



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Procesos en Psicología
Clínica

FACTORES QUE PREDISPONEN AL CONSUMO DE
SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ADOLESCENTES CON TDAH:
UNA REVISIÓN TEÓRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

María De La Luz Huitrón Rosales

Director: Mtra. Gabriela Méndez Flores



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México a, 8 de diciembre de 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIA DEL MANUSCRITO RECEPCIONAL DE MARÍA DE LA LUZ
HUITRÓN ROSALES

Agradezco a Dios por haberme permitido tener el honor de haber cursado esta carrera en el SUAyED, Iztacala UNAM, por haberme dado la fortaleza que necesitaba en mis momentos más difíciles para concluir satisfactoriamente la licenciatura en Psicología.

A mi hijo Alberto Sarmiento Huitrón, a quien doy homenaje a su memoria, porque fue mi hijo maestro, el cual me motivó para realizar y alcanzar este anhelo y a través de este, ser para los demás, lo cual me dará mucha felicidad.

A mi esposo el Sr. Alberto Sarmiento Santiago y mi padre el Sr. Francisco Huitrón Castrejón quienes me amaron y me apoyaron incondicionalmente durante toda su vida, les dedicó este logro a manera de honrar su memoria.

A mis hijos que adoro y que me apoyaron para lograr este sueño y reto al mismo tiempo, gracias por todo.

Gracias a mi directora la maestra Gabriela Méndez Flores, a quién admiro, por haber guiado y apoyado con profesionalismo para la terminación del presente Manuscrito Recepcional.

Índice

Resumen.....	pág. 3
Introducción.....	pág. 4
Capítulo 1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).....	pág. 6
Hitos sobre la conceptualización del TDAH	
Qué es el TDAH	
Características del TDAH	
Criterios diagnósticos y tipos de presentación del TDAH	
Etiología	
Datos epidemiológicos	
Comorbilidades Asociadas al TDAH	
Capítulo 2. Consumo de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH.....	pág. 24
Qué es una sustancia adictiva	
Consumo y adicción a sustancias en la adolescencia	
Caracterización del adolescente con TDAH y consumo de sustancias adictivas: Una descripción general	
Capítulo 3. Factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH.....	pág. 34
Factores biológico-individuales	
Factores sociales, familiares y medioambientales	
Factores psico-emocionales	
Conclusiones.....	pág. 45
Bibliografía.....	pág. 49

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue describir, a partir de una revisión documental, factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) utilizando una metodología de tipo descriptiva, basada en la búsqueda bibliográfica disponible de forma impresa y en buscadores web y repositorios digitales como ScienceDirect, Dialnet, Elsevier y Scielo; tomando en consideración criterios de inclusión como la actualidad de la fuente (2010 al 2023) y que fuesen especializadas. Con relación al TDAH y el consumo de sustancias, es crucial conocer los factores biológico-individuales, psicoemocionales y socioambientales que predisponen el desarrollo de esta comorbilidad, no sólo para comprenderla un poco mejor, sino también para contribuir en la divulgación del tema. El trabajo es un acercamiento a diferentes factores biológico-individuales, psicoemocionales y socioambientales, que ejercen algún grado de influencia en el adolescente con TDAH para consumir una sustancia adictiva a pesar de las consecuencias negativas que podría traer consigo. Durante el desarrollo del trabajo, se describen algunos hitos sobre la concepción del TDAH, características, criterios diagnósticos y tipos de presentación del TDAH, etiología, algunos datos epidemiológicos y comorbilidades asociadas; así como una descripción de lo que implica el tipo de consumo de sustancias adictivas y, desde luego, de los factores que se indagaron. Se concluye que los factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas son múltiples e interactúan entre sí; pero se destaca que el presentar TDAH es, por sí mismo, un factor predisponente y aunque la interacción entre los factores es compleja, permite entender que el consumo de sustancias en esta población debe prevenirse y atenderse de manera particular.

PALABRAS CLAVE: TDAH, ADOLESCENTES, FACTORES, CONSUMO, SUSTANCIAS, DROGAS, COMORBILIDAD.

Introducción

En el contexto del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) al ser un trastorno altamente comorbido según la evidencia de la literatura investigada con el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) por la elevada prevalencia establecida a nivel mundial; este trabajo plasma los factores que predisponen a los adolescentes con TDAH de manera específica sobre las variables implicadas en esta asociación; para brindar a los padres de familia herramientas de conocimiento significativas para poder desempeñar una mejor actuación sobre el trastorno que inicia en la niñez pero que se manifiesta primordialmente en la adolescencia y prevenir las posibles consecuencias.

En este trabajo abordamos los factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH); haciendo mención que el TDAH es un trastorno del desarrollo neurobiológico de origen multifactorial (López, et al. 2016). El TDAH presenta alta comorbilidad con otros trastornos. González et al. (2010, citado en Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2016), reconocen que más del 85% de los niños y adolescentes con TDAH tienen una asociación comórbida y cerca del 60% dos comorbilidades; por lo tanto, es de suma importancia que al momento de realizar la evaluación diagnóstica se descarte la presencia de otros trastornos, ya que serían entidades diferentes y como tal, deben clasificarse. La comorbilidad del TDAH con trastornos por consumo de sustancias es muy elevada, debido a que en esta etapa, el adolescente se encuentra en procesos de cambios, tanto físicos como psicológicos en un cerebro aún inmaduro, esta situación lo hace susceptible y propenso a desarrollar conductas de riesgo para su desarrollo, entre ellas, el consumo de sustancias adictivas.

Es relevante resaltar que en el entorno del TDAH y las adicciones, es crucial hablar de los factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas en el adolescente con TDAH. Por lo que el objetivo general que guio el presente manuscrito fue describir factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH, a partir de una revisión bibliográfica de material impreso y digital, tomando en consideración criterios de

inclusión como la actualidad (del 2010 al 2023) y grado de especialización de las fuentes; la búsqueda digital se llevó a cabo utilizando buscadores de la web como ScienceDirect, Dialnet, Scielo y Google académico.

A partir de la revisión se construyeron los capítulos del trabajo. En el primero, se describen algunos hitos relacionados con la conceptualización del TDAH, qué es, criterios diagnósticos y tipos de presentación con base en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ª edición (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013); información relacionada con su etiología que tiene que ver con las posibles causas del origen del trastorno, algunos datos epidemiológicos sobre su prevalencia y comorbilidades asociadas al TDAH.

En el capítulo dos se desarrolla la información relacionada con el consumo de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH, una definición de sustancia adictiva y tipos de mayor frecuencia de consumo entre adolescentes, así como las distintas fases que conducen a un Trastorno por consumo de sustancias o adicción.

Finalmente, el tercer capítulo muestra algunos factores de riesgo implicados en la experimentación y consumo habitual de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH. Se destacan factores biológicos-individuales, psicoemocionales y socioambientales. Se concluye reconociendo que los distintos factores juegan un papel crucial y dinámico en la predisposición y consumo de sustancias adictivas en esta población.

Capítulo 1

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Hitos sobre la conceptualización del TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es un trastorno del neurodesarrollo de origen multifactorial que afecta principalmente a niños y puede persistir en la edad adulta (López et al., 2016). Aunque el concepto moderno de TDAH se ha desarrollado en las últimas décadas, los aspectos históricos de este trastorno se remontan siglos atrás.

La primera descripción clínica del TDAH, según la investigación bibliográfica realizada por López et al. (2016), se realizó en 1798 por Sir Alexander Crichton, médico escocés, quien describió las características de lo que hoy conocemos como TDAH de tipo inatento, en su libro: “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental”. Donde denominó “agitación o inquietud mental”, al estado de inquietud e incapacidad para atender con constancia.

Entre las primeras referencias literarias de divulgación que mostraron características de lo que se denomina TDAH se encuentran la obra del alemán Heinrich Hoffmann, médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos, quien a través de: *Der Struwwelpeter* (Pedro melenas), publicada en 1845, dio a conocer a través de una serie de cuentos diferentes problemas y patologías infantiles. Uno de los relatos titulado: *Felipe el nervioso*, mostraba entonces los problemas de atención e hiperactividad del protagonista (García de Vinuesa, 2017).

A comienzos del siglo XX, en 1902, el pediatra británico George Still, publica la primera descripción considerada científica del TDAH, definiéndolo como: un *defecto mórbido de*

control moral en niños y falta de inhibición volitiva, cuya atención se ve condicionada por estímulos que les ofrecen una gratificación inmediata (López et al., 2016).

Still, expuso:

La palabra moral tiene que ver con “el bien de todos” [.]. De modo que los que carecen de control moral se conducen por la vida sin mostrar ninguna consideración por los demás. Estos niños son especialmente coléricos, maliciosos con los demás, crueles con los animales, roban sin necesidad alguna y de forma compulsiva, mienten en igual medida, son destructivos, carecen de vergüenza y son, en algunos casos “viciosos y sexualmente inmorales”. El modo de estos niños es su tendencia a la autosatisfacción, sin considerar el mal que sus actos pueden ocasionar en los demás. (Still, 1902, como se cita en García de Vinuesa, 2017, p. 1009)

Las causas del Defecto Mórbido de Control Moral (DMCM) las atribuía a: una variable física, por ejemplo, un fuerte golpe en la cabeza; y la segunda, a otras enfermedades de naturaleza general (Still, 1902, como se cita en López et al., 2016). Still suponía que se trataba de una enfermedad neurológica de origen posiblemente genético o accidental (Carbajo, 2022).

Los siguientes datos, basados en el trabajo de Penas (2019), dan cuenta de una serie de acontecimientos relevantes ocurridos durante el siglo XX, que resultan fundamentales para el entendimiento de la asunción y definición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tal como se reconoce en la actualidad.

Durante el período de 1901 a 1949, siguiendo la premisa de Still, la hiperactividad, asociada con problemas de conducta y aprendizaje, fue entendida como resultante de un daño cerebral infantil. En esta misma línea, en 1955 Strauss y Kephart acuñaron el término: “daño cerebral mínimo”, el cual incluía y daba cuenta, de lo que hoy denominamos TDAH. No obstante, en el año de 1962, al no contar con suficiente evidencia de que la afección se debía a una lesión del Sistema Nervioso Central, se le incluyó como parte de la disfunción cerebral

mínima. Casi al mismo tiempo, Chess (1960, citado en Penas, 2019) introduce el término: “Síndrome del niño hiperactivo”, al centrar la atención en los aspectos comportamentales del trastorno y no tanto en el origen de este.

García y Torralba (2018) mencionan que, en 1952, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) en su primera edición, se refiere al trastorno como: *síndrome orgánico cerebral*, también recogido en la Clasificación Internacional de Enfermedades, sexta edición (CIE-6), de 1948.

Más tarde, y a partir del auge de los criterios diagnósticos, en 1967 el trastorno aparece por primera vez como categoría diagnóstica en la octava edición de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el nombre de Síndrome Hiperkinético (OMS, 1967, como se cita en Penas, 2019).

Un año después aparecen las características diagnósticas particulares, al mismo tiempo definitorias del trastorno, en la segunda edición de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II, por sus siglas en inglés), denominado, en ese momento, como: *reacción hiperkinética en la infancia o adolescencia* (Penas, 2019), claramente centrado en las características asociadas a la hiperactividad y falta de control de impulsos.

En 1980, en la tercera edición del DSM, se nombra por primera vez el *trastorno por déficit de atención*, sin que se mencionen por separado los criterios diagnósticos de hiperactividad, falta de atención e impulsividad, los cuales son establecidos por un consenso profesional sin que exista ninguna prueba objetiva. En la edición revisada del DSM-III en 1987, se presenta con un nuevo nombre: *Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad* (García y Torralba, 2018).

Es a partir de la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994, como se cita en Penas, 2019), que el trastorno aparece con la denominación y subtipos que hasta hoy tienen vigencia. La inclusión de este modo en el manual estaba ya sustentada en investigaciones que mostraban la influencia de variables biológicas en su gestación, a través de hallazgos derivados de estudios en donde se empleaban técnicas de neuroimagen y análisis genéticos. Para entonces, también se reconocía su impacto sobre el desarrollo social y académico del niño, así como su tendencia a la cronicidad (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020).

Para el siglo XXI, la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) incluye no sólo TDAH, como entidad diagnóstica con subtipos bien definidos, a partir de la presentación de ciertas características cognitivas y comportamentales, sino que además se clasifica e inserta claramente entre los trastornos del neurodesarrollo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, citado en Penas, 2019).

De acuerdo con Penas (2019), los hitos mencionados dieron pauta a la construcción de modelos explicativos sobre el trastorno y aunque hasta el momento son varios los modelos, entre estos han destacado los siguientes por su influencia en la construcción de otros y/o vigencia.

1.-El modelo cognitivo-atencional de Douglas, se centra en los déficits atencionales, principalmente de atención sostenida/vigilancia, como la variable crítica que podría explicar las características del TDAH; aclarando que la impulsividad y la hiperactividad son constructos que presentan características multidimensionales y de especificidad situacional (Piñón et al., 2017).

Douglas atribuía la etiología del TDAH a cuatro predisposiciones de naturaleza orgánica y moduladas por factores ambientales: a) Un rechazo o poco interés por prestar atención y esfuerzo a tareas complejas; b) Tendencia a la búsqueda de estimulación o gratificación

inmediata; c) Poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas y d) Poca capacidad para regular el estado de activación durante la resolución de problemas (Piñón et al., 2017). Tales disposiciones, provocarían en el niño alteraciones secundarias, las cuales se agrupan en tres grandes áreas: déficits en el desarrollo de esquemas y estrategias; déficits en la motivación intrínseca; y déficits metacognitivos. De acuerdo con Piñón y colaboradores (2017), según los detractores del modelo, en el mejor de los casos, explicaría el subtipo de TDA sin hiperactividad. No obstante, dicho modelo fue pionero en la investigación e interpretación del trastorno.

2.- El modelo de déficit en el control inhibitorio, ahora llamado de autorregulación, de Barkley, revisado y reconstruido por décadas y vigente en la actualidad; en su primera concepción consideraba que la principal afectación en quienes presentan el TDAH está en la inhibición conductual, y proponía dos tipos de déficits: a) Una incapacidad para generar conductas gobernadas por reglas. Aquellas en las que los objetivos y consecuencias de la conducta dependen de estímulos verbales que el niño ha interiorizado por influencia del adulto, siendo así capaz de autogenerar la norma para mantener la conducta en el tiempo en ausencia de control externo y; b) Una respuesta anormal a las consecuencias del medio (no a causa de un problema sensorial o discapacidad), ya sea por el efecto que causan los estímulos reforzadores y programas de reforzamiento, o bien, por un efecto inusualmente rápido de habituación o de saciedad a los estímulos que se le presentan. En esta primera versión, la falta de atención sería colateral a un fallo general en el sistema ejecutivo; reconociendo únicamente los déficits en la atención sostenida como propios del TDAH, cuya principal dificultad residía en su persistencia (Piñón et al., 2017).

La última propuesta de Barkley, propiamente llamado modelo de autorregulación se basa ahora en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, la autorregulación y otras funciones ejecutivas (Piñón et al., 2017). Barkley define el concepto de autorregulación como: “cualquier respuesta o cadena de respuestas del individuo que altera la probabilidad de que ocurra una respuesta que normalmente sigue a un evento, y que además altera a

largo plazo la probabilidad de sus consecuencias asociadas” (1997, como se cita en Piñón et al., 2017, p. 28).

A partir de esto, la existencia de un déficit en la inhibición conductual, como característica central del trastorno, provocaría, a modo de efecto cascada, un déficit en las capacidades de la persona para autorregularse. Las cuatro funciones ejecutivas que toma en cuenta en su modelo y que se ven afectadas por las deficiencias en el control inhibitorio, serían: a) La internalización del lenguaje o de la memoria de trabajo (MT) verbal; b) La MT no verbal, donde además se encuentra representada la percepción propia de manera implícita, lo cual además permite situarse en tiempo y espacio; c) La planificación y; d) La autorregulación de las emociones y la motivación. La organización de la conducta a través de estas funciones ejecutivas permitiría que se llevarán a cabo conductas propositivas e intencionales orientadas a un objetivo, lo cual incluiría el control atencional, el control de interferencia, el control sobre respuestas automatizadas o prepotentes, el control sobre períodos de demora, etcétera (Piñón et al., 2017).

En concordancia con lo anterior, varios enfoques actuales consideran que el TDAH se refiere a un constructo diagnóstico en el que se da un funcionamiento y desarrollo inadecuado de las funciones ejecutivas. Dicho de otra forma, las personas con TDAH tienen una incapacidad para activar y sostener aquellas funciones responsables de la autorregulación de la conducta (Carbajo, 2022).

Qué es el TDAH

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es definido por Barkley (2002, como se cita en Franquiz y Ramos, 2016, p. 3) como: *“un trastorno del cerebro ejecutivo que provoca la incapacidad del niño para inhibir o retrasar sus respuestas, para organizar y controlar su atención, su conducta o sus emociones y para hacer frente a las demandas que se le presentan”*.

A partir de esta definición, las principales dificultades en las funciones ejecutivas se ubican, de acuerdo con Barkley (2011), en la atención dirigida hacia la salida, que interfiere directamente con la manera en que el comportamiento se planifica, organiza, ejecuta, sostiene, evalúa y monitoriza. Además, la falta de atención puede incluir problemas con la memoria de trabajo y coexistir con deficiencias en la inhibición y la autorregulación; estas dimensiones están controladas por las funciones ejecutivas, que corresponden al lóbulo frontal, el mismo que regula la función motora, aquí es donde el TDAH tiene su mayor impacto desfavorable.

Así, el TDAH se ve como un trastorno del desarrollo que involucra preponderantemente a dos capacidades, la atención y el control inhibitorio; tras el desarrollo de la condición, los déficits clásicos que aparecen incluyen la hiperactividad y comportamiento impulsivo, así como la falta de atención, en mayor o menor medida (Barkley, 2011).

Según Franquiz y Ramos (2016):

Se determina por un nivel de atención, concentración, actividad motora e impulsividad inadecuados para el nivel de desarrollo. Los niños y niñas con TDAH presentan diferentes patrones de comportamiento. Las niñas tienden a presentar mayor inatención y los niños, mayor componente de hiperactividad-impulsividad. Si no se trata, el TDAH tiene un riesgo significativamente mayor de fracaso escolar, abuso de sustancias y de trastornos psiquiátricos, de ahí la importancia de establecer el diagnóstico y el tratamiento tempranos.

En conclusión, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo con una base neurológica cuyas demostraciones clínicas son el resultado de la alteración en las funciones ejecutivas, es decir, los pacientes con TDAH tienen dificultades para concentrar su atención, controlar su comportamiento e impulsividad y dirigir sus emociones (Vázquez et al., 2022).

Características del TDAH

El TDAH se caracteriza por un patrón de tres dimensiones que suelen acompañar este trastorno y que son: déficit de atención, hiperactividad e impulsividad, estos ejes son los pilares que constituyen el trastorno, sin embargo, también se manifiesta la incapacidad para mantener la atención durante largo tiempo y periodos en los que los sujetos manifiestan impulsos desinhibidos en estados de vigilia, debido a esto surgen problemas de concentración en distintas actividades asignadas y, a su vez, problemas para concluir las (Pérez et al. 2015, citado en Tacuri, 2021).

Los déficits clásicos del TDAH como la hiperactividad y el comportamiento impulsivo se consideran la primera dimensión, y se manifiestan a través de problemas de inhibición motora y cognitiva. La falta de inhibición motora se refleja a su vez a través de hablar en exceso o interrumpir a otros, en acciones y gestos impulsivos. La falta de inhibición cognitiva está presente en la toma de decisiones de forma impulsiva, desprovista de reflexión, sin percatarse del resultado de sus actos, lo que lleva a no considerar el valor de las inferencias futuras; por ende, se presentan dificultades con la gratificación diferida, ansiando recompensas o premios inmediatos (Barkley, 2011).

Además, de acuerdo con Risueño (2001, citado en Fernández et al., 2017), la hiperactividad-impulsividad suele presentarse incluso con movimientos involuntarios durante el sueño, alta reacción ante estímulos auditivos, resistencia a los cuidados diarios, limitaciones en el dominio motor y actividad elevada, mínima conciencia de peligro, dificultades de adaptación social, constantes variaciones comportamentales, incluyendo respuestas violentas e inseguras (Pozo et al., 2001).

Los déficits de la segunda dimensión del TDAH están en la falta de atención o acción sostenida encaminada hacia un resultado u objetivo; no se trata de una dificultad perceptiva,

sino de la capacidad de mantener su atención en una acción o comportamiento con la finalidad de cumplir un objetivo. La dificultad para resistir a los distractores y para concluir con alguna tarea estarían relacionados además con la memoria de trabajo, la inhibición y la autorregulación (Barkley, 2011).

Algunas características sobresalientes de esta dimensión, frecuentemente observables en personas con esta condición son: comportamiento disperso, falta de atención a detalles importantes, dificultad para planear y organizar actividades, así como para seguir reglas o normas o llevar a cabo tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido (Carbajo, 2022).

Cabe resaltar que las limitaciones y deficiencias del funcionamiento en ambas dimensiones o, en alguna de ellas, se manifiestan por medio de comportamientos particulares, que pueden presentarse en cada caso con distinta frecuencia e intensidad; como parecer que no se escucha o está distraído cuando se le habla, rehusar tareas que impliquen demasiada concentración y esfuerzo mental, tener dificultad para seguir una conversación, resolver un problema con cierto grado de complejidad, terminar un proyecto escolar o laboral, etcétera (Vélez-Calvo, 2017, citado en Tacuri, 2021; Carbajo, 2022).

Lo que es un hecho, es que la serie de limitaciones concretas derivadas del trastorno impactan sobre el correcto desarrollo social, ocupacional y académico de quien lo padece (Márquez et al., 2015, citado en Tacuri, 2021).

Criterios diagnósticos y tipos de presentación del TDAH

El diagnóstico del TDAH es de predominio clínico, lo cual implica que el proceso de evaluación se basa en la recolección de evidencia y observación de los criterios diagnósticos definidos por los sistemas de clasificación diagnóstica internacional, descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Rohde et al., 2019). A continuación, se presenta la síntesis de los

criterios diagnósticos del TDAH según la guía del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 33-36), que es una de las más utilizadas:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1.- Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales, académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores (a partir de 17 y más años), se requieren un mínimo de cinco síntomas.

- a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones a la lectura prolongada).
- c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).
- h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar facturas, acudir a las citas).

2.- Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores (a partir de 17 y más años), se requieren un mínimo de cinco síntomas.

- a) Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
- b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
- c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: en adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto).
- d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
- e) Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsará un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, con en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está tranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
- f) Con frecuencia habla excesivamente.
- g) Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros: no respeta el turno de conversación).
- h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
- i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar a recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactividad-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Además, el manual establece que debe indicarse el tipo de predominio de presentación de los síntomas; cuando no es posible especificarlo porque no hay evidencia de la presencia de todos los criterios del trastorno para hacerlo, el clínico debe indicar el motivo cuando le es posible o negarlo en caso de ser necesario (TDAH especificado y no especificado). Aunado a esto, también es posible aludir a cuando se encuentra en remisión y el nivel de gravedad al momento del diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pp. 36-38):

- a) **Presentación combinada:** Se refiere a si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad), mencionados anteriormente, durante los últimos 6 meses.
- b) **Presentación predominante con falta de atención:** Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.
- c) **Presentación predominante hiperactivo/impulsivo:** Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Cuando previamente se cumplían todos los criterios, en el momento del diagnóstico no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral, se especifica que el trastorno se encuentra **en remisión parcial**.

En relación con la gravedad, se establece como:

- a) **Leve:** Cuando sólo se presentan los síntomas necesarios para el diagnóstico y producen un deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.
- b) **Moderado:** Están presentes síntomas o deterioros funcionales entre las categorías “leve” y “grave”.
- c) **Grave:** Están presentes muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico; varios síntomas se despliegan particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Etiología

Lavigne y Romero (2019) refieren que las investigaciones realizadas en los últimos años relacionadas con la etiología del trastorno, consideran que su desarrollo está determinado por la alteración de varios genes (Barkley, 2006a, 2008; Faraone et al., 2005; Gizer, Ficks y Waldman, 2009) que afectan fundamentalmente el correcto desarrollo y funcionamiento de circuitos dopaminérgicos, noradrenérgicos y serotoninérgicos, vinculados al desarrollo del sistema ejecutivo y de sus funciones, así como al sistema de motivación y recompensa, en regiones subcorticales, frontales y parietales. No obstante, también se han hallado alteraciones neuroanatómicas y metabólicas vinculadas especialmente a la corteza prefrontal dorsolateral (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020). A esto se suman características o condiciones externas a la persona, relacionadas con el ambiente social, familiar y escolar, las cuales influyen agravando o mitigando la sintomatología proveniente del trastorno y su impacto secundario.

En concordancia con lo anterior, para Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020) el desarrollo del TDAH resulta de una coincidencia de factores genéticos y ambientales. En relación con la heredabilidad, la concordancia es del 70 al 90%; si uno de los padres tiene TDAH, el riesgo de que su hijo desarrolle el trastorno aumenta entre 2 y 8 veces. Para un hermano, el riesgo

se eleva de 3 a 5 veces, y en caso de que se trate de un gemelo homocigoto (con igual ADN), la amenaza aumenta entre 12 y 16 veces.

Sobre los factores ambientales, Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020) subrayan que estos funcionan como desencadenantes o moduladores de la carga genética. Los siguientes, como ejemplo, se han identificado como predisponentes del desarrollo del trastorno: exposición intrauterina al tabaco, alcohol o tratamientos farmacológicos con benzodiazepinas o anticonvulsivantes; prematuridad, bajo peso al nacer, complicaciones perinatales, edad materna avanzada; conflicto familiar severo o crónico, familia numerosa, antecedentes psiquiátricos en padres, institucionalización, infra estimulación por un largo período de tiempo, clase social baja. Además, en la etapa postnatal, una dieta incorrecta, falta de yodo, de vitaminas del complejo B, exposición temprana al plomo o a los bifenilos policlorados, así como a preservantes y colorantes artificiales que se hallan en ciertos alimentos.

Datos epidemiológicos

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad se ha calculado entre el 2 y el 12% de la población pediátrica a nivel mundial, con una media del 5 al 8%, situándose el pico máximo entre los 6 y 9 años. Cabe señalar que en las últimas décadas se ha incrementado; pero, como bien indican Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020), es difícil determinar si esto se debe a una optimización diagnóstica, a un sobrediagnóstico o a un aumento real.

La prevalencia, así como la incidencia, lógicamente varían entre los distintos países. Para Llanos et al. (2019), las regiones con mayor variación en los rangos de prevalencia del TDAH son África y Suramérica, presentando las cifras más altas. La Liga latinoamericana para el estudio del TDAH, por su parte, ha reportado 36 millones de personas afectadas en Latinoamérica; donde, por cierto, menos de la cuarta parte afectada recibió un manejo correcto. Para el caso de la incidencia, ya desde hace más de una década, la Organización

Mundial de la Salud reportaba una media del 3.4%; destacando la variabilidad entre países como Francia (7.3%), Estados Unidos (4.4%) o España (1.2%) (Torrice et al., 2012).

No obstante, representa uno de los problemas del neurodesarrollo más sobresalientes, ya que se manifiesta durante la infancia, pero alcanza a la adolescencia y vida adulta (Franquiz y Ramos, 2016).

En México, la Secretaría de Salud en el año 2017 comunicó que el 5% de la población infantil y adolescente presenta Trastorno por Déficit de Atención (TDA); pero, el 70% de los casos, es frecuentemente confundido con otros trastornos del desarrollo o, con una educación inadecuada, de tal forma que el proceso diagnóstico lleva de 3 a 5 años (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2017).

En el mismo año, 2017, la Comisión permanente del Honorable Congreso de la Unión indica a la Secretaría de Educación y la Secretaría de Salud reforzar las acciones para diagnosticar y atender trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Haciendo hincapié en que México no desconoce este problema de salud y que, de acuerdo con cifras del INEGI, un millón quinientos mil niños, aproximadamente, padecían TDAH. Sin contar adolescentes y adultos (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2017).

En la inauguración de la 1ª. Jornada Nacional del TDAH en septiembre del 2019, la Secretaría de Salud a través del Dr. Arroyo García, actualiza la cifra, al puntualizar que existen más de 2 millones de menores con trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en diversas etapas, por lo que se precisa que los padres de familia, maestros y médicos de primer nivel conozcan los síntomas para su detección oportuna (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2019).

Según Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020), la presentación del trastorno por género es de 4 a 1, siendo la población masculina la más afectada. Hay incluso quienes hablan de 2 a 9

niños por cada niña. Sin embargo, también se cree que existe un menor diagnóstico en niñas, ya que son quienes desarrollan más la presentación de predominio inatento. Además, destaca que los niños parecen mostrar mayor hiperactividad, impulsividad, inatención y comportamientos externalizantes; mientras que las niñas muestran mayor inatención, dificultades cognitivas y comportamientos internalizantes que se asocian con el desarrollo de ansiedad y/o depresión.

Comorbilidades Asociadas al TDAH

A partir del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, según Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares (2016), pueden tener lugar otros trastornos que complican el cuadro clínico o, el TDAH puede coexistir con otros trastornos, lo que se llama comorbilidades, siendo la presencia temporal de dos o más trastornos en una misma persona. Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020), mencionan que el TDAH puede coexistir en un 70% con otros trastornos.

A su vez, González y colaboradores (2010, citados en Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2016) reconocen que más del 85% de los niños y adolescentes con TDAH tienen una asociación comórbida, y cerca del 60% dos comorbilidades; por lo tanto, es de suma importancia, al momento de realizar la evaluación diagnóstica, se descarte la presencia de otros trastornos, ya que serían entidades diferentes y como tal debe clasificarse.

Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares (2016) mencionan que existen comorbilidades afectivo-comportamentales como trastornos internalizantes; estos se presentan mayormente en las mujeres y suelen pasar inadvertidos, ya que se componen de preocupaciones y pensamientos alterados. Sus síntomas serían más encubiertos y menos observables que los trastornos externalizantes, esta comorbilidad según López-Villalobos et al. (2011, citados en Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2016) fluctúa entre el 15% y 20% y predispone al desarrollo de ansiedad y depresión en niños y adolescentes con TDAH.

Díaz-Atienza (2012, citado en Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2016) reportó una relación con el trastorno oposicionista desafiante en un 36% y, del 16.3% con el trastorno disocial, la presencia de este último además aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de conducta en la adolescencia o de trastornos de personalidad en la vida adulta.

Además, se observa que los niños que no fueron diagnosticados y tratados muestran un peligro importante de desarrollar trastorno de conducta, consumo de sustancias psicoactivas, conductas disruptivas y delictivas (Barkley, 2013, citado en Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2016).

Rodhe et al. (2019), así como Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020), indican que también pueden estar presentes trastornos de aprendizaje, de la coordinación motriz, del lenguaje, de tics, de desregulación disruptiva del estado de ánimo y trastorno del espectro autista.

En adolescentes y adultos, la comorbilidad clínica sobresaliente reportada incluye la coexistencia con trastornos de alimentación, trastorno por uso de sustancias (TUS), trastornos bipolares y trastornos de personalidad (Rohde et al., 2019).

Por si fuese poco, Rohde et al. (2019) destacan que los niños o niñas con TDAH tienen hasta 10 veces mayor riesgo de desarrollar trastorno de conducta y oposicionista desafiante; 5 veces más riesgo de padecer trastorno depresivo mayor y 3 veces trastorno de ansiedad, en comparación con quienes no muestran TDAH.

Según Birmaher (2007, citado en Llanos, 2019), la relación causa efecto de la comorbilidad de estos trastornos con el TDAH no está descifrada del todo, algunos autores responsabilizan las alteraciones al impacto de la esfera familiar, educacional y social, como por ejemplo las discusiones con los padres y demás familiares, las dificultades para relacionarse con pares y el bajo rendimiento académico. Para otros autores, son las alteraciones a nivel molecular y genético propias del TDAH las que podrían explicar el desarrollo de condiciones comórbidas.

Finalmente, es importante aclarar que el perfil de comorbilidades con las que se enfrenta una persona con TDAH puede variar a lo largo de su vida (Rohde et al., 2019).

Capítulo 2

Consumo de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH

La adolescencia es un constructo que representa un período temporal que se ubica en el proceso de cambio entre la niñez y la adultez; que comienza alrededor de los 11 años en mujeres y 13 años en los hombres (representado por la pubertad), y concluye entre los 18 y 25 años, aunque la edad de inicio y término varía dependiendo de la cultura y el contexto. Esta etapa *“se caracteriza por cambios que se dan en el ser y se relacionan con lo social”* (Navarro y Pérez, 2012, citado en Estrada, 2017), pues como es bien sabido, este período se caracteriza por importantes cambios fisiológicos que dan lugar a la maduración sexual, pero también al desarrollo físico y psicológico; los cuales son propiciados tanto por variables biológicas como socioambientales (Palacios 2019).

Es común que los adolescentes sean vistos como atrevidos, intrépidos, intensos e impulsivos, y en efecto, en esta etapa hay mayor inclinación a tomar riesgos producto de una inmadurez cerebral natural que acompaña al propio proceso de desarrollo. En esta etapa, la corteza prefrontal no ha terminado de mielinizarse y su desarrollo aún no es completo, a pesar de que haya grandes cambios físicos visibles; así que la toma de decisiones y el control y planificación del comportamiento presentan múltiples variaciones y limitaciones que se asocian al propio proceso de maduración (Palacios 2019).

Hablamos, de un período crítico del desarrollo en el que, como indica Palacios (2019), una persona cerebralmente inmadura se enfrenta a grandes retos, entre los que se encuentran: consolidar su personalidad y relaciones inmediatas (padres, hermanos y pares), desarrollar su identidad, desarrollarse moralmente, acogerse a grupos de pertenencia e ideologías, desarrollar su pensamiento abstracto, controlar sus impulsos, enfrentarse a demandas sociales importantes, etcétera.

Así que, no sorprende que la búsqueda de estimulación externa y de experiencias novedosas sean las constantes más relevantes en este período de la vida; lo cual, si bien propicia el desarrollo necesario, también exponen a situaciones de riesgo, tales como el inicio temprano de prácticas sexuales peligrosas, o el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, ante las que son particularmente vulnerables (Palacios, 2019).

Qué es una sustancia adictiva

Una sustancia adictiva o psicoactiva puede definirse, de acuerdo con San Juan (2021), como: *“aquella sustancia, generalmente de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento)”* y que puede ser consumida por cualquier vía de autoadministración.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014, citada en Rojo-Valdemoro et al., 2021) es mucho más específica al decir que se trata de toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso que modifica la conducta de quien la consume.

De acuerdo con San Juan (2019), existen numerosos criterios de clasificación de una sustancia adictiva o droga; según su origen, su legalidad, o por los efectos que provoca sobre el sistema nervioso central (SNC), entre otros.

Por sus efectos, se clasifican en (González, 2011, como se cita en Guillermo, 2020):

- a) Drogas estimulantes. Caracterizadas por generar euforia y sobrevaloración de las potencialidades del consumidor, generalmente se acompaña de sentimiento de omnipotencia y actitudes audaces. Los prototipos de estas drogas son: cocaína, anfetaminas y metanfetaminas.
- b) Drogas Depresoras. Producen la inhibición de los centros corticales, lo cual produce el efecto de liberación de la subcorteza, aquella zona responsable de las conductas

primarias instintivo-afectivas. El alcohol, las benzodiazepinas, la heroína, la morfina y los hipnóticos se encuentran dentro de esta clasificación.

- c) Drogas Psicodélicas o Distorsionantes. Como su nombre secundario lo indica, estas drogas distorsionan la percepción espacial del sujeto, además producen alucinaciones, despersonalización, trastornos del esquema corporal y vivencias de tipo onírico. En este grupo se encuentran la marihuana, el LSD, hongos alucinógenos y la fenciclidina (polvo de ángel).

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) reconoce diez clases que se asocian a los trastornos relacionados con sustancias reconocidos por esta instancia, éstas son: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (anfetaminas, cocaína y otros estimulantes), tabaco y sustancias desconocidas.

Respecto a las que con mayor frecuencia se consumen en adolescentes, Tena-Suck y colaboradores (2018) reportan en primer lugar al alcohol y al tabaco, lo cual es lógico, al ser las únicas drogas legales se convierten en las más consumidas; en segundo lugar, reportaron al cannabis, siendo la primera droga ilegal más utilizada por jóvenes con enormes consecuencias psiquiátricas y, en tercer lugar, los inhalables.

Consumo y adicción a sustancias en la adolescencia

Al respecto, es pertinente señalar, en primer lugar, como indica Palacios (2019), que los adolescentes son más vulnerables que los adultos a los efectos neurotóxicos de sustancias adictivas, debido a que afectan directamente el desarrollo de la corteza cerebral, en particular de regiones prefrontales, lo cual se traduce en el desarrollo de alteraciones del funcionamiento ejecutivo, afectando la toma de decisiones, el autocontrol y respuestas inhibitorias, entre otras habilidades cognitivas; por tanto, se presenta una mayor

tendencia a emitir conductas impulsivas y patrones problemáticos de consumo de sustancias.

Y es que, al entrar en contacto con el sistema nervioso, éstas dan lugar a sus manifestaciones inmediatas y, tras su consumo constante, además producen cambios directos en el sistema de recompensa cerebral, vinculado al refuerzo del comportamiento (O'Brien, 2014, citado en Rojo-Valdemoro et al., 2021).

Es así como entre lo que produce social y biológicamente la experimentación y el consumo, que las sustancias adictivas pueden conducir a los adolescentes a padecer una adicción o trastorno por consumo de sustancias (TCS), entendido como: “La asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que llevan a una persona a buscar y consumir una sustancia, a pesar de las consecuencias negativas que supone este consumo en prácticamente todos los aspectos de su vida y de la de los que le rodean” (Segal et al., 2015, p. 5137, citado en Álvarez, 2022).

El proceso de desarrollo del consumo al trastorno por consumo de sustancias es complejo, debido a que no sólo depende de la droga que se consuma, sino que tiene que ver el entorno y el contexto en el cual se desarrolla el individuo (Segal et al., 2015 citado en Álvarez, 2022), también se deberán tener en cuenta posibles trastornos asociados, como por ejemplo el TDAH (Sanz, 2019 citado en Álvarez, 2022).

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que, en cualquier caso, el consumo de sustancias ocasiona enfermedades físicas y psicoemocionales, que a su vez provocan la necesidad de consumirlas, volviéndose con el tiempo letales. Desafortunadamente, a menudo quienes sufren de la adicción la niegan (Guaranda, 2018; citado en Guillermo, 2020).

Se trata de una espiral en donde tras la experimentación, los primeros acercamientos y la ingesta inicial constante, llega un momento en que el individuo puede perder el control sobre su consumo, debido al deseo intenso que experimenta por la sustancia.

En relación con las maneras de consumo se distinguen las siguientes: uso, abuso y adicción, donde el uso es el contacto esporádico con la sustancia, en algunas circunstancias o algunas ocasiones. El abuso, es el repetido consumo de drogas en dosis altas que exceden consumos anteriores o adelantados; y la adicción o dependencia, ocurre cuando el consumo es constante y compulsivo hacia una sustancia de la cual el adolescente no puede desistir. Esta última lleva a presentar distintos niveles de tolerancia y de craving, una vez que se interrumpe temporalmente el consumo (abstinencia); pero también causa inseguridad en el funcionamiento físico y psíquico, además de alteración en las áreas social, familiar, académico, etcétera (Barrionuevo, 2015; citado en Guillermo, 2020).

Lógicamente, el uso repetido de una sustancia lleva con el tiempo al abuso, a la intoxicación continua y con ello a la dependencia, en donde se presenta una gran dificultad para suspender la ingesta o disminuirla. La tolerancia forma parte de esta última, según Becoña y Cortés (2011, citados en Guillermo, 2020), es el proceso por el que la persona que consume una sustancia tiene la necesidad de incrementar su ingesta para conseguir el mismo efecto. La abstinencia por su parte se entiende como un “síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 484). Mientras que el craving, es definido como “como una experiencia subjetiva de intenso deseo por consumir o auto-administrarse una determinada sustancia (Robles-Martínez et al., 2017, citado en Guillermo, 2020). Lamentablemente, los niveles de tolerancia y la sintomatología que acompaña a la abstinencia y craving, dan cuenta de la neuroadaptación que ha originado la sustancia en el Sistema Nervioso Central (Echavarría y Giraldo, 2015 citado en Guillermo, 2020).

Ansiedad, irritabilidad, problemas de sueño, anorexia y variadas manifestaciones físicas y psicoemocionales relacionadas con la abstinencia aseguran una siguiente recaída. En el contexto familiar, se hacen evidentes conductas agresivas hacia los demás, afectando también sus relaciones. El rendimiento académico y/o laboral se comprometen, al mismo tiempo que aumenta la probabilidad de participar de actividades ilícitas y nocivas (Ester, 2017).

La tabla 1 que se muestra a continuación, resume las etapas por las que pasa un adolescente que desarrolla una adicción.

ETAPAS		DESCRIPCIÓN
<i>Etapa 0</i> <i>Curiosidad</i>	-	Siempre alguien le ofrecerá una droga. Si su autoestima es baja es probable que se decida y no sepa decir NO. Al consumir se encuentra bien sin consecuencias desagradables. Hay jóvenes que lo dejarán aquí y no volverán a consumir.
<i>Etapa 1</i> <i>Aprendizaje</i>	1-	El consumo tiene lugar dentro de las actividades del grupo, y su presión es muy importante. Experimenta sobre todo durante los fines de semana. Al usar la sustancia tiene sensaciones positivas y pocas adversas. Con el uso de drogas encuentra un alivio temporal a los problemas que puedan surgir.
<i>Etapa 2</i> <i>Búsqueda</i>	2-	Busca el estado de ánimo que produce. Se siente orgulloso de ser experto, aunque a veces tiene cierto sentido de culpabilidad. Aumenta el consumo. Empieza a usar la droga de forma individual, sin tener que estar dentro de las actividades grupales. Empieza la modificación de su conducta, del rendimiento escolar y bajan las notas, tiene cambios bruscos de humor, altercados con los padres y tendencia al aislamiento.
<i>Etapa 3</i> <i>Preocupación</i>	3-	Obsesión por la sustancia y por los cambios psicológicos que ocasiona. Pierde el control de su vida. Cambios emocionales marcados (desde euforia a profunda depresión, pasando por las ideas suicidas). Absentismo, fracaso y abandono escolar. Llega a cometer robos, empezar peleas y mentiras patológicas, distanciamiento de los amigos que no consumen drogas, y hasta a perder el empleo, si lo tiene. Uso diario y habitual el poli- consumo de sustancias. Empieza la venta de drogas, llegando al comercio sexual para conseguir la dosis que desea.

<i>Etapa</i>	4-	Necesita, a cualquier precio, la sustancia para no llegar al síndrome de abstinencia, físico o psicológico, pero la droga ya no le produce euforia. Con frecuencia sufren depresión y tienen sentimientos de culpa, remordimiento y vergüenza. El deterioro afecta a su salud física y mental, y el abuso amenaza su vida, y los cambios que sufre irán en relación con la sustancia y la frecuencia de consumo. El uso es diario, y la sobredosis, usual.
<i>Destrucción</i>		

Tabla 1. Fuente: Vicario y Júdez (2007) citado en Ester (2017)

Es así como el uso y abuso de sustancias surgen en la vida temprana sin que se les de la atención necesaria a niños, adolescentes y jóvenes menores de 24 años, originando un problema de salud pública de gran relevancia en todo el mundo (Tena-Suck et al., 2018).

En el contexto internacional, el alcohol (43.3%), la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%) son las sustancias ilícitas de mayor uso entre adolescentes. Y en México, el consumo de sustancias en esta población se ha acrecentado según los marcadores epidemiológicos. Uno de los últimos informes derivado de la Encuesta Nacional de Adicciones mostró que el consumo de alcohol tuvo un aumento notable, al pasar de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011. De la misma manera, el consumo de drogas ilícitas ha incrementado desde el año 2002 (Tena-Suck et al., 2018).

De acuerdo con la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes, efectuada en 2005 adolescentes de la Ciudad de México, el 4.2% de los varones y 2.5% de las mujeres presentaron criterios diagnósticos compatibles con trastornos por consumo de sustancias. A esto se agrega que de cada 7 hombres hay 3 mujeres adolescentes consumidoras, aunque en los hombres el consumo es mayor. Cabe señalar que las encuestas han demostrado que el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas en mujeres adolescentes ha incrementado considerablemente a través de los años, lo que en consecuencia supone un aumento de mujeres que sufren trastornos por consumo de sustancias (Tena-Suck et al., 2018).

Caracterización del adolescente con TDAH y consumo de sustancias adictivas: Una descripción general

Según Padrós et al. (2017), es bien sabido de la alta comorbilidad que existe entre el TDAH y los trastornos por uso de sustancias (TCS) en adolescentes.

Investigaciones alrededor del mundo destacan la relación entre TDAH y consumo de sustancias, al informar, por ejemplo, que alrededor de un 23% de adolescentes con trastorno por consumo de sustancias están diagnosticados con TDAH (Van Emmerik-Van Ootmerssen et al., 2012; Daigre et al., 2013, citado en Isorna et al., 2021; Van-Emmerick et al., 2012, citado en Rojo-Valdemoro et al., 2021).

Aunado a lo anterior, se ha informado que entre los individuos con TDAH que consumen sustancias, el consumo inicia más tempranamente y progresa hacia un trastorno por abuso y/o adicción más fácil y rápidamente en comparación con quienes no lo padecen (Pérez de los Cobos et al., 2011; Miranda et al., 2016, citado en Isorna, et al., 2021).

El estudio de Lee y colaboradores (2018, citado en Isorna et al., 2021), ha mostrado incluso que cuando se retrasa la edad de inicio de consumo de tabaco en adolescentes con TDAH, la probabilidad de que se consuma en el futuro otras drogas es menor.

No obstante, Rojo-Valdemoro y su equipo de trabajo (2021), han evidenciado que las personas con TDAH consumen las mismas drogas que la población general, aunque lo hacen en mayores cantidades y pasan más rápidamente del consumo a la dependencia. Evidentemente, la coexistencia de un TDAH y TCS se asocia a una peor evolución y peor pronóstico de ambos trastornos (Charach et al., 2011). Variados son los artículos que han encontrado asociaciones entre la presencia del TDAH infantil y el desarrollo de TCS en la adolescencia y en la edad adulta.

Una propuesta que ofrecen Padrós et al. (2017) para explicar por qué un adolescente con TDAH puede desarrollar un trastorno por uso de alcohol u otra clase de sustancia, implica el reconocimiento, por un lado, de la acción que ejercen 2 características propias del TDAH, que son: la impulsividad y la hiperactividad, mismas que incitan al individuo a la búsqueda de sensaciones y percepciones nuevas constantemente. Por otra parte, hay 3 condiciones que, al presentarse, indirectamente facilitan el comienzo del uso de sustancias, estas son: el desarrollo de ansiedad, depresión y trastorno de conducta o trastorno disocial; todas, como se vio en el primer capítulo, altamente comórbidas con el TDAH.

En este sentido, la ansiedad se vincula con el TDAH debido a que los déficits cognitivos y comportamentales ocasionados por el propio TDAH dificultan la solución de problemas, las habilidades sociales, el cumplimiento de metas, etcétera, dando como resultados pacientes ansiosos que con frecuencia recurren al consumo de alcohol u otras sustancias con el fin de aminorar la ansiedad (Stewart y colaboradores, 2001, citado en Padrós et al., 2017).

El bajo nivel académico, el rechazo social por parte de pares y adultos, el desarrollo de una autoestima pobre, entre otros, no es la excepción entre niños y adolescentes con TDAH, lo cual puede desencadenar un trastorno depresivo que a su vez podría dar lugar a un perfil “evasivo” que encuentra en las sustancias adictivas un buen refugio (Padrós et al., 2017).

Por otro lado, la presencia de un trastorno de conducta, caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, ni las normas sociales propias de la edad, frecuentemente se vincula con un estilo de afrontamiento impulsivo-agresivo, déficit en el autocontrol y baja tolerancia a la frustración, juntamente con déficits cognitivos en la flexibilidad cognoscitiva y en la planificación. Lo que a su vez promueve el desarrollo de conductas desafiantes y riesgosas, entre ellas, actos delictivos, actividades riesgosas y desde luego, consumo de sustancias (Padrós et al., 2017).

Por otra parte, de acuerdo con Barkley (1990; citado en Padrós et al., 2017), la patología del consumo de sustancias en el TDAH sería consecuencia de la desinhibición conductual. Esta otra visión apunta a tres clases de déficits que son: 1. La deficiencia para inhibir respuestas que originarían un reforzador positivo inmediato, pero con consecuencias negativas a mediano o largo plazo; 2. Déficits en el mantenimiento de respuestas de forma constante y; 3. La gran incapacidad para retrasar respuestas. A partir de esto, es posible entender que, una vez iniciado el uso de una sustancia la dificultad para demorar o limitar su uso será mayor, ocasionando un rápido trayecto hacia la adicción.

En esta misma línea, otra propuesta importante para entender la relación entre TDAH y consumo de sustancias es la realizada por Sonuga-Barke (2003; 2005, citado en Padrós, et al., 2017), cuyo argumento es que el TDAH podría ser causado por una variación del sistema de recompensa y motivación, que los llevaría a tener una menor reactividad frente a estímulos positivos; por lo cual, tienden a tomar decisiones más arriesgadas y potencialmente perjudiciales con respecto a individuos sin TDAH. Este planteamiento, en relación con el uso de sustancias, implicaría que están más predispuestos a experimentar el efecto de sustancias adictivas y, una vez que lo han hecho, podría también explicar el que más rápidamente consuman mayor cantidad de la sustancia en cuestión.

Capítulo 3

Factores que predisponen al consumo de sustancias adictivas en adolescentes con TDAH

El origen de los trastornos vinculados al consumo de sustancias en adolescentes con TDAH se considera multicausal, de interacción difícil y multifacética. Desde el punto de vista biopsicosocial, intentar comprenderlos conlleva ahondar en las claves importantes que ejercen en cada una de estas tres magnitudes (Martínez, 2017).

En primer lugar, se plantea la dimensión biológica, que se centra en la evaluación de las características y componentes esenciales de las sustancias capaces de generar adicción. En segundo lugar, hay que profundizar en las principales variables de naturaleza psicológica, analizando la influencia de las habilidades sociales, los recursos de afrontamiento, la percepción que se tiene de sí mismo, entre otras; así como la influencia del contexto sociofamiliar, del grupo de pares, del entorno educativo, del clima social predominante y el propio entorno comunitario (Esparza, 2004, citado en Martínez, 2017).

Para empezar, distingamos a los factores, entendidos como aquellos atributos o características individuales, familiares, condición situacional y/o contexto ambiental, que influyen en el desarrollo de una situación, condición o resultado, en este caso, el uso y abuso de sustancias en adolescentes con TDAH (Tapia et al., 2016; Morales, 2018). Desde luego, se parte de la idea de que entre mayor cantidad de factores confluyen, la probabilidad de que un adolescente con TDAH consuma y desarrolle un trastorno por consumo de sustancias es mayor; pues de acuerdo con Tirado et al. (2009, citados en Reverón, 2016), ningún factor de riesgo por sí solo hace a una persona hacer uso o abusar de sustancias, sin embargo, lo que sí pronostica este comportamiento es: presentar TDAH y tener amigos, familiares o gente cercana que consuman drogas.

Factores biológico-individuales

El sistema nervioso no es un sistema cerrado, es permeable a las influencias externas y el consumo de una sustancia repercute de manera directa prácticamente inmediata en su funcionamiento (Tapia et al., 2016).

El principal centro afectado por una sustancia adictiva es el circuito de recompensa, el cual opera primordialmente con dos neurotransmisores indispensables: la dopamina, que estimula el deseo y la serotonina que tiene efectos de saciedad e inhibición. Uno de sus núcleos principales es el accumbens, el cual forma parte de los ganglios de la base (Tapia et al., 2016).

Estudios con animales han demostrado que las sustancias adictivas aumentan la producción de dopamina en este núcleo, a diferencia de la serotonina que se reduce. Pero, además, este núcleo accumbens no opera solo, sino que conserva estrecha relación con otros centros relacionados con el placer, en particular, con el área tegmental ventral (VTA, por sus siglas en inglés) (Tapia, et al., 2016). Esta área también se localiza en el cerebro medio, encima del tallo cerebral y es una de las partes más primitivas del cerebro. Sus neuronas también sintetizan dopamina y sus axones llegan al núcleo accumbens. El VTA también es influenciado por endorfinas, cuyos receptores son el blanco de las drogas opiáceas como la heroína y la morfina. (p. 4)

La corteza prefrontal, es otra estructura involucrada en los mecanismos que nos hacen sentir placer, cuyo trabajo es la planeación y la motivación. Esta estructura es un relevo del circuito de recompensa, que también es modulado por la dopamina (Tapia, et al., 2016).

Otra estructura cerebral implicada es el locus coeruleus, que es un centro de alarma del cerebro, lleno de adrenalina; relevante en la función de la adicción a sustancias, ya que,

cuando no se obtienen, el locus coeruleus exige efectuar cualquier acto para conseguirla (Tapia, et al., 2016).

De igual forma existen otras tres estructuras del sistema límbico que intervienen de forma activa en el circuito (Tapia et al., 2016): a) la amígdala, que proporciona el tono emocional a las percepciones; b) el hipocampo, base de la memoria que preserva los recuerdos agradables asociados con el uso de una droga y, por asociación, con todos los detalles del entorno en el cual es usada; c) la ínsula, la porción más anterior de la corteza insular es la parte del sistema límbico que posiblemente tiene una función activa en la búsqueda de placer asociada con los alimentos y con las sustancias psicoactivas. También puede contribuir con el aspecto consciente de nuestras experiencias emocionales, necesidades y deseos (p. 5).

Sobre la función de la dopamina (DA) Martínez (2017) destaca que, ante el abuso de sustancias se presenta un aumento considerable de ésta en el núcleo accumbens. Estudios de neuroimagen han revelado que cuanto más rápido era el aumento de las tasas de DA, más intensos eran los efectos de refuerzo de la sustancia consumida. Además, cuanto mayor eran los niveles de DA en el estriado dorsal, más fuerte era la motivación para procurarse la sustancia adictiva, sobre todo cuando el sujeto se exponía a estímulos asociados con la sustancia, es decir estímulos gratificantes condicionados (p. 109). A partir de esto, se deduce que el consumo de una droga ocasiona sobreestimulación y la DA aumenta en respuesta al estímulo preponderante. La experiencia de aprendizaje condicionado es de fuerte refuerzo, lo que conduce a acciones que promueven el uso de sustancias y refuerzan el aprendizaje condicionado. Como resultado, puede dar lugar a comportamientos automáticos, como sucede con las conductas compulsivas y los patrones de consumo.

En asociación con lo anterior, Tena-Suck (2018) explica que la activación del sistema de recompensa es mayor ante la presencia de iguales, sobre todo, cuando se está ante situaciones de riesgo.

Cabe resaltar que, al parecer existe un desequilibrio natural de los sistemas de motivación y recompensa en el adolescente, causado por un subdesarrollo de los mecanismos supresores del sistema en comparación con los estimuladores; la transformación en regiones prefrontales y en el sistema límbico, así como la remodelación del sistema dopaminérgico en la adolescencia, supondría un mayor riesgo de comportamientos de búsqueda y de riesgo. Este tipo de comportamientos se caracteriza por la búsqueda de nuevas experiencias que condicionen mayores niveles de estimulación de los sistemas de recompensa, sin la consideración de posibles resultados nocivos, lo que hace al adolescente más propenso a sufrir algún daño.

Lo anterior, permite considerar que contamos con una “maquinaria biológica” (sistema nervioso), naturalmente diseñada para responder y modificarse rápidamente en respuesta a las sustancias a las que está expuesta. De ahí que, de acuerdo con Tena-Suck (2018), los factores genéticos y neurobiológicos sean una fuerte influencia en la transición del uso al abuso de sustancias.

Adicionalmente, como factores individuales están también presentes los rasgos y características que mencionaban Padrós y colaboradores (2017), propios del TDAH; uno de los que cobra mayor relevancia es la impulsividad cognitiva, la cual se define como una preferencia por reforzadores pequeños e inmediatos sobre reforzadores más grandes y retardados (Fox et al., 2008, citados en Ramos, 2023). Este suceso se conoce como Descuento Temporal o Descuento por Demora (Valdelvert et al., 2016, citado en Ramos, 2023).

Algunos autores han dividido la impulsividad en dos categorías: motora que se define como la aparición de conductas excesivas, mientras que la impulsividad cognitiva se refiere a la toma de decisiones rápidas que llevan al individuo a resultados no deseados (Íbias y Pellón, 2014; citado en Ramos, 2023).

En el estudio realizado por Ramos (2023) con el objetivo de analizar si la impulsividad cognitiva era un factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes con TDAH, llevado a cabo con tres grupos de adolescentes: a) adolescentes con TDAH que consumen drogas, b) adolescentes con TDAH que no consumen drogas y c) adolescentes sin diagnóstico ni consumo, se reportó que la impulsividad cognitiva es un factor de riesgo asociado al consumo de sustancias.

De acuerdo con Reverón (2016) la tríada sintomática del TDAH con: la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención, se ha planteado como probable origen de los trastornos de conducta y del consumo de sustancias. Mientras que la impulsividad se manifiesta no midiendo los resultados de las acciones propias, convirtiéndose en factor de riesgo importante hacia el consumo y conductas de indisciplina.

Del mismo modo, la hiperactividad se considera un factor de riesgo, porque está vinculada a la búsqueda de nuevas experiencias. Y aunque el déficit de atención por sí solo no se considera factor de riesgo, al ser el motivo de fracaso escolar en adolescentes con TDAH influye importantemente en la utilización de sustancias (Carvajal y Granillo, 2006, citado en Reverón, 2016).

Otro factor importante es la existencia de comorbilidad, por la patología dual a la que da lugar. Frecuentemente el TDAH comorbiliza con trastornos internalizantes y externalizantes que se manifiestan en respuesta a problemas del entorno, dando lugar a comportamientos de inhibición, aislamiento, timidez, depresión o, lo contrario (Achenbach y Edelbrock, 1983, citados en Reverón, 2016).

Según Barkley et al. (2004, citados en Reverón, 2016) cuando el TDAH se presenta al mismo tiempo con trastornos de conducta (TC) externalizantes como el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno por Conducta Disocial (TCD), es muy probable que haya riesgo de adicción.

Es más, el propio TDAH constituye en sí mismo, un factor de riesgo para el desarrollo de adicción a alguna sustancia. Además, es importante considerar que los factores mencionados inciden al mismo tiempo, sobre el funcionamiento psicosocial, familiar, académico y laboral.

Factores sociales, familiares y medioambientales

Existen diferentes factores o variables que pudieran incluirse en este grupo. Uno de los más importantes se relaciona con el estilo parental. El trabajo de revisión llevado a cabo por Morales (2018), mostró una correlación entre ciertos estilos parentales, sobre todo el autoritario y el negligente, como disparadores de baja autoestima y a su vez, de consumo de sustancias psicoactivas.

Padres abusadores de drogas; adolescentes abusados física y sexualmente, así como también psicológicamente y con problemas de salud mental (depresión, ansiedad), constituyen un mayor riesgo de abuso de drogas e incluso de suicidio (Prieto et al., 2016, citados en Morales, 2018).

A esto se suma cuando los padres desconocen totalmente el trastorno, o actúan negligentemente. El TDAH en la familia sin una correcta guía se vive con creencias erróneas, por ejemplo: cuando se medica al niño o adolescente, los padres piensan que con la medicación todo queda solucionado, este pensamiento erróneo, junto con la falta de habilidades parentales, incitan cuidados inadecuados o poco propicios para el menor o adolescente, los cuales pudieran estar promoviendo indirectamente la manifestación de conductas disruptivas y con ello, aumentando la probabilidad de que usen en algún momento sustancias adictivas (Ordoñez, 2013).

La falta de involucramiento en la educación y tratamiento de un menor con TDAH es una salida común, sobre todo en el padre o madre que se siente incapaz de poder “resolver” la condición; por lo que el adolescente, muchas veces se siente alejado, ignorado y rechazado.

Ante las problemáticas que se van originando, aparece en el padre el miedo a alejar a su hijo, a las reacciones que pudiera tener al ponerle normas o límites, o en su defecto, opta por una relación de sobreprotección, que le impide afrontar la realidad de manera más eficaz.

Cuando además aparecen confrontaciones familiares seguidas y un manejo emocional deficiente, el riesgo en el adolescente aumenta. Algunos estudios han comunicado que los adolescentes de familia separada, ya sea por abandono, muerte o divorcio, tienen un alto riesgo de consumo de drogas.

Si los padres pueden influir sobre el uso y abuso de sustancias, los hermanos, compañeros y amigos suponen una influencia superior. También el grupo de pares puede propiciar el inicio del consumo de drogas, bien sea como un acto pasivo e inocente al experimentar y consumirlas esporádicamente, o directamente invitando a una asociación activa, que a su vez va a exigir ciertas pautas de comportamiento dentro del grupo social, para que se pueda identificar, formar parte y participar legítimamente (Tena-Suck et al., 2018). De acuerdo con Castellanos (2017), la afiliación con compañeros que apoyan la drogadicción es uno de los predictores más fuertes para el desarrollo de un trastorno de abuso de sustancias. La búsqueda de “amistad” entre los usuarios de drogas, lleva a compartir también la adicción.

A lo anterior, se suman los problemas en la escuela, con los compañeros y maestros, la falta de atención, la negativa a realizar los deberes y la dificultad para concluirlos, el desorden que acompaña a su actividad escolar (pérdida de material, cuadernos y libros sucios y desordenados), la falta de habilidades sociales para convivir con sus pares, la baja tolerancia a la frustración y estima, por nombrar algunos, condicionan y juegan un papel muy importante en la percepción que se tiene de sí mismo y de las capacidades y habilidades propias (Ordoñez, 2013). Esto cobra relevancia debido a que los factores escolares relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes, según Castellanos (2017), son el bajo rendimiento académico y las conductas inadecuadas en el salón de clases.

A su vez, lo descrito propicia la desvinculación de la escuela en la adolescencia a través de faltas excesivas o el abandono total, y con ello la posible aparición de conducta criminal y el abuso de drogas.

A lo descrito deben agregarse factores de tipo social a los que no se les ha dado la importancia que merecen, como son: la cada vez más extensa accesibilidad a las drogas, la falta de información y los mitos que imperan sobre las drogas (Larrosa y Palomo, 2012, citados en Reverón, 2016).

Factores psico-emocionales

Autores como Mayorga y colaboradores (2016) han subrayado que las situaciones socioambientales y familiares que viven los adolescentes con TDAH pueden dar lugar a comportamientos internalizantes que se asocian a trastornos de ansiedad, depresión y problemas emocionales; así como a comportamientos externalizantes que se relacionan de forma más directa con la hiperactividad, el abuso de sustancias y comportamientos desviados de las normas.

Navarro (2022) afirma que las personas con TDAH presentan más riesgo de mostrar dificultades emocionales, lo que se encuentra lógicamente relacionado con un funcionamiento deteriorado en el ámbito académico y en las interacciones tanto familiares como con los iguales (Alpízar-Velázquez, 2019; Biederman et al., 1996; Bunford et al., 2020).

Diferentes autores han encontrado, además, déficits en el procesamiento de las emociones, es decir, las personas con TDAH refieren mayor dificultad para expresar sus emociones, así como para percibir los estados emocionales de otros (Bunford, 2020; Martel, 2009; Sobanski et al., 2010). En relación con esto, se ha observado que los déficits en las funciones ejecutivas que presentan las personas con hiperactividad pueden estar interfiriendo en el dominio socioemocional esencial (Kristensen et al., 2014). Esto podría ser debido a que la incapacidad

para inhibir las respuestas se asocia con mayor reactividad emocional, menor tolerancia a la frustración, disminución de la empatía y disminución de la capacidad para autorregular las propias emociones (Friedman et al., 2003, citado en Navarro, 2022).

Los déficits en la valoración afectiva y el comportamiento socialmente aceptable es el gran inconveniente a la hora de relacionarse con los compañeros y establecer relaciones de cualquier tipo (Nixón, 2001, citado en Navarro, 2022). Se ha hecho mención de que los chicos con TDAH se relacionan mejor con niños más pequeños o pasan la mayor parte del tiempo solos, en lugar de con sus iguales. Esta deficiencia se presenta por mucho tiempo, lo que en consecuencia trae consigo problemas a largo plazo para el desarrollo social en la edad adulta (Broadhurst, 2018; Nixon et al., 2001, citado en Navarro, 2022).

Un estudio realizado por Mardomingo et al. (2019), para evaluar la ansiedad social de niños y adolescentes con TDAH; de los cuales, el 51,7% tenía TDAH de predominio combinado (TC), en el 37,2% predominaba el déficit de atención (TDA) y el 9% correspondía con un TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo (TH), mostró resultados que indicaban un nivel de ansiedad social considerablemente alto entre la población con TDAH, en comparación con los valores en la población sana. En donde incluso, los adolescentes con TDA tuvieron las peores puntuaciones en comparación con adolescentes con TH.

De igual manera, se ha notado que los adolescentes con TDAH muestran una mala imagen de sí mismos, con niveles muy bajos de adaptabilidad, flexibilidad y capacidad de hacer frente a los problemas del día a día (Craparo et al., 2015, citados en Navarro, 2022). También se ha comprobado que una baja autoestima en esta etapa puede pronosticar inconvenientes psicológicos a futuro (Rosa-Alcázar et al., 2014, citado en Navarro, 2022).

Así que, no es de sorprenderse que los adolescentes con TDAH se describen con baja autoestima (Vashishtha, 2021, citado en Navarro, 2022). Esto puede deberse a su constante sensación de fracaso, así como la falta de inteligencia emocional, lo que puede conducir con

el tiempo a una baja autoestima (Craparo et al., 2015; Hechtman et al., 2004, citado en Navarro, 2022).

No obstante, es importante subrayar que la ansiedad como trastorno psicológico es una de las condiciones altamente vinculadas al TDAH y al consumo de sustancias. La ansiedad es la respuesta anticipatoria involuntaria del cuerpo a estímulos estresantes internos o externos; según González y Londoño (citados en Morales, 2018), esta condición es común en personas que consumen sustancias psicoactivas, debido a que éstas estimulan la liberación de dopamina que es la responsable del placer, así que, como reguladoras de la ansiedad, porque logran estabilidad emocional al interferir con las emociones negativas que evocan.

Estudios desde hace algunas décadas han hallado también una elevada vinculación entre TDAH y depresión, y se habla que entre el 20 y el 30% de los niños con TDAH podrían desarrollar una depresión mayor (Jensen et al., 1993). Esta situación será más frecuente durante la adolescencia y agrava el pronóstico (Kutcher, 2004, citado en Ros, 2014).

Ros (2014) menciona que los individuos con TDAH suelen ser con frecuencia depresivos, ya que los fracasos los achacan a causas internas y el éxito lo ven a través de las facultades externas. Esta situación nuevamente afecta a la percepción de sí mismo, nutriéndose de sentimientos de culpa, incapacidad, ineptitud y maldad, provocando inestabilidad afectiva, frecuentes cambios de humor y reacciones exageradas que afectan muchísimo su convivencia (Espina y Ortego, 2005, citado en Ros, 2014). El estudio de Sjöwall et al. (2013, citado en González, 2021), mostró que la ira, la tristeza, la alegría y el miedo eran las emociones más comúnmente desreguladas en el adolescente con TDAH.

Finalmente, la falta de modulación del afecto y las deficiencias de habilidades de automonitoreo, autorregulación y socialización (Ciray et al., 2021; Van-Wielink, 2005, citado en Navarro, 2022), podrían asociarse a la aparición de trastornos conductuales que pueden incluir agresiones, robos, e incluso, una personalidad antisocial en la adultez (Navarro, 2022).

Sobra decir entonces, que los factores juegan un papel preponderante y dinámico en el inicio y en la perseverancia del consumo de una sustancia (Tapia et al., 2016).

Conclusiones

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a la población infantil, cuya sintomatología puede extenderse hasta la edad adulta y por lo que se refiere a este constructo ha pasado más de un siglo para que en la actualidad se reconozcan los síntomas de falta de atención, impulsividad e hiperactividad derivados del TDAH, cuyo origen es multifactorial; enfatizando que se tiene que visibilizar el trastorno no como una moda sino como algo real; ya que según lo investigado, la prevalencia mundial es alta siendo de los trastornos más sobresalientes que ocupan la agenda de la salud mental.

En México es elevado el diagnóstico, pero muchos de los casos son confundidos con otros trastornos propios del desarrollo, por lo que es importante saber diferenciarlo, ya que una detección temprana representa un cambio muy favorable para la familia y para el adolescente con TDAH que se beneficiará de un tratamiento oportuno y pertinente, que permita prevenir que los adolescentes con TDAH lleguen al consumo de sustancias adictivas; teniendo en cuenta que se necesita de la intervención de especialistas.

Es importante recordar que el TDAH es un trastorno con uno de los mayores riesgos de comorbilidad, y que su falta de diagnóstico y atención incrementa el desarrollo de un trastorno comórbido durante la adolescencia, entre los que destacan el trastorno oposicionista desafiante, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno disocial, trastorno de aprendizaje, trastorno por consumo de sustancias, conductas disruptivas y delictivas, etcétera; toda vez que el adolescente aún experimenta cambios fisiológicos y psicológicos importantes, propios de un cerebro todavía en desarrollo, susceptible y propenso a desarrollar conductas de riesgo para su desarrollo.

Según la investigación realizada el TDAH es altamente comórbido con el consumo y abuso de sustancias; las sustancias de mayor entre esta población son el alcohol, el tabaco, el

cannabis y los inhalables, las cuales ocasionan alteraciones fisiológicas y psicológicas que crean dependencia y que con el tiempo son mortales.

Aunque se ha intentado establecer una relación entre el TDAH y el consumo de sustancias, según Birmaher (2007, citado en Llanos, 2019), persisten limitaciones en la comprensión de cómo operan claramente los factores o variables que influyen en esta comorbilidad. No obstante, sabemos que las influencias familiares, escolares y sociales son fundamentales, tanto como los factores biológicos que predisponen al abuso. Se requiere mayor divulgación y estudio acerca de las interacciones entre los factores y sus impactos en el desarrollo de consumo de drogas entre adolescentes con TDAH.

La calidad de vida y la vida misma se ponen en juego, tanto de quienes viven directamente la condición, como de quienes conviven con él o ella. Cada decisión, acción, actitud y sentimiento que se desarrolla junto con el abuso de sustancias afecta directa e indirectamente el bienestar físico y mental (Vicario y Júdez, 2007, citado en Ester, 2017).

En el caso de un adolescente con TDAH, ya de por sí las manifestaciones propias del trastorno pueden condicionar su bienestar físico y emocional; pero, cuando se suma el consumo de una sustancia adictiva, el riesgo es aún mayor, pues las implicaciones a nivel de salud y seguridad personal son importantes.

El niño o adolescente con TDAH debe tener un plan de tratamiento integral que limite el desarrollo de comorbilidades como la que se ha tratado en este trabajo, a través de la intervención oportuna y especializada de los profesionales de la salud física y mental (psiquiatra, psicólogo y médico); así como de los agentes sociales que mayor impacto tienen en la vida del adolescente (profesores y padres de familia).

Resulta fundamental evidenciar que el TDAH es, por sí mismo, un factor de riesgo para el consumo de sustancias adictivas; pero, además, que contamos con factores orgánicos o biológicos que responden rápidamente ante ellas provocando la adicción y, son múltiples las

condiciones emocionales, familiares, educativas y socioambientales que se combinan en distintos momentos para promover el consumo y el abuso de sustancias.

En el adolescente con TDAH, el componente hiperactivo-impulsivo se considera un factor de riesgo importante, porque está asociada a la búsqueda de nuevas experiencias y a la dificultad para inhibir y demorar el deseo de reforzamiento; pero, la falta de atención, estructura y límites, el experimentar rechazo, negligencia, dificultad para enfrentarse a las frustraciones, para interactuar con los otros y cumplir con las expectativas de los demás, el desarrollo de estrés, ansiedad, depresión, pobre estima personal, entre otros, pueden ser factores que en conjunto detonen el consumo de sustancias e incluso, de otros trastornos que a su vez refuerzan todavía más la posibilidad de desarrollar una adicción.

Es importante destacar que los factores sociales están relacionados con el entorno más amplio en el que se desenvuelve el adolescente con TDAH, no se circunscriben al entorno de la familia, por lo que la comprensión de su alcance puede ser compleja. La exposición a la violencia física o psicológica ya sea en el seno familiar, en la escuela, en la calle o la comunidad, puede provocar respuestas adaptativas y defensivas por parte del adolescente. La disponibilidad fácil de drogas en estos entornos también aumenta la probabilidad de su consumo y más cuando también está presente una baja percepción de riesgo con relación a las drogas, y el deseo de pertenencia a algún grupo de pares de referencia.

Desde la perspectiva personal de quien escribe, el TDAH debe verse como una realidad que afecta a la población infantil y a sus padres que no saben cómo actuar, lo cual afecta al adolescente en su calidad de vida, en su proyecto de vida profesional, familiar, personal, etcétera, por lo que se requiere que en el momento en que se observe que el niño presenta constantes conductas definidas como problemas; donde los profesores y padres de familia etiquetan al niño como problema, latoso, incontrolable, inquieto, rebelde, de mala conducta, bajo rendimiento escolar, con labilidad emocional, entre otras, es momento de buscar ayuda psicológica y psiquiátrica para que brinden un preciso diagnóstico con un tratamiento

de tipo integral y adecuado para el niño y sus padres. Ya que la educación externa guiada y estructurada terapéuticamente, puede influir positivamente en el adolescente con TDAH.

Bibliografía

- Álvarez, A. L. (2022). *Aproximación a la Teoría Fundamentada como fuente de conocimiento frente al TDAH y el TCS* [Máster de Psicopedagogía, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/57119/TFM-G1593.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (R. Restrepo y Burg Translations, Trads.). Asociación Americana de Psiquiatría. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Barkley, R. A. (2011). *TDAH: Diagnóstico, demografía y clasificación en subtipos*. Educación Activa y Fundación MAPFRE. <https://www.aepap.org/sites/default/files/profesionales-cap-01.pdf>
- Carbajo, V. M. C. (2022). Pautas de Intervención con alumnado con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of New Education*, 9, 137-161. <https://DOI10.24310/IJNE.9.2022.13572>
- Castellanos, R. L. (2017). *Comorbilidades y Evolución del TDAH* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24428/TFG-M-M825.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De León, V. D. (2021). *La conducta en el alumnado con TDAH* [Tesis de maestría, Universidad de La Laguna]. Repositorio institucional Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/25147/La%20conducta%20en%20el%20alumnado%20con%20TDAH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dictamen con punto de acuerdo que exhorta a la secretaría de educación y la secretaría de salud para que, de manera coordinada con sus homólogas locales, fortalezcan las acciones de información, diagnóstico y atención de los trastornos de déficit de atención con hiperactividad con la finalidad de prevenir y atender dicho padecimiento, así como sensibilizar a la sociedad del mismo, poniendo especial énfasis en niñas, niños, adolescentes y jóvenes que cursan la educación básica y media superior, Segunda Comisión: Relaciones Exteriores, Defensa Nacional y Educación Pública de la Comisión Permanente del Poder Legislativo Federal de los Estados Unidos Mexicanos. (2017). https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/63/2/2017-08-02-1/assets/documentos/Dict_2da_ATENCION_DE_HIPERACTIVIDAD.pdf

- Estrada, M. L. (2017). *Desarrollo y ciclo vital: niños y adolescentes*. Fundación Universitaria del Área Andina y Fondo editorial Areandino.
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/1383/Desarrollo%20y%20ciclo%20vital-%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes.pdf?sequence=1>
- Fernández, S. M., Piñón, B. A., & Vázquez-Justo, E. (2017). Concepto, Evolución y etiología del TDAH. *Lex Localis – Journal of local Self-Government*.
<https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.1>
- Franquiz, S. F. I., & Ramos, M. S. (2016). *TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento* [Trabajo de Grado Psicología, Universidad de la Laguna]. Repositorio institucional Universidad de la Laguna.
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3184/TDAH+Revision+teorica+del+concepto,+diagnostico,+evaluacion+y+tratamiento.pdf?sequence=1>
- García, C. D. J., & Torralba, M. M. J. (2018). Perspectiva bioética del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista del Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud*, 8. <https://revistas.um.es/bioderecho/article/view/389011/268731>
- García de Vinuesa, F. F. (2017). Prehistoria del TDAH: Aditivos para un diagnóstico insostenible. *Papeles del psicólogo*, 38(2), 107-115.
<https://www.redalyc.org/journal/778/77851775005/77851775005.pdf>
- Guillermo, A. J. A. (2020). *Dimensiones de personalidad, ansiedad y craving en adolescentes con diagnóstico de trastorno de dependencia de sustancias* [Tesis de Licenciatura, Universidad Del Azuay]. Repositorio institucional de la Universidad del Azuay.
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10160/1/15790.pdf>
- González, G. R. (2021). *La inteligencia emocional en niños con TDAH* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49197/TFG-G4964.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Isorna, F. M., Liñares, M. D., Golpe, F. S., Gómez, S. P., & Rial, B. A. (2021). Evaluación del consumo de drogas en adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 3(60), 41-54.
<https://www.aidep.org/sites/default/files/2021-07/RIDEP60-Art4.pdf>
- Lavigne, C. R., & Romero, P. J. F. (2010). Modelo Teórico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad I: Definición Operativa. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1303-1338.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000017>

- López, C. D., Martín, C. C., Hernández, G. J. P., & Rodríguez, H. P. J. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias pediátrica*, 40(1), 40-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435117>
- Llanos, L. L. J., García, R. D. J., González, T. H. J., & Puentes, R. P. (2019). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 21(83). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300004&lng=es&tlng=es.
- Mardomingo, S. M. J., Sancho, M. C., & Soler, L. B. (2019). Evaluación de la Comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Estudio SELFIE. *Anales de pediatría*, 90(6), 349-361. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.07.014>
- Martínez, S. E. (2017). *Relación entre trastorno hiperactivo y consumo de sustancias: un estudio retrospectivo* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. Digitum: Repositorio institucional de la Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/54708>
- Mayorga, M. C., Godoy, B. M. P., Riquelme, S. S., Ketterer, R. L., & Gálvez, N. J. L. (2016). Relación entre problemas de conducta en adolescentes y conflicto interparental en familias intactas y monoparentales. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 107-122. <https://www.redalyc.org/pdf/804/80444652008.pdf>
- Morales, O. J. E. (2018). *Factores de riesgo y trastornos de conducta implicados en el uso de Sustancias Psicoactivas (SPA) en niños, niñas y adolescentes* [Monografía]. Repositorio institucional de la Universidad Católica de Pereira. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/4968/5/DDEPCEPNA90.pdf>
- Navarro, N. M. (2022). *Factores cognitivos y de personalidad individuales y familiares en adolescentes con TDAH* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. Digitum: Repositorio institucional de la Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/124123/1/Tesis%20Doctoral%20-%20Mar%c3%ada%20Navarro%20Noguera.pdf>
- Ordoñez, R. L. (2013). *Intervención socioeducativa con un menor con TDAH y su familia* [Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental de la Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/4726/TFG-L254.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Padrós, B. F., Zamora, C. M., Salinas, G. P., & Martínez, M. M. P. (2017, enero-marzo). Cinco vías del TDAH al consumo patológico de alcohol. *Revista Siglantana. Psicósomática y*

Psiquiatría.

<https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/393865/487281>

Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 5-8.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000100005&lng=en&tlng=es.

Penas, P. M. Z. (2019). *TDAH: Historia, concepto, evaluación, diagnóstico, sobrediagnóstico y tratamientos* [Trabajo de Fin de Grado de Psicología, Universidad de la Laguna].

Repositorio institucional Universidad de la Laguna.

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14619/TDAH%20historia,%20concepto,%20evaluacion,%20diagnostico,%20sobrediagnostico%20y%20tratamientos.pdf?sequence=1>

Piñón, B. A., Vázquez, J. E., & Fernández, S. M. (2017). Modelos Neuropsicológicos del TDAH. *Lex Localis – Journal of local Self-Government*. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8.3>

Ramos, S. S. (2023). *La impulsividad cognitiva como factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes diagnosticados con TDAH* [Trabajo fin de Máster, Universidad de Sevilla]. idUS. Depósito de investigación de la Universidad de Sevilla.

https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/148247/tfm_ramos_solis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reverón, R. D. (2016). *Relación TDAH y drogas* [Tesis de licenciatura, Universidad de la Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de la Laguna.

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2803/Relacion%20TDAH%20y%20Drogas.pdf>

Rohde, L. A., Buitelaar, J. K., Gerlach, M., & Faraone, S. V. (Eds.). (2019). *La Federación Mundial de TDAH guía*. Artmed Editora y Grupo a Educação.

https://adolescenciasema.org/ficheros/articulosparaprofesionales/documentos/Neurologiaysaludmental/Fed._Mundial_de_TDAH_Guia.pdf

Rojó-Valdemoro, C., Rojo-Moreno, J., & Santolaya, P. De O. J. (2021). Relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno por consumo de sustancias (revisión). *Revista española de drogodependencias*, 46(1), 21-41.

https://www.aesed.com/upload/files/v46n1_rojo.pdf

Ros, S. A. I. (2014). *Consumo de Drogas y su relación con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Un estudio Prospectivo: 1981-2013* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. Digitum: Repositorio institucional de la Universidad de Murcia.

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/41086/1/Ana%20In%20c3%a9s%20Ros.pdf>

- Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- San Juan, S. P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541219302148?via%3Dihub>
- Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. (2017, 23 de enero). 035. *Cinco por ciento de la población infantil y Adolescente presenta TDA* [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/035-cinco-por-ciento-de-la-poblacion-infantil-y-adolescente-presenta-tda#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20alrededor%20del%20cinco,de%20manera%20inadecuada%20e%20hiperactivos>
- Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. (2019, 27 de septiembre). 278. *Diagnóstico oportuno del TDAH disminuye riesgo de desarrollar adicciones y depresión* [Comunicado de prensa]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/278-diagnostico-oportuno-del-tdah-disminuye-riesgo-de-desarrollar-adicciones-y-depresion>
- Tacuri, CH. K. (2021). *Plan de Estrategias Metodológicas para una niña con síntomas de TDH que ingresa en el primer año de la unidad educativa particular "La Asunción"* [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional de la Universidad del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11223/1/16760.pdf>
- Tapia, P. D. C., Villalobos, M. R., Valera, M. M. M., Cadena, A. J. L., Ramírez, E. J. F., Guzmán, V. O. R., Maldonado, B. A. G., & Ortiz, P. D. M. (2016). *Adicciones en el Adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. Universidad Nacional Autónoma de México. http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/263/Adicciones_2016.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Tavera, J. A. K. (2021). *Revisión bibliográfica del tratamiento multimodal en escolares diagnosticados con el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad en América Latina* [Tesis de licenciatura, Universidad Latina de Costa Rica]. Repositorio institucional de la Universidad Latina de Costa Rica. https://repositorio.ulatina.ac.cr/bitstream/20.500.12411/288/1/TFG_Ulatina_Alondra_Tavera_Jaramillo_2015010847.pdf

- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., De la Fuente-Martín, A., & Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>
- Terán, P. A. (2020). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y uso de sustancias. *Revista Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 2), 76-79. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000200017&lng=es&tlng=es.
- Torrice, L. E., Vélez, M. A., Villalba, R. E., Fernández, C. F., Hernández, C. A., & Ramírez, L. J. (2012). TDAH en pacientes con adicción a sustancias: análisis de la prevalencia y de los problemas relacionados con el consumo en una muestra atendida en un servicio de tratamiento ambulatorio. *Trastornos Adictivos*, 14(3), 89-95. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-X1575097312573912>
- Vázquez, S. M., Castejón, R. S., López, C. M., Puig, G. C., Genzor, R. C. y Alcón, G. M. (2022). Dialnet-Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Aragón: ¿Realmente sobrediagnosticado? [*Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2023:53: 16-21*]
- Villanueva-Bonilla, C., & Ríos-Gallardo, A. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 23(1), 59-74. <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/04/19582-44761-1-PB.pdf>
- Zuluaga-Valencia, J. B., & Fandiño-Tabares, D. C. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 61-66. <https://www.redalyc.org/journal/5763/576364351010/html/>