

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS “GENERAL CALIXTO GARCÍA”
HOSPITAL UNIVERSITARIO “CALIXTO GARCIA IÑIGUEZ”
SERVICIO DE PSIQUIATRIA**



**PATOLOGIA DUAL DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E
HIPERACTIVIDAD Y ALCOHOLISMO EN POBLACION FEMENINA.**

**AUTORA: EGLA NOHEMÍ GUTIÉRREZ DÍAZ
MEDICO INTEGRAL COMUNITARIO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE PSIQUIATRÍA.**

**TUTOR: Dr. ANTONIO JESÚS CABALLERO MORENO
PROFESOR TITULAR
DOCTOR EN CIENCIAS
ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO DE PSIQUIATRÍA**

**TUTORA: Dra. ANA SARRACENT SARRACENT
PROFESORA TITULAR
DOCTOR EN CIENCIAS
ESPECIALISTA DE SEGUNDO GRADO DE PSIQUIATRÍA**

**LA HABANA
2018**

Índice

Agradecimientos.....	3
Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	6
Problema científico.....	8
Justificación del problema.....	9
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11
Aspectos éticos.....	33
Diseño metodológico.....	34
Análisis y discusión de resultados.....	40
Conclusiones.....	50
Recomendaciones.....	51
Bibliografía.....	52
Anexos.....	60

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios todopoderoso. Por mostrarme que con humildad y paciencia todo es posible, por darme la fuerza necesaria para salir adelante y vencer las adversidades.

A todos los trabajadores de mi servicio por su cooperación.

A mis tutores y por su interés en el proyecto, sus enseñanzas y su gran amistad.

A mis docentes por su apoyo, amistad y guía en el camino recorrido

DEDICATORIA

A mis hijas que me empujan desde sus cristalinas miradas, las amo con todo mí ser: Emily y Evelin.

A mi esposo por su apoyo, comprensión y paciencia incondicional, te amo

A mis padres, por el amor de toda una vida.

A toda mi familia.

RESUMEN

El alcoholismo coexiste con frecuencia con otras alteraciones, que si bien pueden ser consecuencia de la misma o pueden ocasionar o ser causa o factor precipitante de su desarrollo como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos. El Objetivo: Determinar la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en mujeres alcohólicas adultas, en el periodo comprendido entre noviembre 2016 – enero 2018. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo de corte longitudinal para determinar la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en mujeres alcohólicas adultas ingresadas, en sala de mujeres del Hospital “Galigarcía en el periodo comprendido entre noviembre 2016 – enero 2018. La muestra se conformó con 105 pacientes mujeres que presentaron el diagnóstico de dependencia alcohólica que cumplieron con los criterios de inclusión. Se calculó el promedio y la desviación estándar y el test Chi cuadrado para verificar asociación significativa entre variables involucradas, el nivel de significación del 5 % ($p < 0,05$). Los resultados son; Edad promedio $37,4 \pm 5,7$ años, nivel preuniversitario (64,8%), desocupadas (50,5%) y divorciadas (46,7%), historia familiar de alcoholismo (63,8%), entre 5 y 10 años de consumo (60,0%) y entre 1 - 5 años de sobriedad (66,7%), grado de dependencia leve (62,9%), el tipo de TDAH por Déficit de atención fue el más frecuente (15,2%). En conclusión; No se asociaron significativamente los años de consumo, la dependencia alcohólica y el TDAH.

Palabras clave: Alcoholismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, consumo.

INTRODUCCION

El alcoholismo constituye hoy una de las enfermedades con mayor costo sanitario y humano a nivel mundial.¹ Su condición de droga legal, su relación con las costumbres sociales de muchos países y la poca visión de riesgo de los consumidores, hacen que cada día aumente la cifra de quienes tiene entre sus hábitos la ingestión de bebidas alcohólicas.²

Los últimos reportes estadísticos afirman que solo en América Latina existen cercan de 40 millones de alcohólicos con una proporción de 10 hombres por cada 1 mujer.³ Esta diferencia en los últimos años se ha hecho menor debido a la paulatina igualación de las pautas de comportamiento entre ambos sexos, lo cual está provocando un aumento del abuso y dependencia alcohólica en el sexo femenino.⁴

En la actualidad, existe cierto consenso para afirmar que las características del alcoholismo difieren entre mujeres y hombres. A nivel biológico, el organismo femenino presenta una mayor sensibilidad a los efectos del alcohol; lo absorbe más rápido y lo metaboliza de forma más lenta, debido al mayor porcentaje de tejido graso, la menor cantidad de agua y sangre y la menor presencia de enzimas metabolizantes.^{5,6}

En relación con las características clínicas, aunque las mujeres inician el consumo de alcohol a mayor edad que los hombres, presentan una progresión más rápida desde los primeros consumos hasta la aparición de dependencia u otros problemas. Este fenómeno ha sido denominado telescoping y pone de manifiesto la mayor vulnerabilidad de la mujer a los efectos del alcohol.^{7,8}

Respecto a los factores de riesgo, las investigaciones indican que las mujeres con trastornos por consumo de alcohol presentan maltrato y abuso sexual infantil en mayor proporción que los hombres. Estudios anteriores con muestras formadas solo por mujeres ya habían evidenciado que la incidencia del maltrato y el abuso sexual infantil era mayor en mujeres con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias que en mujeres sin estos trastornos. Los resultados del presente trabajo indican, además, que en el caso del alcoholismo, este tipo de

acontecimientos traumáticos son más prevalentes en las mujeres que en los hombres.^{9,10}

En cuanto a la comorbilidad psicopatológica, si bien los trastornos comórbidos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de personalidad, las mujeres alcohólicas presentan una mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos. Considerando que la literatura científica constata la importancia del consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento, una posible explicación para este hallazgo es que el consumo abusivo de alcohol en las mujeres constituye un modo de afrontar situaciones estresantes o estados emocionales negativos, si bien las conclusiones acerca de esta relación de causalidad no están establecidas.¹¹⁻¹⁴

En nuestro país los indicadores de alcoholismo muestran cifras superiores al 5% en la población mayor de 15 años y se ha observado un incremento del hábito entre adolescentes y jóvenes, lo que evidencia claramente la magnitud del problema al que nos enfrentamos.¹⁵

En 1976 la Organización Mundial de la Salud definió el alcoholismo a través del Síndrome de Dependencia Alcohólica: “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia.”^{15,16}

En el curso de esta enfermedad coexisten con frecuencia otras alteraciones, que si bien pueden ser consecuencia de la misma en no pocas ocasiones pueden ser causa o factor precipitante de su desarrollo. Este fenómeno es conocido como Comorbilidad, la cual puede clasificarse como física, psiquiátrica o adictiva. La Comorbilidad psiquiátrica en las adicciones, también llamada Patología dual, hace referencia a la coexistencia en un mismo sujeto de una dependencia de sustancias junto con otro trastorno psiquiátrico.¹⁷

Los estudios más recientes sobre el tema revelan que la prevalencia de la patología dual es elevada, aunque existen diferencias entre los diversos autores.

Lo que sí ha quedado demostrado es que los pacientes psiquiátricos tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias.¹⁸

El campo de la patología dual es relativamente joven, pero se han logrado grandes avances en cuanto a la identificación de los trastornos que con más frecuencia se asocian al alcoholismo y entre ellos diversos estudios coinciden en reportar una elevada comorbilidad entre el abuso o dependencia del alcohol y el TDAH. Un diagnóstico de TDAH en la infancia se asocia con un aumento significativo en el riesgo de desarrollar un trastorno por uso de alcohol, de modo que los niños con TDAH presentan un riesgo de 1,35-1,7 veces mayor de presentar abuso o dependencia de alcohol en la edad adulta que los niños sin TDAH. Este riesgo relativamente bajo podría reflejar las diferencias en el período de seguimiento en los diversos estudios. De hecho, en los estudios con muestras de pacientes adultos con TDAH se han encontrado tasas de abuso o dependencia de alcohol del 17-45%, superior a las encontradas en población general. Así mismo, se ha detectado una elevada prevalencia de TDAH, entre el 19 y el 42%, en muestras clínicas de pacientes con un trastorno por uso de alcohol.¹⁹⁻²²

Además, se ha observado que, en pacientes adultos con abuso o dependencia de alcohol, un diagnóstico de TDAH se asocia con un inicio significativamente más temprano de los problemas con el alcohol, una ingesta diaria de alcohol significativamente más alta, mayor gravedad de su trastorno adictivo y la aparición de otros problemas asociados.²²

Es motivo frecuente de consulta en la sala de adicción "Galigarcía" perteneciente al Hospital Docente "Dr. Enrique Cabrera" la atención a mujeres dependientes de alcohol con síntomas y signos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, motivo por lo cual se realiza esta investigación.

Problema científico

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en pacientes alcohólicas adultas ha ido en incremento nivel mundial, que en muchos casos ha sido infradiagnosticadas y que continua en la adultez, con consecuencias y

conductas que atentan contra la calidad de vida social, familiar de las pacientes afectadas, por lo que se considera un problema de salud.

No hay estudios anteriores en Cuba que evidencien el comportamiento en mujeres adultas alcohólicas que presentan trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Pregunta científica

¿Existirán síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en pacientes alcohólicas en cantidad significativa?

Justificación del problema

En Cuba se ha investigado poco la epidemiología de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en el adulto en población general, y menos en una población de pacientes femeninas adictas al alcohol, esta investigación podría dar información muy esclarecedora sobre el tema, con una gran utilidad para el tratamiento de ambas patologías y la mejoría del pronóstico a largo plazo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación de comorbilidad entre el trastorno por consumo de alcohol y el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto), en el periodo comprendido entre noviembre 2016 – enero 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Caracterizar a las pacientes alcohólicas a través de las variables sociodemográficas; edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.
2. Identificar características de patrón de consumo en estos pacientes.
3. Describir los tipos de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad en la población estudiada.
4. Determinar la relación entre el consumo de alcohol y tipos de TDAH.

MARCO TEORICO

Antecedentes históricos del alcohol

El alcohol del árabe alkuhi (esencia o espíritu) es la droga más consumida en el mundo. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad y desde entonces se conocen los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas.^{23,24}

El alcohol utilizado por diferentes culturas, inicialmente para ritos religiosos y posteriormente como integrante de los hábitos de alimentación y de ocio, de forma que cada civilización la ha ido integrando de diferentes maneras, por otro lado las consecuencias de su consumo también han sido valoradas desde diferentes perspectivas, moral, social, psiquiátrica y médica. El cultivo de la vid para la elaboración del vino se atribuye a los habitantes de la región de Armenia alrededor de 6000 años a.C. El aguamiel fue con mucha probabilidad el primer alcohol, es de suponer que las propiedades psicotrópicas de este influyeron, en la sustitución de la sangre en los ritos sagrados.^{23,24}

En los libros del Viejo y Nuevo Testamento se hace referencia a las bebidas alcohólicas, como al vino en los episodios de Noé y por otra parte, en una tablilla cuneiforme del 2.200 a.C., se recomienda la cerveza como tónico para las mujeres en estado de lactancia.^{23,24}

La ingestión de estas bebidas alcohólicas, inicialmente vinculadas con actos religiosos, dio paso a su consumo de manera colectiva. Desde entonces se distinguieron dos grandes categorías de consumidores, aquellos que beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y los que desafortunadamente pierden el control y se convierten en bebedores irresponsables.^{23,24}

Evolución conceptual del síndrome de dependencia alcohólica.

La Psiquiatría Clásica solo ha considerado las consecuencias del proceso de alcoholización, el denominado Alcoholismo Crónico.

Se limitaba a describir como Alcoholismo al Delirium, la Psicosis de Korsakov, la Encefalopatía de Wernicke, la Polineuritis, etc.

Únicamente hacían referencia a la cantidad de alcohol.²⁴

Han existido dos modelos predominantes:

- Modelo Anglosajón: Más cercano al de Toxicomanía y que enfatiza en los aspectos psíquicos, de desviación y reprobación social.
- Modelo Mediterráneo: Alcoholismo ligado a la estructura social de países grandes consumidores de vino, relacionado con la mentalidad y las costumbres alimentarias.

El concepto ha seguido una progresión histórica en la que cada autor ha señalado un aspecto relevante del fenómeno del Alcoholismo.²⁴

Todavía recientemente para un Prof. de Estrasburgo: Alcohólico es aquel que ingiere una cantidad de alcohol superior a la que puede oxidar, definición que hace referencia al alcoholismo agudo o embriaguez que estrictamente no representa al alcoholismo.

En 1950 la Organización Mundial de la Salud daba el siguiente concepto: Toda ingestión que rebase el marco general de los hábitos sociales y el consumo alimentario tradicional, cualesquiera que sean los factores etiológicos responsables.^{23,24}

También en 1950 un autor francés Fouquet afirmaba que alcohólico es aquella persona que ha perdido la libertad de abstenerse o detenerse en beber. En 1951 la Organización Mundial de la Salud los definía como bebedores excesivos, en los cuales la dependencia del alcohol es tal que pueden presentar o un trastorno mental detectable o manifestaciones que afectan la salud física o mental, sus relaciones con los otros y su comportamiento social y su economía. En principio no se afectan significativamente, pero se presentan desórdenes que son los pródromos de los futuros trastornos de este género.^{23,24}

En 1960 Jellinek afirma que se trata de todo uso o abuso de bebidas alcohólicas que origina un perjuicio al individuo, a la familia o a la sociedad.

En 1973 Piqueras establece el siguiente concepto: Es alcohólico todo aquel que evidentemente se perjudica a sí mismo, a su familia y a la sociedad a causa del uso o abuso de bebidas alcohólicas sin que sea probable hacerle comprender y sin que pueda controlar la tendencia al hábito de su ingestión.

En 1972 Feighner y su grupo (25) elaboran un grupo de criterios contenidos en lo que se ha denominado Research Diagnostic Criteria.^{24,25}

Se exigen tres síntomas de los cuatro grupos siguientes:

1. Síntomas de abstinencia, historia de complicaciones médicas ligadas al alcohol, amnesias típicas enólicas (black outs), embriagueces frecuentes.
2. Incapacidad para interrumpir la ingestión, consumo matutino precoz, consumo en situaciones impropias o inadecuadas.
3. Detenciones (Intervención policial o judicial), conflictos asociados a la conducción del automóvil, peleas, problemas laborales, pérdida de amigos, culpabilidad, etc.)

En 1976 Edwards y Gross definen el síndrome de dependencia alcohólica (SDA), caracterizado por:

1. Un consumo de características cada vez menos flexibles.
2. Una búsqueda significativa de la bebida.
3. Un aumento de la tolerancia.
4. Síntomas repetidos de abstinencia.
5. Alivio a evitar la abstinencia (ingiriendo bebidas alcohólicas)
6. Sentimiento subjetivo de una fuerza interna que hace inevitable beber.
7. Desaparición de todas las manifestaciones con una abstinencia persistente.

Estos autores propusieron que el Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA) debía entenderse como un continuum de gravedad y distinguirse de las consecuencias secundarias. El SDA implica simultáneamente un proceso biológico y aprendizajes, cuyas características son universales y se manifiestan en todas las culturas. Sin embargo, existe un espectro de problemas " asociados al consumo de alcohol" que se expresan de manera diversa en las culturas.^{24,25}

En el momento actual han aparecido nuevos modelos conceptuales que derivan de la investigación genética y biológica por un lado y de la investigación epidemiológica por el otro.^{24,25}

En 1979 Cloninger y sus colaboradores insisten en los factores genéticos proponiendo un modelo de Poligenesia con heterogeneidad de la etiología genética entre los individuos, proponiendo un modelo de individuo alcohólico más

susceptible a los factores ambientales (monofactorial) y otro modelo multifactorial en el que interactúan la genética y el ambiente.²⁵

En 1980 Radouco-Thomas elabora el modelo ecofarmacogenético el cual: Considera inevitable la interacción del genotipo con el ambiente y contrariamente a los supuestos anglosajones, explicita la existencia de expresiones diversas para la enfermedad alcohólica.²⁵

A opinión de la autora acerca de este tema del concepto se enuncian las siguientes ideas: El fenotipo puede, mediante el genotipo, expresar a nivel neuronal y/o del hepatocito cierta vulnerabilidad que se manifestaría solo con la exposición.²⁵

Concepto de alcoholismo

El alcoholismo o el síndrome de dependencia de alcohol es una enfermedad caracterizada por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con la salud física o mental de la persona y con sus responsabilidades familiares, laborales y sociales.²⁶

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría definen la adicción al alcohol como un conjunto de manifestaciones cognitivas, conductuales y físicas, junto con una incapacidad para controlar el consumo de alcohol. Ambas sociedades distinguen entre abuso y dependencia de alcohol. El abuso de alcohol se caracteriza por un patrón recurrente de consumo de dicha sustancia, a pesar de los efectos adversos psicológicos, somáticos y sociales que ocasiona, mientras que la dependencia se caracteriza por la presencia de síntomas de abstinencia, tolerancia y fuertes deseos y preocupación por el alcohol a pesar de las consecuencias adversas que origina.²⁷

Epidemiología del alcohol

El uso nocivo de alcohol, que es una categoría epidemiológica mucho más amplia que la forma nosográfica de alcoholismo denominada consumo perjudicial, y que abarca todas las formas ajenas a la abstinencia o al consumo social, incluyendo el uso inoportuno, el irresponsable, el mal uso, el consumo de riesgo, el abuso y la dependencia, se erige actualmente

como una de las mayores problemáticas médico sociales y ético-deontológica-humanística nivel mundial, y su repercusión económica global es tan masiva que en muchos países del primer mundo llega a 500 USD por cada habitante mayor de 15 años.²⁹

En el continente europeo los costos nacionales vinculados con el alcohol como la pérdida de productividad debida al ausentismo y desempleo se han estimado en 9-19 billones de euros y 6-23 billones de euros, respectivamente y si se valora la repercusión del alcohol a partir de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), se encuentra que el mismo es responsable del 12% de las muertes prematuras y discapacidad, en los hombres, y del 2%, en las mujeres, tras controlar los beneficios para la salud. Esto convierte al alcohol en el tercero entre veintiséis factores de riesgo de la mala salud en la Unión Europea, superando al sobrepeso/ obesidad y sólo por detrás del tabaco y la hipertensión arterial.³⁰

La situación en España según los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2005-2006, realizada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas entre la población de 15 a 64 años, revela que al igual que sucede en Europa, las sustancias psicoactivas de mayor consumo en ese país siguen siendo el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína Siendo el alcohol la sustancia que acompaña habitualmente al consumo de cualquier droga. Plantea este informe, que el consumo de alcohol está generalizado en la sociedad española y permanece estable desde hace tiempo. La prevalencia de consumo diario es 5,4 veces más alta entre los hombres de 15 a 24 años que entre las mujeres.³¹ Esta encuesta también señala que los episodios de embriaguez son más frecuentes entre los hombres (27,2%) que entre las mujeres (12,0%) y entre los jóvenes de 15 a 34 años (30,9%), que entre el grupo de mayor edad (11,3%), resaltando el hecho de que el 5,5% de los encuestados son “bebedores de riesgo”.³¹

Señala la OPS que el consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 40% mayor que el promedio mundial y los patrones de ingesta de alcohol en la región se hallan ya en niveles perjudiciales superando las medias globales para muchos de los problemas relacionados con el alcohol. Maristela G. Monteiro, Asesora Regional sobre Alcohol y Abuso de Sustancias de la OPS, plantea que a

pesar de las amplias variaciones subregionales, “el valor promedio de consumo per cápita de alcohol en las Américas es de 8.7 litros, lo cual está muy por encima de la media global de 6.2 litros”. Se expone además que el consumo excesivo episódico es especialmente prevalente entre jóvenes en varios países de la región, mientras que la mayor parte de la carga de morbilidad por alcohol recae sobre Centroamérica y Sudamérica.³²

En Cuba aproximadamente el 50% de los alcohólicos en fases iniciales, integra el grupo de epidemiológico de morbilidad oculta.³³

Prevalencia del consumo de alcohol

La prevalencia de los trastornos por consumo de alcohol es muy elevada. Según el estudio NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), el 30,3% de la población padecerá dicho trastorno a lo largo de su vida (17,8% abuso de alcohol y 12,5% dependencia). La prevalencia anual de un trastorno por consumo de alcohol es del 8,5% (4,7% abuso de alcohol y 3,8% dependencia de alcohol).³⁵

El consumo excesivo de alcohol origina diversos trastornos somáticos, principalmente gastrointestinales, cardiovasculares y neurológicos, y elevada mortalidad. Además, existe una asociación muy frecuente entre trastornos por uso de alcohol y diferentes alteraciones mentales, tales como trastornos afectivos, de ansiedad, abuso de otras drogas y trastornos de personalidad.³⁵

Etiología del alcohol

El alcoholismo es una enfermedad crónica donde confluyen factores de tipo biológico, psicológico, ambiental y social.³⁶⁻³⁸

Factores neurobiológicos

Cabe destacar por su importancia, los aspectos neurobiológicos del alcohol, los factores genéticos asociados al alcoholismo y determinados factores de vulnerabilidad que predisponen al desarrollo del mismo.³⁹

Neurobiología del alcohol

En la actualidad se dispone de un mayor conocimiento de los mecanismos neurobiológicos que conducen a la dependencia alcohólica. El alcohol interactúa en diversos sistemas de neurotransmisión, dando lugar a sus efectos farmacológicos por todos conocidos. El consumo continuado de alcohol provoca cambios neuroquímicos y morfológicos (neuroadaptación) en estos sistemas, siendo responsables de la aparición de los síntomas de abstinencia y del deseo por la sustancia, que puede reaparecer muchos meses después de cesar el consumo.³⁹⁻⁴¹

Los sistemas de neurotransmisión en los que el alcohol actúa son los que constituyen el circuito de motivación o de recompensa, también conocido como circuito dopaminérgico mesolímbico-cortical que constituyen el área ventral tegmental (AVT), el núcleo accumbens, la corteza prefrontal (orbital y cingulada), la amígdala y el hipocampo.⁴²

El alcohol, directa e indirectamente, libera dopamina (DA) en el núcleo accumbens, lo que refuerza su consumo. Posteriormente, de forma progresiva van interviniendo mecanismos de aprendizaje condicionado (estímulos asociados al consumo), procesos cognitivos (expectativas de experimentar los efectos agradables del alcohol o aliviar el malestar de la abstinencia) y factores emocionales que mantienen el consumo, de manera que los efectos hedonistas del alcohol son menos intensos pero su consumo más compulsivo, como consecuencia de un estado de sensibilización del citado circuito, conduciendo así a un estado de dependencia. Este estado de sensibilización suplanta al sistema que interviene en los refuerzos naturales como comida y sexo y altera otros sistemas, por ejemplo el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que modula la respuesta al estrés, ocasionando niveles altos de ansiedad y mayor susceptibilidad a factores estresantes.⁴³

La función específica de cada una de las áreas del circuito en el desarrollo de la dependencia no está suficientemente dilucidada, ni tampoco la función concreta de cada neurotransmisor, excepto por lo que se refiere a la dopamina y su función reforzante. Durante la abstinencia, estímulos asociados al consumo de alcohol (visuales, gustativos, espaciales), amnésicos, factores emocionales (ansiedad,

depresión) y situaciones estresantes estimulan el circuito mesolímbico-cortical, lo que despierta el deseo (craving) por el alcohol; este deseo, junto con la pérdida de la capacidad inhibitoria de la corteza prefrontal puede conducir a la recaída.⁴⁴

Genética del alcoholismo

Actualmente se acepta que los factores genéticos llegan a explicar un 60% del riesgo⁴⁵ y proporcionan una herencia comprendida entre el 48 y el 58%⁴⁶. Estos factores han sido confirmados por estudios familiares, de adopción y gemelares.

La presencia de historia familiar de alcoholismo incrementa el riesgo cinco veces respecto a los que no la tienen y la presencia de historia familiar, más historia ambiental de alcoholismo, lo incrementa nueve veces. Actualmente se consideran varios genes en relación con el alcoholismo, entre ellos los implicados en el metabolismo del alcohol y los implicados en la actuación del alcohol sobre los distintos sistemas de neurotransmisión cerebral (principalmente el gen correspondiente al receptor D2 de la DA, asociado al cromosoma 11).⁴⁷

Marcadores biológicos de vulnerabilidad

Se han demostrado a partir de estudios realizados con hijos de padres alcohólicos, a edades tempranas previas a la aparición de un posible alcoholismo. Los más importantes son: alteraciones en el funcionamiento cognitivo, una percepción subjetiva menor de los efectos de la intoxicación etílica una vez que han bebido, una menor amplitud de la onda P300 y una menor inhibición prepulso.⁴⁸

Factores psicológicos

Con respecto a la influencia de los factores psicológicos en el desarrollo del alcoholismo, la personalidad previa del sujeto alcohólico ha sido uno de los aspectos más estudiados.

La mayor parte de los estudios coinciden en señalar una relación entre la dependencia de alcohol y el trastorno de personalidad antisocial. Además, se han descrito una serie de características comunes entre los pacientes alcohólicos que incluyen: una baja tolerancia a la tensión, impulsividad, hiperactividad, conducta antisocial, inconformismo y puntuaciones elevadas en búsqueda de nuevas sensaciones y de riesgo.⁴⁸

Por otro lado, los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen un riesgo aumentado de desarrollar alcoholismo, y a su vez, los pacientes con alcoholismo también tienen un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos.⁴⁸

Finalmente, las teorías del aprendizaje han ayudado a comprender los procesos de adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol. El condicionamiento clásico o pavloviano se ha relacionado con el proceso de las recaídas, mientras que el condicionamiento operante con el inicio y mantenimiento del consumo.⁴⁸

Factores ambientales/sociales

Dentro de este apartado, es importante considerar tanto los factores macroambientales (factores socioeconómicos, clase social, empleo), como los microambientales (familia, grupo de referencia), así como la interacción de situaciones personales concretas (edad, sexo).⁴⁸

Clínica

Los cuadros clínicos más frecuentes asociados al uso de alcohol son la intoxicación etílica y el síndrome de abstinencia. Este último se subdivide a su vez en no complicado o complicado (convulsiones, delirium tremens (DT) y encefalopatía de Wernicke-Korsakoff). El alcoholismo se asocia con una importante comorbilidad tanto médica como psiquiátrica.⁴⁹

Intoxicación etílica

Es un cuadro que se produce después de la ingesta reciente de alcohol, y que implica una serie de síntomas físicos y comportamientos desadaptativos, que son proporcionales a la concentración de alcohol en sangre. Concentraciones sanguíneas de etanol entre 50-100 mg/dl suelen producir mínimas alteraciones.⁴⁹

Las alcoholemias de 100-200 mg/dl se asocian a sensación de euforia y optimismo, excitación, locuacidad y aumento de la sociabilidad, pero a su vez, a una disminución del rendimiento intelectual y alargamiento de los tiempos de reacción. Las concentraciones comprendidas entre 200-300 mg/dl conllevan importantes alteraciones de la coordinación, con ataxia, disartria y obnubilación. El coma etílico suele aparecer con alcoholemias superiores a 300-500 mg/dl. La muerte sobreviene por parada respiratoria o broncoaspiración de contenido intestinal, y en ocasiones como consecuencia de caídas que pueden provocar

fracturas o traumatismos craneoencefálicos. La mortalidad asociada a este cuadro es del 5%.⁴⁹

Síndrome de abstinencia no complicado

El síndrome de abstinencia (SA) se caracteriza por un estado de hiperactividad autonómica que se produce como consecuencia de la disminución o la supresión del consumo de alcohol. Los signos y síntomas del SA pueden agruparse en cinco apartados.⁵⁰

1. Hiperactividad autonómica: Se produce taquicardia, hipertensión, diaforesis, temblor, fiebre e hiperventilación con alcalosis respiratoria.
2. Alteraciones del sueño: insomnio, aumento de la fase REM y disminución de las fases 3 y 4.
3. Alteraciones gastrointestinales: Anorexia, náuseas y vómitos.
4. Manifestaciones psicológicas: Ansiedad, agitación, inquietud, irritabilidad, distracción, falta de concentración, alteraciones de la memoria y del juicio, y alucinaciones.
5. Convulsiones tónico-clónicas: Aparecen convulsiones tónico-clónicas.⁵⁰

Fases del Síndrome de abstinencia no complicado

Primera fase. Ocurre a las 4-10 horas después de haber alcanzado la máxima alcoholemia. Dura aproximadamente 24 horas y se caracteriza por el predominio de signos noradrenérgicos, entre ellos, incremento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión sistólica y algo menos la diastólica, aumento de la frecuencia respiratoria, diaforesis, ligera hiperreflexia, temblor intencional, ansiedad y labilidad emocional.⁵⁰

Segunda fase. Aparece a las 24 horas de haber alcanzado la máxima alcoholemia y se prolonga durante 48 horas. Se caracteriza por un agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, siendo también frecuentes las manifestaciones digestivas y la aparición de las convulsiones.⁵⁰

Tercera fase. Esta fase se inicia tras las 72 horas del último pico de alcoholemia. Se caracteriza por un mayor agravamiento de la sintomatología noradrenérgica, aparición de síntomas de disfunción dopaminérgica, como alucinaciones e ideas delirantes, y desaparición de las convulsiones.⁵⁰

Síndrome de abstinencia complicado

Crisis convulsivas

Se han relacionado con el predominio de la actividad de neurotransmisores excitadores como el glutamato, y la disminución de los inhibidores como el GABA. Cuando aparecen las crisis convulsivas, lo hacen entre las 7-48 horas tras el cese del consumo. Son generalizadas y de características tónicoclónicas y a la aparición de status epiléptico.⁵¹

Delirium tremens

El delirium tremens (Dt) es un estado de confusión que aparece en individuos dependientes del alcohol con una larga historia de consumo. La tríada sintomática típica incluye la disminución del nivel de conciencia o confusión (delirium), las alucinaciones y el temblor. también son frecuentes los delirios, la agitación, el insomnio y la hiperactividad autonómica: sudoración, deshidratación, falta de apetito, elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, de la tensión arterial e hiperpirexia. Los síntomas suelen aparecer entre las 72-96 horas desde la última ingesta etílica. Suele durar de 3-5 días. Se trata de una urgencia médica, que de no tratarse presenta una mortalidad del 20%.⁵²

Síndrome de Wernicke-Korsakoff:

La encefalopatía de Wernicke es un cuadro de inicio subagudo, caracterizado por la tríada de ataxia, oftalmoplejia, nistagmus horizontal, y confusión mental. Es producido por el déficit de tiamina. Sin tratamiento tiene una mortalidad elevada.⁵³

Puede evolucionar a un síndrome de Korsakoff, un cuadro amnésico que se caracteriza por un fracaso de la memoria anterógrada y retrógrada con conservación de la memoria inmediata y otras funciones cognitivas. El paciente suele presentar confabulación, rellenando los huecos de memoria con falsos recuerdos y reconocimientos; además, existe una alteración del sentido del tiempo, con aglutinación de los recuerdos y desorden cronológico de los acontecimientos del pasado.⁵³

Patologías médica asociada al consumo de alcohol

El consumo de alcohol se asocia con un amplio abanico de complicaciones médicas cuando se consume de manera crónica. Las alteraciones digestivas son las más frecuentes en los pacientes alcohólicos, siendo las más significativas las hepatopatías, que se presentan en un espectro que abarca desde la esteatosis leve hasta la cirrosis hepática. Dentro de este grupo destacan también los trastornos pancreáticos y los relacionados con el tracto digestivo (esofagitis por reflujo, gastritis, malabsorción intestinal). Otro grupo importante de trastornos son los neurológicos, entre los que destacan la polineuropatía alcohólica, la degeneración cerebelosa, o la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. también pueden estar presentes trastornos cardiológicos, como la miocardiopatía dilatada, hematológicos, como las citopenias y coagulopatías, metabólicos, endocrinológicos y osteomusculares.^{54,55}

Clasificación del alcoholismo

Entre las últimas clasificaciones internacionales del alcoholismo tenemos la que se estructura en función de la cantidad de alcohol consumida, a partir del cálculo de las unidades de bebida estándar (UBE) Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su V Capítulo (CIE- 10) y el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana en su IV edición (DSM IV).

Clasificación en función de la cantidad de alcohol consumida, a partir del cálculo de las unidades de bebida estándar (UBE)

Existen diversas formas de clasificar los problemas relacionados con el uso de alcohol. Una de ellas, lo hace en función de la cantidad de alcohol consumida, a partir del cálculo de las unidades de bebida estándar (UBE). La UBE equivale a 10 gramos de alcohol puro.⁵⁶

Consumo de bajo riesgo

Se refiere a consumos inferiores a 17 UBE por semana para hombres y 11 UBE por semana para mujeres o menores de 18 años.⁵⁶

Consumo de riesgo

Se refiere a consumos de alcohol que se sitúan igual o por encima de 28 UBE semanales para hombres y 17 UBE semanales para mujeres. también se considera consumo de riesgo la ingesta de 5 UBE en 24 horas con una frecuencia de, al menos, una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado, igualmente, son considerados bebedores de riesgo, con independencia de la cantidad de alcohol consumida, los sujetos con antecedentes familiares de alcoholismo y los que hacen uso del alcohol en determinadas situaciones (embarazo, conducción de vehículos o maquinaria peligrosa).⁵⁶

Consumo perjudicial

El consumo perjudicial es un concepto recogido que incluye a los individuos que tienen problemas físicos o psicológicos derivados del consumo, independientemente de la cantidad de alcohol consumida.

Por su parte, las clasificaciones internacionales, DSM-IV y CIE-10, dividen los trastornos relacionados con el alcohol en trastornos por consumo (consumo perjudicial, abuso y dependencia) y trastornos inducidos (intoxicación, abstinencia y trastornos de comportamiento).⁵⁶

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 10)

La CIE- 10 tiene incluidas entre las categorías F10-F19 los Trastornos Mentales y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicotropas y en la categoría F10 los trastornos referidos al consumo de alcohol.⁵⁷

La CIE-10 con el objetivo de aunar criterios utiliza el término trastorno para evitar el uso de otros conceptos como enfermedad o padecimiento. Reconociendo que trastorno no es un término preciso, se utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o conjunto de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en con la actividad del individuo. De esta manera los trastornos relacionados con el alcohol quedan divididos en las siguientes categorías: Intoxicación aguda, Síndrome de dependencia, Síndrome de abstinencia y Consumo perjudicial.⁵⁷

En la CIE- 10 existe la posibilidad de describir detalladamente el trastorno alcohólico en cuestión, sin embargo la utilización del término síndrome al referirse a los trastornos de la entidad nosológica hace que la misma se disgregue en el diagnóstico.⁵⁷

En el DSM-IV los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia). Los trastornos relacionados con el alcohol los agrupa en subcategorías: trastornos en el uso del alcohol: dependencia y abuso de alcohol y trastornos Inducidos por el alcohol, donde se incluye la intoxicación, la abstinencia, delirium, demencia, trastornos psicóticos, entre otros.⁵⁸

Diagnóstico.

Su diagnóstico es clínico, siendo la historia clínica el mejor instrumento de evaluación. Sin embargo, existen una serie de escalas que permiten la valoración de estos pacientes. Asimismo, la exploración clínica debe incluir una analítica general con hematología, bioquímica, ionograma, perfil hepático y renal, y el tiempo de coagulación, con lo que se obtienen resultados sobre los distintos marcadores biológicos indicativos de alcoholismo que, aunque inespecíficos si se consideran aisladamente, pueden ayudar al diagnóstico de sospecha.⁵⁹⁻⁶²

Criterios diagnósticos para el abuso y dependencia de alcohol según DSM – IV.

Abuso de alcohol:

Patrón des adaptativo de consumo de alcohol que conlleva un malestar o deterioro significativo, expresado por uno o más de uno de los siguientes ítems, durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de alcohol con incumplimiento de obligaciones en trabajo, casa, escuela.
2. Consumo recurrente en situaciones peligrosas, embarazo, conducción.
3. Problemas legales repetidos por consumo de alcohol.
4. Problemas sociales e interpersonales repetidos causados por el consumo de alcohol.

Dependencia de alcohol:

Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un malestar o deterioro significativo, expresado por tres o más de los siguientes ítems, durante un periodo de 12 meses:

1. Tolerancia.
2. Síntomas de abstinencia.
3. Consumir más alcohol o durante más tiempo del que se pretende.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar el consumo.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención y consumo de alcohol.
6. Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas por el consumo.
7. Consumo continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes causados por el alcohol.

Abuso

El término abuso de alcohol, es más empleado en las clasificaciones americanas⁶ para referirse a un patrón desadaptativo de consumo de alcohol en el que sin haberse desarrollado tolerancia o sin presentarse síntomas de abstinencia, existe un deterioro significativo en las obligaciones personales, se consume alcohol en situaciones de riesgo, el consumo se asocia a problemas legales, o se continúa consumiendo alcohol a pesar de las consecuencias sociales que ocasiona.⁶³

Dependencia

El término dependencia⁵ se define como un trastorno caracterizado por un fuerte y persistente deseo de beber a pesar de sus consecuencias adversas, por la incapacidad para dominar este hábito, la mayor prioridad concedida al consumo de alcohol frente a otras actividades y obligaciones, la tolerancia al alcohol y una sensación física desagradable cuando se interrumpe su consumo (síndrome de abstinencia).⁶³

Diferentes estudios longitudinales han puesto de manifiesto que ambos trastornos son relativamente estables a lo largo del tiempo, de manera que sólo el 30% de los pacientes que presentan abuso de alcohol presentará síntomas de dependencia en el futuro.⁶⁴

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto.

Antecedentes Históricos

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no es un trastorno inventado o nuevo; en el siglo XVIII se encuentran los primeros registros de un médico escocés, Sir Alexander Crichton, que describió manifestaciones clínicas en el comportamiento de los niños, que actualmente se conceptualizan como TDAH, refiriendo que los pacientes presentaban incapacidad para atender con constancia y un estado de inquietud mental (mental restlessness). Más tarde, en 1845, el Dr. Hoffman, que además era escritor e ilustrador de cuentos, representa las dificultades en la atención, hiperactividad y torpeza motora a través de un cuento llamado Felipe el inquieto. Posteriormente, a principios del siglo pasado, en 1902, el pediatra británico George Still estudió los síntomas, denominando a este conjunto de manifestaciones como “defecto del control moral” y falta de inhibición volitiva. Veinte años más tarde, alrededor de 1917 y 1918, se observó que los niños sobrevivientes de la epidemia de encefalitis letárgica presentaban un cuadro clínico similar al descrito por Still. Desde ese entonces hasta los años cincuenta, el TDAH se denominó como “daño cerebral”; años más tarde se dieron cuenta que no todos los niños tenían evidencia de haber sufrido un daño cerebral, por lo que se pensó que este grupo de síntomas correspondía a una disfunción cerebral general, denominándose “daño cerebral mínimo”, y después “disfunción cerebral mínima”.

Definición

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto no es un trastorno de moda, si bien, el aumento de conocimientos y, sobre todo, la cantidad de información, que han aumentado exponencialmente en los últimos años, han hecho que mucha de esta información haya trascendido al gran público. Por otro lado, tampoco se trata de un constructo occidental, ya que estudios realizados en África, Oriente Medio, Sudamérica o Asia arrojan datos de prevalencia muy similares, y todos coinciden en una tendencia a decrecer, pero no a desaparecer, de las cifras a lo largo del tiempo. Las cifras nos hablan hasta un 4% de la población adulta puede presentar también esta condición.⁶⁵

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, complejo, multifactorial y crónico, caracterizado por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad.^{66,67} Con frecuencia el TDAH no es identificado en la práctica clínica, especialmente en el caso de adultos que no han sido diagnosticados previamente durante la infancia o adolescencia. Como consecuencia es infradiagnosticado y por lo tanto el paciente no recibe el tratamiento adecuado. Esto es debido en parte a que erróneamente durante gran parte del siglo pasado el TDAH era considerado exclusivamente como un trastorno de la infancia y adolescencia. Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas se ha reconocido que el TDAH no sólo es el trastorno neurobiológico más frecuente en la infancia, sino que además es un trastorno crónico del neurodesarrollo, de modo que, tal como evidencian estudios longitudinales, los síntomas persisten en la edad adulta en al menos dos terceras partes de pacientes y al menos un 30% de niños y adolescentes diagnosticados de TDAH continúan presentando el síndrome completo en la edad adulta.^{68,69}

Aunque es considerado como un trastorno categorial, el TDAH en realidad probablemente representa el extremo de un continuo dimensional de los rasgos de atención, inhibición y regulación de la actividad motora.⁷⁰

Los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) vienen definidos por la presencia de tres síntomas fundamentales:

1. Disminución de la atención.
2. Impulsividad.
3. Hiperactividad.⁷⁰

Prevalencia

A medida que ha pasado el tiempo se han ido incrementando los porcentajes de personas que padecen este cuadro, a la vez que ha ido disminuyendo la edad a la que puede ser diagnosticado. Si bien hace unos años se estimaba la prevalencia del TDAH en el 4%-6%, los últimos estudios epidemiológicos dan cifras que rondan el 20% y hasta los más prudentes sitúan la prevalencia por encima del 10%. Es posible que las diferentes pruebas valorativas jueguen un papel

importantísimo en los porcentajes de prevalencia. Así, las europeas son muy restrictivas y dan porcentajes mucho más bajos que las americanas, que son más generosas en valorar positivamente hechos no reconocidos por las europeas, y por ello dan prevalencias más altas.⁷¹

Etiología

No hay duda de que el TDAH es un cuadro orgánico, con origen en deficiencias anatómicobiológicas que afectan preferentemente a ciertas estructuras cerebrales y que no es patrimonio exclusivo de los humanos. En seres el reino animal superior (caballos, toros, perros, gatos, monos, etc.) pueden observarse comportamientos similares. La etiología puede ser tanto genética como adquirida, pero en ambas circunstancias con la misma base bioquímica como origen del trastorno. La mayoría de los casos son hereditarios por vía autosómica dominante por parte de ambos progenitores de manera similar. Además de los casos hereditarios, están los de origen adquirido.⁷¹

En estos últimos años se está observando un importante aumento de este grupo debido fundamentalmente al gran número de niños prematuros y de peso muy bajo, a veces provenientes de partos múltiples, que salen adelante gracias a los sofisticados cuidados intensivos neonatales, predominando en sus secuelas la inquietud, la falta de atención y la impulsividad. En los niños adoptados la etiología puede ser combinada - constitucional o genética - adquirida y además, contar con la probabilidad de heredar mucha patología comórbida (violencia, conflictividad personal, tendencia al consumo de alcohol y drogas, etc.). Existe mucha probabilidad de ello en los niños provenientes de cualquier parte, exceptuando las niñas provenientes de China, rechazadas por sus padres por el solo hecho de ser niñas. Hay patologías de otra naturaleza en las que hay un porcentaje alto de personas que, además de la sintomatología propia de ellas, también presentan TDAH (ej: neurofibromatosis tipo 1, X-frágil, etc).⁷¹

Patogenia

El trastorno funcional, es decir, las alteraciones clínicas, se llevan a cabo por problemas bioquímicos en proyecciones de conexión entre los lóbulos frontales y los núcleos basales, que afectan tanto al transporte como a la recaptación de la dopamina y en menor grado, de la serotonina y de la norepinefrina. Ello ocurre tanto en los sujetos en los que el trastorno tiene origen genético como en los de causa adquirida.⁷²

Características clínicas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto.

En la transición de los años cincuenta y sesenta surgen nuevos planteamientos centrados en la hiperactividad como síntoma principal, y el nombre cambió a “síndrome hiperkinético”, enfoque influenciado por la escuela conductista. A finales de los sesenta este trastorno aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Academia Americana de Psiquiatría, segunda edición (DSM-II), y lo denominó “reacción hiperkinética de la infancia”.

En la década de los setenta, un grupo de especialistas, en especial Virginia Douglas, precisaron que la dificultad para prestar atención y el déficit en el control de impulsos eran también síntomas muy importantes, además de la hiperactividad¹. Esto cobra relevancia ya que en la tercera edición del DSM en 1980, se incluyen estos síntomas, cambiando nuevamente su nombre a trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad. En el DSM III-R (1988) se describe una lista de 14 síntomas, y se requería sólo de la presencia de ocho de éstos para establecer un diagnóstico.

En 1995, el DSM IV lo clasifica como trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y lo agrupa según el predominio de la desatención o hiperactividad/impulsividad en tres tipos:

1. El TDAH con predominio de déficit de atención.
2. El TDAH con predominio hiperactivo impulsivo.
3. El TDAH combinado.

En 2013 se edita la quinta edición del DSM 5 y se establecen cambios importantes: la inclusión del trastorno en la categoría de trastornos del

neurodesarrollo, ya que antes formaba parte de la categoría de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador; se modifican los criterios de edad de inicio (antes de los 12 años con un umbral a los 17), se cambia a presentaciones y parece obedecer a la baja estabilidad temporal de los mismos⁵. En los adultos, considera que los mayores de 17 años deben cumplir cinco criterios en al menos una de las áreas de inatención o de hiperactividad-impulsividad presentes durante seis meses y que debieron iniciar antes de los 12 años.⁷³

Consecuencias adversas asociadas al TDAH.

A lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, este trastorno se asocia con un importante coste personal, familiar, social y en la salud del paciente, de modo que pueden aparecer problemas a nivel del rendimiento académico, de las relaciones interpersonales, en el medio laboral, así como una elevada tasa de accidentes domésticos, de tráfico o de otro tipo, junto con un mayor uso de servicios de urgencias.⁷⁴ Además, múltiples estudios indican que los trastornos por el uso de sustancias (TUS) son mucho más frecuentes en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto que en la población general.⁷⁵

La asociación entre el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto y el abuso o dependencia de nicotina, alcohol y otras drogas como el cannabis, la cocaína, los opioides o la poliadicción en adolescentes y adultos es un área de creciente interés debido a sus implicaciones en la clínica, en investigación y a nivel de salud pública. Los diversos estudios han evidenciado tasas elevadas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en pacientes con TUS, de modo que por lo general la mayoría de los trabajos coinciden en señalar que entre el 15% y el 25% de adultos con abuso o dependencia de alcohol u otras drogas presentan un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto comórbido, cifras muy superiores a las observadas en sujetos de la misma edad de población general.^{76,77} De igual modo se ha estimado que la prevalencia de TUS en pacientes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto es, aproximadamente, el doble que en la población general.⁷⁸

Sobre lo anteriormente planteado la autora de esta investigación plantea que en el curso de esta enfermedad coexisten con frecuencia otras alteraciones, que si bien pueden ser consecuencia de la misma en no pocas ocasiones pueden ser causas o factor precipitante de su desarrollo. Fenómeno conocido como Comorbilidad, la cual puede clasificarse como física, psiquiátrica o adictiva. La Comorbilidad adictiva en los trastornos psiquiátricos, también llamada Patología Dual, hace referencia como coexistencia en un mismo sujeto de un trastorno psiquiátrico y una dependencia de alcoholismo. Los estudios más recientes sobre el tema revelan que la prevalencia de la patología dual es elevada, aunque existen diferencias entre los diversos autores. Lo que sí ha quedado demostrado es que los pacientes psiquiátricos tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencia.⁷⁹

Por lo que el estudio del alcoholismo en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto, viene siendo un área de interés dentro del tema de la patología dual, cobrando una especial relevancia en los últimos años debido a la repercusión de los mismos sobre el pronóstico terapéutico del paciente y el diseño de estrategias adecuadas de intervención. La frecuencia de aparición de estos trastornos asociados al alcoholismo muestra una gran variabilidad, que guarda relación con los factores tales como la cantidad de alcohol consumida, los antecedentes, el patrón de consumo, las características intrínsecas del consumidor y los periodos de abstinencia entre otras.⁷⁹

Siendo los hallazgos del TDAH relacionado con mayor riesgo de alcoholismo con síntomas residuales de este. En cuanto al sexo se observa un predominio del deterioro cognitivo en las mujeres, lo que parece estar asociado a que las mismas presentan mayores niveles de intoxicación alcohólica que los hombres al igual cantidad consumida entre otras causas. Es por lo antes planteado que esta la importancia de la realización de este estudio.⁷⁹

Diagnóstico

El TDAH sólo se parece a él mismo. No es posible confundirlo con otro síndrome. No obstante, hay que reconocer que existen matizaciones que conviene tener en

cuenta ya que no están bien establecidos los límites de este cuadro y entre qué márgenes se mueve, y tampoco se conoce cuándo se puede considerar que un sujeto presenta TDAH asociado con algún trastorno comórbido severo (ej:obsesión, agresividad, conflictividad social, actitud oposicional desafiante) que los convierte en personas irresponsables y peligrosas, pero conscientes de lo que hacen, y cuándo pueden considerarse que padecen una demencia y sus actos carecen de responsabilidad consciente. Por un lado, no se ha establecido el límite o frontera entre personalidad hiperactiva- impulsiva y patología hiperactiva-impulsiva (en ambas teóricas circunstancias sirve la misma medicación), y, por otro, tampoco se conoce una escala que permita identificar la separación entre actos conscientes y controlables motivados por varios de los trastornos comórbidos mencionados y cuándo pueden considerarse como incontroladas e inconscientes muchas de las acciones cometidas por estas personas (ej: agresiones a los padres, violencia de género, etc.). No existe mucha diferencia en algunos casos entre la actitud de una persona con TDAH y un obsesivo-compulsivo o incluso un esquizofrénico. Además, las investigaciones bioquímicas-genéticas han situado muy próximas las zonas cromosómicas relacionadas con el TDAH y la esquizofrenia.⁸⁰⁻⁸³

ASPECTOS ETICOS

Los aspectos éticos se rigieron por los principios establecidos en la Declaración de Helsinki adoptada por la 18^{va.} Asamblea Médica Mundial en 1964, enmendada por las asambleas de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989 y Fortaleza de Brasil en el 2013 (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) y las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

El estudio fue aprobado por el Consejo Científico y el Comité de Ética Médica de la institución (incluyendo la evaluación de los requisitos de la investigación médica y la justificación de la misma), así se tendrá como único propósito: que los resultados se utilizaron para aumentar el arsenal de conocimientos de los profesionales de la salud implicados en el tratamiento de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en mujeres alcohólicas y mejorar de esta forma la calidad de la asistencia médica que se brinde, en correspondencia con los principios de excelencia establecidos para la misma por las directivas del MINSAP.

Para cumplimentar con estos principios se diseñó un Modelo de consentimiento informado, la cual fue aprobada por el Comité de Ética Médica del centro, así como por parte de los tutores y asesores de la investigación (Anexo 1) donde los enfermos expresaron mediante su rúbrica la aceptación de ser incluidos en el presente estudio, con la certeza de la confidencialidad de la investigación y la utilización de los resultados que se deriven de la misma para ser expuestos en talleres, seminarios, congresos entre otros, así como la publicación de los resultados en revistas científicas, favoreciendo con este documento la ejecución de la investigación.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio no experimental, descriptivo de corte transversal con un diseño cuantitativo para determinar la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto en mujeres alcohólicas adultas ingresadas, en sala de mujeres del Hospital Psiquiátrico “Galigarcía” en el periodo comprendido entre noviembre 2016 – enero 2018.

Universo: Se constituyó por pacientes mujeres alcohólicas ingresadas en sala de mujeres del Hospital Psiquiátrico “Galigarcía”, con la participación del equipo multidisciplinario, en el periodo de estudio.

Muestra: Se conformó con 105 pacientes mujeres que presentaron el diagnóstico de dependencia alcohólica que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Para la selección de las pacientes se empleó Muestreo no probabilístico de carácter intencional o a conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninas, mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico confirmado de dependencia alcohólica.
- Pacientes que den su consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes con trastornos mentales o deterioro cognitivo que no puedan cooperar adecuadamente con la investigación.
- Pacientes que abandonen el tratamiento.
- Pacientes embarazadas y lactantes.

Procedimiento:

Desarrollo del Trabajo: Previo consentimiento informado se les explicó a las pacientes los objetivos de la investigación y se procedió a evaluar el diagnóstico según el consumo de alcohol en una sesión en la consulta de Psiquiatría de 45 minutos como duración promedio, una vez que la paciente se diagnosticó de dependencia alcohólica se dio lugar a la otra sesión de aproximadamente el mismo tiempo, se realizó la entrevista diagnóstica del TDAH en adultos y la

comorbilidad psiquiátrica. Se le confeccionó una historia clínica detallada para conocer datos de gran importancia creando así una base de datos completos que tuvo exámenes de laboratorios, serología, ultrasonido u otras en dependencia del paciente a estudiar.

Las pruebas se realizaron al ingreso del paciente, con un tiempo de desarrollo del trabajo de 2 años, en un local adecuado, bajo la supervisión de un especialista en psiquiatría, y en disponibilidad de los medios básicos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	19-30 años 31-40 años 41-50 años 51-55 años	Según años cumplidos en el momento del estudio	Frecuencia y por ciento
Nivel escolar	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Preuniversitario Técnico Universitario	Según nivel escolar vencido	Frecuencia y por ciento
Ocupación	Cuantitativa Nominal Politómica	Empleados Jubilados Estudiante Desocupados	Según ocupación que desempeñe	Frecuencia y por ciento
Vínculo de pareja	Cualitativa Nominal Politómica	Soltero Casado Con pareja Separado/divorc iado Viudo	Según vinculo de pareja que presente	Frecuencia y por ciento
Años de consumo	Cuantitativa continua	Menos de 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años	Según años de consumo	Frecuencia y por ciento
Tiempo de sobriedad actual.	Cuantitativa continua	Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Más de 5 años	Tiempo en años durante el cual el paciente ha mantenido un consumo periódico del alcohol.	Frecuencia y por ciento
Antecedent es familiares de alcoholismo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Período en años durante el cual el paciente se ha mantenido libre del consumo de alcohol.	Frecuencia y por ciento
Grado de dependenci a alcohólica.	Cualitativa Nominal Politómica	Leve Moderada Grave	Según evaluación por el instrumento EIDA	Frecuencia y por ciento

Instrumentos:

a) Sistema de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión 2000.

Este sistema está conformado por tres elementos fundamentales: la entrevista semiestructurada PSE - 10, un glosario de definiciones diferenciales y un programa informático CATEGO V.

A través del uso del Sistema se permite realizar la entrevista con un grado de fiabilidad diagnóstica mayor que la entrevista clínica común. Se trabajará fundamentalmente la sección 11 de consumo de alcohol aunque se pasarán otras secciones si la psicopatología del paciente así lo exige.

La información será recogida en el programa de base de datos ENTRY los diagnósticos serán generados mediante los algoritmos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM V), contenidos en el programa Catego V.

Además, se utilizarán los siguientes ítems de la base de datos ENTRY que funcionarán como variables de contraste:

Tolerancia:

- 0. No desarrolla tolerancia.
- 1. Alguna, pero no marcada.
- 3. Marcada, puede tolerar al menos un 50% más que anteriormente.

Problemas por síndrome de abstinencia:

- 0. No hay síntomas de abstinencia.
- 1. Síntomas leves de abstinencia, mensualmente o más frecuentemente.
- 2. Síntomas de abstinencia moderados o severos.
- 3. Delirium con o sin convulsiones como síntomas de abstinencia.

Problemas sociales a causa del alcohol:

- 0. Nada.
- 1. Leve.
- 2. Moderado.
- 3. Grave.

Problemas psicológicos a causa del alcohol.

- 0. No hay síntomas claramente atribuibles al alcohol.
- 1. Síntomas somatomorfos/disociativos/neuróticos atribuibles al alcohol.

2. Síntomas depresivos incluyendo la depresión psicótica.
3. Síntomas delirantes, incluyendo la celotipia.
4. Alucinaciones, particularmente auditivas.

Problemas de salud física a causa del alcohol:

0. No hay problemas de salud.
1. Enfermedad física leve.
2. Gravedad moderada.
3. Con riesgo vital.

Edad en la primera manifestación de la dependencia alcohólica. 00

Edad al final de la dependencia alcohólica. 00

b) Entrevista diagnóstica del TDHA en adultos: Diagnostisch Interview Voor ADHD, DIVA, versión en español

Esta entrevista está estructurada con preguntas basadas en los criterios diagnósticos A, B, C y D del DSM-IV, dividida en 3 partes, se utilizarán los siguientes ítems que funcionarán como variables de contraste:

DSM-IV Criterio A

Infancia

¿Es el número de características A ≥ 6 ?

¿Es el número de características H/I ≥ 6 ?

Edad Adulta*

¿Es el número de características A ≥ 6 ?

¿Es el número de características H/I ≥ 6 ?

DSM-IV Criterio B

¿Hay indicios que impliquen un patrón de síntomas y limitaciones para toda la vida?

DSM-IV Criterio C y D

¿Los síntomas y las limitaciones se manifiestan al menos en dos campos de la vida?

Edad adulta

Infancia

DSM-IV Criterio E

¿Los síntomas no se pueden explicar mejor por la presencia de un trastorno psíquico diferente?

¿El diagnóstico está respaldado por información colateral (heteroanamnesis)?

Padres/hermanos/otros, **

Pareja/amigo/a íntimo/a/otros, **

Informes escolares

0 = poco o nada de respaldo

1 = algo de respaldo

2 = un respaldo claro

Explicación:

Diagnóstico TDAH***

Número total de criterios de Hiperactividad-Impulsividad

Procesamiento de la información

Se utilizó para el procesamiento de la información obtenida del programa Microsoft Office 2007 (Excel), para Windows. Los datos recogidos se analizaron y procesaron por medio del paquete estadístico STATISTICA, versión 7 (StatSoft, Inc. 2004). La información se vació en una Planilla de recolección de datos (Anexo 6)

Procesamiento estadístico de la información

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva como el promedio y la desviación estándar y técnicas de estadística inferencial como el test Chi cuadrado para verificar asociación significativa entre las variables involucradas, el nivel de significación empleado fue del 5 % ($p < 0,05$).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según variables sociodemográficas.

<u>Grupos de edades</u>	No.	%
19 – 30	28	26,7
31 – 40	39	37,1
41 – 50	21	20,0
51 - 55	17	16,2
Total	105	100,0
Edad promedio \pm DE	37,4 \pm 5,7 años	
<u>Escolaridad</u>	No.	%
Primario	3	2,9
Secundario	18	17,1
Técnico medio	13	12,3
Preuniversitario	68	64,8
Universitario	3	2,9
Total	105	100,0
<u>Nivel ocupacional</u>	No.	%
Estudiante	5	4,8
Trabajador	45	42,9
Jubilada	2	1,9
Desocupada	53	50,5
Total	105	100,0
<u>Estado civil</u>	No.	%
Soltera	19	18,1
Casada	10	9,5
Unión consensual	24	22,8
Divorciada/Separada	49	46,7
Viuda	3	2,9
Total	105	100,0

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En tabla 1 se muestra la distribución de pacientes según variables sociodemográficas, en cuanto al edad se pudo observar que predominaron las pacientes con edades entre 31 a 40 años (37,1%), fueron más frecuentes las de nivel preuniversitario (64,8%), las desocupadas fueron mayoritarias (50,5%), con mayor frecuencia su estado civil era divorciada/separada (46,7%).

Resultados similares a la mayoría de los estudios en el alcoholismo femenino están referidos a mujeres que han acudido a centros de asistencia y rehabilitación, y coinciden en la descripción de un determinado perfil de mujer alcohólica entre 35 y 50 años, con una media de edad entre 35 a 40 años.^{84,85}

Plantea Alvarado⁵⁸ en su investigación en relación a los factores personales de las 61 mujeres participantes del estudio, se observa que la media de edad se presentó por encima de los 37 años (DE= 9.81), concordando con la edad promedio de mi investigación 37,4 ± 5,7 años, por lo tanto, el TDAH plantea un escenario negativo en el curso de esta patología dual debido a que llegan a ser adictos a una edad joven, siendo hospitalizados más a menudo, respecto a la escolaridad se reportó una media de 10 años (DE= 2.74) lo que equivale a la terminación de educación secundaria refiriendo en su mayoría no poder o desear estudios superiores lo que pudiera estar asociado a la limitación de los pacientes por continuar sus actividades educativas. De acuerdo al estado civil los resultados coinciden con los de esta tesis, pues se muestra que el 67,7% de las participantes son solteras (18,1%), divorciadas/separadas (46,7%) o viudas (4,9%), y el 32,3% son casadas (9,5%) o en unión consensual (22,8%) llama la atención que la mayoría de ellas acudieron acompañados de sus padres o familiares, proporcionándonos un indicio que tal situación afecta el desarrollo de la vida normal del individuo y la quiebra del hogar. Existió concordancia en el aspecto laboral pues se observó que el 41% de las participantes cuentan con un trabajo remunerado, en relación a la ocupación que desempeñan el 18% de ellas son comerciantes y vendedoras, un 9.8% tiene trabajo administrativo y el 6.6% son profesionistas.⁵⁸

Las mujeres jóvenes de veinte años y ya cerca de los treinta son más propensas a consumir bebidas alcohólicas que las mujeres mayores. Ningún factor en particular predice si una mujer tendrá problemas con el alcohol, o a qué edad ésta corre mayor riesgo. Sin embargo, hay ciertas experiencias de vida que parecieran hacer más factible que las mujeres desarrollen problemas con el consumo de alcohol.⁴³⁻⁴⁵

La investigación de Anderson³⁰ sugiere que las mujeres que tienen problemas con sus relaciones más cercanas tienden a beber más que otras mujeres. El consumo excesivo de alcohol es más común entre las mujeres que nunca se han casado, o que viven con alguien, pero no están casadas, o que están divorciadas o separadas (El efecto del divorcio en el futuro consumo de bebidas alcohólicas por parte de una mujer podría depender de si ésta ya bebía en exceso durante su matrimonio). Una mujer cuyo esposo bebe en exceso tiene más probabilidades que otras mujeres de beber demasiado.³⁰

Olcina⁸⁶ plantea que el consumo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo para la discapacidad y la morbilidad a nivel mundial, ya que causa más de 200 tipos de lesiones y enfermedades y alrededor de 3.3 millones de muertes anuales.

En el estudio de Climent⁸⁷ se enuncia según los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud, que los mayores niveles de consumo de alcohol se registran en los países desarrollados, siendo Europa la región con mayor consumo per cápita. Asimismo, han ocurrido importantes cambios de tendencia en los patrones de consumo. Por ejemplo, en los últimos años se ha producido un aumento del consumo de alcohol entre las mujeres más jóvenes como consecuencia de la superación de los roles de género.

Tabla 2. Distribución de pacientes según características del patrón de consumo por resultados del SCAN 2000

<u>Antecedentes familiares de alcoholismo</u>	No.	%
Si	67	63,8
No	38	36,2
Total	105	100,0
<u>Años de consumo</u>	No.	%
< 5 años	3	2,9
5 – 10 años	63	60,0
> 10 años	39	37,1
Total	105	100,0
<u>Tiempo de sobriedad</u>	No.	%
< 1 año	70	66,7
1 – 5 años	32	30,5
> 5 años	3	2,8
Total	105	100,0
<u>Grados de dependencia</u>	No.	%
Leve	66	62,9
Moderado	22	21,0
Grave	17	16,1
Total	105	100,0

Fuente: SCAN versión 2000.

En tabla 2 se describen los antecedentes familiares de alcoholismo que representó el 63,8%, se muestran los años de consumo que fueron predominantes entre 5 a 10 años (60,0%), manteniendo un tiempo de sobriedad predominante menor de 1 año (66,7%). De manera conclusiva se pudo clasificar según valoración del SCAN que la mayoría de las pacientes en estudio tenían grado leve (62,9%) de dependencia alcohólica.

Las personas que beben grandes cantidades de alcohol de forma reiterada durante mucho tiempo, se hacen tolerantes a sus efectos. La tolerancia se debe a cambios adaptativos de las células del sistema nervioso central. La inversión de la tolerancia se deben a fallos en los mecanismos hepáticos entre otros.^{88,89}

El alcoholismo cursa con períodos de remisión y recaídas, aunque algunas personas con dependencia del alcohol pueden dejar de beber por sus propios medios, otros van a necesitar de un tratamiento de desintoxicación y deshabitación. La tolerancia se debe a cambios adaptativos de las células del sistema nervioso central. La inversión de la tolerancia se deben a fallos en los mecanismos hepáticos entre otros. Por otra parte, el alcoholismo puede ser una consecuencia de la ansiedad o de los trastornos del estado ánimo (alcoholismo secundario); pero también puede desarrollarse independientemente, antes o después (alcoholismo primario) de esta forma, el grado de dependencia puede ser una conducta que suponga una complicación más en sujetos que padecen independientemente otro trastorno mental de base (Patología dual).^{88,89}

Tabla 3. Distribución de pacientes según resultados del DIVA.

Resultados del DIVA		No.	%
Si	Tipo combinado	6	5,7
	Tipo predominante con déficit de atención	16	15,2
	Tipo predominante hiperactivo e impulsivo	9	8,6
	Subtotal	31	29,5
No		74	70,5
Total		105	100,0

Fuente: Test DIVA

De acuerdo a los resultados mostrados en tabla 3 se pudo comprobar que predominaron las pacientes que no clasificaban cuando se les aplicó el Test de DIVA como TDAH (70,5%), solo el 29,5% dio positivo de TDAH, donde predominaron las pacientes con déficit de atención (15,2%), seguido de las que presentaron hiperactividad e impulsividad (8,6%).

Resultados parcialmente similares al estudio de Barbero y cols⁹⁰ donde se realizó una división diagnóstica de los subtipos de TDAH según los criterios del DSM-IV. Del grupo de los alcohólicos dependientes, 13 pacientes (14,3%) cumplieron los criterios diagnósticos para el “tipo desatención”, dos pacientes (2,2%) el “tipo hiperactivo-compulsivo” y seis pacientes (6,6%) el “tipo combinado”. En contraste con esto, el grupo de alcohólicos reveló que 16 pacientes (26,2%) cumplían los criterios del “tipo desatención”, tres pacientes (4,9%) del “tipo hiperactivo-impulsivo” y 14 (23%) del “tipo combinado” ($p = 0.001$).

Biederman y cols⁷⁵ plantean que hay diversas razones por las que hay una elevada coincidencia de TDAH y enfermedades adictivas. Primeramente, es bastante evidente que los pacientes con los tipos “hiperactivo-impulsivo” y “combinado” tienen una naturaleza más experimental y temeraria cuando se asocian drogas y alcohol.

Resultados similares a los de Wilens⁹¹ en cuanto a lo que representa las pacientes con TDAH del total de la muestra, En sus investigaciones de 78

pacientes adultos con TDAH, Diamond y col⁹² determinaron una incidencia del 33,3% para el abuso de alcohol o la dependencia, en este estudio fue de 29,5%. Rhee y cols⁹³ hallaron un incremento de la incidencia del abuso de alcohol en un estudio longitudinal controlado de 55 pacientes de 22 años a los que se les había diagnosticado TDAH a la edad de 7 años y que nunca habían recibido tratamiento farmacológico, en comparación con 46 sujetos control. Langley y col⁹⁴ investigaron a 153 pacientes adultos con dependencia del alcohol y hallaron evidencia de TDAH en la infancia en 65 de ellos, con 28 de ellos presentando también síntomas persistentes en la edad adulta. Los estudios disponibles actualmente muestran claramente una conexión entre el TDAH y las enfermedades adictivas, lo que conlleva a la suposición de que un alto porcentaje de alcohólicos y adictos a drogas padecen también de un – posiblemente aun no diagnosticado con TDAH.

Tabla 4. Relación ente los años de consumo y el TDAH

Años de consumo	Subtipos de TDAH							
	Combinado		Déficit de atención		Hiperactivo e impulsivo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 5 años	0	0,0	1	6,2	0	0,0	1	3,3
5 – 10 años	2	33,3	7	43,8	4	44,4	13	41,9
> 10 años	4	66,7	8	50,0	5	55,6	17	54,8
Total	6	100,0	16	100,0	9	100,0	31	100,0

Fuente: SCAN/TDAH.

$$X^2 = 1,29, p = 0,8628 > 0,05$$

Se muestra en tabla 4 la relación entre los años de consumo y los subtipos de TDAH, observándose que en el consumo mayor de 10 años fue el predominante con un 66,7% para el subtipo combinado, un 50,0% en el subtipo déficit de atención, y un 55,6% en el subtipo hiperactivo e impulsivo. Es interesante comprobar que en todo los subtipos aumenta la frecuencia de pacientes a medida que aumentan los años de consumo, sin embargo no se presentó asociación entre esta dos variables, resultado que estadísticamente es lógico producto de que la muestra de pacientes con TDAH es menos del 30% (29,5%), por lo que la asociación de esta variable con cualquier otra puede no tener la potencia estadística para lograr una asociación.

Tabla 5. Relación ente el grado de dependencia alcohólica y el TDAH

Grados de dependencia	Subtipos de TDAH							
	Combinado		Déficit de atención		Hiperactivo e impulsivo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leve	2	33,3	3	18,8	1	11,1	6	19,4
Moderado	4	66,7	10	62,5	7	77,8	21	67,7
Grave	0	0,0	3	18,7	1	11,1	4	12,9
Total	6	100,0	16	100,0	9	100,0	31	100,0

Fuente: SCAN/TDAH.

$$X^2 = 2,34, p = 0,6726 > 0,05$$

La tabla 5 muestra la relación de los grados de dependencia alcohólica y el resultado de TDAH, se obtuvo que del total de pacientes con subtipo combinado de TDAH fueron más frecuentes las que presentaron grado de dependencia moderado (66,7%), en las que presentaron TDAH con déficit de atención y de dependencia moderado (62,5%) y con igual grado de dependencia y tipo de TDAH hiperactivo e impulsivo un 77,8%. Es importante aclarar que a pesar de que es un porcentaje importante de pacientes con TDAH con dependencia moderada en cualquiera de los tres tipos de TDAH, no se comprobó asociación significativa entre el TDAH y el grado de dependencia alcohólica, es decir padecer en este estudio de TDAH no influyó para presentar dependencia alcohólica, considera la autora de esta tesis, que es necesario ampliar el tamaño de muestra de las pacientes con déficit de atención para que se conozca mejor esta característica.

La investigación de Ohlmeier y cols⁹⁵ reveló valores significativamente más altos en el grupo de pacientes dependientes de sustancias dentro de esta el alcohol para el “tipo desatención” y el “tipo combinado”. Los pacientes aislados del “tipo hiperactivo-impulsivo” en ambos grupos estaban, en comparación, poco representados, resultados que coinciden parcialmente con los de esta tesis pues las menos representadas fueron las mujeres con subtipo combinado. La mayor representación de pacientes de subtipo combinado y seguido de los criterios de desatención e hiperactividad-impulsividad da razones para suponer que los pacientes de su estudio están sujetos con mayor probabilidad a reacciones

precipitadas. Los pacientes de “tipo desatención” parecen tener más probabilidad de consumir alcohol principalmente para estimularse.⁹⁵

CONCLUSIONES

- ✓ La edad promedio de las pacientes con dependencia alcohólica se encontraba en la tercera década de vida, siendo más frecuentes las de nivel preuniversitario, desocupadas y divorciadas.
- ✓ El patrón de consumo se caracterizó por que las pacientes tenían historia familiar de alcoholismo, entre 5 y 10 años de consumo, menos de un año de sobriedad, siendo leve el grado de dependencia alcohólica.
- ✓ Del total de mujeres en estudio el tipo de TDAH por Déficit de atención fue el más frecuente en la muestra en estudio.
- ✓ No se asociaron significativamente en esta investigación los años de consumo, la dependencia alcohólica y el TDAH

RECOMEDACIONES

- ✓ Extender este estudio a otros servicios de psiquiatría en otras instituciones para lograr una mejor identificación de los pacientes que tengan dependencia alcohólica y trastornos de déficit de atención.
- ✓ Profundizar en el conocimiento asociado en pacientes con dependencia alcohólica y trastorno de déficit de atención para lograr un mejor manejo de estos pacientes y una atención en salud con la calidad adecuada que redundará en un beneficio biopsicosocial de las pacientes afectadas reincorporación social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Moreno, Antonio Jesús: Respuesta de la Comunidad a los Problemas relacionados con el alcohol. Estudio Cayo Hueso. Tesis Doctoral. 2002.
2. González Menéndez, Ricardo. Peligro de las drogas. Editorial de Ciencias Médicas, Págs. 51-52. Ciudad de la Habana. 1992.
3. García Gutiérrez, E., Lima M, G., Aldana Vilas, L.. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev. Cub Med v.33n.3. C. Habana. Jul-Sep-2004.
4. Kaplan Harold I; Sadock Benjamin J; Greb Jack A. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. 7ma Edición. Editorial Panamericana S.A. 1996 p1481-97.
5. Montero FJ, González J, Molina AJ. Aproximación al alcoholismo femenino partiendo de la situación española. Características y factores implicados en la escena española, facilitando el contraste con algunos aspectos de la realidad mexicana. Anuario de Investigación en Adicciones. 2010;1(1):53-7.
6. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. Clin Psychol Rev. 2004;24(8):981-1010
7. Ehlers CL, Gizer IR, Vieten C, Gilder A, Gilder DA, Stouffer GM, et al. Age at regular drinking, clinical course, and heritability of alcohol dependence in the San Francisco family study: a gender analysis. Am J Addict. 2010;19(2):101-10. <http://doi.org/b8trr7>.
8. Piazza NJ, Vrbka JL, Yeager RD. Telescoping of alcoholism in women alcoholics. Int J Addict. 1989;24(1):19-28.
9. Kendler K, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and co-twin control analysis. Arch Gen Psychiatry. 2000;57(10):953-9.
10. Llopis JJ, Castillo A, Rebollida M, Stocco P. Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. Salud Drogas. 2005;5(2):137-57.
11. Borjesson W, Dunn M. Alcohol expectancies of women and men in relation to alcohol use and perceptions of the effects of alcohol on the opposite sex. Addict Behav. 2001;26(5):707-19.
12. Norberg MM, Norton AR, Olivier J, Zvolensky MJ. Social anxiety, reasons for drinking, and college students. Behav Ther. 2010;41(4):555-66. <http://doi.org/dpsx57>.

13. Messman-Moore TL, Ward RM. Emotion dysregulation and coping drinking motives in college women. *Am J Health Behav.* 2014;38(4):553-9. <http://doi.org/bz3t>.
14. Bischof G, Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *J Stud Alcohol.* 2000;61(6):783-6.
15. González Menéndez, Ricardo. Cómo librarse de los Hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. *Rev. Cub Med Gen Integral.* La Habana, 1995; 311(3):269-70.
16. González Menéndez, Ricardo: El Alcoholismo y su Atención Específica. Editorial Ciencias Médicas. Págs. 51-52. 1992. Ciudad de la Habana.
17. Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New- Haven: Hill house Press, 1960.
18. Feighner JK et al. Diagnostic Criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen Psychiatry* 1972; 26: 57:63.
19. Abad Mas, Luis- Arrighi, Emilia: TDAH Origen y Desarrollo. Editorial IMC. Pag: 9. 2012. Madrid.
20. José Martínez-Raga, Carlos Knecht. Patología Dual Protocolos de Intervención TDAH. Editorial: Edika Med, S.L. 2012. Pág.: 2
21. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366: 237-48.
23. Mann K, Bladstrom A, Torup L, Gual A, van den Brink W. Extending the alcohol history:. *Biol Psychiatry.* 2013; 7(3):706–13.
24. Room R, Babor T, Reh J. Alcohol and public health. *Lancet.* 2012;36(5): 519-30.
25. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2012; 8 (2):858–66.
26. Room R, Babor T, Reh J. Alcohol and public health. *Lancet.* 2012;36(5): 519-30.

27. Organización Mundial de la Salud. Revisión de la Clasificación internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid; Ed. Meditor. 2012.
28. Kohn R, Levav I, Callas de Almeida J M, Vicente B, Andrade I, Caraveo JJ.et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Un asunto prioritario para la salud pública. Rev. Panam. Salud Pública (Rev. en línea) 2005 disponible en <http://www.Rev.salud.com/index.php>
29. González R, Galán G M. El alcohol: La droga bajo la piel de cordero. Rev. Hosp. Psiq. Habana (revista en línea) 2007; 4(3). Disponible en: <TTP://WWW.REVISTAHPH.SLD.CU/HPH030707.HTML>
30. Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa una perspectiva de salud pública. Un informe para la comisión Europea. Reino Unido: Institute of alcohol studies. 2006; 23(4) disponible en: [HTTP://ec.europa.eu/health-eu/do\(26\)](HTTP://ec.europa.eu/health-eu/do(26))
31. Plan nacional sobre drogas. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España 2005-2006. Disponible en HTTP://www.pnsd.msc.es/categoria2/observa/pdf/domociliaria_2005-2006.pdf
32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: Alcohol y salud pública en la Américas: Un caso para la acción. Comunicado de prensa. 2007 Dic. 4. Disponible en: <TTP::://www.paho.org/spanish/dd/pin/ps071213.htm>.
33. Domínguez M. Ingresos de pacientes alcohólicos en el hospital de Pinar del Rio. Rev.Hosp.Psiq.Habana.2000; 61(1):55-6.
34. González R. El alcoholismo: Un abordaje integral. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004 11 (1):128-213.
35. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the Unites States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2012;6(4):830-42.
36. Ioninger R, Sirgvardsson S, Gilligan S. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. Adv Alcohol Subst Abuse. 2012;2 (1):3-17.
37. Babor tF, Hofmann M, Del Boca FK, Hesselbrock V, Meyer RE, Dolinsky ZS. types of alcoholics, i. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Archives of General Psychiatry. 2012;49 (6):599-608.
38. Rubio G, Mejías E. Epidemiología y etiología de los trastornos por uso de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Curso de Especialización en Alcoholismo. 2000.

39. Lovinger DM. Communication Networks in the brain. Neurons, receptors, neurotransmitters, and alcohol. *Alcohol Res Health*. 2013;31(7):196-214.
40. Gilpin NW, Koob GF. Neurobiology of alcohol dependence. Focus on motivacional mecanismos. *Alcohol Res Health*. 2012; 31(4):185-95.
41. De Witte P. Imbalance between neuroexcitatory and neuroinhibitory amino acids causes craving for ethanol. *Addictive Behaviors*. 2012; 29 (9):1325-39.
42. Potenza MN, Sofuoglu M, Carroll KM, Rounsaville BJ. Neuroscience of behavioral and pharmacological treatments for addictions. *Neuron*. 2013; 24 (6):695-712.
43. Clapp PC, Bhave SV, Hoffman PL. How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence. A pharmacological perspective. *Alcohol Res Health*. 2012; 31(9):310-39.
44. Anton R.F. Models and implications for treatment. *Alcohol Res and Health*. 2013;23 (2):165-73.
45. Nestler E. Psychogenomics: opportunities for understanding addiction. *The journal of neuroscience*. 2011;21(21):8324-7.
46. Prescott CA, Kendler KS. Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012; 23 (8):101-7.
47. Noble EP. D2 Dopamine receptor gene in psychiatric and neurologic disorders and its phenotypes. *Am J Med Genet B neuropsychiat Genet*. 2003;116 (1): 103-25.
48. Grillon C, Dierker L, Merikangas KR. Startle modulation at risk for anxiety disorders and/or alcoholism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):925-32.
49. Izquierdo M. intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*. 2002;14 (supl 1).
50. Raistrick D. Alcohol withdrawal and detoxification. En: Peters TJ, Stockwell T, editors. *International handbook of alcohol dependence and problems*. New York: Willey & Sons; 2012; 7 (4):523-39.
51. Alldredge BK, Lowenstein DH. Status epilepticus related to alcohol abuse. *Epilepticus*. 1993;34 (12):1033-7.
52. Rubio G, Santo-Domingo J. Urgencias relacionadas con el consumo de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. *Guía práctica de intervención en alcoholismo*. Madrid: nilo; 2000; 9 (2):175-89.
53. Cardoner N. Trastorno por abuso de sustancias: alcohol y nicotina. En: Vallejo J, editor *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Ars Medica; 2005.
54. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264 (19):2511-8.

55. Callao R. Patología médica asociada al consumo de alcohol. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: FAD; 2000.
56. Grupo de trabajo de alcoholismo de Socidrogalcohol. La unidad de bebida estándar a nivel del Estado Español. Instrumentos de registro del consumo de bebidas alcohólicas en población general. Aspectos metodológicos. 2011
57. OMS. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE-10. Madrid: Meditor Forma S.A; 1992: 7 (4): 99-113.
58. Alvarado M E Al. Validez y confiabilidad de la versión Chilena del alcohol. Use disorders identification. Test Audit. Rev Med. Chile (revista en línea)2009 (citado 20 Mar 2010) 137 (11). Disponible en:[HTTP://WWW.scielo.sld.cu/scielo PHP](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php).
59. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2012.
60. Sevillano ML, Rubio G. Conceptos básicos sobre problemas relacionados con el alcohol. Diagnóstico e instrumentos de evaluación. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores. Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: FAD; 2000.
61. Martínez M, Rubio G. Marcadores biológicos del alcoholismo. En: Rubio G, Santo-Domingo J, editores Curso de especialización en alcoholismo. Madrid: FAD; 2000.
62. Ponce G, Rubio G. intervenciones en alcoholismo. Complicaciones agudas. En: Guía práctica para el abordaje de problemas relacionados con el alcohol. Bristol-Myers Squibb; 2006.
63. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A. 1995.
64. Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Reich T, Bierut L. Five-year clinical course associated with DSM-IV alcohol abuse or dependence in a large group of men and women. Am J Psychiatr. 2012;15(8):1084-90.
65. Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, et al. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 543-53.
66. Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJ, Buitelaar JK, De Jong CA. Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. Eur Addict Res 2011; 17: 10-20.
67. Luty, J, Sarkhel, A, O'Gara, C, Umoh, O. Prevalence of childhood attention deficit hyperactivity disorder in opiate-dependent adults. Int J Psychiatry Clin Practice 2007; 11: 157-62.

68. Wilens T, Adamson J, Sgambati S, Whitley J, Santry A, Monuteaux MC, et al. Do individuals with ADHD self medicate with cigarettes and substances of abuse? Results from a controlled family study of ADHD. *Am J Addict* 2007; 16: 14-23.
69. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1652-8.
70. Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies 40 among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil* 1998; 31: 533-44.
71. Woeller KKS. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Neurol* 2004; 19: 798-814.
72. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994: 78-85.
73. Barkley RA. [Advances in the diagnosis and subtyping of attention deficit hyperactivity disorder: what may lie ahead for DSM-V]. *Rev Neurol* 2009 ; 48(Suppl 2): S101-6.
74. American Psychiatric Association. DSM-V: options being considered for ADHD. 2 de febrero de 2010. Disponible en URL: www.dsm5.org.
75. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens TE, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-98.
76. Murphy K, Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry* 1996;37:393- 401.
77. Barkley RA, Gordon M. Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implication for a clinical practice. En: Goldstein S, Ellison AT (eds.). *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002. p. 43-69.
78. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 565-76.
79. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-57.

80. Pascual-Castroviejo I. Síndrome de déficit de atención con hiperactividad. 3ª edición. Barcelona. Viguera Editores, 2004.
81. Stewart AL, Rifkin L, Amess PN, Kirkbride V, Townsenf JP, Miller DH, et al. Brain structure and neurocognitive and behavioural function in adolescents who were born very preterm. *Lancet* 1999; 353:1653-1657.
82. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet* 1902; 1: 1008-1012; 1077-1082; 1163-1168.
83. Wang J, Jiang T, Cao Q, Wang Y. Characterizing anatomic differences in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder with the use of deformation-based morphometry. *Am J Neuroradiol* 2007; 28: 543-547
84. Romero MM, Medina-Mora ME, Villatoro J, Durand A. Alcohol Consumption Among Mexican Women: Implications In A Syncretic Culture, Chapter 6. En *Alcohol, Gender and Drinking Problems Perspectives from Low and Middle Income*
85. Góngora SJ, Leyva MA. El alcoholismo desde la Perspectiva de Genero. *Revista de la Universidad Autónoma Metropolitana –Azcapotzalco, El Cotidiano*, 2005; 20 (132): 84-91.
86. Olcina J. Etiología del alcoholismo. En: Cuevas J, Sanchis M, directores. *Tratado de Alcoholología*. Valencia: Dupont Pharma; 2000. p. 119-40.
87. Climent MD. Consumo de alcohol en la mujer. Dirección General de Drogodependencias; 1997.
88. González R. Contra las adicciones. Clínica y tratamiento. La Habana: ED Científico-Técnica; 2005, 5 (7):83-87.
89. Elizondo J.A. El alcoholismo: enfermedad cerebral y discapacitante. *Revista "Liber Addictus"*. 2013.
90. Barbero, P., Téllez de Meneses, L., y González, F. (2004). Formas clínicas inhabituales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38, 88-S90
91. Wilens TE. Drug therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Drugs* 2003; 63: 2395-2411.
92. Diamond, A. (2005). Attention deficit disorder (attention deficit hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder Attention deficit-hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Developmental psychopathology*, 17, 803-825
93. Rhee, S.H., Willcutt, E.G., Hartman, C.A., Pennington, B.F., y Defries, J.C. Test of alternative hypotheses explaining the comorbidity between attention-

deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2007;35, 536-542.

94. Langley, K., Holmans, P.A., van den Bree, M.B., y Thapar, A. Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: Investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry*. 2007; 20, 7-26.

95. Ohlmeier MD; Peters K; Te Wildt BT; Zedler M; Ziegenbein M; Wiese B; Emrich HM; Schneider U. Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Instituto de Biometría, Escuela de Medicina de Hannover, Alemania. 2009;58 avellanedaguri@gmail.com

ANEXO 1

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

(Nombre y apellidos del paciente)

He sido advertido de que los datos que resulten de las investigaciones que me realicen, serán utilizados para investigaciones científicas, de que mi negativa a realizarme estas pruebas no conlleva ningún tipo de desventaja en el tratamiento futuro a mi persona. He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el tema. He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas. Comprendo que mi participación es voluntaria y que toda información que se recoja será confidencial. He tenido contacto con:

Dra. _____

(Nombre y Apellidos del médico),

La cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con el estudio, y se ha explicado que de encontrarse alguna alteración en los exámenes realizados se me informara y orientará al respecto. Por todo lo planteado anteriormente doy libremente mi conformidad a participar en el mismo y para que quede constancia firmo este modelo.

Firma del paciente -----

Firma del Representante del Comité-----

Fecha_____

ANEXO 2

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

Tabla 1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Criterios diagnósticos generales según el DSM-IV-TR [1]

A. Existen (1) o (2):	
(1) Seis o más de los siguientes síntomas de <i>falta de atención</i> han persistido por lo menos durante 6 meses con una identidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo	
Falta de atención: a menudo	No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
	Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
	Parece no escuchar cuando se le habla directamente
	No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones)
	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades
	Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
	Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas)
	Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
	Es descuidado en las actividades diarias

(Continúa)

(Continuación)

(2) Seis o más de los siguientes síntomas de *hiperactividad-impulsividad* han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo

Hiperactividad: a menudo	Mueve en exceso las manos o los pies o se remueve en el asiento
	Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en las que es inapropiado hacerlo
	Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en los adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
	Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
	«Está en marcha» o actúa «como si tuviera un motor»
Impulsividad: a menudo	Habla en exceso
	Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
	Tiene dificultad para guardar turno
	Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o de desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas que se presentan en 2 o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., del estado de ánimo, de ansiedad, disociativo o de la personalidad)

ANEXO 3

PREVALENCIA DEL TDAH.

Tabla 2. Algunos estudios de prevalencia del TDAH en adultos

Autores y año	Descripción de la muestra	N.º	Prevalencia (%)
<i>Estudios en muestras clínicas</i>			
Levin et al., 1998 [39]	Pacientes en tratamiento por abuso de cocaína	281	12
Mancini et al., 1999 [40]	Pacientes que acuden a clínica de trastornos de ansiedad	149	6,75
Schubiner et al., 2000 [19]	Paciente en tratamiento por TUS	201	24
Almeida et al., 2007 [41]	Pacientes que acuden a un centro de salud mental	310	16,8
Nylander et al., 2009 [42]	Pacientes en seguimiento en un centro de salud mental	141	21,3
Tamam et al., 2008 [43]	Pacientes con trastorno bipolar	159	16,3
Pedrero et al., 2007 [44]	Pacientes que acuden a tratamiento por TUS	696	6,89
<i>Estudios en población general y muestras clínicas</i>			
Heiligenstein et al., 1998 [45]	Estudiantes universitarios	468	4
DuPaul et al., 2001 [46]	Estudiantes universitarios de 3 países	1.209	4,5
Rösler et al., 2004 [47]	Presos jóvenes	129	45
Faraone y Biederman, 2005 [48]	Población general adulta en EE.UU.	966	2,9 (criterios estrictos TDAH)
Kooij et al., 2005 [49]	Población general adulta en Holanda	1.813	1 (con criterios estrictos) 2,5 (con criterios flexibles)
McGough, 2005 [50]	Padres de niños con TDAH	435	35
Kessler et al., 2006 [23]	Población general adulta en EE.UU.	3.199	4,4
Fayyad et al., 2007 [38]	Población general adulta de varios países	11.422	3,4
De Graaf et al., 2008 [8]	Trabajadores de varios países	7.075	3,5
De Ridder et al., 2008 [51]	Población general adulta en Bélgica	486	4,1
Kessler et al., 2009 [52]	Trabajadores de fábrica	5.907	1,9
Park et al., 2011 [53]	Población general	6.081	1,1

ANEXO 4

SCAN 2.1.

OMS Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría

Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría

S*chedules*

for

C*linical*

A*ssessment*

in

N*europsychiatry*

Versión 2.1

Entrevista

Present State Examination (Examen del Estado Actual)
Item Group Checklist (Lista de Comprobación de los Grupos de Items)
Clinical History Scheduel (Cuestionario de la Historia Clínica)

Organización Mundial de la Salud
División de Salud Mental

ANEXO 5

DIVA

ESPAÑOL

DIVA 2.0

Entrevista Diagnóstica
del TDAH en adultos

Ⓓiagnostisch Ⓘnterview ⒱oor ⒶDHD bij volwassenen

DIVA
Foundation
*entrevista diagnóstica
del TDAH
en adultos*

Código / Codi:

Complimentar per l'HUVH / Complimentar por el HUVH

J.J.S. Kooij y M.H. Francken, 2010
Fundación DIVA, Países Bajos

ANEXO 6
PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad _____

Nivel escolar:

Primaria___ Secundaria ___ Preuniversitario ___ Técnico ___ Universitario

Ocupación:

Empleados ___ Jubilados ___ Estudiante___ Desocupados___

Estado civil:

Soltero ___ Casado ___ Con pareja___ Separado/divorciado ___ Viudo ___

Años de consumo:

Menos de 5 años ___ Entre 5 y 10 años___ Más de 10 años ___

Tiempo de sobriedad:

Menos de 1 año ___ Entre 1 y 5 años ___ Más de 5 años___

Antecedentes familiares de alcoholismo: Si ___ No ___

Grados de dependencia alcohólica:

Leve ___ Moderada ___ Severa___