



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en el HPFBA.

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría

María de Lourdes Alegría Peña.

Dra. Xóchitl Martínez Bustamante

Asesor Teórico

Soc. Juana Freyre Galicia

Asesor Metodológico

Ciudad de México a 29 de mayo de 2017



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

A mi familia por su apoyo y amor incondicional.

A mis Maestros por compartir conmigo conocimiento y enseñanzas invaluableles.

A todas las personas que formaron parte de este proceso y que me han ayudado a llegar a donde estoy ahora.

Resumen

Introducción: El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por síntomas de impulsividad, inatención e hiperactividad que surgen en la infancia y que pueden persistir hasta la etapa adulta. Se ha reportado en múltiples estudios la alta incidencia de síntomas de TDAH en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas, dichos síntomas afectan de forma negativa la evolución y el pronóstico del consumo, relacionándose con menor edad de inicio, consumo más intenso y mayor frecuencia de conductas de riesgo. **Objetivo:** Identificar la presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en tratamiento en el HPFBA. **Material y métodos:** Se realizará la valoración de 50 pacientes que se encuentren en tratamiento en el cuarto piso de hospitalización y en la Clínica de patología dual del HPFBA con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas mediante la aplicación de escalas y la entrevista clínica. **Resultados:** De los 48 pacientes incluidos en el estudio se encontró que 22 presentaron el diagnóstico de TDAH que representan el 45.8% de los casos.

Palabras clave: Inatención, hiperactividad, impulsividad, consumo de sustancias psicoactivas.

Índice

Agradecimientos	II
Resumen	III
Índice de abreviaturas	VI
Listado de cuadros, tablas y anexos.	VII
Introducción	1
Marco teórico: Antecedentes y marco conceptual.	2
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto	2
Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas	8
Relación entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con el trastorno por uso de sustancias (SUD).	10
Justificación	16
Material y métodos	17
Planteamiento del problema	17
Pregunta de investigación.	17
Objetivos	17
<i>Objetivo general</i>	17
<i>Objetivos particulares</i>	18
Hipótesis	18
<i>Hipótesis de investigación</i>	18
<i>Hipótesis nula</i>	18
<i>Variables:</i>	18
Muestra y muestreo	22
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	22
<i>Criterios de inclusión:</i>	22
<i>Criterios de exclusión:</i>	22
<i>Criterios de eliminación:</i>	23
Tipo de estudio	23

<i>Instrumentos de medición.</i>	23
Procedimiento	25
<i>Plan de manejo estadístico</i>	26
Consideraciones éticas	27
Recursos materiales y financiamiento	28
Resultados.	29
Descripción de la muestra	29
Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.	31
<i>Trastorno por consumo de Alcohol</i>	34
<i>Trastorno por consumo de Tabaco</i>	36
<i>Trastorno por consumo de Marihuana</i>	39
<i>Trastorno por consumo de Solventes</i>	42
<i>Trastorno por consumo de alucinógenos</i>	44
<i>Trastorno por consumo de estimulantes: cocaína y anfetaminas.</i>	46
Diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.	50
Asociación entre el Trastorno por déficit de atención y el consumo de sustancias psicoactivas	54
Discusión	58
Conclusiones	60
Referencias.	61
Anexos	63

Abreviatura	Significado
HPFBA	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición.
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.
ENA	Encuesta Nacional de Adicciones
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones.
SUD	Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (Substance-use disorder).
DSM-IV-TR	Diagnostic and statistical manual of mental disorders cuarta edición revisada.
ASRS	Escala de autovaloración del adulto con TDAH (<i>Adult ADHD Self-Report Scale</i>)

Listado de cuadros, tablas y anexos.		
Índice de cuadros		
Cuadro 1	Algoritmo propuesto por McIntosh para valoración inicial del paciente con TDAH.	7
Cuadro 2	Escala de autovaloración del adulto con TDAH (<i>Adult ADHD Self-Report Scale</i>).	14
Índice de tablas		
Tabla 1	Criterios diagnósticos para el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención (TDAH) en el adulto.	5
Tabla 2	Definiciones de acuerdo a la intensidad del consumo de sustancias psicoactivas.	10
Tabla 3	Tabla de variables	20
Tabla 4	Criterios diagnósticos de los Trastornos por sustancias psicotrópicas en el CIE-10.	21
Tabla 5	Sexo de los pacientes incluidos en la muestra	30
Tabla 6	Escolaridad de los pacientes incluidos en la muestra	31
Tabla 7	Ocupación de los pacientes incluidos en la muestra	32
Tabla 8	Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida	32
Tabla 9	Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida por servicio	33
Tabla 10	Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida por sexo	34
Tabla 11	Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida por escolaridad	34
Tabla 12	Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida por ocupación actual	35
Tabla 13	Trastorno por consumo de alcohol por servicio	36
Tabla 14	Trastorno por consumo de alcohol por sexo	36
Tabla 15	Trastorno por consumo de alcohol por escolaridad	37
Tabla 16	Trastorno por consumo de alcohol por ocupación actual	38
Tabla 17	Trastorno por consumo de tabaco por servicio	38
Tabla 18	Trastorno por consumo de tabaco por sexo	39
Tabla 19	Trastorno por consumo de tabaco por escolaridad	40
Tabla 20	Trastorno por consumo de tabaco por ocupación actual	41
Tabla 21	Trastorno por consumo de marihuana por servicio	41

Tabla 22	Trastorno por consumo de marihuana por sexo	42
Tabla 23	Trastorno por consumo de marihuana por escolaridad	42
Tabla 24	Trastorno por consumo de marihuana por ocupación actual	43
Tabla 25	Trastorno por consumo de solventes por servicio	44
Tabla 26	Trastorno por consumo de solventes por sexo	45
Tabla 27	Trastorno por consumo de solventes por escolaridad	45
Tabla 28	Trastorno por consumo de solventes por ocupación actual	46
Tabla 29	Trastorno por consumo de alucinógenos por servicio	47
Tabla 30	Trastorno por consumo de alucinógenos por sexo	47
Tabla 31	Trastorno por consumo de alucinógenos por escolaridad	47
Tabla 32	Trastorno por consumo de alucinógenos por ocupación actual	48
Tabla 33	Trastorno por consumo de estimulantes por servicio	49
Tabla 34	Trastorno por consumo de estimulantes por sexo	50
Tabla 35	Trastorno por consumo de estimulantes por escolaridad	51
Tabla 36	Trastorno por consumo de estimulantes por ocupación actual	52
Tabla 37	Pacientes con TDAH por servicio y sexo	53
Tabla 38	Pacientes con TDAH por escolaridad	54
Tabla 39	Pacientes con TDAH por ocupación actual	54
Tabla 40	Pacientes con TDAH por sustancia de consumo	55
Tabla 41	Correlación TDAH, UPPS	57
Tabla 42	Correlación urgencia negativa, consumo de alcohol	58
Tabla 43	Correlación # sustancias, tabaco, marihuana	59
Tabla 44	Correlación # sustancias, alucinógenos, cocaína	59
Índice de anexos		
Anexo 1	Hoja de registro de datos de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas.	67
Anexo 2	Escala de autovaloración del adulto con TDAH (<i>Adult ADHD Self-Report Scale</i>).	68
Anexo 3	UPPS Impulsive behaviour scale.	69
Anexo 4	Consentimiento informado para el protocolo de estudio.	71
Anexo 5	Oficio de presentación para el jefe de servicio.	73

Introducción

De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* quinta edición, (DSM-V), el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se caracteriza por síntomas de impulsividad, inatención e hiperactividad de inicio en la infancia o en la adolescencia. Sin embargo, se han realizado estudios de cohorte que revelan que del 40 al 60% de los niños que cuentan con dicho diagnóstico persisten con sintomatología hasta la edad adulta¹.

La presentación de este trastorno varía de la infancia a la edad adulta, lo cual ha dificultado la identificación de la sintomatología en adultos no diagnosticados.

Característicamente, los pacientes durante la edad adulta presentan disminución de la hiperactividad, manifestándose solamente como inquietud, mientras que los síntomas de inatención se manifiestan en la realización de actividades diarias, como por ejemplo dificultad para completar tareas¹.

La importancia de la identificación del TDAH en los adultos se basa en las consecuencias clínicas que pueden presentar los pacientes, incluyendo dificultades laborales y financieras, problemas personales, comorbilidades psiquiátricas así como mayor riesgo de abuso de sustancias¹.

La realización de este estudio servirá para identificar la presencia de sintomatología de TDAH en pacientes hospitalizados y en seguimiento en la Clínica de patología dual con el diagnóstico de trastorno secundario al consumo de sustancias psicoactivas mediante la entrevista clínica y la realización de escalas clínicas de valoración. De esta manera, se busca realizar un abordaje integral del trastorno, y no solamente del consumo, con la posibilidad de realizar en un futuro el cribado en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas e iniciar tratamiento para dicha patología, ya que se ha comprobado la mejoría en cuanto a la intensidad del consumo al mejorar los síntomas de TDAH.

Marco teórico: Antecedentes y marco conceptual.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto

En una muestra representativa de adultos de 18 a 44 años de edad en Estados Unidos de América se encontró que el 5.4% de los hombres y 3.2% de las mujeres cumplían con criterios para Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)₁.

En México se ha calculado que el TDAH afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar, existiendo aproximadamente 1,500 000 niños con esta patología. En el año 2007, según el Servicio de Estadística y Epidemiología del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, de los 3813 pacientes que solicitaron atención en admisión y urgencias por primera vez, el 29.87% (1139 pacientes) presentaron el diagnóstico. Entre 2003 y 2007, se diagnosticaron 6016 pacientes con TDAH en el servicio de consulta externa₂. Sin embargo, en nuestro país no se hace seguimiento clínico de dichos pacientes en la edad adulta, al igual que muchos niños cursan con sintomatología sin acudir a valoración médica, por lo que estas cifras probablemente sean menores en relación a la prevalencia real de la enfermedad.

En diversos estudios de imagen realizados en pacientes con dicha patología, se ha identificado disfunción de las vías dopaminérgicas involucradas en la atención, función ejecutiva, motivación y recompensa; también se ha encontrado disfunción en las vías noradrenérgicas, especialmente en aquellas encargadas de inervar la corteza frontal, lo cual se ha estipulado que explica la sintomatología característica del trastorno₁.

La característica esencial del trastorno por déficit de atención es un patrón persistente de inatención e hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo del individuo. Según la historia natural de la enfermedad, en el adulto que presenta esta patología, la sintomatología

se muestra atenuada en relación a los síntomas manifestados durante la infancia, presentando predominio de la inatención en comparación con la hiperactividad característica de la niñez.

La inatención se manifiesta en la conducta como la tendencia a divagar ante la realización de las tareas, además de dificultad para el mantenimiento de la atención y desorganización en las actividades de la vida diaria.

La hiperactividad en adultos se puede manifestar como inquietud extrema, por ejemplo mover las piernas o la incapacidad de permanecer sentado en un solo lugar cuando se le exige. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas sin previsión o que conllevan alto riesgo para generar un daño en el individuo; este tipo de conductas pueden reflejar un deseo inmediato de recompensa o la incapacidad para retrasar la gratificación. En la vida diaria, la impulsividad se puede presentar como intrusión social (interviene en las conversaciones sin esperar su turno) o en la toma de decisiones importantes sin considerar las repercusiones a largo plazo.

Existen otras características clínicas asociadas que pueden incluir: pobre tolerancia a la frustración, irritabilidad o labilidad emocional³.

Acorde al DSM-V, el diagnóstico en adultos se basa en la presencia de al menos cinco de nueve síntomas en cada uno de los dominios: inatención, hiperactividad e impulsividad.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el adulto ¹
TDAH consiste en un patrón de conducta presente en múltiples ámbitos y que provoca dificultades en el desempeño social, académico o laboral. El diagnóstico requiere evidencia de inatención, hiperactividad - impulsividad, o ambos.

Inatención	<p>5 o más de los siguientes síntomas que han persistido por al menos 6 meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo personal y que afecta directamente las actividades sociales y académicas o laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuentemente falla en prestar atención a detalles o comete errores por descuido. - Frecuentemente presenta dificultad en mantener la atención en tareas o actividades recreativas. - Frecuentemente parece no escuchar cuando se le habla directamente. - Frecuentemente no sigue instrucciones y falla en terminar tareas o actividades. - Frecuentemente presenta dificultad para organizar tareas y actividades. - Frecuentemente evita, le desagrada o se muestra renuente a realizar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido. - Frecuentemente pierde cosas necesarias para realizar tareas o actividades. - Frecuentemente se distrae fácilmente por estímulos externos. - Frecuentemente es olvidadizo en actividades de la vida diaria.
Hiperactividad e impulsividad	<p>5 o más de los siguientes síntomas que han persistido por al menos 6 meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo personal y que afecta directamente las actividades sociales y académicas o laborales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuentemente se muestra nervioso, tamborilea con los dedos o se retuerce en la silla.

	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuentemente abandona su asiento en situaciones donde se espera que la persona se mantenga sentada. - Frecuentemente se muestra inquieto. - Frecuentemente es incapaz de realizar actividades recreativas de forma silenciosa. - Frecuentemente se encuentra “en marcha” y actúa como “impulsado por un motor”. - Frecuentemente habla de manera excesiva. - Frecuentemente responde sin completar la pregunta a realizar. - Frecuentemente tiene dificultad para esperar su turno. - Frecuentemente interrumpe o se entromete.
<p>Síntomas que causan disfunción</p>	<p>Muchos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad se presentan desde antes de los 12 años de edad.</p> <p>Los criterios para el trastorno se cumplen en dos o más ámbitos.</p> <p>Existe evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.</p> <p>Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico y no se explican por otra alteración mental.</p>

A partir de la presencia de los síntomas se pueden integrar tres presentaciones de la patología:

- a. Presentación combinada: cumple criterios tanto para inatención como para hiperactividad-impulsividad, que han estado presentes en los últimos 6 meses.

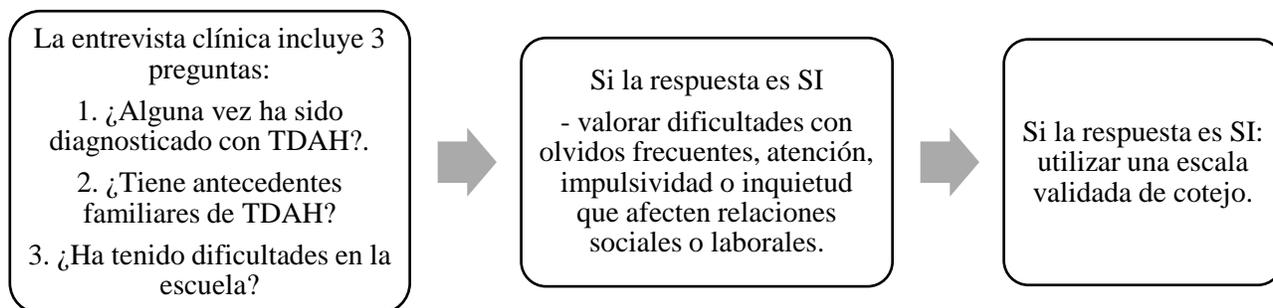
- b. Presentación predominantemente inatento: cumple criterios para inatención pero no cumple para hiperactividad-impulsividad.
- c. Presentación predominantemente hiperactivo-impulsivo: cumple criterios para hiperactividad-impulsividad, pero no para inatención.

Para mejorar la valoración clínica, se han creado múltiples instrumentos de medición que, asociados a los criterios del DSM-V, se pueden utilizar en pacientes adultos en los que se sospechan síntomas de TDAH.

Estas escalas valoran múltiples parámetros, incluyendo la severidad de la sintomatología, alteraciones en la función y en la calidad de vida⁴.

MacIntosh y otros autores recomiendan la realización de un algoritmo en la valoración inicial del paciente con TDAH:

Cuadro 1: Algoritmo propuesto por McIntosh para valoración inicial del paciente con TDAH⁴.



Existen múltiples escalas de valoración de sintomatología, las más frecuentemente utilizadas son⁴:

- *Adult ADHD Self-Report*: consiste en 18 preguntas donde se valora la frecuencia de la sintomatología así como su asociación con la severidad del caso. Las primeras 6 preguntas son la base para la realización de la escala y consisten en la parte A de la misma.

- *Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS)*: consiste en dos formatos, uno con autoevaluación y otro con los valores de un observador. Ayuda a valorar el rango de las conductas problemáticas como: inatención, problemas de la memoria, impulsividad/labilidad emocional, hiperactividad/inquietud y problemas con el autoconcepto.
- *Weiss Functional Impairment Rating Scale*: consiste en 70 preguntas que valoran múltiples dominios como familia, trabajo, escuela, habilidades vitales, autoconcepto, vida social y toma de riesgos.
- *Adult ADHD Quality of Life Scale*: consiste en 29 preguntas que miden la calidad de vida en las últimas dos semanas y para valorar la productividad del sujeto.
- *UPPS Impulsive Behaviour Scale*: valora solamente la impulsividad, puede ser utilizado en diferentes patologías como trastornos de personalidad y TDAH. Valora cuatro dimensiones: urgencia, falta de premeditación, falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones⁴.

Existen múltiples tratamientos para la mejoría sintomática de esta patología, siendo la primera línea el uso de estimulantes (metilfenidato), aunque también se han utilizado medicamentos no estimulantes (atomoxetina, bupropion e ISRS) que han demostrado discreta mejoría en la sintomatología.

El metilfenidato es un agonista indirecto de las catecolaminas y se sintetizó por primera vez en 1944, siendo utilizado como tratamiento hasta 1954. Se han realizado estudios aleatorizados en la última década y se ha demostrado los efectos terapéuticos y la adecuada tolerabilidad de este fármaco; además, no solamente mejora los síntomas cardinales de este padecimiento, siendo inatención, hiperactividad e impulsividad, sino que también podría disminuir los síntomas de disregulación emocional y desorganización en los pacientes adultos⁵.

La importancia del diagnóstico y tratamiento del TDAH en el adulto consiste en proporcionar mejoría sintomática al paciente y en la expectativa de mejoría en la funcionalidad en la vida diaria, tanto laboral como social, de la persona. Además, un adecuado tratamiento disminuye la presencia de comorbilidades psiquiátricas como los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y consumo de múltiples sustancias.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública a nivel mundial. Las adicciones se pueden encontrar en todos los grupos etarios, todas las razas y estratos socioeconómicos, sin embargo, a pesar de presentar una prevalencia muy alta, este trastorno generalmente no es detectado en las consultas médicas⁴.

Según un estudio realizado en Estados Unidos de América, se encontró que el 8% de los adultos en dicho país han presentado este trastorno en los últimos doce meses⁴.

Acorde con el programa sectorial de salud (2007-2012), para el 2011 en México se han invertido más de 6 mil 600 millones de pesos en la prevención y tratamiento de la adicciones, con lo que se ha construido 335 centros de atención primaria operando en la República, constituyendo el primer eslabón de tratamiento en el país para esta patología⁷.

En relación a lo planteado en la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 2011 por la Comisión Nacional de Adicciones (CONADIC), se comenta que en la población total de los 12 a 65 años de edad se encuentra una prevalencia de consumo de sustancias del 1.8%. Reportan, además, a la marihuana como la principal droga ilegal que se consume con una prevalencia del 1.2%, seguida por la cocaína con un 0.5%, describiendo también otras sustancias con porcentajes menores a los previamente mencionados⁷.

Se han realizado también encuestas de la CONADIC en Centros de Integración Juvenil (CIJ) donde reportan que las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron alcohol (19.9%), marihuana (15.6%), inhalantes (14.1%) y cocaína (12.5%), presentando variación en los porcentajes y en las sustancias presentadas de manera global⁷.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los trastornos mentales y del comportamiento relacionados al consumo de sustancias psicoactivas ocupan el octavo lugar del total de egresos hospitalarios, siendo el principal diagnóstico el de trastorno psicótico y siendo marcadamente mayor el número de varones, en comparación con las mujeres.

Con la finalidad de facilitar y homogeneizar el estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas, se han realizado diferentes clasificaciones en relación al patrón de consumo de la sustancia y sus consecuencias en la vida del paciente⁸.

Tabla 2: Definiciones en relación a la intensidad del consumo de sustancias según la Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición ¹⁷ .	
Cuadro	Definición
Intoxicación aguda	Estado transitorio consecutivo a la ingestión de una sustancia que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.
Consumo perjudicial	Forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental.
Síndrome de dependencia	Conjunto de manifestaciones en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad para el individuo. Las

	manifestaciones más importantes son el deseo intenso de consumir la sustancia, la presencia de tolerancia y de abstinencia.
Síndrome de abstinencia	Conjuntos de síntomas que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de la sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.
Trastorno psicótico	Trastorno que normalmente se presenta acompañado a una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones, trastornos psicomotores y estados emocionales anormales.

Relación entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con el trastorno por uso de sustancias (SUD).

Se han realizado múltiples estudios clínicos con muestras de adultos con TDAH que muestran cifras sorprendentemente altas de trastorno por uso de sustancias psicoactivas. De hecho, se ha encontrado que la prevalencia de consumo de sustancias en adultos con TDAH es mucho mayor que la vista en los adolescentes con el mismo diagnóstico, probablemente se explica por el pico de inicio de consumo siendo en los primeros años de la tercera década de la vida⁹.

Se ha documentado la presencia de TDAH en el 10 al 54% de las muestras de adultos con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, con una prevalencia general del 21% en pacientes con SUD que buscan tratamiento¹².

En 2011, se realizó un meta-análisis de la asociación prospectiva en niños con TDAH y el abuso de sustancias psicoactivas, según lo analizado se llegó a las siguientes conclusiones al comparar sujetos control sin TDAH y niños con TDAH. Los niños con este diagnóstico son¹¹:

- Dos veces más propensos a tener historial de uso de nicotina a través de su vida.
- Aproximadamente tres veces más propensos a reportar dependencia a nicotina en la adolescencia y vida adulta.
- Casi dos veces más propensos a cumplir criterios diagnósticos de uso o dependencia al alcohol.
- Aproximadamente 1.5 veces más propensos a cumplir criterios de trastorno por consumo de marihuana.
- Dos veces más propensos a desarrollar abuso o dependencia a cocaína.
- Más de 2.5 veces de probabilidad de desarrollar trastorno por abuso de sustancias.

Hasta ahora, los mecanismos subyacentes de la asociación entre el TDAH y el SUD no se han comprendido completamente pero se han desarrollado múltiples teorías al respecto.

La impulsividad, siendo una característica clave para el diagnóstico de TDAH, se ha asociado con un riesgo incrementado en el uso de sustancias psicoactivas, encontrando niveles elevados de impulsividad en pacientes con dicho diagnóstico ^{11,12}. También es posible que la impulsividad y el pobre juicio asociado al TDAH contribuyan al desarrollo del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas¹¹.

Adicional a la dificultad en la función ejecutiva y el pobre juicio, los individuos con TDAH pueden presentar mayor vulnerabilidad a desarrollar adicciones en comparación a sus iguales sin el trastorno¹¹.

El modelo de transmisión de dopamina compara a los individuos con el diagnóstico de TDAH (casos) con sujetos control sin la patología, en los casos se encuentra mayor densidad de transportador de dopamina, resultando en eliminación rápida y niveles bajos de la dopamina sináptica. Las drogas de abuso, incluyendo cocaína, anfetaminas, metanfetaminas, éxtasis, nicotina, alcohol, opiáceos y marihuana, todas incrementan la concentración sináptica de dopamina, sobretodo en el centro de recompensa (núcleo accumbens). Según esta teoría, algunos individuos con TDAH pueden consumir sustancias para incrementar las concentraciones de dopamina sinápticas como una forma de “automedicación”¹¹.

También existen teorías sobre el uso de sustancias como “escape” para la ansiedad generada por la disfunción que presenta el paciente con TDAH en múltiples esferas de su vida, sobretodo escolar/laboral, los cuales incrementan la posibilidad del consumo para mejorar su estado anímico. Otra teoría propone la existencia de un factor genético común como etiología subyacente tanto en déficit de atención como en el riesgo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo todavía no se logra dilucidar totalmente¹¹.

El diagnóstico de TDAH en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas es difícil ya que es necesaria la realización de diagnóstico retrospectivo además de la importancia de realizar diagnóstico diferencial ya que muchos síntomas son compartidos por otras enfermedades. En 2005 la Organización Mundial de la Salud creó la *Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1)* como un cuestionario autoaplicable de tamizaje basado en el DSM-IV-TR para el reporte de sintomatología asociada con el TDAH, encontrándose en la versión americana con sensibilidad del 68.7%, especificidad del 99.5% y precisión total de clasificación del 97.9%, determinando que en dicha

población es una herramienta efectiva para el tamizaje inicial y que sus ítems miden la dimensión de compulsión/impulsividad de inespecífica¹².

Shrout y Newman en 1989 presentaron un algoritmo para la evaluación utilizando un modelo de dos pasos para la identificación de enfermedades en una muestra amplia, incluyen parámetros como sensibilidad y especificidad de la herramienta de valoración y los costos totales de la herramienta de valoración en comparación con la de diagnóstico.

El bajo costo de la aplicación de la ASRS, aproximadamente 5 minutos que tarda el paciente en llenarla y menos de un minuto para que el profesional cuente el resultado, además de la sensibilidad y especificidad de la misma, la hace un excelente elemento para realizar una valoración inicial en búsqueda de sintomatología de TDAH en pacientes con SUD¹⁰. A continuación se muestra un esquema de la escala previamente mencionada:

Cuadro 2: Escala de autovaloración del adulto con TDAH (*Adult ADHD Self-Report Scale*)¹².

<i>Nombre del paciente</i>	Fecha				
	nunca	rara vez	a veces	seguido	muy seguido
<i>Conteste las preguntas presentadas, Evalúe a sí mismo en cada criterio utilizando la escala de la derecha de la página. Al contestar cada pregunta, coloque una X en la celda que describa mejor como se ha sentido y conducido en los últimos 6 meses.</i>					
1. <i>¿qué tan frecuentemente tiene problemas para terminar los detalles de un proyecto, una vez que las partes difíciles se han realizado?</i>					
2. <i>¿qué tan frecuentemente tiene dificultad para ordenar las cosas cuando realiza una tarea que requiere organización?</i>					
3. <i>¿qué tan frecuentemente tiene dificultad para recordar citas u obligaciones?</i>					
4. <i>Cuando tiene que realizar una tarea que requiere análisis ¿Qué tan frecuentemente la evita o se demora en iniciarla?</i>					
5. <i>¿qué tan frecuentemente se encuentra inquieto o juega con sus manos o pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?</i>					

6. ¿qué tan frecuentemente se siente muy activo o con la necesidad de realizar cosas, como si se encontrara impulsado por un motor?					
<i>Parte A</i>					
7. ¿qué tan frecuentemente incurre en errores por descuido cuando se realiza un trabajo tedioso o difícil?					
8. ¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para mantener la atención cuando se realiza trabajos tediosos o repetitivos?					
9. ¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, incluso cuando se dirigen directamente a usted?					
10. ¿qué tan frecuentemente pierde cosas o presenta dificultad para encontrar objetos en casa o en el trabajo?					
11. ¿qué tan frecuentemente se distrae con actividades o ruido que suceden a su alrededor?					
12. ¿qué tan frecuentemente abandona su asiento en una reunión o en situaciones donde se espera que permanezca sentado?					
13. ¿qué tan frecuentemente se siente inquieto o nervioso?					
14. ¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para desprenderse y relajarse cuando tiene tiempo libre?					
15. ¿qué tan frecuentemente se encuentra a sí mismo hablando demasiado cuando se encuentra en situaciones sociales?					
16. Cuando se encuentra en una conversación: ¿qué tan frecuentemente termina las oraciones de la persona que conversa con usted, antes de que pueda terminarla?					
17. ¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para esperar por su turno en situaciones donde se requiere?					
18. ¿qué tan frecuentemente interrumpe a otras personas cuando se encuentran ocupadas?					
<i>Parte B</i>					

La importancia de la identificación y el tratamiento de la sintomatología del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes que cuentan con consumo de sustancias psicoactivas es que se ha observado que la presencia de ambos trastornos resulta en adicción a menor edad, consumo más intenso y a un mayor número de sustancias psicoactivas, mayor número de hospitalizaciones y

mayores cifras de recaídas posterior a un tratamiento exitoso contra adicciones; todo esto condiciona un peor pronóstico global para el paciente ^{13, 14}.

Sin embargo, a pesar de la asociación bien documentada entre el TDAH y el SUD, la carga en salud pública resultante ha recibido muy poca atención¹³ por lo que no se ha hecho un abordaje dirigido para la identificación y tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto en pacientes con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Justificación

El siguiente estudio ayudará a identificar la presencia de síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad para la integración de un diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos hospitalizados y en pacientes en seguimiento en la Clínica de patología dual del HPFBA con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Al identificar la presencia de dichos síntomas en consumidores de sustancias psicoactivas, se podría plantear en un futuro una estrategia para realizar escalas de cribado en dichos pacientes, tanto en hospitalización como en la consulta externa, con la finalidad de realizar intervenciones específicas para el abordaje del TDAH y mejorar el pronóstico global.

Material y métodos

Planteamiento del problema

A través de un estudio de tipo observacional se buscará identificar síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes hospitalizados en el cuarto piso del HPFBA y en tratamiento en la Clínica de Patología Dual con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Para la colección de los datos y valoración se realizará la hoja de registro de datos de pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas (según lo indican las guías clínicas de esta Institución y se coloca hoja de ejemplo en anexos), además se utilizará la *Adult ADHD Self-Report Scale* en español como tamizaje, la *UPSS Impulsive Behaviour Scale* para valorar la impulsividad, en conjunto con la entrevista clínica dirigida, mismas que se realizarán en los pacientes en el cuarto piso de hospitalización continua que cuenten con dicho diagnóstico y en pacientes en seguimiento en la Clínica de Patología dual, previa autorización del paciente.

Pregunta de investigación.

¿Los pacientes en tratamiento en el HPFBA con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas cuentan con sintomatología de inatención, impulsividad e hiperactividad?

Objetivos

Objetivo general

Identificar la presencia de sintomatología de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, caracterizada por inatención, impulsividad e hiperactividad, en pacientes en tratamiento en el cuarto piso de hospitalización y en la Clínica de Patología dual del HPFBA con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos particulares

1. Identificar la presencia de sintomatología de inatención, impulsividad e hiperactividad, mediante la entrevista clínica y la realización de escalas, en pacientes en tratamiento en el cuarto piso de hospitalización y en la Clínica de patología dual del HPFBA con diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.
2. Identificar la presencia de sintomatología de TDAH en el adulto y el consumo de sustancias psicoactivas mediante la entrevista clínica.

Hipótesis

Hipótesis de investigación

La mayoría de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas tendrán antecedente de síntomas de TDAH al presentar inatención, impulsividad e hiperactividad.

Hipótesis nula

La mayoría de los pacientes con trastorno por consumo sustancias psicoactivas no tendrán antecedente de síntomas de TDAH, ya que no presentarán inatención, impulsividad e hiperactividad.

Variables:

Definición de las variables a estudiar (tabla 3):

- a. Sexo: Conjunto de características biológicas que caracterizan a las especies animales en machos y hembras.
- b. Inatención: Alteración en la capacidad de centrar y dirigir el poder mental en una situación u objeto determinado.
- c. Hiperactividad: Alteración conductual que se caracteriza por el incremento en la actividad psicomotriz sin una finalidad específica.

- d. Impulsividad: Predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida y desmedida ante una situación externa.
- e. Diagnóstico de Trastornos por consumo de sustancias: diagnóstico según los criterios establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición para la identificación del consumo de sustancias.

Tabla 3: Tabla de variables.

VARIABLE	TIPO Y VALOR DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICION	VALOR	TIPO DE VARIABLE
<i>Sexo</i>	Cualitativa nominal.	Dicotómica	Hombre Mujer	Independiente
<i>Inatención</i>	Cualitativa nominal.	Dicotómica	Presente Ausente	Independiente
<i>Hiperactividad</i>	Cualitativa nominal.	Dicotómica	Presente Ausente	Independiente
<i>Impulsividad</i>	Cualitativa nominal.	Dicotómica	Presente Ausente	Independiente
<i>Diagnósticos por trastornos por consumo. (ver tabla).</i>	Cualitativa nominal		Intoxicación aguda Consumo perjudicial Dependencia Abstinencia Trastorno psicótico	Dependiente

Tabla 4: Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias en el CIE-10 ¹⁷

Cuadro	Criterios diagnósticos
Intoxicación aguda	Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión o exposición reciente.

	<p>Cambios psicológicos o comportamientos desadaptativos clínicamente significativos debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.</p> <p>Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>
Consumo perjudicial	<p>El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia. Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como ruptura matrimonial.</p>
Síndrome de dependencia	<p>El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia. b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida. c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

	<p>d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas sin tolerancia a la sustancia).</p> <p>e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.</p> <p>f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.</p>
<p>Síndrome de abstinencia</p>	<p>presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.</p> <p>El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>
<p>Trastorno psicótico</p>	<p>Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.</p>

	<p>Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y de la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.</p>
--	---

Muestra y muestreo

Se realizará muestreo no probabilístico intencional al buscar pacientes con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas que estuvieran hospitalizados en el cuarto piso en el HPFBA y que se encuentren en seguimiento en la Clínica de patología dual.

Se escogerá una cuota de 50 pacientes para la realización de dicho estudio, los cuales estarán en tratamiento y seguimiento en nuestra institución.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes internados en el HPFBA con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes en seguimiento en ClinPad con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes con rango de edad entre 18 y 60 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cuenten con diagnóstico asociado al consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes con patología psiquiátrica que justifique la presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad.

- Pacientes menores de 18 años o mayores de 60 años.
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico de Retraso Mental y Demencia.
- Pacientes que por sus características clínicas no puedan responder los instrumentos clinimétricos.
- Pacientes que, sin importar la causa, no puedan responder las escalas clínicas.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que, durante su evolución o durante la entrevista, no integren un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes que no concluyan el protocolo de estudio.

Tipo de estudio

Se tratará de un estudio clínico de tipo observacional descriptivo, prolectivo, transversal.

Estudio donde se realizará una entrevista clínica y se aplicarán escalas clínicas directamente a pacientes con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, se recabarán los datos clínicos obtenidos para la posterior valoración estadística de los mismos. La finalidad del estudio será la de identificar sintomatología de TDAH en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Instrumentos de medición.

Se realizará una hoja de registro de datos de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas según lo indicado en las guías de práctica clínica del hospital⁸ con la finalidad de recabar información sobre los antecedentes del paciente y sobre las características del consumo de sustancias.

Para la valoración objetiva de la sintomatología se utilizarán dos escalas para la valoración del paciente:

1. Escala de autovaloración del adulto con TDAH (*Adult ADHD Self-Report Scale*).

Consiste en una escala autoaplicable realizada por la Organización Mundial de la Salud para la valoración del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la cual se encuentra validada al español^{18,19}. Se le entregará la escala al paciente que consiste en dieciocho preguntas, las cuales el paciente responderá marcando el cuadro que represente la frecuencia que presenta de los síntomas presentados en la tabla de la izquierda. Se calcula una duración de 5 minutos para que el paciente responda.

Puntuación:

- Parte A. si cuatro o más casillas sombreadas aparecen marcadas, entonces el paciente presenta síntomas altamente consistentes con TDAH del adulto y se necesita realizar una valoración más profunda.
- Parte B: los puntos de frecuencia proveen señales adicionales y pueden proporcionar como cauce para la sintomatología del paciente. Se debe de prestar particular atención a las celdas sombreadas, no se cuenta con un puntaje total o certeza diagnóstica en esta parte.

2. *UPPS Impulsive Behaviour Scale*:

Consiste una escala autoaplicable para la valoración de los síntomas de impulsividad y que ha sido validada al español²¹. Se le entregará al paciente la escala donde se presentan 45 ítems que evalúan cuatro diferentes facetas de la impulsividad.

- urgencia: se refiere a la tendencia a actuar de forma temeraria cuando se enfrenta a emociones negativas intensas, consiste en 12 ítems.

- falta de premeditación: se caracteriza por la incapacidad de considerar las consecuencias potenciales de la conducta, consiste en 11 ítems.
- falta de perseverancia: incapacidad para mantenerse en una tarea mientras se experimenta aburrimiento o en dificultad en la realización de la tarea, consiste en 10 ítems.
- búsqueda de sensaciones: se refiere a la necesidad individual de emoción y estimulación, al igual que la apertura a nuevas experiencias, consiste en 12 ítems.

Se puntúa los ítems de la escala del 1 = muy de acuerdo al 4 = muy en desacuerdo. Con puntajes altos se refleja la impulsividad respecto a dicha faceta. Estas cuatro dimensiones se correlacionan y pueden predecir conductas de riesgo y síntomas clínicos que se pueden asociar a TDAH₁₂.

Se realizará la entrevista clínica con el paciente, junto con la realización de las escalas previamente mencionadas, con la intención de indagar sobre la sintomatología de inatención, impulsividad e hiperactividad en la vida del paciente desde la infancia hasta la edad adulta. Además, se valorará la funcionalidad del paciente en las diferentes esferas: social, laboral y escolar.

Después se registrará la información obtenida en una base de datos para realizar el estudio de los resultados.

Procedimiento

Para la obtención de la muestra se seleccionarán de forma aleatoria a pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el cuarto piso de hospitalización continua quienes cuenten con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, así como pacientes en seguimiento en la Clínica de patología dual que cuenten con el mismo diagnóstico. Se les invitará a participar en el protocolo y se les explicará el procedimiento a seguir, posteriormente se les solicitará la autorización para la participación mediante la firma de un consentimiento informado.

Se realizará una entrevista clínica dirigida donde se buscará confirmar el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, además de confirmar el antecedente o presencia de sintomatología de TDAH durante la misma. Se preguntará el patrón de consumo de sustancias para la hoja de registro estipulada en las Guías Institucionales de tratamiento (se anexa hoja de registro). Posteriormente, se utilizarán distintos instrumentos de medición con la finalidad de identificar de manera objetiva la presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en el paciente; dichos instrumentos serán llenados por los pacientes para lo que se otorgará la escala clínica impresa con espacio para el nombre del paciente.

Al terminar la entrevista y las escalas de medición, se definirá el diagnóstico en relación a la clasificación Internacional de Enfermedades décima edición según el patrón de consumo de sustancias psicoactivas que presente cada paciente valorado.

La información se vaciará en una base de datos para establecer la relación de la sintomatología de TDAH con el consumo de sustancias psicoactivas, ya sea si se encuentra presente o ausente dicha sintomatología y el porcentaje de pacientes que lo presentó en el estudio.

Plan de manejo estadístico

Estadística descriptiva: descripción de la muestra de estudio. Se utilizarán frecuencias y porcentajes para las variables encontradas en los datos demográficos de los sujetos de estudio, incluyendo sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Se pretende identificar y cuantificar la presencia de síntomas de TDAH en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas con las características previamente descritas.

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizará el programa SPSS con el que se calculará tanto la estadística descriptiva según los resultados obtenidos como la correlación entre las variables para obtener la tasa de frecuencia de los síntomas en el grupo estudiado.

Consideraciones éticas

Durante el protocolo de estudio se realizarán entrevistas clínicas y escalas de valoración en el piso de hospitalización y en la Clínica de patología dual, previa autorización del paciente el cual firmará un consentimiento informado que contiene información sobre los pasos a realizar en el estudio.

La aplicación de escalas y la realización de las entrevistas se realizarán en el piso de hospitalización continua en los horarios en que el paciente se encuentre en el piso y no se encuentre en otras actividades tanto recreativas como de rehabilitación. Se citará al paciente en seguimiento en la Clínica de patología dual en un horario conveniente que no interfiera en sus actividades diarias para la valoración del mismo.

La información recabada será confidencial, solamente será analizada e interpretada por las personas involucradas en el protocolo y en ningún momento se utilizarán los datos personales del paciente en los resultados presentados con la finalidad de proteger su privacidad.

No se harán intervenciones terapéuticas durante el mismo por lo que no se incurrirá en ningún dilema ético en esta investigación.

Sin embargo, en caso de detectarse alteraciones relativas a TDA y TDAH, se hará de conocimiento del médico tratante a fin de que lo tome en cuenta para establecer un tratamiento integral de la patología dual detectada.

Este estudio es catalogado como de riesgo mínimo según lo establecido en el Reglamento de investigación de la Secretaría de Salud, por lo que se solicitará consentimiento informado al paciente y al familiar del paciente.

La participación en el estudio no representa ni mayores costos para el paciente ni beneficios económicos, sino exclusivamente la oportunidad de detectarse patología asociada a su trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Recursos materiales y financiamiento

Se utilizará papelería solamente para la aplicación de las escalas de medición, así como las cartas de consentimiento informado para cada paciente, por lo que no implicará un costo adicional para la institución.

Resultados.

Se obtuvo una muestra de 50 pacientes que cuentan con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, atendidos en los servicios de CLINPAD y el Cuarto piso de hospitalización continua.

Se realizó una base de datos con los datos demográficos, patrón de consumo de sustancias y los resultados obtenidos en las escalas aplicadas. Se eliminaron dos pacientes de la base de datos ya que, por decisión propia, no completan las escalas. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS para PC.

Descripción de la muestra

Se analizaron los datos de 48 pacientes incluidos en la muestra. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 59, con un rango de 41. El promedio de edad fue de 28.5 años, con una desviación típica de 9.467.

En relación al sexo de los pacientes, se incluyeron 29 hombres, conformando el 60.4% de la muestra y 19 mujeres, que conformaron el 39.6% restante.

Tabla 5: Sexo de pacientes incluidos en la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	19	39,6
Masculino	29	60,4
Total	48	100,0

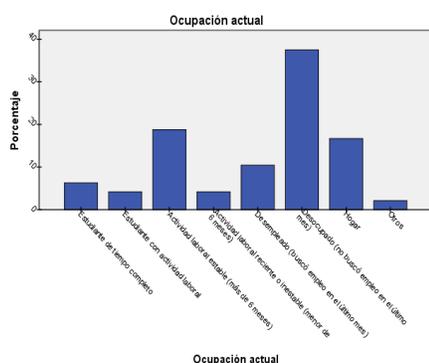
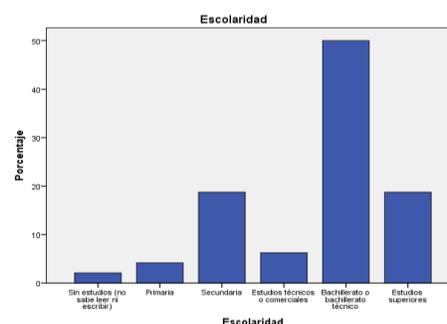


Sobre el nivel de escolaridad, se obtuvo que el Bachillerato – bachillerato técnico es el nivel más común en la muestra, con un total de 24 casos que conforman el 50% de los pacientes, seguido de Secundaria y Estudios Superiores con 9 casos cada uno.

Solamente un paciente refirió no saber leer ni escribir, por lo que se le asistió para resolver las escalas.

Tabla 6: Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios (no sabe leer ni escribir)	1	2,1
Primaria	2	4,2
Secundaria	9	18,8
Estudios técnicos o comerciales	3	6,3
Bachillerato o bachillerato técnico	24	50,0
Estudios superiores	9	18,8
Total	48	100,0



La respuesta más común fue desocupado (no buscó empleo en el último mes) dentro del rubro de ocupación actual, con un total de 18 pacientes que representan el 37.5% del total. La segunda respuesta en frecuencia fue actividad laboral estable (más de 6 meses) con un total de 9 pacientes que conforman el 18.8%. La diferencia de frecuencia entre la primera y la segunda respuesta es

importante, siendo casi el doble el número de pacientes sin ocupación actual, y que no han buscado empleo en el último mes, que los pacientes con actividad laboral estable.

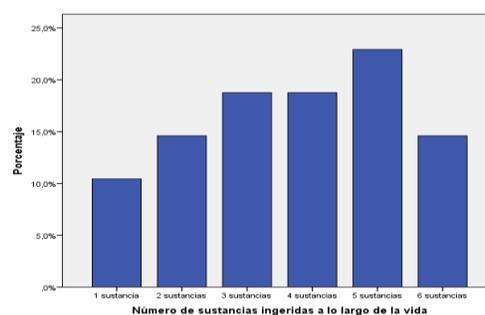
Tabla 7: Ocupación actual	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante de tiempo completo	3	6,3
Estudiante con actividad laboral	2	4,2
Actividad laboral estable (más de 6 meses)	9	18,8
Actividad laboral reciente o inestable (menor de 6 meses)	2	4,2
Desempleado (buscó empleo en el último mes)	5	10,4
Desocupado (no buscó empleo en el último mes)	18	37,5
Hogar	8	16,7
Otros	1	2,1

Del total de pacientes, 24 son atendidos en el servicio de CLINPAD, conformando el 50% de la muestra e incluyeron 21 hombres y 3 mujeres, con un claro predominio del sexo masculino sobre el femenino en los pacientes incluidos de dicho servicio. La segunda mitad de los pacientes se obtuvo del cuarto piso de hospitalización, el grupo fue conformado por 16 mujeres y 8 hombres.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla: 8 Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida

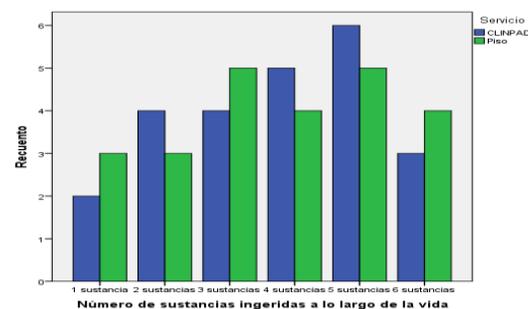
	Frecuencia	Porcentaje
1 sustancia	5	10,4
2 sustancias	7	14,6
3 sustancias	9	18,8
4 sustancias	9	18,8
5 sustancias	11	22,9
6 sustancias	7	14,6



Se analizó el número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida de los pacientes encuestados, siendo el valor mínimo una sustancia y el valor máximo seis sustancias.

La respuesta más común fue la ingesta de cinco sustancias a lo largo de la vida, con un total de once casos y que representan el 22.9% de la muestra. La segunda respuesta en frecuencia fue tres y cuatro sustancias, con nueve casos en cada una. La respuesta menos común fue solamente una sustancia, lo cual puede explicarse por la población seleccionada por los criterios de inclusión, donde es poco común que un paciente que cuenta con trastorno por consumo de una sustancia, no haya consumido otras sustancias a través de la vida.

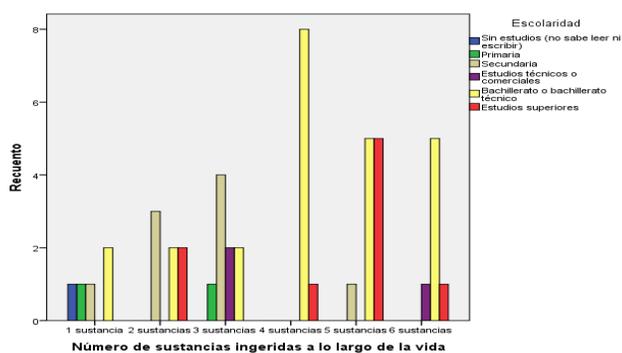
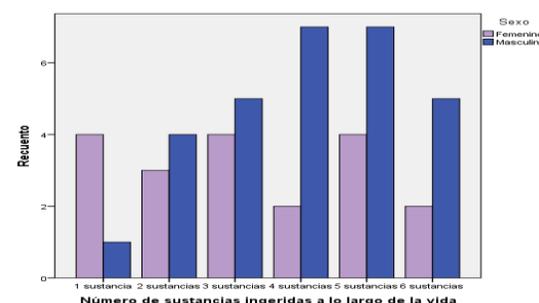
	Tabla 9: Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida					
	1	2	3	4	5	6
CLINPAD	2	4	4	5	6	3
Piso	3	3	5	4	5	4



En el análisis por servicio, en los pacientes de CLINPAD la respuesta más común fue la ingesta de cinco sustancias con un total de seis casos. En el piso de hospitalización, la ingesta de tres y cinco sustancias fueron las respuestas más comunes, con cinco casos cada una.

Al comparar ambos sexos, se encontró que las respuestas que más se presentaron en pacientes masculinos fueron cuatro y cinco sustancias ingeridas a lo largo de la vida, con siete menciones cada una, seguidas por tres y seis sustancias en segundo lugar. En cambio, entre las mujeres se encuentran tres respuestas; una, tres y cinco sustancias, con cuatro casos cada una. Se encontró diferencia en el número de sustancias ingeridas dependiendo del sexo, encontrándose que en los hombres es más frecuente que consuman un mayor número de sustancias a lo largo de la vida, en comparación con las mujeres. Sin embargo, las frecuencias de respuestas fueron más homogéneas en el grupo femenino, sin encontrar una variación grande entre una respuesta y otra en el grupo femenino.

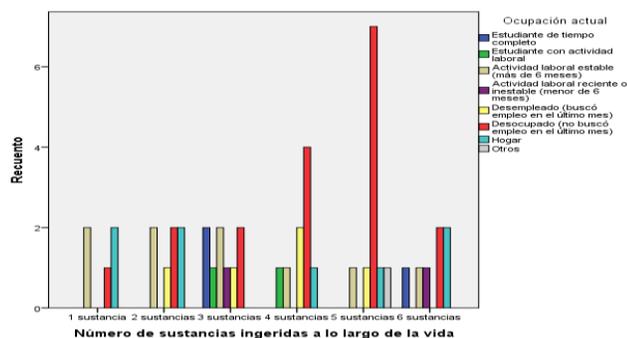
Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida	Sexo		
	Femenino	Masculino	Total
1 sustancia	4	1	5
2 sustancias	3	4	7
3 sustancias	4	5	9
4 sustancias	2	7	9
5 sustancias	4	7	11
6 sustancias	2	5	7



En relación entre el número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida con el nivel de escolaridad, se encontró que los pacientes con un mayor número de sustancias cuentan con nivel bachillerato, con un total de 5 casos. El mayor número de pacientes dentro de este grupo han consumido cuatro sustancias, con un

total de 8 casos. De los nueve pacientes con estudios superiores, la gran mayoría han consumido cinco sustancias a lo largo de su vida, representando el 55% de los pacientes dentro de dicha escolaridad.

	Tabla 11: Escolaridad					
	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Estudios técnicos	Bachillerato	Superiores
1 sustancia	1	1	1	0	2	0
2 sustancias	0	0	3	0	2	2
3 sustancias	0	1	4	2	2	0
4 sustancias	0	0	0	0	8	1
5 sustancias	0	0	1	0	5	5
6 sustancias	0	0	0	1	5	1



Al comparar el número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida se encontró que, de los 7 pacientes dentro del grupo de seis sustancias, uno es un estudiante de tiempo completo, uno cuenta con actividad laboral estable y uno con actividad reciente, dos se encuentran desocupados y dos se

dedican al hogar. Sin embargo, debido a las características de la población encuestada donde el mayor número de pacientes están desocupados, es esperable que exista un mayor número de respuestas para todos los grupos dentro de esta ocupación.

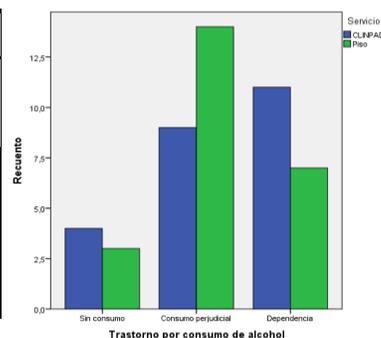
	Tabla 12: Ocupación actual							
	Estudiante de tiempo completo	Estudiante con actividad laboral	Actividad laboral estable	Actividad laboral reciente	Desempleado	Desocupado	Hogar	Otros
1 sustancia	0	0	2	0	0	1	2	0
2 sustancias	0	0	2	0	1	2	2	0
3 sustancias	2	1	2	1	1	2	0	0
4 sustancias	0	1	1	0	2	4	1	0
5 sustancias	0	0	1	0	1	7	1	1
6 sustancias	1	0	1	1	0	2	2	0

Trastorno por consumo de Alcohol

Del total de la muestra, se reportó que 41 pacientes presentan un trastorno asociado al consumo de alcohol: 23 pacientes presentan criterios para consumo perjudicial, mientras que 18 pacientes cuentan con criterios de dependencia a alcohol.

Tabla 13: Relación de pacientes por servicio de Atención Médica

	Trastorno por consumo de alcohol							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
CLINPAD	4	57,1%	9	39,1%	11	61,1%	24	50,0%
Piso	3	42,9%	14	60,9%	7	38,9%	24	50,0%
Total	7	100,0%	23	100,0%	18	100,0%	48	100,0%

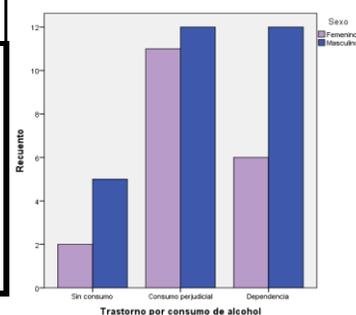


En el análisis por servicio, en CLINPAD se encontró a nueve pacientes con criterios para consumo perjudicial de alcohol y once pacientes con dependencia al mismo. En contraste, se encontraron catorce pacientes en piso con consumo perjudicial y siete pacientes con dependencia a alcohol.

En relación al sexo con el consumo de alcohol, las pacientes con consumo perjudicial son casi el doble de los casos que los de dependencia, con once y seis casos respectivamente. En los hombres, no se encontraron diferencias ya que el número de casos es igual para ambos grupos.

Tabla 14: Relación de pacientes por Sexo

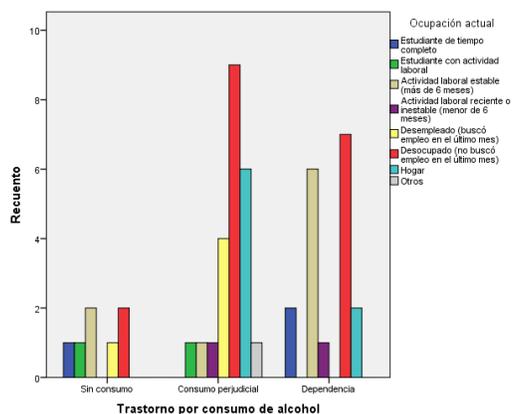
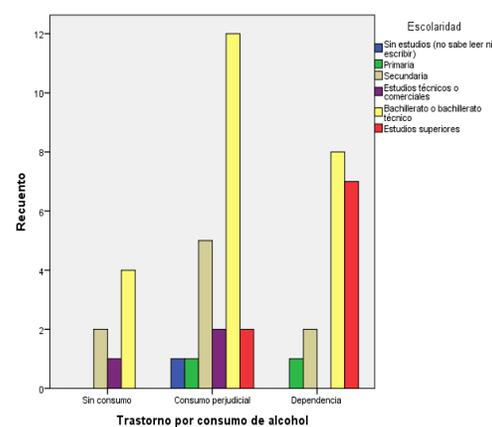
	Trastorno por consumo de alcohol							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Femenino	2	28,6%	11	47,8%	6	33,3%	19	39,6%
Masculino	5	71,4%	12	52,2%	12	66,7%	29	60,4%
Total	7	100,0%	23	100,0%	18	100,0%	48	100,0%



En cuanto al consumo de alcohol de acuerdo al nivel de escolaridad, el mayor número de pacientes con consumo perjudicial cuentan con nivel bachillerato, integrando el 52.2% del total de pacientes con este patrón de consumo de alcohol. Así mismo, el mayor número de pacientes con dependencia a alcohol se encuentran en el grupo de Bachillerato, con el 44.4% de los pacientes con dependencia, seguido por 7 pacientes con estudios superiores que representan el 38.9%. Es esperable que el mayor número de pacientes con trastorno por consumo de alcohol se encuentre en este grupo de escolaridad ya que, de la muestra, el 50% de los casos contaban con dicho nivel de escolaridad.

Tabla 15: Relación de pacientes por Nivel de Escolaridad

	Trastorno por consumo de alcohol							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Sin estudios	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	1	2,1%
Primaria	0	0,0%	1	4,3%	1	5,6%	2	4,2%
Secundaria	2	28,6%	5	21,7%	2	11,1%	9	18,8%
Estudios técnicos	1	14,3%	2	8,7%	0	0,0%	3	6,2%
Bachillerato	4	57,1%	12	52,2%	8	44,4%	24	50,0%
Estudios superiores	0	0,0%	2	8,7%	7	38,9%	9	18,8%



Dentro del consumo perjudicial, la mayor proporción de pacientes encuestados se encuentran desocupados, conformando el 39.1% de los pacientes con consumo perjudicial de alcohol. En segundo lugar, se encontraron seis pacientes que se dedican al hogar, representando el 26.1%. De los pacientes con dependencia a alcohol, lo más común fue la respuesta de desocupado, con siete menciones y el

38.9% de los pacientes con dicho diagnóstico. En segundo lugar, se encontró la actividad laboral estable, con seis pacientes y 33.3% de los casos. El rubro *desocupado* contó con el mayor número de consumidores de alcohol en la muestra. Es importante destacar el resultado sobre los pacientes con actividad laboral estable, ya que un tercio de los pacientes con este trastorno laboran a pesar de que su patrón de consumo ya ha condicionado disfunción global.

Tabla 16: Relación de pacientes por Ocupación Actual

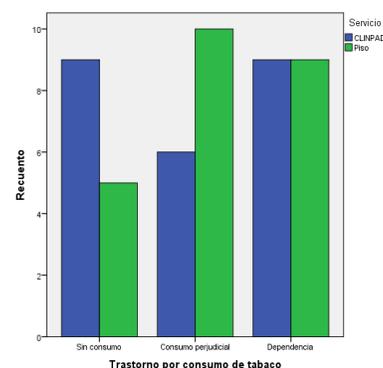
	Trastorno por consumo de alcohol							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Estudiante de tiempo completo	1	14,3%	0	0,0%	2	11,1%	3	6,2%
Estudiante con actividad laboral	1	14,3%	1	4,3%	0	0,0%	2	4,2%
Actividad laboral estable	2	28,6%	1	4,3%	6	33,3%	9	18,8%
Actividad laboral	0	0,0%	1	4,3%	1	5,6%	2	4,2%
Desempleado	1	14,3%	4	17,4%	0	0,0%	5	10,4%
Desocupado	2	28,6%	9	39,1%	7	38,9%	18	37,5%
Hogar	0	0,0%	6	26,1%	2	11,1%	8	16,7%
Otros	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	1	2,1%

Trastorno por consumo de Tabaco

Del total de la muestra, se reportó que 34 pacientes presentan un trastorno por consumo de Tabaco: 16 pacientes con consumo perjudicial de tabaco y 18 pacientes cuentan con criterios para dependencia.

Tabla 17: Relación de pacientes por servicio de Atención Médica

	Trastorno por consumo de tabaco							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
CLINPAD	9	64,3%	6	37,5%	9	50,0%	24	50,0%
Piso	5	35,7%	10	62,5%	9	50,0%	24	50,0%

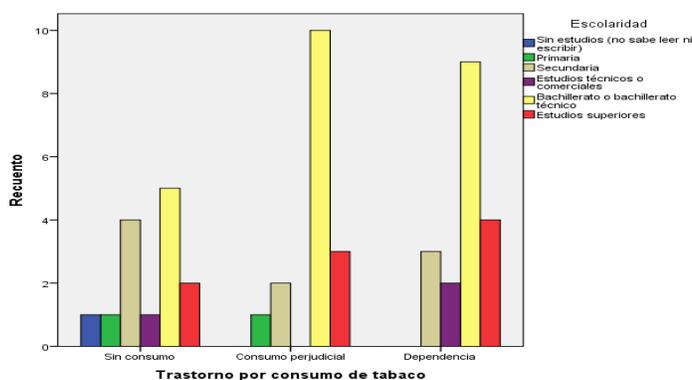
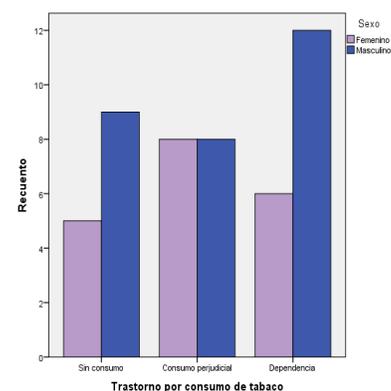


En el consumo de tabaco por servicio, se encontró que en CLINPAD existen seis pacientes con criterios para consumo perjudicial y nueve pacientes con dependencia a tabaco. En cambio, en hospitalización continua el número de casos entre consumo perjudicial y dependencia son similares entre sí, con diez y nueve casos, respectivamente.

En cuanto al sexo de los pacientes que consumen tabaco, el consumo perjudicial de tabaco se distribuye de forma uniforme entre ambos sexos, con ocho pacientes cada uno. En cuanto al diagnóstico de dependencia, el número de hombres es el doble que el de mujeres, con doce y seis casos, respectivamente.

Tabla 18: Relación de pacientes por Sexo

	Trastorno por consumo de tabaco							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Femenino	5	35,7%	8	50,0%	6	33,3%	19	39,6%
Masculino	9	64,3%	8	50,0%	12	66,7%	29	60,4%



En la relación entre el consumo de tabaco y el nivel de escolaridad, se encontró que el 62.5% de los pacientes con consumo perjudicial de tabaco cuentan con nivel bachillerato, siendo 10 de las 16 respuestas. Nueve pacientes con nivel escolar de bachillerato cuentan con

criterios para dependencia a tabaco. 19 de los 34 pacientes con trastorno por consumo de tabaco cuentan con este nivel educativo. Así mismo, el mayor grupo sin consumo fue de bachillerato,

probablemente por el gran número de pacientes dentro de la muestra que cuentan con dichos estudios.

Solamente 14 de los 48 pacientes de la muestra no presentan consumo de tabaco.

Tabla 19: Relación de pacientes por Nivel de Escolaridad

	Trastorno por consumo de tabaco							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Sin estudios	1	7,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%
Primaria	1	7,1%	1	6,2%	0	0,0%	2	4,2%
Secundaria	4	28,6%	2	12,5%	3	16,7%	9	18,8%
Estudios técnicos	1	7,1%	0	0,0%	2	11,1%	3	6,2%
Bachillerato	5	35,7%	10	62,5%	9	50,0%	24	50,0%
Estudios superiores	2	14,3%	3	18,8%	4	22,2%	9	18,8%

Dentro del consumo perjudicial de tabaco, la mayor proporción de pacientes encuestados se encuentra en el grupo de Desocupados con el 37.5% del total de los pacientes con el diagnóstico, en segundo lugar se encuentra el Hogar con el 18.8%. De los pacientes con dependencia, nuevamente se encuentra el grupo Desocupado con un 33.3% de los pacientes con el diagnóstico, en segundo lugar se encuentra la actividad laboral estable con el 22.2%. El mayor número de consumidores de tabaco se encuentra en el grupo desocupado, con un total de 12 pacientes.

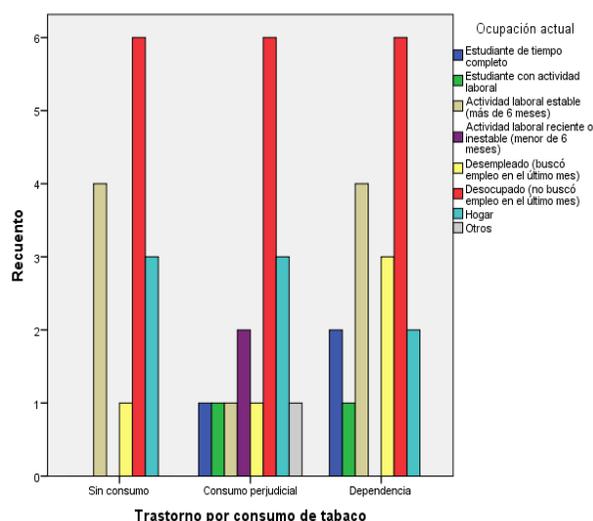
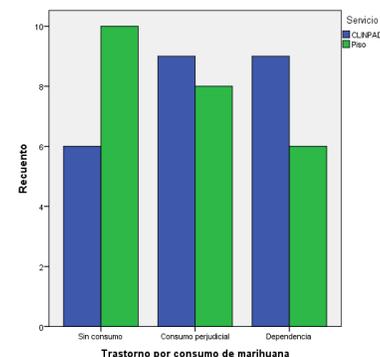


Tabla 20: Relación de pacientes por Ocupación Actual

	Trastorno por consumo de tabaco							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Estudiante de tiempo completo	0	0,0%	1	6,2%	2	11,1%	3	6,2%
Estudiante con actividad laboral	0	0,0%	1	6,2%	1	5,6%	2	4,2%
Actividad laboral estable	4	28,6%	1	6,2%	4	22,2%	9	18,8%
Actividad laboral reciente	0	0,0%	2	12,5%	0	0,0%	2	4,2%
Desempleado	1	7,1%	1	6,2%	3	16,7%	5	10,4%
Desocupado	6	42,9%	6	37,5%	6	33,3%	18	37,5%
Hogar	3	21,4%	3	18,8%	2	11,1%	8	16,7%
Otros	0	0,0%	1	6,2%	0	0,0%	1	2,1%

Trastorno por consumo de Marihuana

Del total de la muestra, se reportó que 32 pacientes presentan un trastorno por consumo de marihuana: 17 pacientes cuentan con criterios para consumo perjudicial y 15 pacientes cuentan con criterios para dependencia a marihuana.

**Tabla 21: Relación de pacientes por servicio de Atención Médica**

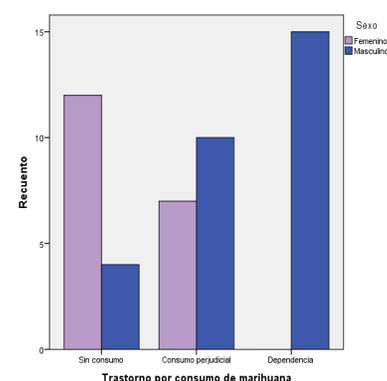
	Trastorno por consumo de marihuana							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
CLINPAD	6	37,5%	9	52,9%	9	60,0%	24	50,0%
Piso	10	62,5%	8	47,1%	6	40,0%	24	50,0%
Total	16	100,0%	17	100,0%	15	100,0%	48	100,0%

En el consumo de marihuana por servicio de atención se encontró que en CLINPAD existe el mismo número de pacientes con consumo perjudicial y dependencia a marihuana, con 9 casos dentro de cada grupo. En el caso de hospitalización continua, se encontró que 8 pacientes refieren consumo perjudicial de marihuana y 6 con criterios de dependencia.

Del total de pacientes, se encontró que solamente siete mujeres consumen marihuana, integrando el diagnóstico de consumo perjudicial, sin encontrar casos de dependencia. Esto en comparación con el sexo masculino donde 10 pacientes presentan consumo perjudicial y 15 presentan dependencia a marihuana.

Tabla 22: Relación de pacientes por Sexo

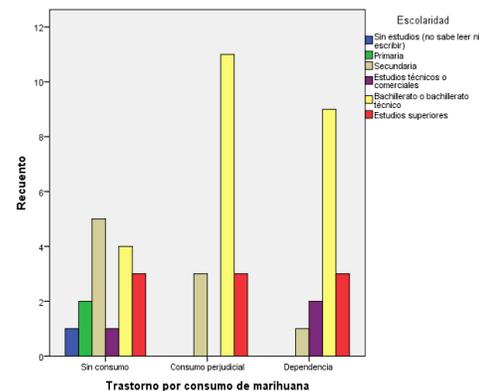
	Trastorno por consumo de marihuana							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Femenino	12	75,0%	7	41,2%	0	0,0%	19	39,6%
Masculino	4	25,0%	10	58,8%	15	100,0%	29	60,4%
Total	16	100,0%	17	100,0%	15	100,0%	48	100,0%

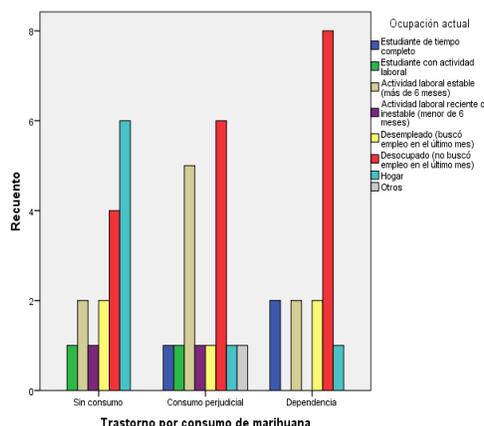


En cuanto a la relación entre el nivel de escolaridad y el consumo de marihuana, se observó que el 64.7% de los pacientes con consumo perjudicial forman parte del grupo con nivel de estudios de bachillerato, seguido por estudios superiores y secundaria con la misma cantidad de casos positivos, tres por grupo. En relación a la dependencia a marihuana, nueve de los pacientes cuentan con nivel de bachillerato, formando el 60% de los casos de dicho diagnóstico; seguido de tres pacientes con nivel de estudios superiores, que integran el 20% de los casos de dependencia a marihuana.

Tabla 23: Relación de pacientes por Nivel de Escolaridad

	Trastorno por consumo de marihuana							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Sin estudios	1	6,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%
Primaria	2	12,5%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,2%
Secundaria	5	31,2%	3	17,6%	1	6,7%	9	18,8%
Estudios técnicos	1	6,2%	0	0,0%	2	13,3%	3	6,2%
Bachillerato	4	25,0%	11	64,7%	9	60,0%	24	50,0%
Estudios superiores	3	18,8%	3	17,6%	3	20,0%	9	18,8%





Dentro del consumo perjudicial de marihuana, la mayor proporción de pacientes encuestados se encuentra en el grupo de Desocupados con el 35.3% de los pacientes con el diagnóstico, sin embargo el segundo lugar de los casos cuenta con una actividad laboral estable, conformando el 29.4% (6 vs 5 casos). De los pacientes con dependencia, el grupo Desocupado es el más común con el 53.3% de los casos de dependencia a marihuana. El mayor número de consumidores de marihuana se encuentra en el mismo grupo, con un total de 14 pacientes, seguido por 7 pacientes con actividad laboral estable. Al igual que en el consumo de alcohol, existen muchos pacientes con actividad laboral estable que cuentan con el diagnóstico de dependencia a esta sustancia, la cual interfiere ya en su vida diaria y provoca disfunción, otorgándole mayor importancia a la atención oportuna del trastorno.

Tabla 24: Relación de pacientes por Ocupación Actual

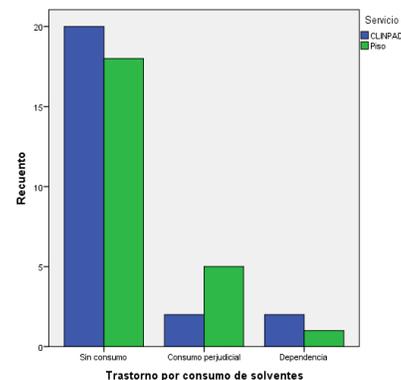
	Trastorno por consumo de marihuana							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Estudiante de tiempo completo	0	0,0%	1	5,9%	2	13,3%	3	6,2%
Estudiante con actividad laboral	1	6,2%	1	5,9%	0	0,0%	2	4,2%
Actividad laboral estable	2	12,5%	5	29,4%	2	13,3%	9	18,8%
Actividad laboral reciente o inestable	1	6,2%	1	5,9%	0	0,0%	2	4,2%
Desempleado	2	12,5%	1	5,9%	2	13,3%	5	10,4%
Desocupado	4	25,0%	6	35,3%	8	53,3%	18	37,5%
Hogar	6	37,5%	1	5,9%	1	6,7%	8	16,7%
Otros	0	0,0%	1	5,9%	0	0,0%	1	2,1%

Trastorno por consumo de Solventes

Del total de la muestra, se reportó que 10 pacientes presentan un trastorno por consumo de solventes: 7 pacientes presentan consumo perjudicial y 3 pacientes cuentan con criterios de dependencia a solventes.

Tabla 25: Relación de pacientes por servicio de Atención Médica

	Trastorno por consumo de solventes							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
CLINPAD	20	52,6%	2	28,6%	2	66,7%	24	50,0%
Piso	18	47,4%	5	71,4%	1	33,3%	24	50,0%
Total	38	100,0%	7	100,0%	3	100,0%	48	100,0%



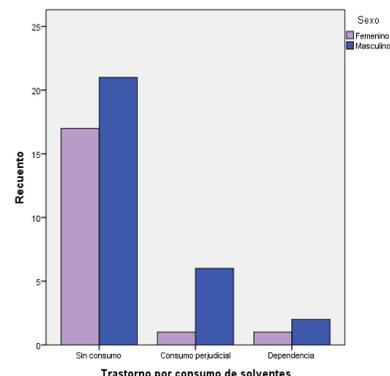
En el consumo de solventes por servicio se encontró que en CLINPAD existe el mismo número de pacientes con consumo perjudicial y con dependencia a solventes, con 2 casos por cada grupo. En hospitalización continua se encontró que existe clara diferencia entre los grupos, contando con 5 pacientes para consumo perjudicial y solamente 1 paciente con dependencia a solventes.

El consumo de solventes es considerablemente menor que el de las sustancias previamente mencionadas, sin embargo un poco menos de un tercio de los pacientes consumidores de solventes cuentan con criterios para dependencia, un porcentaje bastante alto para el número tan pequeño de pacientes que los reportan. En relación al sexo de los pacientes, dos mujeres consumen solventes, una paciente con criterios para consumo perjudicial y la otra paciente con dependencia. En el caso de los hombres, seis pacientes refirieron presentar consumo perjudicial de solventes y dos, dependencia.

En proporción, el consumo perjudicial es más común en los hombres que en las mujeres que respondieron.

Tabla 26: Relación de pacientes por Sexo

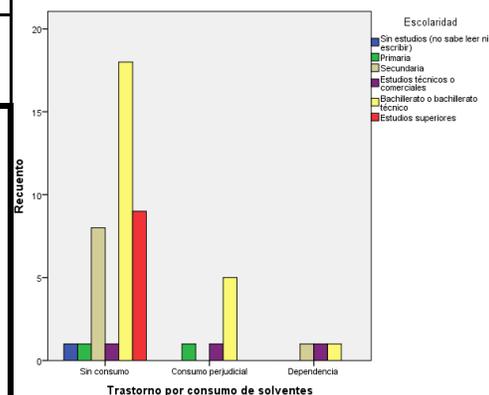
	Trastorno por consumo de solventes							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Femenino	17	44,7%	1	14,3%	1	33,3%	19	39,6%
Masculino	21	55,3%	6	85,7%	2	66,7%	29	60,4%
Total	38	100,0%	7	100,0%	3	100,0%	48	100,0%



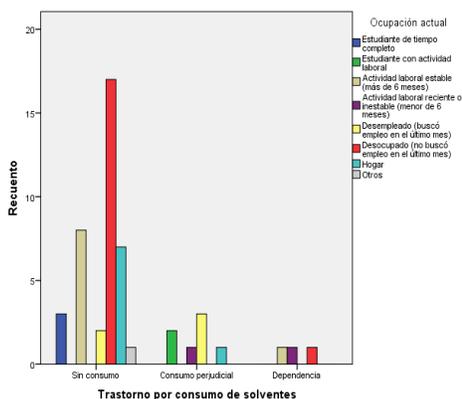
En la relación entre el nivel de escolaridad y el consumo de solventes, se observó que el mayor número de pacientes con consumo perjudicial cuenta con nivel bachillerato de estudios, integrando el 71.4% de los casos del diagnóstico. En cuanto a los pacientes con dependencia, se distribuyen entre los grupos con nivel secundaria, estudios técnicos y bachillerato, con un caso en cada uno.

Tabla 27: Relación de pacientes por Nivel de Escolaridad

	Trastorno por consumo de solventes							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Sin estudios	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%
Primaria	1	2,6%	1	14,3%	0	0,0%	2	4,2%
Secundaria	8	21,1%	0	0,0%	1	33,3%	9	18,8%
Estudios técnicos	1	2,6%	1	14,3%	1	33,3%	3	6,2%
Bachillerato	18	47,4%	5	71,4%	1	33,3%	24	50,0%
Estudios superiores	9	23,7%	0	0,0%	0	0,0%	9	18,8%



En el grupo de pacientes con consumo perjudicial de solventes, el mayor número refiere encontrarse desempleado actualmente, con un 42.9%; seguido de estudiantes con actividad laboral, con un 28.6% del total de este diagnóstico.



De los pacientes con dependencia, se distribuyen los pacientes en actividad laboral estable, actividad laboral inestable y desocupado, con un paciente dentro de cada uno de los rubros. El mayor número de consumidores de solventes en la muestra se encuentran desempleados en este momento.

Tabla 28: Relación de pacientes por Ocupación Actual

	Trastorno por consumo de solventes							
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Dependencia		Total	
Estudiante de tiempo completo	3	7,9%	0	0,0%	0	0,0%	3	6,2%
Estudiante con actividad laboral	0	0,0%	2	28,6%	0	0,0%	2	4,2%
Actividad laboral estable	8	21,1%	0	0,0%	1	33,3%	9	18,8%
Actividad laboral reciente	0	0,0%	1	14,3%	1	33,3%	2	4,2%
Desempleado	2	5,3%	3	42,9%	0	0,0%	5	10,4%
Desocupado	17	44,7%	0	0,0%	1	33,3%	18	37,5%
Hogar	7	18,4%	1	14,3%	0	0,0%	8	16,7%
Otros	1	2,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%

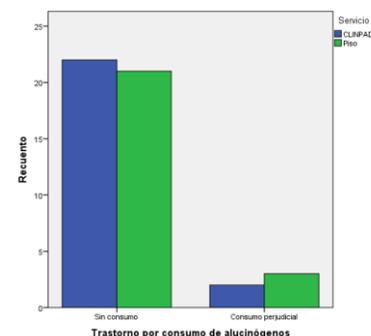
Trastorno por consumo de alucinógenos

Del total de pacientes incluidos en la muestra, se encontró que 5 pacientes presentan consumo de alucinógenos, de los cuales todos cuentan con criterios para consumo perjudicial de dichas sustancias.

No se encontró ningún paciente con diagnóstico de dependencia a alucinógenos.

Tabla 29: Relación de pacientes por servicio de Atención Médica

	Trastorno por consumo de alucinógenos					
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Total	
CLINPAD	22	51,2%	2	40,0%	24	50,0%
Piso	21	48,8%	3	60,0%	24	50,0%
Total	43	100,0%	5	100,0%	48	100,0%



En el consumo de alucinógenos reportado por servicio se encontró que en CLINPAD existen dos pacientes que presentan consumo perjudicial, mientras que en hospitalización continua se encontraron tres pacientes con el mismo diagnóstico. Los 43 pacientes restantes niegan la ingesta de alucinógenos asociada a un trastorno por consumo.

En el caso particular de esta sustancia, solamente pacientes del sexo masculino reportaron ingesta de alucinógenos.

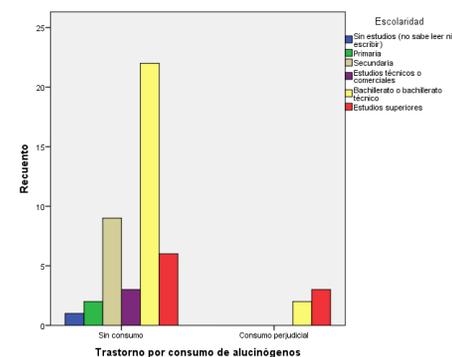
Tabla 30: Relación de pacientes por Sexo

	Trastorno por consumo de alucinógenos					
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Total	
Femenino	19	44,2%	0	0,0%	19	39,6%
Masculino	24	55,8%	5	100,0%	29	60,4%
Total	43	100,0%	5	100,0%	48	100,0%

En la relación entre el nivel de escolaridad y el consumo de alucinógenos, tres de los cinco pacientes cuentan con nivel superior de estudios, mientras que dos de ellos cuentan con nivel bachillerato.

Tabla 31: Relación de pacientes por Nivel de Escolaridad

	Trastorno por consumo de alucinógenos					
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Total	
Bachillerato	22	51,2%	2	40,0%	24	50,0%
Estudios superiores	6	14,0%	3	60,0%	9	18,8%



De los pacientes con consumo perjudicial de alucinógenos, el mayor número refiere actualmente encontrarse desocupado, siendo tres de las cinco respuestas encontradas, seguido de estudiante de tiempo completo y hogar, con una respuesta en cada uno de los rubros. El resto de los pacientes no reportaron consumo de alucinógenos.

Tabla 32: Relación de pacientes por Ocupación Actual

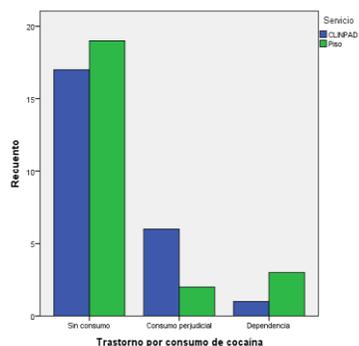
	Trastorno por consumo de alucinógenos					
	Sin consumo		Consumo perjudicial		Total	
Estudiante de tiempo completo	2	4,7%	1	20,0%	3	6,2%
Estudiante con actividad laboral	2	4,7%	0	0,0%	2	4,2%
Actividad laboral estable	9	20,9%	0	0,0%	9	18,8%
Actividad laboral reciente	2	4,7%	0	0,0%	2	4,2%
Desempleado	5	11,6%	0	0,0%	5	10,4%
Desocupado	15	34,9%	3	60,0%	18	37,5%
Hogar	7	16,3%	1	20,0%	8	16,7%
Otros	1	2,3%	0	0,0%	1	2,1%

Trastorno por consumo de estimulantes: cocaína y anfetaminas.

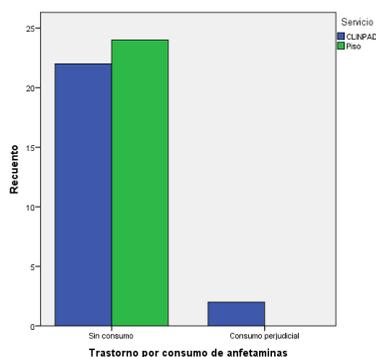
Del total de pacientes de la muestra, se encontró que 14 pacientes presentan trastorno por consumo de estimulantes: doce pacientes por consumo de cocaína y dos por consumo de anfetaminas. De los 12 pacientes que reportaron consumo de cocaína, ocho cuentan con criterios para el diagnóstico de consumo perjudicial, mientras que cuatro cuentan con criterios para dependencia a cocaína. Los dos pacientes con consumo de anfetaminas integran el diagnóstico consumo perjudicial.

Tabla 33: Relación de pacientes por Servicio

		Trastorno por consumo de cocaína		Trastorno por consumo de anfetaminas	
CLINPAD	Consumo perjudicial	6	85,7%	2	100,0%
	Dependencia	1	14,3%	0	0,0%
	Total	7	100,0%	2	100,0%
Piso	Consumo perjudicial	2	40,0%	0	0,0%
	Dependencia	3	60,0%	0	0,0%
	Total	5	100,0%	0	0,0%
Total	Consumo perjudicial	8	66,7%	2	100,0%
	Dependencia	4	33,3%	0	0,0%
	Total	12	100,0%	2	100,0%



En el consumo de estimulantes dividido por servicio de atención se observó que en CLINPAD existen siete pacientes con consumo de cocaína, 6 de los cuales integran el diagnóstico de consumo perjudicial y uno de dependencia. En contraste, en hospitalización continua se observó que dos pacientes presentaron consumo perjudicial y tres, dependencia a cocaína. No se observa diferencia importante entre el número total de pacientes con consumo al comparar los servicios. Sin embargo, al hacer la división por diagnósticos se encuentra un mayor número de pacientes con consumo perjudicial comparada con dependencia en CLINPAD que en el piso de hospitalización continua.



En cuanto al consumo perjudicial de anfetaminas, los dos pacientes reportados se encuentran en seguimiento en CLINPAD, sin encontrar pacientes en el piso con consumo de anfetaminas dentro de la muestra.

Del total de pacientes de la muestra, dos mujeres refirieron la presencia de consumo de cocaína, una de ellas con criterios para consumo perjudicial y la otra paciente para dependencia a esta sustancia. En contraste, se encontró que diez pacientes de sexo masculino presentan trastorno por consumo de cocaína, siete de los mismos con consumo perjudicial y los tres restantes con dependencia a cocaína. En el caso de las anfetaminas, se observó que dos hombres cuentan con consumo perjudicial, sin presentar consumo en el sexo femenino. Se observó predominio del consumo estimulantes por parte del sexo masculino en la muestra seleccionada.

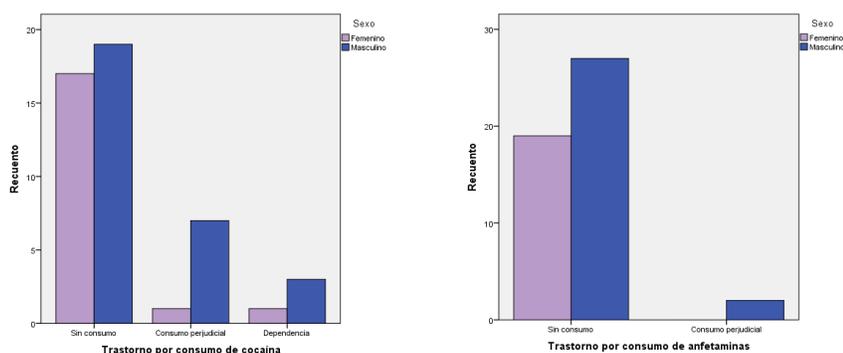


Tabla 34: Relación de pacientes por Sexo

		Trastorno por consumo de cocaína		Trastorno por consumo de anfetaminas	
Femenino	Consumo perjudicial	1	50,0%	0	0,0%
	Dependencia	1	50,0%	0	0,0%
	Total	2	100,0%	0	0,0%
Masculino	Consumo perjudicial	7	70,0%	2	100,0%
	Dependencia	3	30,0%	0	0,0%
	Total	10	100,0%	2	100,0%

En relación al nivel de escolaridad y su asociación con el consumo de estimulantes, todos los pacientes con trastorno por consumo de cocaína se encontraban divididos en dos rubros, siete en el grupo con estudios a nivel bachillerato, mientras que cinco cuentan con nivel superior de estudios. Los dos pacientes con consumo de anfetaminas contaban con estudios de nivel superior. No se encontró consumo de estimulantes en los otros grupos de escolaridad.

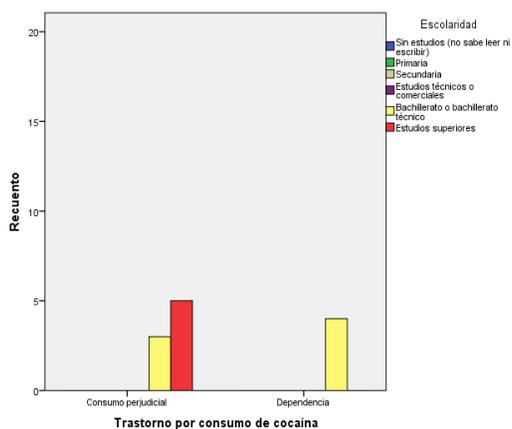


Tabla 35: Relación de pacientes por escolaridad

		Trastorno por consumo de cocaína		Trastorno por consumo de anfetaminas	
Bachillerato o bachillerato técnico	Consumo perjudicial	3	42,9%	0	0,0%
	Dependencia	4	57,1%	0	0,0%
Estudios superiores	Consumo perjudicial	5	100,0%	2	100,0%

En cuanto a la ocupación actual y el consumo de estimulantes, se reportó que el mayor número de consumidores de cocaína se encuentran desocupados en la actualidad, siendo cinco pacientes los que respondieron dicha actividad, seguido en frecuencia de dos pacientes con actividad laboral estable de más de seis meses. En el consumo de anfetaminas, los dos pacientes que reportaron ingesta se encuentran desocupados.

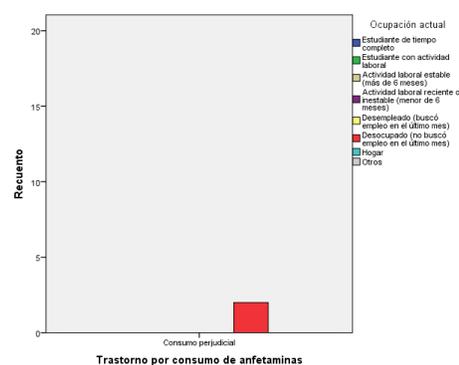
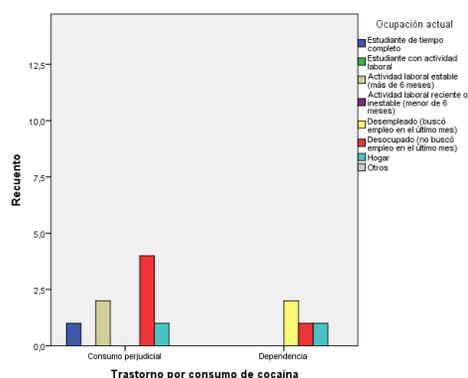


Tabla 36		Trastorno por consumo de cocaína		Trastorno por consumo de anfetaminas	
Estudiante de tiempo completo	Consumo perjudicial	1	100,0%	0	0,0%
	Total	1	100,0%	0	0,0%
Actividad laboral estable	Consumo perjudicial	2	100,0%	0	0,0%
	Total	2	100,0%	0	0,0%
Desempleado	Dependencia	2	100,0%	0	0,0%
	Total	2	100,0%	0	0,0%
Desocupado	Consumo perjudicial	4	80,0%	2	100,0%
	Dependencia	1	20,0%	0	0,0%
	Total	5	100,0%	2	100,0%
Hogar	Consumo perjudicial	1	50,0%	0	0,0%
	Dependencia	1	50,0%	0	0,0%
	Total	2	100,0%	0	0,0%

Diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

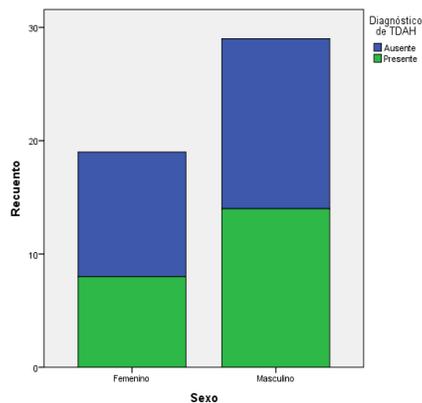
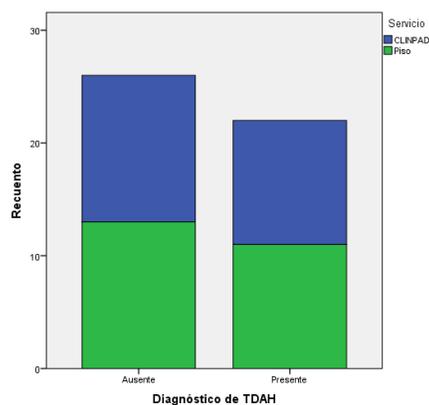
Del total de 48 pacientes que respondieron satisfactoriamente las escalas de estudio, 22 pacientes respondieron de forma afirmativa en al menos cuatro de los primeros seis reactivos de la escala de TDAH del adulto, con lo que se integró el diagnóstico de déficit de atención e hiperactividad en 45.8% del total de la muestra.

Se aplicaron las escalas en los servicios de CLINPAD y el cuarto piso de hospitalización continua y se encontró una distribución similar con once pacientes en cada servicio.

En relación al TDAH y el sexo de los pacientes, se encontró diferencia en la frecuencia del diagnóstico entre los grupos. Ocho mujeres integraron el diagnóstico, contrastando con catorce pacientes del sexo masculino. Sin embargo, en hospitalización continua el número de hombres con el diagnóstico es menor que el número de mujeres en el mismo servicio.

Tabla 37: Pacientes con diagnóstico de TDAH

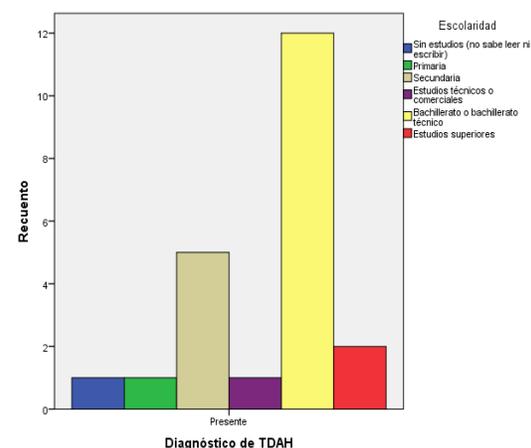
		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		Servicio		Servicio		Servicio	
Diagnóstico de TDAH	CLINPAD	2	25,0%	9	64,3%	11	50,0%
	Piso	6	75,0%	5	35,7%	11	50,0%
	Total	8	100,0%	14	100,0%	22	100,0%



En la relación entre el diagnóstico de TDAH y el nivel de escolaridad, la respuesta más común fue el nivel bachillerato, con 12 pacientes, que representa el 54.5% del total de pacientes con presencia del diagnóstico. En segundo lugar, fue el nivel secundaria, con 5 respuestas positivas que representan el 22.7% del diagnóstico. Dos pacientes con estudios en nivel superior cuentan con criterios para TDAH. El resto de los grupos presentaron solamente un paciente cada uno.

Tala 38: Relación de pacientes por Escolaridad

		Escolaridad	
Diagnóstico de TDAH	Sin estudios (no sabe leer ni escribir)	1	4,5%
	Primaria	1	4,5%
	Secundaria	5	22,7%
	Estudios técnicos o comerciales	1	4,5%
	Bachillerato	12	54,5%
	Estudios superiores	2	9,1%



En este grupo, la ocupación más frecuente reportada fue la actividad laboral estable, con ocho respuestas que representan el 36.4% del total de pacientes con TDAH incluidos en la muestra. En segundo lugar, se encontraron cinco pacientes actualmente desocupados y que representan el 22.7%. Nuevamente mostraron la misma frecuencia de pacientes el grupo de estudiante de tiempo completo y hogar, con tres respuestas cada uno. El resto de los grupos de ocupación contaron con un paciente, representando 4.5% del total cada uno.

Tabla 39: Relación de pacientes por ocupación

		Ocupación actual	
Diagnóstico de TDAH	Estudiante de tiempo completo	3	13,6%
	Actividad laboral estable	8	36,4%
	Actividad laboral reciente o inestable	1	4,5%
	Desempleado	1	4,5%
	Desocupado	5	22,7%
	Hogar	3	13,6%
	Otros	1	4,5%

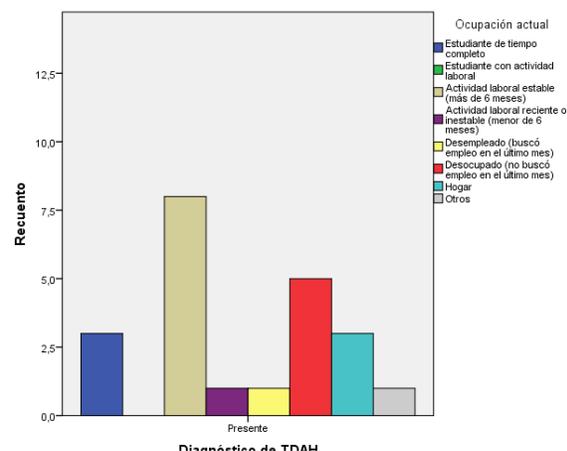
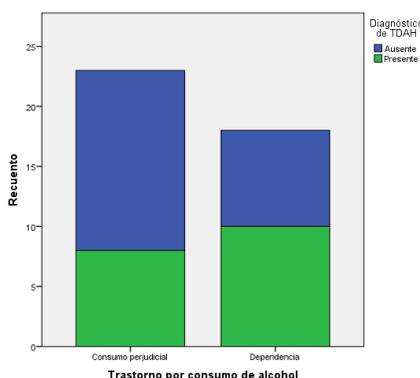


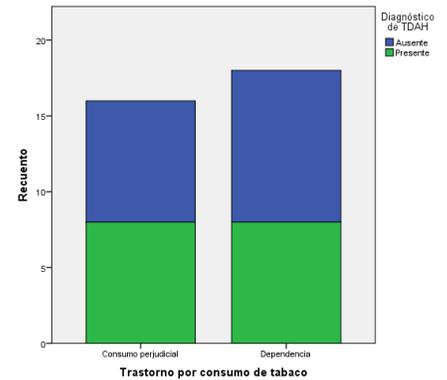
Tabla 40: Relación de pacientes con diagnóstico de TDAH por Sustancia

		Trastorno por consumo de alcohol		Trastorno por consumo de tabaco		Trastorno por consumo de marihuana		Trastorno por consumo de solventes		Trastorno por consumo de alucinógenos		Trastorno por consumo de cocaína	
Diagnóstico de TDAH	Consumo perjudicial	8	44,4%	8	50,0%	9	56,2%	2	100,0%	3	100,0%	4	80,0%
	Dependencia	10	55,6%	8	50,0%	7	43,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	20,0%

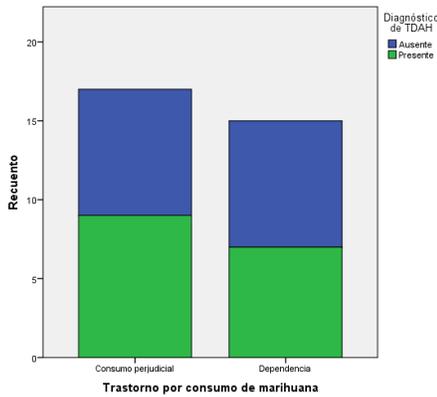
La sustancia con mayor consumo por el grupo de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue el alcohol, con 18 respuestas. Ocho pacientes con TDAH cumplieron criterios para consumo perjudicial de alcohol, mientras que diez cumplieron para dependencia. De los 41 pacientes que integraron el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol en la muestra, que incluye tanto consumo perjudicial como dependencia, el 43% presentó el diagnóstico de TDAH.



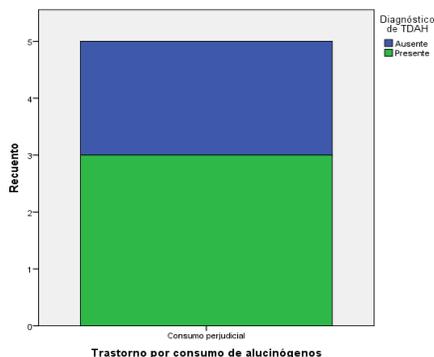
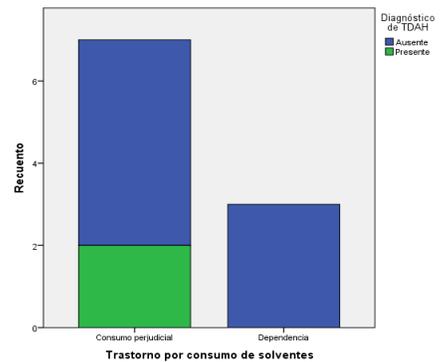
En los pacientes con TDAH se encontró que 16 cuentan con un trastorno relacionado al consumo de tabaco, donde 8 presentan criterios para consumo perjudicial y los ocho restantes cuentan con criterios para dependencia a tabaco. De los 34 pacientes de la muestra que integraron un trastorno por consumo de tabaco, el 47% presentó el diagnóstico de TDAH.



En este grupo, el consumo de marihuana presentó un patrón de frecuencia similar al del tabaco, con 16 pacientes con criterios para trastorno por consumo, de los 9 cuentan con consumo perjudicial y 7 con criterios para dependencia a marihuana. De los 32 pacientes de la muestra que integraron un trastorno por consumo de marihuana, el 50% presentó el diagnóstico de TDAH.



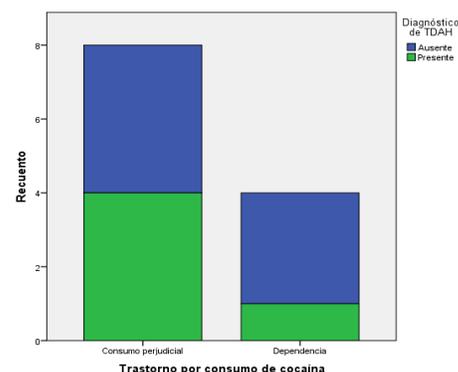
De los pacientes con TDAH, solamente se reportaron dos pacientes con consumo perjudicial de solventes. Sin embargo, de los diez pacientes de la muestra con trastorno por consumo de solventes, el 20% presentó el diagnóstico de TDAH.



En este mismo grupo, se reportó que tres pacientes cuentan con consumo perjudicial de alucinógenos. Pero al realizar el contraste, de los cinco pacientes en la muestra con consumo de alucinógenos, el 60% presentó el diagnóstico de TDAH.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de Déficit de atención e hiperactividad se reportó a cinco pacientes con trastorno por consumo de cocaína: cuatro con consumo perjudicial y un paciente con dependencia.

De los doce pacientes en la muestra que integraron un trastorno por consumo de cocaína, el 41.6% presentó el diagnóstico de TDAH.



Asociación entre el Trastorno por déficit de atención y el consumo de sustancias psicoactivas

Se utilizó el programa de análisis de datos SPSS para buscar la asociación entre los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y los síntomas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Para esto, se utilizó la prueba de correlación de Pearson ya que las características de la muestra permiten el uso de dicha prueba. Se encontraron diversas asociaciones estadísticamente significativas en la muestra.

Tabla 41		Índice de falta de premeditación	Índice de urgencia negativa	Diagnóstico de TDAH
Índice de falta de premeditación	Correlación de Pearson	1	,216	,307*
	Sig. (bilateral)		,139	,034
Índice de urgencia negativa	Correlación de Pearson	,216	1	,343*
	Sig. (bilateral)	,139		,017
Diagnóstico de TDAH	Correlación de Pearson	,307*	,343*	1
	Sig. (bilateral)	,034	,017	

Se encontró un índice de correlación de 0.307 con una significación bilateral de 0.34 entre el índice de falta de premeditación y el diagnóstico de TDAH en la muestra estudiada. Al encontrarse un nivel

crítico menor al nivel de significación establecido, se asume que la correlación es estadísticamente significativa.

En cuanto a la relación entre el índice de urgencia negativa y el TDAH, se observó un índice de correlación de 0.343, con significación bilateral de 0.017 y se asume que existe correlación significativa entre ambas variables.

Dentro de los criterios del TDAH se encuentra la falta de premeditación, confirmando que al menos el 30% de los pacientes de la muestra presentan impulsividad. La urgencia negativa, entendida como la incapacidad para contener emociones negativas, se presentó en el 34% de los pacientes incluidos; en la literatura se ha descrito que la presencia de urgencia negativa incrementa el riesgo de consumo de sustancias y tiende a perpetuar el mismo. Esto explica de forma parcial la presencia de consumo en estos pacientes.

Tabla 42		Trastorno por consumo de alcohol	Índice de urgencia negativa
Trastorno por consumo de alcohol	Correlación de Pearson	1	,321*
	Sig. (bilateral)		,026
Índice de urgencia negativa	Correlación de Pearson	,321*	1
	Sig. (bilateral)	,026	

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la asociación entre el índice de urgencia negativa y el trastorno por consumo de alcohol se encontró un índice de correlación de 0.321, con significación bilateral de 0.26. Ya que el nivel de significación de la correlación es menor al nivel establecido, se asume que existe relación entre el índice de urgencia negativa y el trastorno por consumo de alcohol.

Como ya se mencionó, es esperado que los pacientes con una pobre capacidad para el manejo de las emociones negativas, tengan un consumo de sustancias elevado. En este caso, probablemente el consumo de alcohol sea tan común entre los pacientes debido al fácil acceso que se tiene a esta sustancia y a la frecuencia con la que se encontró el trastorno asociado al consumo de éste.

Tabla 43		Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida	Trastorno por consumo de tabaco	Trastorno por consumo de marihuana
Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	,296* ,041	,526** ,000
Trastorno por consumo de tabaco	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,296* ,041	1	-,029 ,843
Trastorno por consumo de marihuana	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,526** ,000	-,029 ,843	1

Tabla 44		Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida	Trastorno por consumo de alucinógenos	Trastorno por consumo de cocaína
Número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	1	,364* ,011	,370** ,010
Trastorno por consumo de alucinógenos	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,364* ,011	1	,365* ,011
Trastorno por consumo de cocaína	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	,370** ,010	,365* ,011	1

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto al número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida y el trastorno por consumo de tabaco, marihuana, alucinógenos y cocaína se encontraron índices de correlación con significación bilateral menores a la predicha, por lo que se asume que existe asociación entre estos trastornos y el

número de sustancias. Esto es, a mayor número de sustancias ingeridas a lo largo de la vida, más grave es el consumo dentro del trastorno.

En cuanto a la asociación entre la presencia o ausencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, no se encontró una correlación estadísticamente significativa en la muestra seleccionada.

Discusión

El objetivo de este estudio fue la búsqueda intencionada de síntomas de déficit de atención e hiperactividad en una población definida por el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. En la literatura se ha reportado la presencia de alta asociación entre el Trastorno por déficit de atención y el consumo de sustancias psicoactivas, así como el impacto negativo que tiene el TDAH en estos pacientes ya que condiciona consumo a edades más tempranas, mayor intensidad en el consumo así como un mayor número de sustancias, además de un peor pronóstico a largo plazo a pesar del tratamiento para las adicciones ^{13, 14}.

Para el estudio, se seleccionaron pacientes con consumo de sustancias y que se estuvieran en tratamiento en el Cuarto Piso de Hospitalización Continua y en la Clínica de Patología Dual del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Mediante la aplicación de escalas se encontró que el 45.8% de los pacientes incluidos en el estudio contaron con criterios para integrar el diagnóstico de TDAH del adulto, cifra mayor que la prevalencia general reportada en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, la cual es del 21% ¹².

Además, se encontró un índice de correlación significativo entre la urgencia negativa y el consumo de alcohol; esto concuerda con las teorías que explican el uso de sustancias en pacientes con TDAH como una vía para mitigar la ansiedad provocada por la disfunción global, asociada a los síntomas de inatención e impulsividad y una pobre capacidad para tolerar emociones negativas o para mejorar su estado anímico¹¹.

Algo importante para hacer énfasis es el alto porcentaje de pacientes desocupados que integraron la muestra, en total 18 casos que representan el 37.5%, de los cuales solamente en cinco se encontraron síntomas de TDAH, por lo que es importante que en estudios futuros se haga abordaje en los posibles factores causales de la disfunción global de dichos pacientes.

A pesar de que la frecuencia del diagnóstico de TDAH en la muestra fue importante, se considera que la frecuencia real es mayor debido a las limitaciones que presentó el estudio. La primera limitación fue la ausencia de un familiar o acompañante que pudiera cotejar la información brindada por el paciente sobre la sintomatología, con especial énfasis en los síntomas en la infancia y en la funcionalidad actual. Esto es importante ya que los pacientes tienden a subestimar el impacto de los síntomas sobre sus actividades, por lo que podrían existir falsos negativos al momento de contestar el cuestionario.

Otra limitación fue que los pacientes incluidos en la muestra contaban con otros diagnósticos psiquiátricos además del trastorno por consumo de sustancias, por lo que muchos síntomas de TDAH podrían ser interpretados como síntomas cognitivos de la patología de base y, por ende, no sospechar de un problema de atención concomitante.

Por último, debido a que los pacientes que se encuentran en hospitalización continua se encuentran en procesos de agudización sintomática de la patología psiquiátrica, esta situación pudo condicionar dificultad para la adecuada comprensión y respuesta de las preguntas realizadas durante la valoración para este estudio.

Conclusiones

La presencia de síntomas asociados al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas es altamente prevalente. Lamentablemente, es poco común la búsqueda intencionada de dicho diagnóstico cuando se valoran pacientes con consumo de sustancias tanto en segundo como en tercer nivel de atención psiquiátrica.

En este estudio se corroboró la presencia de síntomas de TDAH en una población delimitada intencionalmente al indagar sobre patrones de consumo de sustancias en pacientes en tratamiento en la Clínica de Patología Dual y el Cuarto piso de Hospitalización de nuestro hospital. Se encontró que aproximadamente el 45% de los casos cumplieron criterios para el diagnóstico.

También se pudo observar que las sustancias con mayor frecuencia de consumo en la muestra fueron alcohol, tabaco y marihuana, tanto en pacientes con diagnóstico de TDAH y en pacientes que no cumplían criterios para esta patología.

La literatura de referencia y el porcentaje de casos con diagnóstico positivo encontrados en este estudio reflejan la importancia de realizar el diagnóstico oportuno de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, ya sea mediante la entrevista o por la aplicación de escalas de tamizaje. La importancia no solamente radica en el alto porcentaje de prevalencia, sino en el impacto negativo que tiene sobre la eficacia del tratamiento y el pronóstico del consumo y la funcionalidad global del paciente.

Referencias.

1. Volkow N, Swanson J. Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2013;369.
2. Poza, M.; Valenzuela, M.; Becerra, D. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, Secretaria de Salud. 2014.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association. 2013.
4. Mao A, Findling R. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Postgraduate medicine* 2014;126(5).
5. Retz W, Retz-Junginger P. Prediction of methylphenidate treatment outcome in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014;264(1):S35.
6. Weaver, M.; Jarvis, M. Substance use disorder: Principles for recognition and assessment in general medical care. UpToDate.com
7. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear Sevilla C. Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
8. Reza H, Gonzalez S, Figueroa R, Garduño Y, Martinez X, Mendoza J, et al. Trastornos debido al consumo de sustancias psicoactivas. Guías para la práctica clínica en Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. 1ra ed. Mexico.: Springer Science + Business media Mexico; 2014. p. 135-192.
9. Schubiner H. Substance Abuse in Patients with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Therapeutic Implications. *CNS Drugs* 2005;19(8).
10. Van der Geurt G, Van den Win B, Mararten W, Koeter P, Carpentier, C. Van Emerik, K., Kayee S, et al. Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug and alcohol dependence* 2013;132.

11. Harstad E, Levy S, Committee on substance abuse. Attention-deficit/Hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics* 2014;134(1).
12. Daigre C, Ramos-Quiroga J. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(6).
13. Kaye S, Gilseman J, Tyler J, et al. Risk behaviours among substance use disorder treatment seekers with and without adult ADHD symptoms. *Drug and alcohol dependence* 2014;144.
14. Gudjonsson, G.; Fridrik, J.; Dora, Inga. An epidemiological study of ADHD symptoms among young personas and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2011.
15. Lopez R, Dauvilliers Y, Jaussent I, Billieux J, Bayard S. A multidimensional approach of impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research* 2015;227:290-295.
16. Tecnológico de Monterrey. Ejemplo de consentimiento informado. 2014; Available at: web4.mty.itesm.mx/.../wp.../Ejemplo-de-Consentimiento-Informado.doc, 2015
17. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión. 1992.
18. Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). Traducción al español para México. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256
19. Reyes-Zamorano E, García-Vargas K, Palacios-Cruz L. Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental* 2009;32(1).
20. Reyes-Zamorano E, García-Vargas K, Palacios-Cruz L. Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental* 2009;32(1).
21. Cuevas-Aguirre E, Hernandez-Pozo M. Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Rev mex anal conducta*. 2008. 34(2).

Anexos

Anexo 1: Hoja de registro de datos de pacientes con consumo de sustancias psicoactivas ⁸			
Nombre:			
Fecha:			
No. De expediente:		Edad:	Sexo:
Escolaridad:			
Sin estudios (no sabe leer ni escribir)	<input type="checkbox"/>	Estudios técnicos o comerciales	<input type="checkbox"/>
Sin estudios (sabe leer y escribir)	<input type="checkbox"/>	Bachillerato o bachillerato técnico	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>	Estudios superiores	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Estudios de postgrado	<input type="checkbox"/>
Estudios concluidos	Estudios no concluidos		En curso
Ocupación (empleado/desempleado):			
Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/>	Desempleado (buscó empleo en el último mes)	<input type="checkbox"/>
Estudiante con actividad laboral	<input type="checkbox"/>	Desocupado (no buscó empleo en el último mes)	<input type="checkbox"/>
Actividad laboral estable (más de 6 meses)	<input type="checkbox"/>	Hogar	<input type="checkbox"/>
Actividad laboral reciente o inestable (menos de 6 meses)	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Sustancias utilizadas alguna vez en la vida. Anotar en orden cronológico según inicio.		Sustancias utilizadas en los últimos 12 meses.			
Sustancia	Edad de inicio	Frec.	Forma de administración	abst	Último consumo

Anexo 2: Escala de autovaloración del adulto con TDAH (*Adult ADHD Self-Report Scale*)¹².

Nombre del paciente						
Conteste las preguntas presentadas, Evalúe a sí mismo en cada criterio utilizando la escala de la derecha de la página. Al contestar cada pregunta, coloque una X en la celda que describa mejor como se ha sentido y conducido en los últimos 6 meses.		nunca	rara vez	a veces	seguido	muy seguido
1.	¿qué tan frecuentemente tiene problemas para terminar los detalles de un proyecto, una vez que las partes difíciles se han realizado?					
2.	¿qué tan frecuentemente tiene dificultad para ordenar las cosas cuando realiza una tarea que requiere organización?					
3.	¿qué tan frecuentemente tiene dificultad para recordar citas u obligaciones?					
4.	Cuando tiene que realizar una tarea que requiere análisis ¿Qué tan frecuentemente la evita o se demora en iniciarla?					
5.	¿qué tan frecuentemente se encuentra inquieto o juega con sus manos o pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6.	¿qué tan frecuentemente se siente muy activo o con la necesidad de realizar cosas, como si se encontrara impulsado por un motor?					
Parte A						
7.	¿qué tan frecuentemente incurre en errores por descuido cuando se realiza un trabajo tedioso o difícil?					
8.	¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para mantener la atención cuando se realiza trabajos tediosos o repetitivos?					
9.	¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, incluso cuando se dirigen directamente a usted?					
10.	¿qué tan frecuentemente pierde cosas o presenta dificultad para encontrar objetos en casa o en el trabajo?					
11.	¿qué tan frecuentemente se distrae con actividades o ruido que suceden a su alrededor?					
12.	¿qué tan frecuentemente abandona su asiento en una reunión o en situaciones donde se espera que permanezca sentado?					
13.	¿qué tan frecuentemente se siente inquieto o nervioso?					
14.	¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para desprenderse y relajarse cuando tiene tiempo libre?					
15.	¿qué tan frecuentemente se encuentra a sí mismo hablando demasiado cuando se encuentra en situaciones sociales?					
16.	Cuando se encuentra en una conversación: ¿qué tan frecuentemente termina las oraciones de la persona que conversa con usted, antes de que pueda terminarla?					
17.	¿qué tan frecuentemente presenta dificultad para esperar por su turno en situaciones donde se requiere?					
18.	¿qué tan frecuentemente interrumpe a otras personas cuando se encuentran ocupadas?					

Anexo 3. UPPS *Impulsive behaviour scale*.

UPPS

A continuación se presentan una serie de enunciados que describen las formas en que las personas actúan y piensan. Para cada enunciado, indique que tan de acuerdo o en desacuerdo está con el mismo. Si está totalmente de acuerdo encierre el 1, si está relativamente de acuerdo circule el 2, si está en desacuerdo circule el 3 y si está totalmente en desacuerdo circule el 4. Asegúrese de indicar en cada enunciado a continuación.

	Totalmente De acuerdo	relativo de acuerdo	en desa uerdo	totalmente desacuerdo
1. Tengo una actitud cuidadosa ante la vida.				
2. Tengo problemas para controlar mis impulsos.				
3. Generalmente busco experiencias nuevas y emocionantes.	1	2	3	4
4. Generalmente me gusta ver el final de las cosas.	1	2	3	4
5. Mi pensamiento es generalmente cuidadoso y propositivo.	1	2	3	4
6. Tengo problemas para resistir mis antojos (ej. Chocolate, comida)	1	2	3	4
7. Voy a experimentar todo al menos una vez.	1	2	3	4
8. Tiendo a darme por vencido fácilmente.	1	2	3	4
9. No soy de las personas que dejan las cosas bruscamente.	1	2	3	4
10. Frecuentemente me veo en situaciones de las que me arrepiento después.	1	2	3	4
11. Me gustan los deportes y juegos donde tienes que elegir tu jugada de forma rápida.	1	2	3	4
12. Las tareas incompletas me molestan mucho.	1	2	3	4
13. I Me gusta detenerme y pensar las cosas antes de actuar.	1	2	3	4
14. Cuando me siento mal, frecuentemente hago cosas de las que me arrepiento después para mejorar mi estado actual.	1	2	3	4
15. Disfrutaría el esquí acuático.	1	2	3	4
16. Una vez que inicio una actividad, odio detenerme.	1	2	3	4
17. No me gusta iniciar un proyecto si no sé como lo voy a terminar.	1	2	3	4
18. A veces cuando me siento mal, no puedo detener lo que hago aunque haga que me sienta peor.	1	2	3	4
19. Me gusta tomar riesgos.	1	2	3	4
20. Me concentro fácilmente.	1	2	3	4
21. Disfrutaría hacer paracaidismo.	1	2	3	4
22. Termino lo que empiezo.				
23. Tiendo a valorar y a hacer un abordaje racional a las situaciones.				

	Totalmente De acuerdo	relativo de acuerdo	en desa uerdo	totalmente desacuerdo
24. Cuando estoy disgustado, generalmente actúo sin pensar.	1	2	3	4
25. Me gustan las experiencias nuevas y emocionantes, aunque puedan dar miedo o ser extrañas.	1	2	3	4
26. Soy capaz de tranquilizarme para realizar las cosas a tiempo.	1	2	3	4
27. Usualmente me formo opiniones con pensamiento racional.	1	2	3	4
28. Cuando me siento rechazado, frecuentemente digo cosas de las que después me arrepiento.	1	2	3	4
29. Me gustaría aprender a volar un avión.	1	2	3	4
30. Soy una persona que siempre termina los trabajos.	1	2	3	4
31. Soy una persona precavida.	1	2	3	4
32. Es difícil para mí resistirme a actuar en consecuencia de mis emociones.	1	2	3	4
33. A veces me gusta realizar cosas que dan miedo o temor.	1	2	3	4
34. Casi siempre termino los proyectos que inicio.	1	2	3	4
35. Antes de entrar en una situación nueva, me gusta saber que esperar de ella.	1	2	3	4
36. Frecuentemente empeoro las situaciones ya que actúo sin pensar cuando me enojo.	1	2	3	4
37. Disfrutaría la sensación de bajar esquiando a través de una montaña.	1	2	3	4
38. A veces hay tantas tareas pequeñas por realizar que mejor las ignoro.	1	2	3	4
39. Usualmente pienso cuidadosamente antes de realizar algo.	1	2	3	4
40. Antes de tomar una decisión, tomo en cuenta ventajas y desventajas.	1	2	3	4
41. Durante las peleas, generalmente digo cosas de las que me arrepiento después.	1	2	3	4
42. Me gustaría ir a bucear.	1	2	3	4
43. Siempre mantengo mis sentimientos controlados.	1	2	3	4
44. Disfrutaría manejar de forma veloz.	1	2	3	4
45. A veces hago cosas de forma impulsiv de las que me arrepiento después.	1	2	3	4

Anexo 4. Carta de consentimiento informado para el paciente¹⁶.



Consentimiento informado
Protocolo de tesis de la residencia de Psiquiatría



Presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el HPFBA.

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

A través de este documento queremos hacerle una invitación para participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como objetivo el estudio de sintomatología asociada con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes adultos quienes cuentan con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y que se encuentren en tratamiento en esta institución.

Este consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee. Si tiene preguntas pueda realizarlas al médico quien realizará el estudio quien le ayudará a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión es totalmente voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar o no en el estudio.

Participarán 50 pacientes de esta institución con el mismo diagnóstico previamente mencionado. Se le realizará una entrevista clínica en conjunto con dos escalas que contestará según usted considere pertinente y se llenará una hoja con sus datos básicos y el patrón de consumo de sustancias.

No existen riesgos para la salud ya que no se realizarán modificaciones del esquema terapéutico durante el estudio.

Los registros obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de salud relacionados, permanecerán estrictamente confidenciales en todo momento. Sin embargo, tendrán

que estar disponibles para las autoridades médicas regulatorias y el comité de evaluación de este protocolo.

Al firmar la forma de consentimiento, usted otorga este acceso para el estudio actual y cualquier investigación posterior que pueda llevarse a cabo utilizando esta información. Sin embargo, el investigador del estudio tomará las medidas necesarias para proteger su información personal, y no incluirá su nombre en ningún formato, publicaciones o divulgación futura.

Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio.

ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha de la firma:

Anexo 5. Oficio de presentación para el jefe de servicio.



Oficio de presentación

Protocolo de tesis de la residencia de Psiquiatría



Presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el HPFBA.

Estimada Doctora Xóchitl Martínez Bustamante

Médico jefe de servicio del 4to piso de hospitalización

Por medio de la presente solicito su autorización para la realización de una entrevista clínica, así como la aplicación de diversas escalas clínicas (Adult ADHD Rating Scale, UPPS), en pacientes hospitalizados en el cuarto piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cuenten con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, con la finalidad del estudio de valorar la presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes con consumo de sustancias psicoactivas para mi proyecto de tesis de titulación.

Se le solicitará previa autorización y firma de consentimiento informado a los pacientes dispuestos a participar en el protocolo, así como se utilizarán periodos de tiempo convenientes para los pacientes con la finalidad de no interferir en el proceso terapéutico que se lleva a cabo en dichas instalaciones.

En caso de que en los resultados del proyecto, los pacientes participantes llegaran a presentar sintomatología asociada al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto, se informará tanto al médico tratante como a usted a la brevedad posible.

Sin más por el momento y agradeciendo su atención,

Atentamente,

Dra. María de Lourdes Alegría Peña

Médico residente de 4to año de Psiquiatría



Oficio de presentación

Protocolo de tesis de la residencia de Psiquiatría



Presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en el HPFBA en 2016.

Estimada Doctora Irma Basurto García.

Médico jefe de la Clínica de Patología Dual

Por medio de la presente solicito su autorización para la realización de una entrevista clínica, así como la aplicación de diversas escalas clínicas (Adult ADHD Rating Scale, UPPS), en pacientes en tratamiento en la Clínica de Patología Dual del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cuenten con el diagnóstico de Trastorno secundario al consumo de sustancias psicoactivas, con la finalidad del estudio de la presencia de síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas para mi proyecto de tesis de titulación.

Se le solicitará previa autorización y firma de consentimiento informado a los pacientes dispuestos a participar en el protocolo, así como se utilizarán periodos de tiempo convenientes para los pacientes con la finalidad de no interferir en el proceso terapéutico que se lleva a cabo en dichas instalaciones.

En caso de que en los resultados del proyecto, los pacientes participantes llegaran a presentar sintomatología asociada al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto, se informará tanto al médico tratante como a usted a la brevedad posible.

Sin más por el momento y agradeciendo su atención,

Atentamente,

Dra. María de Lourdes Alegría Peña

Médico residente de 4to año de Psiquiatría