el consumo de cocaína se estabilizó y que continuó incrementándose el de marihuana, aunque estos puntos tienen variaciones según la región. Datos que proporciona la encuesta de estudiantes de la Ciudad de México del 2003 tuvieron ciertas similitudes, como incremento en el consumo de marihuana y una disminución ligera en el consumo de cocaína (Villatoro et al., 2007).

Las regiones más afectadas en el país por el consumo de drogas son el norte (7.5%) y el centro (4.8%). Aunque se presenta en el sur un bajo consumo, se destaca un índice alto en Cancún, centrándose el problema en el consumo excesivo de alcohol (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002). Las dos ciudades de mayor consumo de sustancias en el país se encontraron en la frontera con Ciudad Juárez que alcanzó los niveles de Tijuana ambas por encima de la Ciudad de México cuya principal

contribución a esta cifra la dieron jóvenes con edades que oscilan entre los 12 y 17 años. (Villatoro et al., 2007).

Una problemática intermedia se localiza en la zona céntrica del país, sobresaliendo de ésta, la Ciudad de México pero ubicándose por debajo de las dos ciudades fronterizas antes mencionadas, teniendo un consumo de drogas medio entre el norte y sur del país. Aunque existen Estados donde no se han realizado encuestas similares, algo que se ha podido observar en otras fuentes es que se ha incrementado de manera notoria el consumo de sustancias (Villatoro et al., 2007).

Los datos de mortalidad muestran que en la frontera norte del país, de forma más definida en el área del pacífico, donde se colinda con California y Arizona, se ha identificado que en las causas de mortalidad hay alta asociación con el consumo de drogas. De forma parecida sucede en el sur del país donde la mortalidad tiene causas relacionadas al alcohol, y en cuanto al tabaco como causante, se extiende en todo el territorio nacional (Kuri, López- Gatell & Bojorquez, 2007).

En lo subsecuente se verá como ha sido el comportamiento del uso de sustancias legales que son en nuestro país el tabaco y el alcohol.

2.1.1. Drogas Legales.

Es sabido que el consumo de tabaco y la exposición al humo provocan una alta morbilidad y mortalidad por enfermedades, particularmente del sistema circulatorio y respiratorio. Según la Organización Mundial de la Salud representa la segunda causa principal de muerte en el mundo (Kuri, González, Hoy & Cortés, 2006).

Se estiman 4 millones de muertes por año debido al consumo de tabaco en el mundo, que representan actualmente 11 mil muertes cada día, el tabaquismo se considera una epidemia en el ámbito mundial y en los países en desarrollo es uno de los principales problemas de salud pública y México no es la excepción (Lazcano & Hernández, 2002).

Según la ENA 2002, casi 14 millones (26.4%) de personas entre los 12 y 65 años de edad que viven en zona urbana, son fumadoras activas; adicionalmente se observó que la edad de inicio es cada vez a edades más tempranas. El SISVEA, al

proporcionar datos de sus clínicas de tabaco señala que en el 2003, el 55% de las personas que acudieron a consulta iniciaron su consumo entre los 10 y 14 años de edad; para el año 2004, el 80% comenzó su consumo antes de los 18 años. Respecto a la edad de fumadores del área urbana, la mayoría son jóvenes de 18 a 29 años de edad (40.8%) y son los hombres quienes inician el hábito a mas pronta edad que las mujeres (Kuri et al., 2006).

Los Centros de Integración Juvenil, reportaron durante el 2002, a 18,070 pacientes atendidos, de los cuales 5,835 tuvieron como droga de inicio el alcohol, siendo mayoría los hombres (86.2%), el 32.1% tuvo su primer consumo entre los 5 y 14 años de edad. Cuando se presentaba el alcohol como droga de inicio (92.2%) se progresó a una segunda droga, que es el tabaco (47.7%) (Tapia-Conyer, Kuri, Cravioto, Cortés & Galván, 2003).

Enfocándonos en los estudiantes, se han visto afectados por el consumo de tabaco alguna vez en su vida de manera similar entre hombres y mujeres con 51.1 y 50.1% respectivamente, para el año 2003 (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

El porcentaje en consumo actual se redujo a menos de la mitad, siendo los hombres los más afectados tanto en el año 2000 (23.0%) como en el 2003 (23.4%) (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005; Villatoro, Medina-Mora, Rojano et al., 2002). Según el nivel educativo, en cuanto al consumo de tabaco, los porcentajes de usuarios activos en el 2000 y 2003 se presentaron bajos en secundaria (11.7% y 38.4%) si se compara con bachillerato (32.9% y 68.4%) y con escuelas técnicas (35.3% y 67.9%) (Villatoro, Medina-Mora, Rojano et al., 2002; Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

Un punto importante a considerar es que se ha mantenido estable el consumo de tabaco en los últimos 4 años anteriores al 2007, no por ello alentador, pues es alto el consumo en un 50% de los jóvenes (Villatoro et al., 2007).

En el 2004, Villatoro y colaboradores observaron una disminución del consumo de tabaco en la población de bachillerato y la desaparición de la diferencia de consumo entre hombres y mujeres. Era de esperarse esta situación ya que las políticas nacionales restringieron el consumo de tabaco en área cerrada, lo que podría provocar

un decremento en el consumo de esta sustancia. Se ha podido observar que la edad de inicio era cada vez más baja, y se va teniendo una proporción menor de estudiantes que inician su consumo antes de los doce años. Un aspecto importante a señalar es que si se inicia tempranamente con este consumo, se incrementa el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas un 400% en comparación con quienes inician el consumo más tardíamente o que ni siquiera consumen tabaco (Villatoro, Medina-Mora, Gutierrez, Moreno & Bretón, 2008).

Una situación similar se presenta con el alcohol al considerar el impacto que se tiene cuando el inicio es a edades tempranas. El consumo de esta sustancia sigue incrementándose tanto en las prevalencias como en el inicio de consumo temprano, lo cual resulta en un alto impacto a nivel nacional, representando uno de los principales problemas de consumo en el país (Villatoro et al., 2008).

Respecto al consumo de alcohol alguna vez en la vida, los/as estudiantes del DF arrojan cifras de 61.4% en 2000 y 65.8% en 2003, mientras que los/as que lo han consumido en el último mes previo al estudio del 2000 dieron datos de 31.9% y 35.2% en 2003 (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005; Villatoro, Medina-Mora, Rojano et al., 2002).

Los hombres habían mostrado mayor porcentaje en el consumo (34.0%) en comparación con las mujeres (29.9%) en el estudio realizado en el año 2000 y para el 2003, los resultados se incrementan considerablemente afectando por igual a hombres y mujeres con 65.6% y 66.1% respectivamente (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005; Villatoro, Medina-Mora, Rojano et al., 2002).

En cuanto a nivel educativo para el 2000, los estudiantes de secundaria que tomaron alcohol en el último mes fue de 22.6% y para el 2003 el porcentaje fue de 24.4% y en el caso de los estudiantes de nivel medio superior el porcentaje se duplica ya que las Escuelas Técnicas presentan 50.1% en 2000 y 48.3% en 2003, mientras que en bachillerato el porcentaje es de 43.4 y 51.7 (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005; Villatoro, Medina-Mora, Rojano, et al., 2002).

A diferencia de la estabilidad del consumo de tabaco en los últimos años, el consumo de alcohol se ha incrementado consistentemente, quedando un nivel de consumo alto con 60% para el 2006 (Villatoro et al., 2007).

La población en nuestro país ha desarrollado una alta tolerancia ante el consumo de las drogas legales (tabaco y alcohol) y al haber una baja percepción de riesgo en el daño que éstas causan (Villatoro, Medina-Mora & Hernández, et al., 2005) propician situaciones de permisión a la experimentación con otras drogas, por lo que resulta importante reforzar la percepción de riesgo en los programas de prevención (Villatoro et al., 2007).

Las drogas médicas utilizadas de manera distinta a las prescripciones, también han tenido impacto en México y se describirá en el siguiente apartado.

2.1.2. Drogas Médicas.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, el consumo de drogas medicas fuera de prescripción, en toda la población de entre los 12 y 65 años de edad, tuvo un equivalente al 1.21% siendo mayor el porcentaje en la población urbana de 1.38% sobre 0.67% en la región rural. En ambas regiones se puede observar que el consumo de este tipo de droga no muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres, con un 1.45% y 1.34% respectivamente en la región urbana y 0.74% y 0.61% en la región rural. El consumo de tranquilizantes en esta encuesta fue el más alto (0.7%), siendo el diazepam, el tafil y el valium, los medicamentos de los que se abusa con más frecuencia, seguido de las anfetaminas (0.3%) sobresaliendo el sexenal, sedinil y sopor, los sedantes ocuparon el tercer lugar (0.2%) en dónde se mencionaron con frecuencia medicamentos con esta clasificación como son el flunitracepam y los opioides como roxanol y nubain. (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002).

Al hacer su aparición los estimulantes de tipo anfetamínico entre las drogas de consumo, coincide con los centros de tratamiento donde se registró un incremento en las consultas por este tipo de sustancias (Castillo, Gutiérrez, Díaz, Sánchez & Guiza, 2002).

Al realizar un análisis de las tendencias en el consumo alguna vez en la vida de drogas medicas por sexo entre 2000 y 2003, se observa que en los hombres no ha variado el consumo y la preferencia por tranquilizantes y anfetaminas es similar,

mientras que en las mujeres bajó ligeramente el consumo de ambas sustancias, en especial de los tranquilizantes (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

En la Encuesta de Estudiantes de Nivel Medio y Medio Superior de la Ciudad de México realizada en 2003 se obtuvieron datos respecto al consumo de tranquilizantes en el último año y las prevalencias en las delegaciones, encontrando la proporción más alta de consumidores de esta sustancia en Cuauhtémoc (4.2%) seguida de Venustiano Carranza (3.1%) continuando Azcapotzalco (2.9%) y, por último, Benito Juárez (2.8%) y Álvaro Obregón (2.4%) (Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

En el 2000, los adolescentes que habían probado éxtasis fueron el 2.5%, refractil 0.7%, rohypnol 0.3% y nubain 0.2%, y en el 2003 hubo un ligero incremento en el consumo de éxtasis con 2.9%, sucedió lo contrario con refractil 0.1% que disminuyó, rohypnol 0.4% y nubain 0.3%, siendo la población más afectada los jóvenes de 17 años o más que cursan el nivel bachillerato (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002; Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

Las drogas ilegales en México representan un problema que se ha manifestado a través de los años y que se desglosará en el siguiente apartado.

2.1.3. Drogas Ilegales.

El consumo de marihuana y cocaína se incrementaron de manera significativa de 1997 al 2000, y para el 2003 la sustancia que ocupa el primer lugar de preferencia entre los adolescentes es la marihuana (7.2%), le siguen los inhalables (4.6%) y la cocaína (4%). En el 2000, el consumo experimental de cocaína fue de 5.2% y en consumo del último mes (1.2%), mientras que el consumo experimental de marihuana fue de 5.8% y en consumo del último mes de 1.8% (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002; Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

Analizando las tendencias de consumo en el último año por sexo de 2000 al 2003, el consumo de inhalables en los hombres disminuyó de 2.8 a 2.4% y en las mujeres se incrementó ligeramente de 1.7 a 1.8%. En consumo de cocaína, bajó de 4.4 a 2.5% en los hombres y en las mujeres de 1.3 a 1% y el consumo de marihuana se incrementó en ambos casos, en los hombres de 5 a 5.6% y en las mujeres de 1.9 a

2.3% (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002; Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

Según Kuri et al. (2007), en los centros de tratamiento del norte del país, se reporta a la heroína como la droga de impacto, la cual está siendo desplazada por el cristal. En el centro del país las principales drogas eran los inhalables y la cocaína, que han sido desplazados por el alcohol. En el sur del país ocurre una situación similar donde previamente, la droga de impacto en esta región era la marihuana y no la cocaína (Kuri et al., 2007).

Las preferencias cambian dependiendo el nivel educativo, según lo observado en el 2000 y 2003, pues en bachillerato técnico se prefirió la marihuana y la cocaína, ambas con un porcentaje de 11.1% en el primer año mencionado y en el segundo la marihuana (12.1%) tuvo un ligero aumento, mientras la cocaína tuvo un decremento de 7.9%, le siguen los inhalables (6.9% y 6.4% respectivamente) y por último, los tranquilizantes (6.7%) que posteriormente para el 2003 se nivelan con las anfetaminas (4.6% en ambos). Para el bachillerato, la marihuana es la droga de preferencia tanto en el 2000 (9.8%) como en el 2003 (13.3%), observándose un incremento en este último; para el 2000, le siguieron a la marihuana, la cocaína (7.8%), seguida por los tranquilizantes (7%) y los inhalables (3.2%); en el 2003, los tranquilizantes (6%) tenían el primer lugar junto con cocaína (5.9%) y finalmente las anfetaminas (5.2%). En secundaria, las preferencias son, en primer lugar los inhalables (4.3%, en el 2000 como en el 2003), después siguieron los tranquilizantes con 3.4% para el 2000 y 3.8% en el 2003; en el 2000 estuvieron a la par la marihuana y la cocaína con 2.7%, en el 2003, las anfetaminas tienen un 2.7% y la marihuana tiene un ligero incremento (3.2%) (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002; Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

Se ha podido observar que el consumo de metanfetaminas es bajo entre la población escolar, aunque en el estado de Aguascalientes los estudiantes de nivel bachillerato tienen una prevalencia por encima del 10% en la población masculina (Villatoro et al., 2007).

El consumo de drogas en esta población ha ido aumentando, adicionalmente se ha observado que las diferencias del consumo entre hombres y mujeres ha disminuido.

De manera particular el consumo de marihuana es el más alto, seguido de los inhalables, lo cual sigue en aumento entre poblaciones de más altos estudios (Villatoro et al., 2007).

En el 2000, las delegaciones más afectadas en cuanto al consumo de marihuana fueron Benito Juárez y Tlalpan (ambas con 5.4%), Gustavo A. Madero (5.3%), Coyoacán (5.0%) e Iztapalapa (4.4%). En el uso de cocaína, se presentaron Gustavo A. Madero (4.9%), Iztapalapa (4.4%), Azcapotzalco (3.7%), Coyoacán (3.6%) y Benito Juárez (3.3%). Para el consumo de inhalables fueron Iztapalapa (4.2%), Tláhuac (4%), Álvaro Obregón (3.2%) y Magdalena Contreras (2.7%). En el 2003 hubo diferente orden en cuanto al consumo de marihuana iniciando con Azcapotzalco (7.4%), Coyoacán y Miguel Hidalgo a la par (5.7%), Venustiano Carranza (5.1%) y Tlalpan (4.7%), continuando con el consumo de cocaína, más fuerte fue en las delegaciones de Azcapotzalco (4.5%), Venustiano Carranza (2.9%), Benito Juárez y Tláhuac (ambas con 2.4%). Con los inhalables, la problemática en las delegaciones se mostraron en Venustiano Carranza (4.7%), Azcapotzalco (3.2%), Cuauhtémoc (2.8%), Iztacalco, Iztapalapa y Tlahuac (2.7% para las tres), (Villatoro, Medina-Mora, Cravioto et al., 2002, Villatoro, Medina-Mora, Hernández et al., 2005).

En el interior de cada estado y a nivel nacional se puede observar que el problema de las drogas es un problema actual que necesita ser monitoreado para implementar nuevas acciones que lleven a una regulación y mejor afrontamiento de la población ante este problema preocupante.

Capítulo 3. Factores Asociados al Consumo de Drogas.

Al realizarse estudios a nivel internacional con la misma metodología, se tiene un panorama donde se pueden cotejar directamente los niveles de consumo de las sustancias, sus patrones de inicio en diversas poblaciones y culturas así como la posibilidad de observar y analizar su asociación con otros tipos de trastornos mentales y sus patrones de comorbilidad (Caraveo & Colmenares, 2002).

Se ha mostrado que los patrones de comorbilidad son similares entre diversos países (Ciudad de México, Sao Paulo, en Brasil y Ontario, en Canadá) los cuales cuentan con condiciones culturales, políticas y económicas distintas, que son posibles de sondear a través de comparaciones sistemáticas que, según hallazgos aportados por el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, sugieren que aunque los factores contextuales se asocien con la exposición y la disponibilidad de diferentes tipos de sustancias, la relación con los trastornos psiquiátricos tomando a éstos como factores de riesgo o secuelas de uso de sustancias, no son exclusivas de alguna cultura en particular (Merikangas et al., como se cita en Caraveo & Colmenares, 2002).

3.1. El TDAH y el Consumo de Drogas.

Se tiene evidencia en la literatura de que entre el Trastorno por Consumo de Sustancias y el TDAH existe un vínculo, donde están estadísticamente en mayor riesgo de ser abusadores y/o adictos, lo mismo sucede con sujetos portadores del Trastorno Afectivo Bipolar (Orjales, Popper & West; Souza, como se citan en Souza, Guisa & Diaz, 2005).

Respecto al TDAH, característicamente tiene una pauta de manifestación que va dependiendo de la edad, y en la adolescencia se ha visto que en un 80% de los sujetos, los síntomas continúan, afectando negativamente esta etapa difícil del desarrollo. Los logros académicos se ven mermados por la hiperactividad, inatención e impulsividad. Se vuelven complicadas las relaciones familiares. Una propensión a la inmadurez puede guiarlos a llevar a cabo actividades riesgosas. Hay predisposición

mayor a consumir tabaco, a abusar de drogas y conducir sin cautela (Weiss & Murray, como se cita en Ruiz & León, 2006).

Los sujetos con TDAH presentan casi el doble de riesgo para tener un trastorno relacionado con sustancias que cuando no presentan TDAH (52% en comparación con un 27% respectivamente), (Biederman et al., como se cita en Wilens, Spencer & Biederman, 2003). Ruiz y León (2006) han observado que existe una incidencia de abuso de sustancias hasta tres o cuatro veces mayor que los adultos sin TDAH, principalmente en marihuana y cocaína, habiendo un consumo más intenso y edad de inicio menor.

En el desarrollo de adicciones, el TDAH es un importante agente patógeno (APA, 1995; Brook, Whiteman, Cohen. Shapiro & Balka; Tarter & Edwards; Wilens & Biederman, como se citan en Souza et al. 2005).

Para los trastornos por consumo de sustancias, el TDAH es un factor de riesgo, y cuando se presentan otros trastornos del comportamiento simultáneamente, se incrementa el riesgo cuando el TDAH se da al mismo tiempo. Especialmente la asociación del TDAH con los trastornos relacionados a sustancias es interesante por su desarrollo evolutivo, ya que se manifiesta per se el TDAH antes que cualquier trastorno relacionado a sustancias, por lo que es poco plausible que éstos últimos sean un factor de riesgo para el TDAH (Wilens et al., 2003).

Para la comorbilidad del TDAH, se considera al Trastorno por Consumo de Sustancias como un factor de riesgo intermedio que mayormente se manifiesta en jóvenes y adultos, y que está ligado tanto a los aspectos familiares o genéticos como a la automedicación, que son influencia en el inicio como la continuación del trastorno adictivo (Souza et al., 2005).

Los trastornos psiquiátricos en adolescentes y adultos al parecer, les hacen correr un riesgo que va en aumento para desarrollar algún trastorno relacionado a sustancias (Christie et al., 1998, Kaminer, 1991; Kashani, 1985; Mezzich et al., como se citan en Wilens et al. 2003). Resultados de estudios realizados en adultos con trastornos relacionados a sustancias, han mostrado que la comorbilidad con TDAH es similar en estudios hechos con adolescentes (Goodwin et al.; Tarter et al.; Wilens et al., como se citan en Wilens et al., 2003). Por lo que ambos trastornos componen por sí

mismos problemas de peso en la salud pública, adjudicando riesgo extra de más psicopatologías y morbilidad (Wilens et al., 2003).

De personas que tienen TDAH es frecuente encontrar a personas con trastorno de uso de sustancias, y de la misma manera con personas que padecen trastorno de uso de sustancias es más frecuente encontrar a personas con TDAH que a psiquiátricamente sanas, es decir, habitualmente se encuentra alguno de estos trastornos en el otro y viceversa (Wilens et al., 2003).

Se ha documentado en la literatura la presencia simultánea de TDAH y Trastorno por Consumo de Sustancias, que en población infantojuvenil y adulta se ha incrementado en el área clínica como en los reportes de investigación aplicada. Estudios longitudinales han aportado datos que presentan una continuidad del TDAH a la adolescencia hasta un 75% de las veces y a la adultez un 50%, por otro lado se sabe que el consumo de sustancias se inicia principalmente en la juventud, aunque puede ser a más temprana edad, afectando entre 10% y 30 % de esta población, porcentajes considerables si tomamos en cuenta que nos referimos a un traslape bidireccional donde el estudio de su comorbilidad es de gran importancia para las áreas clínicas relacionadas como la pediatría, neurología, psicología, psiquiatría entre otras, debido a la influencia en el diagnóstico y pronóstico, sin dejar de lado los aspectos terapéuticos y asistenciales (Souza et al., 2005).

Una característica importante que se ha observado en sujetos que presentan abuso/adicción psicotrópica y de manera conjunta el TDAH, muestran sintomatología previa y más severa que quienes no presentan el TDAH (Wilens et al., como se cita en Souza et al., 2005).

Se ha registrado una frecuencia ligeramente mayor a presentar consumo de algún tipo de sustancias cuando se tiene TDAH que cuando no. Y esto se agrava al doble cuando el TDAH no es tratado oportunamente (Biederman et al.; Wilens et al., como se citan en Souza et al., 2005).

La presencia de TDAH incrementa el riesgo de presentar comorbilidad con Trastornos de conducta o el Trastorno Afectivo Bipolar que ayudan a presentar trastornos de consumo de sustancias (Biederman et al., como se cita en Souza et al., 2005).

La literatura presenta datos que señalan la relación circular entre ambos trastornos, en el Déficit de Atención o el uso de sustancias, y su propensión a desarrollar otros trastornos, mientras el trastorno adictivo se presenta en la vida del sujeto (Blouin, Bornstein & Trites; Popper & West, como se citan en Souza et al., 2005). Esto nos refiere a una situación desencadenante, ya que, al darse el TDAH antes que el problema del uso de sustancias, este último puede disparar la sintomatología de un TDAH leve, controlado o subestimado (Popper & West, como se cita en Souza et al., 2005) dando por resultado un diagnóstico más perjudicial con la presencia del Trastorno de consumo de sustancias ya que favorece la comorbilidad (Blouin, Bornstein & Trites; Lambert, Hartsough, Sassone & Sandoval; Lyndsey & Fergusson, como se citan en Souza et al., 2005).

Cuando se es familiar directo de un portador de TDAH y Trastorno de uso de sustancias hay un significativo refuerzo que subraya el riesgo de comorbilidad (Orjales; Popper & West, como se citan en Souza et al., 2005).

Se considera que existe por lo menos un 25% de pacientes canalizados para tratamiento de adicciones que es portador de TDAH y otros trastornos afectivos (Milin, Halikas, Meller, Morse, como se cita en Souza et al., 2005). Entre los adultos con abuso de alcohol se reportan cifras de TDAH entre un 35% y 71% (Wilens; Wilens, Spencer & Biederman, como se cita en Souza et al., 2005). Se refleja en la literatura el aspecto crucial del diagnóstico oportuno y cuidadoso, mostrando que un 10% de adictos a cocaína cumplen criterios para TDAH desde la infancia y un 11% muestra síntomas en la vida adulta (Levin, Evans & Kleber, como se cita en Souza et al., 2005).

Un predictor de la adicción a la nicotina es el TDAH (antes de los 15 años) que a su vez se muestra en los efectos predictivos con mayor importancia que otras variables como el estado socioeconómico, la comorbilidad psiquiátrica y el cociente intelectual (Kandel & Logan; Milberger, Biederman, Faraone, Chen & Jones; Souza, 2000, como se citan en Souza et al., 2005).

Se ha observado que tienden a un trastorno de consumo de sustancias, la mitad de los/as jóvenes fumadores de tabaco con TDAH (Hechtman & Weiss, como se cita en Souza et al., 2005) y si, a su vez consumen alcohol, aumenta más el riesgo, y cuando el trastorno afectivo bipolar se encuentra conjuntamente con el TDAH, el proceso se

desenvuelve más rápido (Wilens, Biederman & Mick, como se cita en Souza et al., 2005).

A diferencia de los adultos sin TDAH, en los adultos con TDAH hay un número mayor de sujetos con adicción a la nicotina, los cuales presentan un menor interés en dejar de fumar, portándose más antagónicamente a incluirse en terapias o acciones encaminadas a este propósito (Pomerleau, Downey, Stelson & Pomerleau, como se cita en Souza et al., 2005). Adicionalmente se ha observado (gracias a exámenes de seguimiento realizados de entre cinco y ocho años) entre adolescentes con TDAH, un mayor consumo de alcohol que en los adolescentes que no presentan el trastorno (Biederman et al.; Satterfield & Hope; como se citan en Souza et al., 2005).

De manera tal que, para la presencia de adicciones, el TDAH aparentemente figura como predecesor de influencia o de transición, ya que se ha observado que del consumo menos severo, pasa a una dependencia en un tiempo de 1.2 años cuando hay presencia de TDAH a diferencia de cuando no hay TDAH que tarda tres años en suceder esta transición (Biederman, como se cita en Souza et al., 2005).

La retroalimentación del TDAH y el abuso y adicción a psicotrópicos se ha tornado interesante con base en las consideraciones de la literatura actual pues, aunque no se han desentrañado los componentes intrínsecos de esta influencia, se espera del sujeto una reacción de necesidad de lograr eficaz y rápidamente un bienestar o evasión por vía química ante la ansiedad y los altibajos anímicos (Souza et al., 2005).

Es importante tener en cuenta el traslape substancial entre las características del desorden (impulsividad), los problemas asociados (como la delincuencia, las dificultades académicas, familia con historia de alcoholismo) y los factores de riesgo para el consumo de sustancias (Molina & Pelham, 2001).

Hay una coexistencia reiterada entre el TDAH y el abuso de sustancias. En cuanto al abuso de drogas, el comportamiento bajo los efectos de las sustancias puede ser que enmascaren al TDAH (Kaminer; Wilens et al., como se citan en Ruiz & León 2006).

El consumo de sustancias con TDAH puede vincularse con el desenvolvimiento de procesos mentales de niños con impulsividad e hiperactividad (Millstein, Wilens,

Biederman & Spencer, como se cita en Souza et al., 2005), cuando ésta se presenta, y en aquellos sujetos que se muestran rebeldes, con baja tolerancia a la frustración, continuos problemas en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad. Uno de los mayores obstáculos del tratamiento es la impulsividad relacionada con el TDAH substancialmente conflictiva en adolescentes y adultos con problemas de consumo de sustancias, desembocando en un escaso apego al tratamiento, expresado por su resistencia a la aceptación (Carter & Edwards, como se cita en Souza et al., 2005).

En la población adulta e infantil-juvenil se ha documentado un traslape entre el TDAH y el abuso y adicción a psicotrópicos, que podría tener un mejor pronóstico a largo plazo y disminuir la expresión clínica y su morbilidad si se logra una identificación apropiada de los factores de riesgo, permitiendo así su eficaz localización en los niveles iniciales de afectación. Para pacientes con TDAH –especialmente con sujetos que presentan una comorbilidad adictiva- la terapéutica anti adictiva multimodal demanda el cumplir metas, cuidar las interacciones de medicamentos, conservar una apropiada correspondencia terapéutica y una investigación de la etiología patológica para, contingentemente, corregir y prevenir evitando su desarrollo (Souza et al., 2005).

El estudio de la comorbilidad del TDAH y el consumo de sustancias es de gran importancia para la investigación, práctica clínica y sus implicaciones para el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y asistencia médica, buscando determinar específicamente los factores de riesgo asociados para apoyar una detección oportuna y concretar así, tratamientos que disminuyan pronósticos adversos en el sujeto (Wilens et al., 2003).

En la actualidad se sabe que quienes se tratan durante la infancia, a diferencia de los que no reciben tratamiento, tienen un riesgo inferior para desarrollar abuso de sustancias (Ruiz & León, 2006).

La intervención terapéutica formal es abiertamente requerida por la combinación del TDAH y el trastorno por consumo de sustancias, integrándose de forma propositiva la farmacoterapia, además de los aspectos anteriormente mencionados (Popper & West, 2002; Souza et al., 2005).

3.2. Factores Familiares.

El TDAH y los trastornos relacionados con sustancias comparten varias características, incluyendo similitudes en la susceptibilidad familiar a ambos trastornos. Aunque la etiología del TDAH no se conoce del todo, los estudios de familias, adopciones, gemelos, análisis de segregación, etc., han mostrado que hay factores genéticos de riesgo que pueden intervenir (Biederman et al.; Faraone et al., como se cita en Wilens et al., 2003).

Se cuenta con múltiples antecedentes acerca de la relación entre consumo de drogas y dinámica y estructura familiar (Rippler & Luthar, como se cita en Arellanez, Diaz, Wagner & Pérez, 2004). Para poder definir las condiciones de riesgo o protectores, desempeñan un papel primordial las tácticas familiares para resolver exigencias internas y externas de ajuste, el ambiente familiar, la manera en que se equilibra la cercanía y la distancia intrafamiliar y la estructuración de límites generacionales funcionales (Marett; Needle; Russell, como se citan en Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Hay factores considerados como micro sociales que comprenden a los estilos inadecuados de educación, que se refleja en la ambigüedad de las normas en la familia, protección excesiva, rigidez en la organización familiar, lo que interviene de forma negativa en el adolescente desencadenando poca afirmación en la personalidad o una oposición con el mundo adulto (Arbex et al., como se cita en Espada, Griffin, Botvin & Méndez, 2003), otro factor es la falta de comunicación y conflicto en el clima familiar que se puede evitar con una comunicación que dé satisfacción a los miembros de la familia, evitando el aislamiento, promoviendo la expresión de sentimientos ayudando al desarrollo personal. Contrariamente, la incomunicación y el enrarecimiento del ambiente familiar ayudan a generar y sostener las deficiencias personales que el adolescente puede buscar compensar dirigiéndose a las drogas. Varios autores subrayan la conexión de las dinámicas familiares negativas y el consumo de drogas (Elzo, Lindon & Urquijo; Macia; Recio; Varó, como se citan en Espada et al., 2003).

Las familias de consumidores se van a los opuestos pues generalmente son desvinculadas o lo contrario, que son modelos cohesivos que complican la

individuación; con alta inestabilidad en la conducción de la autoridad, patrones negativos de comunicación y formación, intolerancia en los límites o inexactitud y una fuerte inflexibilidad ante las presiones ejercidas por el medio o que devienen de cambios con el ciclo de vida familiar (Friedman, Utada & Morrissey; Needle, Lavee, Su, Brown & Dorethy; Protinsky & Shilts; Ripple & Luthar, como se citan en Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Con base a estos antecedentes, se ha analizado la relación del consumo con las distintas tácticas de afrontamiento del estrés y con la cohesión y adaptabilidad del sistema familiar (Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Es adecuado tomar en cuenta las observaciones de Souza y colaboradores (2005) que contemplan dentro de la psicodinámica del sujeto, su modo de relacionarse y de su personalidad patológica, una concepción de cuando han ocurrido desavenencias traumáticas provocadas por una grave falla empática con la madre, provocando impotencia y desesperanza que obligan al Yo a sobreponerse; por otro lado la carencia de estímulos, que orilla a la desconexión del individuo y por tanto busca estímulos por sí mismo, recurriendo a las sustancias en donde se establece un elemento que tiene doble significación. La búsqueda de tranquilizar la necesidad y la de saciar la carencia a raíz de la falta de estructura, que se expresa en hostilidad y destructividad y por supuesto, tal satisfacción buscada no se alcanza (Souza et al., 2005).

Arellanez-Hernández et al. (2004) registraron que, de tres grupos de factores estresantes, el más importante fue la familia, seguido del desajuste escolar y enfermedades, aunado a esto, el consumo es mayor mientras más elementos estresores se encuentren afectando al individuo. En este mismo estudio se encontraron diferencias significativas entre controles, abusadores y dependientes en relación a ruptura familiar o exposición a situaciones de separación, dificultades en el ajuste escolar y patrones no funcionales de comunicación familiar donde quienes más lo presentan son los abusadores y dependientes (Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Se ha observado que, en cuanto al contexto familiar, en abusadores y dependientes predomina un tipo de familia extensa-compuesta, que está integrada por el grupo nuclear y otros familiares o miembros sin relación de parentesco, a diferencia

de los no consumidores que mantienen la estructura familiar nuclear biparental. Los niveles de cohesión en la familia como la adaptabilidad disminuyen mientras mayor es la intensidad en el consumo de drogas (Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Lo anterior confirma que cuando hay pautas de control y autoridad rígidas y no existen vínculos afectivos o de apoyo es más probable abusar o depender de sustancias (Friedman et al; Hoffman & Cerbone; Ripple & Luthar, como se citan en Arellanez-Hernandez et al., 2004). En la literatura se ha mencionado que es mayor el consumo de drogas cuando las relaciones paterno-filiales son conflictivas y hay un reducido apoyo y control familiar (Farell & White; Foxcroft & Lowe, 1997, como se cita en Arellanez-Hernandez et al., 2004).

3.3. Otros Factores.

Caraveo-Anduaga y Colmenares (2002) señalan que los patrones de comorbilidad no excluyen a ninguna cultura. Sin embargo el entorno socio-cultural favorece o protege del riesgo de desarrollar psicopatologías.

El riesgo mórbido que hay entre el TDAH y el uso de sustancias, se vuelve aun más grave con la presencia de los trastornos de conducta y el trastorno afectivo bipolar, que abren la puerta a un inicio más temprano del abuso y adicción de sustancias y a la vez dificulta su manejo, propiciando un pronóstico desfavorable (Souza et al., 2005).

Al realizarse estudios en diversos países se ha detectado que los trastornos de ansiedad, afectivos y de uso de sustancias se han presentado de manera muy similar en cuanto a la edad de inicio en las diferentes culturas, apareciendo en el orden ya señalado (World Health Organization [WHO], 2000).

El consumo problemático de sustancias, en especial el consumo de drogas, tiene como precedente en una proporción mayor, a los trastornos de ansiedad que los trastornos afectivos, lo cual indica que la detección y el tratamiento de los trastornos de ansiedad pueden ser de gran utilidad como prevención secundaria en los programas contra las adicciones. Se ha observado que, para población que consume drogas (descartando el alcohol), existe una proporción de riesgo de 20% en hombres y 70% en mujeres en presentar anteriormente trastornos mentales (WHO, 2000).

Según resultados de diversos estudios, el uso de sustancias cubre de cierta forma las funciones de automedicación, buscando esencialmente disminuir la ansiedad y sus manifestaciones (Caraveo & Colmenares 2002).

La organización social limita o ayuda a las manifestaciones de la ansiedad y es importante enfocar la mirada en las condiciones y mecanismos que conlleva a que esto suceda, pues pareciera un agente que provoca aumento o disminución del riesgo asociado entre los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias (Caraveo & Colmenares 2002).

Entre los factores vinculados al uso de sustancias se encuentran en un lugar importante los trastornos afectivos y del estado de ánimo, ya sea como factores de riesgo, trastornos afines, efectos secundarios y de abstinencia (Darke & Ross; Hoffman & Su; Merikangas et al., como se citan en Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Al uso de sustancias se le asocia como ya se mencionó con trastornos afectivos, de los cuales destaca la depresión, también con vínculos a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, un pobre apego escolar y tiempo libre mal empleado (Arellanez-Hernandez et al., 2004).

En cuanto a los factores personales que pueden favorecer la exposición a factores de riesgo externos, son los trastornos afectivos que contribuyen no solo al inicio del consumo sino un camino al uso regular de drogas (Newcomb & Earleywine, como se cita en Arellanez-Hernández et al., 2004).

Se ha documentado y estudiado ampliamente la relación que tiene la depresión con el consumo de drogas, tomándolo como factor antecedente, trastorno concurrente o efecto derivado del propio uso de sustancias (Donohue; Lewinsohn, Gotlib & Seeley; Unger et al., Winokur et al.; Zayas, Rojas & Malgady, 1998, como se citan en Arellanez-Hernandez et al., 2004). De la misma manera, se ha logrado estudiar esta asociación del consumo de sustancias con el estrés y la tensión psicosocial (Bruns & Geist; Bry; Unger et al.; Wagner, 1994, como se cita en Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Hay encuestas que se han realizado con estudiantes de educación media, y toman en cuenta variables consideradas como factores de riesgo como lo es la influencia de la percepción de riesgo asociado al uso de drogas y de la accesibilidad de sustancias (Castro; Villatoro et al., como se citan en Arellanez-Hernández et al., 2004).

La persona, sin darse cuenta, cae en un mórbido pseudo-recurso que desencadena patología, cuando el sujeto al encontrarse en condiciones desfavorables encuentra una forma rápida, cortante, paliativa y de cierta manera efectiva pero destructiva, de evadir su ansiedad, depresión, etcétera, refugiándose en el consumo como una eliminación de la sintomatología, evitando afrontar todo aquello que le provoque tensión (Bellack & Smmall; De Wit; Karasu & Steinmuller; Koob, Sanna & Bloom, como se citan en Souza et al., 2005).

Aunque la dependencia se puede explicar por medio de la neuroquímica cerebral (tolerancia, abstinencia, deseo-necesidad de consumo, etcétera), y alteraciones relacionadas al daño corporal (Crown; Ehrenwald, como se citan en Souza et al. 2005) es importante observar y tomar en cuenta el papel que juega la droga en el aparato emocional (Casarino; Muschchio; Souza et al., como se citan en Souza et al., 2005).

Se ha registrado que mientras más intenso es el uso de sustancias, hay una predisposición a estar expuesto a una cantidad mayor de estresores, en una proporción similar se encuentran asociadas las prevalencias de ideación o intento suicida. En cuanto a estudiantes activos con ocupación escolar estable y sujetos con ocupación laboral, tienden a una proporción significativamente menor en relación a los grupos de estudio que han manifestado una mayor intensidad del uso de drogas (Arellanez-Hernandez et al., 2004).

Los estudios en conjunto han reconocido varios factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia, así como factores protectores que disminuyen la probabilidad del uso de sustancias (Hawkins, Catalana & Millar, como se cita en Espada et al., 2003). Entre los factores macro sociales se reconocen diversos factores como lo son: la disponibilidad y facilidad para acceder a sustancias, que va desde los lugares para conseguir, el precio de la sustancia, escaso control de venta (a menores), horarios de venta así como la aprobación social de las drogas legales, la asociación del ocio con el alcohol y las drogas de síntesis, pues el consumo entre jóvenes se vincula con el tiempo libre, los lugares de oferta como bares, discotecas, etcétera, y la búsqueda de nuevas sensaciones (Espada et al., 2003).

Los factores micro sociales consideran a los factores familiares antes mencionados y a la influencia del grupo de amigos, ya que éste es un marco de

referencia que apoya a consolidar la identidad en el adolescente ante el mundo adulto, buscando satisfacer el sentido de pertenencia o afiliación al grupo de iguales. Si el adolescente se involucra con un grupo que consume alcohol, la posibilidad de que beba se incrementa, ya sea influenciado indirectamente por el modelo de los compañeros o directamente por la presión del grupo, instigándole por medio de explícitas invitaciones (Comas, como se cita en Espada et al., 2003).

A los factores personales los componen la desinformación y prejuicios respecto a las drogas, ya que la mala información o la falta de ésta sobre las sustancias y su naturaleza, las repercusiones negativas a corto y largo plazo, incita la curiosidad, impidiendo estimar adecuadamente los riesgos. Como en el caso del alcohol, una parte importante de la comunidad adolescente no lo considera droga (García-Jiménez, como se cita en Espada et al., 2003). Los problemas y déficits del adolescente componen factores de riesgo que buscarán ser compensados o aliviados por alcohol y otras drogas. El consumir alcohol está relacionado con autoestima empobrecida y locus de control (medida en que una persona percibe que las contingencias están controladas por ella misma o por los demás) externo (Alonso & Del Barrio, como se cita en Espada et al., 2003).

Ya que hay una gran extensión en las variables que intervienen en el consumo de alcohol y otras drogas, es conveniente realizar un planteamiento de etiología de causas diversas. Espada y colaboradores (2003), presentan un *modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas* (figura 1) que se divide en tres categorías: a) los factores contextuales dentro de los cuales están los aspectos socio demográficos, psicobiológicos, culturales y ambientales; b) factores sociales que comprenden el entorno cercano al adolescente como la familia, escuela, grupo de amigos, y a la influencia de los medios de comunicación; c) los factores personales y psicológicos que van desde la cognición, habilidades y variables personales importantes.

El modelo estima que, tanto factores sociales como personales intervienen de manera conjunta facilitando el inicio y el aumento en el consumo de alcohol y otras drogas. Las influencias sociales afectan con más fuerza a los/as adolescentes psicológicamente vulnerables, con pobres recursos en la conducta, como deficiencias

en habilidades académicas y sociales, problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad y estrés. Mientras más sean los factores de riesgo que incurran en el adolescente, más probabilidades tiene de consumir alcohol y otras drogas. (Espada et al., 2003).

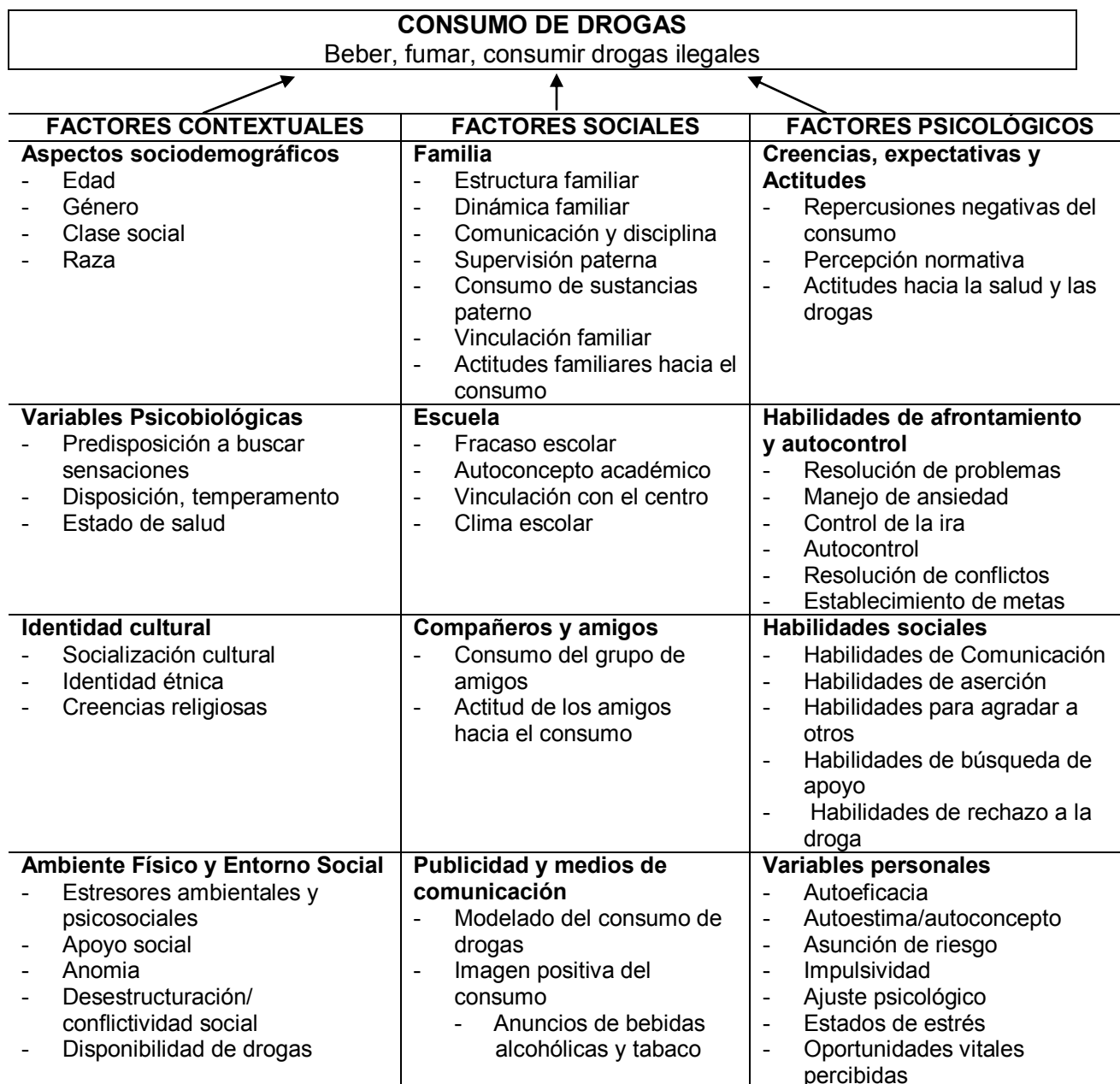


Figura 1. Modelo integrador de influencias en el consumo de alcohol y otras drogas. Factores que se relacionan con el consumo de sustancias.

Capítulo 4. Método.

Este estudio se tomó de la Encuesta realizada en la Ciudad de México sobre el consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes de enseñanza media y media superior (medición 2006) realizada por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) (Villatoro et al., 2007).

4.1. Planteamiento del Problema.

Cuál es la prevalencia del TDAH en adolescentes estudiantes de nivel medio y medio superior y su relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

4.1.1. Objetivos Generales.

- Conocer la prevalencia del TDAH según sexo y nivel educativo.
- Analizar la relación del TDAH con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

4.1.2. Objetivos Específicos.

- Determinar las prevalencias del TDAH en estudiantes de secundaria y bachillerato.
- Conocer la relación del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales con el TDAH.
- Identificar las principales conductas del TDAH que se relacionan con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

4.1.3. Hipótesis Conceptual.

Se espera que con la presencia del TDAH se aumente el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, tanto en hombres como en mujeres adolescentes, estudiantes del Distrito Federal.

4.2. Definición Conceptual de Variables.

4.2.1. Variable Dependiente.

El consumo de drogas consiste en la ingesta de sustancias psicotrópicas (sustancias naturales o sintéticas) que al interior de un organismo viviente tiene un efecto estimulante o depresor y a su vez modifica la percepción, el estado de ánimo, la cognición, la conducta y funciones motoras (Rosovsky, Medina-Mora, Cravioto, Millé & Bonifaz, 1999).

4.2.2. Variable Independiente.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es una enfermedad crónica, la cual se caracteriza por tres síntomas principales: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Estos síntomas inician en la infancia, continuando en la mayoría de los casos, en la adolescencia y hasta la edad adulta, deteriorando varios aspectos en la vida del individuo, como lo son: el ámbito familiar, el social, el académico o el laboral (De La Peña, 2000).

Una de las características clínicas en el TDAH es la edad de inicio, tanto el DSM como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) indican que es importante que la sintomatología se haya iniciado antes de los siete años de edad y que se presente en al menos dos o más ambientes (De La Peña, 2000).

En el año de 1994, el DSM-IV introduce tres subtipos del trastorno, tipo A predominantemente inatento (TDAH-I), tipo B predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) y el tipo Combinado (TDAH-C) (Brown, 2003; Ortiz, 2004).

4.2.3. Variables Sociodemográficas.

Sexo: Se refiere al sexo biológico considerado como la condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.

Edad: Periodo entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto.

4.3. Definición Operacional de Variables.

4.3.1. Variable Dependiente.

Consumo de Drogas: Se definirá en torno a las preguntas que valoran el uso experimental, (1 a 5 veces), el uso regular (6 o más veces) y el no uso de la droga en adolescentes, de acuerdo a las prevalencias (total, último año, último mes y alguna vez en la vida) obtenidas en la medición.

4.3.2. Variable Independiente.

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad: Se obtendrá a través de una escala de tamizaje, esta escala evalúa la presencia de la sintomatología propia del TDAH que se define en el DSM-IV en los últimos seis meses, así como la frecuencia (nunca, algunas veces y, a menudo). Consiste en las preguntas de la 62 a la 65 de la forma C del cuestionario, en algunas de las preguntas hay varios incisos sumando en total 31 reactivos.

4.4. Población y Muestra.

La muestra se extrajo a partir de los registros oficiales de la SEP de las escuelas públicas y privadas de las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal, de nivel enseñanza media y media superior correspondiente al ciclo escolar 2005-2007.

Se consideraran tres dominios de estudio:

Estudiantes de secundaria.

Estudiantes de bachillerato.

Estudiantes de escuelas técnicas y comerciales.

El marco muestral fue sometido a validaciones y depuraciones, para lo cual, se obtuvo una muestra aleatoria del 5% de las escuelas de cada dominio de estudio, en las que se validó la información del marco muestral, con la finalidad de disponer de información lo más confiable posible para evitar inconsistencias en las estimaciones.

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema.

Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

- a) La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- b) Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.
- c) Las prevalencias a nivel Delegacional para el uso de inhalables, estimulantes tipo anfetamínico, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

De acuerdo a la encuesta realizada en el 2003, se determinaron los Coeficientes de Variación (CV) del uso de marihuana, cocaína e inhalables. Se consideró a la variable con el mayor CV, una tasa de no respuesta y un efecto de diseño de 2, igual al de las encuestas anteriores. Con estos parámetros, se consideró una tasa de no respuesta del 15% que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar fue para la cocaína con un 2% para el consumo del

último año. Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 362 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. De las escuelas seleccionadas, solamente 27 rechazaron participar (7.5%).

Las escuelas se seleccionaron aleatoriamente al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, es decir, el estrato es la partición del universo o población en dos o más grupos que no se traslapan (Kerlinger, 2002), bietápico (individuos de cada conglomerado) y por conglomerados (grupos), la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de éstas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la finalidad de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo.

La muestra obtenida de grupos y alumnos es ponderada por grupo y delegación, con objeto de realizar la estimación y el procesamiento de datos. Debido a que la selección de la muestra es parte de un esquema ponderado de grupos y alumnos, se estableció lo siguiente:

Se calculó una fracción de muestreo general para aplicarse en los estratos que conformaron cada una de las delegaciones políticas.

Se realizó el acumulado de grupos según tipo de escuela por Delegación.

Se seleccionaron nuevos "arranques" aleatorios dentro de cada uno de los estratos para lograr la selección independiente de los grupos escolares.

El "arranque" aleatorio se obtuvo al azar entre el número cero y el intervalo de selección calculado.

La muestra total del estudio constó de 10,523 alumnos, en todos los cuestionarios se pregunta acerca del consumo de drogas y sólo en la forma C que corresponde a una cuarta parte de la muestra se encuentra la escala de tamizaje para TDAH.

Del total de escuelas seleccionadas (350), solamente 27 rechazaron participar las cuales corresponde al 7.5% de la muestra.

4.5. Instrumento.

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado que ha sido aplicado en las anteriores encuestas y que ha sido previamente validado (Berenzon et al., 1996; Juárez et al. 1994; López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez & Berenzon, 1996; Mariño, Medina-Mora, Chaparro & González-Forteza, 1993; Medina-Mora, Gómez-Mont & Campillo, 1981; Villatoro, Andrade, Fleiz, Medina-Mora & Reyes, 1996; Villatoro et al., 2002, 2005).

El cuestionario se aplicó en cuatro formas. Debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron:

Datos Sociodemográficos: incluye preguntas sobre sexo, edad, año que cursa, tiempo dedicado al estudio, si ha tenido trabajo remunerado y el nivel de escolaridad del jefe de familia (Apéndice 1).

Condiciones de Vivienda: donde se pregunta sobre su lugar de residencia, servicios con que cuenta y materiales de construcción de la vivienda.

Consumo de alcohol, tabaco y drogas: en esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes a estudiar como son anfetaminas, tranquilizantes, marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas, heroína y sedantes. Para cada droga, los aspectos principales que se preguntan son: el uso alguna vez en la vida, uso en los últimos 12 meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuánto la usó (incidencia); además, se pregunta sobre las circunstancias que rodearon al inicio del consumo, como la edad del sujeto, lugar donde la obtuvo y persona que se la vendió. Asimismo, en el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez.

4.5.1. Problemas relacionados con el consumo de drogas.

Conducta Antisocial: donde se indaga sobre la frecuencia con que el/la estudiante ha realizado ciertos actos delictivos como tomar dinero, golpear a las personas, robo de autos, etc.

Ámbito Social: corresponde a preguntas sobre la tolerancia social, la disponibilidad y la percepción del riesgo del consumo de drogas, de alcohol y de tabaco; así como qué tanta desorganización social (delincuencia y violencia), percibe el sujeto en la zona donde vive.

Ámbito Interpersonal: Sobre la familia, en esta sección se pregunta sobre la composición familiar del sujeto, los estilos de parentalidad presentes en la familia y las normas familiares prevalecientes sobre el uso de drogas. Esta sección se agrega al instrumento con objeto de tener una mejor evaluación del aspecto familiar y su relación con el consumo de drogas. Su validez, confiabilidad y adecuación a la población bajo estudio ya han sido previamente probadas. Además, se pregunta sobre el consumo de drogas y por problemas por el consumo de alcohol en la familia. En cuanto al grupo de pares, se incluyen preguntas sobre el consumo de drogas y alcohol de los amigos del entrevistado, en diferentes contextos.

Ámbito Personal: en esta sección se pregunta si ha dejado de estudiar, su nivel de autoestima, nivel de estrés, si ha tenido relaciones sexuales, su nivel de ideación suicida, si han intentado suicidarse y abuso sexual.

Por otra parte, cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar. Cada una incluye lo siguiente:

En la forma A se incluye la evaluación del tiempo libre, trastornos de la alimentación, nivel de depresión, la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol, asertividad, lugares donde compra y consume bebidas alcohólicas y normas familiares sobre el consumo de alcohol y drogas.

Las secciones que contiene la forma B, son la percepción de los maestros y las fuentes de apoyo, inseguridad social y los hábitos de estudio.

En la forma C, las secciones adicionales son: nivel de satisfacción, características de su grupo de pares, escala de tamizaje de trastorno de déficit de

atención, problemas asociados con el consumo de alcohol y el CESD para medir sintomatología depresiva.

En la forma D, las secciones adicionales son sobre maltrato físico, maltrato físico severo, emocional y por negligencia, que han recibido los/as estudiantes.

Las secciones específicas del instrumento que se utilizaron para el presente trabajo son:

1. Consumo de alcohol, tabaco y drogas. En esta sección se pregunta sobre las drogas más comunes a estudiar como son anfetaminas, tranquilizantes, marihuana, cocaína, crack, alucinógenos, inhalables, metanfetaminas, heroína y sedantes. Para cada droga los aspectos principales que se preguntan son: el uso alguna vez en la vida, uso en los últimos 12 meses, uso y frecuencia de uso en los últimos 30 días (prevalencias), número de veces que ha usado la droga y hace cuanto la usó (incidencia); además se pregunta sobre las circunstancias que rodearon al inicio del consumo, como la edad del sujeto, lugar donde la obtuvo y persona que se la vendió. Asimismo, en el caso del alcohol, se pregunta sobre las ocasiones de consumo, las prevalencias de alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes. Frecuencia con que ha consumido 5 copas o más y frecuencia de embriaguez. Para fines de esta investigación es importante determinar que los/as Usuarios/as Experimentales (UE) se refieren al consumo de 1 a 5 veces, los/as Usuarios/as Regulares (UR) se refieren de 6 o más veces, y los/as No Usuarios/as (NU) a los/as que no han consumido ninguna droga (Apéndice 1).
2. Escala de tamizaje de TDAH: Se utilizó esta escala que se encuentra en la forma "C" del cuestionario, la escala de TDAH está basada en los indicadores del DSM-IV-R y consta de un total de 31 reactivos divididos en 4 preguntas, desde la pregunta 62 a la 65, donde la pregunta 62 se divide en incisos que van desde el a) hasta el x) en cuya sección distingue los diversos síntomas de que está conformado el trastorno que son: inatención (11 reactivos), hiperactividad (7 reactivos) e impulsividad (6 reactivos) y se pregunta acerca de la sintomatología con tres frecuencias tipo Likert (1 = nunca, 2 = algunas veces y 3 = a menudo), la pregunta 63 indaga la edad en que se presentó por primera vez alguna de éstas conductas, las preguntas 64 y 65 se refieren a las áreas del individuo donde

presenta las conductas (casa, escuela o con amigos) y en cuáles le han ocasionado más problemas, el instrumento solo tamiza posible trastorno, pero no es diagnóstico y su uso es muy adecuado para estudios de muestras amplias. (Apéndice 1).

4.6. Procedimiento.

El diseño operativo de la encuesta incluyó a dos coordinadores/as, siete supervisores/as y 32 encuestadores/as, seleccionados entre un total de 40 encuestadores/as capacitados/as. El curso de capacitación tuvo una duración de 12 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de los grupos.

Se puso especial cuidado en que los/as encuestadores/as supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los/as alumnos/as la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

Los coordinadores fueron responsables del control del trabajo de campo, de la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los/as supervisores/as vigilaron el trabajo de campo en una zona, además ayudaron a los/as encuestadores/as a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los/as encuestadores/as realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

Después de la aplicación, para fines de codificación, el grupo de codificación crítica hizo una verificación adicional con el fin de: I) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes, II) verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación y III) detectar, corregir, o en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes.

Para la captura y validación de la información, se ajustó el programa de cómputo del INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) a las necesidades de este estudio y se verificó la congruencia de las respuestas. Finalmente,

se llevó a cabo una nueva depuración a través de programación para la revisión directa de los cuestionarios que presentaran inconsistencias en la captura.

4.7. Análisis de Datos.

Dado que el objetivo del estudio es conocer la relación entre la posible presencia o no de TDAH con el consumo de drogas, se realizaron diversas comparaciones entre los dos primeros grupos (quienes tienen posible TDAH y quienes no), en relación al consumo o no de sustancias, por lo que se usó el análisis de Chi cuadrada. Asimismo, se planteó el desarrollo de los análisis en forma separada tanto para hombres como para mujeres, ya que los consumos y las características de uno y otro sexo son distintos.

De igual forma se realizaron dos regresiones logísticas (una para hombres y otra para mujeres) con el programa Stata 9.0, para profundizar en los detalles del comportamiento de la muestra, y se analizó, como se dijo anteriormente, de forma separada en cuanto a género.

RESULTADOS.

De la muestra evaluada se obtuvo una prevalencia de posible TDAH del 1% para mujeres y para hombres fue de 1.1%. La prevalencia total de consumo de drogas alguna vez es de 17.8%.

En relación a los hombres, las prevalencias que resultaron ser significativamente mayores en sujetos con posible TDAH fueron, cualquier droga y cualquier droga ilegal alguna vez en la vida (ambas con 47% en sujetos con posible TDAH y 17.4% y 14.8% respectivamente, en sujetos sin TDAH), seguido de marihuana alguna vez con 38% en sujetos con posible TDAH y sin TDAH 10.2% (Figura 1), se encontraron tres sustancias con la misma prevalencia de 18.1% en sujetos con posible TDAH que son los estimulantes tipo anfetamínico alguna vez (2.5% sin TDAH), heroína alguna vez (.9% sin TDAH) y sedantes alguna vez (.5% sin TDAH), en cuanto a la cocaína y a los alucinógenos alguna vez, ambas sustancias tuvieron una prevalencia de 15.5% en sujetos con posible TDAH, y sin TDAH fueron de 3.5% y 2.2% respectivamente, en crack alguna vez, se obtuvo un 9.1% en hombres con posible TDAH y 1.5% sin TDAH (Figuras 2 y 3).

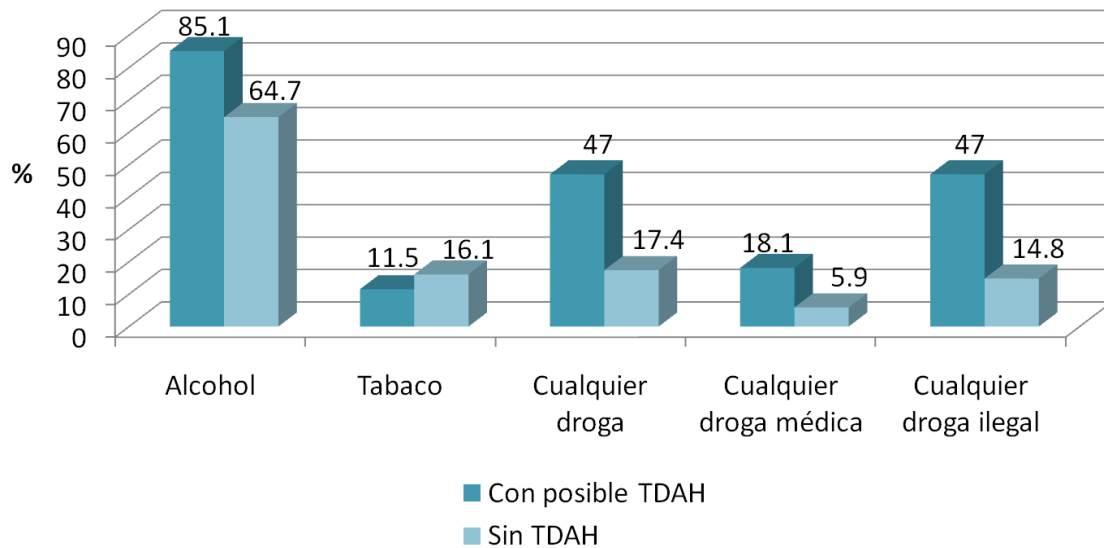


Figura 1. Prevalencia alguna vez del consumo de drogas, alcohol y tabaco último mes en hombres con posible TDAH.

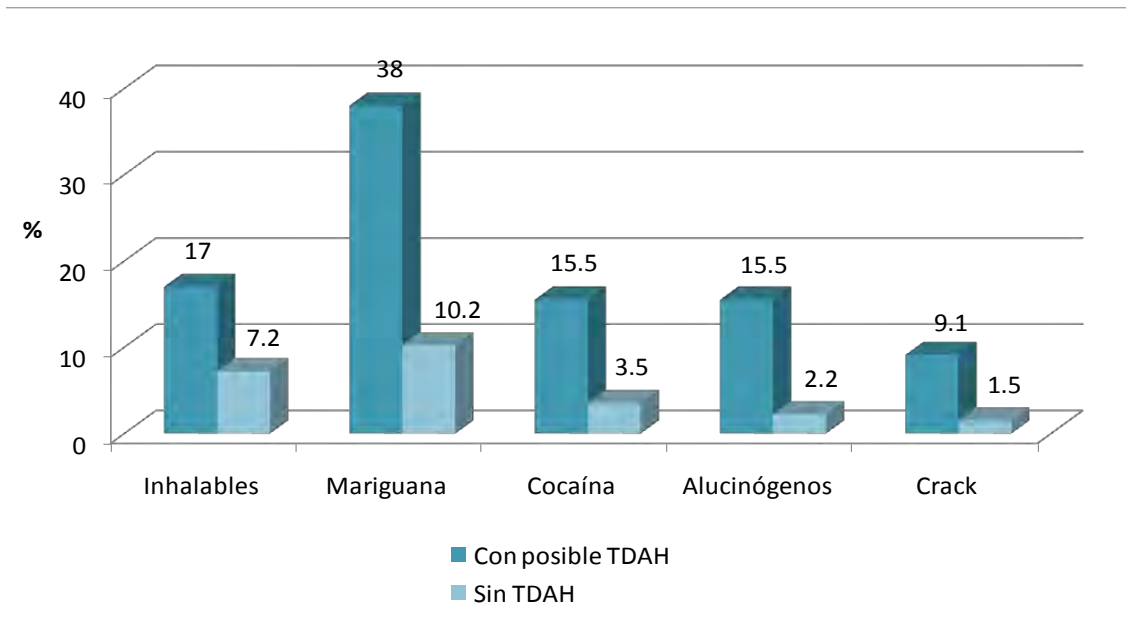


Figura 2. Prevalencia alguna vez del consumo de sustancias en hombres con posible TDAH I.

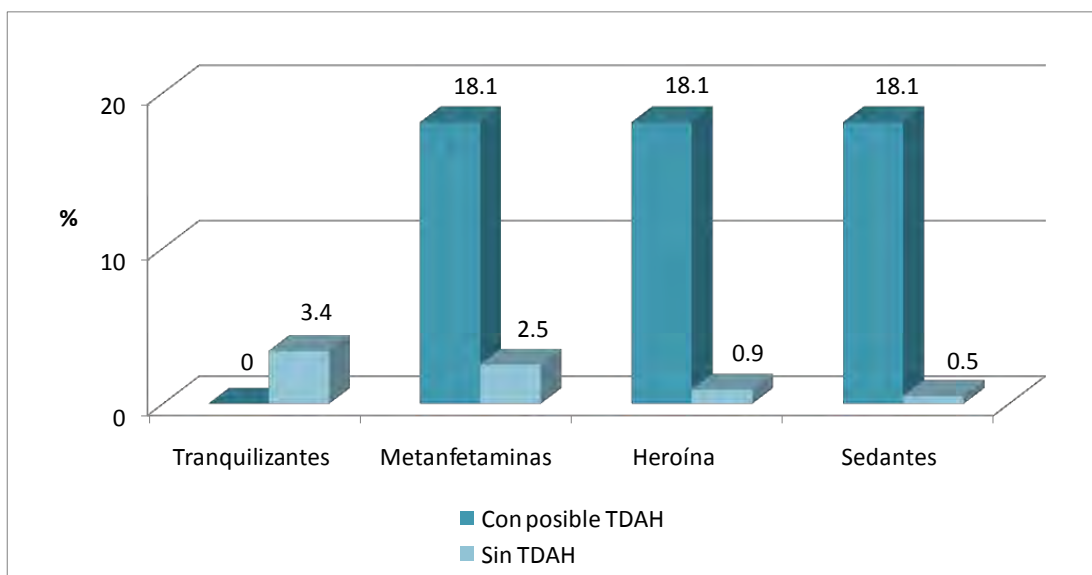


Figura3. Prevalencia alguna vez del consumo de sustancias en hombres con posible TDAH II.

Por lo que respecta a las mujeres, también se detectaron diferencias significativas, en el consumo de alcohol alguna vez (90.5% con posible TDAH y 68.5% sin TDAH), cualquier droga alguna vez (42% y 15.2% respectivamente), cualquier droga ilegal alguna vez (35% y 10% respectivamente), (Figura 4), consumo de inhalables alguna vez (31.9% y 5.8% respectivamente), tranquilizantes alguna vez (22.5% con posible TDAH y sin TDAH 6.7%) y finalmente con alucinógenos que va con posible TDAH de un 15.5% a 1.5% sin TDAH (Figuras 5 y 6).

Hubo excepciones en cuanto a algunas sustancias donde se observaron porcentajes similares entre sujetos con posible TDAH y sin TDAH, como en marihuana alguna vez en la vida de las mujeres (3.1% y 5.3%, respectivamente); caso similar con tabaco en el último mes en los hombres (11.5% y 16.1%, respectivamente) (Figuras 1 y 5).

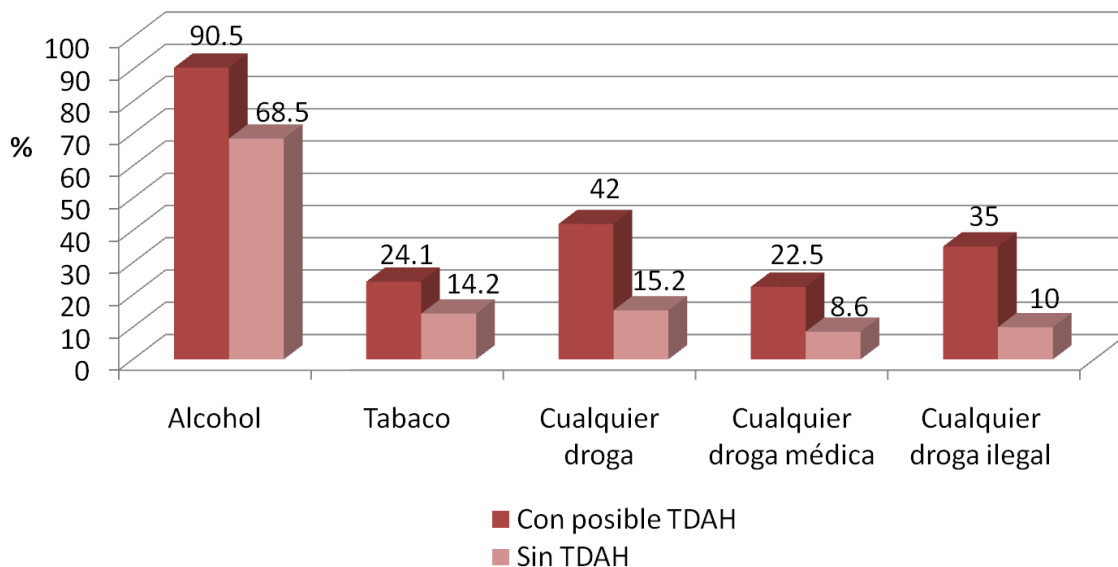


Figura 4. Prevalencia alguna vez del consumo de drogas, alcohol y tabaco último mes en mujeres con posible TDAH.

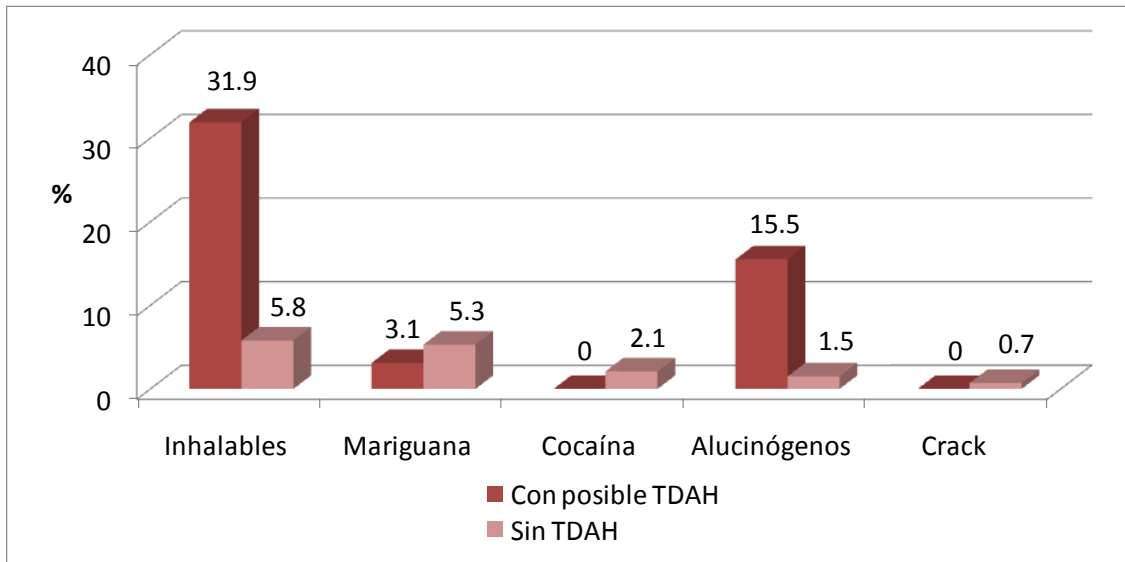


Figura 5. Prevalencia alguna vez del consumo de sustancias en mujeres con posible TDAH I.

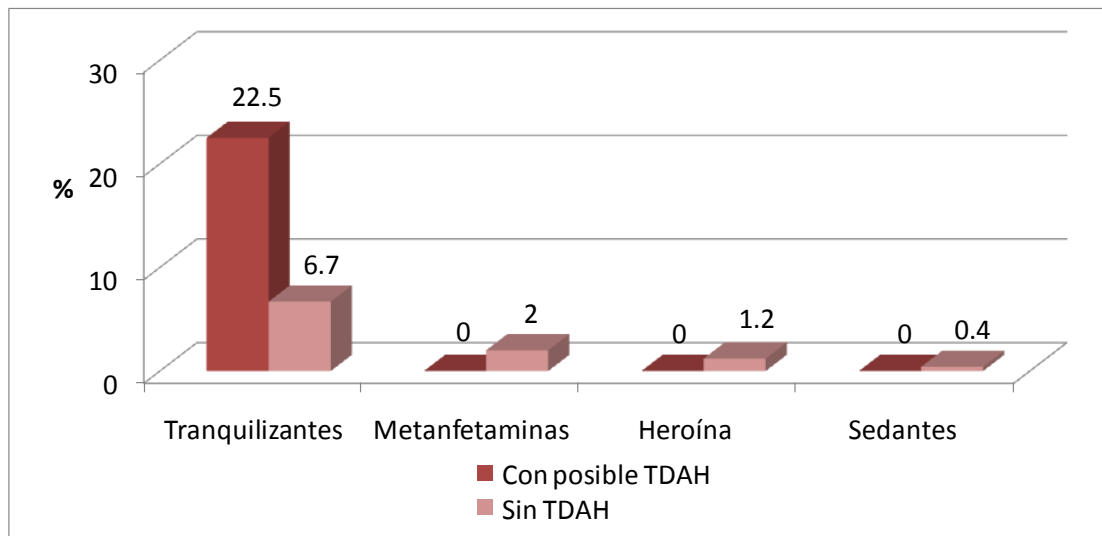


Figura 6. Prevalencia alguna vez del consumo de sustancias en mujeres con posible TDAH II.

Para ver la relación más detallada del TDAH con el posible consumo de drogas, se realizaron diversas regresiones logísticas múltiples, considerando el diseño de muestra y las variables de sexo y de nivel educativo (bachillerato y secundaria). Las variables de consumo de drogas empleadas son cualquier droga, cualquier droga ilegal, cualquier droga médica, marihuana e inhalables.

Tabla 1.

Regresión Logística Múltiple para el análisis de los factores asociados al consumo de drogas en hombres.

	%	OR	P	IC 95%
Consumo de cualquier droga alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	25.2	1.346	0.179	0.871-2.081
Sin TDAH	17.4	1.000		
Posible TDAH	47.0	4.110	0.034	1.113-15.183
Consumo de cualquier droga ilegal alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	21.9	1.360	0.161	0.883-2.097
Sin TDAH	14.8	1.000		
Posible TDAH	47.0	4.957	0.016	1.346-18.263
Consumo de cualquier droga médica alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	8.2	0.916	0.783	0.491-1.712
Sin TDAH	5.9	1.000		
Posible TDAH	18.1	3.535	0.116	0.731-17.094
Consumo de marihuana alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	17.6	2.226	0.002	1.339-3.702
Sin TDAH	10.2	1.000		
Posible TDAH	38.0	5.125	0.020	1.296-20.278
Consumo de inhalables alguna vez				
Bachillerato		1.000		
Secundaria	7.4	1.639	0.078	0.352-1.058
Sin TDAH	7.2	1.000		
Posible TDAH	17.0	2.820	0.181	0.615-12.941

Nota: Se presentan resultados de regresión logística por tipo de droga.

De manera general, se observó que tanto en hombres como en mujeres, la presencia de un posible TDAH es un factor asociado al consumo de sustancias,

excepto en drogas médicas en ambos sexos y en inhalables para el caso de los hombres (Tablas 1 y 2).

Tabla 2.

Regresión Logística Múltiple para el análisis de los factores asociados al consumo de drogas en mujeres.

	%	OR	<i>p</i>	IC 95%
Consumo de cualquier droga alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	21.2	1.052	0.808	0.693-1.600
Sin TDAH	15.2	1.000		
Posible TDAH	42.0	4.019	0.037	1.088-14.853
Consumo de cualquier droga ilegal alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	15.7	1.016	0.937	0.669-1.544
Sin TDAH	10	1.000		
Posible TDAH	35.0	4.854	0.026	1.210-19.476
Consumo de cualquier droga médica alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	10.5	1.050	0.856	0.613-1.802
Sin TDAH	8.6	1.000		
Posible TDAH	22.5	3.090	0.182	0.585-16.315
Consumo de marihuana alguna vez				
Secundaria		1.000		
Bachillerato	11.0	1.810	0.049	1.003-3.267
Sin TDAH	5.3	1.000		
Posible TDAH	3.1	0.563	0.600	0.066-4.845
Consumo de inhalables alguna vez				
Bachillerato		1.000		
Secundaria	6.7	2.788	0.001	0.203-4.937
Sin TDAH	5.8	1.000		
Posible TDAH	31.9	8.279	0.001	2.286-29.979

Nota: Se presentan resultados de regresión logística por tipo de droga.

Para los varones, en cuanto a nivel educativo, sólo resultó significativa en relación al consumo de marihuana en dónde el encontrarse en bachillerato aumenta 1.2 veces el riesgo de consumir esta sustancia (Tabla 1).

Respecto a la presencia de un posible TDAH, de los cinco modelos que se realizaron para los hombres, tres fueron significativos, entre los que destaca nuevamente la marihuana, dónde el presentar un posible TDAH aumenta 4.1 veces el

riesgo de consumo, seguido de cualquier droga ilegal alguna vez con 3.9 veces más de probabilidad de consumir y por último, el presentar un posible TDAH aumenta 3.1 veces la probabilidad de consumir cualquier droga alguna vez en la vida (Tabla 1).

Con lo que respecta a las mujeres, en nivel educativo fueron dos de los cinco modelos los que salieron significativos; el encontrarse en nivel secundaria aumenta 1.7 veces el riesgo de consumir inhalables, y el bachillerato incrementa en 81% la probabilidad de consumir marihuana alguna vez (Tabla 2).

Continuando con las mujeres, resultó significativo el presentar un posible TDAH, para cualquier droga alguna vez, donde se aumenta 3 veces la probabilidad de consumirlas, de igual forma sucede con cualquier droga ilegal con 3.8 veces más de probabilidades de consumo y destaca que presentar un posible TDAH aumenta hasta 7.2 veces el riesgo de consumir inhalables (Tabla 2).

Conclusiones.

Ciertamente, en los últimos años se ha recibido una atención creciente en torno al desorden clínico del TDAH como un posible predictor del desarrollo del abuso de drogas en la adolescencia, pues el traslape entre las características del desorden (como la impulsividad), los problemas que se asocian (como delincuencia, dificultades académicas, etcétera) y los factores de riesgo conocidos del uso y abuso de sustancias son puntos importantes que provocan una mirada a esta problemática (Molina & Pelham, 1999).

De acuerdo con la literatura, se tiene el 1% de estudiantes con posible TDAH (Benjet et al. 2007), lo que nos lleva a considerar el tamaño de la muestra, pero a pesar de ser una muestra pequeña la que tiene un posible TDAH, se observa que esta problemática está altamente asociada al consumo de sustancias, tanto en hombres como en mujeres, por lo que su atención y prevención se vuelven aspectos importantes a considerar en las políticas de salud y esto se corrobora más ampliamente cuando se revisan investigaciones con población clínica.

Al ser pocos sujetos con posible TDAH, es difícil tanto detectar como aplicar alguna estrategia de prevención, pero la alta asociación entre el síndrome y el consumo de drogas, permite que las acciones de prevención incidan en ambas problemáticas. Por supuesto, lo óptimo es detectar el TDAH en la etapa infantil, e incidir desde entonces.

La prevalencia señalada tanto en este estudio, como en el de Benjet et al. (2007), difiere de estudios anteriores, que mencionan que existe una prevalencia general del TDAH en población infantil del 5%.

También en ellos se señala que hay una relación de 3 varones por 1 mujer (Ortiz, 2004), lo que varía en lo que aquí se reporta, que es una mujer por cada hombre detectado con TDAH.

Otros estudios señalan que las proporciones por género varían entre 9 a 1 y 6 a 1, esto sucede con muestras clínicas que son referidas a tratamiento, y las proporciones de 3 a 1 se basan en población comunitaria, respecto a esto se sabe que existen diferentes razones para la variabilidad encontrada en estudios clínicos y de

población abierta (Quinn & Wigal, 2004), que da muestra de sesgos que se tienen en cuanto a mayor detección que hay en los varones que en las mujeres.

Un aspecto importante a considerar es la diferencia en las poblaciones de este estudio y los que regularmente se reportan en la literatura. El presente es un estudio hecho con estudiantes en una muestra aleatoria y representativa, por lo que la cifra sería distinta de lo que ocurre en los otros estudios, donde regularmente se hacen con población que va a consulta. El estudio de Benjet et al. (2007), da resultados similares en una encuesta de hogares y estudiantes, en la misma ciudad y año, lo que valida convergentemente lo aquí reportado.

Por otro lado, Lambek, Trillingsgaard, Kadesjö, Damm y Thomsen (2010) encontraron en su estudio una cantidad mayor de varones que mujeres que presentaron hiperactividad-impulsividad. Lo anterior sugiere que este subtipo en los varones hace que se detecte con mayor prontitud que en las mujeres, por su sintomatología más evidente, en contraparte a lo que sucede con las mujeres que, como lo comentan Quinn y Wigal (2004), en las niñas el diagnóstico, no la presencia, del TDAH se da a edades mayores, pero esto no significa que la incidencia se presente en edades mayores en ellas.

Esto puede ser también por diversas creencias que se tienen en cuanto al TDAH, pues al no haber formas de detección oportuna en escuelas o programas de salud mental en la población con instrumentos apropiados, éstas creencias se tornan tan importantes que constituyen en ocasiones, la única forma de detección.

La creencia más común es la afirmación de que el TDAH se identifica a menor edad más frecuentemente en niños que en niñas. Otra creencia es la de los maestros, donde el 92% piensan que el TDAH se diagnostica más frecuentemente en los niños que en las niñas, y que ellas son más obedientes que los niños (21%) (Quinn & Wigal, 2004).

Estos dos puntos nos dan una idea de posibles motivos por los cuales hay esas diferencias en la identificación y el diagnóstico entre hombres y mujeres.

Existe la opinión generalizada de que las manifestaciones más comunes del TDAH en los varones son los problemas de conducta y desorganización en clase, en cuanto a las mujeres son la inatención, problemas académicos y sentimientos de

depresión. En los maestros también existen algunas de estas ideas y visualizan las conductas de riesgo de los niños y adolescentes, relacionadas a su pertenencia de género. Estas opiniones y creencias deben ser consideradas de manera importante al momento de realizar el diagnóstico o el tratamiento, por parte del especialista. Por supuesto, destaca la creencia de que a menudo el TDAH se presenta en las niñas sin que se detecte y que se presenta de manera diferente que en los varones, lo que conlleva a que se ignore o retrase el diagnóstico en ellas (Quinn & Wigal, 2004).

Estas creencias pueden ser parte de un problema de detección oportuna y veraz, lo cual es necesario sacar del *estigma o círculo de mitos y realidades* para llevarlo al plano práctico y evidente para así tomar medidas necesarias y eficaces.

El que no se reconozcan los síntomas del TDAH en las niñas, posiblemente culmina en una falta de tratamiento. Aunque las experiencias subjetivas son significativamente diferentes para los varones y para las mujeres, hay que considerar la importancia del trastorno y su atención profesional para uno u otro sexo (Quinn & Wigal, 2004).

El no contar con una detección oportuna y el privilegiar las creencias antes mencionadas, provoca que no se trate a tiempo y facilite diversas problemáticas, como el uso de sustancias. Se encontraron aumentos significativos en el consumo de algunas sustancias en mujeres con posible TDAH.

Estas situaciones se corroboran con los resultados del presente estudio, donde vemos que los hombres que presentan posible TDAH muestran prevalencias más altas (47%), que quienes no presentan TDAH (17.4%), situación que es similar en las mujeres. Los datos por supuesto, son similares y más altos cuando se analiza el caso del alcohol.

Esto nos muestra una asociación importante entre el consumo de alcohol y drogas con la posible presencia de TDAH, que si bien en la literatura ya se tenía contemplado, aquí lo observamos directamente con porcentajes que aumentan hasta un 32.2% en cualquier droga ilegal alguna vez en la vida de los varones y en las mujeres con cualquier droga alguna vez (26.8%), cifras que deben considerarse para el establecimiento de las políticas de salud, por el costo que conllevan para nuestra sociedad.

En ambos análisis realizados, se observó que la muestra se comportó de manera similar en cuanto a los tipos de sustancias, tanto en hombres como en mujeres, reafirmando que hay mayores probabilidades de consumir sustancias como cualquier droga, cualquier droga ilegal y marihuana para los varones y cualquier droga, cualquier droga ilegal e inhalables para mujeres.

Con estos datos y teniendo en cuenta la inadaptación del niño o niña, y los sentimientos de rechazo que percibe de su entorno, es muy probable que opten por probar algún tipo de droga (legal o ilegal), ayudados por el fácil acceso a ellas.

Aún existen opiniones contrapuestas sobre los tratamientos farmacéuticos para el TDAH, ya que se cuestiona si se promueve el abuso de sustancias cuando el tratamiento es con estimulantes, argumentando otros que este tratamiento reduce el abuso de sustancias, aunque la base del progreso en el desarrollo de estos trastornos podrían ser las anomalías comunes en el proceso de autorregulación y el déficit aun más grave por el uso de sustancias en curso (Wilson, 2007). Esto nos lleva a considerar fuertemente otras opciones como las intervenciones psicoeducativas y los programas de prevención en parentalidad para disminuir los efectos negativos del TDAH y el abuso de sustancias.

En esta línea de pensamiento, en estudios sobre coeficiente intelectual y logros, hay una muestra que, a los jóvenes que son mejores lectores y tienen puntajes altos, presentan menos desórdenes de alcohol (Molina & Pelham, 2001) que aunque no se consideren como predictores estos puntajes, se puede ver desde la perspectiva de programas de apoyo para mejorar el nivel académico a estudiantes que tengan dificultades en ello, y así disminuir situaciones de estrés, frustración, angustia, etcétera, que conllevan el bajo rendimiento, y considerar el éxito académico un factor protector al uso y abuso de sustancias.

Benjet et al. (2007), señalan que el uso de sustancias conlleva a presentar bajo aprovechamiento escolar y el TDAH provoca un aumento de 3 veces el riesgo de deserción escolar, por lo que al considerar que el éxito escolar puede ser un apoyo a la reducción de daño del TDAH y uso de sustancias, la observación y el apoyo de familia y maestros son totalmente necesarias.

También es importante considerar lo que los jóvenes llegan a sentir cuando presentan un trastorno psiquiátrico y lo incapacitante que puede volverse si no existe un manejo adecuado de este. Benjet et al. (2009), observaron el número de días en el último año en los que los jóvenes sintieron incapacidad para llevar a cabo las actividades habituales por causa de su trastorno y a la par que el trastorno de pánico, fue el TDAH con casi una semana. Esto nos lleva a darnos cuenta de la gravedad que puede alcanzar el TDAH.

Asimismo, Caraveo y Colmenares (2002) sugieren que el consumo de sustancias equivale de alguna manera a las funciones de automedicación, que reducen primordialmente las manifestaciones de ansiedad. De tal manera que es imperioso profundizar en las formas y condiciones con los que los grupos sociales permiten o inducen las manifestaciones de ansiedad en sus miembros toda vez que en apariencia son el eslabón que incrementa o reduce el riesgo de asociación entre los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias. Lo que refuerza la idea de que si en la escuela hay formas que generen apoyo a los/as niños/as a mejorar calificaciones o tener logros gratificantes en el ámbito escolar, generarían menos ansiedad y mayor seguridad; por lo tanto, serían factores protectores a futuras situaciones que conlleven al uso o abuso de sustancias, aunado esto con el apoyo familiar/parental.

La participación y actitud de las personas alrededor de los/as niños/as con TDAH como padres, compañeros/as, maestros/as y hermanos/as, son importantes en referencia al niño o niña que está siendo tratada y de qué manera, cuando se sospecha la presencia del TDAH o ha sido reconocido (Quinn & Wigal, 2004). Por lo que una adecuada campaña general y clara para maestros y padres de familia, sobre lo que es este trastorno, puede ser de gran ayuda para saber qué hacer, ya que las acciones de las personas cercanas pueden hacer la diferencia en la calidad de vida del sujeto.

Los resultados aquí presentados reafirman lo expuesto en la literatura y evidencian una situación que afecta de manera importante a los jóvenes, siendo un problema actual con repercusiones negativas, que amenaza con tener continuidad, si no se aplican estrategias para prevenirlo. Por supuesto, una detección oportuna en escuelas, centros de salud e instituciones donde se tenga acceso a población infantil y

juvenil, es importante para dar una atención multidisciplinaria que busque disminuir las consecuencias adversas de este trastorno.

Referencias.

- American Psychiatric Association. (1995). *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (1a ed. en esp.). Barcelona: Ed. Masson, S. A.
- Archer, T., Kostrzewa, R., Beninger, R. & Palomo, T. (2008). Cognitive Symptoms Facilitatory for diagnoses in neuropsychiatric disorders: executive functions and locus of control. *Neurotoxicity Research*, 14 (2, 3), 205-225.
- Arellanez-Hernandez, J.L., Diaz-Negrete D.B., Wagner- Echegaray, F. & Pérez-Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27 (3), junio 2004.
- Ávila, M.E. (2004). Datos y reflexiones acerca del uso del metilfenidato (ritalín) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 47 (1), 31-34.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Cruz, C., Rojas, E., Fleiz, C.,... Guevara, G. (2007). Rendimiento y deserción escolar por depresión y déficit de atención en adolescentes. *Ciencia y Desarrollo*, 33 (208), 33-39.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C.,... Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes en México. En: J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 90-98). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Berenzon, S., Carreño, S., Medina-Mora, M. E., Juárez, F., Villatoro, J. & Rojas, E. (1994). Prácticas del uso de alcohol entre jóvenes estudiantes de la ciudad de México: variaciones por género. *Revista de Cultura Psicológica*, 3 (1), 23-25.
- Borges, G., Medina-Mora, M.E. & López-Moreno, S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud pública de México*, 46 (5), 451-463.
- Brown, T. E. (2003). Actualización de los trastornos por déficit de atención y sus comorbilidades. En: T.E., Brown (Ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. (pp. 3-56). México: Masson.

- Calderón, A. (2011). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: describiendo un trastorno de la niñez, la adolescencia y la adultez. *BUN Synapsis*, 3 (2), 24-27.
- Caraveo, J. & Colmenares, E. (2002). Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental*, 25 (2), 9-15.
- Caraveo, J. (2005). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En: G. T. Bertussi (Coord.), *Anuario Educativo Mexicano: Visión retrospectiva* (pp. 141-156). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Castillo, I., Gutiérrez, A., Díaz, B., Sánchez, R. y Guiza, V. (2002). Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD). Centros de Integración Juvenil. En: *Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras drogas 2002*. México: CONADIC, SSA.
- Colomer, C., Miranda, A., Herdoiza, P. & Presentación, M. J. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Revista de Neurología*, 54 (Supl. 1), 117-126.
- De la Peña, F. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 43 (6), 243-244.
- De la Peña, F. & Palacios, L. (2003). Generalidades y neurobiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Información clínica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 14 (11), 61.
- Díaz, J., (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente*, 6 (1), 44-55.
- Duarte, Z., Reyes, E., Sosa, A., Risso, E., Reyes, A., Munguía, A. & Aguilar, M. (2010). Prevalencia de TDAH, relación con reprobación escolar y estado nutricional en población escolar del Distrito Central. *Revista de los Posgrados de Medicina UNAH*, 13 (3), 1-10.
- ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children (1990). *Giftedness and the Gifted: What's It All About? ERIC Digest #E476*. Arlington, VA, USA: The Council for Exceptional Children. Recuperado de: <http://www.ericdigests.org/1994/all.htm>
- Espada, J., Griffin, K., Botvin, G. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23 (84), 9-17.

- Fernández, A. Fernández, D., López, S., García C., Muñiz, B., Pardo, A.,... Muñoz, N. (2011). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y su relación con las habilidades sociales y de liderazgo evaluadas a través de un sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (6), 339-348.
- Flint, L.J. (2001). Challenges of Identifying and serving Gifted Children with ADHD. *Teaching Exceptional Children*, 33 (4), 62-69.
- Galindo, V.G., De la Peña, F., De la Rosa, N., Robles, E., Salvador, J. & Cortés, J.F. (2001). Análisis Neuropsicológico de las características cognoscitivas de un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención. *Salud Mental*, 24 (4), 50-57.
- García, M. D., Prieto, L. M., Santos, J., Monzón, L., Hernández, A. & San Feliciano, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: un problema actual. *Anales de Pediatría*, 69 (3), 244-250.
- Juárez, F., Berenzon, S., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Carreño, S., López, E. K.,... Rojas, E. (1994) Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas, el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. En: H. Pérez-Rincón (Ed.), *Anales 5 del Instituto Mexicano de Psiquiatría, IX Reunión de Investigación* (pp. 85-93). México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). Investigaciones del Comportamiento. *Muestreo y Aleatoriedad*. Ed.Mc Graw Hill.
- Kuri, P., González, J., Hoy, M. & Cortés, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 48 (1), 91-98.
- Kuri, P., López-Gatell, H. & Bojorquez, I. (Coords). (2007). *Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA): informe 2007*. México: Secretaría de Salud.
- Lambek, R., Trillingsgaard, A., Kadesjö, B., Damm, D., & Thomsen, P. (2010). Gender differences on the five to fifteen questionnaire in a non-referred sample with inattention and hyperactivity-impulsivity and a clinic-referred sample with hyperkinetic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology* 51, 540-547.

- Lazcano, E. & Hernández, M. (2002). Presentación. La epidemia del tabaquismo. Epidemiología, factores de riesgo y medidas de prevención. *Salud pública de México*, 44 (1), 1-2.
- Lefa, S., Toro, J., Salamero, M., Castro, J. & Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. *Anales Españoles de Pediatría*, 50 (2), 145-150.
- López, E., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. Juárez, F. & Berenzon, S. (1996). Factores relacionados al consumo de drogas y al rendimiento académico en adolescentes. En: AMEPSO (Eds.). *La Psicología Social en México. Vol. VI* (pp. 561-568). México: AMEPSO.
- Mariño, M. C., Medina-Mora, M. E., Chaparro, J. J. & González-Forteza, C. (1993). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (2), 141-145.
- Medina-Mora, M. E., Gómez-Mont, F. & Campillo, C. (1981). Validity and reliability of a high school drug use questionnaire among Mexican students. *Bulletin on Narcotics*, 33 (4), 67-76.
- Miranda, A., Fernández, M. I., Roselló, B. & Colomer, C. (2012). Evolución de los síntomas del TDAH y problemas asociados: efectos del tratamiento farmacológico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 3 (1), 93-104.
- Molina, B. & Pelham, W. (1999). Alcohol and other substance use and abuse in ADHD adolescents: Patterns of use compared to controls and prediction from childhood. En: W.E. Pelham (Ed.), *Adolescent substance use and abuse: Prediction from childhood psychopathology and personality and mediating pathways. Annual meeting of the American Psychological Association, Boston, August*.
- Molina, B. & Pelham, W. (2001). Substance use, substance abuse, and LD among adolescent with a childhood history of ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (4), 333-342,351.
- Montiel, C., Montiel, I. & Peña, J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención – hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13 (2), 297-310.

- Orjales, I. (2005). Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Ortiz, S. (2004). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el desarrollo infantil. En: M. P. Romero (Coord.). *Mujeres en prisión: Una mirada a la salud mental* (pp. 33-42). México: Liberaddictus.
- Ortiz, B., Giraldo, C. & Palacio, J. (2008). Trastorno oposicional desafiante: enfoques diagnóstico y terapéutico y trastornos asociados. *IATREIA*, 2 (1), 54-62.
- Palacín, A., (2012). Estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una base teórica. *Revista Arista Digital*, 24, 14-23.
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. & Fernández-Mayoralas, A. (2009) Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (2), S107-S111.
- Pardo de Santayana, R. (2002). Superdotación intelectual y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *FAISCA Revista de Altas Capacidades*, 9, 126-135.
- Presentación, M., Siegenthaler, R., Jara, P. & Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22 (4), 778-783.
- Poeta, L. & Rosa, F. (2006). Características biopsicosociales de los escolares con indicadores de trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Indicadores de TDAH. *Revista de Neurología*, 43 (10), 584-588.
- Quinn, P. & Wigal, S. (2004). Perceptions of girls and ADHD: results from a national survey. *Medscape General Medicine*, 6 (2). Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395774/>
- Rodríguez, C., García, J., Gonzáles, P., Álvarez, D., González, J., Bernardo, A.,... Álvarez, L. (2011). TDAH y el solapamiento con las dificultades de aprendizaje en escritura. *Revista de Psicología y Educación*, (6), 37-56.
- Rosovsky, H., Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Millé, C., Bonifaz, R. (1999). El consumo de drogas en México. Diagnóstico, Tendencias y Acciones. *Secretaría de Salud/CONADIC*.

- Ruhl. U., Rentsch. A., Bernardi. C., Türke-Teubner. V., Becker. E., Kirch. W., Margraf. J., Hach. I. (2009). Associations between childhood ADHD and other mental disorders in young women. *German Journal of Psychiatry* 12, 8-13.
- Ruiz, J.L. & León, C. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el adulto. En: E. Márquez (Ed.), *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta* (pp. 167-178). México: Manual Moderno, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma Metropolitana, Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara.
- Sances, C. (2009). Intervención familiar grupal en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Barcelona: Universitat Abat Oliba CEU. Licenciatura de psicología.
- Sánchez, P. & Pinto J. (1995). Incidencia de los problemas que afectan a los niños de primaria en Yucatán, México. *Educación y Ciencia*, 4 (12), 31-41.
- Schneider, M., Retz, W., Coogan, A., Thome, J. & Rösler, M. (2006). Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) Aneurological view. *European Archives of Psychiatry and Clinical*, 256 (1), 32-41.
- Solanto, M. V., Gilgert, S. N., Raj, A., Zhu, J., Pope-Boyd, S., Stepak, B., Vail, L. & Newcorn, J. H. (2007). Neurocognitive Functioning in AD/HD, predominantly inattentive and combined subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 729-744.
- Souza, M., Guisa, V.M. & Diaz, L. (2005). Adicciones y comorbilidad. TDAH. *Psiquiatría*, 21 (3), 38-53.
- Szerman, N. (2008). *¿TDAH en la adolescencia? 50 preguntas orientativas para reconocer y tratar el TDAH*. Madrid: Draft Editores, S. L.
- Tapia-Conyer, R., Kuri, P., Cravioto, P., Cortés, M. & Galván, F. (2003). Informe del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA) México 2002. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (Ed.), *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas* (pp. 9-31). México: CONADIC.
- Villatoro, J., Andrade-Palos, P., Fleiz, C., Medina-Mora, M. E. & Reyes, I. (1997). La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar en adolescentes. *Salud Mental*, 20 (2), 21-27.

- Villatoro, J., Gutierrez, M., Quiroz, N., Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán, F.,... Medina-Mora, M.E. (2007). Encuesta de consumo de drogas en estudiantes 2006. *Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.*
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E, Fleiz, C. & Hernández, M. (2005). Visión global del consumo de drogas en los adolescentes-estudiantes de México. De los datos a las acciones. En: G. T. Bertussi (Coord.), *Anuario Educativo Mexicano: Visión retrospectiva* (pp. 131-140). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E, Hernández, M., Fleiz, C., Amador, N. & Bermúdez, P. (2005). La encuesta de estudiantes de Nivel medio y medio superior de la ciudad de México: Noviembre 2003. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud mental, 28* (1), 38-51.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, S.,... Néquiz, G. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. *Salud Mental, 22* (2), 18-30.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E.,... García, A. (2003). Informe del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones (SISVEA) México: 2002. En: Consejo Nacional Contra las Adicciones (Ed.), *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas* (pp. 83-84). México: CONADIC.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Gutiérrez, M.L., Moreno, M. & Bretón, M. (2008). Drug use in México: The present situation, challenges and perspectives. En: REDLA (Eds.), *Proceedings from the Meeting of the Latin American Epidemiology Network*. San Juan, Puerto Rico: REDLA, CICAD/OID, NIDA.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz,C., Bermúdez, P., Castro, P. & Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño 2000. *Salud mental, 25* (1), 43-54.
- Villatoro, J., Medina-Mora, ME., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E., ... García, A. (2002). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Drogas*. México: CONADIC, INPRFM, DGE, INEGI.

- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. (2000) Cross - national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 413-426.
- Wilens, T.E., Spencer, T.J. & Biederman, J. (2003). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con trastornos relacionados con sustancias. En: T. E., Brown (Ed.), *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos* (pp. 319-333). México: Masson.
- Wilson, J. J. (2007). ADHD and Substance Use Disorders: Developmental Aspects and the Impact of Stimulant Treatment, *American Journal on Addictions*, 16 (1), 5-13.
- Wolraich, M. L. & Baumgaertel, A. (1997). The practical aspects of diagnosing and managing children with attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, 36 (9), 497-504.

Apéndice 1. Cuestionario.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Eres	Hombre1 Mujer2
2. ¿Qué edad tienes?	Años [] []
3. ¿Cuál es el grado que estás cursando en la escuela? (si estás en preparatoria o bachillerato, indica el año que cursas)	Grado..... []
4. La mayor parte del año pasado ¿fui estudiante?	No fui estudiante el año pasado1 Fui estudiante de medio tiempo2 Fui estudiante de tiempo completo3
5. La mayor parte del año pasado ¿Trabajaste recibiendo sueldo?	No trabajé1 Si trabajé medio tiempo (4 horas diarias)2 Si trabajé tiempo completo (8 horas diarias) 3
5a De las personas que viven en tu casa ¿alguien habla alguna lengua indígena?	Sí.....1 No2
5b ¿Tú hablas alguna lengua indígena?	Sí.....1 No2

5c. Actualmente, ¿tienes algún problema físico o emocional que te limite a hacer cosas que las personas puedan hacer sin ninguna dificultad?	Sí.....1 No2
5d. ¿Qué problema físico o emocional te causa esta limitación?	Problemas de aprendizaje1 Enfermedades físicas (parálisis cerebral)2 Enfermedad mental (depresión, ansiedad, etc.).....3 Problemas de conducta4 Otro (específica)5 No tengo6
5e. En el último mes, ¿cuántas veces has faltado a la escuela?	De 1 a 5 días1 De 6 a 10 días2 Mas de 10 días3 No he faltado5

6. ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):	
Tengo papá	1
Lo sustituye (especifica)	2
No tengo papá y nadie lo sustituye	3

7. ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá):	
Tengo mamá	1
La sustituye (especifica)	2
No tengo mamá y nadie la sustituye.....	3

8. ¿Quiénes viven en tu casa? (marca en la columna del Sí con quiénes vives y da una respuesta para cada inciso)

	Sí	No		Sí	No
a) Papá	1	2			
Mamá	1	2			
Hermano/a/s	1	2			
Padrastro	1	2			
c) Madrastra	1	2			
			f) Hermanastro/s	1	2 b)
			g) Hermanastra/s	1	2 c)
			h) Otro(s) Familiar/es	1	2 d)
			i) Amigo/a/s	1	2
			j) Otro/s:	1	2

9a. ¿Cuál es la escolaridad de tu papá (o sustituto)?	
Sin educación formal	1
Escuela primaria	2
Secundaria o similar.....	3
Preparatoria, vocacional o similar.....	4
Universidad	5
Maestría o Doctorado	6
Otro, específica:	7

9b. ¿Cuál es la escolaridad de tu mamá (o sustituta)?	
Sin educación formal	1
Escuela primaria	2
Secundaria o similar	3
Preparatoria, vocacional o similar	4
Universidad	5
Maestría o Doctorado	6
Otro, específica:	7

10a. ¿Cuántas horas al día convives con tu papá o sustituto?		De 1 a 2 horas	1	De 3 a 4 horas	2	5 o más horas	3	No convivo con él.....	4	No tengo papá o sustituto.....	5
--	--	----------------------	---	----------------------	---	---------------------	---	------------------------	---	--------------------------------	---

10b. ¿Cuántas horas al día convives con tu mamá o sustituta?		De 1 a 2 horas	1	De 3 a 4 horas	2	5 o más horas	3	No convivo con ella	4	No tengo mamá o sustituta.....	4
--	--	----------------------	---	----------------------	---	---------------------	---	---------------------------	---	--------------------------------	---

Por favor, marca una respuesta para cada uno de los incisos, si estás inseguro haz tu mejor estimación.

11. Tu familia tiene suficiente dinero para:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
a) Comprar comida	1	2	3	4
b) Comprar gasolina para el coche o pagar el camión o transporte	1	2	3	4
c) Pagar las cuentas	1	2	3	4
d) Mantener la casa arreglada	1	2	3	4
e) Comprar útiles escolares	1	2	3	4
f) Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4
g) Comprar la ropa que quieres	1	2	3	4
h) Hacer cosas divertidas como ir al cine o comer en un restaurante	1	2	3	4
i) Comprar regalos para Navidad y otras fechas	1	2	3	4

11a. ¿Cuánto dinero al mes gana tu familia?	Mucho 1
	Suficiente 2
	Poco 3
	Menos de lo indispensable para vivir 4

Ahora te haremos unas preguntas sobre el uso de tabaco, medicinas y algunas drogas. Por favor, contesta todas.

12a. ¿Has fumado tabaco alguna vez en tu vida?	Sí 1 No 2
12b. En los últimos 12 meses, ¿has fumado tabaco?	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 3
12c. En los últimos 30 días, ¿has fumado tabaco?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he fumado tabaco 5
12d. ¿Cuántos cigarros fumas al día?	Nunca he fumado tabaco 00 No fumo diario 97 Actualmente ya no fumo 98 Número de cigarros <input type="text"/>
12e. ¿Cuánto tiempo después de despertarte fumas tu primer cigarro?	Nunca he fumado tabaco 1 Primeros 5 minutos 2 Entre 5 y 30 minutos 3 Entre 31 y 60 minutos 4 Más de 1 hora 5 Actualmente ya no fumo 6
12f. De las personas que conviven a diario contigo ¿Cuántos de ellos fuman? (Da tu mejor aproximación) <i>Si nadie fuma anota 00 en los recuadros</i>	a) En el interior de tu casa <input type="text"/> b) En el salón de clases <input type="text"/>
12g. En toda tu vida ¿Has fumado más de 100 cigarros, es decir, 5 cajetillas?	Sí 1 No 2 Nunca he fumado tabaco 00
12i. ¿Cuántos años tenías cuando fumaste tabaco por primera vez?	Nunca he fumado tabaco 00 Años <input type="text"/>

13. Generalmente ¿Cómo acostumbras conseguir los cigarros que fumas? (Marca una respuesta por cada inciso).	Sí	No	Nunca he fumado tabaco
a) Los compro en una tienda	1	2	3
b) Los consigo en mi casa con permiso de mis papás	1	2	3
c) Los consigo afuera de la escuela	1	2	3
d) Los compro en la escuela	1	2	3

14. ¿Qué tan probable es que en un futuro cercano tu fumes?	Muy probable 1 Es poco probable 2 Nunca fumaré 3 Actualmente fumo 4
---	--

15. Alguna vez ¿alguien te ha ofrecido drogas como marihuana, cocaína, éxtasis, etc.?	Sí 1 No 2
15a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado anfetaminas u otros estimulantes, para perder o no subir de peso, o dar energía como el diazepam o la Efedrina, etc., sin que un médico te lo recetara?	Sí 1 No 2
15b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Sí 1 No 2 Nunca he usado anfetaminas..... 3
15c. En el último mes, ¿has consumido anfetaminas u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he usado anfetaminas..... 5
15d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de la(s) anfetamina(s) u otros estimulantes que has tomado, sin que un médico te las recete. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca he usado anfetaminas 00
15e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado anfetaminas u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he usado anfetaminas 6
15f. ¿Hace cuánto tiempo usaste anfetaminas u otros estimulantes por primera vez, sin que un médico te lo recetara?	Hace menos de un mes..... 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he usado anfetaminas..... 5
15g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste anfetaminas u otros estimulantes por primera vez sin que un médico te lo recetara?	Nunca he usado anfetaminas 00 Años
16a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado tranquilizantes para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diacepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Sí 1 No 2
16b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recetara?	Sí 1 No 2 Nunca he usado tranquilizantes..... 3
16c. En el último mes, ¿has consumido tranquilizantes sin que un médico te lo recete?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días..... 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he usado tranquilizantes 5
16d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) tranquilizante(s) que has tomado, sin que un médico te lo recete. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ _____ Nunca he usado tranquilizantes 00
16e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado tranquilizantes , sin que un médico te lo recete?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he usado tranquilizantes 6
16f. ¿Hace cuánto tiempo usaste tranquilizantes por primera vez sin que un médico te los recetara?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he usado tranquilizantes 5
16g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste tranquilizantes por primera vez sin que un médico te los recetara?	Nunca he usado tranquilizantes..... 00 Años.....
17a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado marihuana, hashish ?	Sí..... 1 No 2

17b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido mariguana ?	Sí 1 No 2 Nunca he consumido mariguana..... 3
17c. En el último mes, ¿has consumido mariguana ?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he consumido mariguana..... 5
17d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) producto(s) que has usado. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca he consumido mariguana 00
17e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado mariguana ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido mariguana..... 6
17f. ¿Hace cuánto tiempo usaste mariguana por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he consumido mariguana 5
17g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste mariguana por primera vez?	Nunca he usado mariguana 00 Años
18a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado Cocaína ?	Sí 1 No 2
18b. En los últimos 12 meses, ¿has usado cocaína ?	Sí 1 No 2 Nunca he consumido cocaína 3
18c. En el último mes, ¿has usado cocaína ?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he consumido cocaína..... 5
18d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) producto(s) que has tomado. <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca he consumido cocaína 00
18e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado cocaína ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido cocaína 6
18f. ¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he consumido cocaína 5
18g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste cocaína por primera vez?	Nunca he usado cocaína 00 Años
18h. ¿En que País o Estado usaste cocaína por primera vez? <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	Nunca he consumido cocaína 00 País o Estado
18i. ¿Cómo has usado cocaína ?	Fumada 1 Inyectada 2 Inhalada 3 Tomada o tragada 4 Nunca he consumido cocaína 5

19a. ¿Has usado alguna vez en tu vida cocaína “crack” ?	Sí 1 No 2
19b. ¿Hace cuánto tiempo usaste cocaína “crack” por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he consumido cocaína “crack” 5
20a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado alucinógenos como hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc.?	Sí 1 No 2
20b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido alucinógenos ?	Sí 1 No 2 Nunca he consumido alucinógenos 3
20c. En el último mes, ¿has consumido alucinógenos ?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he consumido alucinógenos 5
20d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) alucinógeno(s) que has usado <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca he consumido alucinógenos 00
20e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos ?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he consumido alucinógenos 6
20f. ¿Hace cuánto tiempo usaste alucinógenos por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he consumido alucinógenos 5
20g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste alucinógenos por primera vez?	Nunca he usado alucinógenos 00 Años
21a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc., para elevarte?	Sí 1 No 2
21b. En los últimos 12 meses, ¿has usado inhalables para elevarte?	Sí 1 No 2 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 3
21c. En el último mes, ¿has usado inhalables para elevarte?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 5
21d. Escribe por favor el (los) nombre(s) de(l) (los) inhalable(s) que has aspirado o inhalado para elevarte <i>Anota tu respuesta en las líneas</i>	_____ Nunca he inhalado sustancias para elevarme 00
21e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces 1 3-5 veces 2 6-10 veces 3 11-49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 6
21f. ¿Hace cuánto tiempo aspiraste o inhalaste sustancias para elevarte por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he inhalado sustancias para elevarme 5

21g. ¿Cuántos años tenías cuando aspiraste o inhalaste por primera vez sustancias para elevarte?	Nunca he aspirado inhalables 00 Años
22a. ¿Has usado alguna vez en tu vida metanfetaminas (como las tachas, éxtasis o ice) ¿	Sí 1 No 2
22b. En los últimos 12 meses, ¿has usado metanfetaminas ?	Sí 1 No 2 Nunca he usado metanfetaminas 3
22c. En el último mes, ¿has usado metanfetaminas ?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he usado metanfetaminas 5
22d. Escribe por favor el (los) nombre(s) del (los) metanfetamina(s) que has tomado <i>Anota tu respuesta en las líneas</i> Nunca he usado metanfetaminas 00
22e. ¿Cuántas veces en tu vida has usado metanfetaminas ?	De 1 a 2 veces 1 De 3 a 5 veces 2 De 6 a 10 veces 3 De 11 a 49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he usado metanfetaminas 6
22f. ¿Hace cuánto tiempo usaste metanfetaminas por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he usado metanfetaminas 5
22g. ¿Cómo la has usado las metanfetaminas ?	Fumada 1 Inyectada 2 Inhalada 3 Tomada o tragada 4 Nunca he usado metanfetaminas 5
22h. ¿Cuántos años tenías cuando usaste metanfetaminas por primera vez?	Nunca he usado metanfetaminas 00 Años
23a. ¿Has usado alguna vez en tu vida heroína (arpón)?	Sí 1 No 2
23b. En los últimos 12 meses, ¿has usado heroína ?	Sí 1 No 2 Nunca he usado heroína 3
23c. En el último mes, ¿has usado heroína ?	No 1 Sí, de 1 a 5 días 2 Sí, de 6 a 19 días 3 Sí, 20 días o más 4 Nunca he usado heroína 5
23d. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido heroína ?	De 1 a 2 veces 1 De 3 a 5 veces 2 De 6 a 10 veces 3 De 11 a 49 veces 4 50 o más veces 5 Nunca he usado heroína 6
23e. ¿Hace cuánto tiempo usaste heroína por primera vez?	Hace menos de un mes 1 De 2 a 6 meses 2 De 7 a 12 meses 3 Hace más de un año 4 Nunca he usado heroína 5

23f. ¿Cómo la has usado?	Fumada.....1 Inyectada.....2 Inhalada.....3 Tomada o tragada.....4 Nunca he usado heroína.....5
23g. ¿Cuántos años tenías cuando usaste heroína por primera vez?	Nunca he usado heroína.....00 Años.....
23h. ¿En qué País o Estado usaste por primera vez heroína?	Nunca he usado heroína.....00 País o Estado.....

24. Ahora indicanos por favor cuáles de las siguientes drogas has consumido alguna vez en la vida y cuáles no. También indica en los recuadros el número de veces que las hayas consumido.

Droga	Sí	No	Cuántas veces
a) Sedantes como ecumil o mandrax	1	2	□□
b) Rohypnol	1	2	□□
c) Cristal	1	2	□□
d) Speed ball	1	2	□□
e) Esteroides (para desarrollar los músculos)	1	2	□□
f) Nubain	1	2	□□
g) Otras drogas (¿Cuál?)	1	2	□□

25. ¿Cuál de las siguientes razones consideras que es la más importante para haber probado la marihuana por primera vez? Marca sólo la opción más importante	Nunca he probado marihuana.....1 Quise ver si me gustaba.....2 Mis amigos estaban usándola.....3 Me pareció divertido.....4 Pensé que me tranquilizaría.....5 Para escapar de los problemas de casa.....6 Para escapar de los problemas de la escuela.....7 Me dijeron que podría hacerme sentir bien.....8 Estaba aburrido, no había más que hacer.....9 Otras razones.....10
26. Si nunca has probado marihuana ¿Cuál de las siguientes razones consideras que es la más importante para no haberla probado? Marca sólo la opción más importante	Sí he consumido marihuana.....1 Pensé que podría ser malo para la salud.....2 Pensé que puede crear adicción.....3 Porque su uso es ilegal.....4 Tendría problemas con mis padres.....5 Tendría problemas con mis maestros.....6 Porque no la puedo obtener.....7 No me alcanza para comprarla.....8 Me da miedo lo que pueda pasar.....9 Hay otras cosas que disfruto más.....10 Otras razones.....11
27. Independientemente de que consumas o no consumas drogas, ¿Qué tan fácil o difícil sería para ti conseguir drogas (como marihuana o cocaína) si quisieras? (Marca una sola opción)	Imposible.....1 Muy difícil.....2 Difícil.....3 Fácil.....4 Muy fácil.....5
28. ¿Qué tan frecuentemente en los últimos 12 meses consumiste alguna droga al mismo tiempo en que estabas bebiendo alcohol?	No bebo alcohol ni consumo drogas.....1 Sí bebo alcohol, pero no uso drogas.....2 No bebo alcohol, pero si uso drogas.....3 Nunca en los últimos 12 meses.....4 De 1-2 veces.....5 De 3-4 veces.....6 5 o más veces.....7
29. ¿Qué persona te proporcionó drogas por primera vez?	Nunca he usado drogas.....1 Un familiar.....2 Un amigo o conocido.....3 Un vendedor de drogas.....4 Un compañero de la escuela.....5 Otro.....6

30. ¿Principalmente con quién consigues las drogas que consumes?	Nunca he usado drogas	1
	Un familiar	2
	Un amigo o conocido	3
	Un vendedor de drogas	4
	Un compañero de la escuela	5
	Otro	6

31. Escoge la respuesta que más se parece a tu situación	Sí	No	No uso drogas
a) ¿Has sido arrestado(a) o amenazado(a) por la policía, debido al uso de alguna droga que no sea alcohol ni tabaco?	1	2	3
b) ¿Has consultado alguna vez al médico o platicado con algún orientador en tu escuela, o estado en un hospital, debido al uso de alguna droga que no sea alcohol ni tabaco?	1	2	3
c) ¿Piensan tus padres que usas drogas (que no sea alcohol ni tabaco), con demasiada frecuencia?	1	2	3
d) ¿Descarías consumir menos droga (que no sea alcohol o tabaco) de la que usas ahora?	1	2	3
e) ¿Alguna vez recibiste tratamiento que te haya sido útil o de ayuda para dejar de consumir drogas (que no sea alcohol o tabaco)?	1	2	3

32. ¿Alguna de estas personas ha usado algún tipo de droga (que no sea alcohol ni tabaco)? (Marca una opción para cada persona)	Sí	No
a) Tu papá	1	2
b) Tu mamá	1	2
c) Alguno de tus hermanos(as)	1	2
d) Tu mejor amigo(a)	1	2

Ahora, quisiéramos hacerte algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas

33. Alguna vez en tu vida has tomado una copa completa de alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, ron, "coolers", brandy, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licores, como "piña colada" o "medias de seda"?	Sí1
	No2

34. ¿De cuál de las siguientes bebidas alcohólicas has tomado una copa completa? (Marca una respuesta para cada inciso)	Sí	No	Nunca he bebido alcohol
a) Vino (blanco, tinto, rosado)	1	2	3
b) Bebidas como "coolers," "viña real", etc.	1	2	3
c) Cerveza	1	2	3
d) Brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.	1	2	3
e) Bebidas preparadas en lata como: "Presidencola", "New Mix"	1	2	3
f) Pulque	1	2	3
g) Alcohol puro o aguardiente	1	2	3

35. ¿Qué edad tenías la primera vez que tomaste una copa completa de alguna de las bebidas anteriores?	Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nunca he tomado alcohol.....1
36. ¿Con qué frecuencia has tomado 5 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	Nunca en el último año.....1 Por lo menos 1 vez en el último año2 Una vez en el último mes3 De dos a tres veces en el último mes4 Una o más veces en la última semana ...5 Nunca he bebido alcohol6
37. ¿Con qué frecuencia te has emborrachado?	Nunca en el último año.....1 Por lo menos 1 vez en el último año2 Una vez en el último mes3 De dos a tres veces en el último mes4 Una o más veces en la última semana ...5 Nunca he bebido alcohol6
38. ¿Con qué frecuencia tomaste en el último año, 1 ó más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión? (cerveza, brandy, ron, vodka, pulque, etc.)	Menos de una vez en el último año1 De 1 a 2 veces en el último año.....2 De 3 a 11 veces en el último año.....3 De 1 a 3 veces en el último mes4 Una o más veces en la última semana ...5 Nunca he bebido alcohol6

39. ¿Con qué frecuencia en el último mes tomaste una copa completa de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, brandy, ron, tequila, vodka o bebidas preparadas con este tipo de licor como "piña colada" o "medias de seda"?	Nunca en el último mes1 Una vez en el último mes2 De dos a tres veces en el último mes3 Una o más veces en la última semana ...4 Nunca he bebido alcohol5
40. ¿Alguno de tus familiares ha tenido problemas debido a que consume bebidas alcohólicas?	Sí1 No2
41. ¿Quién?	Papá1 Mamá2 Hermano(a)3 Otro pariente cercano4 Ninguno de mis familiares5

FORMA C

62. Lee con cuidado cada oración y marca la opción que creas te describe mejor en cada uno de los incisos

EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

	Nunca	Algunas Veces	A menudo
a) He tenido dificultad para prestar atención a los detalles	1	2	3
b) He cometido errores por descuido en mis tareas escolares	1	2	3
c) He tenido dificultad para prestar atención en mis trabajos o cuando juego	1	2	3
d) Parece que no escucho cuando me hablan	1	2	3
e) Me ha costado trabajo seguir instrucciones	1	2	3
f) He tenido dificultad para terminar trabajos o actividades	1	2	3
g) He evitado hacer actividades que me requieran mucho esfuerzo mental	1	2	3
h) Fácilmente he perdido mis cosas	1	2	3
i) Me han distraído fácilmente cosas irrelevantes	1	2	3
j) He sido olvidadizo(a) (he sido descuidado(a) con mis actividades diarias)	1	2	3
k) He sido desorganizado(a) en mis actividades	1	2	3
l) No he podido permanecer quieto(a) en mi asiento	1	2	3
m) Muevo los pies y manos sin poder parar	1	2	3
n) Me he levantado de mi lugar cuando debo permanecer sentado(a)	1	2	3
o) He corrido o trepado por donde no debo	1	2	3
p) Me he sentido muy inquieto(a)	1	2	3
q) Cuando estoy jugando, me aburro rápido y comienzo a hacer otras cosas	1	2	3
r) Me ha costado trabajo permanecer callado(a)	1	2	3
s) Parece que he traído un motor por dentro	1	2	3
t) He hablado mucho	1	2	3
u) He respondido antes de que terminen de hacerme una pregunta.	1	2	3
v) He tenido problemas para esperar mi turno	1	2	3
w) He sido impaciente	1	2	3
x) He interrumpido juegos o conversaciones de otros	1	2	3

63. ¿Qué edad tenías cuando presentaste por primera vez alguna de las conductas anteriores?	Años.....
---	-----------

64. En los últimos seis meses ¿en qué lugares te han pasado las conductas anteriores (Marca una opción para cada inciso)	Sí	No
a) En tu casa	1	2
b) En tu escuela	1	2
c) Con tus amigos(as)	1	2

65. El que en los últimos seis meses hayas presentado cualquiera de las conductas anteriores ¿te ha ocasionado problemas... (Marca una opción para cada inciso)	Sí	No	No las he presentado
a) Con tu familia?	1	2	3
b) Con tus maestros(as)?	1	2	3
c) Con tus amigos(as)?	1	2	3