



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

ANTECEDENTE DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES
CON Y SIN TRASTORNOS POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
UNIDAD MORELOS IMSS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

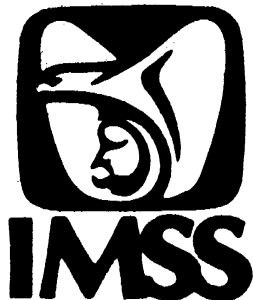
ESTHER ELIZABETH VALDÉS ULLOA

TUTOR TEÓRICO:

DR. J. FRANCISCO ÁNGEL MENDOZA GARCÍA

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ



MÉXICO, D. F.

2007



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

ANTECEDENTE DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES CON Y SIN
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
UNIDAD MORELOS IMSS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

ESTHER ELIZABETH VALDÉS ULLOA

TUTOR TEORICO:
DR. J. FCO ANGEL MENDOZA GARCÍA

TUTOR METODOLÓGICO:
DRA. MA. DEL CARMEN LARA MUÑOZ

Agradecimientos:

Agradezco a mi familia (mis padres Alberto J. y María Esther, mis hermanas Aída Marysol y María Eugenia) por sembrar en mí la curiosidad en el autoconocimiento, la perseverancia y el cariño. También quiero reconocer a la Lic. Blanca, el Lic. Placido, el Dr. Villarreal, que me enseñaron a ver más allá de la patología de la mente humana, así como a mis maestros el Dr. Mendoza, el Dr. Padilla, el Dr. Palomar, por su guía en mi formación profesional, especialmente a mi asesora y maestra la Dra. Carmen Lara que con su sabiduría y sencillez que admiró, dedico valioso tiempo a la realización de esta tesis, a mis compañeros de la residencia en psiquiatría: Isabel, Tizhitl, Jorge y Mayra y a mis amigas: Olga, Marla, Gaby y María Elena, que me apoyaron y estuvieron conmigo todo este tiempo.

“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.

Sigmund Freud (1856-1939) *Médico austriaco.*

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.....	04
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	09
3. JUSTIFICACIÓN.....	09
4. OBJETIVO.....	10
5. HIPÓTESIS.....	10
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
7. RESULTADOS.....	16
8. DISCUSIÓN.....	24
9. CONCLUSIONES.....	26
10. REFERENCIAS.....	27
11. ANEXOS.....	29

ANTECEDENTES

El nexo entre el Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) y el abuso de sustancias ha sido examinado desde la década de los 70's por medio de diferentes investigadores. Entre los adultos diagnosticados con TDAH en la infancia, aquellos con síntomas persistentes, comparados con los que no tienen este diagnóstico, presentan una mayor susceptibilidad a presentar abuso de alcohol u otras sustancias o un trastorno antisocial de la personalidad. En un estudio se identificó un 50% de abuso de sustancias en los diagnosticados con TDAH mientras que un 30% presentó una comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad. En un amplio estudio de trastornos por abuso de sustancias en adultos con TDAH en la infancia, el TDAH se asoció con un establecimiento temprano de los trastornos por abuso de sustancias independientemente de una comorbilidad psiquiátrica (Sullivan M, Rudnik-Levin F, 2001).

En las diferentes evaluaciones que se han efectuado, comparando los sujetos sin este diagnóstico, se han encontrado prevalencias significativamente mayores del trastorno antisocial de la personalidad así como del abuso de sustancias (Mannuzza S, Klein R, Bessler A, Mallory P, et al., 1998).

Biderman y colaboradores demostraron que el TDAH representa un factor de riesgo importante para un trastorno por abuso de sustancias. Existe una gran variedad de razones por las cuales individuos con TDA buscan dichas sustancias, como impulsividad, pobre selectividad en compañeros, mal funcionamiento social y laboral (Sullivan M, Rudnik-Levin F, 2001). Varios clínicos han sugerido que los individuos con TDAH pueden utilizar drogas para "automedicarse" su sintomatología (Levin F, Evans S, Kleber H, 1998).

Los sujetos con diagnóstico de TDAH, comparados con sujetos control, presentaron en un estudio mayores rangos de abuso y dependencia de sustancias y de abuso y dependencia a polisustancias. La droga mas frecuentemente usada fue la marihuana seguida por la cocaína y los estimulantes. Así mismo un 35% de los sujetos con abuso a cocaína, los cuales buscaron

tratamiento, presentaron historial de TDAH en la infancia. Un estudio de prevalencia demostró que entre un 10% y 15 % de sujetos bajo tratamiento por abuso a cocaína presentaron diagnóstico de TDAH. Y se ha encontrado, en diferentes estudios, que entre un 79% a un 88%, de los sujetos con abuso a cocaína diagnosticados en la infancia con TDAH, continuaron con la sintomatología en la vida adulta (Horner B, Scheibe K, Stine S, 1996; 2 Sullivan M, Rudnik-Levin F, 2001; Bierderman J, Wilens T, Mick E, et al., 1998).

Las adicciones y el TDAH comparten ciertas características relevantes: ambos trastornos son más frecuentes en varones, se agregan familiarmente y los estudios de adopción y gemelos han demostrado la importancia de factores genéticos en los dos trastornos; ambos trastornos presentan una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión y sobretodo, con trastorno antisocial de la personalidad. Además existe una interesante similitud fenomenológica entre la impulsividad esencial del TDAH, caracterizada por la dificultad para inhibir una respuesta conductual y la vivencia de incapacidad para controlar el impulso a consumir una sustancia, que caracteriza la pérdida del control de las adicciones (Medina-Mora M, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, et al., 2003).

Los pacientes con historial en la infancia con TDAH han indicado un rango de dificultades durante el tratamiento de abuso de sustancias incluyendo problemas de atención, pobre concentración, frustración e impulsividad, mayor que los pacientes sin historial de TDAH (Horner B, Scheibe K, Stine S, 1996).

Algunos investigadores han reportado que graves síntomas de hiperactividad en la infancia predicen formas más severas de alcoholismo. Un grupo de investigadores reportó una tasa de 34% de abuso o dependencia de alcohol en una muestra de adultos con TDAH. Así mismo se ha encontrado que presentan una mayor tasa de abuso o dependencia de sustancias, comparado con sujetos control. Se ha visto una asociación entre el abuso de sustancias y el TDAH entre adultos los cuales buscan tratamiento por su sintomatología del TDAH.

Biederman encontró que un 17-45% de los adultos con TDAH presentaron abuso de alcohol o dependencia y 9-30% presentaron abuso o dependencia hacia otras sustancias. El riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias en un individuo con TDAH es el doble comparado con sujetos sin TDAH (52% vs. 27%). Así mismo, los individuos que buscan tratamiento para síntomas de TDAH presentan rangos sustancialmente más elevados de dependencia / abuso de sustancias. De éstos, un 27 a 50% con el motivo ya sea de disminuir sus síntomas; por sus problemas de impulsividad o problemas de atención (Sullivan M., Rudnik-Levin F, 2001) .

En ambos trastornos se han propuesto varios factores biológicos que podrían tener un valor patogénico o de riesgo para el desarrollo de los mismos, y se han encontrado hallazgos similares en diversas estructuras y sistemas para los dos tipos de trastornos. Los mecanismos por medio de los cuales los TCS son capaces de inducir adicción, las hipótesis actuales implican a los sistemas opioide y dopaminérgico. El eje central del sistema de recompensa sería la vía dopaminérgica desde el tegmento ventral hacia el núcleo accumbens. Este parece ser el punto común donde actúan las diferentes sustancias de abuso, cada una a través de diversos mecanismos. El accumbens proyecta hacia la corteza frontal a través de estaciones en el pálido y el tálamo. Finalmente, las vías fronto-estriatales desde la corteza hacia el estriado y accumbens, cierran el circuito. Las hipótesis en TDAH implican a los sistemas catecolaminérgicos como base fisiopatológica del trastorno, y a las estructuras frontales, ganglios basales y vías frontoestriatales, como sustrato patogénico del mismo. Modell y Mountz recogen diversos hallazgos que sugieren que la porción fronto-estriatal de este circuito puede estar implicada en el control de los impulsos, y sus alteraciones se observarían en la pérdida del control de impulsos que ocurre en las conductas adictivas (Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo J, Monasor Sánchez R, Rubio Villadolid G, et al, 2000).

La hipótesis de que el TDAH por sí mismo confiere un factor de riesgo para un TCS es parcialmente corroborado por estudios que demuestran que los sujetos

con TDAH con TRS aumentan la severidad y cronicidad del TCS, aumentando el riesgo de dificultades en el tratamiento y peores pronósticos. Los resultados de que el TDAH puede incrementar el riesgo de abuso o dependencia de sustancias concuerda con los reportes de Mannuzza et al., los cuales demuestran que los niños con TDAH al crecer presentan un mayor riesgo a presentar un TCS (Mannuzza S, Klein R, Bessler A, Mallory P, et al,1998).

Actualmente en los EUA, el costo económico de abuso y dependencia de sustancias anual, por comorbilidad en pacientes con TDAH, es estimado de \$98 billones, siendo el costo por servicios de salud de \$9.9 billones y de \$14.2 billones por pérdida potencial de productividad (Biederman J, 2004).

El consenso actual es que los síntomas del trastorno por déficit de atención pueden persistir en la vida adulta. Los estudios de seguimiento muestran que entre un 30 a un 70% de los pacientes que manifiestan este trastorno en la niñez continúan presentando el trastorno completo o un residuo de los síntomas (Horner B, Scheibe K, Stine S, 1996).

En los adultos la hiperactividad se puede presentar como una sensación subjetiva de intranquilidad interna, algunos trabajan sin cesar, otros presentan problemas para relajarse. La impulsividad en los adultos, con este trastorno, se manifiesta de la siguiente manera: son conversadores incesantes y pueden presentar impaciencia. Estudios revelan que cambian de trabajo mas frecuentemente, tienen mas multas por manejar a altas velocidades y tienen mas accidentes automovilísticos que los sujetos sin este diagnóstico. Como grupo tienen un mayor índice de divorcios, mas frecuentemente fuman, usan sustancias y comen más que otros adultos. La inatención en los adultos se presenta como problemas para concentrarse, planear u organizar y cumplir las tareas en el trabajo o en sus hogares. Estos generalmente avanzan más lento en el trabajo que el resto de sus compañeros. Sus parejas se quejan de que son negligentes en cuanto al pago de las cuentas o no recogen a los niños a horas asignadas, pierden las llaves, anteojos y otros objetos (Lamberg L, 2003).

En la década e los 70's, clínicos diagnosticaron que los niños con Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad continuarían con síntomas en la pubertad. Pioneros como Wender y cols., observaron que los padres de estos niños, presentaban dificultades similares. Durante las siguientes 3 décadas, resultados de numerosos estudios de seguimiento de niños y adolescentes, muestran que ciertas presentaciones de este trastorno (déficit de atención, pobre control de impulsos) continúan en la vida adulta contribuyendo a problemas de adaptación (Gadow K, Weiss M, 2001).

Se pueden identificar tres subgrupos distintos de evolución adulta: sujetos con escasos problemas, sujetos que continúan presentando síntomas del trastorno y problemas sociales, emocionales y laborales asociados (muchos adultos hiperactivos pertenecen a este subgrupo) y los sujetos con una patología antisocial y/o psiquiátrica significativa (una proporción relativamente escasa de la población adulta hiperactiva).

Existen varios factores que influyen en la pertenencia a estos subgrupos, como por ejemplo, las características iniciales de los sujetos, como el sexo, el coeficiente intelectual, tipo de TDA (esto es, con hiperactividad o sin ella) y los síntomas particulares como la agresividad y el desafío. Además la presencia de varias alteraciones comórbidas también afecta la evolución, como los trastornos disocial y el trastorno antisocial de la personalidad, que influyen en una evolución negativa. La psicopatología y el nivel socioeconómico paternos también influyen en la evolución adulta del TDAH (Brown T, et al., 2003).

Se han realizado pocos estudios en adultos examinando los diferentes subtipos de TDAH. Se realizó un estudio comparando los tres subtipos (TDAH-combinado, TDAH-impulsivo, Hiperactivo-impulsivo) donde se encontró que un 56% de estos pacientes se clasificaron como TDAH-C, 37% como TDAH-I y solo un 2% H-I. La comorbilidad que se encontró más comúnmente fue entre el subtipo TDAH-C y el subgrupo H-I. El abuso de sustancias se encontró mas comúnmente en el subgrupo combinado (Kevin M, Barkly R, Bus T, 2002).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a las estadísticas del Centro Nacional de Salud de los EUA, se estima que existen alrededor de 4.5 millones de sujetos, comprendidos entre las edades de 3 a 17 años, que presentan el diagnóstico de TDAH. En el Hospital Psiquiátrico Morelos, IMSS, se reportaron en el 2005, 404 pacientes con el mismo diagnóstico. En lo que se refiere a los Trastornos por consumo de sustancias, la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica en México del 2000 muestra que existe un consumo de drogas hasta en un 1.1% de la población general. Se sabe que un porcentaje de los sujetos que presentan en la infancia TDAH evolucionan hacia un trastorno por consumo de sustancias. No obstante, no se cuenta con muchos estudios acerca del TDAH en México, así como el conocimiento de la frecuencia en la que están relacionados dichos trastornos. De esta manera teniendo conocimiento de la frecuencia con la que se encuentran relacionados los síntomas de TDAH con los trastornos por consumo de sustancias, ayudaría a mas adelante poder mejorar la prevención primaria y secundaria del trastorno por consumo de sustancias, en sujetos con el antecedente de TDAH.

JUSTIFICACIÓN

La comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias (TCS) y TDAH se ha asociado a cronicidad, dificultades en el tratamiento y peores evoluciones de los TCS. La identificación y el tratamiento de los síntomas relacionados con el TDAH pueden mejorar el tratamiento de los TCS y reducir la morbilidad asociada. La identificación del TDAH en los TCS, puede permitir tratamientos mas específicos para ambos trastornos en las primeras fases de su expresión, como lo es el uso de estimulantes y / o antidepresivos, la terapia cognitivo conductual, grupos psicoeducacionales así como intervención familiar, lo que mitigaría potencialmente la morbilidad, discapacidad y el mal pronóstico a largo plazo en adolescentes y adultos con esta comorbilidad. Por tal motivo al conocer la existencia del TDAH como antecedente en el consumo de múltiples sustancias ayudaría a implementar, mas adelante, tratamientos específicos disminuyendo morbilidad y costos en nuestra población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comparar la frecuencia del antecedente del TDAH en pacientes con y sin trastornos por consumo de sustancias en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de los trastornos por consumo de sustancias en pacientes que solicitan atención al Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos IMSS
2. Determinar la frecuencia del antecedente de TDAH en pacientes adultos que presenten un trastorno por consumo de sustancias
3. Determinar la frecuencia del antecedente de TDAH en pacientes adultos sin un trastorno por consumo de sustancias

HIPÓTESIS

Los pacientes con Trastornos por consumo de sustancias presentan mayor frecuencia de antecedente del Trastorno por Déficit de Atención que los pacientes sin Trastorno por consumo de sustancias..

MATERIAL Y MÉTODOS

PACIENTES

Adultos, hombres y mujeres, entre 18 y 60 años de edad, derechohabientes del IMSS atendidos en el servicio de admisión continua y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos IMSS, que dieron su consentimiento informado para la realización de este estudio, que sabían leer y escribir y no presentaron los criterios de exclusión.

Se establecieron como criterios de exclusión:

1. Pacientes con intoxicación aguda por alguna sustancia.
2. Con historia de tratamiento con estimulantes.
3. Con diagnóstico previo de TDAH.
4. Con síntomas psicóticos.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Las variables estudiadas fueron:

- Trastornos por consumo de sustancias.
- Antecedente del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Antecedente del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Se trata de una variable dicotómica: con y sin el antecedente.

Se medirá de acuerdo a la escala de evaluación retrospectiva del trastorno por déficit de atención con hiperactividad Wender-Utah en español, con la cual se le dará un puntaje. Como muchos pacientes evaluados para la detección del trastorno en la vida adulta no han sido evaluados psiquiátricamente en la infancia, el diagnóstico de trastorno por déficit de atención tiene que hacerse retrospectivamente. El Cuestionario Wender –Utah fue desarrollado como ayuda

diagnóstica para evaluar en adultos la presencia y severidad de síntomas del trastorno por déficit de atención durante la infancia. Siendo este cuestionario validado en español por C. Lara –Muñoz y cols, este puede ser empleado como instrumento de tamizaje. Se utilizó la versión de 25 ítems, autoaplicable, los cuales determinan el TDAH en la infancia, en sujetos adultos. La calificación de los reactivos se hace en 5 puntos : 0-4 (0= nada en absoluto, 1=leve, 2=moderado, 3=mucho, 4=muchísimo). La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos.

Se consideró “con antecedente” a partir de 36 puntos en la escala de 25 ítems (Lara-Muñoz C, Herrera-García S, Romero-Ogawa T, et al, 1998).

Trastornos por consumo de sustancias

Se trata de una variable dicotómica: con y sin Trastornos por consumo de sustancias.

Los trastornos por consumo de sustancias se evaluarán mediante la MINI, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, módulo J y K (dependencia y abuso de sustancias). La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. Las oraciones escritas en “MAYÚSCULAS” no deben leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos. Las oraciones escritas en “negrita” indican el periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el periodo de tiempo explorado deben ser considerados al

codificar las respuestas. Respuestas con una flecha encima (➡) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo “No” en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presente el paciente. Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta. Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcada SI o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente.

Se tomará para hacer el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias los módulos J y K los cuales evaluarán el abuso y dependencia de alcohol y el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas no alcohólicas.

En el Módulo J, para abuso y dependencia de alcohol, si codifica SI en la primera pregunta, se continuará contestando el resto de las 7 preguntas, en caso de codificar SI, en 3 o mas ocasiones se diagnosticará dependencia de alcohol actual. En caso de presentar este diagnóstico se continuará con las siguientes 4 preguntas, las cuales en caso de codificar SI en 1 o más, se dará el diagnóstico de abuso de alcohol actual.

Mientras que en el Módulo J, para abuso y dependencia de sustancias psicoactivas no alcohólicas, si presenta SI en la primera pregunta, se especificará la o las sustancias utilizadas, seguido de examinar individualmente cada droga, se continuará contestando las primeras 7 preguntas, en caso de codificar SI en 3 o mas se diagnosticará dependencia de sustancias psicoactivas no alcohólicas actual, especificándose al final la droga examinada. En caso de presentar dicho diagnóstico, se continuará con las próximas 4 preguntas, en caso de codificar SI en 1 o más, se dará el diagnóstico de abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas actual, especificándose al final la droga examinada (13 Alan Feingold, Bruce Rounsaville, 1995; Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo J, Monasor Sánchez R, et al, 2000).

Se determinará la presencia de cualquiera de los siguientes diagnósticos:

- 1. Dependencia de sustancias actual (alcohol y / o sustancias psicoactivas no alcohólicas).*
- 2. Abuso de sustancias actual (alcohol y / o sustancias psicoactivas no alcohólicas).*

PROCEDIMIENTO

1. Se incluyeron a todos los pacientes que acudieron al servicio de admisión continua y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Morelos, en el periodo de dos meses (octubre y noviembre 2006) y los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.
2. Se les informó a los pacientes el objetivo del estudio.
3. A los pacientes que estuvieron de acuerdo en ingresar, firmaron la carta de consentimiento informado.
4. Se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional módulo J y K (dependencia y abuso de sustancias), a los pacientes, por el autor principal, un médico residente del tercer año de la especialidad en psiquiatría o por un residente del cuarto grado de la especialidad en psiquiatría. A estos últimos se les adiestró, por el investigador principal, en el manejo de los instrumentos de medición.
5. Posteriormente se les aplicó la escala de Evaluación Retrospectiva del Trastorno por Déficit de Atención, la cual se le entregó al paciente para que éste la respondiera.
6. Los datos se capturaron en una hoja de Excel.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

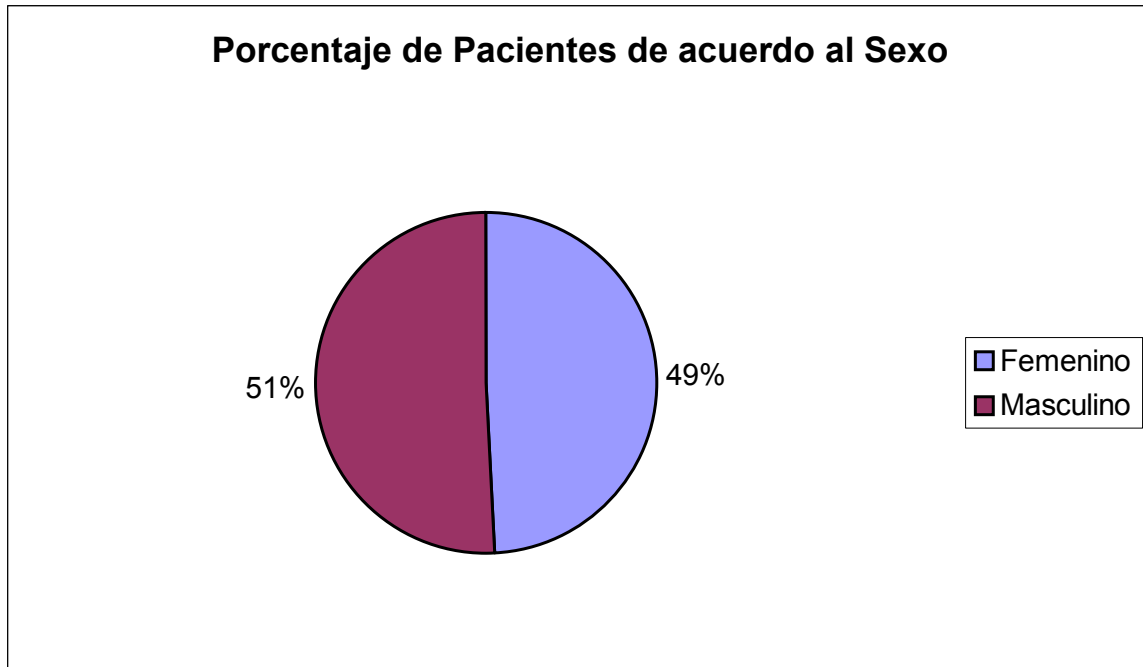
Se determinó la frecuencia de los trastornos por consumo de sustancias en pacientes que solicitan atención al Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos IMSS; los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes.

Se determinó la frecuencia del antecedente de TDAH en los pacientes entrevistados, los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes.

Se comparó la frecuencia del Antecedente de TDAH en los pacientes con y sin Trastornos por consumo de sustancias. Esta comparación se determinó mediante la chi cuadrada (paquete estadístico SPSS).

RESULTADOS

Se entrevistaron 63 pacientes, los cuales fueron similares en número de hombres y mujeres (Gráfica 1). La media de edad fue de 38.5 años.



Gráfica 1

Pacientes con trastornos por consumo de sustancias

Se encontraron 38 pacientes con diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias (60%), 13 (34.21%) mujeres y 25 (65.79%) hombres. Sin trastorno por consumo de sustancias se encontraron a 25 pacientes (40%) de los cuales 18 (72%) fueron del sexo femenino y 7 (28%) del sexo masculino. En el cuadro 1 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin trastorno por consumo de sustancias para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin el trastorno por consumo de sustancias entre los hombres y mujeres fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 8.6158$, $p < 0.0033$).

Cuadro 1
Trastorno por Consumo de Sustancias por Sexo

	Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
	N	%	N	%
Sin Trastorno por Consumo de Sustancias	18	58.06	7	21.88
Con Trastorno por Consumo de Sustancias	13	41.94	25	78.13

En el cuadro 2 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin abuso de alcohol para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin abuso de alcohol entre hombres y mujeres fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.7631$, $p < 0.0291$).

Cuadro 2
Abuso de Alcohol por Sexo

	Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
	N	%	N	%
Sin Abuso de Alcohol	22	70.97	14	43.75
Con Abuso de Alcohol	9	29.03	18	56.25

En el cuadro 3 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin dependencia a alcohol para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin dependencia a alcohol entre los hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1.9422$, $p < 0.1634$).

Cuadro 3
Dependencia a Alcohol por Sexo

	Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
	N	%	N	%
Sin Dependencia de Alcohol	19	61.29	14	43.75
Con Dependencia de Alcohol	12	38.71	18	56.25

En el cuadro 4 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin abuso de sustancias para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin abuso de sustancias entre los hombres y mujeres fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6.1417$, $p < 0.0132$).

Cuadro 4
Abuso de Sustancias por Sexo

	Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
	N	%	N	%
Sin Abuso de Sustancias	27	87.10	19	59.38
Con Abuso de Sustancias	4	12.90	13	40.63

En el cuadro 5 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin dependencia a sustancias para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin dependencia a sustancias entre los hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 6.1417$, $p < 0.132$).

Cuadro 5
Dependencia a Sustancias por Sexo

		Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
		N	%	N	%
Sin Dependencia a Sustancias	a	27	87.10	19	59.38
Con Dependencia a Sustancias	a	4	12.90	13	40.63

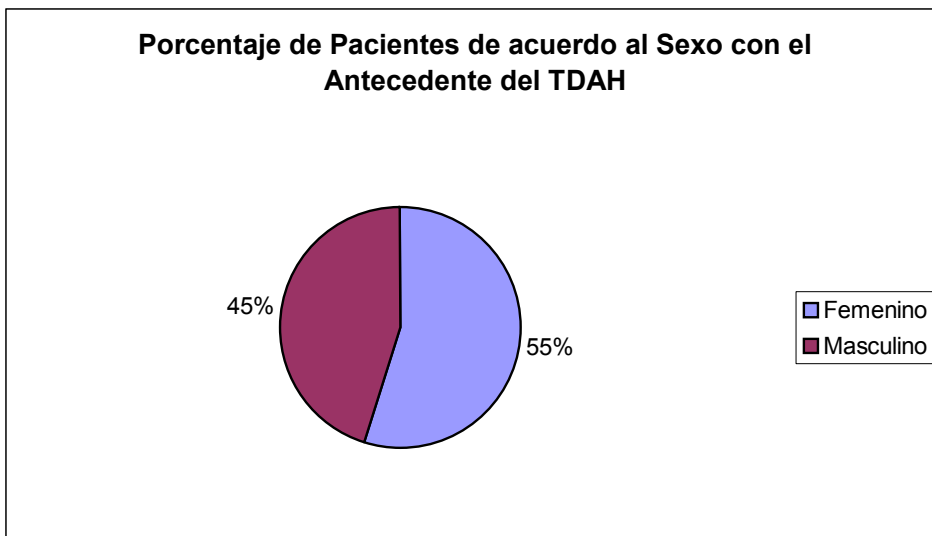
En el cuadro 6 se presentan las frecuencias de los pacientes con uno, dos, tres o cuatro diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin dependencia a alcohol entre los hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 9.7599$, $p < 0.447$).

Cuadro 6
Número de Trastornos por Consumo de Sustancias por Sexo

	Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
	N	%	N	%
Sin algún diagnóstico	18	58.06	7	21.88
Con un diagnóstico	3	9.68	3	9.38
Con dos diagnósticos	7	22.58	14	43.75
Con tres diagnósticos	0	0.00	1	3.13
Con cuatro diagnósticos	3	9.68	7	21.88

Pacientes con antecedente del TDAH en la infancia

Se encontró el antecedente de TDAH en la infancia en 31 pacientes (49%), de los cuales 17 son del sexo femenino (55%) y 14 son del sexo masculino (45.16%) (Gráfica 2). Con una media de edad de 34 años. No presentaron el antecedente de TDAH en la infancia 32 pacientes (51%) de los cuales 14 son del sexo femenino (44%) y 18 (56%) del sexo masculino. La media de edad de los pacientes con antecedente de TDAH fue de 34.65%.



Gráfica 2

En el cuadro 7 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y por sexo. La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 0.3996$, $p < 0.5273$).

Cuadro 7
TDAH por Sexo

	Femenino (n=31)		Masculino (n=32)	
	N	%	N	%
Sin TDAH	17	54.84	15	46.88
Con TDAH	14	45.16	17	53.13

En el cuadro 8 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y por abuso o no de alcohol. La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre los pacientes que tienen o no abuso de alcohol fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 5.7634$, $p < 0.0164$).

Cuadro 8
TDAH por Abuso de Alcohol

	Sin Abuso de Alcohol (n=36)		Con Abuso de Alcohol (n=27)	
	N	%	N	%
Sin TDAH	23	63.89	9	33.33
Con TDAH	13	36.11	18	66.67

En el cuadro 9 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y a la dependencia o no de alcohol. La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre los pacientes con o sin dependencia a alcohol no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 2.6696$, $p < 0.1023$).

Cuadro 9
TDAH y Dependencia de Alcohol

	Sin Dependencia de Alcohol (n=33)		Con Dependencia de Alcohol (n=30)	
	N	%	N	%
Sin TDAH	20	60.61	12	40.00
Con TDAH	13	39.39	18	60.00

En el cuadro 10 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y al abuso o no de sustancias. La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre los pacientes no fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.2589$, $p < 0.390$).

Cuadro 10
TDAH y Abuso de Sustancias

	Sin Abuso de Sustancias (n=46)		Con Abuso de Sustancias (n=17)	
	N	%	N	%
Sin TDAH	27	58.70	5	29.41
Con TDAH	19	41.30	12	70.59

En el cuadro 11 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y por la dependencia o no a sustancias. La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre los pacientes con y sin dependencia a sustancias fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.2589$, $p < 0.0390$).

Cuadro 11
TDAH y Dependencia de Sustancias

	Sin Dependencia de Sustancias (n=46)		Con Dependencia de Sustancias (n=17)	
	N	%	N	%
Sin TDAH	27	58.70	5	29.41
Con TDAH	19	41.30	12	70.59

En el cuadro 12 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y por ya sea abuso o dependencia de alcohol y por abuso o dependencia de sustancias. La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre los pacientes con abuso o dependencia de alcohol y abuso o dependencia de sustancias dependencia a sustancias fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 8.6168$, $p < 0.0714$).

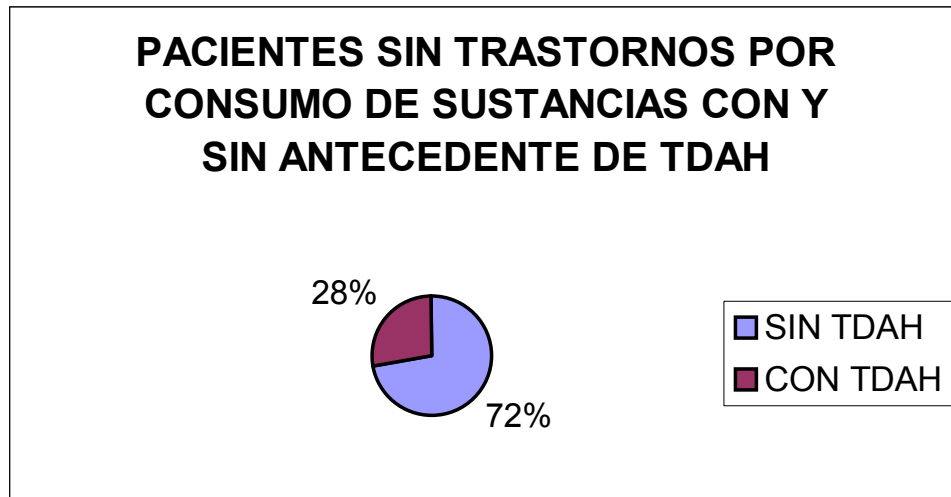
Cuadro 12
TDAH y Número de Trastorno por Consumo de Sustancias

	Sin algún TCS (n=25)		Con algún TCS (n=6)		Con dos TCS (n=21)		Con tres TCS (n=1)		Con cuatro TCS (n=10)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin TDAH	18	72	3	50	8	38.1	0	0	3	30
Con TDAH	7	28	3	50	13	62	1	100	7	70

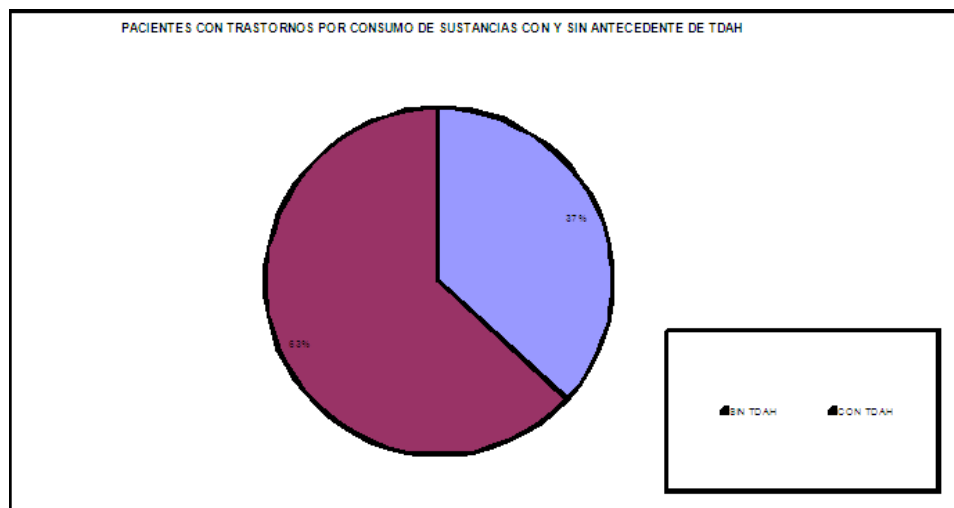
En el cuadro 13 se presentan las frecuencias de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH para el total de la muestra y por la presencia o no de algún trastorno por consumo de sustancias. Entre los 25 individuos sin algún trastorno por consumo de sustancias 7 presentaron el antecedente de TDAH (28%) (Gráfica 3). Mientras que entre los 38 pacientes con algún trastorno por consumo de sustancias 24 presentaron el antecedente de TDAH (63.16%) (Gráfica 4). La diferencia de los pacientes con y sin el diagnóstico de TDAH entre los pacientes con y sin algún trastorno por consumo de sustancias fue estadísticamente significativa ($\chi^2 = 7.4576$, $p < 0.0063$).

Cuadro 13
TDAH y Trastorno por Consumo de Sustancias

	Sin TCS (n=25)		Con TCS (n=38)	
	N	%	N	%
Sin TDAH	18	72	14	37
Con TDAH	7	28	24	63



Gráfica 3



Gráfica 4

DISCUSIÓN

En nuestra investigación, de acuerdo a la Escala Wender-Utah para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en el adulto, el 49% del total de pacientes presentó un antecedente positivo y de acuerdo a la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para el trastorno por consumo de sustancias el 40% de los pacientes presentó algún diagnóstico por consumo de sustancias.

Los resultados obtenidos, acerca de la morbilidad del TDAH, en este estudio se encuentran elevados (el 49% de los pacientes presentó el antecedente de TDAH) ya que la literatura internacional describe una prevalencia de un 5 a un 20% (Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo J, Monasor Sánchez R, et al., 2000), así como también en la morbilidad de nuestra unidad, la cual se reporta en un 4.14%. Esto podría deberse a que se utilizan diferentes formas de evaluación de la utilizada en este estudio, además del sesgo de recuerdo de la escala utilizada, así como sugestionabilidad de los sujetos y la forma de entendimiento de los conceptos de la escala.

En cuanto al sexo en donde predominó el antecedente de TDAH, en nuestro estudio fue el femenino con un 55% vs. 45.16%, sin significancia estadística, lo cual no concuerda con lo descrito, donde apoyan una relación 2.5:1 con predominio del sexo masculino (Weiner J, 2004).

Los resultados obtenidos acerca de los trastornos por consumo de sustancias coinciden en cuanto a que se presentan más frecuentemente en el sexo masculino. La frecuencia de la presentación de los TCS en nuestro estudio se encuentra mas elevada que la de los datos de morbilidad de la unidad(60 Vs. 5.35%), lo cual sugiere que muy probablemente se subdiagnostica dicho trastorno, o no se tipifica adecuadamente en la estadística.

La sustancia mas utilizada en los pacientes con un TCS con antecedente de TDAH fue el alcohol, pero este número es muy reducido debido a las características y número de pacientes, por tal motivo no se pueden tomar estos hallazgos como significativos para describirla como la sustancia que más se presenta en estos individuos. Aunque es de comentar que en diferentes estudios se ha encontrado que en los pacientes alcohólicos posterior a la aplicación de la escala Wender-Utah un 36.75% presentó el antecedente de TDAH (Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo J, Monasor Sánchez R, et al.,2000).

En cuanto a lo que se había planteado en la hipótesis se encontró que coinciden con los estudios de Bierderman en lo que se refiere a que se identifica mas frecuentemente el TDAH en pacientes con algún trastorno por consumo de sustancias Vs. los que no presentan este último diagnóstico (63.16% Vs. 28%).

Los sesgos que se encuentran en este estudio, como anteriormente se habían planteado, podrían ser el sesgo de recuerdo al aplicar la Escala Wender-Utah de tal manera que sería conveniente incluir individuos sanos como grupo control y realizar la recolección de la muestra en mas tiempo por que probablemente pueden influir determinados meses del año en el diagnóstico del TCS, si los pacientes presentan a la vez algún otro trastorno. Además de que la población estudiada es un tanto reducida (n= 63), por tal motivo sería conveniente realizar mas estudios con una muestra representativa de la población del país para poder conocer la frecuencia con la que se relacionan dichos padecimientos en México.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se confirma nuestra hipótesis: los individuos con algún TCS presentan una mayor frecuencia del TDAH en comparación los que no presentan el TCS.

Sin embargo, es necesario realizar más estudios donde se cuente con una muestra más representativa de la población del país, en cuanto al número y al sexo de los participantes.

Por tal motivo al conocer que existe una mayor frecuencia del TDAH en los TCS en la población de nuestro hospital permitirá, en primera instancia diagnosticar dichas entidades, así como establecer tratamientos más específicos para ambos trastornos en sus primeras fases de su expresión, como lo es el uso de estimulantes y / o antidepresivos, la terapia cognitivo conductual, grupos psicoeducacionales, así como la intervención familiar, disminuyendo la morbilidad, discapacidad y el mal pronóstico a largo plazo en adolescentes y adultos. Con los resultados encontrados, los cuales concuerdan con diferentes autores de otros países, ayudarán a implementar en nuestro hospital, mas adelante, tratamientos específicos disminuyendo la morbilidad y costos de nuestra población.

REFERENCIAS

REFERENCIAS UNIFORMES

Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 2000.

Biederman J. Impact of Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65.

Biederman, J. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152-1658.

Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Does Attention-deficit hyperactivity disorder impact the development course of drug and alcohol abuse and dependence ? *Biological Psychiatry* 1998;44:269-73.

Bobes J, Portillo M, Vascarón M, Sáiz P, Bougoña M. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica; 2002, 2da Ed. Psiquiatría Editores. España.

Brown T y colaboradores. Trastornos por Déficit de Atención y Comorbilidades en niños, Adolescentes y Adultos. Editorial Masson Washington D.C. 2003.

Feingold A, Rounsaville B. Construct validity of the dependence syndrome as measured by DSM-IV for different psychoactive substances. *Addiction* 1995;90:1661-1669.

Gadow K, Weiss M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: Beyond Controversy. *Arch Gen Psych* 2001; 58:784-85.

Horner B, Scheibe K, Stine S. Cocaine Abuse and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of Adult Symptomatology. *Psychology of Addictive Behaviors* 1996; 10: 55-60.

Weiner J. Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Publishing, Washington D.C. 2004; 485-507.

Kevin M, Barkly R, Bus T. Young Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Subtype Differences in Comorbidity, Educational, and Clinical History. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc* 2002;190:147-57.

Lamberg L. ADHD Often Undiagnosed in Adults: Appropriate Treatment May Benefit Work, Family, Social Life. *JAMA* 2003;290:1565-67.

Lara-Muñoz C, Herrera-García S, Romero-Ogawa T, et al. Características psiicométricas de la Escala de Evaluación Restrospectiva del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Wender-Utah en español. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1998; 26:165-171.

Levin F, Evans S, Kleber H. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 1998;52:15-25.

Levin F, Evans S, Vosburg S, et al. Impact of attention-deficit hyperactivity disorder and other psychopathology on treatment retention among cocaine abusers in a therapeutic community. *Addictive Behaviors* 2004;29:1875-82.

Mannuzza S, Klein R, Bessler A, Mallory P, et al. Adult Psychiatric Status of hyperactive Boys Grown Up. *Am Psych Association* 1998;155:493-98.

Medina-Mora M, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1-16.

Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo J, Monasor Sánchez R, Rubio Villadolid G, Jiménez Arreiro M, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y vulnerabilidad al desarrollo de alcoholismo: empleo de la Wender-Utah Rating Scale para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia de pacientes alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:357-66.

SSA, Encuesta Nacional de Adicciones, 1998.

Sullivan M, Rudnik-Levin F. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse: Diagnostic and Therapeutic Considerations. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:251-70.

ANEXOS

Nombre: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Expediente: _____
 Fecha: _____
 Nombre del encuestador: _____

Cuando niño era (o tenía):

	No, en lo absoluto (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Mucho (3)	Muchísimo (4)
1. Activo, inquieto, siempre a la carrera.					
2. Problemas de concentración, me distraía fácilmente.					
3. Ansioso, "preocupón".					
4. Nervioso, no dejaba de moverme.					
5. Falta de atención, soñaba despierto.					
6. Irascible, de mal genio, siempre a punto de explotar.					
7. Explosivo, berrinchudo.					
8. Inconstante, las cosas que empezaba no las terminaba.					
9. Necio, voluntarioso.					
10. Poco precavido, maldoso y travieso.					
11. Desobediente con mis padres, rebelde, insolente.					
12. Irritable.					
13. Flojo, desordenado.					
14. Malhumorado, con ánimo cambiante.					
15. Enojón.					
16. Actuaba sin pensar, impulsivo.					
17. Tendía a ser inmaduro.					
18. Sentimientos de culpa, arrepentimiento.					
19. Perdía el control de mi mismo.					
20. Tendía a ser o actuar irracionalmente.					
21. Buscableitos.					
22. Molestaba a otros niños.					
23. Seguidor de los demás manipulando fácilmente.					
24. Problemas para ver las cosas desde el mismo punto de vista de los demás.					
25. Problemas con la policía, arrestos, consignaciones.					
Subtotal.					
Gran Total.					

J. Abuso y dependencia de alcohol

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	NO	SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? ➡ NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl o butyl nitrate (poppers)*.

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Vallum, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA.

LUGAR Y FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO: “ ANTECEDENTE DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION EN ADULTOS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIDAD MORELOS IMSS ”. REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA CON EL NÚMERO _____ SIENDO EL SECRETARIO DEL SUBCOMITÉ DE ETICA EL DR. MIGUEL PALOMAR BAENA.

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: SABER SI LOS ADULTOS CON ABUSO O DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PRESENTAN ANTECEDENTES DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN: CONTESTAR DOS CUESTIONARIOS.

SE ME APLICARA LA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL Y CONTESTARE LA ESCALA DE EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD WENDER-UTAH EN ESPAÑOL PARA VALORAR LA PRESENCIA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y ABUSO Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL (DRA ESTHER ELIZABETH VALDES ULLOA) SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO.

ANTE CUALQUIER DUDA ME PODRE COMUNICAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL A LOS TELS: 57-81-75-61 O 55-77-44-19 EXT 115 O 116.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONDIERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERA MANEJADA EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACERCA DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

TESTIGO

TESTIGO