



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Prevalencia del TDAH en estudiantes de la
carrera de Psicología de la FES-Iztacala
y su relación con adicciones”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Teresa Citlalli Valtierra Peñaloza

Directora: Dra. **Ma. Guillermina Yáñez Téllez**
Dictaminadores: Dra. **Dulce María Belén Prieto Corona**
Mtra. **Sulema Iris Rojas Roman**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013

Agradecimientos:

A la vida,
por conspirar a cada paso para ponerme en tiempo y espacio correcto.

A mi madre y abuela,
por ser las mujeres que iluminan el sendero por el que camino,
por enseñarme que la vida es cada instante que respiro.

A mi hermano,
por ser ese reto diario, ese compañero de juego,
por ser la mitad que me convierte en entero.

A mis compañeros,
por los momentos vividos, a Jimena por ser mi confidente

A la UIICSE,
por compartir su espacio y conocimiento,
Betsa por ser mi compañera al concluir esta etapa, a Miguel por su compañía y consejos
invaluables, a Helena por la paciencia y enseñanza.

A la Dra. Guillermina,
por el conocimiento brindado, por la infinita paciencia para guiarme y orientarme.

A la UNAM,
por ser una fuente inagotable de conocimiento.

A quienes han caminado y crecido conmigo,
a ti que ahora estas aquí,
por el hoy que me regalas y conviertes en presente.

GRACIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1:	
ANTECEDENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)	2
1.1 Definición del trastorno	2
1.2 Antecedentes del trastorno	3
<i>1.2.1 Reseña histórica</i>	4
1.3 Etiología	5
<i>1.3.1 Aspectos Genéticos</i>	5
<i>1.3.2 Aspectos Neurológicos</i>	6
1.4 Criterios para diagnosticar el TDAH	7
CAPÍTULO 2:	
TDAH EN LA EDAD ADULTA: TRASTORNOS COMÓRBIDOS	10
2.1 Generalidades del TDAH en la edad adulta	10
2.2 Adultos y sus sintomatologías	11
<i>2.2.1 Rendimiento académico</i>	12
<i>2.2.2 Adaptación al medio laboral y conducción de vehículos</i>	13
<i>2.2.3 Relaciones interpersonales y de pareja</i>	13
2.3 Evaluación y diagnóstico del TDAH en la edad adulta	13
<i>2.3.1 Detección</i>	14
2.4 Comorbilidades en la edad adulta	15
<i>2.4.1 Trastorno de ansiedad generalizada</i>	15
<i>2.4.2 Trastornos del sueño</i>	17

2.4.3 <i>Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)</i>	19
2.4.4 <i>Trastorno distímico</i>	20
CAPÍTULO 3:	
TDAH Y ADICCIONES	21
<i>Situación actual del problema</i>	
3.1 Adicciones y TDAH	24
3.1.1 <i>Prevalencia</i>	24
3.2 Factores genéticos dentro de las adicciones en el TDAH	26
3.3 Hipótesis de la Automedicación	27
3.4 TDAH y consumo de sustancias adictivas	28
3.4.1 <i>Alcohol y TDAH</i>	30
3.4.2 <i>Nicotina y TDAH</i>	31
3.4.3 <i>Cannabis y TDAH</i>	32
3.4.4 <i>Cocaína y TDAH</i>	33
3.4.5 <i>Opioides y TDAH</i>	34
3.5 Tratamiento farmacológico	36
Resultados	37
<i>Cuantitativos</i>	37
<i>Cualitativos</i>	40
Discusión y Conclusión	43
Referencias	45

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en niños y adolescentes. Hasta hace algunos años se creía que esta era una patología que únicamente se presentaba en la niñez y adolescencia. Hoy se sabe que no es así.

Existen evidencias de la persistencia del TDAH en la vida adulta en un gran número de pacientes. De hecho, estudios longitudinales muestran que entre un 40% hasta un 79% de esos pacientes continúan manifestando síntomas en la edad adulta, por lo que se obtiene un prevalencia estimada de 3 a 6% en la población general aunque la cifra real está lejos de conocerse (Orrego, 2011).

Actualmente el TDAH es uno de los trastornos más investigados debido a la alta tasa de comorbilidad que presenta en la edad adulta, ya que muchas de las afecciones por las que ingresan a hospitales este tipo de personas con dicho trastorno es en su gran mayoría por adicciones.

En los últimos años se ha acumulado información sobre la importante asociación entre TDAH y adicciones.

Algunos autores postulan que un TDAH predispone significativamente al desarrollo de abuso de sustancias, y acompañado por trastornos de la conducta se incrementa el riesgo de padecer dicha comorbilidad.

En el presente trabajo se abordará la sintomatología que padecen las personas que padecen TDAH y su relación con el trastorno por abuso de sustancias.

CAPÍTULO 1:

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

1.1 Definición del trastorno

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el término actual con el que se conoce a un síndrome caracterizado por deficiencias atencionales, impulsividad y un excesivo grado de actividad. El trastorno ha recibido a lo largo del tiempo otras denominaciones, entre ellas: daño cerebral, disfunción cerebral mínima, reacción hipercinética de la infancia, y por último trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Barkley, 2005).

Orjales (2002) define el déficit como un trastorno del desarrollo que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud excesiva y falta de atención, y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Estas suelen aparecer entre los dos y los seis años de edad.

Barkley (2002), define el TDAH como un trastorno del desarrollo del autocontrol que engloba problemas para mantener la atención y para controlar los impulsos, así como el nivel de actividad. Por lo general, en este tipo de personas se puede notar un deterioro en la voluntad o la capacidad para controlar su conducta a lo largo del tiempo y para mantener su atención en metas concretas y acciones futuras.

Gratch (2003) sostiene que en la actualidad, la teoría explicativa respecto de la etiología del TDAH lo sitúa como un trastorno de la neurotransmisión de la corteza prefrontal, zona que desempeña un papel trascendental en la planificación y regulación de la conducta y sirve fundamentalmente para planificar y anticipar eventos futuros. El autor expresa que los sujetos que han padecido de lesiones en la corteza cerebral prefrontal, como por ejemplo encefalitis y traumatismos, se tornan inatentos, se distraen con facilidad, son

impulsivos y están poco dispuestos a seguir las reglas establecidas en el hogar, la escuela y por la sociedad.

1.2 Antecedentes del TDAH

Miranda, Amado y Jarqué (2001) mencionan que el TDAH de acuerdo con la nomenclatura del siglo pasado debería llamarse “enfermedad de Hoffman” en honor al médico alemán que en 1854 descubrió por primera vez un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento en todos los ámbitos. Pese a haber sido Hoffman quien se percatara de estas características, fue Still quien en 1902 proporcionó una descripción más detallada de las características de dicho padecimiento.

Still a principios del siglo XX describió a 43 niños que tenían problemas serios para mantener la atención, de manera que creía que estos niños tenían un “defecto en el control moral”, pues no podían controlar sus acciones para seguir normas que conducían al bien común (Soutullo, 2007). En relación con las conductas inadecuadas que presentaban estos niños, Still (citado en Miranda, Amado y Jarqué, 2001) mencionaba que los síntomas tenían un substrato físico, que no estaban causados por deficiencias intelectuales, sino por una educación inadecuada o por el ambiente familiar desintegrado ya que se creía que el maltrato excesivo de los padres a los niños inducía al mal comportamiento.

Las descripciones de Still comenzaron a cobrar fuerza en Estados Unidos entre 1917 y 1918, a raíz de un brote de encefalitis epidémica por virus de la influenza (García, 2006; Soutullo, 2007). En relación con la epidemia, hubo una serie de descripciones de niños que habían sobrevivido a esta infección viral cerebral pero que presentaban como secuela conductual y cognitiva un cuadro caracterizado por retraso mental, hiperactividad e impulsividad, similar al descrito por Still. Esta fue la primera descripción de una relación entre daño cerebral y un cuadro conductual caracterizado principalmente por hiperactividad.

Soutullo (*óp. cit.*) refiere que tras esta asociación de hiperactividad, impulsividad y problemas cognitivos secundarios a encefalitis, se empezaron a estudiar las secuelas conductuales de otras lesiones cerebrales como las perinatales y las de los traumatismos craneoencefálicos, por lo que en las décadas de 1930 a 1940 cobró fuerza el concepto de “síndrome de daño cerebral”.

Posteriormente en las décadas de 1950 y 1960 se acuñaron los términos “daño cerebral mínimo” y luego “disfunción cerebral mínima”. Paralelamente al desarrollo de estos términos, desde 1950 se hablaba del “trastorno *hiperkinético* impulsivo” que más tarde fue denominado como “síndrome hiperkinético”, y ya entrada la década de 1960 se describe por vez primera el “síndrome del niño hiperactivo”.

García (*óp. cit.*), Miranda, Amado y Jarqué (*óp. cit.*) y Soutullo (*óp. cit.*) mencionan que a principio de la década de 1970 se amplían las características definitorias del síndrome de la hiperactividad o hipercinesia para incluir otros aspectos importantes como la impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y distractibilidad.

Sin embargo este no fue el único cambio que sufrió la definición del trastorno, en 1972 Virginia Douglas (citada en Miranda, Amado y Jarqué, *óp. cit.*) argumentó que la deficiencia central de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad, sino la incapacidad de mantener la atención y controlar la impulsividad. De manera que para 1980 en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) se cambia el nombre de “Reacción hiperkinética de la infancia” por el de “Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (TDA con/sin H), poniendo más énfasis en la inatención y en la impulsividad.

La reaparición del subgrupo sin hiperactividad en el DSM-IV (Soutullo, *óp. cit.*) se produjo como uno de los tres subtipos de TDAH. La última edición, del DSM-IV-TR (2002), ha mantenido los tres subtipos: con predominio de inatención (TDAH-I), con predominio de hiperactividad/impulsividad (TDAH-HI) y tipo combinado (TDAH-C), con

síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad. En este manual se acepta que el subtipo TDAH-HI puede evolucionar a TDAH-C y viceversa.

1.3 Etiología

En la actualidad existen diferentes teorías sobre el origen del TDAH, entre las que se encuentran:

1.3.1 Aspectos Genéticos

El TDAH es una alteración neuroconductual, de origen biológico– genético, que por sus repercusiones en la vida académica, laboral, social y de salud, se considera una entidad patológica que se manifiesta con síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que tienen un efecto global en todas las actividades de los niños, los adolescentes y los adultos que la padecen (Barkley, 2005).

En los estudios sobre la predisposición genética por descendencia de padres con problemas psicológicos o conductuales, quedan muchas incógnitas al no determinar qué es lo que realmente se hereda.

Partiendo de este supuesto, el desarrollo conceptual de este aspecto es abordado por Herreros, Rubio, Sánchez y García (2002), Soutullo (*óp. cit.*) y Barkley (2005) quienes mencionan que el TDAH es un síndrome conductual con bases neurobiológicas con un fuerte componente genético. Este puede darse a lo largo de toda la vida de quien lo padece, y se manifiesta particularmente en el período vital comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, y en algunos casos llega a prevalecer inclusive en la edad adulta.

Cabe mencionar que este trastorno es intrínseco a la persona que lo padece, es decir, que es debido a una alteración neuropsicológica que provoca disfunciones en los mecanismos de control ejecutivo del comportamiento, que afecta de un modo directo a los

procesos psicológicos de atención sostenida, memoria de trabajo, autorregulación de la motivación y afecto, internalización del lenguaje, procesos de análisis y síntesis directamente implicados en las tareas de enseñanza-aprendizaje y adaptación escolar.

1.3.2 *Aspectos Neurológicos*

Diferentes estudios a lo largo de la historia del trastorno apoyan la teoría de que los niños que lo presentan tienen alteraciones funcionales en el lóbulo frontal, que es el responsable de inhibir la conducta, mantener la atención, el autocontrol y la planificación temporal. Esto se refiere a que, cuanto menos activos se encuentran estos centros inhibitorios del cerebro, más activa será la conducta del niño (Aragones, Piñol, Ramos-Quiroga, López-Cortacans, Caballero y Bosch (2010) y Barkley, 2005). También se ha sugerido la teoría de un déficit en la cantidad de uno de los neurotransmisores cerebrales específicamente de dopamina.

Dentro de esta gama de teorías y aspectos que se encuentran involucrados para que se presente un TDAH se encuentran en primera instancia, las infecciones del sistema nervioso central, las lesiones pre o perinatales, esto refiere que existen antecedentes de anoxia o bajo peso al nacer, exposición mantenida de toxinas cerebrales como el tabaco, el alcohol o la cocaína durante el embarazo pueden producir anormalidades en el desarrollo de algunas zonas de la región frontal del cerebro del niño mismas que son fundamentales dentro del desarrollo y tienden a favorecer, e incluso justificar la sintomatología.

Ahora bien, para poder saber si alguna persona padece TDAH, éste debe de ser diagnosticado bajo los criterios del DSM que se encuentre vigente.

1.4 Criterios para diagnosticar el TDAH

El diagnóstico de TDAH es complejo y debe basarse en la evaluación clínica realizada por un médico experto en el reconocimiento y tratamiento del mismo, como por ejemplo un neuropediatra, un paidopsiquiatra, un psiquiatra o un neurólogo. Dicha evaluación debe obtenerse tanto de la observación de la conducta del niño como de la información obtenida de padres, maestros, otros familiares, etc.

El DSM-IV-TR define el TDAH de una forma amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (al menos seis síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (al menos seis síntomas). Los síntomas deben estar presentes antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño y durar como mínimo seis meses.

De acuerdo al sistema DSM-IV-TR se definen 3 tipos de TDAH:

- TDAH tipo hiperactivo-impulsivo: el niño presenta principalmente hiperactividad e impulsividad.
- TDAH tipo inatento el niño presenta principalmente inatención.
- TDAH tipo combinado: el niño presenta las 3 características: hiperactividad, impulsividad e inatención.

Criterios del DSM-IV TR sobre el TDAH

I: A o B

A.- Seis o más de los siguientes síntomas de inatención han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

Inatención

- A menudo no presta la debida atención a los detalles o, por descuido, comete errores en las tareas de la escuela, el trabajo y otras actividades.
- A menudo tiene problemas para concentrarse en las tareas o en los juegos.

- A menudo parece que no escucha cuando se le habla directamente.
- A menudo no sigue las instrucciones y no termina las tareas de la escuela, los quehaceres o cualquier otra responsabilidad en el trabajo (no por conducta oposicional o por no entender las instrucciones).
- A menudo le cuesta organizar actividades.
- A menudo evita, rechaza o se niega a hacer cosas que requieren mucho esfuerzo mental por mucho tiempo (como tareas escolares o quehaceres de la casa).
- A menudo pierde las cosas que necesita para hacer ciertas tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros, o herramientas).
- Se distrae con frecuencia.
- Tiende a ser olvidadizo en la vida diaria.

B.- Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes en la persona por lo menos durante 6 meses, al punto de que son inadecuados y tienen un efecto perturbador del nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- A menudo no deja de mover las manos ni los pies mientras está sentado.
- A menudo se levanta de la silla cuando se requiere que permanezca sentado.
- A menudo corre o trepa en lugares y en momentos inoportunos (es posible que los adultos y adolescentes se sientan muy inquietos).
- A menudo, tiene problemas para jugar o disfrutar tranquilamente de las actividades de recreación.
- A menudo, "está en constante movimiento" o parece que tuviera "un motor en los pies".
- A menudo habla demasiado.

Impulsividad

- A menudo da una respuesta sin haber oído antes toda la pregunta.
- A menudo le cuesta esperar su turno.
- A menudo interrumpe al que esté hablando o se entromete.

II. Algunos de los síntomas que causan alteraciones están presentes desde antes de los 7 años de edad.

III. Alguna alteración provocada por los síntomas está presente en dos o más situaciones (en la escuela o el trabajo y en la casa).

IV. Debe haber clara evidencia de una alteración considerable en el funcionamiento social, escolar o laboral.

V. Los síntomas no ocurren únicamente mientras la persona sufre de trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los síntomas no indican la presencia de otro trastorno mental (trastorno del humor, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad).

Cabe mencionar que el DSM-IV TR hace énfasis en la importancia de la impulsividad, que para algunos es un síntoma persistente que continua hasta la edad adulta. También agrupa la hiperactividad/impulsividad como un solo subtipo de TDAH porque los estudios realizados confirman que constituyen una sola dimensión del comportamiento (Soutullo, *óp. cit.*).

CAPÍTULO 2:

TDAH EN LA EDAD ADULTA: TRASTORNOS COMÓRBIDOS

2.1 Generalidades del TDAH en la edad adulta

Con el pasar del tiempo la visión del TDAH ha ido evolucionando, las nuevas aportaciones enriquecen día a día el universo de conceptos que constituyen la connotación real de lo que es el trastorno.

Anteriormente se creía que dicho trastorno desaparecía con el pasar de los años ya que la transición de niños, adolescentes y adultos requiere e implica de la adquisición de conocimientos de “etiqueta social” para poder desenvolverse en las distintas esferas sociales que constituyen y construyen el comportamiento de todo ser humano. Sin embargo, esto no sucede con las personas que padecen TDAH en la edad adulta, ya que dicho trastorno los acompaña a lo largo de la vida, se desarrolla y se transforma, ya que los síntomas no desaparecen y continúan presentando sintomatología durante la adultez. Al respecto, Moraga (2008) en un estudio prospectivo de entre 15 y 17 años de duración, encontró que los síntomas del TDAH en la edad adulta van en aumento y merman la calidad de vida de quien los padece, confirmado la persistencia del trastorno después de la adolescencia. Según sus resultados, del 50 al 70% de los niños que sufren este problema van a continuar presentando síntomas durante la edad adulta.

Los déficits no desaparecen con la maduración y en muchos casos se llegan a modificar y pueden desarrollar un trastorno comórbido, lo cual provocaría importantes dificultades en la adaptación y desarrollo de sus esferas sociales tales como: el hogar, la escuela y el trabajo. Cabe resaltar que los adultos con síntomas de TDAH muestran un inferior ajuste en su vida.

A pesar de todos los inconvenientes que provoca el TDAH en la edad adulta su detección no resulta fácil debido a que los pacientes adultos que padecen dicho trastorno ya no presentan las mismas afecciones que un niño. Al respecto, Moraga (*óp. cit.*) menciona tres de las principales causas por las que es difícil su detección: la primera es que el trastorno va modificando sus características con el paso de los años; en segundo lugar los individuos encuentran formas de compensar sus déficits, y por último la severa comorbilidad que se asocia a este trastorno ya que camuflajea su presencia y algunos de los padecimientos que dificultan su detección son las dependencias al alcohol y a las drogas.

Moraga (*óp. cit.*) refiere que es substancial tener en cuenta que la mayor parte de los adultos que desarrollan una comorbilidad no recibieron un diagnóstico de TDAH en la infancia, por lo que el clínico deberá tener un cierto grado de sospecha que facilite la identificación del trastorno.

De manera que aunque la sintomatología en algunos casos llegara a mejorar o desaparecer durante la adolescencia, esto último no ocurre en todos los casos, ya que muchos jóvenes y adultos arrastran problemas derivados de la hiperactividad, especialmente cuando no han sido sometidos a un tratamiento previo (Soutullo, *óp. cit.*).

2. 2 Adultos y sus sintomatologías

Algunos adultos con síntomas de TDAH no experimentan deterioro del funcionamiento cognoscitivo, ya que éste depende de las demandas del entorno y no sólo de las dificultades individuales. Moraga (*óp. cit.*) menciona que la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es prácticamente la regla del TDAH en la edad adulta, por lo que no es raro que sea el trastorno comórbido el que motive a la persona a acudir a consulta, ya que en muchos casos suele tratarse de problemas de aspecto dramático y cuyo tratamiento apremia (el trastorno antisocial y el abuso de sustancias son algunos), a menudo se trata fundamentalmente esta comorbilidad, pasando desapercibidos los síntomas del TDAH que son el origen de dicha problemática. Al respecto, Argones *et al.* (2010) en un estudio encontró que datos epidemiológicos internacionales recientes muestran una prevalencia del

TDAH en adultos en población general alrededor del 3 ó 4%. Estos datos fueron obtenidos de pacientes que acudieron a consulta por algún trastorno comórbido al TDAH, lo que refleja algo contrario a lo que se solía considerar hasta hace un par de décadas, los síntomas y el impacto funcional del TDAH no siempre desaparecen al pasar a la edad adulta y el trastorno puede persistir en más del 50% de los casos.

Cabe mencionar que este estudio sólo arroja los datos de quienes fueron detectados al acudir a consulta, lo cual divide a la población en general, quienes acuden y son diagnosticados a raíz de su trastorno comórbido, y quienes no acuden a consulta por diferentes motivos, esto deja un sesgo significativo en cuanto a la población adulta con TDAH que no son detectados y permanecen ajenos a los potenciales beneficios de un tratamiento específico.

La presencia de TDAH a lo largo de la vida ocasiona importantes repercusiones en las personas que lo padecen y en el entorno de las mismas. En los adultos se han descrito alteraciones en el rendimiento académico, en la adaptación al medio laboral y en las relaciones interpersonales, comorbilidad con enfermedades mentales y un elevado riesgo de consumo de sustancias tóxicas (Barkley, 1999).

2.2.1 *Rendimiento académico*

Los estudios de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes con un TDAH diagnosticado en la infancia y con síntomas residuales muestran diferencias significativas en el rendimiento académico respecto a los sujetos sin el trastorno. Los pacientes tienden a lograr una menor formación académica en comparación con aquellos que no presentan el trastorno, aun con niveles de inteligencia similares. Asimismo, los adultos con TDAH presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar (Ramos-Quiroga *et al.*, 2006).

2.2.2 Adaptación al medio laboral y conducción de vehículos

Ramos-Quiroga, *et al.* (*óp. cit.*), refieren que los adultos con TDAH tienen una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno. Los problemas laborales pueden derivarse de las dificultades en el control de los impulsos y la inatención. Esto sin dejar de lado la constante demanda y competencia que implica la tecnología en el ambiente laboral que en muchos casos requiere del sedentarismo, lo que implica el mantenerse en un solo lugar de trabajo lo cual tiende a disparar los periodos de ansiedad por satisfacer los estándares de “calidad y éxito” que demanda la vida social y laboral.

Respecto a la conducción de vehículos, se ha reportado a los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y éstos son más graves.

2.2.3 Relaciones interpersonales y de pareja

Esta es una de las áreas que más desafíos presenta para quienes padecen el trastorno, ya que las crecientes demandas sociales por el “ideal a alcanzar” detona la impulsividad que demanda la elección y toma de decisiones dentro de las relaciones interpersonales en la edad adulta. Lo cual, en muchos casos llega a desencadenar sentimientos dolosos difíciles de afrontar y en muchos casos la depresión y frustración son síntomas que se desencadenan.

2.3 Evaluación y diagnóstico del TDAH en la edad adulta

En la edad adulta no se hace el diagnóstico de la misma forma que en la infancia, ya que muchos de los síntomas infantiles pueden haber desaparecido en la edad adulta por lo que es difícil recoger información familiar y de educadores, y el propio sesgo de los recuerdos afecta los resultados. Para poder diagnosticar el TDAH en una persona adulta es preciso que esté presente desde la infancia, como mínimo desde los 7 años. Debe persistir una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un área importante de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar. Por tanto, se

entiende el TDAH en la edad adulta como una patología crónica (Ramos-Quiroga, Bosch-Munsó, Castells-Cervello, Nogueira-Morais, García-Giménez & Casas-Brugué, 2006).

Los adultos con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad. Asimismo, los síntomas de hiperactividad en los adultos suelen tener una expresión clínica ligeramente diferente a la encontrada en los niños. En los niños puede ser el correr por todas partes, subirse a los muebles, etc., mientras que en la edad adulta el mismo síntoma se manifiesta como un sentimiento subjetivo de inquietud, el cual en la mayor parte de los casos suele propiciar que realicen actividades que aminoren dicho sentimiento.

2.3.1 *Detección*

Murphy y Gordon (1998 citados en Ramos-Quiroga *et al.*, 2006), han sugerido tres recomendaciones para la detección de este trastorno en la edad adulta:

- La primera evalúa si existen evidencias acerca de la relación entre los síntomas de TDAH en la infancia y un deterioro posterior significativo y crónico en diferentes ámbitos.
- La segunda cuestión aporta información respecto a si existe, de forma creíble, una relación entre los síntomas de TDAH actuales y un deterioro sustancial y consistente en diferentes ámbitos.
- La tercera cuestión es si hay otra patología que justifique el cuadro clínico mejor que el TDAH.

La importancia de la evaluación en los adultos con síntomas de TDAH requiere de todo un esfuerzo por integrar los datos clínicos disponibles que ayuden en la realización del diagnóstico. Un protocolo estandarizado deberá incluir una historia clínica completa del paciente, cuestionarios autoadministrados de síntomas, rendimiento en pruebas neuropsicológicas y evaluación de comorbilidad psicopatológica.

En la actualidad existe una escala autoaplicable denominada Wender-Utah Rating Scale (WURS) (Rodríguez-Jiménez, Ponce, Monasor, Jiménez-Giménez, Pérez-Rojo, Rubio *et al.*, 2001), que sirve para evaluar de manera retrospectiva síntomas del TDAH padecidos durante la infancia. Esta escala es una de las más completas, ya que abarca más de un aspecto de la vida del individuo (social, familiar, rendimiento académico y de salud) de manera retrospectiva en pacientes adultos en los cuales se tenga sospecha de un padecimiento de TDAH. Se trata de un cuestionario autoaplicable de 61 ítems, de los cuales 25 discriminan a pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia.

Además de la WURS, también se encuentra el cuestionario autoinformado de cribado Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Kessler, Adler & Spencer, 2005), consta de 18 preguntas, fue desarrollado en conjunto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El ASRS-v1.1 es un subgrupo de la lista de verificación de síntomas (6 preguntas) está basado en los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), sus ítems miden una dimensión inespecífica de compulsividad/impulsividad (Ramos-Quiroga, *et al.*, 2009).

2.4 Comorbilidades en la edad adulta

Beakley *et al.* (2002), Fischer *et al.* (2002) y Biederman *et al.* (1993) mencionan que cerca de un 60% de pacientes diagnosticados con TDAH en la infancia, presentan de forma comórbida otro trastorno en la edad adulta, mismos que merman la calidad de vida de los pacientes. Los trastornos que ellos reconocen como frecuentes son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno distímico, trastorno depresivo mayor, trastorno de la personalidad antisocial y trastorno obsesivo compulsivo (citados en Ramos-Quiroga, Trasovares, Bosch, Nogueira, Ronchero, Castells, Martínez, Gómez y Casas, 2007).

2.4.1 Trastorno de ansiedad generalizada

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una pre-ocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o aprensión ansiosa),

persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido (APA, 2003).

Los adultos que padecen este síntoma comórbido suelen llegar a experimentar síntomas motores (tensión o dolores musculares e inquietud), síntomas de hiperactividad vegetativa (palpitaciones o taquicardia, boca seca, mareos o sensación de inestabilidad, etc.) y síntomas de hipervigilancia (sensación de que va a suceder algo, respuesta exagerada, dificultad para conciliar el sueño, etc.).

La prevalencia del TAG de niños a adolescentes es de 25 a 30% y estos síntomas suelen repercutir de manera marcada en el rendimiento escolar y en el funcionamiento social y familiar de quien lo padece, y se asocia a un aumento del riesgo de presentar un trastorno ansioso/depresivo en la edad adulta lo cual puede llegar a desencadenar una posible adicción a la nicotina o alcohol (López-Villalobos, Serrano, Delgado, *óp. cit.*).

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria, son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa, la salud propia y la de otros. En muchas ocasiones suelen tener pensamientos catastróficos sobre situaciones que impliquen cierto grado de estrés lo cual desencadena la preocupación de quien padece este trastorno.

La preocupación puede estar representada como una cadena larga de pensamientos e imágenes negativas que en varias ocasiones es incontrolable y que está orientada hacia un peligro futuro.

Dugas y Ladouceur (1998) refieren que el individuo que padece TAG tiende a darle vueltas en su cabeza a la problemática en cuestión una y otra vez y a preocuparse con las

posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, magnificando los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas. Es muy posible que las preocupaciones estén muy relacionadas con la intolerancia a la incertidumbre.

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular o perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador) (Bados, *óp. cit.*).

2.4.2 Trastornos del sueño

La conciliación y mantenimiento del sueño, como la calidad de éste y la ausencia de fenómenos que lo perturben se convierte en una tarea difícil ya que existen múltiples eventos que pueden perjudicarlo. El sueño, es uno de los más básicos instintos por lo imprescindible y necesario que es para el orden de funciones tanto psicológicas como orgánicas.

Este puede verse afectado, disminuido y alterado por la presencia de numerosas manifestaciones de diversa índole. Es evidente que las reacciones emocionales, en cuanto experiencia afectan al individuo en un amplio espectro de su existencia.

En el caso de quienes padecen TDAH la afectación del sueño está determinada en gran medida por sus subtipos y por la comorbilidad que pueda asociarse, que en muchos casos es un Trastorno por abuso de sustancias (TUS). Es muy importante reconocer las alteraciones del sueño, sobre todo en el comienzo de la pubertad, donde situaciones tan comunes como el retraso de fase de sueño, el déficit crónico de sueño por horarios escolares o hábitos sociales, y el uso de sustancias estimulantes conllevan con mucha frecuencia a la generación de un círculo vicioso que altera el sueño y el comportamiento de quien padece este trastorno.

Cuando el sueño es afectado se conoce como trastornos primarios del sueño. Estos son aquellos que no se deben a enfermedad médica, a otra enfermedad mental o a la ingesta de sustancias. Los trastornos son consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo vigilia-sueño, que con frecuencia se ven agravadas por factores de condicionamiento. Los trastornos del sueño se dividen en disomnias e hipersomnias (Hernández y Rodrigo, 2009).

Disomnias

Caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño.

- Insomnio
- Hipersomnias
- Narcolepsia
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración
- Trastornos del ritmo circadiano
- Disomnias no especificadas (quejas de insomnio o hipersomnio que se atribuyen a factores ambientales, somnolencia excesiva debida a privación de sueño, síndrome idiopático de piernas inquietas, movimientos periódicos de los miembros (mioclonus nocturno), situaciones en las que existe una disomnias).

Parasomnias

Caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de la transición sueño-vigilia.

- Pesadillas
- Terrores nocturnos
- Sonambulismo
- Parasomnias no especificadas (trastorno comportamental del sueño REM, parálisis del sueño, situaciones en las que existe una parasomnias).

2.4.3 *Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)*

Quienes padecen TOC suelen tener un comportamiento obsesivo-compulsivo durante mucho tiempo antes de que comience a afectar algún área de su vida. Dichas afecciones pueden comenzar como pensamientos intrusivos, como imágenes violentas que entran en la mente. También puede comenzar con rituales, comportamientos repetitivos (Kodysz, 2010). El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se clasifica en el DSM IV como un Trastorno de Ansiedad, manifestado con obsesiones, compulsiones o ambas, que causan perturbación significativa en el área social o personal y deteriora sus vínculos interpersonales, aislándolo de la sociedad.

Tipos de obsesiones

- De contaminación (miedo a la suciedad o a contraer enfermedades)
- De agresión
- De temores corporales
- De simetría (orden)
- De exactitud

Los temores obsesivos caen dentro de dos tipos principales:

- Temor al daño (a sí mismo o a los demás)
- Sensación de intranquilidad (amenaza inminente inespecífica).

Tipo de compulsiones

- Compulsión a la limpieza (lavado de las manos reiterados)
- De chequeo y control (llaves de gas, desenchufar plancha, apagar y encender luces varias veces, cerrar con llave la puerta en forma reiterada, leer el mismo párrafo varias veces, etc.)

2.4.4 *Trastorno distímico*

El término distimia que proviene del griego significa estado de ánimo defectuoso o enfermo y fue introducido en 1980.

Es un trastorno crónico caracterizado, tanto en niños como en adolescentes, por un estado de ánimo deprimido o irritable que se mantiene durante la mayor parte del día y la mayoría de los días que no es lo suficientemente grave como para cumplir los criterios de otros episodios depresivos. Según el DSM-IV-TR las características principales del trastorno son los sentimientos de inadecuación, culpa, irritabilidad e ira, aislamiento social, pérdida de interés y descenso de la actividad y productividad (Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Villaseñor, 2005).

Barkley *et al.*, (2002) menciona que los trastornos psiquiátricos que aparecen más frecuentemente asociados al TDAH en la edad adulta, merecen especial atención los trastornos relacionados con sustancias (TUS). Como se revisará a continuación, existe una alta prevalencia de TUS en sujetos con TDAH y la presencia de tóxicos complicará el abordaje del trastorno (citado en Ramos-Quiroga, *et. al*, *óp. cit.*)

CAPÍTULO 3: TDAH Y ADICCIONES

El uso y abuso de sustancias adictivas constituye un complejo fenómeno que tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar, en el desarrollo y la estabilidad social. Aunque en la actualidad toda la sociedad está expuesta a las drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, como aquellos que padecen algún tipo de trastorno como lo es el TDAH el cual afecta a niños, jóvenes y adultos, quienes pueden truncar su posibilidad de desarrollo personal y de realizar proyectos positivos de vida.

Situación actual sobre adicciones

La identificación de los factores que concurren en el complejo fenómeno de las adicciones, van desde la disponibilidad y el acceso a las sustancias, hasta las opciones de tratamiento y rehabilitación para quienes las padecen, pasando por la identificación de aquellos factores que las favorecen o las dificultan. Esto requiere siempre de la utilización de varios instrumentos y herramientas que sirven para conocer la magnitud del problema (México, Encuesta Nacional de Adicciones -ENA-, 2008).

Dentro de las drogas legales la ENA (*óp. cit.*) reportó el consumo de tabaco con un 18.5% de la población, lo que indica que 14 millones de personas son fumadores activos, de ellos el 27.8% son hombres y el 9.9% son mujeres, de los cuales el 8.8% fumó durante el último año.

En cuanto al consumo de alcohol y drogas, reportó que el consumo aumenta con la edad, así como el gusto por la cerveza, destilados, vino y bebidas preparadas tienen un auge entre los 18 y 29 años. La ENA (*óp. cit.*) establece que el consumo habitual es más frecuente entre hombres que en mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer.

Un dato relevante es que el consumo en mujeres va aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) es menor que la que se observa entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años). El grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Estos datos no son más que el reflejo de un elevado abuso y dependencia al alcohol. Lo que refleja que poco más de cuatro millones de mexicanos (4, 168, 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3, 497, 946) son hombres y poco más de medio millón (670, 117) son mujeres (Tabla 1).

La ENA (*óp. cit.*), refiere que esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas, entre ellos las dificultades más frecuentes que reporta ocurren con la familia (10.8%), en particular las peleas (6%), problemas con la policía (figuras de autoridad) son menos frecuentes (3.7%), y en una proporción importante (41.3%) se encontraron personas que fueron detenidas (exceso de velocidad o accidentes de tráfico) bajo los efectos del alcohol; de aquí se desprenden también los problemas laborales (3.7%) y en una proporción menor los problemas que ocasionaron el consumo se derivaron de la pérdida de empleo (bajo nivel de competencia) (1.4%) (Tabla 1).

Tabla 1.- Aspectos generales de las problemáticas presentadas al adultos con TDAH

	Dependencia	Familiares	Figuras de Autoridad	Accidente Vehiculares	Laborales
Hombres	3, 497, 946	10.8%	3.7%	41.3%)	3.7%
Mujeres	670, 117				

Resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

En cuanto al consumo de drogas, en la ENA (*óp. cit.*) se menciona que la mariguana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera aumentó de 3.5 a 4.2%, y la segunda fue mayor, pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, que se duplicó entre ambas mediciones.

La mariguana ha ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína ha mostrado variaciones importantes y desplaza a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa cuando aparece en el mercado nacional. Desde entonces ha mostrado fluctuaciones importantes, el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa, se nivela y disminuye ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a iniciar en esta década.

Una de las prioridades de la ENA, (*óp. cit.*), también fue indagar sobre la percepción de la población en cuanto al consumo de sustancias mediante la pregunta: ¿Cuál de las siguientes sustancias piensa que producen adicción?

Las opciones de respuesta incluían: mariguana, alucinógenos, cocaína, heroína, inhalables, alcohol y tabaco.

El mayor consenso sobre el potencial adictivo de las drogas se observó para la mariguana (80.3%) y para la cocaína (75.8%); les sigue en importancia el alcohol (71.2%) y en menor consenso fue para el tabaco (66.4%), la heroína (60.3%), los inhalables (56.2%) y por último los alucinógenos (51.8%) (ENA, *óp. cit.*).

3.1 Adicciones y TDAH

3.1.1 Prevalencia

En los últimos años se ha acumulado información sobre la importante asociación entre adicciones y TDAH.

Orrego (2011) sostienen que una persona con TDAH presenta una alta predisposición al abuso de sustancias, mismos que son acompañados por trastornos de la conducta lo cual tiende a incrementar el riesgo de consumir drogas y la variación en las mismas.

El TDAH y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias han recibido una mayor atención en los últimos años, debido a las patologías que lo acompañan como trastorno de la personalidad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dítímico y trastorno del sueño. Este tipo de patologías cada vez son más frecuentes en el ámbito clínico, esto es debido a la alta prevalencia dual que se observa en quienes padecen dicho trastorno que es de 23%, es decir uno de cada cuatro o cinco pacientes que consumen sustancias ilícitas cumplen los criterios diagnósticos para TDAH (Jiménez, 2007).

La persistencia del diagnóstico del TDAH más allá de la adolescencia juega un papel destacado, ya que el riesgo de desarrollar una drogodependencia parece ser mayor en aquellos pacientes con TDAH en los cuales se mantiene el trastorno en la vida adulta. Biederman *et. al.* (1998) refiere que el 52 % de los pacientes con TDAH en la infancia presentaron un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida mientras que en la población sin TDAH este porcentaje fue del 27%. En pacientes adultos que consultan por un TDAH se ha hallado que entre el 17% y 45% muestran un abuso o dependencia de alcohol y un abuso o dependencia de otras drogas entre el 9% y 30% (Orrego, *óp. cit.*).

Dentro de las características que acompañan al TDAH y las adicciones, es preciso señalar que la impulsividad no disminuye. En el apartado anterior se habló de la comorbilidad que enmascara los síntomas de inatención e impulsividad, pero en el caso de

las adicciones este síntoma se encuentra presente en todos aquellos que desarrollan algún tipo de dependencia ya sea al alcohol, nicotina, cannabis, cocaína o algún opiáceo.

La impulsividad que se presenta en quienes padecen este trastorno es un factor que se observa en la edad adulta y más aun cuando es comórbido a un trastorno adictivo, ya que el grado de impulsividad de base del adicto definirá las bases comportamentales durante los períodos de abstinencia a las sustancias a las cuales haya creado una adicción.

Gálvez y Salazar (2008), mencionan que las poblaciones donde se ha demostrado un componente significativo de impulsividad en personas que presentan TDAH consumen más sustancias psicoactivas que aquellos que no padecen el trastorno. Asimismo, los que consumen dos o más sustancias ilícitas tienden a ser mucho más impulsivos que los que consumen una sola. Es aquí donde el trastorno se torna de una importancia capital ya que muchas de las personas que se vuelven adictas a cualquier tipo de sustancia se tornan agresivas y los trastornos de la personalidad que suelen presentar pueden llevarlos a padecer episodios psicóticos dependiendo el grado de exposición a la sustancia en cuestión.

En la actualidad el TDAH está sobre tipificado en la población que abusa y depende de las sustancias ilícitas. La alta tasa de comorbilidad en el TDAH complica el diagnóstico, y en muchos casos agrava la problemática adictiva la cual tiene un impacto negativo y en muchos casos devastador sobre el curso pronóstico y calidad de vida de los pacientes con TDAH.

Este tipo de problemática ha sido corroborada con variados estudios, dentro de ellos destaca el realizado por Biederman *et al.* (*óp. cit.*), en el que menciona que la mayor cantidad de personas que son hospitalizadas o que llegan por algún padecimiento de drogadicción han encontrado que cumplen con criterios de TDAH. Lo cual refleja la evolución de la drogodependencia, así mismo menciona que son personas que tienen recaídas tras la desintoxicación, mismas que pueden llegar a cronificarse y hundirlos más en la dependencia.

3.2 Factores genéticos para las adicciones en el TDAH

Dentro de la etiología del TDAH se identifican disfunciones neurológicas tempranas y factores genéticos, relacionado su existencia con variaciones alélicas, lo cual vuelve bastante probable que los genes implicados en el trastorno sean los encargados de dirigir la manera en que el cerebro utiliza la dopamina. Orrego (2011) menciona al respecto, que la disfunción en el proceso de transmisión de la dopamina en los pacientes con TDAH se manifiesta en un déficit de la inhibición conductual y del autocontrol, que impide a los pacientes con TDAH interiorizar y aplicar adecuadamente las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, interiorización del lenguaje autodirigido, control de las emociones, de la motivación y de la reconstitución) consideradas necesarias para realizar con éxito actividades de la vida diaria.

Las funciones ejecutivas marcan el óptimo desarrollo del ser humano, tanto social, familiar y laboral; esferas en las que deberá poner en juego dichas actividades mentales que en el caso de quienes padecen TDAH se encuentran afectadas.

Es aquí donde el sistema dopaminérgico juega un papel de suma importancia para el desarrollo de TUS o drogodependencia. Desde una perspectiva genética se han identificado distintos alelos de genes que se asocian a la presencia de TDAH y a un mayor riesgo para desarrollar una drogodependencia, como los implicados en la codificación del receptor D2 y D4 de la dopamina (Aguirre y Nicollini, 2005).

Así mismo, señala Orrego (*óp. cit.*), que en condiciones normales, la dopamina liberada se adhiere a los receptores dopaminérgicos de ciertas neuronas para transmitir su mensaje, mientras que los transportadores dopaminérgicos la absorben para que posteriormente pueda ser reutilizada. Sin embargo las personas con TDAH pueden sufrir alteraciones en el gen de los receptores de la dopamina, o en el gen del los transportadores de la misma. La consecuencia es que generan receptores menos sensibles a la dopamina, o transportadores muy eficaces que absorben la dopamina tan rápidamente que no dejan al neurotransmisor el tiempo suficiente para adherirse a los receptores dopaminérgicos en una

neurona vecina. Por lo que el resultado de este mal funcionamiento es un proceso de transmisión defectuoso.

Goldberg en 2004, plantea que el TDAH es un síndrome que no está ligado a ningún patógeno único bien definido y que el síndrome en cuestión puede estar causado por varias patologías diferentes con amplias y solapadas expresiones neuroanatómicas. Una vez ligado el TDAH con disfunción en el lóbulo frontal su alta predominancia no debería ser sorpresa, ya que estos son particularmente vulnerables en una gama muy amplia de trastornos (Roncero y Casas, 2006).

La comorbilidad del uso de drogas y TDAH es más frecuente en aquellos en quienes presentan TDAH residual. Esto se ve reflejado en el abuso de diferentes sustancias como lo es la marihuana, la nicotina y en muchos casos la cocaína misma sustancia que tiende a ser muy parecida al medicamento que se emplea para este tipo de trastorno. Es justo aquí donde convergen ambos trastornos, aunque aun así existen varias razones por las que hay una elevada coincidencia de TDAH y drogodependencia, la del sistema dopaminérgico es la principal. Primeramente porque es evidente que los pacientes de tipo hiperactivo-impulsivo y combinado tienen una naturaleza más experimental e imprudente cuando se asocian a drogas y alcohol, esto explica el mayor consumo de drogas de alto riesgo.

3.3 Hipótesis de la Automedicación

Khantzian, fue el primero que estableció en 1985 la hipótesis de la automedicación para los trastornos adictivos, en dicha hipótesis establece que aunque existen otros determinantes en la adicción, la automedicación es una de las razones más potentes. Refiere que la elección de la droga no es aleatoria, sino que se basa en la interacción entre los sentimientos dolosos predominantes y los efectos psicofarmacológicos de la sustancia (citado en Cervera, Haro, Martínez-Raga, Bolinches, de Vicente, & Valderrama, 2001).

Biederman, Mick y Faraone (2000) apoyan esta hipótesis revelando que la comorbilidad entre TDAH y enfermedades adictivas se debe a intentos de auto tratamiento. Esta idea nació a partir de un reporte, en el que la droga usada con más frecuencia por los pacientes con TDAH era la cannabis ya que ayudaba a mantener los periodos de atención y aminoraba los periodos de impulsividad. La marihuana se encontró muy por delante de las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, seguido luego por los opioides mismos que no parecen ser de las drogas preferidas por los que padecen TDAH. Estos hallazgos clínicos revelan que los pacientes afectados que fueron ingresados al hospital reportaron una supuesta mejora de los síntomas específicos de TDAH cuando se “automedicaban” en forma de consumo de cannabis y cocaína.

El concepto de automedicación también se encuentra apoyado por los estudios realizados por Volkow *et al.* (2003) mismos en los que se reportaron una marcada reducción de los síntomas de TDAH tras el consumo de cocaína. Esto se refiere a que puede asumirse que el consumo de cocaína conduce postsinápticamente a un aumento de la concentración de dopamina, lo que ocasiona un alivio de los síntomas del TDAH (citado en Ohlmeier, Peters, Te Wildt, Zedler, Ziegenbein, Wiese, Emrich y Schneider, 2009).

De esta forma, es como se hace presente el consumo de drogas en quienes padecen TDAH ya que la elección de la droga podría ser un indicador del trastorno comórbido que padecen y viceversa.

3.4 TDAH y consumo de sustancias adictivas

El consumo de sustancias en el TDAH ha sido uno de los temas de interés en las últimas décadas por ser un problema que aqueja a la mayor parte de la población (adolescentes y jóvenes adultos) repercutiendo en todas las esferas de sus vidas mermando así la calidad de las mismas.

El TDAH como ya se ha mencionado es un término que se define por una disfunción genéticamente determinada del sistema dopaminérgico y representa sin duda un factor de riesgo para las enfermedades adictivas.

Ohlmeier *et. al.* (*óp. cit.*) refieren que las personas con TDAH y adicción a las drogas muestran mayor tendencia a iniciarse precozmente y a experimentar más libremente el consumo de drogas que aquellos que no padecen el trastorno, así mismo señalan que la media de edad de consumo de drogas es de los 16 a los 19 años en quienes padecen TDAH y hasta los 22 en quienes no padecen este trastorno.

Así como este estudio existen en la actualidad una gran gama de aportaciones científicas que corroboran los datos hasta el momento citados. En la tabla 2 se muestran algunos de los muchos estudios que se han llevado a cabo para poder entender el comportamiento y la prevalencia del TDAH y su trastorno comórbido en las adicciones.

TABLA 2.- Aportaciones científicas de la prevalencia del TDAH

Autores	Droga	N	Fármaco
Estudios controlados			
Biederman et al. 2008	Varias	112	Metilfenidato SR
Wilens et al. 2008	Alcohol	147	Atomoxetina
Levin et al. 2007	Varias	106	Metilfenidato SR vs Placebo
Collins et al. 2005	Cocaína	14	Metilfenidato SR
Estudios no controlados			
Levin et al. 2002	Cocaína	11	Bupropion
Solkhah et al. 2005	Varias	14	Bupropion
Castaneda et. al. 2000	Cocaína	19	Metilfenidato SR
Riggs et. al. 1996	Cocaína	10	Pemolina

Extraído de: Ramos-Quiroga, Daigre, Bosch, Roncero, Nogueira, Gonzalvo, Sáez y Casas, (2009).

3.4.1 *Alcohol y TDAH*

La definición del alcoholismo de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Es un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos, y sanciones penales".

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS indica que, para definir un trastorno por dependencia al alcohol, se deben cumplir al menos 3 de los siguientes criterios, durante un periodo de 12 meses:

- Deseo intenso de consumir bebidas alcohólicas.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo.
- Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia: temblores, náuseas o sudoración.
- Tolerancia de niveles de alcohol que incapacitarían a un bebedor normal.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer.
- Persistencia del consumo a pesar de sus consecuencias perjudiciales.

Un diagnóstico de TDAH en la infancia se asocia con un aumento significativo en el riesgo de desarrollar un trastorno por uso y abuso de alcohol, de modo que los niños con TDAH presentan un riesgo de 1 a 3 y de 1 a 7 de presentar abuso o dependencia de alcohol en la edad adulta, esto a diferencia de niños sin TDAH.

Ohlmeier *et. al.* (*óp. cit.*) reporta que en adultos con TDAH se han encontrado tasas de abuso de dependencia de alcohol que van desde un 17 a 45%, superiores a las encontradas en la población general. Esta elevada prevalencia de TDAH en la edad adulta se ve reflejada en 42% de los pacientes clínicos con trastorno por abuso de alcohol, esto indica una ingesta diaria de alcohol que agrava el trastorno adictivo y se convierte en

plataforma para la aparición de otros problemas asociados, ya que el alcohol y la nicotina son de las primeras drogas en consumirse.

Cabe señalar que el alcohol es una de las adicciones favoritas para quienes padecen un trastorno comórbido del sueño ya que ayuda a relajar el sistema nervio, este a su vez disminuye la hiperactividad ayudando a conciliar con mayor facilidad el sueño, que en el caso del TDAH se encuentra alterado.

El alcohol produce una tasa de suicidio de entre el 5% y el 27% en comparación con el 1% de la población normal, 20 a 25% de los hijos de alcohólicos, tiene problemas para controlar el consumo (Arevalo, Arteaga, Aguilar y Lizondo, 2008).

3.4.2 *Nicotina y TDAH*

EL tabaco mata hoy a 1 de cada 10 adultos en todo el mundo. En el año 2030, o quizás un poco antes, la proporción será de 1 de cada 6 adultos, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales, cifra superior a la debida a cualquier otra causa. Si bien hasta hace poco tiempo esta epidemia de enfermedades crónicas y muerte prematura afectaba fundamentalmente a los países ricos, en la actualidad se está desplazando con gran rapidez al mundo en desarrollo. Se calcula que en el año 2020, 7 de cada 10 muertes causadas por el tabaco ocurrirán en los países de ingreso medio y bajo (OMS, 2000).

La OMS (*óp. cit.*) informó que en todo el mundo, fuman hoy día alrededor de 1.100 millones de personas y se prevé que en el año 2025 el número supere los 1.600 millones. En los países con mayores niveles de ingreso, el hábito de fumar experimenta un descenso paulatino desde hace decenios, aunque sigue aumentando en algunos grupos de población.

Tal como ocurre con el resto de sustancias de abuso, existe una sólida interrelación entre el TDAH y la dependencia de nicotina. De hecho, el TDAH es un factor de riesgo independiente para el tabaquismo. Los individuos con TDAH que empiezan a fumar tabaco

más jóvenes, fuman más cigarrillos al día que los fumadores sin TDAH y tienen una mayor dificultad para dejar de fumar que las personas de la población general.

Aunque el consumo temprano de alcohol, cannabis o tabaco es predictivo del posterior riesgo de desarrollar problemas por el consumo de otras sustancias, el tabaco es la sustancia con un mayor valor predictivo de un TUS (Gálvez y Salazar, *óp. cit.*).

3.4.3 *Cannabis y TDAH*

En términos epidemiológicos, el cannabis es con mucho la droga psicoactiva ilegal más consumida en todo el mundo. Según datos de Naciones Unidas, se estima que en 2003 la proporción de personas de 15 a 64 años que habían consumido cannabis, al menos una vez en los 12 meses previos a la encuesta, era de un 4%, lo que supone alrededor de 161 millones de consumidores en todo el mundo (Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2006).

Los problemas derivados del consumo de cannabis afectan de una u otra manera al conjunto de la sociedad. Entre las consecuencias negativas de este consumo se encuentran el fracaso escolar, la desestructuración personal y social, los problemas laborales y, por supuesto, los problemas de salud.

En el año 2004, el 24% de los estudiantes que contestaron la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), cuyos datos se recogen en el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas (Tabla 3), atribuían al consumo de cannabis pérdidas de memoria, un 15,8% dificultades para trabajar o estudiar, un 14,3% tristeza, ganas de no hacer nada o depresión, un 10% faltar a clase (Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, *óp. cit.*).

Tabla 3.- Consumo de Cannabis en el periodo 2004

Consumo a lo largo de la vida	3-31%	11-44%
	1-11%	3-22%
Consumo en los últimos 30 días (consumo actual)	5-9%	5-13%

Extraído de: Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas, 2006.

El cannabis es la sustancia ilegal de abuso más consumida por los pacientes con un diagnóstico de TDAH. Esto se afirma ya que se ha evidenciado que quienes fueron diagnosticados en la infancia con un TDAH tienen 1.5% de probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de cannabis en la adolescencia o primeras etapas de la edad adulta (Martínez- Raga y Knecht, 2012).

Aunque existen evidencias que los periodos de atención sostenida aumentan durante su consumo, al igual que ayuda a regular el sistema dopaminérgico, la interrelación entre el abuso y dependencia de cannabis puede ocultar o agravar los síntomas de inatención propios del trastorno, así como entorpecer la oportuna intervención.

3.4.4 *Cocaína y TDAH*

La ONU reporta que el 81% de los países que le informan sobre la demanda de drogas son consumidores de algún derivado de la hoja de coca; y que el 70% del consumo de cocaína, tiene lugar en el continente americano (Medina Mora y Rojas, 2003; Consejo Nacional contra las Adicciones, 2009).

El 1.44% de la población urbana de 12 a 65 años, ha consumido cocaína por lo menos una vez en su vida con una proporción de cuatro hombres por una mujer; más de la

mitad (59.52%) ha consumido de una a cinco veces; únicamente el 8.05% de seis a diez veces; el 16.87% de once a cuarenta y nueve veces, mientras que el 15.56% cincuenta veces o más. Además, la mayor proporción de usuarios tienen entre 18 y 34 años, con una media de 22 años como edad de inicio (ENA, 2008).

Estudios realizados con muestras clínicas han mostrado que entre el 10 y el 35% de sujetos con dependencia de cocaína presentan TDAH comórbido (Martínez- Raga y Knecht, *óp. cit.*).

En pacientes con un trastorno por uso de cocaína, la presencia de TDAH se asocia, entre otras consecuencias, con un inicio más temprano en el consumo, es decir la cocaína es el resultado de haber consumido de manera previa nicotina, alcohol y cannabis, de manera frecuente, llegando por último al consumo de cocaína teniendo este último una mayor comorbilidad psiquiátrica.

Wilens, Spencer y Biederman (2000) refieren que para el TDAH, se ha observado que sustancias como la nicotina o la cocaína pueden disminuir al menos durante los primeros consumos algunos de los síntomas del TDAH. Esto no es de extrañar, ya que la cocaína muestra un mecanismo de acción similar al de los fármacos estimulantes empleados en el tratamiento del TDAH (metilfenidato), favoreciendo la neurotransmisión dopaminérgica (citados en Orregon, *óp. cit.*), es por ello que a la par de la cannabis es también una de las drogas favoritas para quienes padecen TDAH (ver Tabla 3).

3.4.5 *Opioides y TDAH*

Los opioides han sido probablemente las sustancias menos estudiadas en consumidores con TDAH. Sin embargo, aun así existe una elevada prevalencia de TDAH en pacientes con dependencia de opioides, habiéndose estimado que entre el 19 y el 55% de pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, fueron diagnosticados en la infancia con TDAH (Martínez- Raga y Knecht, 2012).

En sujetos con dependencia de opioides, la existencia de TDAH se asocia con una evolución con más y más graves complicaciones, incluyendo tasas significativamente más elevadas de dependencia de sustancias y de otros trastornos psiquiátricos comórbidos (especialmente trastornos afectivos, trastornos de ansiedad o trastorno antisocial de la personalidad), con una mayor gravedad del trastorno adictivo, así como un curso más grave de la patología y su evolución en general (Tabla 4).

Tabla 4.- Alteraciones neurobiológicas ante el consumo de drogas

Mecanismos neurobiológicos	Alteraciones comunes en la neurobiología del circuito de recompensa vulnerabilidad genética común.
Deterioro en el funcionamiento psicosocial	Problemas en el funcionamiento psicosocial, familiar, académico y laboral como consecuencia del TDAH y que se han identificado como factores de vulnerabilidad para los TUS.
Comorbilidad con otros trastornos mentales	La coexistencia de un trastorno de conducta (trastorno negativista desafiante), un trastorno antisocial de la personalidad o un trastorno bipolar aumenta la vulnerabilidad
Otros síntomas y rasgos asociados	Impulsividad, búsqueda de novedades, mayor irritabilidad, etc.
Déficits de tipo neuropsicológico	Característicos del TDAH: alteraciones en la función ejecutiva.
Hipótesis de la automedicación	Un subgrupo de pacientes con TDAH consumirán sustancias con el fin de compensar o aminorar algunos de sus síntomas

Extraída de: Martínez- Raga y Knecht, 2012.

3.5 Tratamiento farmacológico

Uno de los primeros tratamientos utilizados en el tratamiento de niños con problemas de hiperactividad e inatención fue la benzedrina, una mezcla racémica de levo y dextroanfetamina. Diversas farmacoterapias han sido ampliamente utilizadas y continúan teniendo un papel fundamental en el tratamiento de pacientes con TDAH. De hecho, los psicoestimulantes continúan siendo considerados tratamientos de primera elección Martínez- Raga y Knecht, (*óp. cit.*). Entre los fármacos psicoestimulantes se incluyen tanto las formulaciones de liberación inmediata, intermedia y larga de metilfenidato y de los análogos de las anfetaminas (Aguirre y Nicollni, 2005).

El uso de medicamentos estimulantes es una cuestión de plena actualidad en psiquiatría, aunque su utilización y prescripción es controvertida. Fármacos como el metilfenidato, las anfetaminas, o el modafinilo están siendo utilizados como tratamiento para el TDAH y la dependencia de cocaína, así como también en trastornos del sueño y en la depresión resistente. Todos estos fármacos tienen en común, al igual que las drogas de abuso, que son medicamentos que actúan sobre el sistema dopaminérgico, que constituye la base neurobiológica del refuerzo fisiológico. Los estimulantes como el metilfenidato o el modafinilo son fármacos eficaces en el TDAH (Roncero y Casas, 2006).

En la actualidad y pese a que se cuenta con varios y acertados estudios científicos aun existe literatura que no da soporte a la afirmación de que los estimulantes aplicados como tratamiento para el TDAH decrementan el riesgo de abuso de sustancias.

Biederman *et al.* (1998), revisaron seis estudios en donde se evaluaron a un total de 674 sujetos medicados y 360 sujetos sin medicación, y encontraron una disminución del riesgo de abuso de sustancias para los jóvenes que fueron tratados con estimulantes en comparación con aquellos que no fueron tratados por un TDAH (citado en Orrego, *óp. cit.*).

Resultados

Los datos anteriormente referenciados denotan la notable importancia de realizar un estudio de prevalencia en población universitaria ya que en la actualidad la deserción escolar y los índices de drogadicción han ido en aumento (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2011-2012).

- **Objetivo**

Identificar la prevalencia del TDAH y sus casos comórbidos como las adicciones (alcohol y sustancias psicotrópicas) en población estudiantil de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- *Planteamiento del problema*

¿Existirá asociación estadísticamente significativa entre el TDAH y las adicciones?

H_i : Es posible que el padecimiento de TDAH en la edad adulta sea el principal factor por el que muchos jóvenes consumen drogas

H_o : El TDAH en la edad adulta no es el principal factor por el que muchos jóvenes consumen drogas

Método

- *Participantes*

Se seleccionaron nueve grupos al azar de un total de 38 de 2° y 4° semestre de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, cinco eran del turno matutino y cuatro del vespertino. A todos los alumnos de esos nueve grupos (N=264) se les aplicó la *Wender-Utah Rating Scale* (WURS) con la finalidad de detectar quienes de estos alumnos habían padecido TDAH en la infancia.

De dicha muestra $n= 41$ alumnos (19 hombres y 22 mujeres) fueron detectados con TDAH seguro (47 a 70 puntos) o probable (37 a 46 puntos) según los parámetros de la

WURS. A todos se les invitó a participar en la siguiente fase del estudio que consistía en la aplicación de dos escalas para detectar dependencia a drogas y a alcohol.

Sólo aceptaron participar 26 alumnos a quienes se les aplicaron las escalas. De estos 26 alumnos 13 eran mujeres y 13 eran hombres.

Tabla5: Características demográficas del grupo de alumnos con TDAH y del grupo control.

Grupo	Sexo		N	Edad		\bar{x}	
	M	H		Min.	Max	Semestre	Edad
Experimental	13	13	26	19	23		
Grupo (1)						4	20
Control	9	11	20	19	23	4	20
Grupo (0)							
Total	22	24	46	19	23		

Asimismo, a los alumnos que no tenían síntomas de TDAH en la WURS se les invitó a formar parte del grupo control (menos de 37 puntos), aceptando 20 alumnos 9 hombres y 11 mujeres, procurando que la distribución por sexo fuera igual que el grupo con TDAH.

Instrumentos de medición

➤ Selección de la muestra

Wender-Utah Rating Scale (WURS)

Autores: Ward MF, Wender PH, Reimherr FW.

Versión española: Rodríguez-Jiménez Caumel (2001)

Características: Test autoaplicado.

En el ámbito anglosajón se utiliza con frecuencia la WURS para evaluación retrospectiva de pacientes adultos. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 61 ítems, entre los que se han seleccionado 25 por su capacidad para discriminar a los pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia.

Todos los ítems se enuncian” De pequeño yo era (o tenía o estaba). Cada ítem puntúa 0 (nada en absoluto), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante) y 4 (mucho). Los primeros 42 ítems recogen información sobre conductas, estados de ánimo, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad, los siete ítems siguientes recogen problemas médicos; y los últimos 12 problemas escolares y académicos. A partir de la puntuación obtenida de estos 25 ítems se determina el punto de corte en 36. Se trata de un instrumento sencillo, de fácil comprensión por parte del paciente, que puede ser auto aplicado y de rápida corrección. Varias investigaciones han mostrado que la WURS posee alta precisión diagnóstica (Rodríguez-Jiménez, Ponce, Monasor, Jiménez-Giménez, Pérez-Rojo, Rubio, Jiménez-Arrieto et al., 2001).

➤ ***Fase de estudio***

Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD)

De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez & Ayala (2001)

Este instrumento arroja un índice del nivel de consumo (leve, moderado, fuerte o severo), experimentado en 12 meses. Este instrumento se desarrolló en México y ha mostrado una gran validez y confiabilidad.

Escala de Dependencia al Alcohol

Escala auto-aplicable conformada por 25 reactivos (escalas de tres puntos, reactivos dicotómicos y de cuatro puntos) que miden desde dependencia baja hasta dependencia severa, así como cambios de dependencia.

Cuestionario de abuso de drogas

Autoinforme que mide el rango de problemas asociados con el abuso de drogas, está compuesto por 20 preguntas (reactivos dicotómicos).

El objetivo del instrumento es medir la percepción que el individuo tiene hacia las consecuencias que le está ocasionando su consumo de drogas, permitiendo discriminar clínicamente entre los más involucrados en el consumo y los menos, así como con fines de evaluación en el tratamiento.

En estudios de análisis factorial se han encontrado de dos a cinco componentes que explican más del 50% de la varianza total. Las puntuaciones han correlacionado significativamente con medidas del número de drogas usadas con frecuencia de uso de cannabis, de barbitúricos, de anfetaminas y heroína.

Procedimiento

- *Resultados Cuantitativos*

Se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney para valorar las diferencias significativas entre grupos en la *Escala de Dependencia al Alcohol* y en el *Cuestionario de abuso de drogas*. Los resultados se observan en la Tabla 6.

Mediante esta prueba se observó una diferencia significativa en cuanto al consumo de alcohol (Tabla 6), con mayores índices para el grupo con TDAH. En cuanto al consumo de otras drogas no se obtuvo una diferencia significativa.

Tabla 6: Comparación entre grupos TDAH y Control con relación al uso de drogas

<i>Variable</i>	<i>Grupo</i>	<i>U</i>	\bar{x}	<i>p</i> <i>asintót.</i> <i>(bilateral)</i>	<i>R</i> <i>Suma de</i> <i>rangos</i>	<i>Z</i>
<i>Alcohol</i>	TDAH	182.00	.88	.03	689.00	-2.074
	Control		.55		302.00	
<i>Droga</i>	TDAH	230.00	.38	.38	641.00	-.871
	Control		.20		440.00	

Resultados Cualitativos

Es importante mencionar que durante el proceso de la investigación, algunos de los participantes que habían sido inicialmente detectados con TDAH, se mostraron renuentes para participar en la investigación. Muchos de ellos argumentando que no contaban con el tiempo suficiente para asistir a las selecciones, o que tenían otros compromisos que no podrían postergar.

También es importante destacar que cuatro participantes verbalmente expresaron con relación a las escalas de dependencia y consumo de alcohol y drogas que en otro momento de sus vidas las respuestas habrían sido en el sentido de un mayor consumo, pero en el momento en que fueron evaluados ya habían salido de esa situación crítica.

Esta consideración nos lleva a suponer que son individuos que a muy temprana edad comenzaron con un consumo de drogas y que el periodo de abstinencia en el que se encuentran pudiera ser sólo momentáneo, ya que ellos durante la evaluación mencionaron: “si esto me lo hubieras preguntado hace dos años la mayoría de los reactivos estarían cargados hacia respuestas afirmativas respecto al uso y consumo de sustancias psicotrópicas”.

Caso:

Uno de los chicos (que en este caso llamaremos “A”) dio positivo para TDAH en la WURS. Este chico menciona antes de la aplicación del cuestionario retrospectivo que ya había sido diagnosticado desde la infancia e incluso fue sometido a tratamiento farmacológico con metilfenidato.

“A” comentó durante su evaluación que a muy temprana edad él comenzó a consumir drogas psicotrópicas señalando que la marihuana dentro de toda la gama de drogas que había consumido es la que más le gusta.

Discusión y conclusión

La variabilidad de las drogas y sus múltiples efectos en combinación con un trastorno como lo es el TDAH merma la calidad de vida de las personas, ya que el desafío constante que impera en la sociedad actual que demanda de su población competencia tanto en el ambiente familiar, escolar y el laboral aumentan la impulsividad e hiperactividad de quien padece dicho trastorno, siendo estos dos últimos una bomba de tiempo que desencadena una gran gama de comorbilidades que van a acompañar al trastorno a lo largo de la vida.

En esta investigación se pudo observar que las adicciones han pasado a formar parte de la vida social de los estudiantes de la FES, siendo el alcohol una de las predilectas, esto puede deberse a la accesibilidad que tienen a este, Ohlmeier *et. al.* (*óp. cit.*) reporta que en adultos con TDAH se han encontrado tasas de abuso de dependencia de alcohol que van desde un 17 a 45%. En gran medida este dato se encuentra sustentado en el estudio de Ramos-Quiroga, Escuder, Bosch, Castells y Casas (2009) en el que se afirma que los adultos que padecen TDAH comórbido con trastornos del sueño tienden a desarrollar un gusto por el alcohol, ya que, éste les permite conciliar el sueño de manera más rápida.

Por otra parte dentro de los hallazgos encontrados en cuanto a datos cualitativos, han permitido corroborar la hipótesis propuesta por Khantzian en 1985 en la que afirma que las adicciones no son más que un intento por aminorar los padecimientos que conlleva el TDAH en la edad adulta al que denomina “automedicación”.

Esta hipótesis fue corroborada por 8 de los estudiantes que participaron en el estudio, afirmando que en algún momento de su vida habían recurrido al uso de drogas para sentirse bien consigo mismos, no sabían explicar en qué sentido los hacía sentir “bien” pero era algo necesario para aminorar como reporta uno de ellos “*una ansiedad ante situaciones desconocidas*”.

Esto indica que la elección de la droga no es aleatoria, si no que se basa en la interacción entre los sentimientos dolosos predominantes de estos estudiantes y los efectos psicofarmacológicos de la sustancia en cuestión.

Esto nos lleva a pensar en el tipo de problemática que debieron o deben de afrontar las personas que padecen TDAH para ser socialmente funcionales y cumplir con las demandas del día a día. Biederman, Mick y Faraone (2000), refieren que este tipo de desafíos que implica la adaptación al medio pueden causar severos desajustes emocionales, lo cual pudiera ser lo que los predispone con mayor fuerza a recurrir al consumo de alguna sustancia que aminore o aligere la carga de estrés.

Es por ello la importancia de seguir realizando más estudios que ayuden a tener una mejor y más amplia visión de un problema que se agranda día tras día como lo es el TDAH, y que afecta a poco más de la mitad de los estudiantes de nivel superior como pudo verse reflejado en el caso del alcohol.

En cuanto a las adicciones queda claro que la muestra en este estudio no fue notoria la significancia, sin embargo es el principal factor que ayuda a aminorar los síntomas residuales que acompañan al TDAH en la edad adulta como lo afirma Khantzian.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, S. y Nicollni, H. (2005). **El gen receptor a dopamina D4 y su asociación con los trastornos mentales**. Revista de Investigación Clínica. 57(1):65-75.
- Arevalo, A., Arteaga, H., Aguilar, M. y Lizondo, G. (2008). **Alcoholismo**. Revista Paceaña Medicina Familiar. 5(8):71-78.
- Aragones, E., Piñol, J. L., Ramos-Quiroga, J. A., López-Cortacans, G., Caballero, A. y Bosch, R. (2010). **Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria**. Revista Española de Salud Pública. Vol. (84), 415-420.
- Bados, A. (2005). **Trastorno de ansiedad generalizada**. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. 2-15.
- Baena, A., Sandoval, M., Urbina, C., Juárez, N. y Villaseñor, S. (2005). **Los trastornos del estado de ánimo**. Revista digital Universitaria (UNAM). Vol.6 (11):2-14.
- Barkley, R. A. (2005). **ADHD and the nature of self-control**. New York: The Guilford press.
- Barkley, R. (1999). Niños hiperactivos. **Cómo comprender y atender sus necesidades especiales**. Buenos Aires: Paidós.
- Biederman, J., Mick, E., y Faraone, S. (2000). **Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptoms type**. Psychiatry, 157:816-818.
- Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J., Bolinches, F., De Vicente, P. y Valderrama, J. (2001). **Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias**. Trastornos adictivos. 3(3):164-171.
- Comisión clínica de la delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. (2006). **Informe sobre Cannabis**. Ministerio de sanidad y consumo centro de publicaciones, Madrid.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (2009). **Tratamiento breve para usuarios de cocaína**. CONADIC, Sector Salud.
- DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado**. (2003). American Psychological Association (APA). Barcelona: Editorial Masson.

Encuesta Nacional contra las Adicciones. **ENA**, (2008). Recuperado de: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html>

Gálvez, J. y Salazar, D. (2008). **Manejo clónico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica.** Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. 37(3):397-417.

García, E. M. (2006). **S.O.S. en el Aula. Ayudas para profesores de Niños Hiperactivos e Inatentos.** Bilbao: COHS Consultores.

Gargallo, L. B. (2005). **Niños hiperactivos (TDA-H).** España: ediciones Ceac.

Hernández, R. y Rodrigo, M. (2009). **Trastornos del sueño.** Revista pediátrica Centro de Salud el Restón. Área XI, Madrid.

Herreros, O., Rubio, B., Sánchez, F. y García, R. (2002). **Etiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión.** Revista de Psiquiatría Vol.19, (1):82-88.

Jiménez, R. L. (2007). **El trastorno de déficit de atención/hiperactividad como factor de riesgo de conductas adictivas en la edad adulta.** Anuario de Psicología Clínica y de la Salud. 3:81-83.

Kodysz, S. (2010). **Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.).** Revista de Médica Psiquiatra. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 15-21

López-Villalobos, JA., Serrano, I., Delgado, J. (2004). **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un modelo predictor de comorbilidad con trastornos del comportamiento.** Clínica y salud. 15 (1): 9-31.

Martínez- Raga, J. y Knecht, C. (2012). **Patología Dual. Protocolos de intervención en el TDAH.** Brainpharma, pp. 1-70.

Miranda, C. A., Amado, L.L. y Jaqué, S. F. (2001). **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.** Barcelona: ed. Aljibe.

Moraga, R. B. (2008). **Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Infancia-Adolescencia-Madurez.** Madrid: Draft Editores.

Orrego, B. J. (2011). **Estudio retrospectivo de trastorno por Déficit de Atención /Hiperactividad (TDAH) entre pacientes adultos ingresados por abuso de sustancias a la sala del servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebrón.** Revista de Psiquiatría. 15:42. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/4399>.

- Ohlmeier, M., Peters, K., Te Wildt, B., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Emrich, H y Schneider, U. (2009). **Comorbilidad de la dependencia a Alcohol y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)**. Revista de Toxicomanías. 58:12-18.
- Organización Mundial de la Salud, (2000). **La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco**. Oficina Sanitaria Panamericana, No. 577.
- Ramos-Quiroga, J., Daigre, C., Bosch, R., Roncero, C., Nogueira, M., Gonzalvo, B., Sáez, N. y Casas, M. (2009). **Conductas adictivas y trastorno por déficit d atención con hiperactividad en adultos**. Revista Española de Drogodependencias. 34:(2)135-150.
- Ramos-Quiroga, J., Trasovares, M., Bosch, R., Nogueira, M., Roncero, C., Castells, X., Martínez, Y., Gómez, N. y Casas, M. (2007). **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y drogodependencias**. Revista toxicomanías. N.50.
- Ramos-Quiroga, J., Bosch-Munsó, R., Castells-Carvelló, X., Norgueira-Morais, M., García-Giménez, E. y Casas-Brugue, M. (2006). **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica**. Revista de Neurología; 42 (10):600-606.
- Roncero, C. y Casas, M. (2006). **Uso de fármacos psicoestimulantes en drogodependencias**. Adicciones, Vol. 18:(3)247-250.
- Soutullo, E. C. (2007). **Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH**. Buenos Aires: editorial Panamericana.