

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMO
FACTOR ASOCIADO A TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS**

AUTOR:

SOL DE MARÍA BURGOS HERRERA

ASESOR:

DRA. ERICKA DÍAZ LEÓN

TRUJILLO-PERÚ

2018

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMO
FACTOR ASOCIADO A TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS**

JURADO:

.....
PRESIDENTE

Dra. Rosa Lozano Ibañez

.....
SECRETARIO

Dra. Ana Ramírez Espinola

.....
VOCAL

Dr.Marco Serrano García

DEDICATORIA:

A Dios por haberme permitido llegar a este punto, por bendecirme siempre.

A mi abuelo Fernando, porque este sueño comenzó siendo suyo y ahora es mío; y mi querido abuelo Moisés, que siempre me apoyó y motivó a seguir adelante, sé que desde el cielo sonrían con este logro.

A mis padres, Edwyng y Luz, por su lucha constante y su amor latente todo el tiempo, por cada palabra, cada gesto de cariño y orgullo, que han guiado los pasos a lo largo de mi vida, por impulsarme con valor y amor para tomar decisiones, por los sacrificios que juntos hemos pasado y por ser los mejores padres del mundo.

A mis hermanos, Renzo y Luz María, por ser mis mejores amigos, cómplices y ejemplos de profesionales.

A mi asesora, Doctora Ericka Diaz por su apoyo constante, que sin su ayuda y conocimiento no hubiese podido realizar esta tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 82 pacientes adultos atendidos por el equipo de adicciones del departamento de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo; los cuales fueron divididos en 2 grupos: con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y sin éste durante el periodo Agosto-October 2017

Resultados: La frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fue de 89%. La frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fue de 53%. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas con un odds ratio de 7.1 el cual fue significativo ($p < 0.05$). El sexo masculino fue factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas ($p < 0.05$).

Conclusiones: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Palabras Clave: *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad; trastorno por abuso de sustancias psicoactivas.*

ABSTRACT

Objective: To determine whether attention deficit hyperactivity disorder is a factor associated with psychoactive substance abuse disorder in patients of the Hospital Regional Docente Trujillo

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, sectional, transversal study was carried out. The study population consisted of 82 adult patients attended in the psychiatry department; which were divided into 2 groups: with psychoactive substance abuse disorder and without during the period August-October 2017

Results: The frequency of attention deficit hyperactivity disorder in patients with psychoactive substance abuse disorder was 89%. The frequency of attention deficit hyperactivity disorder in patients without psychoactive substance abuse disorder was 53%. Attention deficit hyperactivity disorder is a factor associated with psychoactive substance abuse disorder with an odds ratio of 7.1 which was significant ($p < 0.05$). The male gender was a factor associated with psychoactive substance abuse disorder ($p < 0.05$).

Conclusions: Attention deficit hyperactivity disorder is a factor associated with psychoactive substance abuse disorder in patients of the Hospital Regional Docente de Trujillo

Key Words: *Attention deficit hyperactivity disorder,;psychoactive substance abuse disorder*

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	
1.1	Marco teórico.....	1
1.2	Antecedentes.....	5
1.3	Justificación.....	8
1.4	Problema.....	9
1.5	Hipótesis: Nula y Alternativa.....	9
1.6	Objetivos: General y Específicos.....	10
II.	MATERIAL Y MÉTODOS:	
2.1	Población de estudio.....	11
2.2	Criterios de Selección: Inclusión y Exclusión.....	12
2.3	Muestra: Unidad de Análisis, muestreo y fórmula.....	12
2.4	Diseño del estudio.....	14
2.5	Operacionalización de variables	15
2.6	Procedimiento.....	18
2.7	Procesamiento y análisis de datos	19
2.8	Consideraciones éticas	20
III.	RESULTADOS	21
IV.	DISCUSIÓN.....	28
V.	CONCLUSIONES	32
VI.	RECOMENDACIONES	33
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
VIII.	ANEXOS	40

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco teórico

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el trastorno neuropsiquiátrico más común a nivel mundial en la población pediátrica; con una prevalencia que oscila entre 3 y 7%. En Latinoamérica se le considera un problema de salud pública, que afecta aproximadamente 36 millones de personas; con una variabilidad significativa entre las regiones, la cual se explica sólo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas. (1,2)

Los porcentajes de personas que padecen este cuadro se han ido incrementando, a la vez que la edad a la que puede ser diagnosticado ha ido disminuyendo. Si bien hace unos años se estimaba la prevalencia del TDAH entre 4% a 6%, los últimos estudios epidemiológicos dan cifras que rondan el 20% y hasta los más prudentes sitúan la prevalencia en aproximadamente 10%. En Estados Unidos la prevalencia en varones en edad escolar es de 5.4 a 16.1%; mientras que en niñas de la misma edad la prevalencia es de 1.9 a 4.5%. La proporción en varones en comparación a las mujeres es de 3:1. Se aceptan tres subtipos: el desatento, el hiperactivo-impulsivo y el combinado. (3,4,5)

Existe una fuerte contribución genética; en este sentido existe riesgo de padecer el trastorno cuando alguno de los padres ha sido diagnosticado con TDAH. Los familiares en primer grado de niños con TDAH tienen alto riesgo de padecer el trastorno. Además, los padres con antecedentes de TDAH tienen un riesgo de más del 57% de tener descendencia con TDAH (6,7,8). Sin embargo, los estudios muestran que su etiopatogenia no se puede basar solamente en la herencia. Se ha calculado que un 20-25% de la etiología se explica por factores ambientales individuales, específicos y no compartidos con otros sujetos de la familia. (9,10,11)

La importancia de este síndrome a nivel familiar, social y sanitario está fuera de duda. El TDAH está asociado a bajas notas, bajos puntajes en test estandarizados de lectura y matemáticas y la repetición de grado escolar en un 30%, además de suspensiones en el colegio y expulsiones del mismo. (12,13)

Tradicionalmente se consideraba que este trastorno era exclusivo de la infancia y adolescencia; sin embargo, el cuadro persiste en la edad adulta y las dificultades para controlarlas suelen ocurrir a esta edad. La existencia de TDAH es un factor de riesgo para el desarrollo de comportamientos perturbadores, trastorno negativista desafiante y disocial. Asimismo, es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas. (14,15,16,17)

La alta prevalencia de enfermedades adictivas en TDAH puede explicarse por el hecho de que estas sustancias estimulan la liberación de neurotransmisores –

dopamina – reduciendo de esta forma los síntomas del TDAH. Los estudios con el consumo de nicotina apoyan esta hipótesis. Tiene un efecto sobre el núcleo accumbens similar al de los derivados anfetamínicos. El consumo de alcohol parece tener un efecto supresor sobre los pacientes con TDAH. Los pacientes reportan un efecto calmante tras el consumo de alcohol, lo que conduce a una mejoría del insomnio que padecen con frecuencia. (18,19,20)

Los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas representan un grave problema de salud pública que repercute de manera devastadora a nivel individual, familiar, social y comunitario. Las drogas ilícitas socavan el desarrollo económico y social, fomentan la delincuencia, la inseguridad y la propagación de infección por virus de inmunodeficiencia adquirida. (21,22)

Según el Informe Mundial Sobre Las Drogas De Las Naciones Unidas en el 2012; el 5% de la población adulta del mundo consumió alguna droga ilícita durante el 2011 y las personas con algún trastorno por consumo de sustancias psicoactivas representan el 0.6% de esta población. Cada año mueren aproximadamente 0.2 millones de personas producto del consumo de heroína, cocaína y otras drogas ilícitas. (23,24)

En el estudio DEVIDA en Perú en el 2013 se observó lo siguiente: la frecuencia de uso de drogas en el último año en la población de 12 a 65 años de edad fue de 70.1% para los hombres y el 52.4% para las mujeres. Asimismo, el 29.6% de los encuestados hombres y el 12% de las mujeres señalan haber consumido tabaco

en el último año. En forma similar, una mayor proporción de hombres refieren haber consumido alcohol (68.1%), en comparación a las mujeres (50.8%). Finalmente, mientras que el 2.3% de los hombres manifiestan haber consumido drogas ilegales el último año, en las mujeres el porcentaje alcanza apenas el 0.5%. Por otro lado, la mayor frecuencia del consumo de alcohol se registró en el grupo etario de 30 a 40 con una cifra de 69.3% años mientras que la mayor frecuencia de tabaco se verifico en el grupo etario de 19 a 29 años con un valor de 71%. El 5% de pacientes refirió haber consumido más de alguna sustancia ilícita (25)

La adolescencia es la etapa del desarrollo donde se forma la identidad individual y se produce la preparación hacia los diferentes roles sociales e individuales. En ese sentido resulta comprensible que los adolescentes experimenten con una amplia gama de actitudes y comportamientos entre los que se incluye el consumo de sustancias psicoactivas. (26)

Las sustancias más usadas por los adolescentes son el alcohol y la nicotina, seguidas de la marihuana. En los últimos años se ha observado un aumento en el consumo de cocaína en este grupo de población, seguida de las drogas de diseño, estimulantes anfetaminas y tranquilizantes. Los inhalantes ocupan el primer lugar en los medios marginales. Otras sustancias que han experimentado un periódico aumento en esta población. son los opiáceos y esteroides. (27,28)

Cuando el TDAH y los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas se presentan simultáneamente, las personas con TDAH consumen las mismas drogas que la población en general, pero en mayores cantidades. (29,30)

1.2 Antecedentes

Wilens T, et al (Norteamérica, 2012); desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar al grado de asociación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno por abuso de sustancias psicoactivas por medio de un estudio seccional transversal retrospectivo en el que se incluyeron a 497 individuos quienes fueron evaluados por un médico psiquiatría quien tras su juicio clínico los distribuyó en 2 grupos: 268 adolescentes con trastorno por déficit de atención y 229 individuos sin esta condición; aplicando posteriormente la valoración para identificar la presencia de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, registrando que la frecuencia de este fue significativamente más elevado en el grupo de pacientes con TDAH; (OR= 1.47; IC 95% 1.07-2.02; p = .01) así mismo se observó asociación significativa para el consumo de alcohol y nicotina ($p < 0.05$). (31)

Emmerik K, et al (Holanda, 2014); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar la asociación entre la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la aparición de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas por medio de un estudio retrospectivo seccional transversal en el que se incluyeron a 1205 pacientes de 47 hospitales de 10 países europeos; identificando por medio del criterio clínico la frecuencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad y la frecuencia de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas; observando que la presencia del primer trastorno fue de 14% en el grupo con abuso de sustancias psicoactivas; reconociendo la influencia significativa del TDAH como factor

asociado tanto para el consumo de alcohol: (OR = 4.1, IC 95% = 2.1-7.8) como para el consumo de otro tipo de drogas (OR = 4.3, IC 95% = 2.1-8.7). (32)

Muld R, et al (Suecia, 2014); desarrollaron un estudio con el objetivo de reconocer la relación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la aparición de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, por medio de un estudio seccional transversal retrospectivo en 180 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de Wender Utah tras lo cual se los distribuyó en 2 grupos de 60 pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y 120 pacientes sin esta patología psiquiátrica; concomitante se aplicaron los criterios del CIE 10 para definir la presencia de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas; encontrando que la frecuencia de este fue significativamente mayor en el primer grupo de pacientes ($p < 0.05$). (33)

Madsen A, et al (Dinamarca, 2014); llevaron a cabo una investigación con la finalidad de precisar la asociación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas por medio de un estudio de casos y controles en el que se incluyeron a 219 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario de Wender Utah, por medio de los cuales se los pudo distribuir en 117 quienes fueron los casos y 102 controles; no se observaron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol o cigarrillos entre los pacientes con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad ($p > 0.05$). (34)

Symmes A, et al (Norteamérica, 2015); llevaron a cabo una investigación con el objetivo de poner en evidencia la relación entre el trastorno por déficit de atención y el trastorno de abuso de sustancias psicoactivas, a través de un diseño prospectivo seccional, transversal en el que se incluyeron a 1428 pacientes; quienes se distribuyeron en 2 grupos tras la valoración clínica del médico psiquiatra para identificar la presencia de TDAH; realizando luego un seguimiento durante un periodo de 4 años, encontrando que al final de este lapso; las frecuencias de abuso de nicotina fueron significativamente mayor en el grupo con TDAH ($p < 0.05$); así mismo se identificó asociación para al consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de TDAH ($p < 0.05$). (35)

Ottosen C, et al (Noruega, 2016); desarrollaron un estudio con el objetivo de identificar la asociación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el riesgo de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, por medio de un estudio prospectivo seccional transversal en el que se incluyeron a 729 560 pacientes quienes fueron seguidos por un periodo de 5 años durante la adolescencia y en quienes la frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue de 19 645 casos; observando que la presencia de esta patología incrementó de manera significativa el riesgo de abuso de consumo de alcohol (OR= 1.72 [IC 95% = 1.42-2.08], marihuana (OR = 2.72 [IC 95% 2.12-3.47], y otras sustancias ilícitas (OR= 2.05 [IC 95% 1.54-2.73]; tanto en varones como en mujeres. (36)

Elmer G, et al (Perú, 2015); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de determinar la frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes varones con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas hospitalizados en un servicio de adicciones altamente especializado; se evaluó el diagnóstico en 412 historias clínicas de pacientes dependientes a sustancias psicoactivas hospitalizados; se encontró que el 72,57% presentaban algún tipo de comorbilidad psiquiátrica. El 29,37% de la población total cumplía criterios para trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbido; concluyendo que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad está presente en tres de cada diez pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas ($p < 0.05$). (37)

1.3 Justificación

El trastorno por abuso de sustancias psicoactivas es una patología identificada en nuestro medio cada vez con mayor frecuencia, habiéndose documentado su influencia en el desarrollo emocional, físico y mental del individuo, en su interacción en el ámbito familiar, social, laboral y su alto costo económico. Por lo tanto, resulta indispensable caracterizar los factores asociados a su práctica. Por otro lado, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha experimentado un incremento en su prevalencia e incidencia como consecuencia de una mejora en la caracterización diagnóstica del mismo. Tras haberse reconocido la influencia determinante en la actividad intelectual y social; se ha descrito recientemente evidencia que señala la influencia deletérea de este trastorno más allá del periodo

infantil; por estas consideraciones es que nos planteamos realizar la presente investigación.

1.4 Problema

¿Es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad factor asociado a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo?

1.5 Hipótesis

- Hipótesis nula (H₀):

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad no es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

- Hipótesis alterna (H₁):

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

- Determinar si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo

1.6.2 Objetivos específicos

- Delimitar la frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y sin este.
- Comparar la frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y sin este.
- Describir y contrastar la frecuencia de disfunción familiar, grado de instrucción y edad entre pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y sin este.
- Precisar la distribución de los pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas según tipo de adicción.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Poblaciones

2.1.1 Población diana o universo

El presente estudio tuvo como población diana al total de pacientes atendidos por el Equipo de Adicciones del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Agosto –Octubre 2017.

2.1.2 Población de estudio

Es aquella parte de la población diana que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión según los cuales se distribuirán en 2 grupos. Aquellos con presencia del trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y sin éste.

2.2 Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes atendidos por el equipo de adicciones, de ambos sexos, que acepten participar en el estudio y en quienes se pueda precisar las variables en estudio

Criterios de exclusión

Incapacidad para comunicarse con el entrevistador

Pacientes con impedimentos cognitivos que imposibilitara la comprensión de la encuesta

Pacientes con retardo mental, autismo, enfermedad neurológica crónica discapacitante y con invalidez física

2.3 Muestra

Unidad de análisis

Fue cada uno de los pacientes atendidos por el Equipo de Adicciones del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Agosto – Octubre 2017.

Unidad de Muestreo:

Fueron las historias clínicas de cada uno de los pacientes atendidos por el Equipo de adicciones del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Agosto- Octubre 2017 y que cumplieron los criterios de selección correspondientes

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la siguiente formula. (38)

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p e q e}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe : Prevalencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (Prevalencia de TDAH) : 0.10 (10%)⁴

$qe=1-pe$

$peqe$: Variabilidad estimada.

E : Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 139$$

Corrección según tamaño de población: $N = 200$ (población aproximada de pacientes atendidos en el año 2017)

$$Nf = n / 1 + n/N$$

$$Nf = 139 / 1 + 139/200$$

$$Nf = 82 \text{ pacientes}$$

2.4 Diseño del estudio

Tipo de estudio:

Analítico, observacional, seccional, transversal

Diseño específico:

TDAH	TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
	SI	NO
SI	a	b
NO	c	d

2.5 Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
DEPENDIENTE: Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico CIE 10 consignado en historia clínica	Si - No
INDEPENDIENTE: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia	Cualitativa	Nominal	Cuestionario Wender- Utah Rating Scale (WURS).	Si - No

INTERVINIENTE				
Edad	Cuantitativa		Documento de identidad	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Documento de identidad	Masculino - Femenino
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Ficha de recolección	Analfabeta Primaria Secundaria Superior
Comorbilidad psiquiátrica previa	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Si – No
Disfunción familiar previa	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Si - No

Definiciones operacionales:

Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas: Corresponde al consumo de toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc.). Para fines del presente estudio se tomarán los datos de la historia clínica registrándose el diagnóstico especificado. (32)

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia: Se valorará a través del Cuestionario Wender-Utah Rating Scale (WURS), validado en Barranquilla, Colombia, valor de kappa 0.81. Fue desarrollado para ayudar al diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia, éste es un cuestionario autoadministrado que consta de 61 ítems con una puntuación que va de 0 a 4. Cada ítem puntúa 0 (nada, en absoluto o casi nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante) o 4 (mucho). Fue validada en el 2013 por Acosta C, et al en Colombia con una fiabilidad, medida por el coeficiente alfa de Cronbach de 0,93; considerando el diagnóstico cuando se alcanzó un puntaje mayor de 68. (41)

Comorbilidad psiquiátrica previa: Paciente con diagnóstico de trastorno de ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, esquizoafectivo, trastorno somatomorfo, trastorno disociativo y otros trastornos. (42)

Disfunción familiar previa: Es la incapacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar. Para la investigación de esta variable, se tomarán los datos de las historias clínicas registradas con el diagnóstico especificado, además de categorizarlos por medio del test de Apgar familiar modificado con preguntas en retrospectivo. Se definirá disfunción familiar cuando el puntaje es menor a 18 y sin disfunción cuando el puntaje sea de 18 a 20. (43)

2.6 Procedimiento

Procedimiento de obtención de datos

Se solicitó la autorización al director del Hospital Regional Docente de Trujillo para luego proceder a:

- a. Ingresar al estudio a los usuarios atendidos por el Equipo de Adicciones del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo Agosto – Octubre 2017 por muestreo por conveniencia y que cumplieron con los criterios de selección
- b. Revisar historias clínicas y obtener los datos
- c. Entrevistar a los usuarios, aplicando los instrumentos correspondientes (Anexo 1, 2 y 4); con el objetivo de verificar la presencia del trastorno por abuso de sustancias psicoactivas o del trastorno por déficit de atención e hiperactividad durante la infancia y la disfunción familiar previa.

- d. Calcular el puntaje de los cuestionarios y registrarlos en la hoja de recolección de datos correspondiente (Anexo 1) para definir la presencia o ausencia de las variables en estudio.
- e. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar el tamaño muestral en ambos grupos de estudio.
- f. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo

2.7 Procesamiento y análisis de datos

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadístico Chi Cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas entre las variables en estudio; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el Odds Ratio OR de las variables en estudio en cuanto a su asociación con la presencia de trastornos por abuso de sustancias psicoactivas; si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

ODDS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.8 Consideraciones éticas

La presente investigación contó con la autorización del Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo y de la Universidad Privada Antenor Orrego. Se aplicó el consentimiento informado y se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23). (39) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA). (40)

III. RESULTADOS

La siguiente tesis ha sido ejecutada en un hospital público, el cual recibe referencias de todo el departamento de La Libertad, el único especializado con un equipo de adicciones que combina el tratamiento ambulatorio y el internamiento breve. El Hospital Regional Docente de Trujillo, recibe aproximadamente 200 pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas al año, de distintas edades, con patrones de consumo múltiples y patologías duales. Además, los familiares con problemas de salud mental son atendidos por la unidad.

En los pacientes que aceptaron formar parte de este estudio, las patologías duales que se encontraron fueron: esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoafectivo tipo depresivo, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y episodios depresivos graves.

Según el patrón de consumo, se identificó que el sexo femenino presentó mayor consumo de alcohol en comparación al sexo masculino donde el consumo fue mayor de tabaco. Además, los pacientes de sexo masculino presentaron múltiples adicciones respecto al femenino.

De los 44 pacientes con Trastorno por abuso de sustancias, 25 presentan dependencia, y 19 abuso, según codificado por el CIE-10.

En la **Tabla 1** se describen el número de pacientes de acuerdo al tipo de droga

Tipo de droga	Número de pacientes
Alcohol	24
Tabaco	20
Cannabinoides (Marihuana)	20
Cocaína	15
Sedantes o hipnóticos	3
Opioides	2
Alucinógenos	1

FUENTE: datos obtenidos por la investigadora

El alcohol fue el tipo de droga más consumido en ambos sexos, seguido de la marihuana y el tabaco

En la **Tabla 2** se describen el número de pacientes según el número de drogas utilizadas

Número de drogas utilizadas	Número de pacientes
5	1
4	0
3	11
2	14
1	20

FUENTE: datos obtenidos por la investigadora

Según el número de pacientes con Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas que formaron parte de este estudio, 26 (59%) de estos consumen más de una sustancia y 20 (45%) consumen un solo tipo, siendo el más común el alcohol.

Tabla 3: Frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto – Octubre 2017:

TDAH	Trastorno por abuso de sustancias		Total
	Sí	No	
Sí	39 (89%)	20 (53%)	58

FUENTE: datos obtenidos por la investigadora

La frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fue de $39/44= 89\%$.

Gráfico 1: Frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto – Octubre 2017:

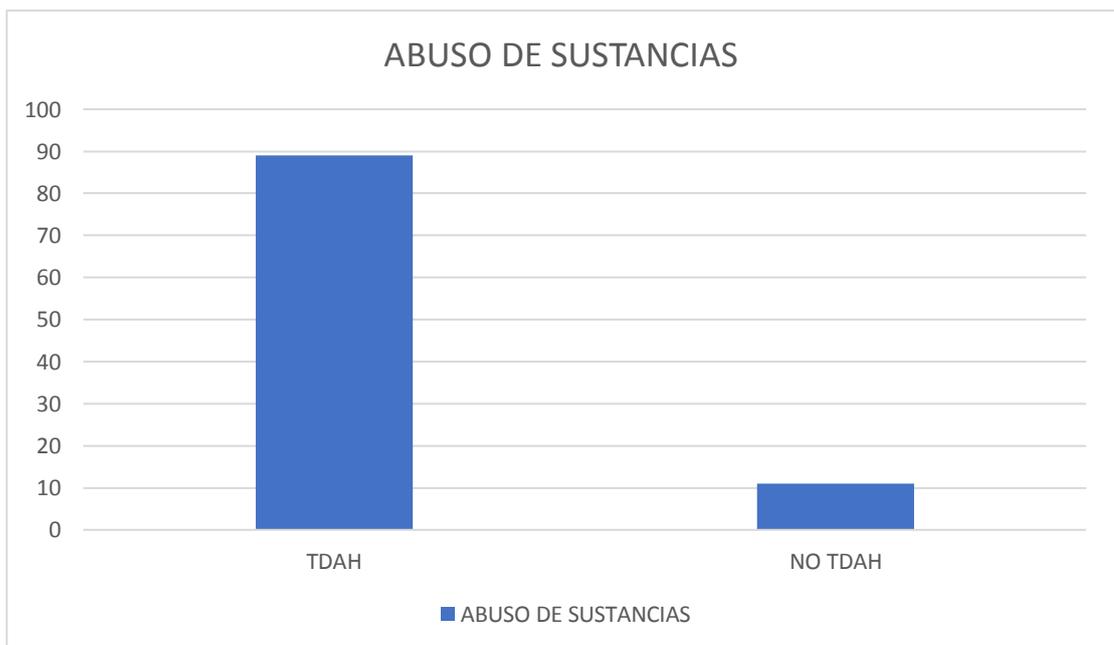


Tabla 4: Frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias psicoactivas Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto – Octubre 2017:

TDAH	Trastorno por abuso de sustancias		Total
	Sí	No	
No	5 (11%)	18 (47%)	23

FUENTE: datos obtenidos por la investigadora

La frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fue de $20/38= 53\%$.

Gráfico 2: Frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes sin trastorno por abuso de sustancias psicoactivas Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto –Octubre 2017:



Tabla 5: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como factor asociado a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto – Octubre 2017:

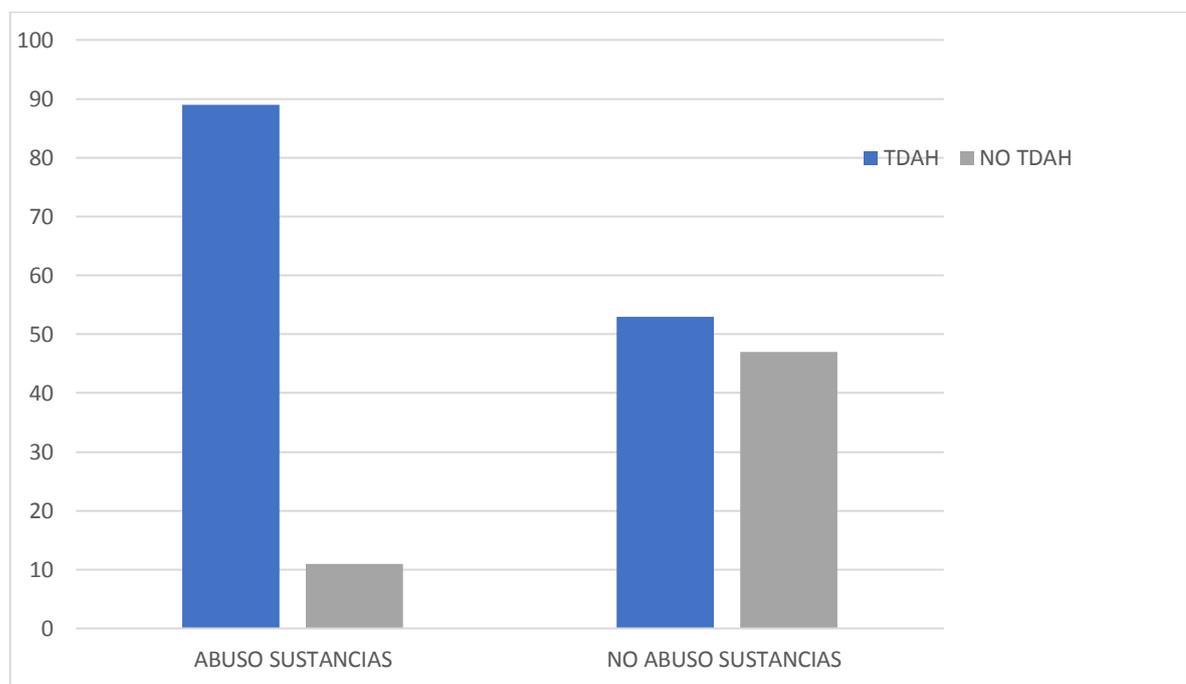
TDAH	Abuso de sustancias		Total
	SÍ	No	
Sí	39 (89%)	20 (53%)	58
No	5 (11%)	18 (47%)	23
Total	44 (100%)	38 (100%)	82

FUENTE: datos obtenidos por la investigadora

- Chi Cuadrado: 18.3
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 7.1
- Intervalo de confianza al 95%: (1.88; 12.8)

Se observa que el TDAH se asocia a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa este mismo un riesgo a nivel poblacional con un intervalo de confianza al 95%, además expresa significancia al verificar que la influencia al azar es decir el valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que el TDAH se asocia a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas.

Gráfico 3: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad como factor asociado a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto – Octubre 2017:



La frecuencia de TDAH en el grupo con Trastorno por abuso de sustancias fue de 89% mientras que en el grupo sin Trastorno por abuso de sustancias fue 53%.

Tabla 6: Variables intervinientes y su asociación con Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en el Hospital Regional Docente de Trujillo Agosto – Octubre 2017:

Variables intervinientes	Abuso de sustancias psicoactivas		OR IC 95%	Valor de P
	Sí (n=44)	No (n=38)		
Edad	36.5 ± 21.1	38.7 ± 22.5	NA*	p>0.05
Sexo:				
Masculino	33 (75%)	20 (53%)	2.7	p<0.05
Femenino	11 (25%)	18 (47%)	(1.3-4.3)	
Grado de instrucción:				
Primaria	2 (5%)	4 (11%)	0.95	p>0.05
Secundaria	30 (68%)	24 (63%)	(0.6-1.4)	
Comorbilidad psiquiátrica				
Sí	6 (14%)	3 (8%)	2	p>0.05
No	48 (86%)	48 (92%)	(0.8-3.5)	
Disfunción familiar:				
Sí	43 (98%)	37 (97%)	1.1	p>0.05
No	1 (2%)	1 (3%)	(0.7-1.8)	

FUENTE: Datos obtenidos por la investigadora

NA: no aplica

IV. DISCUSIÓN

La alta prevalencia de enfermedades adictivas en TDAH puede explicarse por el hecho de que estas sustancias estimulan la liberación de neurotransmisores – dopamina – reduciendo de esta forma los síntomas del TDAH. Los estudios con el consumo de nicotina apoyan esta hipótesis. Tiene un efecto sobre el núcleo accumbens similar al de los derivados anfetamínicos. El consumo de alcohol parece tener un efecto supresor sobre los pacientes con TDAH, los pacientes reportan un efecto calmante tras el consumo de alcohol, lo que conduce a una mejoría del insomnio que padecen con frecuencia. (18,19,20) Cuando el TDAH y los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas se presentan simultáneamente, se ha observado: que las personas con TDAH consumen las mismas drogas que la población en general pero en mayores cantidades. (29,30)

Los resultados según el tipo y número de drogas utilizadas por paciente; colocan al alcohol como la droga de mayor consumo, seguido del tabaco y la marihuana. Según el sexo, se evidenció que el consumo de alcohol fue de mayor proporción en mujeres respecto a hombres, y en estos el consumo fue mayor de nicotina. De los 44 pacientes con trastorno por abuso de sustancias, 26 consumen más de una sustancia. Según el estudio **DEVIDA en Perú en el 2013**, el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) ocupan el primer lugar en todo el país. Es la marihuana la droga ilegal más consumida en todas las regiones del país. Los datos reportan que en Lima el consumo de alcohol fue de 84% y de tabaco 58%. En la costa del país, se obtuvo valores de 76% para consumo de alcohol y 47% tabaco, siendo este último el más consumido por el sexo masculino. El 5% de pacientes refirió haber consumido más de alguna sustancia ilícita.(23, 24)

La frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia en el grupo de pacientes con trastorno por abuso de sustancias, se encontró que de los 44 pacientes de este grupo, 89% presentaron TDAH. Por otra parte se analizó la frecuencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el grupo de

pacientes sin abusos de sustancias, encontrando en este grupo una frecuencia de 53% que se puede explicar por la asociación genética que existe en los familiares. Es conveniente citar estudios previos que apoyan estos resultados como **Symmes A, et al en Norteamérica en el 2015** , en un diseño prospectivo seccional transversal con 1428 pacientes, encontraron que las frecuencias de abuso de nicotina fueron significativamente mayor en el grupo con TDAH ($p < 0.05$), además se identificó asociación para al consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de TDAH ($p < 0.05$). (35)

Las tendencias descritas por **Elmer G, et al en Perú 2015**, en 412 historias clínicas de pacientes dependientes a sustancias psicoactivas hospitalizados; se encontró que el 29,37% de la población total cumplía criterios para trastorno por déficit de atención e hiperactividad comórbido; concluyendo que está presente en tres de cada diez pacientes con abuso de sustancias psicoactivas ($p < 0.05$). (37)

El grado de asociación que implica la presencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad para la coexistencia con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas; se expresó como un odds ratio de 7.1; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre ambas patologías psiquiátricas.

Haciendo referencia a las conclusiones que llegó **Wilens T, et al en Norteamérica en el 2012** quienes precisaron el grado de asociación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en 497 individuos; observando asociación significativa entre ambas variables (OR= 1.47; IC 95% 1.07-2.02; $p = .01$). (31)

Por otro lado tenemos el estudio de **Emmerik K, et al en Holanda en el 2014** quienes identificaron la asociación entre la presencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la aparición del trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en 1205 pacientes; reconociendo la influencia significativa del TDAH como factor asociado tanto para el consumo de alcohol: (OR = 4.1, IC 95% = 2.1-7.8) como para el consumo de otros tipo de drogas (OR = 4.3, IC 95% = 2.1-8.7). (32)

Finalmente es importante mencionar lo encontrado por **Ottosen C, et al en Noruega en el 2016** quienes en 729 560 pacientes observaron que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad fue de 19 645 casos; y se asoció el riesgo de abuso de consumo de alcohol (OR= 1.72 [IC 95% = 1.42-2.08], marihuana (OR = 2.72 [IC 95% 2.12-3.47], y otras sustancias ilícitas (OR= 2.05 [IC 95% 1.54-2.73]. (36)

Se ha analizado información general de los pacientes, respecto a algunas características epidemiológicas y comorbilidades específicas. Según lo mencionado por **Benilde C. Tirado-Hurtado et al en Trujillo en el 2012**, los pacientes con TDAH presentan un alto riesgo de desarrollo de comorbilidades como trastorno bipolar, trastornos depresivos, dislexia, ansiedad, trastorno opositor desafiante. Según los datos obtenidos en nuestro estudio, el 14% de los pacientes con trastorno por abuso de sustancias padecen de patología dual como esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoafectivo tipo depresivo, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y episodios depresivos graves (14,15)

Además se analizaron los promedios de edad, sexo, disfunción familiar, grado de instrucción; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los pacientes con o sin abusos de sustancias; excepto para la categoría sexo masculino la cual sí se encuentra asociación al consumo de sustancias.

Estos hallazgos coinciden con los descritos por **Symmes A35, et al en Norteamérica en el 2015, Elmer G37, et al en Perú en el 2015 y Emmerik K32, et al en Holanda en el 2014**; quienes también encontraron diferencias respecto al sexo entre los pacientes con y sin trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, encontrando asociación entre el sexo masculino y el trastorno por abuso de sustancias. (32,35,37)

V. CONCLUSIONES

La frecuencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes con Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fue de 89%.

La frecuencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en pacientes sin Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas fue de 53%.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en el Hospital Regional Docente de Trujillo con un odds ratio de 7.1 el cual fue significativo ($p < 0.05$).

El sexo masculino fue factor asociado a Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas ($p < 0.05$).

El alcohol fue la droga legal más consumida, en segundo lugar se encontraron la nicotina y marihuana.

Más de la mitad de aquellos pacientes con trastorno por abuso de sustancias consumen dos o más drogas distintas.

VI. SUGERENCIAS

1. Es necesario llevar a cabo más estudios observacionales, prospectivos y multicéntricos que comprometan una población más numerosa con la finalidad de verificar la significancia de la asociación entre las variables observadas en nuestro estudio a fin de generalizar el conocimiento en el ámbito regional.
2. Es conveniente enfatizar en el diagnóstico temprano del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, además de la identificación de patologías duales con la finalidad de mejorar la expectativa de vida de estos pacientes.
3. Resulta indispensable verificar el impacto del tratamiento efectivo del Trastorno por déficit de atención en relación con la mejoría funcional y clínica de los pacientes con Trastorno por abuso de sustancias, por medio de estudios experimentales de intervención; para así poner en práctica el conocimiento teórico obtenido al revelar esta asociación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Knopf H, Hölling H, Huss M. Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *BMJ open* 2012; 2(6): 000477.
- 2.-Torres Q, Maribel D. El Método Point para estimular la atención en niños menores de 6 años que presentan signos clínicos de Trastornos de la atención que asisten al Centro Terapéutico Multisensory 2016; 1(1):3-5.
- 3.-Sarver D, Rapport M, D, Kofler M. Hyperactivity in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Impairing deficit or compensatory behavior?. *Journal of abnormal child psychology* 2015; 43(7): 1219-1232.
- 4.-Musser E, Karalunas S, Dieckmann N. Attention-deficit/hyperactivity disorder developmental trajectories related to parental expressed emotion. *Journal of abnormal psychology* 2016; 125(2): 182.
- 5.-Ramos J, Bosch R, Richarte V. Validez de criterio y concurrente de la versión española de la Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(4):229---235
- 6.-Hoseini B, Ajilian M, Taghizadeh. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Short Review and Literature. *International Journal of Pediatrics* 2014; 2(4.3): 445-452.
- 7.-Purper D, Ramoz N, Lepagnol A. Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric research* 2011; 69: 69-76.

- 8.-Brikell I, Kuja R, Larsson H. Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2015; 168(6): 406-413.
- 9.-Mao A, Findling R. Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care. *Postgraduate medicine* 2014; 126(5): 42-51.
- 10.-Zayats T, Athanasiu L, Sonderby I. Genome-wide analysis of attention deficit hyperactivity disorder in Norway. *PloS one* 2015; 10(4): 0122501.
- 11.-Sripada C, Kessler D, Angst M. Lag in maturation of the brain's intrinsic functional architecture in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2014; 111(39): 14259-14264.
- 12.-Ketzer, C. R., Gallois, C., Martinez, A. L., Rohde, L. A. & Schmitz, M. (2011). Is there an association between perinatal complications and attention deficit/hyperactivity disorder-inattentive type in children and adolescents. *Revista brasileira de psiquiatria*; 2012: 34 (3), 321-328.
- 13.-Cak H, Gokler B. Attention deficit hyperactivity disorder and associated perinatal risk factors in preterm children. *Turk Pediatri Arsivi* 2013; 48(4), 315-22.
- 14.-Tirado B, Salirrosas C, Armas L. Attention deficit and hyperactivity disorder and some related factors in school children in Trujillo, Peru. *Rev Neuropsiquiatr.* 2012; 75 (3): 77-80.
- 15.-Reinhardt, M. C., & Reinhardt, C. A. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *Jornal de pediatria* 2013; 89(2): 124-130.

- 16.-Cunill R, Castells X, Tobias A. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder with co-morbid drug dependence. *Journal of psychopharmacology* 2015; 29(1): 15-23.
- 17.-Bolea B, Nutt D, Adamou M. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of attention deficit hyperactivity disorder: update on recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology* 2014; 28(3): 179-203.
- 18.-Wilens T, Morrison N. The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Current opinion in psychiatry* 2011; 24(4): 280.
- 19.-Harstad E, Levy S. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Pediatrics* 2014; 134(1), 293-301.
- 20.-Van de Glind G, Konstenius M, Koeter M. Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug and alcohol dependence* 2014; 134: 158-166.
- 21.-Iglesias, E. B. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 58-61.
- 22.-Lopes, G. M., Nobrega, B. A., Del Prette, G., & Scivoletto, S. (2013). Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. *Revista brasileira de psiquiatria*, 35, S51-S61.
- 23.-Zavaleta A, Tapia L, Chávez V. El problema de las drogas en el Perú, 2014.2016; 1(1):3-6.

- 24.-Santos E. Trastornos mentales por dependencia de drogas en pacientes varones hospitalizados en el departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo enero 2010 diciembre 2014. Tesis. 2016; 1 (1):
- 25.-Comision Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013. Lima: DEVIDA – Observatorio Peruano de Drogas, 2014.
- 26.-Kanyoni M, Gishoma D, Ndahindwa V. Prevalence of psychoactive substance use among youth in Rwanda. BMC research notes 2015; 8(1): 1-4.
- 27.-Potapchik E, Popovich L. Social cost of substance abuse in Russia. Value in Health Regional Issues 2014; 4: 1-5.
- 28.-Roussin A, Doazan O, Géniaux H, Halberer C. Evaluation of Abuse and Dependence in Addiction Monitoring Systems: Tramadol as an example. *Thérapie* 2015; 70(2): 213-221.
- 29.-Aggarwal S, Carter G, Zumbrennen C. Psychoactive substances and the political ecology of mental distress. *Harm reduction journal* 2012; 9(1): 1.
- 30.-Rodríguez F, Bringas C. Relationship between psychoactive substance use and family maltreatment: a prison population analysis. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 2013; 29(2): 360-367.
- 31.-Wilens T, Martelon M, Joshi G. 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(6):543-53.
- 32.-Emmerik K. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder: results of the IASP study. *Addiction* 2014; 109(2): 262-272.

- 33.-Muld B. Attention deficit/hyperactivity disorders with co-existing substance use disorder is characterized by early antisocial behaviour and poor cognitive skills. BMC psychiatry 2014; 13(1): 1.
- 34.-Madsen A, Dalsgaard S. Prevalence of smoking, alcohol and substance use among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Denmark compared with the general population. Nord J Psychiatry. 2014 ;68(1):53-9.
- 35.-Symmes A. The association between attention deficit hyperactivity disorder and nicotine use among adolescents and young adults. Journal of child & adolescent substance abuse 2015; 24(1): 37-45.
- 36.-Ottosen C, Petersen L, Larsen J, Gender Differences in Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55(3):227-34.
- 37.-Velásquez E, Ordóñez C. Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. Revista de Neuro-Psiquiatría 2015; 78(2), 73-79.
- 38.-Kleinbaum DG. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2012.p78.
- 39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2013.
- 40.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

41.-Acosta J, Cervantes M, Jimenez G. Using a Wender Utah behavioral scale to assess with hindsight adults suffering from attention-hyperactivity disorder in the city of Barranquilla. *Universidad y Salud* 2013; 15(1): 45-61.

42.-Domenech D. Comorbidity prevalence study between psychological distress and drug abuse in Portal Amarillo users, Montevideo-Uruguay. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2012; 21(SPE): 174-184.

43.-Suarez M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz* 2014; 20(1): 53-57.

VIII. ANEXOS

ANEXO N°01

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... **N°**.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de Historia Clínica: _____

1.2. Procedencia: _____

1.3. Edad: _____ años

1.4. Sexo: _____

II. VARIABLE DEPENDIENTE:

Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas: Si () No
()
Diagnóstico especificado en historia clínica según CIE
10 _____

III. VARIABLE INDEPENDIENTE:

TDAH en la infancia: Si () No ()

Puntaje de la escala WENDER UTAH: _____

IV. VARIABLE INTERVINIENTE:

Comorbilidad psiquiátrica previa: Sí () No ()

Disfunción familiar previa: Sí () No ()

Puntaje de test Apgar familiar modificado: _____

Grado de instrucción: _____

ANEXO 2: ESCALA WENDER UTAH PARA TDAH

<i>De pequeño yo era (o tenía) (o estaba)</i>	0	1	2	3	4
1. Activo, no paraba nunca ^a					
2. Miedo de las cosas					
3. Problemas de concentración, me distraía con facilidad ^a					
4. Ansioso, preocupado ^a					
5. Nerviosismo, inquieto ^a					
6. Poco atento, «en las nubes» ^a					
7. Mucho temperamento, saltaba con facilidad ^a					
8. Tímido, sensible					
9. Explosiones de genio, rabietas ^a					
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba ^a					
11. Testarudo, cabezota ^a					
12. Triste, deprimido					
13. Imprudente, temerario, hacía travesuras ^a					
14. Insatisfecho con la vida, no me gustaba hacer ninguna cosa					
15. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón ^a					
16. Mala opinión de mí mismo					
17. Irritable ^a					
18. Extrovertido, amigable, me gustaba la compañía de los demás					
19. Descuidado, me organizaba mal ^a					
20. Cambios de humor frecuentes: alegre, triste... ^a					
21. Enfadado ^a					
22. Popular, tenía amigos					
23. Me organizaba bien, ordenado, limpio					
24. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar ^a					
25. Tendencia a ser inmaduro ^a					
26. Sentimientos de culpa, remordimientos ^a					
27. Perdía el control de mí mismo ^a					
28. Tendencia a ser o a actuar irracionalmente ^a					
29. Poco popular entre los demás niños, los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás niños					
30. Mala coordinación, no hacía deporte					
31. Miedo a perder el control					
32. Buena coordinación, siempre me escogían de los primeros para el equipo					
33. Un chico (solo si es mujer)					
34. Me escapaba de casa					
35. Me metía en peleas ^a					
36. Molestaba a otros niños ^a					
37. Líder, mandón					
38. Dificultades para despertarme					
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás ^a					
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros ^a					
41. Problemas con las autoridades, en las escuela, visitas al jefe de estudios ^a					
42. Problemas con la policía condenas					
<i>Problemas médicos en la infancia</i>					
43. Dolor de cabeza					
44. Dolor de estómago					
45. Estreñimiento					
46. Diarrea					
47. Alergia a alimentos					
48. Otras alergias					
49. Me orinaba en la cama					

<i>De pequeño yo era (o tenía) (o estaba)</i>	0	1	2	3	4
<i>De niño, en la escuela yo era (o tenía)</i>					
50. En general, un buen estudiante, aprendía rápido					
51. En general, mal estudiante, me costaba aprender					
52. Lento para aprender a leer					
53. Leía despacio					
54. Dislexia					
55. Problemas para escribir, deletrear					
56. Problemas con los números o con las matemáticas					
57. Mala caligrafía					
58. Capaz de leer bastante, bien pero nunca me gustó					
<i>De niño, en la escuela yo era (o tenía)</i>					
59. No alcancé todo mi potencial					
60. Repetí curso (¿Cuál? _____)					
61. Expulsado del colegio (¿Qué cursos?_____)					

MAS DE 68 PUNTOS: TDAH

MENOR O IGUAL A 68 PUNTOS: NO TDAH

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO:

Estimado paciente: Llevaremos a cabo un estudio del cual le invitamos a participar.

FINALIDAD DEL ESTUDIO: Determinar si el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es factor asociado a trastorno por abuso de sustancias psicoactivas en pacientes del Hospital Regional Docente de Trujillo.

PROCEDIMIENTOS: Se realizará una entrevista para recabar información sobre datos personales y definir la presencia de las variables antes mencionadas

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que Usted nos proporcione son confidenciales.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En todo momento tiene el derecho de desistir de participar en este estudio, dado que es VOLUNTARIO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Acepto
voluntariamente formar parte de este estudio

Fecha:.....

Firma de la paciente

Firma del investigador

ANEXO 4
APGAR FAMILIAR

Nombre: Family APGAR.

Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982).

Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar.

Nº de ítems: 5

FUNCIÓN	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Estás satisfecho con la ayuda que recibió de tu familia cuando tuvo algún problema y/o necesidad					
Conversan entre ustedes los problemas que ocurrían en la casa					
Te satisface como tu familia aceptó y apoyó tus deseos de emprender nuevas actividades o decisiones importantes					
Sientes que tu familia expresaba afectos y respondía a tus emociones como rabia, tristeza, amor.					
Estás satisfecho como compartían con tu familia el tiempo para estar juntos.					

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca 1: Casi un nunca 2: Algunas veces 3. Casi siempre 4: Siempre

<i>FUNCIÓN</i>	<i>PUNTAJE</i>
Buena función familiar	18 a 20 puntos
Disfunción familiar leve	14 a 17 puntos
Disfunción familiar moderada	10 a 13 puntos
Disfunción familiar severa	9 o menos puntos