



**Universidad Nacional Autónoma de México**



**Facultad de Medicina**

**Departamento de Psicología Médica,  
Psiquiatría y Salud Mental**

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES  
ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DUAL: TDAH Y TRASTORNO POR  
CONSUMO DE SUSTANCIAS.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

**AZALEA ADRIANA DURÁN HEREDIA**

**Asesores:**

**Dr. Fernando López Munguía**

**Dra. M<sup>a</sup> Del Carmen Flores Miranda**

México, D. F. Agosto de 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, si bien ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación por parte de la autora y sus asesores de tesis, no hubiese sido posible su finalización sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y que han sido un soporte en momentos de incertidumbre.

Primero y antes que nada, daré gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A Beto y Elías, por ser las personas que han compartido el mayor tiempo a mi lado, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

Agradecer hoy y siempre a mi familia porque a pesar de la distancia, el ánimo, apoyo y alegría que me brindan me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

De igual manera mi más sincero agradecimiento a los Dres. Ma. Del Carmen Flores Miranda y Fernando López Munguía por ser mis asesores de la tesis a quienes debo muchísimo, así también a aquellos que me permitieron realizar mi especialización en psiquiatría en la prestigiosa UNAM y esencialmente en el Fray.

A mis compañeros y amigos, por hacerme reír, por brindarme su ayuda y amistad desde el primer momento y siempre, con los que comparto las mismas experiencias y nos ponemos el hombro cada vez que se necesita, por su apoyo y ánimo en cada etapa que se pasa y viene a lo largo de estos años de estudio.

En general quisiera agradecer a todas y cada una de las personas que hayan vivido conmigo la realización de esta especialización, con sus altibajos y que no necesito nombrar porque tanto ellas como yo sabemos que desde los más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

## **CONTENIDO**

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<b>LISTA DE TABLAS Y FIGURAS</b>	<b>III</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>IV</b>
<b>ABREVIATURAS</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>V</b>
<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b><u>1</u></b>
<b>MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>12</b>
<b><u>MATERIAL Y MÉTODOS</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>12</b>
<b>POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>	<b>13</b>
<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN</b>	<b>14</b>
<b>VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN</b>	<b>15</b>
<b>RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>17</b>
<b>IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO</b>	<b>18</b>
<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>DISCUSIÓN</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>CONCLUSIONES</u></b>	<b><u>¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.</u></b>
<b><u>REFERENCIAS</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>ANEXOS</u></b>	<b><u>31</u></b>
<b>I. CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>31</b>
<b>II. INSTRUMENTOS UTILIZADOS</b>	<b>32</b>

## ***LISTA DE TABLAS Y FIGURAS***

Figura 1, Edad de la población muestral.....	21
Figura 2, Distribución por Género.....	22
Tabla de contingencia de los TCS segmentada por clasificación diagnóstica.....	22
Tabla de contingencia resultante de cruzar los resultados de ASRS con M.IN.I.....	23
Estadístico del procedimiento prueba T para muestras independientes.....	23
Tabla de contingencia del estado civil segmentada por clasificación diagnóstica.....	23
Tabla de contingencia de la escolaridad segmentada por clasificación diagnóstica.....	24
Tabla de contingencia de situación laboral segmentada por clasificación diagnóstica.....	24
Tabla de contingencia de los problemas legales segmentada por clasificación diagnóstica.....	24

## **ABREVIATURAS**

<b>TDAH</b>	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
<b>DSM- IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 <sup>th</sup> . ed.
<b>HPFBA</b>	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
<b>SAMHSA</b>	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
<b>EUA</b>	Estados Unidos de América.
<b>MINI</b>	Mini International Neuropsychiatric Interview
<b>ASRS</b>	Adult ADHD Self- Report Scale
<b>OMS</b>	Organización Mundial para la Salud.
<b>CIE-10</b>	Código Internacional de Enfermedades, versión 10
<b>SCID-P</b>	Structured Clinical Interview for DSM III-R
<b>CIDI</b>	Composite International Diagnostic Interview
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>DD</b>	Diagnóstico Dual
<b>TCS</b>	Trastorno por Consumo de Sustancias.
<b>SU</b>	Servicio de Urgencias
$\chi^2$	Chi Cuadrada
<b>p</b>	Significancia
<b>df</b>	Grados de Libertad
<b>T</b>	Prueba T estadística
<b>N</b>	Muestra
<b>SD</b>	Desviación Estándar

## ***RESUMEN***

Actualmente, el diagnóstico de TDAH, se hace en base de síntomas de inatención, impulsividad e inquietud psicomotora, debiendo ser observados desde la infancia, persistir a través de diferentes situaciones y ser crónicos. Las similitudes entre la presentación clínica del TDAH y la de otros pacientes neurológicos han sugerido que el TDAH es un trastorno cerebral que afecta importantemente la corteza prefrontal. Una historia familiar de TDAH, trastornos por uso de sustancias y otros trastornos de conducta se correlacionan con un mayor riesgo para la persistencia de síntomas de TDAH en la adolescencia. Se ha descrito que en la adultez, los síntomas persisten hasta en un 65% de los casos. Algunas encuestas sugieren que el TDAH afecta al 10.9% de los adultos en EUA, sin embargo únicamente el 10.9% habían recibido tratamiento en el periodo de un año previo a la encuesta. Existen poblaciones con mayor riesgo para padecer de esta enfermedad. Entre ellas están los pacientes psiquiátricos (que buscan atención por otra causa) y la de los pacientes con trastorno por uso de sustancias. Así pues en una población con *diagnóstico dual*, la prevalencia sería mucho mayor. Se ha descrito que hasta el 23% de los sujetos con trastornos relacionados al uso de sustancias cumplen criterios para TDAH. Los adultos con TDAH presentan un trastorno relacionado al consumo de alcohol en un 9 -50%. La evolución clínica de estos sujetos tiende a ser mala si no se abordan ambos trastornos. Este estudio tiene la finalidad de describir la prevalencia del *diagnóstico dual* que involucra la existencia del TDAH en la población que acude al Servicio de Urgencias del HPFBA, así como la descripción de variables clínicas y sociodemográficas relacionadas a estos casos. Previo consentimiento informado se recolectó una muestra de 60 sujetos, los criterios de inclusión fueron: 1.-Ser paciente de 20 a 40 años que acuda al SU. 2.- cumplir con los

criterios de *diagnóstico dual* en el momento de la valoración. 3.- Aceptar participar de forma voluntaria. Los criterios de exclusión fueron: 1.- Acudir en estado de intoxicación a alcohol u otra sustancia (excepto nicotina). 2.- Padecer retraso mental, cuadro psicótico (activo) u otra condición que limite su cooperación en el estudio. 3.- No aceptar participar en el estudio. 4.- Mujeres embarazadas. A los sujetos de la muestra se les aplicó la entrevista estructurada MINI plus en su apartado para TCS, en caso de contar con un Trastorno adictivo se aplicó la ASRS-v1.1. A los casos posibles se les aplicó la entrevista estructurada M.I.N.I. plus en sus apartados para TDAH. A todos los sujetos de la muestra se les solicitó información clínica y sociodemográfica en formato diseñado específicamente para el estudio. Los resultados fueron sometidos a un análisis descriptivo y se realizaron comparaciones entre los sujetos con y sin diagnóstico de TDAH. Se realizarán pruebas de *T de Student* para las comparaciones entre variables escalares, *U de Mann Whitney* para variables ordinales y  $\chi^2$  para las nominales.



## INTRODUCCIÓN

Se creía, hasta hace poco tiempo, que el llamado Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad-Impulsividad (TDAH), tan común en la niñez, disminuía en la adolescencia y desaparecía en la vida adulta; sin embargo, hoy se estima que de aquellos niños que padecieron el problema en su primera infancia, aproximadamente un 60-70% lo lleva también a la vida adulta.

El TDAH implica necesariamente un deterioro significativo de la calidad de vida de quienes lo padecen y además, un terreno abonado para el posterior desarrollo de otras enfermedades psiquiátricas más severas como trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad (ataques de pánico, ansiedad generalizada), mal control de los impulsos (alcoholismo, abuso de sustancias, juego patológico) y desórdenes de la personalidad (Ej.: antisocial, límite, obsesiva).

Mientras que en la infancia el cuadro dominante es el trastorno del comportamiento añadido a problemas escolares, en los adultos se presenta asociado a otras patologías. Se ha observado que en casi  $\frac{3}{4}$  partes de los pacientes hay patología asociada, siendo las más frecuentes: depresión, trastornos de angustia, trastornos relacionados al consumo de sustancias, trastornos de la personalidad, cluster B y trastornos bipolares.

Los síntomas por los que los pacientes demandan asistencia psiquiátrica son problemas en el trabajo, problemas en las relaciones personales, problemas financieros causados por el juego, problemas originados por la búsqueda constante de sensación (Sensation seeking),

obsesiones, cambios del humor, agresión, pérdida de control en las emociones, conducta antisocial.

Hablando en específico de la comorbilidad TDAH/ trastornos relacionados al consumo de sustancias, algunos estudios han calculado cerca de un tercio de los usuarios de sustancias psicoactivas la presenta. Además se ha observado que en cuanto al alcoholismo hasta un 50 % de los adultos presenta TDAH. La teoría de la automedicación se ha utilizado como explicación a estas cifras. También podría hipotetizarse que determinadas características neurológicas predisponen a establecidos comportamientos motores, motivacionales y atencionales que, en constante y temprana interacción con elementos ambientales, van configurando una estructura de personalidad de los sujetos y los van haciendo proclives al desarrollo de patrones de comportamiento disfuncionales que culminan en la auto administración de sustancias, siendo esta , en muchos casos, el desencadenante de la demanda de ayuda

A nivel internacional se habla de una prevalencia del 1 al 6 % de la población adulta, para colmo las diferentes fuentes son muy dispares acerca de su presentación y prevalencia, no tiene predominio por algún sexo, difiriendo esto de la presentación infantil, sin embargo su comorbilidad con abuso de sustancias oscila desde un 20 hasta un 40 % de esta población. A nivel nacional poco es lo que se conoce sobre su prevalencia y factores que pudieran asociarse al mismo. El TDAH es una entidad que evoluciona hacia la cronicidad y que tiene grandes repercusiones a nivel individual y social, lo mas grave de esto es que

los niños con TDAH al entrar en la adolescencia incrementan de 2 a 5 veces el consumo de sustancias que grupos controles, persistiendo esto en la adultez.

Por estos motivos, se considera importante estudiar la relación entre la posible existencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en sujetos con consumo problemático de sustancias, ya que el conocer datos estadísticos de nuestra población, nos ayudará a tener una perspectiva más integral que redundará en una terapéutica apropiada y un viable pronóstico hacia la recuperación.

### ***Marco de referencia y antecedentes***

Una pandemia de encefalitis letárgica que ocurrió en la etapa tardía de 1910 y principios de 1920 produjo las primeras pistas para entender la sintomatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Aquellos que sobrevivieron a la enfermedad presentaron síntomas residuales muy parecidos a los del TDAH, dentro de estos síntomas se encontraron: hiperactividad, falta de coordinación, problemas de aprendizaje, impulsividad y agresión. Los sobrevivientes sufrieron un daño a nivel de la sustancia negra, un área rica en dopamina. La observación de este experimento natural contribuyó al entendimiento de que los síntomas como inatención, inquietud y problemas de conducta pudieran resultar de un daño estructural cerebral. Las definiciones en el manual diagnóstico DSM han sido lentas en cuanto al TDAH en adultos. El DSM IV<sup>(a)</sup> fue el primero que consideró que el TDAH puede persistir hasta la edad adulta. Al parecer la

mayoría de los pacientes que padecen TDAH en la edad adulta no presenta criterios completos para el diagnóstico, sin embargo un alto porcentaje continúan con síntomas residuales. Este trastorno fue reconocido por primera vez en 1900, aunque la descripción del mismo en la edad adulta apareció hasta principios de 1970. (1)

Actualmente el diagnóstico de TDAH se hace en base de síntomas inapropiados durante el desarrollo de inatención, impulsividad e inquietud psicomotora. Son 3 los subtipos reconocidos: de predominio de inatención, de predominio de hiperactividad/impulsividad y el mixto (una mezcla de los dos primeros). Los síntomas deben ser observados desde la infancia, persistir a través de diferentes situaciones y ser crónicos. Las similitudes entre la presentación clínica del TDAH y la de otros pacientes neurológicos han sugerido que el TDAH es un trastorno cerebral que afecta de forma importante la corteza prefrontal. Algunas teorías enfatizan el rol central de las alteraciones de atención, funciones ejecutivas y desinhibición. La atención se refiere a un grupo de complejas operaciones mentales que incluyen enfocarse en un objetivo, el mantenimiento de dicho enfoque por medio de la vigilancia, la codificación de las propiedades del estímulo, así como la capacidad de suspender y cambiar de foco. Las funciones ejecutivas regulan la conducta; típicamente, involucran la inhibición y el control de los impulsos, la memoria de trabajo, la flexibilidad cognoscitiva, planeación y organización. La atención y funciones ejecutivas se han mantenido como el foco de las teorías actuales sobre las bases neuropsicológicas del TDAH. En los adultos se han descrito alteraciones en pruebas neuropsicológicas que involucran funciones de atención, memoria e inhibición conductual. Las alteraciones

encontradas en adultos con TDAH parecen ser similares cualitativamente a las de los niños y adolescentes, lo que apoya el concepto de continuidad sindromática. <sup>(2)</sup>.

En los casos sugestivos de TDAH en la edad adulta se deben de tomar en cuenta los diagnósticos diferenciales como otros trastornos mentales, enfermedades neurológicas, alteraciones nutricionales y metabólicas, disfunción tiroidea, trastornos del sueño y otros. Conforme los investigadores consideraron que el TDAH refleja una disfunción cerebral, observaron similitudes fenotípicas a los pacientes con lesiones en lóbulos frontales. Así surgió la hipótesis de que esta patología esta causada por un mecanismo de insuficiencia inhibitoria de la corteza frontal. Esto se apoyó en el modelo de éxito al uso de psicoestimulantes y modelos animales que se relacionaban al sistema dopaminérgico con una fuerte predilección en la corteza prefrontal. Una historia familiar de TDAH, trastornos por uso de sustancias y otros trastornos de conducta se correlaciona con un mayor riesgo para la persistencia de síntomas de TDAH en la adolescencia. El 25% de los familiares de primer grado de niños con TDAH también lo padecen. De igual forma los familiares de niños con TDAH experimentan una mayor prevalencia para TDAH, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno depresivo mayor y trastornos de ansiedad. <sup>(3,4,5)</sup>

Aún y cuando en los adultos no siempre se cumplen los criterios para un diagnóstico de TDAH, los síntomas persisten en hasta el 65% de los casos. Algunas encuestas sugieren que el TDAH afecta al 10.9% de los adultos en EUA, sin embargo solo el 10.9% había recibido tratamiento en el periodo de un año previo a la encuesta. Es importante tomar en cuenta que el 50 al 75% de los adultos con TDAH sufren algún otro trastorno mental.

Dentro de los estudios recomendados para una valoración integral y para descartar un diagnóstico diferencial se encuentran: biometría hemática, electrolitos séricos, niveles de glucosa, perfil tiroideo, detección de drogas, aplicación de cuestionarios del sueño, entre otros. <sup>(6,7,8)</sup>

En los estudios de seguimiento de adultos con TDAH diagnosticado desde la infancia se han encontrado diferencias significativas en el rendimiento escolar en comparación a los sujetos sin el trastorno. Además de que presentan mayores problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar. En el área laboral los problemas en el control de los impulsos y la inatención parecen provocar importantes deficiencias en el rendimiento. Por consiguiente tienden a percibir menores ingresos anuales en comparación de los adultos sin el trastorno. <sup>(9)</sup> Los accidentes automovilísticos frecuentes se asocian a alteraciones en la habilidad de conducir vehículos en las personas que sufren este trastorno. Las relaciones interpersonales, especialmente las de pareja, muestran un deterioro probablemente relacionado a las demandas sociales afrontadas en la edad adulta. Se considera que del 60 al 70% de las personas con TDAH padecen de comorbilidad psiquiátrica. Entre los padecimientos más frecuentemente descritos se encuentran los relacionados al consumo de sustancias con prevalencias de hasta el 19%. En estos casos la evolución de los trastornos relacionados al consumo de sustancias presenta una influencia negativa por el TDAH, ya que existe un mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias. <sup>(6)</sup>

Las prevalencias reportadas en los estudios epidemiológicos indican que el TDAH en los adultos está infradiagnosticado. Una de las posibles causas de esta situación es que la

sintomatología experimenta cambios en los adultos respecto a la infancia. La hiperactividad es el síntoma que más se reduce, seguido de la impulsividad, y la inatención se mantiene prácticamente igual. (6)

Se entiende por Diagnóstico Dual (DD) a la comorbilidad, concurrencia o concomitancia de un diagnóstico psiquiátrico mayor catalogado en eje I y/o II (DSM- IV) con un Trastorno relacionado al Consumo de Sustancias (TCS). Algunos de los primeros psicoanalistas (Ana Freud, Fenichel, Adler, Menninger y Knight) escribieron sobre la psicodinamia de los alcohólicos bajo estas premisas, lo cual resultó ineficaz. Esta falla terapéutica llevó a la apresurada conclusión de que el alcoholismo no era manejable a través de la psicoterapia. Desde hace 40 años se iniciaron los estudios epidemiológicos orientados a reportar la comorbilidad de los desórdenes por consumo de sustancias y otros padecimientos psiquiátricos. El Diagnóstico Dual fue identificado por los clínicos a finales de los años 70 y principios de los 80. Los estudios estiman que aproximadamente el 70% de los pacientes con desórdenes por consumo de sustancias sufren comorbilidad con al menos un trastorno psiquiátrico concomitante. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) en su reporte del congreso para la prevención y el tratamiento de los trastornos duales del 2002 estima que en EUA existen alrededor de 10 millones de individuos que sufren alguna forma de desorden mental y consumo de sustancias. Estos pacientes ingresan a servicios donde se les atiende por separado la patología psiquiátrica y el consumo de sustancias. Lo cual implica menor efectividad, pues no se atiende como un fenómeno integral. En términos de costo beneficio es mucho más

caro duplicar esfuerzos, al tener que pagar dos tratamientos. <sup>(10, 11)</sup>. Dentro de las principales teorías para la definición de este fenómeno tenemos:

-La psicopatología puede servir como un factor de riesgo para los trastornos adictivos, o bien puede afectar la evolución de un trastorno adictivo.

-Puede haber factores genéticos entre ciertos trastornos psiquiátricos y los trastornos por uso de sustancias.

-Se pueden presentar síntomas psiquiátricos en la evolución de la intoxicación crónica con las sustancia de abuso.

-Los trastornos psiquiátricos pueden surgir como una consecuencia del uso de sustancias y persistir después de la remisión.

-La presentación de ambos trastornos en un mismo individuo es mera coincidencia. <sup>(10)</sup>

En estudios previos se ha descrito que hasta el 23% de los sujetos (adolescentes y adultos) con trastornos relacionados al uso de sustancias cumplía criterios para TDAH. Los adultos con TDAH presentan un trastorno relacionado al consumo de alcohol en un 9-50% de los casos. Los problemas de atención se exacerban en los procesos de abstinencia. <sup>(10, 11, 12)</sup>.



El tratamiento de los pacientes que presentan TDAH con comorbilidad con trastornos relacionados al consumo de sustancias es complejo. Se recomienda como primera meta la reducción o cese del consumo de sustancias y posteriormente la reevaluación de los síntomas de TDAH. Es importante una buena historia clínica y el descartar diagnósticos diferenciales. Al parecer los pacientes con trastornos relacionados al consumo de sustancias y los adultos con TDAH comparten síntomas de inatención e impulsividad y tienden a tener patrones de vida muy similares. <sup>(13, 14)</sup>

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), es una institución que atiende a la población con padecimientos psiquiátricos. Al ser una instancia pública, los pacientes se conforman de diferentes estratos socioeconómicos y culturales. En todos los servicios se atienden a sujetos con diagnóstico dual, esto es, pacientes con un Trastorno por consumo de sustancias asociado a un síndrome psicopatológico enmarcado en el eje I. Es esperable que esta población muestre mayor prevalencia de TDAH que las reportadas en los pacientes que no padecen un TCS.

### ***Planteamiento del problema***

Es habitual observar que en psiquiatría general no se acostumbra diagnosticar los Trastornos Adictivos concomitantes a un Trastorno Mental y, en el caso de ser diagnosticados, la mayoría de las veces no se prescribe un tratamiento adecuado <sup>(15)</sup>. La situación inversa también es frecuente y muchos especialistas en adicciones no detectan, o

no manejan adecuadamente, cuadros psiquiátricos mayores <sup>(16)</sup>. Si a este sesgo, muy probablemente ligado a la formación teórica de los profesionales, se une el hecho de que los centros de tratamiento no están diseñados ni preparados para manejar simultáneamente dichos cuadros (muchos programas de Salud Mental tienen como criterio de exclusión la coexistencia de un Trastorno por Consumo de Sustancias y viceversa), se pueden explicar las enormes dificultades y los constantes retrasos que sufren estos pacientes en recibir una ayuda adecuada, con el consiguiente agravamiento del pronóstico y deterioro de la calidad de vida. Específicamente hablando del TDAH, que inicia en la infancia y que de no ser tratado se puede complicar con TCS, es relevante que en nuestro medio no exista estudio alguno que nos oriente al conocimiento de los casos que presentan este DD. Por otra parte en cuanto al paciente y su familia se refiere, se puede contribuir y beneficiar por tanto que reciben una valoración intencionada en búsqueda del diagnóstico del TDAH en comorbilidad con un TCS y en caso de padecerlo pueden recibir psicoeducación al respecto, tanto ellos como sus familiares (si así lo desean). Pueden recibir un tratamiento en caso que lo ameriten y acepten, o bien, descartar el diagnóstico en caso de sospecha.

### ***Pregunta de investigación***

¿Cuál es la frecuencia de la dualidad Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad / Trastorno por Consumo de sustancias en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

## ***Justificación***

No existe ningún estudio en México hasta el momento que valore la dualidad del diagnóstico entre TDAH y Trastorno por Consumo de Sustancias. Por tanto, es deseable el conocer la prevalencia de este fenómeno en nuestra población con el afán de poder concienciar al personal médico a buscarla de forma intencionada, así como entender las implicaciones que llegan a presentarse en la evolución clínica y sociodemográfica de estos sujetos.

## ***Objetivos***

### **Objetivo General**

Describir la prevalencia del *Diagnóstico Dual* que involucra la existencia del TDAH en población con Trastornos por Consumo de Sustancias del HPFBA.

### **Objetivos Específicos**

- 1.- Describir las variables clínicas y sociodemográficas relacionadas con el DD: TDAH/ Trastornos relacionados al Consumo de Sustancias.
- 2.-. Comparar las variables sociodemográficas entre los pacientes con TDAH y aquellos que no cumplen con los criterios diagnósticos para este padecimiento

### ***Hipótesis***

Dado que es un estudio descriptivo no amerita la elaboración de una hipótesis, sin embargo, al contener dentro de sus objetivos el analizar de manera comparativa las variables clínicas y sociodemográficas entre los 2 grupos de pacientes, se plantea el enunciado correspondiente:

- Los pacientes con diagnóstico dual presentarán un inicio de consumo de sustancias más temprano, así como un número mayor de parejas sexuales y se verán involucrados con notable frecuencia en conflictos legales

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***Tipo de estudio***

Este tipo de investigación corresponde a un Estudio Descriptivo transversal, prolectivo. Este diseño fue elegido debido a la facilidad de su ejecución y que permitía estudiar diversas variables sociodemográficas a la vez que estudiábamos la prevalencia de TDAH en pacientes que previamente cumplieron criterios para TCS. Sin embargo también vale la pena realizar un análisis comparativo entre los datos sociodemográficos, de los pacientes que cumplan con criterios para TDAH y TCS entre los que solo presentan un Trastorno

por consumo de sustancias, ya que nos ayudaría a establecer si existen otros factores que influyan sobre las características de dichos pacientes. Este estudio tiene la ventaja de ser de bajo costo, aunque estamos conscientes que sus limitaciones tienen que ver con los posibles sesgos de información y selección.

### ***Población en estudio y tamaño de la muestra***

Se seleccionó la muestra entre los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias (SU) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Se trata de una unidad donde se atiende de manera inmediata al paciente por el equipo de salud, debido a que en su mayoría representan un riesgo notable e inminente para la integridad física propia o de otras personas. Sin embargo, también se atienden a pacientes que ya cuentan con expediente en dicha institución y que sufren algún efecto indeseable, o bien, algunos descontrol conductuales que no representan peligrosidad para sí mismos o terceros. Frecuentemente el contacto de un paciente dependiente de sustancias con los sistemas de salud ocurre en una situación de crisis en la cual se ve obligado a pedir ayuda, o bien es forzado, por la familia o la justicia. Por estas causas se decidió realizar el muestreo en este servicio debido a la posibilidad de encontrar en estos pacientes una mayor prevalencia de trastornos adictivos. Se logró recolectar una muestra de 60 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que no resultaron eliminados durante la aplicación de las entrevistas y escalas.

### ***Criterios de inclusión, exclusión y eliminación***

Los criterios de inclusión fueron: 1.- Pacientes de ambos sexos que acudan al servicio de Urgencias del HPFBA, 2.- Rango de edad de 20 a 40 años, 3.- Cumplir con los criterios de Trastorno por Consumo de Sustancias <sup>(10)</sup> en el momento de la valoración mediante la aplicación del MINI plus., 4.- Aceptar participar de forma voluntaria.

En cuanto a los criterios de exclusión tuvimos: 1.- Pacientes que representen peligrosidad en el momento de la valoración 2.- Pacientes que hayan presentado un cuadro psicótico por lo menos, 3.- Pacientes que se les haya diagnosticado retraso mental de cualquier grado, 4.- Acudir en estado de intoxicación a cualquier sustancia psicoactiva con excepción de Nicotina, 5.- Mujeres embarazadas, 6.- Pacientes que no acepten su participación en el estudio.

Como criterio de eliminación se consideró 1.- Que el sujeto deseara abandonar el estudio, 2.- Que presentara un cuadro de agitación psicomotriz durante la entrevista, 3.- Que presentara conducta agresiva auto o heterodirigida durante la consulta. 4.- Que el familiar no pudiese dar información fidedigna sobre el padecimiento 5.- Cualquier otra situación que limitara su cooperación en el estudio.

### ***Variables y escalas de medición***

La observación de diferentes variables nos permite determinar si existe algún factor asociado a la génesis o perpetuación de los padecimientos centrales (TDAH y TCS). De esta manera tenemos que las variables utilizadas son de diferente orden. Como variable Independiente corresponden los pacientes con y sin TDAH, como variable dependiente están los pacientes con TCS. Dentro de las variables cualitativas tenemos género, estado civil, situación laboral y antecedentes legales dentro de las nominales. Perteneciendo a variables ordinales obtenemos la escolaridad. Como variables cuantitativas discretas analizaremos la edad, el número de parejas sexuales, la edad de inicio de vida sexual activa.

### ***Instrumentos***

La herramienta Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS-v1.1) es un instrumento autoaplicable para el tamizaje de individuos que presentan síntomas del TDAH fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un grupo de trabajo en adultos con TDAH. Las preguntas que contiene la ASRS-v1.1 concuerdan con los criterios del DSM-IV y tratan sobre las manifestaciones de los síntomas del trastorno en adultos. El contenido del cuestionario también refleja la importancia que el DSM-IV le otorga a los



síntomas, discapacidades e historia clínica para el diagnóstico preciso. <sup>(13)</sup> Fue validada en el 2007 por la OMS tras realizar un estudio en 668 individuos en la modalidad test- retest y en una tercera ocasión que se aplicó en conjunto con la entrevista clínica para el DSM-IV en su apartado para TDAH en el adulto. La confiabilidad de la consistencia interna arrojó una correlación de Pearson de .72 , además mostró una fuerte concordancia con el diagnóstico clínico con un área bajo la curva de .90 <sup>(17)</sup> En otro estudio realizado en 280 pacientes tratados por conductas adictivas, fue comparada con la Wender Utah Rating Scale (WURS) y la ADHD- Rating Scale- IV. Además fueron valorados con entrevistas clínicas, mostrando buena validez de convergencia, sensibilidad, especificidad y capacidad diagnóstica <sup>(18)</sup>. La brevedad y la capacidad para discriminar los casos de no-casos en base al DSM- IV hacen muy atractiva esta herramienta de tamizaje.

La Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración desarrollada en Francia y Estados Unidos para explorar 17 trastornos de acuerdo al DSM- IV. Tiene 3 presentaciones, siendo la MINI plus la de carácter investigador ya que es una edición mas detallada y contempla que los síntomas que sean mejor explicados por una causa médica o por el uso del alcohol o drogas no deberá marcar como positivos. Además esta versión explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado 2 estudios para evaluar la confiabilidad ínter evaluador y la confiabilidad test- retest del MINI y la validez comparada con el Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y la Structured Clinical Interview for DSM III-R (SCID). A 346 individuos se les aplicó el MINI y el CIDI como *gold standard*, mostrando el coeficiente de Kappa una sensibilidad buena o

muy buena para todos los diagnósticos con excepción de Trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia y bulimia. La confiabilidad test-retest e ínter evaluador fue buena <sup>(19)</sup>.

### ***Procedimiento de la recolección de datos***

Todos los individuos fueron evaluados por el residente de Psiquiatría de tercer año titular de la presente tesis, previo análisis de los criterios de inclusión, y exclusión. Se les aplicó en primera instancia la entrevista estructurada M.I.N.I. plus en su apartado para Trastornos relacionados al consumo de alcohol y otras sustancias, diagnosticando entre Abuso y dependencia a alcohol y/u otras sustancias psicoactivas en la actualidad o alguna vez en la vida. A los pacientes que resultaron positivos para estas pautas diagnósticas se les aplicó la Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS-v1.1). El punto de corte para posible caso fue de 4 positivos o más del apartado A. En los casos posibles se les aplicó la entrevista estructurada M.I.N.I. plus en sus apartados para TDAH en el Adulto. Esta entrevista diagnóstica estructurada fue aplicada en compañía de un familiar (principalmente madre o hermanos mayores). A todos los sujetos de la muestra se le solicitó información clínica y sociodemográfica en formatos diseñados específicamente para el estudio. Se capturaron datos sociodemográficos como género, edad, nivel de estudios alcanzado, situación laboral, estado civil, antecedentes legales, tratamientos previos por consumo de drogas, edad de inicio de la droga que motiva la demanda y el tiempo de consumo.

### ***Análisis Estadístico***

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con el programa SPSS. Se utilizaron medidas de tendencia central para describir las características generales de la muestra. Para explorar diferencias entre el grupo de pacientes con TDAH del adulto con el grupo sin este diagnóstico se realizaron las siguientes pruebas estadísticas: Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para tablas de contingencia en variables categóricas y para comparar las medidas *t de Student* de muestras independientes. Se estableció nivel de significancia a un valor de *p* menor a 0.05. En los casos necesarios se emplearon pruebas no paramétricas de U de Mann-Whitney.

### ***Implicaciones Éticas del Estudio***

El presente estudio fue presentado ante el Comité de Ética del HPFBA, siendo aprobado sin dificultad ya que la investigación presenta un riesgo mínimo. A pesar de que se puede obviar un consentimiento informado escrito en este tipo de estudios y utilizar solo una autorización verbal, se prefirió usar el primero (ver anexo), lo cual se reflejó en una mayor confianza por parte del paciente y sus familiares. Como resultado del sometimiento de los sujetos a entrevistas y pruebas diagnósticas se puede provocar stress en relación al tiempo de aplicación, junto al de los resultados. Se tuvo en cuenta que el sujeto pudiera

solicitar la terminación de la evaluación al momento que él lo dispusiera. A todos los sujetos se les informó sobre los resultados de la evaluación, se les ofreció psicoeducación a él y sus familiares y se les propuso un tratamiento dentro de la institución cuando así lo requirieron, siempre evaluando el riesgo-beneficio de iniciar el tratamiento farmacológico. En los casos que se presentó una eventualidad (ejemplo: crisis de angustia, irritabilidad, etc.), se les otorgó contención por parte del investigador principal. Todos los sujetos de la muestra tuvieron los datos del investigador principal (Dra. Azalea Adriana Durán Heredia) para cualquier duda o aclaración.

Los datos específicos de nombre y número de expediente serán manejados únicamente por el investigador principal. El resto de los datos se analizarán de forma confidencial y únicamente serán manejados por los investigadores del estudio.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 60 pacientes <sup>(Figura 1)</sup> de los cuales el 68.3 % cumplió criterios para TDAH. <sup>(Figura 1)</sup> Esta a su vez, se subdividió en 35 hombres y 25 mujeres. Con distribuciones similares en cuanto a la presencia del diagnóstico de TDAH en ambos grupos. <sup>(Figura 2)</sup> Tras la aplicación del apartado para trastornos relacionados al consumo de sustancias de la M.I.N.I plus, se obtuvo que tanto el Abuso y la Dependencia actuales a sustancias psicoactivas fueron los TCS mayormente diagnosticados, sin embargo, tras realizar el análisis estadístico con  $\chi^2$  no se encontró significancia al correlacionarlo con los resultados del M.I.N.I. plus en su apartado para TDAH en el adulto. <sup>(Tabla 1)</sup>

A la aplicación de la ASRS-v1.1, 45 sujetos (75%) resultaron positivos para un diagnóstico probable de TDAH. 41 sujetos de la muestra (68.3 %) fueron diagnosticados con TDAH en la edad adulta de acuerdo a la entrevista M.I.N.I. plus. <sup>(Tabla 2)</sup> De la muestra total, 8 sujetos (13 %) habían sido diagnosticados previamente con TDAH y a 4 (6.6 %) se les había sugerido la posibilidad del diagnóstico. Únicamente 6 de los sujetos de la muestra (10 %) habían recibido tratamiento específico para TDAH.

La distribución por edad mostró una media de 30 años para ambos grupos, de manera similar, tampoco se encontró diferencia significativa tras analizar el número de parejas sexuales y el inicio de vida sexual activa. <sup>(Tabla 3)</sup> Para estas tres variables se utilizó un Intervalo de Confianza de 95 % al comparar los dos grupos.

Al comparar el estado civil, la escolaridad, la situación laboral y la presencia de problemas legales, persistió la similitud estadística entre los dos grupos, sin encontrarse diferencia entre los grupos con diagnóstico de TDAH y sin diagnóstico del mismo, las  $p$ ,  $df$  y  $\chi^2$  se describen bajo cada gráfico. (Tablas 4-7) De igual manera el resto de las variables clínicas y sociodemográficas no presentaron diferencias al compararlas entre los dos grupos.

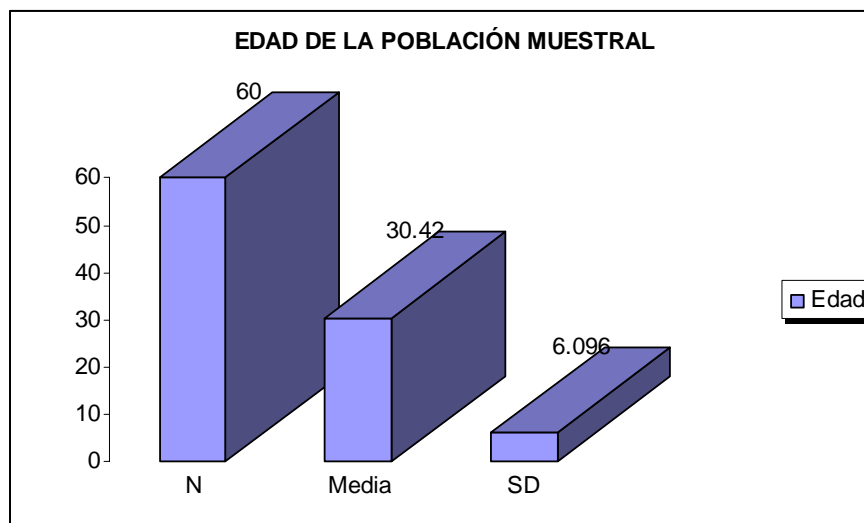
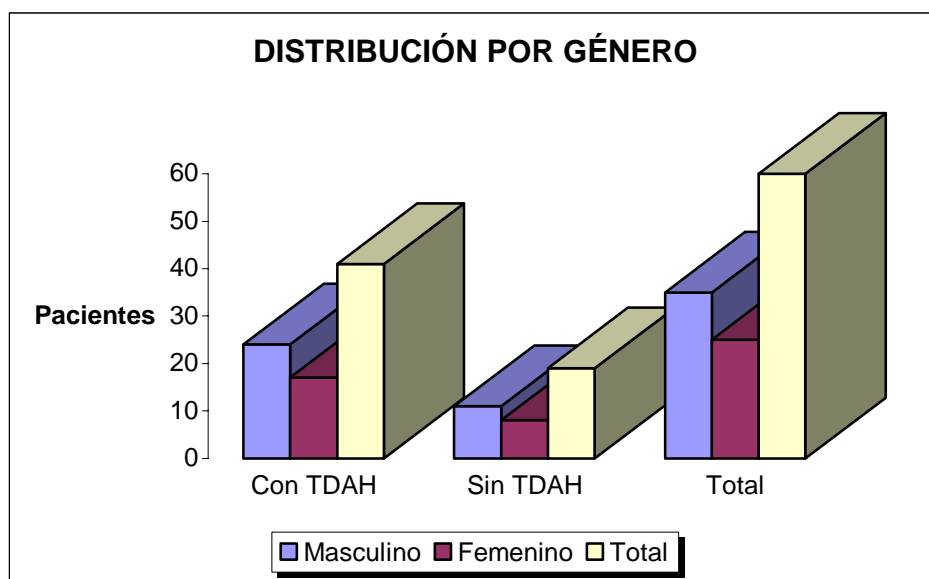


Figura 1.- Datos estadísticos de la población estudiada acerca del tamaño muestral, La media de su edad y la SD.



**Figura 2.-** Establece la relación entre los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH y la distribución por género.

**Tabla 1** Tabla de contingencia de los TCS segmentada por clasificación diagnóstica.

Trastornos Adictivos (MINI)	MINI TDAH		Total
	Con TDAH	Sin TDAH	
Abuso Actual	13	6	19
Abuso alguna vez en la vida	12	3	15
Dependencia actual	11	7	18
Dependencia remitida	5	3	8
Total	41	19	60

$X^2= 1.503$   $df= 3$   $p= .735$

**Tabla 2** Tabla de contingencia resultante de cruzar los resultados de ASRS con M.I.N.I

Tamizaje con ASRS	MINI TDAH		Total
	Con TDAH	Sin TDAH	
Puntaje mayor a 4	41	4	45
Puntaje menor a 4	0	15	15
Total	41	19	60

$X^2= 43.158$   $df= 1$   $p= .000$

**Tabla 3** Estadístico del procedimiento prueba T para muestras independientes.

Características de Pacientes		N	Media	SD
Edad <sup>1</sup>	Con TDAH	41	30.34	5.859
	Sin TDAH	19	30.58	6.744
IVSA <sup>2</sup>	Con TDAH	41	16.71	2.994
	Sin TDAH	19	16.84	3.579
PS <sup>3</sup>	Con TDAH	41	5.20	2.124
	Sin TDAH	19	5.21	3.441

1.-  $t = .139$   $df = 58$   $p = .259$   
 2.-  $t = .152$   $df = 58$   $p = .337$   
 3.-  $t = .021$   $df = 58$   $p = .002$

**Tabla 4** Tabla de contingencia del Estado Civil segmentada por clasificación diagnóstica.

Estado Civil	MINI TDAH		Total
	Con TDAH	Sin TDAH	
Casado/Unión Libre	13	11	24
Divorciado/Separado/viudo	17	3	20
Nunca casado	11	5	16
Total	41	19	60

$X^2= 4.795$   $df= 2$   $p=.094$



**Tabla 5** Tabla de contingencia de la Escolaridad segmentada por clasificación diagnóstica.

Escolaridad	MINI TDAH		Total
	Con TDAH	Sin TDAH	
Ninguna/primaria	10	7	17
Secundaria	16	4	20
Preparatoria	12	6	18
Licenciatura	3	2	5
Total	41	19	60

$X^2= 2.152$   $df= 3$   $p=.588$

**Tabla 6** Tabla de contingencia de la Situación Laboral segmentada por clasificación diagnóstica.

Situación Laboral	MINI TDAH		Total
	Con TDAH	Sin TDAH	
Trabajando	22	7	29
Estudiante	3	2	5
Ama de casa	6	6	12
Desempleado	10	4	14
Total	41	19	60

$X^2= 2.646$   $df= 3$   $p=.472$

**Tabla 7** Tabla de contingencia de los Problemas Legales segmentada por clasificación diagnóstica.

Problemas Legales	MINI TDAH		Total
	Con TDAH	Sin TDAH	
Si	19	8	27
No	22	11	33
Total	41	19	60

$X^2= .094$   $df= 1$   $p=.490$

## DISCUSIÓN

En los últimos años la superposición bien documentada del TDAH y TCS ha crecido notablemente tanto en el área de investigación como en la clínica; causa de mayor relevancia es la valoración de patologías en adultos, que anteriormente se creían confinadas a las etapas infantil y adolescente. En un estudio en población general la prevalencia de TDAH alcanza hasta 5 % en adultos <sup>(20)</sup>, sin embargo los reportes en población con trastornos adictivos las cifras varían de 35 a 71 % en pacientes con alcoholismo y TDAH <sup>(21, 22)</sup>, Otros estudios de pacientes en tratamiento antiadictivo señalan una prevalencia de 24 % <sup>(23)</sup>. De manera inversa se ha documentado que los pacientes con historia de TDAH diagnosticado en infancia o adolescencia, la frecuencia de presentar un TCS es ligeramente mas elevada que la referida en población general, siendo esto representado por 17 a 45 % de adultos con TDAH que presentan algún trastorno por consumo de alcohol en específico y del 9 al 30 % algún trastorno por consumo de cualquier otra sustancia psicoactiva <sup>(21, 24)</sup>. En los resultados de nuestro estudio se encontró un 63 % de los pacientes, todos ellos con algún trastorno por consumo de sustancias, cumplió criterios para TDAH en el adulto, sin distinción entre géneros, tal como ha sido descrito el comportamiento de este padecimiento en la edad adulta, a diferencia de en la infancia en que el predominio es en sexo masculino <sup>(25)</sup>. De nuestros pacientes estudiados, únicamente 13 % habían sido diagnosticados con TDAH en la infancia- adolescencia, pero solo el 10 % habían recibido un tratamiento específico, lo cual ha sido destacado por un estudio realizado en adultos con TDAH nunca tratados que refieren un doble riesgo para contraer adicciones que quienes no lo presentan, llegando

hasta 52 % <sup>(21)</sup>. Estos resultados son de gran relevancia ya que se ha observado que los adultos que presentan este dualismo diagnóstico elevan el riesgo de presentación de otros síndromes psicopatológicos, también es de destacar que datos recientes sugieren un patrón de influencia circular permanente entre TDAH y TCS, por tanto, también el riesgo de una tercera patología psiquiátrica. Estas cifras deberían alertar al personal de salud de todas las áreas clínicas vinculadas (pediatría, neurología, psiquiatría, psicología entre otras) para el desarrollo de estrategias hacia un adecuado abordaje de la situación con la finalidad de intervenir en este ambiente indeseable para la salud mental pública ya sea de manera asistencial, diagnóstica, terapéutica o pronóstica.

## CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades constatadas en este trabajo, sigue siendo de gran interés la identificación de sujetos que solicitan tratamiento por consumo de sustancias relacionado con un TDAH pasado o actual; existen intervenciones farmacológicas y de terapia de modificación de conducta que se podrían aplicar específicamente a estos sujetos con una mayor expectativa de éxito. En conclusión el TDAH del adulto es una entidad clínica frecuente; sin embargo, es subdiagnosticada y, por lo tanto, subtratada. Las consecuencias para la persona que lo sufre y su entorno pueden ser desastrosas (conflictos matrimoniales, laborales, accidentes). La comorbilidad con Trastornos por Consumo de Sustancias es muy frecuente en los adultos con TDAH; afectaría a 3 de cada 4 pacientes y es muy importante buscarla ya que puede ser causa de mala respuesta al tratamiento. Es trascendental un enfoque de tratamiento integral que ayude al paciente y a su entorno a desenvolverse en forma adecuada en su vida cotidiana, evitando que sintomatología no tratada afecte la vida laboral, familiar y social. La diversificación de los tratamientos en función de estos sustratos psicobiológicos puede ser, en un futuro inmediato, el desafío más importante para la investigación

## REFERENCIAS

a) American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.) Washington, DC:

1) Adler, LA., Cohen, J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit. *Psychiatr Clin N Am.* 2004; 27:187-201.

2) Seidman, Lj et al. Critical Thinning of the Attention and Executive Function Networks in Adult with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatr Clin N Am.* 2004; 27:323-347.

3) Biderman et al. Family- genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990; 29(4):526-533.

4) Faraone et al. A family-genetic study of girls with DSM-III attention deficit. *Am J Psychiatry.* 1991; 148:112-117.

5) Wilens et al: Influence of parental SUD and ADHD on ADHD in their offspring: preliminary results from a pilot controlled family study. *Am J Addict.* 2005; 14:179-187.

6) Ramos Quiroga, JA. Et al. Neurocisticercosis frontal y déficit de atención. *REV NEUROL.* 2006; 42(10):600-606.

7) Faraone et al. Drug abuse and ADH. *Psicol Med.* 2006; 36:159-165.

8) Kessler et al. The prevalence and correlates of adult ADHD. *Am J Psychiatry.* 2006; 163:716-723.

9) Biederman et al. Pharmacotherapy of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:1792-1798.

- 10) Flynn, PM. Et al. Comorbidity of Substance Use and Axis I Psychiatric Disorders. Medscape 2005.
- 11) Hubbard, RL. Overview of 1-year follow-up outcomes in Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychol of Addict Behav. 1998; 11(4): 291-298.
- 12) Flynn, PM. Et al. Methodological overview and research design for the drugs abuse treatment outcome study (DATOS). Psychol of Addict Behav. 1998; 11(4):291-298.
- 13) Barkley, RA. Attention deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 2<sup>nd</sup> Ed. New York Guilford, 1998.
- 14) Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P. et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Brit Jour Psych. 2001; 179: 432-437.
- 15) Johnson S. Dual Diagnosis of Severe Mental Illness and substance Misuse: a Case for Specialist Services? Brit Jour Psych. 171: 205-208. 1997.
- 16) Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Alcoholism and Addictions: Substance Abuse Disorders: a Psychiatric Priority. Am J Psychiatry 148:1291-1300. 1991.
- 17) Kessler R., Adler L., Gruber M et al. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. Int J Methods Psychiatr Res. 2007; 16(2):52-65
- 18) Pedrero E., Puerta García C. ASRS v 1.1, a tool for attention deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence. Adicciones. 2007; 19 (4):393-407
- 19) Lecrubier Y, Sheehan D.V, Weiller E et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. European Psychiatry 1997; 12(5):224-231

- 20) Weiss G. ADHD. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1992.
- 21) Wilens T, Spencer T, Biederman J. Are attention deficit/hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorder really related? *Harv Rev Psychiatry* 1995;(3):260-2
- 22) Wilens T. Alcohol and others drugs use and ADHD. *Alcohol Health Res World* 1998; 22 (2):127-30
- 23) Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, et al. Prevalence of ADHD and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (4): 244-51
- 24) Biederman J, Wilens TE, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with ADHD: effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152(11): 1652-8
- 25) Faraone SV Sergeant J, Gillberg CH, Biederman J. La prevalencia a nivel mundial del TDAH: ¿Es este un trastorno típico de los Estados Unidos? *World Psychiatry* 2003; 1(2):2

## Anexos

### ***I. Consentimiento informado***

#### ***Estudio descriptivo en una muestra de pacientes adultos con diagnóstico dual: TDAH y trastorno por consumo de sustancias.***

El propósito del presente estudio es investigar sobre la comorbilidad del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en sujetos con Trastorno por Consumo de Sustancias. Con mi participación contribuiré a conocer el grado de la problemática de este padecimiento en personas adultas y con ello enfatizar sobre alternativas de tratamiento en un futuro.

Mi participación consistirá en una consulta clínica, que me ocupara aproximadamente 2 horas durante las cuales se me realizará una entrevista para saber si padezco de un trastorno relacionado al consumo de sustancias, de ser así se me realizará un cuestionario que hará o descartará el Diagnóstico de TDAH

#### **Beneficios**

Los fines del estudio son sólo de investigación y proporcionará información sobre la problemática de la comorbilidad de Trastorno por Déficit de Atención con abuso de sustancias

#### **Confidencialidad**

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

#### **Riesgos**

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo en esta Institución. De la misma manera, mi información será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

#### **Contacto**

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dra. Adriana Durán, MR al teléfono 5688 4478.

---

Nombre y firma del Paciente

---

Fecha



## II. Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. Con cuanta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. Con cuanta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. Con cuanta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
<b>SECCIÓN A</b>					
7. Con cuanta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. Con cuanta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?					
10. Con cuanta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. Con cuanta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. Con cuanta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. Con cuanta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					

### **III.**

**M.I.N.I.**  
**Mini Internacional Neuropsychiatric Interview**  
**Versión en español 5.0.0**

**DSM-IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida - Tampa - USA.

ESPAÑOL: L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert  
Instituto IAP – Madrid - España

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas ( como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

## INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min.  $\pm$  11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje y del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

### • **Entrevista:**

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al o a la paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de si o no.

### • **Presentación :**

La M.I.N.I. esta dividida en módulos identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

• Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo « Trastornos psicóticos »), se presentan en un recuadro gris, una o varias pregunta(s) / filtro(s) correspondientes a los criterios principales del trastorno.

• Al final de cada modulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

### • **Convenios :**

*Las frases escritas* en « letras minúsculas » deben leerse al o a la paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

*Las frases escritas* en « mayúsculas » no deben de leerse al o a la paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

*Las frases escritas* en « **negrita** » indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

*Las frases escritas* entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Quando los términos están separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

*Las respuestas con una flecha ( -> )* encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnóstico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar « NO » en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al modulo siguiente.

### • **Instrucciones de anotación :**

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del o de la paciente.

El clínico debe asegurarse de que cada uno de los términos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular : los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.

## J. DEPENDENCIA Y ABUSO DEL ALCOHOL

J1	¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones?	-> NO	SI	1
J2	<b>Durante los últimos 12 meses:</b>			
a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2
b	¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca ej. temblores, sudor, agitación? CODIFICAR <b>SI</b> , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	3
c	¿Cuando ha bebido alcohol, ha acabado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI	4
d	¿Ha tratado de reducir o de dejar de beber alcohol pero ha fallado?	NO	SI	5
e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo y recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6
f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7
g	¿Ha continuado bebiendo a pesar de saber que la bebida le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS <b>SI</b> EN J2 ?	NO	SI	
		<b>DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL</b>		
			->	
	¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?	NO	SI	

**Durante los últimos 12 meses:**

- a ¿Ha estado intoxicado embriagado o con "resaca", en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo o en su casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema? NO SI 9  
CODIFICAR **SI** SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS
  
- b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.? NO SI 10
  
- c ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido ? (ej. arrestos o conductas delictivas) NO SI 11
  
- d ¿Ha continuado bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno ? NO SI 12

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA **SI** EN J3 ? **NO SI**

**ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL**

## K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHÓLICAS)

- K1 Ahora voy a enseñarle/ leerle (enseñar la carta de sustancias/ leer la lista siguiente), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicara si en el transcurso de los 12 últimos meses, ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor, cambiar de humor o de animarse
- >  
NO SI

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaine : cocaína, «coke», crack, «speedball».

Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanilo.

Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de angel», « hongos », extasis.

Inhalantes : «pegamento», éter.

Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit».

Tranquilizantes : Valium, Tranquimazin, Halción, Lexatin, Orfidal, barbitúricos.

Varios: Anabolizantes, Esteroides. Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUSTANCIA(S) MAS CONSUMIDA(S): \_\_\_\_\_

ESPECIFICAR LA QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE) :
  - CADA SUSTANCIA O CLASE DE SUSTANCIAS POR SEPARADO \_\_\_\_\_
  - ÚNICAMENTE LA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) MAS CONSUMIDA \_\_\_\_\_
- SI SOLO UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) CONSUMIDAS : \_\_\_\_\_
  - ÚNICAMENTE UNA SUSTANCIA (O CLASE DE SUSTANCIAS) \_\_\_\_\_

- K2 **Considerando su consumo de [nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas], en el transcurso de los 12 últimos meses:**

- a ¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla?
- NO SI 1

b	¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? ¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SINTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor? CODIFICAR <b>SI</b> , SI ALGUNA AFIRMATIVA	NO	SI	2
c	¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más de lo que era su intención?	NO	SI	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) pero no lo ha conseguido?	NO	SI	4
e	¿Los días que ha tomado (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) empleaba mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)?	NO	SI	5
f	¿Ha empleado menos tiempo trabajando, disfrutando de sus distracciones, o estando con su familia o amigos por tomar droga?	NO	SI	6
g	¿Ha continuado tomando (nombre de la sustancia o la clase de sustancias seleccionadas) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales?	NO	SI	7
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS <b>SI</b> EN K2 ?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	
	ESPECIFICAR LA (S) SUSTANCIA(S) :	<b>DEPENDENCIA de sustancia(S) Actual</b>		
	¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA DE SUSTANCIA(S)?	NO	SI	->
3	<b>En el transcurso de los 12 últimos meses:</b>			
a	¿Ha estado intoxicado, « colgado » o con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en el estudio, el trabajo o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFICAR <b>SI</b> , SI ALGUNA AFIRMATIVA	NO	SI	8

b	¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.?)	NO	SI	9
c	¿Ha tenido algún problema legal por usar (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. arrestos o conductas delictivas?	NO	SI	10
d	¿Ha continuado utilizando (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas?	NO	SI	11
	¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	
	ESPECIFICAR LA (LAS) SUSTANCIA(S) :	<b>ABUSO DE SUSTANCIA(S) ACTUAL</b>		
	_____			