



Universidad  
**Inca Garcilaso de la Vega**  
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental en la ciudad de Arequipa, Perú 2017

**TESIS**

Para optar el título profesional de Licenciada en Psicología

**AUTORA**

Bachiller: Sánchez Rodríguez, Ana María Del Carmen

**ASESOR**

Mag. Calle Briolo, Oscar

Lima – Perú, 05 de noviembre del 2019



### *DEDICATORIA*

*A mis padres, al ser tan incondicionales, por sus enseñanzas, sus valores y su ejemplo de perseverancia que perdurarán por siempre, haciendo de mí cada día una mejor persona.*

*A mis hermanos, por su incondicional apoyo y motivación, sin ellos no hubiera sido posible cumplir mis metas y sueños.*

*A mis hijos y esposo, por su comprensión y ser los promotores de mi vida, ese impulso a seguir comprometida con el mañana.*



## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad, permitiendo mi desarrollo académico y formativo en este centro de estudios, motivando el deseo de ser mejor.

A los docentes y asesores, al impartir sus conocimientos y su dedicación para alcanzar mi formación profesional.

A los doctores, psicólogos, y todo el equipo en general de la Clínica San Rafael – Perú de la ciudad de Arequipa, por su apoyo constante, tiempo y enseñanzas, me brindaron muchos momentos inolvidables de aprendizaje y calor de amistad que perduraran en el tiempo, sin ustedes no hubiese sido posible esta investigación.

## RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo y exploratorio. La investigación tiene como objetivo principal determinar la comorbilidad de las adicciones en pacientes afectados con TDAH, para la realización del trabajo se determinó realizarlo en una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental (San Rafael de la ciudad de Arequipa – Perú). Los pacientes internados en la clínica fueron 105, entre hombres y mujeres durante el año 2017. Para cumplir con el objetivo propuesto se utilizó la base de datos de la clínica, así mismo el historial de los casos evaluados en el transcurso del año 2017.

Los resultados demostraron la comorbilidad en pacientes que presentan TDAH con adicciones, determinándose en la investigación que dentro de la población de pacientes adictos el 54 % tenían TDAH y el 46 % no presentaron comorbilidad de TDAH, según la muestra que permitió relacionar el resultado.

Los pacientes internados en la residencia en el año 2017 estuvieron compuestos por 62 varones y 43 mujeres, en el estudio se determinó que el 73% de adictos varones presentaban comorbilidad con TDAH y en las mujeres el 27%. En cuanto a pacientes internados en la clínica en el año 2017 ingresaron con patología de dependencia alcohólica en varones 84 % y 16 % en mujeres, por adicción a sustancias en varones fue del 63 % y en mujeres 37 %, también se pudo observar la comorbilidad de TDAH con otros trastornos, como los asociados con personalidad límite entre otras.

En conclusión, la comorbilidad en pacientes adictos con referencia al TDAH es más alta que en relación a otras patologías, siendo la población masculina la más vulnerable.

*Palabras claves:* TDAH, comorbilidad, adicciones, no convencionales, convencionales.

## ABSTRACT AND KEYWORDS

ADHD comorbidity and addiction in patients of a neuropsychiatric and mental health clinic in the city of Arequipa, Peru 2017

The present research work is qualitative, exploratory. The main objective of the research is to determine the comorbidity of the addictions in patients affected with ADHD. In order to carry out the work, it was determined to perform it in a neuropsychiatric and mental health clinic (San Rafael, Arequipa, Peru). The patients admitted to the clinic were 105, between men and women during the year 2017. In order to comply with the proposed objective, the database of the clinic was used, as well as the history of the cases evaluated during the year 2017.

The results showed the comorbidity in patients with ADHD with addictions, being determined in the investigation that within the population of addicted patients 54% had ADHD and 46% did not present comorbidity of ADHD, according to the sample that allowed to relate the result.

The patients admitted to the residence in 2017 consisted of 62 men and 43 women, in the study it was determined that 73% of male addicts had comorbidity with ADHD and in women 27%. In terms of patients admitted to the clinic in 2017, they entered with alcohol dependence pathology in males 84% and 16% in women, for substance addiction in males was 63% and in women 37%, comorbidity could also be observed of ADHD with other disorders, such as those associated with borderline personality among others.

In conclusion, comorbidity in addicted patients with reference to ADHD is higher than in relation to other pathologies, with the male population being the most vulnerable.

*Key words:* ADHD, comorbidity, unconventional, conventional, addictions.

## ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....	4
ABSTRACT AND KEYWORDS .....	5
ÍNDICE.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	9
ÍNDICE DE FIGURAS .....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I.....	12
MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
1.1. Marco Teórico .....	12
1.1.1. Las adicciones tóxicas.....	13
1.1.2. Las adicciones no tóxicas.....	14
1.1.3. Historia del TDAH.....	15
1.2. Bases Teóricas.....	18
1.2.1. Teorías de la adicción.....	18
1.2.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).....	25
1.3. Investigaciones o Antecedentes de Estudio.....	28
1.3.1. Investigaciones Internacionales .....	28
1.3.2. Investigaciones Nacionales .....	30
1.4. Marco Conceptual .....	31
CAPÍTULO II.....	34
EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	34
2.1. Planteamiento del problema .....	34
2.1.1. Planteamiento descripción de la realidad problemática .....	34
2.1.2. Antecedentes teóricos.....	36
2.1.3. Definición del problema general y específico.....	37

2.2. Objetivos, delimitación y justificación de la investigación.....	37
2.2.1. Objetivo general y específico.....	37
2.2.2. Delimitación del estudio .....	38
2.2.3. Justificación e importancia del estudio .....	38
2.3. Variables y Definición Operacional .....	39
2.3.1. Identificación de las variables .....	39
2.3.2. Definición conceptual y operacional de la variable .....	40
CAPÍTULO III .....	41
MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS .....	41
3.1. Tipo de investigación .....	41
3.2. Diseño de investigación.....	41
3.3. Universo, población, muestra y muestreo .....	42
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	43
3.5. Análisis y procesamiento de datos especificar a pasos .....	44
CAPÍTULO IV .....	46
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	46
4.1. Presentación de resultados.....	46
4.2. Discusión de resultados .....	52
CAPÍTULO V.....	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	54
5.1. Conclusiones .....	54
5.2. Recomendaciones.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	56
ANEXOS .....	59
ANEXO 1. MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA DE LA CLÍNICA SAN RAFAEL.....	60

ANEXO 2. LISTAS ELABORADAS PARA OBSERVACIÓN DE DATOS CON LOS  
DIAGNOSTICOS SEGÚN CONSTA DE LOS INFORMES PSICOLÓGICOS Y  
PSIQUIÁTRICOS ..... 68

ANEXO 3. LISTA DE PACIENTES DE INGRESO A LA CLÍNICA SAN RAFAEL .... 92





## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Operacionalización de la Variable</i> .....	40
Tabla 2.	<i>Población de pacientes adictos</i> .....	42
Tabla 3.	<i>Población de pacientes con TDAH</i> .....	42
Tabla 4.	<i>Tipos de criterios empleados para selección muestra</i> .....	43
Tabla 5.	<i>Pacientes adictos y pacientes con TDAH internos (muestra)</i> .....	46
Tabla 6.	<i>Comorbilidad Presente</i> .....	47
Tabla 7.	<i>Pacientes con TDAH y Adicciones</i> .....	48
Tabla 8.	<i>Porcentaje de comorbilidad (diagnóstico de TDAH y adicción) en pacientes varones</i> .....	50
Tabla 9.	<i>Adicciones al alcohol</i> .....	51
Tabla 10.	<i>Adicción a las drogas</i> .....	52



## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Proceso de recolección de información .....	45
<i>Figura 2.</i> Muestra seleccionada para la investigación.....	46
<i>Figura 3.</i> Pacientes con TDAH y Adicciones .....	48
<i>Figura 4.</i> Porcentaje de comorbilidad (diagnóstico de TDAH y adicción) en pacientes mujeres.....	49
<i>Figura 5.</i> Porcentaje de comorbilidad (diagnóstico de TDAH y adicción) en pacientes varones.....	50
<i>Figura 6.</i> Pacientes con alcoholismo, según sexo .....	51
<i>Figura 7.</i> Pacientes con adicción a las drogas, según sexo .....	51



## INTRODUCCIÓN

El estudio se realizó en la clínica neuropsiquiátrica y de salud mental (clínica San Rafael de Arequipa,) ubicada en Calle olímpica N°409, en la ciudad de Arequipa, La recolección de datos para la investigación y el estudio se efectuaron en el año 2017 como se señala en el cronograma. La presente investigación es cuantitativa, exploratoria. Se trata de un estudio retrospectivo en cuanto a la toma de información.

El Capítulo I señala las teorías más importantes, detallando y revisando diferentes investigaciones antecesoras a esta, efectuadas en el ámbito nacional e internacional. Así mismo se exponen las bases teóricas de todo lo relacionado a la variable en estudio y sus relaciones, definiciones y conceptos sobre el tema

En el Capítulo II, se consideran el planteamiento del problema, con la descripción de la realidad problemática, los antecedentes teóricos y definición del problema, a continuación, se definen los objetivos, su delimitación, justificación e importancia, culminando el capítulo con la hipótesis, variable y definición operacional,

En el Capítulo III, se expone el método, técnica e instrumentos especificándose el tipo de investigación, diseño, el universo sobre el cual se trabaja, la muestra, técnica con la que se trabaja para la recolección de datos y su procesamiento.

En el Capítulo IV, se detalla el procesamiento, presentación, análisis y discusión de los resultados.

En el Capítulo V, se muestran las conclusiones del presente trabajo de investigación y las recomendaciones pertinentes.

## CAPÍTULO I

### MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Marco Teórico

El consumo de sustancias psicoactivas por los humanos no es una actividad reciente, esto lo afirma (Correa de Carvalho - diciembre 2007). Él menciona que el hombre históricamente ha consumido sustancias que alteran el sistema nervioso central, se estima que el uso del alcohol y opiáceos data desde hace 5,000 años A.C. El cannabis que origina la marihuana se cultiva en china desde hace 4,000 años A.C. La modificación del funcionamiento normal del sistema nervioso central por ingesta de sustancias en especial el alcohol, ha sido siempre un atractivo en la conducta del hombre, (Escohotado, 1996).

En el Imperio de los Incas en América del sur, la cosecha de la hoja de coca se realizaba tres veces al año, utilizándose como analgésico y energizante para combatir la fatiga producida por la altura en su actividad laboral diaria. En el mundo según los avances en la química, estos posibilitaron el aislamiento de los alcaloides, facilitando su manejo y comercialización durante los siglos XIX al XX. Estos estudios inicialmente pusieron a las sustancias psicotrópicas para uso terapéutico, siendo derivadas posteriormente para el uso recreativo. Con su libre distribución se originó problemas sociales y sanitarios, ya que el consumo de cannabis, opiáceos, cocaína, anfetaminas, barbitúricos y otras drogas empezaban a mostrar sus consecuencias en la conducta y el quebrantamiento de la salud.

Esto obliga a tomar medidas de control en su distribución y consumo, no siendo igual para el uso de alcohol y tabaco, hubieron sitios donde se intentó la ley seca, pero finalmente esta fue derogada y permitiéndose su utilización pero con advertencias para la misma, Citado en (Corrêa de Carvalho, 2007, pág. 92).

La sociedad en sus diferentes momentos ha realizado uso y abuso de las drogas, esto merece un estudio para lograr el entendimiento de la cosmovisión de la civilización actual y anterior, después de las conductas adictivas del uso de tabaco, alcohol o esnifar preparados psicoactivos y otros; surgen el consumo de heroína, cocaína y drogas diseñadas como el LSD. La era de las comunicaciones trae otras adicciones como el uso de internet, teléfono móvil, ahora la denominación genérica de adicciones también incluye comportamientos

basados en la dependencia psicológica y física que no guarda relación con la ingesta de sustancias. Citado (Becoña & Cortés Tomás, 2010, pág. 15).

Las sustancias utilizadas con propósitos psicoactivos han sido variadas desde el café hasta la cocaína, según afirma (Pascual Arriazu & Rubio Valladolid, 2002, pág. 7) existen ciertas evidencias que indican que la fermentación de algún fruto o de la miel podría haber dado origen al primer vino. El comercio del alcohol y derivados se han impuesto socialmente tomando gran importancia a nivel mundial, con la globalización y transcurriendo la segunda guerra mundial los patrones de consumo han variado abandonando la asociación con las comidas para preferirlo con otros propósitos, incrementando su ingesta. Los esfuerzos de los gobernantes para evitar los consumos exagerados de alcohol y tabaco se han reducido a imponer a los productores la obligación de imprimir en sus paquetes advertencias sobre el daño que estas puedan producir a la salud.

### **1.1.1. Las adicciones tóxicas**

La adicción tóxica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como: “una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una Sustancia, actividad o relación”. Caracterizándose por la demostración de diversos síntomas que hacen presumir una dependencia tanto física como psicológica mencionando para diagnosticar dicha dependencia y según DSM-IV los siguientes criterios en un período de 12 meses:

- a. Fuerte deseo o necesidad de consumir la sustancia (adicción).
- b. Dificultades para controlar dicho consumo.
- c. Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.
- d. Tolerancia.
- e. Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. (Inversión cada de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia).
- f. Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

Algunas de las sustancias tóxicas altamente adictivas son; el alcohol, la marihuana, los estupefacientes, barbitúricos o narcóticos, los inhalantes, la cocaína, la heroína, entre otros.

Son características de las personas con riesgo de adicción aquellas que presentan problemas de identidad, con tendencias depresivas, baja autoestima, con trastorno de personalidad y poca tolerancia, otros motivos debilitantes del dominio personal, estas personas cubren sus deseos de autodestrucción o insatisfacciones con comportamientos adictivos, utilizando diferentes tipos de sustancias para el cumplimiento de sus deseos y satisfacción personal por los efectos estimulantes exponiéndose a sus efectos tóxicos.

La ruta que sigue el adicto se inicia con el consumo ocasional, haciendo posteriormente abuso, para luego llegar a la adicción, por lo general las personas no tienen conciencia de su actuación ni de los problemas que acarrearán a sus vidas en el futuro y a la sociedad”. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 265).

### **1.1.2. Las adicciones no tóxicas**

Respecto a las adicciones no tóxicas según el DSM-5 (2014), se incluye una nueva categoría a la que denominaron “Trastornos no relacionados a sustancias” refiriéndose a las llamadas adicciones conductuales, considerando como única patología aprobada la ludopatía con la denominación de: “Trastorno por juego de apuestas”, en la categoría de adicciones y ya no sólo un trastorno del control de impulsos.

Las adicciones no tóxicas son aquellas en las que la persona presenta características similares a las producidas en las adicciones tóxicas e interrumpe su actividad, caracterizada por una dependencia y falta de control manifestada en su conducta, con la presencia del síndrome de abstinencia (ansiedad, excitación) se pudo reconocer por las actitudes comportamentales:

- a. Experimentan pérdida de control.
- b. Tienen una dependencia psicológica.
- c. Continúan su actividad pese a consecuencias negativas.

- d. Cada vez invierten más tiempo o dinero en estas actividades (ludopatía, adicción al móvil, al sexo, compras compulsivas, y otras).
- e. Pueden padecer un síndrome de abstinencia.
- f. Pierden el interés por otras actividades satisfactorias en su vida.
- g. Aparecen conflictos y problemas con ellos mismos y su entorno (familia, trabajo, escuela, gastos, tiempo de ocio...).

Las adicciones no tóxicas tienen graves consecuencias como las tóxicas; entre las no tóxicas, se pueden nombrar a la ludopatía ya incluida en la OMS, (organización mundial de la salud) y la APA (asociación americana de psiquiatría), la adicción a la internet, al teléfono móvil, al sexo, al trabajo, a los videojuegos, a las compras, y otros que son reconocibles por su sintomatología. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 316).

### **1.1.3. Historia del TDAH**

La Psicología no era considerada como ciencia antiguamente, las teorías, descripciones y estudios se realizaron desde el ámbito médico. El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) sufrió modificaciones según el enfoque del analizador y la sintomatología, años atrás las observaciones a este trastorno originaron comentarios sobre el proceso y su afectación. Del libro “Una investigación sobre la naturaleza y origen de la enajenación mental” el cual fue escrito por (Crichton, 1798) medico Escoses, con la denominación de “Mental Restlessness” (Agitación o Inquietud Mental), él ya recomienda una atención especializada en la educación a los afectados en el periodo infantil, debido a sus observaciones realizadas que describe como un “estado de inquietud e incapacidad atencional, pero que raramente es tan severa que impida por completo toda instrucción, y lo que es una suerte, generalmente disminuye con la edad” (pág. 271).

Heinrich Hoffmann (1845) escribe una serie de diez cuentos titulada “Der Struwwelpeter” (Pedro el Melenas), en las que se ocupa de patologías psiquiátricas siendo notable el caso de “Felipe el nervioso” aquí describe la hiperactividad y dificultad de atención del personaje, representación inequívoca del trastorno que lo afecta en sus comentarios, los familiares confiesan su fracaso en el intento de

corregirlo describiendo la actitud de Felipe como “los movimientos de un gusano retorciéndose en una mesa” comparado con la actuación en su comportamiento.

El pediatra británico (Still, 1902) comenta sobre veinte niños inquietos e incapaces de controlarse describiéndolos como niños agresivos, impulsivos, inquietos y con dificultad en la atención, con esta calificación sobre los problemas conductuales de los niños respecto a su hiperactividad, el médico describe el TDAH y lo denomina “Defecto de control moral”, indicando que posiblemente se debería a herencia biológica o posible lesión en el parto. Es lógico que la conclusión de sus manifestaciones estuviera ligada a la medicina puesto que las investigaciones y estudios eran realizadas por médicos siendo sus opiniones del origen de estos desórdenes a lesiones o fallo en las estructuras cerebrales de origen hereditario primando el principio orgánico en la apreciación. (págs. 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.).

El Dr. Charles Bradley (1937), utiliza estimulantes para reducir la conducta hiperactiva, (la benzedrina), actualmente proporcionada en el tratamiento del TDAH. Realizando publicaciones de sus trabajos respecto a los efectos conductuales de la benzedrina en los pacientes, han trascendido más de 25 años, del uso de este tipo de drogas para el manejo de problemas conductuales en niños. Citado de (Puerta Baptiste, 1999, pág. 121).

Strauss y Werner (1947), denominaron a este trastorno como “Síndrome del niño con Daño Cerebral”, aplicándolo a niños que presentan retraso mental, como no existe claridad en la existencia de un componente biológico y según la sintomatología originada por daños leves se usa la nominación en niños que presentaban problemas conductuales, así se le llamo “Daño cerebral mínimo”. Se cita en (Mardomingo Sanz, 2009).

En el año de 1950 Se cambió la nominación a “Lesión Cerebral Mínima” consecutivamente se le denominó como “Disfunción Cerebral Mínima”. A fines de 1959 y durante el año de 1960 es en que los investigadores acuñaron un nuevo término para la nominación “Trastorno Impulsivo Hiperactivo”. Así Clements y Peters, (1962) sugieren utilizar “Disfunción cerebral mínima” (DCM). Esto con la finalidad de diferenciar a los niños que presentaban inteligencia normal pero que tenían



dificultad en el aprendizaje y percepción, de los niños que padecían problemas de parálisis cerebral. Esto basándose en el tratamiento de los niños que modifican su estado conductual con la educación y los que no son posibles de alcanzarla por no ser receptivos al proceso. (Mardomingo Sanz, 2009).

En (1972) Virginia Douglas en el DSM III (tercera edición del manual de diagnóstico y estadística de los desórdenes mentales- 1980) influye en el cambio de nombre del TDAH nominándosele como el “Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad” “TDA + H y TDA – H “, enfatizando así los aspectos de atención e insuficiencia en la autorregulación o impulsividad que se podía presentar con hiperactividad. Empieza la difusión de este concepto en la sociedad, escuelas y los medios de comunicación se ocupan del asunto, así se generan las primeras asociaciones. (Mardomingo Sanz, 2009).

Según Barkley (2006) en los años 80 se realizaron estudios más rigurosos y de carácter técnico sobre el déficit de atención en la infancia. No encontrando evidencias en estas investigaciones de problemas de atención en condiciones experimentales. Sin embargo si evidenciaron que la motivación, así como con la utilización de normas constituyen factores determinantes para elevar el grado de sintomatología en el TDAH, orientando a muchos investigadores a considerar que son los déficits motivacionales la mejor explicación a los síntomas.

En otra perspectiva, García e Ibáñez (2007) manifiestan que “la relación entre el niño y sus padres se encuentra fuertemente afectada, existiendo aspectos relacionados con los estilos parentales y con las características del niño que dificultan el logro de un vínculo seguro” (p.6). Esto señalaría que el vínculo existente entre los niños con TDAH y sus padres, se caracterizaría como desorganizado, de carga ansiosa elevada y con una alta expresividad emocional, así como descontrol afectivo (Stiefel, 1997; citado en García e Ibáñez, 2007). En este mismo sentido, Gratch (2009); señalaría la especial importancia en la armonía psíquica, capacidades yoicas y el contexto familiar en el que crece y se desenvuelven; Esta relación sería determinante para el nivel de afectación y que podría permitir, un mejor manejo ante los problemas originado del trastorno, esto sin dejar de considerar la existencia de su base neurológica o neuroquímica del mismo. Citado en (Gallegos Caviedes & López Córdoba 2012).

## 1.2. Bases Teóricas

### 1.2.1. Teorías de la adicción

Las teorías de la adicción se clasifican según el enfoque ya sean del tipo psicológico o del tipo biológico; una de las más reconocidas es la que Elisardo Becoña Iglesias (Becoña & Cortés Tomás, 2010) realizó:

#### 1.2.1.1. Teorías parciales o basadas en pocos componentes.

##### a) *Teorías y modelos biológicos.*

- La adicción como un trastorno con sustrato biológico
- La hipótesis de la automedicación

##### b) *Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia*

##### c) *Teorías del aprendizaje*

- Condicionamiento clásico
- Condicionamiento operante
- Teoría del aprendizaje social

##### d) *Teorías actitud-conducta*

- Teoría de la acción razonada
- Teoría de la conducta planificada

##### e) *Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales*

- Modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. a la teoría integrativa de la Conducta desviada de Kaplan
- Modelo basado en la afectividad de Pandina et al.

##### f) *Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico*

##### g) *El modelo social de Peele.*

### **1.2.1.2. Teorías de estadios y evolutivas**

- Modelo evolutivo de Kandel
- Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y Diclemente
- Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al.
- Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie
- Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb.
- Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz.
- Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos.
- Teoría de la socialización primaria de Oetting et al.

### **1.2.1.3. Teorías integrativas y comprensivas**

- Modelo de promoción de la salud
- Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura
- Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al.
- Teoría interaccional de Thornberry
- Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor
- Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor
- Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin
- Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafatetal.
- Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis
- Modelo de autocontrol de Santacreu et al.

Entre las principales teorías neurobiológicas de la adicción, “En la categoría de las teorías parciales” según cito (Iglesias, 2007). Las más destacadas son tres: la teoría de los procesos oponentes (Solomon y Corbit, 1974), teoría motivacional de la adicción (Koob y Le Moal, 1997) y teoría de la sensibilización del incentivo (Robinson y Berridge, 1993). Citado de (Soria Rodríguez, 2006).

#### **1.2.1.4. Teoría de los procesos oponentes**

“La teoría de los procesos oponentes parte de la base de que el cerebro contiene diferentes mecanismos de control capaces de equilibrar cualquier estado afectivo que se aleje de la estabilidad o el equilibrio, ya sea este placentero o aversivo” (Solomon y Corbit, 1974; Koob y cols., 1989). Con posterioridad, Koob y cols. (1989) “aplicaron la teoría de los procesos oponentes a los cuadros de adicción a drogas. Esta teoría propone dos procesos opuestos” cita de (Soria Rodríguez, 2006).

Estos procesos están muy relacionados y se debe a la intensidad, calidad y la duración de un estímulo (droga), que se le llama proceso A, seguido de un proceso B, el cual es negativo y de naturaleza fisiológica y muy opuesta al primero que era placentero. Cuando sucede el estado “High” Koob y cols. (1989), el individuo repite el consumo de la droga con la intención de alcanzar la misma sensación pero esto va disminuyendo tornándose un efecto aversivo produciendo el craving, efecto B, “Los conceptos de tolerancia y dependencia están expuestos intrínsecamente en esta teoría”, (Solomon y Corbit, 1974). Deseando no repetirlo busca la sensación del efecto A. citado por (Soria Rodríguez, 2006).

#### **1.2.1.5. Neuroadaptación y alostasis**

(Koob y Le Moal, 1997): “Una de las teorías más aceptadas en la actualidad para explicar el proceso de inicio y mantenimiento de la adicción de drogas de abuso es la teoría de la espiral de desregulación del sistema de recompensa cerebral”, (Soria Rodríguez, 2006).

### **1.2.1.6. Teoría motivacional de la adicción**

La teoría de (Koob y Le Moal, 1997) propone el desarrollo de una adaptación alostática de los sistemas motivacionales del cerebro, que le llama “espiral del proceso adictivo” existiendo 3 componentes principales que son:

“la preocupación por conseguir la droga, la intoxicación o efecto agudo de la droga y la abstinencia asociada a un estado emocional negativo”. (Koob y Le Moal, 2001). Su estado de preocupación por conseguir la droga se produce por el fenómeno de sensibilización psicomotora. Ocurren cambios neuroadaptativos produciendo ese estado disfórico asociado a la abstinencia de la droga.

El concepto de alostasis se define como: “el conjunto de procesos neuroadaptativos que se desarrollan en el sistema nervioso central (SNC), para mantener una situación de equilibrio tras alterarse la homeostasis en el sistema de recompensa cerebral, debido al consumo de droga” (Koob y Le Moal, 2001). Esto produce un estado patológico que incitaría la necesidad de repetir el consumo de la droga, también explicaría desde un aspecto cada vez más los factores neurobiológicos que serían responsables de esta vulnerabilidad a la dependencia adictiva de la droga así mismo la recaída producida después de un tiempo prolongado de mantenimiento. (Koob y Le Moal, 1997). Citado en (Soria Rodríguez, 2006).

### **1.2.1.7. Teoría de la sensibilización del incentivo**

El término “sensibilización” se utiliza en el ámbito farmacológico para referirse al aumento del efecto de una droga tras su repetida administración. La exposición repetida a muchas drogas de abuso provoca un aumento progresivo y duradero del efecto estimulante de dicha droga. (Robinson y Berridge, 1993) Cita de (Soria Rodríguez, 2006).

Estos hallazgos han sido relacionados con el proceso adictivo, ya que los sustratos neuronales que median los efectos psicomotores de las drogas se solapan con los sustratos neuronales responsables de las propiedades reforzantes de las drogas de abuso (Wise y Bozart, 1987). Esta teoría se

conceptualiza en dos conceptos, siendo la asociación entre el valor incentivo de la droga (“wanting”) y el efecto placentero o hedónico (“liking”). (Valverde y Maldonado, 2005). Asociando con la teoría de los procesos oponentes el (proceso A) equivale al “liking” y el (proceso B) también llamada “saliencia incentiva” equivale al “wanting”, citado en (Soria Rodríguez, 2006).

#### **1.2.1.8. El biomédico tradicional modelo**

“Cree que la dependencia de una o varias drogas es una enfermedad crónica de carácter recidivante” (Casas, Duro, & Pinet, 2006). Citado en. (Fernández Hermida, Carballo, Secades-Villa, & García-Rodríguez, 2007). Las consecuencias de esta perspectiva son bastantes claras:

- Sin tratamiento no hay recuperación, la cronicidad del trastorno, así como la pérdida de control asociada al consumo de la sustancia, hacen que el paciente adicto fracase en sus múltiples intentos de dejar la sustancia por sí mismo, el tratamiento por tanto es la única respuesta posible.
- La curación no es una posibilidad, ya que la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas, dichas recaídas no deben ser vistas como un fracaso del tratamiento sino como el resultado de la evolución crónica del trastorno en su relación, no siempre eficaz, con una supervisión y un tratamiento continuados en el tiempo. En este sentido, las recaídas son pruebas de la cronicidad del trastorno, anulando toda posibilidad de contacto con la droga por la falta de control hacia la misma, siendo el único objetivo en el tratamiento la abstinencia, para evitar una recaída, diferenciando de las personas que presentan autocontrol hacia esta sustancia, argumentando un mal diagnóstico o insuficiente, en todo caso hay que dudar de la exactitud de los informes (Vaillant, 2005). Cita de (Fernández Hermida, Carballo, Secades-Villa, & García-Rodríguez, 2007, pág. 2).

#### **1.2.1.9. El modelo bio-psico-social**

Este modelo expone que la drogodependencia es una conducta asociada a factores biológicos, psicológicos y sociales. Donde “la conducta adictiva o la

drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado” (Fernández Hermida, Carballo, Secades-Villa, & García-Rodríguez, 2007, pág. 3).

#### **1.2.1.10. La hipótesis de la automedicación:**

Esta hipótesis de (Casas, Pérez, Salazar y Tejero, 1992) nace de la idea que los pacientes que desarrollan una adicción lo hacen por el padecimiento de un trastorno endógeno de condición biológica que propiciaría el consumo de sustancias como una automedicación, lo que condicionaría la adherencia y dependencia a la misma, Por tanto, “En muchos de ellos, el intento repetido de orientarlos a la abstinencia, después de varias tentativas fallidas de desintoxicación se puede calificar, desde este punto de vista como inútil, contraproducente, cruel, frustrante o peligroso”. Citado de (Iglesias, 2007).

#### **1.2.1.11. Modelo de Promoción de Salud Promocionado por la OMS**

(1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, 1986), “La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico”, Declaración de Yakarta, 1997. aspira a ser un modelo universal para bien y mejora de la salud de la humanidad. “Estableciendo y promocionando políticas públicas saludables” Citado de (Iglesias, 2007).

#### **1.2.1.12. Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura**

Conocida en la actualidad como Teoría cognitiva social, conformándose por tres factores: La conducta, factores personales y cognitivos e influencias ambientales externas. Esta teoría ha generado en la creación de otras sus fundamentos, siendo una teoría muy influyente hasta el día de hoy, sobretodo como punto de estrategia para habilitar nuevas políticas de salud (Iglesias, 2007).

#### **1.2.1.13. Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz en adolescentes de *Newcomb*:**

Esta consiste en explicar cómo interfiere en el desarrollo de la adolescencia la experimentación de roles adultos, donde adquieren responsabilidades antes del tiempo de la adquisición natural de habilidades psicosociales para poder afrontarlos, como trabajar, independizarse de los padres, etc. “Hay dos etapas de gran importancia: la transición de la infancia a la adolescencia, cuando aparece la pubertad y la transición de la adolescencia a la adultez temprana, y cuando se producen eventos vitales importantes como el matrimonio o encontrar empleo” Citado (Iglesias, 2007).

#### **1.2.1.14. Modelo del desarrollo social Catalano**

Este modelo consiste en asumir que la conducta es el resultante de muchos factores, entre ellos los biológicos, psicológicos y sociales, que interactúan en diferentes escenarios en la comunidad como la familia escuela y grupos sociales, dando una visión predictiva de la conducta desde la infancia hasta la adolescencia, conductas que van de la prosocial, antisocial, violenta hasta el consumo de sustancias, Hawkins et al, sostiene que la adquisición de conductas prosociales dependerá las “oportunidades percibidas para participar en el orden prosocial”. Es decir dependerá de la conducta, normas y valores a los que están vinculados para obtener autocontrol en cuanto a su propia conducta, emociones y cogniciones, sobre todo si estas son promovidas por su entorno (Hawkins et al) citado en (Iglesias, 2007).

#### **1.2.1.15. Modelo explicativo de Becoña**

Elabora su propia teoría para explicar la adquisición del consumo de drogas, basándose en los aspectos predisponentes desde la biología, psicológica, ambiente familiar, social y del ambiente sociocultural. Comprendiendo que la influencia del ambiente es muy importante pero así mismo las habilidades de afrontamiento, estado emocional y percepción del riesgo establecería una toma de decisión sobre el consumo de sustancias.



## **1.2.2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**

Es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por alteraciones o retraso en el desarrollo de funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, que se inician en la infancia y siguen un curso evolutivo estable. Estas alteraciones en las áreas madurativas del cerebro dan como resultado alteraciones en las áreas cognitivas provocando la sintomatología propia del TDAH (Artiaga y Narbona, 2001.)

### **1.2.2.1. Modelo Cognitivo**

“Sostienen que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por alteraciones o retraso en el desarrollo de funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, que se inician en la infancia y siguen un curso evolutivo estable”. Afirmando que como resultante provocaría la sintomatología propia del TDAH”. (Artiagas-Pallarés & Narbona García, 2011, págs. 9-12).

Los síntomas del TDAH son la expresión conductual y observable de un trastorno en el funcionamiento cognitivo (Artigas, 2009) los modelos que tienen como base la hipótesis cognitiva afirman que las alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales de los pacientes con déficit atencional se traducen en la desregulación<sup>9</sup> del control cognitivo del comportamiento, mecanismo que explica por completo la sintomatología del TDAH.

Concretamente los procesos de control cognitivo desregulados se expresarían como déficit de una o varias funciones ejecutivas superiores, estas funciones de orden cognitivo superior comprenden procesos que permiten su regulación frente a cambios del medio interno o externo. A pesar de los distintos movimientos realizados por los modelos cognitivos explicativos no ha podido encontrarse un consenso en la explicación de las alteraciones y manifestaciones conductuales y cognitivas del trastorno.

### **1.2.2.2. Modelos Cognitivos de Déficit Único:**

Estos modelos consideran la baja eficiencia del mecanismo cognitivo básico permitiendo explicar por sí mismo las manifestaciones clínicas del

trastorno, es decir el funcionamiento deficitario o disfuncional de un área cognitiva presentaría alteraciones conductuales y cognitivas propias del trastorno. Las teorías que sustentarían este modelo sería el de Barkley, de Regulación del estado de Sergeant. Citado en (Ospina, 2014, pág. 46).

### **1.2.2.3. El Modelo Motivacional:**

La aversión a la demora de Sonuga –Barke, dice que la gratificación inmediata es de preferencia aunque sea pequeña y no la gratificación mayor con demora, tienen aversión a las recompensas pospuestas no soportan la prolongación de los trabajos que efectúan con dificultad, de baja tolerancia a la insatisfacción de sus necesidades y a las frustraciones denotando el control del niño del entorno, el modelo recomienda como objetivo reducir el tiempo de las recompensas para el tratamiento (Son una-Barke et.at. 1992). Citado por (Ospina, 2014, pág. 46).

### **1.2.2.4. Modelo De Inhibición Conductual de Barkley:**

El mantenimiento en el control de la propia conducta tiene que ver con las funciones ejecutivas mejor dicho, las habilidades cognitivas suficientes con capacidad de realizar la orientación de la conducta con dirección a un objetivo (lenguaje interno, o memoria de trabajo no verbal, controlar emociones y su motivación, la suficiencia de reestructurar capacidad organizacional) baja capacidad de inhibición y deficiencia para la respuesta inmediata frente a los estímulos sin tomar en cuenta las consecuencias, alternativas y riesgos o beneficios, con repercusión negativa en los niveles ejecutivos en diferentes niveles lo que daría como resultado una deficiencia en la respuesta de adaptación de la persona afectada con TDAH. Citado de (Ospina, 2014, pág. 46).

### **1.2.2.5. El Modelo de Regulación del Estado de Sergeant:**

Acepta la disfunción ejecutiva como aspecto nuclear, pero sustituye la alteración en el control inhibitorio, por un déficit en la capacidad de regulación del esfuerzo y la motivación.

Esto se refiere entonces a la necesidad de motivación y esfuerzo, para adecuar estas deficiencias cognitivas, orientándolo al cumplimiento de sus objetivos y como agente modulador el uso de las recompensas positivas y negativas. (Fundación CADAH, 2012). Citado en (Ospina, 2014, pág. 46).

#### **1.2.2.6. Modelos Cognitivos Duales o de Déficit Múltiple:**

Estos modelos amplían los modelos cognitivos de déficit único, añaden a las dificultades de activación energética (llamado Cognitivo- Energético) y motivacional (Modelo Dual), la alteración en funciones ejecutivas de las que habla Barkley. (Universidad de Barcelona, s.f.) Citado de (Ospina, 2014, pág. 48).

#### **1.2.2.7. El Modelo Cognitivo Energético:**

Indica que el funcionamiento cognitivo en los TDAH se determina por un fallo en los tres niveles:

- Nivel Computacional de los mecanismos atencionales: el que implica codificación, búsqueda decisión y organización motora.
- Nivel del estado: el cual comprende mecanismos de energía agrupados en nivel de alerta, esfuerzo y activación.
- Nivel de Alerta: es el estado de excitabilidad o pasividad para actuar y dar respuesta, el cual está influido por la intensidad del estímulo y por el carácter novedoso, el esfuerzo es la energía necesaria para afrontar las demandas derivadas de las tareas, la activación es la disponibilidad para actuar. (Ospina, 2014, pág. 48).

#### **1.2.2.8. Modelo Dual de Comorbilidad con la Dislexia:**

Aporta una comprensión a la estructura cognitiva del TDAH, facilita la comprensión de algunas comorbilidades, como ocurre con la dislexia. Existe un índice muy alto de similitud entre TDAH y dislexia, como en la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo verbal, y la flexibilidad cognitiva y especialmente en la velocidad de denominación automática rápida. Esta alta

concordancia evidenciaría el origen similar de las mismas. (Fundación CADAH, 2012) citado de (Ospina, 2014, pág. 49).

### **1.3. Investigaciones o Antecedentes de Estudio**

#### **1.3.1. Investigaciones Internacionales**

En España se hizo una investigación en la Universidad de Valladolid, titulada: Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la población en el Área de Valladolid Este. El objetivo principal, determinar la prevalencia del TDAH en la población del lugar y estudiar algunos datos epidemiológicos, realizando un estudio transversal mediante revisión del historial clínico de los pacientes con TDAH diagnosticados en el sistema informático del Área de Valladolid Este, los resultados determinaron que desde julio 2014 a julio del 2016, existió una prevalencia de TDAH en la población general de 0,423 % y en < de 14 años de un 2,424 %. La prevalencia de TDAH en el adulto (> de 14 años) en el Área Este de Valladolid es de un 0,165%. La relación de varones y mujeres es de 3,25:1 respectivamente. El diagnóstico pediátrico en la zona urbana supone un 62,26% del total de diagnósticos y en la zona rural de 37,74%. (Sánchez, 2017).

Ohlmeier & Cols (2008) realizaron una investigación para determinar la comorbilidad entre alcoholismo y drogadicción ambos con (TDAH). La muestra se conformó por 152 pacientes adultos con dependencia del alcohol (n=91) o adicciones a múltiples drogas (n=61). El instrumento de evaluación empleado en la retrospectiva TDAH de la infancia fue el WURS-k y para identificar la sintomatología de TDAH se utilizó el DSM-IV, así mismo se utilizó el CAARS para identificarlos en la adultez. Un 20,9% (WURS-k) o 23,1% (criterio diagnóstico del DSM-IV) de pacientes alcohólicos evidenciaron el haber padecido TDAH en la infancia, también se demostró la persistía en un 33,3% de los pacientes adultos. En el grupo de los pacientes drogodependientes, un 50,8% (WURS-k) y un 54,1% (DSM-IV) presentaban criterios diagnósticos para TDAH en la infancia y un 65% (CAARS) mostraron evidencias aun del TDAH en la edad adulta. Esto revela que la elevada comorbilidad, con TDAH y una asociación directa, enfatizando la gran importancia de un diagnóstico precoz del TDAH de manera preventiva. (Ohlmeier & Cols, 2008)

En la Universidad del Salvador, Se realizó un trabajo de investigación llamado: “Prevalencia de trastorno por déficit de atención” en la población estudiantil (Facultad de Medicina Universidad de el salvador”) con el objeto de determinar la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) en dicha muestra, se utilizó el Test de Wender-Utah, traducida al español, en la versión corta de 25 ítems; este test está dirigido para la detección de los síntomas del TDAH en adultos de manera retrospectiva y es de autoaplicación, posee una sensibilidad de 91%, una especificidad de 90% y un área bajo la curva COR (características operativas del receptor) de 0.94.

Se obtuvo como resultado de los 106 Test aplicados, 31 sujetos (18 hombres y 13 mujeres) se consideraron positivos pues obtuvieron la puntuación de 32 o más, siendo este el punto de corte para catalogar con positividad el test; siendo el resultado total de 29.24% de la población con TDAH presente en el estudio. Socio demográficamente es difícil clasificar a la población de esta investigación por la similitud que presentan las poblaciones tanto los sujetos con TDAH como los que no lo presentan. Con respecto a la edad, la población estudiada esta entre 18 y 25 años, se determinó la media aritmética para el grupo en total (106 sujetos) obteniéndose una  $x=19.60$  años con DE 1.58, de personas con TDAH la media fue 19.84 años (DE +/- 1.57).

En el grupo sin TDAH la  $x=19.23$  años DE 1.56. En función del género, la distribución respecto al Trastorno por Déficit de Atención es de 34.9% para la población masculina, y un 18.84% para la población femenina. En la investigación se evaluó la variable Repercusiones Académicas, obtuvimos un total de 79 sujetos con positividad; de estos el 8.86% presentaban TDAH, frente al 91.14% que no lo presento. (Granados Monchez, 2008).

En otro estudio realizado en Paraguay (Riego, 2013) se determinó la presencia de TDAH en el 40% de los pacientes y de comorbilidad con trastorno disocial en 95% de los pacientes. Los pacientes con TDAH presentaron mayor dificultad en la etapa escolar y el uso de sustancias a temprana edad.

En el mismo estudio el 75% de los pacientes admitió problemas judiciales y el aumento de la cifra a 87% en pacientes con TDAH. Lo anterior coincide con investigaciones que señalan un riesgo elevado de tener problemas con la justicia en

aquellos niños y adolescentes consumidores de sustancias, como en aquellos con TDAH o trastorno disocial co-mórbidos. Esta última muestra una estrecha relación con la violencia, infracciones y delitos violentos. Citado de (Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, 2014, págs. 34-40).

### **1.3.2. Investigaciones Nacionales**

Regalado, M. (2017). Realizó un trabajo de investigación en la Universidad San Martín de Porres, Perú, con el objeto de investigar la presencia de prevalencia de TDAH en estudiantes de la facultad de medicina en dos universidades del norte en el año 2015. La cual fue de tipo cuantitativo, no experimental y descriptivo, a la muestra se les aplicó la escala ADHD Rating Scale IV (ADHD RS IV) que incluye las manifestaciones clínicas del TDAH. Los resultados fueron la prevalencia del TDAH en ambas universidades, fue de 14,6%.

El subtipo clínico más frecuente fue la hiperactividad con 8,2%. En la Universidad de San Martín de Porres la prevalencia del TDAH fue de 19,7%, siendo la hiperactividad el subtipo clínico más frecuente con un 12,1%. En la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo la frecuencia del TDAH fue de 5,1% y el subtipo clínico más frecuente fue la inatención con 4,1%. El TDAH es un síndrome relativamente frecuente independientemente del subtipo clínico. (Regalado Rodríguez, 2017).

Velásquez, E. y Ordóñez, C.<sup>96</sup>(2015). Publicaron un artículo sobre una investigación en Perú, esta se realizó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, El artículo se nombró: Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. Analizaron 412 historias clínicas de pacientes dependientes a sustancias psicoactivas hospitalizados en el Servicio de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán, durante el año 2011 y 2012. Para el estudio, se diseñó una ficha de recolección de datos, la cual fue aplicada aleatoriamente en 20 historias clínicas, comprobándose así la calidad de los datos recabados. Esto permitió mejorar el instrumento en relación a los objetivos planteados. Como resultados se obtuvo que el 72,57% presentaban algún tipo de comorbilidad psiquiátrica. El 29,37% de la población total cumplía criterios para TDAH conurbado. Conclusiones: el trastorno por déficit de atención e hiperactividad está presente en tres de cada diez pacientes con

trastorno de uso de sustancias. El análisis primario del presente estudio parece encontrar una posible relación entre trastorno de uso de sustancias y el TDAH. (Velásquez Molina & Ordóñez Huaman, 2015)

Jara, W. Realizo un trabajo de investigación en la Universidad Nacional de Trujillo, Perú, denominada: Prevalencia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares del distrito de Trujillo durante el año 2008. El universo poblacional estuvo conformado por 5 808 niños se obtuvo una muestra representativa de 560 niños a través de entrevistas a docentes inicialmente y luego a los padres. Se encontró una prevalencia de 80 niños con TDAH por cada mil escolares del primer año de primaria del Distrito de Trujillo (ni 45, 8%); del subtipo A (combinado) se presentaron 23 casos: 21 varones y 2 mujeres; del subtipo B (inatento) 9 casos: 6 varones y 3 mujeres. Del subtipo C (hiperactivo impulsivo): 13 casos: 10 varones y 3 mujeres. La edad de los niños oscilo entre los 6 y 7 años. Los resultados son semejantes a los reportados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), predominando el subtipo combinado y el sexo masculino. (Jara, 2008).

#### **1.4. Marco Conceptual**

Se mencionan los siguientes a continuación:

##### **- Comorbilidad:**

Fenstein (1970), Indica que es una condición médica que existe simultáneamente, pero con independencia de otra en un paciente.

##### **- TDAH:**

(Artiagas-Pallarés & Narbona García, 2011, págs. 9-12) “Sostienen que el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por alteraciones o retraso en el desarrollo de funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, que se inician en la infancia y siguen un curso evolutivo estable”. Afirmando que como resultante provocaría la sintomatología propia del TDAH”.

**- Impulsividad:**

Cualidad de impulsivo. (Estilo cognitivo usado en psicología)

**- Paciente:**

Persona que es o va a ser reconocida médicamente. (Real academia de la lengua española, RAE)

**- Adicciones:**

La adicción es una dependencia manifiesta por la necesidad hacia una sustancia, actividad o relación debido a la satisfacción que esta causa a la persona (Organización Mundial De La Salud, OMS).

**- Prevalencia:**

En epidemiología, se dice de la proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población de un estudio. (Organización Mundial De La Salud, OMS).

**- Drogas:**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la droga es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

**- Abstinencia:**

Abstención o limitación de determinados placeres, especialmente de la gula o del sexo, motivada por razones morales o religiosas, o bien por higiene o necesidad eventual. El término encuentra también un amplio uso en psicofarmacología para referirse a la adicción a las drogas. (Organización Mundial De La Salud, OMS).

**- Trastorno:**

Acción y efecto de trastornar. Alteración leve de la salud. (Real academia española, RAE)



**- Conducta:**

Manera con que las personas se comportan en su vida y acciones, Conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación (Real academia de la lengua española, RAE)

**- Patología:**

Parte de la medicina que estudia las enfermedades, conjunto de síntomas de una enfermedad. (Real academia de la lengua española, RAE).



## CAPÍTULO II

### EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 2.1. Planteamiento del problema

##### 2.1.1. Planteamiento descripción de la realidad problemática

En el Perú se ha incrementado la conducta delincinencial, esto pone de manifiesto la necesidad de realizar un diagnóstico sobre la asociación de las practicas adictivas con el comportamiento delincinencial, también se observa que cada vez la edad de las personas que participan sean menores llegando a incidir en la población púber.

Según los estudios realizados por el Ministerio de Salud en su reporte manifiesta que la prevalencia de vida de consumo tanto de alcohol y tabaco, entre los adolescentes que cursan la secundaria en las diversas ciudades con población de 30 mil a más habitantes, fue en el 2012, de 37.2% a 22.3% del total de la población, haciendo un promedio de inicio de consumo a los 13 años de edad. Mostrando mayor cantidad de consumo en hombres que en mujeres siendo las cifras de (20.6% y 18.7% para el consumo de alcohol respectivamente, y de 15.5% y 10.0% para el consumo de tabaco). (MINSa 20'17).

La etapa del desarrollo del ser humano con mayor importancia esta entre la niñez y la adolescencia, a esta edad se modelan el pensamiento y la conducta a seguir, el futuro ciudadano se encontrará con una sociedad de costumbres diversas donde el alcoholismo y las drogas estarán presentes, para poder cohabitar en este ámbito deberá haber tenido una preparación cuidadosa en su crianza tanto familiar como educativa con intervención profesional médica.

Habiendo identificado como población vulnerable al estado niñez adolescencia obliga a estudiar las causales que dan apego a la distorsión de la conducta adecuada sobre todo teniendo la experiencia de diversos estudios que denotan la asociación del trastorno TDAH con prácticas adictivas esta antecedencia lleva a poner mayor énfasis en la atención de la población infantil por su vulnerabilidad

Siendo el trastorno de déficit de atención con hiperactividad un trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia, su identificación cada vez es mayor en la población infantil, como consecuencia de un mayor conocimiento sobre la influencia en el ámbito escolar y familiar. Es también preocupante este aumento del diagnóstico de este trastorno pues también se cuestiona si los criterios utilizados para su diagnóstico son los adecuados, así mismo si el diagnóstico excesivo del trastorno tuviera como fin la utilización de fármacos dirigidos para disminuir síntomas que pudieran ser producto de la mediación de la industria farmacéutica por captar mayores ingresos.

Se sabe que la buena integración de un ciudadano a una sociedad dependerá de su círculo familiar y social, pero teniendo en cuenta que la sintomatología de un trastorno como el TDAH genera alteraciones tanto del funcionamiento personal, social y académico, por tener asociado trastornos de conducta, esto se sabe en virtud a la divulgación de estudios realizados a nivel mundial e incluso nacional. En la región Arequipa aún son pocos los estudios realizados para despejar estas dudas y no existe un conocimiento apropiado sobre la problemática de este trastorno sobre todo a nivel educativo y familiar,

Según refiere los estudios anteriormente mencionado (Salud, 2017). Nuestra sociedad enfrenta uno de los principales problemas sociales que es la violencia, siendo el resultante de la precariedad en las condiciones de vida de un gran porcentaje de la población, sin intervención eficaces en esta problemática, tanto en el ámbito educativo como en el entorno familiar de los niños y adolescentes. La prevalencia de tendencias violentas como las peleas con algún tipo de armas (piedras, palos, cuchillos, hondas, verdugillo) y abuso físico contra menores, fue en promedio de 16.1% para los ámbitos estudiados por el INSM, y fue mayor entre los adolescentes de 15 a 17 años (17.5%) que entre los adolescentes de 12 a 14 años (14.8%). Asimismo, fue mayor en las áreas urbanas, alcanzando el 20.6% en la sierra urbana.

La necesidad de tener una política de salud adecuada a la realidad de un país que cada vez recibe mayor influencia de otras sociedades pero que probablemente no se alinean a la propia, por tener otras prioridades que deben ser atendidas como es el caso de la salud mental, es por tal motivo el interés de este estudio de colaborar en

ampliar el conocimiento para así prevenir y concientizar más a nuestra sociedad sobre esta problemática.

### **2.1.2. Antecedentes teóricos**

Wilens T, et al (Norteamérica, 2012); desarrollaron un estudio para precisar al grado de asociación entre el TDAH 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 psiquiatra quien tras su juicio clínico los distribuyó en 2 grupos: 268 adolescentes con TDAH y 229 individuos sin esta condición; evaluando posteriormente si había 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). Se citó de (Burgos Herrera, 2018).

Madsen A, et al (Dinamarca, 2014); llevaron a cabo una investigación a fines de precisar la asociación entre el TDAH y el riesgo de abuso de drogas 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). Citado en (Burgos Herrera, 2018).

Elmer G, et al (Perú, 2015); con la finalidad de determinar la frecuencia de TDAH en pacientes varones con trastorno por abuso de sustancias psicoactivas hospitalizados en un servicio de adicciones; evaluó el diagnóstico en 412 historias clínicas de pacientes adictos hospitalizados; encontrando que el 72,57% presentaba comorbilidad psiquiátrica. El 29,37% de la población total cumplía criterios para TDAH comórbido; concluyendo que el TDAH está presente en tres de cada diez pacientes consumidores de drogas ( $p < 0.05$ ). (37). citado en (Burgos Herrera, 2018).

### **2.1.3. Definición del problema general y específico**

#### **Problema General**

- ¿Cuál es la comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la ciudad de Arequipa en el año 2017?

#### **Problemas Específicos**

- ¿Cuál la comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes del sexo masculino de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la Ciudad de Arequipa en el año 2017?
- ¿Cuál la comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes del sexo femenino de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la Ciudad de Arequipa en el año 2017?

## **2.2. Objetivos, delimitación y justificación de la investigación**

### **2.2.1. Objetivo general y específico**

#### **Objetivo general**

- Determinar la Comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la Ciudad de Arequipa en el año 2017.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar la Comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes del sexo masculino de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la Ciudad de Arequipa en el año 2017.
- Precisar la Comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes del sexo femenino de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la Ciudad de Arequipa en el año 2017.

### **2.2.2. Delimitación del estudio**

El ámbito general del estudio se efectúa en la ciudad de Arequipa y el ámbito específico se efectúa en la clínica San Rafael en Arequipa, ubicada en Calle olímpica N°409, en el cercado. La recolección de datos de esta investigación se efectúa de Enero a Diciembre de 2017 en una población de 105 pacientes, La presente investigación es cuantitativa, de tipo observacional y de corte transversal. Se trata de un estudio retrospectivo en cuanto a la toma de información.

### **2.2.3. Justificación e importancia del estudio**

Milton Rojas Valero (2016) Según su investigación titulada “Abuso de Drogas en Adolescentes y Jóvenes y Vulnerabilidad Familiar” siendo descriptivo-retrospectivo del historial de casos clínicos en el que participaron 502 adolescentes y jóvenes (12.7% mujeres y de 7.8% varones), que asistieron a consulta y tratamiento por parte del Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, CEDRO, dando como resultante que el 51.1% de los jóvenes que asistían a recibir el apoyo con intención de detener el consumo de alcohol o marihuana, venían acompañados de sus padres o apoderados, en comparativa de aquellos que concurrían solos al servicio del mismo, otro aspecto importante sería el hecho de que estos jóvenes en su mayoría desocupados y con problemas de consumo de marihuana y alcohol provenían de familias disfuncionales con padres separadas o familias monoparentales. También se evidencio que el 77.5% de los adolescentes y el 80% de estos jóvenes consumidores de marihuana o alcohol, tenían familiares también consumidores de sustancias.

La etapa vital de mayor riesgo o vulnerabilidad a la adicción es la adolescencia (Herrera-Gutiérrez, Collados y Martínez Frutos, 2014<sup>a</sup>: Maturana, 2011), esto nos indica cómo encontrar el momento clave para estudiar la preocupación por encontrar la ruta para poder atender esta prioridad de comorbilidad en los afectados con TDAH con el estudio en la clínica neuropsiquiátrica se identificaran los casos de comorbilidad con TDAH y adicción se conocerá la realidad siendo interés de este estudio plantear la necesidad de variar el actual estado de atención institucional, escolar y familiar para lograr el restablecimiento de los afectados por este trastorno mejorando el tránsito de los mismos al integrarse a la sociedad adulta e integrarse con los grupos productivos

del País con total oportunidad de actuación, esto implica fortalecer la sociedad garantizando la sana formación familiar y eliminación de la prevalencia a las adicciones.

Los resultados de esta investigación, contribuirán a poner de manifiesto la importancia de realizar un diagnóstico y tratamiento correctos del TDAH durante la infancia, para prevenir en lo posible, el abuso y dependencia de sustancias, ya que “el TDAH es por sí sólo un factor de riesgo para desarrollar un trastorno de uso de sustancias (TUS)”. (Davis et al., 2005; Sharps et al., 2005).

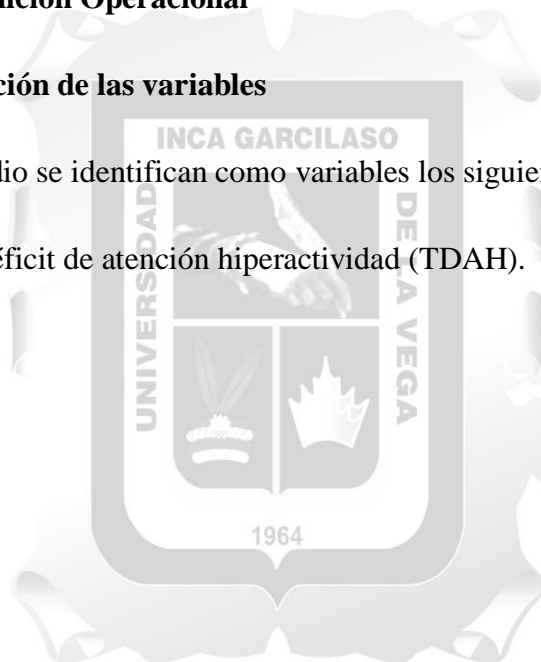
## **2.3. Variables y Definición Operacional**

### **2.3.1. Identificación de las variables**

En el estudio se identifican como variables los siguientes:

V1 trastorno de déficit de atención hiperactividad (TDAH).

V2 adicciones



### 2.3.2. Definición conceptual y operacional de la variable

Tabla 1.

#### *Operacionalización de la Variable*

Variable	Definición conceptual	Indicadores de TDAH y Adicción
TDAH	<p>El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por alteraciones o retraso en el desarrollo de funciones vinculadas a la maduración del sistema nervioso central, que se inician en la infancia y siguen un curso evolutivo estable”.</p> <p>Afirmando que como resultante provocaría la sintomatología propia del TDAH” (Artiagas-Pallarés &amp; Narbona García, 2011, págs. 9-12).</p>	<p>TDAH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inatención</li> <li>- Hiperactividad</li> <li>- Impulsividad</li> </ul>
Adicciones	<p>La adicción es una dependencia manifiesta por la necesidad hacia una sustancia, actividad o relación debido a la satisfacción que esta causa a la persona (Organización Mundial De La Salud, OMS).</p>	<p>Adicciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deseo intenso</li> <li>- Experimentan pérdida de control.</li> <li>- Tienen una dependencia psicológica.</li> <li>- Continúan su actividad pese a consecuencias negativas.</li> <li>- Cada vez invierten más tiempo o dinero en estas actividades.</li> <li>- Pueden padecer un síndrome de abstinencia.</li> <li>- Pierden el interés por otras actividades satisfactorias en su vida.</li> <li>- Tolerancia.</li> <li>- Abandono progresivo de intereses ajenos a esta actividad.</li> </ul>



## CAPÍTULO III

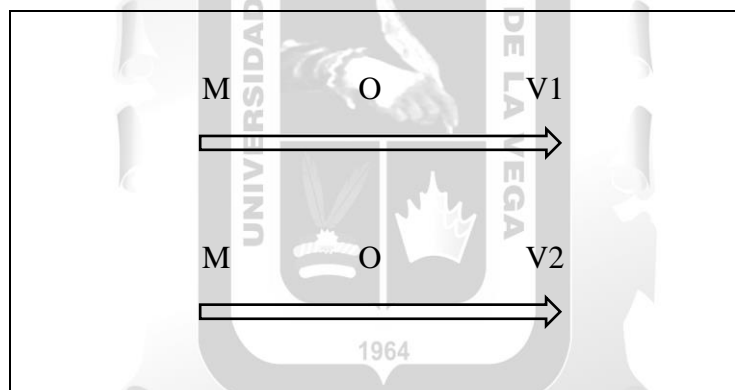
### MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

#### 3.1. Tipo de investigación

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2003). La metodología empleada en la presente investigación es cuantitativa, de nivel exploratorio.

#### 3.2. Diseño de investigación

El diseño es no experimental, dado que se realiza sin la manipulación deliberada de variables, sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego ser analizados (Hernández et al. 2010, p.151); En esta investigación se recolecta la información en la clínica San Rafael de Enero a Diciembre del año 2017. El diseño de la presente investigación se representa en el siguiente esquema:



Dónde:

M: Muestra de estudio

O: Indican las observaciones obtenidas en la variable.

V1: TDAH

V2: Adicciones

### 3.3. Universo, población, muestra y muestreo

#### Universo

El universo está constituido por 105 pacientes tratados en la clínica neuropsiquiátrica y de salud mental San Rafael ubicada en la Ciudad de Arequipa, entre el mes de Enero a Diciembre de 2017.

#### Población

La población está constituida por 61 pacientes todos con el diagnóstico de adicción que también presentan el diagnóstico de TDAH, internos en la clínica neuropsiquiátrica y de salud mental San Rafael, en el periodo de Enero a Diciembre del año 2017.

Tabla 2.

#### *Población de pacientes adictos*

Pacientes	Número de pacientes	%
Pacientes Varones	46	75%
Pacientes Mujeres	15	25%
Total Población	61	100%

Tabla 3.

#### *Población de pacientes con TDAH*

PACIENTES	Número de pacientes	%
Pacientes varones con TDAH	24	62%
Pacientes mujeres con TDAH	15	38%
Total Población	39	100%

## Muestra

### Unidad de análisis:

Es de tipo censal y está conformada por los 61 pacientes todos con diagnóstico de adicción y 39 de ellos con el diagnóstico de TDAH internos en la clínica San Rafael ubicada en la ciudad de Arequipa entre Enero a Diciembre de 2017.

### Unidad de Muestreo:

Como grupo de estudio se seleccionó a la población adicta que se pudo recopilar de las historias clínicas de cada uno de los pacientes atendidos en la clínica San Rafael ubicada en la ciudad de Arequipa entre Enero a Diciembre de 2017 que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Tabla 4.

*Tipos de criterios empleados para selección muestra*

Muestra utilizada
Pacientes con TDAH
Pacientes adictos

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### Técnicas

- Revisión documental
- Observación
- Revisión de expedientes clínicos

#### Instrumentos

- Ficha bibliográfica (Historia clínica psicológica del paciente) (ver anexo 1)
- Lista de ingreso de pacientes a la clínica con diagnóstico de inicio (anexo 3)

- Listas de recolección de datos según Informes psiquiátricos y psicológicos (ver anexo 2)

Se elaboró una Lista de recolección de datos la cual presenta lo siguiente: (ver anexo 2)

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico de ingreso
- comorbilidades asociadas a las adicciones
- Comorbilidades asociadas al TDAH.

### **3.5. Análisis y procesamiento de datos especificar a pasos**

Para el procesamiento de datos se hicieron tablas de distribución para medir, identificar y asociar los diferentes resultados, ya sea de TDAH y Adicción según las variables de estudio y elaboración de gráficos simples; igualmente para la frecuencia de las distribuciones sociodemográficas según sexo y edad. Asimismo se utilizó la hoja de cálculo Excel versión 2013 para la recolección de datos, así como para el empleo de figuras entre las variables. Cabe indicar que dichos resultados fueron ordenados de acuerdo a los objetivos a investigar. La recopilación de datos se realizó tras un cronograma de actividades el cual se muestra en el siguiente diagrama:

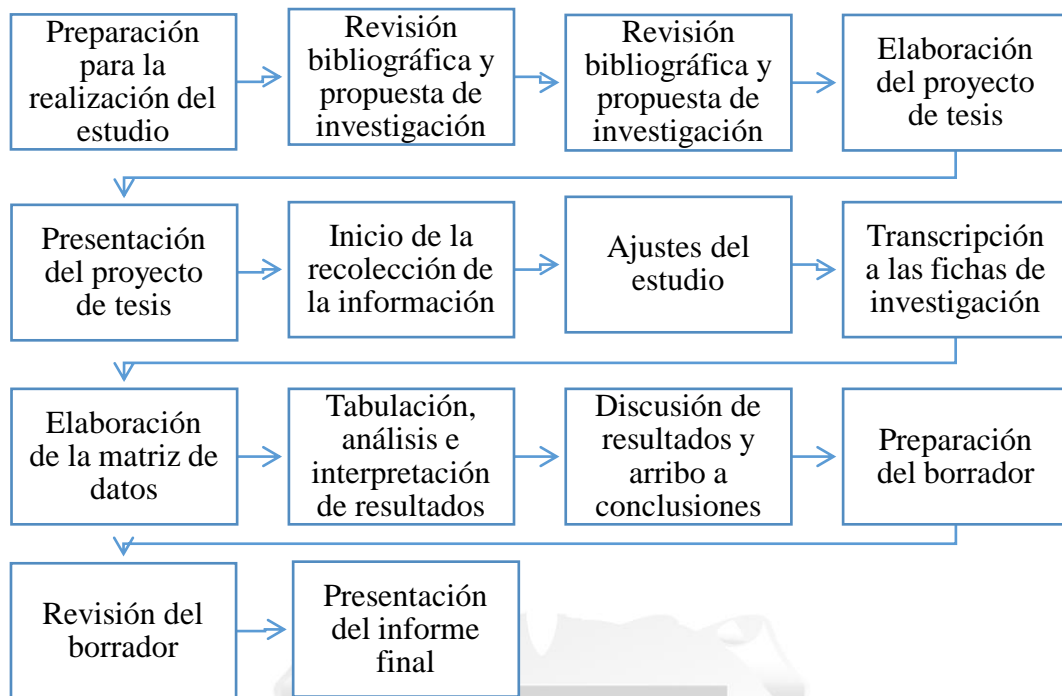


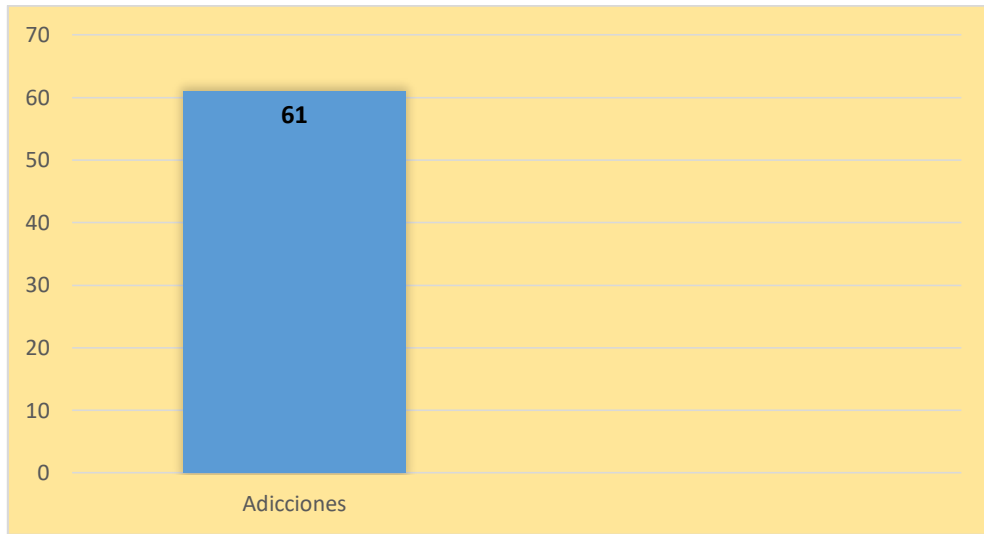
Figura 1. Proceso de recolección de información



## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Presentación de resultados



*Figura 2.* Muestra seleccionada para la investigación

Cantidad de pacientes adictos fueron 61 y dentro de esta muestra incluía 31 pacientes con diagnóstico de TDAH atendidos en el año 2017 en la clínica san Rafael

Tabla 5.

*Pacientes adictos y pacientes con TDAH internos (muestra)*

Adictos
61

La tabla detalla la cantidad de pacientes internos ese año (2017), siendo la muestra empleada para la obtención de los resultados.

Tabla 6.

*Comorbilidad Presente*

Orden	Diagnóstico	Adicción TDAH		% TDAH	Orden
		Con	Sin		
1	Trastorno personalidad límite	14	14	6	21
2	Depresión	-	5	-	-
3	Ansiedad	-	4	-	-
4	Alzheimer	-	1	-	-
5	Alcoholismo	25	-	11	44
6	Drogadicción	30	-	19	66
7	Bipolar	-	5	-	-
8	Esquizofrenia	-	14	-	-
9	Ludopatía	1	-	1	100
10	Adicción videojuegos	5	-	2	50
11	Trastorno mental orgánico	-	4	-	-
Total		-	-	39	-

En la tabla se aprecian los porcentajes por afectación con adicción y TDAH en los diversos diagnósticos, en el total se muestra a 39 pacientes afectados con TDAH presentando comorbilidad en diversas patologías.

Tabla 7. *Pacientes con TDAH y Adicciones*

Adicciones	Total	Con TDAH	%
Alcoholismo	25	10	
Drogadicción	30	20	
Ludopatía	1	1	
A. Videojuegos	5	2	
Total	61	33	54%

Fueron 61 pacientes que presentaron adicciones, de los cuales 33 presentan TDAH, entonces el 54 % tiene comorbilidad.

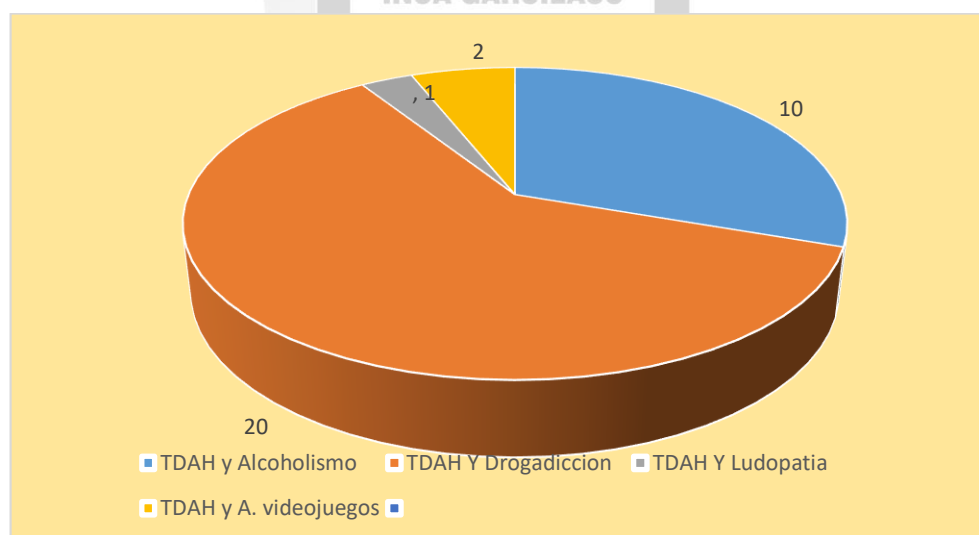
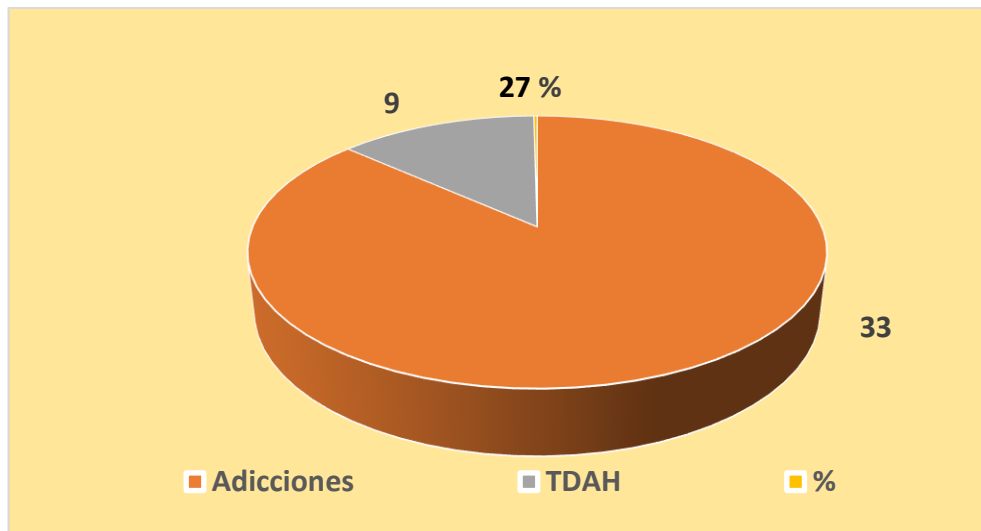


Figura 3. *Pacientes con TDAH y Adicciones*

En esta figura se detalla la presencia de adicciones según el tipo de adicción y a su vez con TDAH.





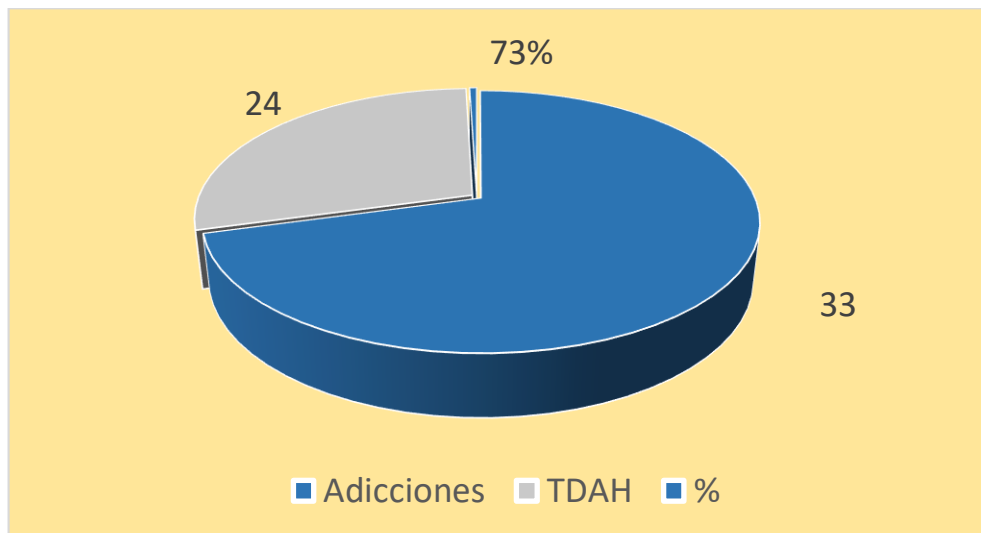
*Figura 4.* Porcentaje de comorbilidad (diagnóstico de TDAH y adicción) en pacientes mujeres

La figura presenta los niveles de comorbilidad de pacientes mujeres diagnosticadas con TDAH y de pacientes mujeres con diagnóstico de adicciones. Se observa que solo el 27 % tienen comorbilidad entre los dos tipos de diagnóstico (TDAH y adicción).

Tabla 8.

*Porcentaje de comorbilidad (diagnóstico de TDAH y adicción) en pacientes varones*

Adicciones y TDAH	n	%
Mujeres	9	27
Varones	24	73



*Figura 5.* Porcentaje de comorbilidad (diagnóstico de TDAH y adicción) en pacientes varones

La figura presenta los niveles de comorbilidad de pacientes varones diagnosticados con TDAH y de pacientes varones con diagnóstico de adicciones. Se observa que el 73 % tienen comorbilidad entre los dos tipos de diagnóstico (TDAH y adicción).

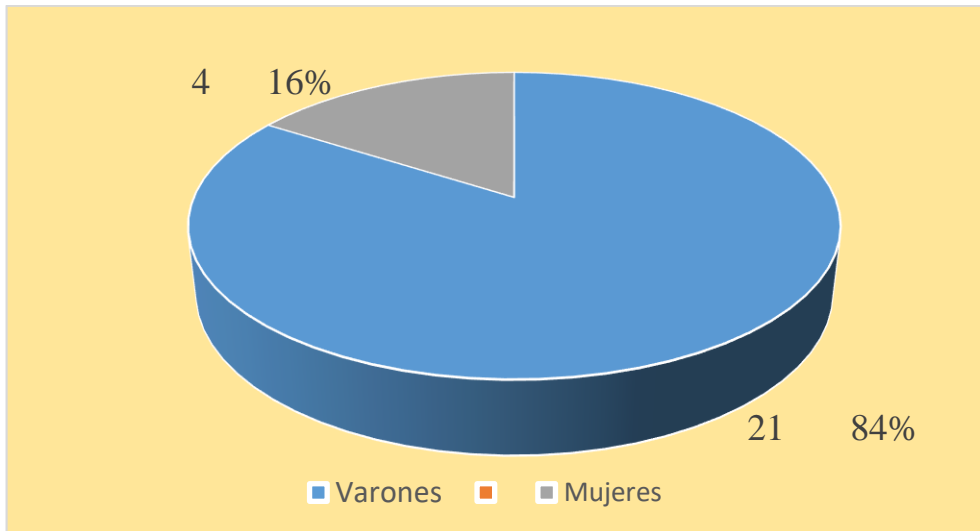


Figura 6. Pacientes con alcoholismo, según sexo

Tabla 9.

*Adicciones al alcohol*

Pacientes con alcoholismo	n	%
Varones	21	84%
Mujeres	4	16%
Total	25	100%

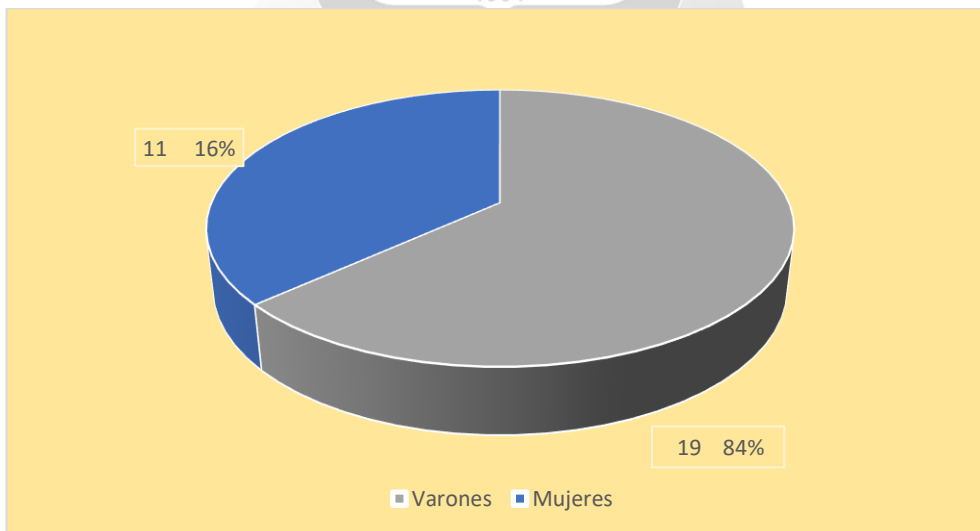


Figura 7. Pacientes con adicción a las drogas, según sexo

Tabla 10.

*Adicción a las drogas*

Pacientes con drogadicción	n	5
Varones	19	84%
Mujeres	11	16%

#### 4.2. Discusión de resultados

El estudio determinó que en la población de 105 pacientes internados entre los meses de enero a diciembre del año 2017, en la clínica neuropsiquiatría y de salud mental (clínica san Rafael), 44 pacientes no presentaron conductas adictivas, 61 pacientes tuvieron adicción a diferentes sustancias y conductas adictivas. El 56% de pacientes tenían comorbilidad con TDAH y el 44% estuvieron libres de comorbilidad con TDAH.

El 73% de la población masculina presentó comorbilidad de TDAH y adicción, y la femenina 27 %, diferencia notable entre ambos, donde los pacientes varones tuvieron mayor número de afectados, las cifras de consumo son coincidentes con otros estudios, como el efectuado en Trujillo por (Burgos Herrera, pág. 25) en el año 2017 (89% con comorbilidad de TDAH y 53 % sin comorbilidad) en pacientes adictos, el MINSA (Ministerio de Salud) público el año 2012 los resultados de estudios los cuales estos fueron los resultados 20.6% en varones y 18.7 de sexo femenino en alcoholismo, en la adicción al tabaco en varones mostraron el 15.5% y en damas 10.0%.

En un estudio realizado en Argentina el año 2017 tuvieron como resultado que el 86% de varones mostraron preferencia por el consumo de alcohol y las mujeres el 76.5%, notándose en los tres casos la vulnerabilidad de los varones a la adquisición de adicciones, al examinar la distribución de las tasas de consumo de alcohol se evidenció, primero la preferencia en el consumo de alcohol respecto de todas las restantes sustancias, legales e ilegales, además que las tasas de prevalencia de vida en consumo de alcohol.

En el Hospital Regional de Trujillo entre Agosto – Octubre 2017, se realizó un estudio sobre los afectados con el TDAH, como factor asociado al Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas, donde 82 pacientes conformaron la muestra para el estudio, determinando que el 89% de los pacientes tenían abuso de consumo de sustancias con

padecimiento del trastorno de déficit de atención, (TDAH) siendo también en este caso la población masculina más vulnerable.

El estudio en el Servicio de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán, durante el año 2011 y 2012. Presenta como resultados el 72,57% de población adicta con presencia de algún tipo de comorbilidad psiquiátrica. Frente a un 29,37% en la población con comorbilidad de TDAH (Velásquez Molina & Ordóñez Huaman, 2015)

La frecuencia de uso de drogas en el último año (2017) en los pacientes de 12 a 65 años de edad fue de 70.1% en hombres y 52.4% en las mujeres.

La diferencia que se mantiene con los resultados del estudio realizado en una clínica neuropsiquiatría y de salud mental (clínica San Rafael), también demuestra la poca disposición de recibir tratamiento por parte de la población femenina, ya sea por vergüenza o temor a ser juzgada.



## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

- La comorbilidad entre pacientes con diagnóstico de TDAH y pacientes adictos fue del 54 %. No mostrando comorbilidad en un 46 %.
- Los niveles de comorbilidad de pacientes mujeres diagnosticadas con TDAH y de con diagnóstico de adicciones fue del 27 % mientras que Los pacientes varones diagnosticados con TDAH y con diagnóstico de adicciones presentaron un porcentaje mayor en conductas adictivas (73 %)
- Los pacientes varones mostraron el 84 % en consumo de alcohol y las pacientes mujeres el 16 %, lo cual indica una notable diferencia entre ambos
- Las pacientes mujeres incidieron en un 37 % en drogadicción, mientras los pacientes varones presentaron un 63 %, lo que denota una mayor vulnerabilidad en el riesgo de adquirir conductas adictivas.
- Estos resultados muestran que los pacientes que sufren de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen tendencia a manifestar conductas adictivas en el tránsito de la adolescencia a la adultez.
- Según el Informe Mundial Sobre Las Drogas de Las Naciones Unidas en el 2012 informa que; 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), motivo por el cual es importante hacer evidente la necesidad de utilizar esta información, para beneficio de la sociedad.

#### 5.2. Recomendaciones

Un diagnóstico temprano del TDAH posibilitaría el recibir un adecuada intervención a tiempo, para así controlar y regular la sintomatología del déficit de atención, hiperactividad e impulsividad (TDAH); el tratamiento psicológico (conductual y psicoeducativo)

fundamentalmente enfocada a la mejora en las funciones ejecutivas (habilidades cognitivas como iniciar tareas, organización, efectuar trabajos de planificación, etc.) esta propuesta es en base a los resultados expuestos como sigue

- Efectuar el tratamiento farmacológico como medida necesaria para ayudar al control de la conducta impulsiva característica del trastorno, además de mejorar su nivel de atención.
- Es recomendable elaborar programas adecuados para intervención escolar a través de la estimulación cognitiva a fin de mejorar los niveles de atención, memoria y controlar el nivel de impulsividad con tratamientos multimodales para controlar los síntomas y al mismo tiempo poder evitar mayores complicaciones derivadas del trastorno y que podría experimentar en el transcurso de sus vidas. Esto tendría que efectuarse con un tratamiento farmacológico, psicológico y en la psicoeducación en el ámbito educativo y entorno familiar (padres y maestros).
- La inclusión del tratamiento extendido a los familiares y personas cercanas a los pacientes como apoyo para el mejor desarrollo de un plan conjunto de estimulación y acercamiento a la integración al medio social y familiar.
- El seguimiento y asesoramiento constante para lograr una buena evolución del paciente, proponiendo la evaluación continua en gran parte del proceso de mantenimiento de los pacientes involucrados en el estudio, con la finalidad de medir y evaluar el desarrollo evolutivo del plan terapéutico implementado, y así lograr propuestas de mejora al tratamiento.
- El estudio realizado en una clínica neuropsiquiatría y de salud mental (clínica San Rafael) en la ciudad de Arequipa sugiere la necesidad de implementar en la región un plan de prevención para la población en riesgo, a nivel psicoeducativo tanto en las escuelas como en los ambientes donde se mueva la población infantil, adolescente y juvenil.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Artiagas-Pallarés, J., & Narbona García, J. (2011). *Trastorno del neurodesarrollo*. Madrid: Viguera.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: Copyright © 2014 Asociación Americana de Psiquiatría.
- Becoña, E., & Cortés Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología Clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Burgos Herrera, S. (2018). *TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD COMO FACTOR ASOCIADO A TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*. Trujillo: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO.
- Corrêa de Carvalho, J. T. (01 de Diciembre de 2007). *Historia de las drogas y de la guerra de su difusión*. Obtenido de Noticias Jurídicas: <http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4340-historia-de-las-drogas-y-de-la-guerra-de-su->
- Crichton, A. (1798). *An inquiry into the nature and origin of mental derangement*. London: T. Cadell, Junior, and W. Davies, in The Strand.
- Departamento de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad dual en niños y adolescentes. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 47(2), 33,34,35,36,37,38,39,40.
- Departamento de Psiquiatría, P. S. (2009). Comorbilidad de la Dependencia al Alcohol y Drogas y el Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad. *Ret, Revista de Toxicomanías*(58).
- Fernández Hermida, J., Carballo, J., Secades-Villa, R., & García-Rodríguez, O. (2007). Modelos Teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 2-10. Obtenido de Sección Monográfica.



- Gallegos Caviedes, J., & López Córdoba, N. (2012). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, intervenciones en psicología clínica*. Cali: Universidad Del Valle.
- Granados Monchez, G. (2008). *Prevalencia de Trastorno por déficit de atención en población estudiantil Facultad de Medicina de el Salvador Enero-Diciembre 2013*. San Salvador: Facultad de Medicina.
- Iglesias, E. B. (2007). *Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Galicia: Universidad Santiago de Compostela.
- Jara, W. (2008). *Prevalencia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares*. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo.
- Mardomingo Sanz, M. J. (2009). *Psiquiatría del niño y Del adolescencia: Metodo, fundamentos y síndromes* (1 ed.). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Ohlmeier, M., & Cols. (2008). Comorbilidad de la Dependencia al Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *RET, Revista de Toxicomanías*.(58), 12,13,14,15,16,17,18.
- Ohlmeier, M., Peters, K., Te Wildt, B., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., . . . Schneider, U. (2009). Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e. *RET, Revista de Toxicomanías*.(58 - 2), 14. Recuperado el 2018
- Ospina, A. R. (2014). *Control inhibitorio en niños y niñas con TDAH medicados y no medicados que asisten a*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Pascual Arriazu, J., & Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Puerta Baptiste, G. (1999). DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD: UN TRASTORNO NEUROPSIQUIATRICO. *Rev Colomb Psiquiatr, Vol. XXVIII*,(No. 2), 5.
- Regalado Rodríguez, M. A. (2017). *Prevalencia del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz*

Gallo y Universidad de San Martín de Porres- filial norte en el año 2015.

Chiclayo: Universidad San Martín de Porres.

Riego, J. T. (2013). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad dual en niños y adolescentes internados en un centro para el tratamiento de adicciones*. Asunción: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

Salud, M. d. (2017). *Situación de Salud de los Adolescentes y Jóvenes en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.

Sánchez, C. (2017). *10 Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la población en el Área de Valladolid Este*. Valladolid: 100. Sánchez, C. (2017). Prevalencia Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

Sasot LLevadot, J. (29 de Julio de 2010). *TDAH: trastornos asociados. Preguntas y respuestas*. Obtenido de Guía Centre psicopediátrica: : <http://alotroladodelhilorajo.blogspot.com/2010/07/trastorno-por-deficit-de-atencion-e.html>

Soria Rodríguez, G. (2006). *Sistemas cannabinoide y purinérgico: posibles sustratos neurobiológicos de la adicción*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.

Still, G. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. . *The Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.

Velasquez Molina, E., & Ordóñez Huaman, C. (2015). Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. *Revista Neuropsiquiátrica*(2), 73,74,75,76,77,78,79.



**ANEXO 1. MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA DE LA CLÍNICA  
SAN RAFAEL**



**SERVICIO PSICOLÓGICO**

**HISTORIA CLINICA**

FECHA:

**1. DATOS GENERALES:**

- NOMBRES Y APELLIDOS: A GARCILASO.....
- DIRECCIÓN: .....
- TELÉFONO: .....
- EDAD:.....OCUPACIÓN:.....
- INFORMANTE:.....
- ¿Con quién vive en este momento?  
.....  
.....  
.....

**2. MOTIVO DE CONSULTA**

.....  
.....  
.....

**3. DATOS CLÍNICOS:**

- a. Exprese con sus propias palabras la naturaleza y la duración de sus problemas principales:

.....  
.....  
.....

.....  
.....

b. Haga una breve reseña sobre la historia y el desarrollo de sus problemas (desde su origen hasta el presente):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

c. Evalúe la gravedad de sus problemas: **SUBRAYE**

- Levemente perturbador
- Moderadamente grave
- Muy grave
- Sumamente grave
- Totalmente incapacitante

d. ¿A quién consultó previamente acerca de sus problemas actuales?

.....  
.....

**4. DATOS PERSONALES:**

a. Fecha de nacimiento: ..... Lugar de nacimiento: .....

b. Condición de su mamá durante su embarazo: .....

.....

c. SUBRAYE O MENCIONE Situaciones que han tenido lugar durante su infancia

(Terror Nocturno)    (Enuresis)    (Sonambulismo)    (Chuparse el dedo)

(Comerse las uñas)    (Tartamudeo)    (Temores)    (Infancia infeliz)

(Infancia desdichada)    Otros:.....

.....

d. Estado de salud durante su infancia. Enumere las enfermedades:

.....  
.....

e. Estatura: ..... Peso: .....

f. ¿Ha sufrido intervenciones quirúrgicas? Enumérelas y especifique a qué edad:.....  
.....

g. ¿Cuándo se sometió por última vez a una revisión médica?

.....

h. ¿Ha tenido accidentes?

.....

i. Enumere sus cinco temores principales:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

j. Subraye los síntomas aplicables a su caso:

Conmociones

Malas condiciones en el hogar

Depresión

Mareos

Desmayos

No gusta de fines de semana o vacaciones

Dificultades de concentración

No puedo entablar amistades

Dolores de cabeza

Palpitaciones

Drogas

Pánico

Excesiva ambición

Pesadillas

Falta de apetito	Problemas de memoria
Fatiga	Problemas digestivos
Ideas suicidas	Problemas estomacales
Incapaz de divertirme	Problemas financieros
Incapaz de relajarme	Problemas sexuales
Incapaz de tomar decisiones	Sentimientos de inferioridad
Ingesta de sedantes	Tensión
Insomnio	Timidez

Otros:.....  
.....

**5. DATOS LABORALES:**

- a. ¿Qué tipo de trabajo desempeña ahora?  
.....
- b. ¿Qué tipo de trabajo desempeñó en el pasado?  
.....
- c. ¿Está satisfecho con su trabajo actual? (en caso negativo explique por qué)  
.....  
.....

**6. INFORMACIÓN SEXUAL:**

- a. Actitud de sus padres con respecto al sexo:  
¿Hubo instrucción sexual?: .....  
¿Discusiones sobre el tema?: .....
- b. ¿Cuándo y cómo adquirió sus primeros conocimientos sobre el sexo.....  
.....  
.....

**7. MATRIMONIO O CONVIVENCIA: LLENAR SEGÚN SEA EL CASO**

.....  
.....

**8. DATOS FAMILIARES:**

a. Padre:

- ¿Vive? (En caso negativo qué edad tenía cuando murió y cuál fue la causa de su muerte).....

.....

- Si vive ¿Qué edad tiene su padre ahora? .....
- Ocupación: .....
- Estado de salud: .....

b. Madre:

- ¿Vive? (En caso negativo qué edad tenía cuando murió y cuál fue la causa de su muerte).....

.....

- Si vive ¿Qué edad tiene su madre ahora? .....
- Ocupación: .....
- Estado de salud: .....

c. Si tuviera hermanos mencione sexo y edades de cada uno:

.....

.....

.....

- Describa la personalidad de sus padres y su actitud con respecto a usted (pasado presente):.....

.....

.....

- ¿De qué forma lo castigaban sus padres cuando era pequeño?.....

.....



- Dé una impresión sobre la atmósfera que reinaba en su hogar:.....  
.....  
.....
- ¿Podría confiar en sus padres?.....  
.....
- Si tuviera Madrastra o Padrastra, informe qué edad tenía cuando su madre o padre contrajo matrimonio o se unió en convivencia:.....
- Describa en pocas palabras su formación religiosa:.....  
.....
- Si no fue criado por sus padres ¿Quién lo tuvo a su cargo y entre qué edades?.....  
.....
- ¿Alguien (parientes, padres, amistades) interfirió alguna vez en su matrimonio, ocupación, decisión, etc.?.....  
.....
- ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?.....  
.....
- ¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia o algún otro problema que pueda considerarse un trastorno mental? (detalle).....  
.....
- ¿Hubo algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado?  
.....
- Describa cualquier experiencia aterradora o angustiante que no haya mencionado aún:.....  
.....
- Enumere las situaciones que lo hacen sentir especialmente ansioso.....  
.....
- Enumere todas las situaciones que lo hacen sentir sereno o relajado:.....  
.....

- ¿Alguna vez perdió el control de sí mismo? (agresividad, rabieta, gritos) detalle.

.....

- Auto descripción: Por favor complete los espacios en blanco

Soy: .....

Soy: .....

Soy: .....

Me siento: .....

Me siento: .....

Me siento: .....

Me siento: .....

Pienso: .....

Pienso: .....

Pienso: .....

Pienso: .....

Quisiera: .....

Quisiera: .....

Quisiera: .....

- Utilice los espacios en blanco para dar una imagen de sí mismo, con una sola palabra, según quién lo describiría:

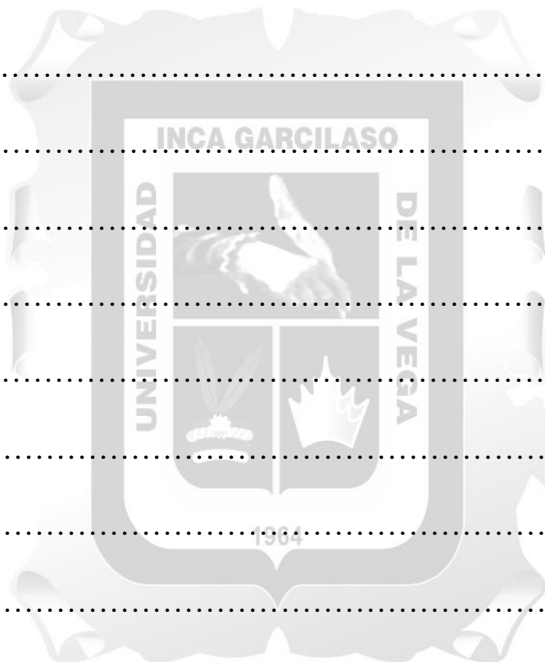
a. Usted mismo: .....

b. Su mejor amigo: .....

c. Alguien que no lo quiere: .....

- Por favor agregue cualquier información no solicitada en este cuestionario, que pueda ayudar a su terapeuta a comprenderlo y apoyarlo (utilice una hoja adicional si fuera necesario)

.....  
 .....  
 .....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnostico presuntivo.....

.....



**ANEXO 2. LISTAS ELABORADAS PARA OBSERVACIÓN DE DATOS CON LOS  
DIAGNOSTICOS SEGÚN CONSTA DE LOS INFORMES PSICOLÓGICOS Y  
PSIQUIÁTRICOS**

**CUADRO DE DATOS EN LISTADOS (según el siguiente orden)**

**Total** – Listado sumatorio de pacientes

**Orden** – Número de orden en la lista de historia clínica

**Datos** – Iniciales de identificación del paciente

**Edad** – Edad del paciente según historia clínica

**Sexo** – Identificación del sexo del paciente en historia clínica

**Diagnostico** – consignado en historia clínica según informes psicológicos y psiquiatricos

**RELACION DE PACIENTES VARONES**

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	2 DTO	17	M	Adicción videojuegos/ Esquizoide
2.	6 IT	37	M	Alcoholismo/ Trastorno mental orgánico
3.	7 VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
4.	10 AAF	27	M	Drogadicción
5.	11 RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH
6.	12 IMH	31	M	Alcoholismo/ Depresión
7.	13 RPP	22	M	Esquizofrenia
8.	14 AJV	19	M	Adicción a videojuegos/ T. evitativo
9.	15 VFG	36	M	Alcoholismo
10.	16 DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
11.	19 PB	28	M	Trastorno de personalidad limite
12.	21 VHV	28	M	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite

13.	22	WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
14.	23	FLR	42	M	Esquizofrenia
15.	24	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
16.	25	JCCh	29	M	Esquizofrenia
17.	26	CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
18.	27	BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
19.	28	MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
20.	31	GR	48	M	Drogadicción/ Trastorno de personalidad limite
21.	32	GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
22.	33	JLT	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
23.	34	DAN	18	M	Esquizofrenia
24.	35	EEA	32	M	Alcoholismo/ Depresión
25.	36	FNG	19	M	Drogadicción/ Asperger
26.	37	RRM	26	M	Alcoholismo/ Antisocial
27.	42	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
28.	47	ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
29.	48	JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
30.	51	WC	21	M	Ansiedad
31.	58	LAV	26	M	Drogadicción Bipolar
32.	59	QSC	72	M	Trastorno mental orgánico
33.	60	JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
34.	61	RLL	19	M	Autismo
35.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH

36.	63	SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
37.	66	OM	36	M	Bipolar/ Drogadicción
38.	70	BCC	18	M	T.P.L.
39.	71	RMV	52	M	Alcoholismo
40.	73	FNP	22	M	T. Psicótico
41.	74	DAA	26	M	Drogadicción/ Psicótico
42.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
43.	77	CCS	28	M	Drogadicción/ Depresión
44.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
45.	83	JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
46.	84	JAM	18	M	Drogadicción/ T. Disocial
47.	85	MV	57	M	Trastorno mental orgánico
48.	88	ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. Personalidad limite
49.	89	EB	48	M	Esquizofrenia
50.	90	DIZ	18	M	Adicción a videojuegos
51.	91	AVC	21	M	Esquizofrenia
52.	92	HFL	63	M	Alcoholismo/ trastorno mental orgánico
53.	93	JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
54.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
55.	96	LIR	32	M	Trastorno mental orgánico
56.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
57.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
58.	100	ORH	24	M	Depresión

59.	101	GVP	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
60.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH
61.	104	LQS	34	M	Esquizofrenia
62.	105	RSH	50	M	Alcoholismo

### RELACION DE PACIENTES MUJERES

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	1	YHS	45	F	Alcoholismo/ansiedad
2.	3	TLP	19	F	Trastorno de personalidad limite
3.	4	BR	21	F	Trastorno de personalidad limite
4.	5	MV	28	F	Bipolar
5.	8	IF	19	F	Esquizofrenia
6.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. personalidad limite TDAH
7.	17	MPB	56	F	Esquizofrenia
8.	18	MCS	32	F	Alcoholismo/ansiedad
9.	20	AE	19	F	Trastorno de personalidad limite
10.	29	ESS	21	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
11.	30	F Ch. Ch.	75	F	Esquizofrenia
12.	38	NAB	15	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
13.	39	EBS	18	F	Depresión
14.	40	ICS	21	F	Alcoholismo/ trastorno de personalidad limite
15.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras .personalidad limite/ TDAH
16.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH

17.	44	LRA	28	F	T. psicótico/ bipolar
18.	45	AF	22	F	Tras. personalidad limite/TDAH/ Drogadicción
19.	46	MGC	22	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
20.	49	AMZ	19	F	Trastorno disociativo
21.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
22.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
23.	53	GEC	17	F	Drogadicción/Tras. personalidad limite/ TDAH
24.	54	MNDB.	65	F	Alzheimer
25.	55	AAM	18	F	Depresión
26.	56	SPP	22	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
27.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
28.	64	ES	35	F	Bipolar
29.	65	LP	34	F	Trastorno de personalidad limite
30.	67	YRD	28	F	Adicción codeína/ trastorno personalidad limite
31.	68	CLT	16	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
32.	69	HQM	28	F	Esquizofrenia
33.	72	IER	37	F	Depresión
34.	76	VC	45	F	Esquizofrenia
35.	78	LVLL	19	F	Esquizofrenia
36.	79	MFV	20	F	Bulimia/ TDAH/ Trastorno personalidad limite
37.	80	GCA	25	F	Depresión
38.	82	SRP	20	F	Trastorno de personalidad limite/ Drogadicción
39.	86	LP	45	F	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite



40.	87	SV	26	F	Trastorno de personalidad limite
41.	95	NPH	46	F	Ansiedad
42.	98	MP	27	F	Drogadicción/ tras. personalidad limite/ TDAH
43.	102	AKSH	19	F	Trastorno de personalidad limite

### RELACION DE PACIENTES CON TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	7	VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
2.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. Per. limite / TDAH
3.	11	RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH
4.	16	DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
5.	22	WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
6.	24	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
7.	26	CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
8.	27	BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
9.	28	MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
10.	29	ESS	21	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
11.	32	GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
12.	38	NAB	15	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
13.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
14.	42	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
15.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. per. limite/ TDAH
16.	45	AF	22	F	Tras. Per. limite/TDAH/ Drogadicción

17.	46	MGC	22	F	Trastorno personalidad limite/ TDAH
18.	47	ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
19.	48	JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
20.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
21.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
22.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
23.	56	SPP	22	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
24.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
25.	60	JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
26.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH
27.	63	SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
28.	68	CLT	16	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
29.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
30.	79	MFV	20	F	Bulimia/ TDAH/ Tras. personalidad limite
31.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
32.	83	JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
33.	88	ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. Per. limite
34.	93	JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
35.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
36.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
37.	98	MP	27	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/TDAH
38.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
39.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH

## RELACION DE PACIENTES VARONES CON TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	7 VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
2.	11 RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH
3.	16 DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
4.	22 WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
5.	24 DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
6.	26 CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
7.	27 BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
8.	28 MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
9.	32 GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
10.	42 DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
11.	47 ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
12.	48 JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
13.	60 JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
14.	62 JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH
15.	63 SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
16.	75 MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
17.	81 GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
18.	83 JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
19.	88 ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. personalidad limite
20.	93 JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH

21.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
22.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
23.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
24.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH

### RELACION DE PACIENTES MUJERES CON TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. personalidad limite / TDAH
2.	29	ESS	21	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
3.	38	NAB	15	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
4.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
5.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
6.	45	AF	22	F	Tras. Per. limite/TDAH/ Drogadicción
7.	46	MGC	22	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
8.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
9.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
10.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
11.	56	SPP	22	F	Tras. personalidad limite/ TDAH
12.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
13.	68	CLT	16	F	Trastorno de personalidad limite/ TDAH
14.	79	MFV	20	F	Bulimia/ TDAH/ Tras. personalidad limite
15.	98	MP	27	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH

### RELACION DE PACIENTES CON ADICCIONES

	ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	1	YHS	45	F	Alcoholismo/ansiedad
2.	2	DTO	17	M	Adicción videojuegos/ Esquizoide
3.	6	IT	37	M	Alcoholismo/ Trastorno mental orgánico
4.	7	VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
5.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. Per. limite / TDAH
6.	10	AAF	27	M	Drogadicción
7.	11	RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH
8.	12	IMH	31	M	Alcoholismo/ Depresión
9.	14	AJV	19	M	Adicción a videojuegos/ T. evitativo
10.	15	VFG	36	M	Alcoholismo
11.	16	DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
12.	18	MCS	32	F	Alcoholismo/ansiedad
13.	21	VHV	28	M	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
14.	22	WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
15.	24	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
16.	26	CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
17.	27	BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
18.	28	MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
19.	31	GR	48	M	Drogadicción/ Trastorno de personalidad limite
20.	32	GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
21.	33	JLT	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
22.	35	EEA	32	M	Alcoholismo/ Depresión

23.	36	FNG	19	M	Drogadicción/ Asperger
24.	37	RRM	26	M	Alcoholismo/ Antisocial
25.	40	ICS	21	F	Alcoholismo/ trastorno de personalidad limite
26.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
27.	42	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
28.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
29.	45	AF	22	F	Tras. Per. limite/TDAH/ Drogadicción
30.	47	ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
31.	48	JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
32.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
33.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
34.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. Per. limite/ TDAH
35.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
36.	58	LAV	26	M	Drogadicción Bipolar
37.	60	JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
38.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH
39.	63	SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
40.	66	OM	36	M	Bipolar/ Drogadicción
41.	67	YRD	28	F	Adicción a codeína/ Tras. Per. limite
42.	71	RMV	52	M	Alcoholismo
43.	74	DAA	26	M	Drogadicción/ Psicótico
44.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
45.	77	CCS	28	M	Drogadicción/ Depresión

46.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
47.	82	SRP	20	F	Tras. Personalidad limite/ Drogadicción
48.	83	JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
49.	84	JAM	18	M	Drogadicción/ T. Disocial
50.	86	LP	45	F	Alcoholismo/ Tras. personalidad limite
51.	88	ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. Per. limite
52.	90	DIZ	18	M	Adicción a videojuegos
53.	92	HFL	63	M	Alcoholismo/ trastorno mental orgánico
54.	93	JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
55.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
56.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
57.	98	MP	27	F	Drogadicción/ trastorno per. limite/ TDAH
58.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
59.	101	GVP	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
60.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH
61.	105	RSH	50	M	Alcoholismo

### RELACION DE PACIENTES VARONES CON ADICCIONES

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	2	DTO	17	M	Adicción videojuegos/ Esquizoide
2.	6	IT	37	M	Alcoholismo/ Trastorno mental orgánico
3.	7	VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
4.	10	AAF	27	M	Drogadicción

5.	11	RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH
6.	12	IMH	31	M	Alcoholismo/ Depresión
7.	14	AJV	19	M	Adicción a videojuegos/ T. evitativo
8.	15	VFG	36	M	Alcoholismo
9.	16	DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
10.	21	VHV	28	M	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
11.	22	WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
12.	24	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
13.	26	CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
14.	27	BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
15.	28	MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
16.	31	GR	48	M	Drogadicción/ Trastorno de personalidad limite
17.	32	GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
18.	33	JLT	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
19.	35	EEA	32	M	Alcoholismo/ Depresión
20.	36	FNG	19	M	Drogadicción/ Asperger
21.	37	RRM	26	M	Alcoholismo/ Antisocial
22.	42	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
23.	47	ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
24.	48	JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
25.	58	LAV	26	M	Drogadicción Bipolar
26.	60	JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
27.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH



28.	63	SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
29.	66	OM	36	M	Bipolar/ Drogadicción
30.	71	RMV	52	M	Alcoholismo
31.	74	DAA	26	M	Drogadicción/ Psicótico
32.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
33.	77	CCS	28	M	Drogadicción/ Depresión
34.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
35.	83	JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
36.	84	JAM	18	M	Drogadicción/ T. Disocial
37.	88	ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. personalidad limite
38.	90	DIZ	18	M	Adicción a videojuegos
39.	92	HFL	63	M	Alcoholismo/ trastorno mental orgánico
40.	93	JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
41.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
42.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
43.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
44.	101	GVP	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
45.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH
46.	105	RSR	50	M	Alcoholismo

## RELACION DE PACIENTES MUJERES CON ADICCIONES

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	1	YHS	45	F	Alcoholismo/ansiedad
2.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. personalidad limite / TDAH
3.	18	MCS	32	F	Alcoholismo/ansiedad
4.	40	ICS	21	F	Alcoholismo/ trastorno de personalidad limite
5.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
6.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
7.	45	AF	22	F	Tras. personalidad limite/TDAH/ Drogadicción
8.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
9.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
10.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
11.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
12.	67	YRD	28	F	Adicción a codeína/ tras. personalidad limite
13.	82	SRP	20	F	Trastorno de personalidad limite/ Drogadicción
14.	86	LP	45	F	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
15.	98	MP	27	F	Drogadicción/ tras. personalidad limite/ TDAH

## RELACION DE PACIENTES CON ADICCIONES Y TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	7	VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
2.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. personalidad limite / TDAH
3.	11	RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH

4.	16	DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
5.	22	WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
6.	24	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
7.	26	CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
8.	27	BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
9.	28	MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
10.	32	GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
11.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
12.	42	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
13.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
14.	45	AF	22	F	Tras. personalidad limite/TDAH/ Drogadicción
15.	47	ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
16.	48	JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
17.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
18.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
19.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
20.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
21.	60	JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
22.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH
23.	63	SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
24.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
25.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
26.	83	JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial

27.	88	ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. personalidad limite
28.	93	JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
29.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
30.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
31.	98	MP	27	F	Drogadicción/ tras. personalidad limite/ TDAH
32.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
33.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH

### RELACION DE PACIENTES VARONES CON ADICCIONES Y TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	7 VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
2.	11 RRY	19	M	Adicción a videojuegos/ TDAH
3.	16 DRC	56	M	Ludopatía/ TDAH
4.	22 WV	68	M	Alcoholismo/ TDAH
5.	24 DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
6.	26 CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
7.	27 BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
8.	28 MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
9.	32 GMP	17	M	Adicción a videojuegos/TDAH
10.	42 DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
11.	47 ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
12.	48 JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
13.	60 JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH

14.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH
15.	63	SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
16.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
17.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
18.	83	JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
19.	88	ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Tras. personalidad limite
20.	93	JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
21.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
22.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
23.	99	JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
24.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH

### RELACION DE PACIENTES MUJERES CON ADICCIONES Y TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. personalidad limite / TDAH
2.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
3.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
4.	45	AF	22	F	Tras. personalidad limite/TDAH/ Drogadicción
5.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
6.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
7.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
8.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
9.	98	MP	27	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH

## RELACION DE PACIENTES CON ADICCIONES SIN TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	1 YHS	45	F	Alcoholismo/ansiedad
2.	2 DTO	17	M	Adicción videojuegos/ Esquizoide
3.	6 IT	37	M	Alcoholismo/ Trastorno mental orgánico
4.	10 AAF	27	M	Drogadicción
5.	12 IMH	31	M	Alcoholismo/ Depresión
6.	14 AJV	19	M	Adicción a videojuegos/ T. evitativo
7.	15 VFG	36	M	Alcoholismo
8.	18 MCS	32	F	Alcoholismo/ansiedad
9.	21 VHV	28	M	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
10.	31 GR	48	M	Drogadicción/ Trastorno de personalidad limite
11.	33 JLT	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
12.	35 EEA	32	M	Alcoholismo/ Depresión
13.	36 FNG	19	M	Drogadicción/ Asperger
14.	37 RRM	26	M	Alcoholismo/ Antisocial
15.	40 ICS	21	F	Alcoholismo/ trastorno de personalidad limite
16.	58 LAV	26	M	Drogadicción Bipolar
17.	66 OM	36	M	Bipolar/ Drogadicción
18.	67 YRD	28	F	Adicción a codeína/ trastorno de personalidad limite
19.	71 RMV	52	M	Alcoholismo
20.	74 DAA	26	M	Drogadicción/ Psicótico
21.	77 CCS	28	M	Drogadicción/ Depresión

22.	82	SRP	20	F	Trastorno de personalidad limite/ Drogadicción
23.	84	JAM	18	M	Drogadicción/ T. Disocial
24.	86	LP	45	F	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
25.	90	DIZ	18	M	Adicción a videojuegos
26.	92	HFL	63	M	Alcoholismo/ trastorno mental orgánico
27.	101	GVP	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
28.	105	RSH	50	M	Alcoholismo

### RELACION DE PACIENTES VARONES CON ADICCIONES Y SIN TDAH

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	INC	DIAGNOSTICO
1.	2	DTO	17	M	Adicción videojuegos/ Esquizoide
2.	6	IT	37	M	Alcoholismo/ Trastorno mental orgánico
3.	10	AAF	27	M	Drogadicción
4.	12	IMH	31	M	Alcoholismo/ Depresión
5.	14	AJV	19	M	Adicción a videojuegos/ T. evitativo
6.	15	VFG	36	M	Alcoholismo
7.	21	VHV	28	M	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
8.	31	GR	48	M	Drogadicción/ Trastorno de personalidad limite
9.	33	JLT	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
10.	35	EEA	32	M	Alcoholismo/ Depresión
11.	36	FNG	19	M	Drogadicción/ Asperger
12.	37	RRM	26	M	Alcoholismo/ Antisocial
13.	58	LAV	26	M	Drogadicción Bipolar

14.	66	OM	36	M	Bipolar/ Drogadicción
15.	71	RMV	52	M	Alcoholismo
16.	74	DAA	26	M	Drogadicción/ Psicótico
17.	77	CCS	28	M	Drogadicción/ Depresión
18.	84	JAM	18	M	Drogadicción/ T. Disocial
19.	90	DIZ	18	M	Adicción a videojuegos
20.	92	HFL	63	M	Alcoholismo/ trastorno mental orgánico
21.	101	GVP	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
22.	105	RSH	50	M	Alcoholismo

#### **RELACION DE PACIENTES MUJERES CON ADICCIONES SIN TDAH**

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	1	YHS	45	F	Alcoholismo/ansiedad
2.	18	MCS	32	F	Alcoholismo/ansiedad
3.	40	ICS	21	F	Alcoholismo/ trastorno de personalidad limite
4.	67	YRD	28	F	Adicción a codeína/ tras. personalidad limite
5.	82	SRP	20	F	Trastorno de personalidad limite/ Drogadicción
6.	86	LP	45	F	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite

#### **RELACIÓN DE PACIENTES MUJERES CON DROGADICCIÓN**

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	9	WI	19	F	Drogadicción, Tras. personalidad limite /TDAH
2.	41	DVI	16	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
3.	43	KTE	23	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
4.	45	AF	22	F	Tras. personalidad limite/TDAH/ Drogadicción



5.	50	WIM	19	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
6.	52	ARH	17	F	Drogadicción/ TDAH
7.	53	GEC	17	F	Drogadicción/ Tras. personalidad limite/ TDAH
8.	57	BR	17	F	Drogadicción/ TDAH
9.	67	YRD	28	F	Adicción a codeína/ tras. personalidad limite
10.	82	SRP	20	F	Trastorno de personalidad limite/ Drogadicción
11.	98	MP	27	F	Drogadicción/ tras. personalidad limite/ TDAH

### RELACION DE PACIENTES VARONES CON DROGADICCION

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO	
1.	10	AAF	27	M	Drogadicción
2.	24	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
3.	26	CC	21	M	Drogadicción/ TDAH
4.	28	MAS	36	M	Drogadicción/ TDAH
5.	31	GR	48	M	Drogadicción/ Trastorno de personalidad limite
6.	36	FNG	19	M	Drogadicción/ Asperger
7.	42	DBS	15	M	Drogadicción/ TDAH
8.	47	ACC	17	M	Drogadicción/ TDAH
9.	58	LAV	26	M	Drogadicción Bipolar
10.	62	JCP	24	M	Drogadicción/ TDAH
11.	66	OM	36	M	Bipolar/ Drogadicción
12.	74	DAA	26	M	Drogadicción/ Psicótico
13.	75	MPC	26	M	Drogadicción/ TDAH
14.	77	CCS	28	M	Drogadicción/ Depresión
15.	81	GGA	18	M	Drogadicción/ TDAH
16.	84	JAM	18	M	Drogadicción/ T. Disocial
17.	94	JHP	20	M	Drogadicción/ TDAH
18.	97	SAH	21	M	Drogadicción/ TDAH
19.	103	AQR	20	M	Drogadicción/ TDAH

## RELACION DE PACIENTES MUJERES CON ALCOHOLISMO

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	1 YHS	45	F	Alcoholismo/ansiedad
2.	18 MCS	32	F	Alcoholismo/ansiedad
3.	40 ICS	21	F	Alcoholismo/ trastorno de personalidad limite
4.	86 LP	45	F	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite

## RELACION DE PACIENTES VARONES CON ALCOHOLISMO

ORDEN	DATOS	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	6 IT	37	M	Alcoholismo/ Trastorno mental orgánico
2.	7 VZ	48	M	Alcoholismo/ TDAH
3.	12 IMH	31	M	Alcoholismo/ Depresión
4.	15 VFG	36	M	Alcoholismo
5.	21 VHV	28	M	Alcoholismo/ Trastorno de personalidad limite
6.	22 WVL	68	M	Alcoholismo/ TDAH
7.	27 BM	18	M	Alcoholismo/ TDAH
8.	33 JLT	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
9.	35 EEA	32	M	Alcoholismo/ Depresión
10.	37 RRM	26	M	Alcoholismo/ Antisocial
11.	48 JLH	28	M	Alcoholismo/ TDAH
12.	60 JLS	65	M	Alcoholismo/ TDAH
13.	63 SCHM	13	M	Alcoholismo/TDAH
14.	71 RMV	52	M	Alcoholismo
15.	83 JGZ	18	M	Abuso de Alcohol/ TDAH/ T. Disocial
16.	88 ARR	22	M	Alcoholismo/ TDAH/ Trastorno de personalidad limite
17.	92 HFL	63	M	Alcoholismo/ trastorno mental orgánico
18.	93 JOM	29	M	Alcoholismo/ TDAH
19.	99 JMA	48	M	Alcoholismo/ TDAH
20.	101 GVP	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
21.	105 RSH	50	M	Alcoholismo

## BALANCE TOTAL

**Total de pacientes = 105**

Total pacientes varones= 62

Total pacientes mujeres =43

Total de pacientes con TDAH=39

Total pacientes varones con TDAH= 24

Total pacientes mujeres con TDAH =15

Total pacientes con adicciones =61

Total pacientes varones con adicciones = 46

Total pacientes mujeres con adicciones =15

Total de pacientes con adicciones y TDAH = 33

Total pacientes varones con adicciones y TDAH =24

Total pacientes mujeres con adicciones y TDAH =9

Total de pacientes con adicciones y sin TDAH =28

Total pacientes varones con adicciones y sin TDAH =22

Total pacientes mujeres con adicciones y sin TDAH = 6

### ANEXO 3. LISTA DE PACIENTES DE INGRESO A LA CLÍNICA SAN RAFAEL

	<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>DIAGNOSTICO DE INGRESO</b>
1	Y. H. S	45	F	Alcoholismo/Ansiedad
2	D. T. O.	17	M	Adicción videojuegos/ esquizoide
3	T. L.P.	19	F	Trastorno de personalidad limite
4	B. R.	21	F	Trastorno de personalidad limite
5	M. V.	28	F	Bipolar
6	J. T.	37	M	Alcoholismo/trastorno mental organico
7	V. Z.	48	M	Alcoholismo/TDAH
8	J. F.	19	F	Esquizofrenia
9	W. I.	19	F	Drogadicción /Trastorno de personalidad limite/TDAH
10	A. A. F.	27	M	Drogadicción
11	R. R. Y.	19	M	Adicción videojuegos/TDAH
12	L. M. H.	31	M	Alcoholismo/depression
13	R. P. P.	22	M	Esquizofrenia
14	Á. J.V.	19	M	Adicción videojuegos/T. evitativo
15	V. F. G.	36	M	Alcoholismo
16	D.R. C.	56	M	Ludopatía/TDAH
17	M. P. B.	56	F	Esquizofrenia
18	M. C.S.	32	F	Alcoholismo/ansiedad
19	P. B.	28	M	Trastorno de personalidad limite

20	A. E.	19	F	Trastorno de personalidad limite
21	V. H. V.	28	M	Alcoholismo/Trastorno de personalidad limite
22	W. V. L.	68	M	Alcoholismo/TDAH
23	F. L. R.	42	M	Esquizofrenia
24	D. B. S.	15	M	Drogadicción/TDAH
25	J. C. Ch.	29	M	Esquizofrenia
26	C. C.	21	M	Drogadicción/TDAH
27	B. M.	18	M	Alcoholismo/ TDAH
28	M. A. S.	36	M	Drogadicción/TDAH
29	E. S. S.	21	F	Trastorno de personalidad limite/TDAH
30	F. Ch. Ch.	75	F	Esquizofrenia
31	G. R.	48	M	Drogadicción/Trastorno de personalidad limite
32	G. M. P.	17	M	Adicción videojuegos/TDAH
33	J. L. T.	32	M	Alcoholismo/ Narcisista
34	D. A. N.	18	M	Esquizofrenia
35	E. E. A.	32	M	Alcoholismo/depresión
36	F. N. G.	19	M	Drogadicción/asperger
37	R. R. M.	26	M	Alcoholismo/Antisocial
38	N. A. B.	15	F	Trastorno de personalidad limite/TDAH
39	E. B. S.	18	F	Depresión
40	J. C. S.	21	F	Alcoholismo/Trastorno de personalidad limite

41	D. V. I.	16	F	Drogadicción/Trastorno de personalidad limite/TDAH
42	D. B. S.	15	M	Drogadicción/TDAH
43	K.T. E.	23	F	Drogadicción/Trastorno de personalidad limite/TDAH
44	I.R. A.	28	F	T. psicótico/ bipolar
45	A. F.	22	F	Trastorno de personalidad limite/TDAH / Drogadicción
46	M. G. C.	22	F	Trastorno de personalidad limite/TDAH
47	A. C. C.	17	M	Drogadicción /TDAH
48	J. L. H.	28	M	Alcoholismo/TDAH
49	A. M. Z.	19	F	Trastorno disociativo
50	W.I. M.	19	F	Drogadicción /Trastorno de personalidad limite/TDAH
51	W. C.	21	M	Ansiedad
52	A. R. H.	17	F	Drogadicción /TDAH
53	G. E. C.	17	F 1964	Drogadicción /Trastorno de personalidad limite/TDAH
54	M. N. d. B.	65	F	Alzheimer
55	A. A. M.	18	F	Depresión
56	S. P. P.	22	F	Trastorno de personalidad limite/TDAH
57	B. R.	17	F	Drogadicción /TDAH
58	L. A. V.	26	M	Drogadicción /Bipolar
59	Q. S. C.	72	M	Trastorno mental organico
60	J.L. S.	65	M	Alcoholismo/TDAH

61	R. Ll.	19	M	Autismo
62	J.C. P.	24	M	Drogadicción /TDAH
63	S. Ch. M.	13	M	Alcoholismo/TDAH
64	E. S.	35	F	Bipolar
65	L. P.	34	F	Trastorno de personalidad limite
66	O.M.	36	M	Bipolar/ Drogadicción
67	Y. R. D.	28	F	Adicción codeína/Trastorno de personalidad limite
68	C. L. T.	16	F	Trastorno de personalidad limite/TDAH
69	H. Q. M.	28	F	Esquizofrenia
70	B. C. C.	18	M	Trastorno de personalidad
71	R. M. V.	52	M	Alcoholismo
72	I. E. R.	37	F	Depresión
73	F. N. P.	22	M	T. psicótico
74	D. A. A.	26	M	Drogadicción /Psicótico
75	M.P. C.	26	M <sup>1964</sup>	Drogadicción/TDAH
76	V. C.	45	F	Esquizofrenia
77	C. C. S.	28	M	Drogadicción/depresión
78	J. V. Ll.	19	F	Esquizofrenia
79	M.F. V.	20	F	Bulimia /TDAH /Trastorno de personalidad limite
80	G. C. A.	25	F	Depresión
81	G. G. A.	18	M	Drogadicción/TDAH
82	S. R. P.	20	F	Trastorno de personalidad limite/Drogadicción

<b>83</b>	J. G. Z.	18	M	Abuso de alcohol/TDAH /t.disocial
<b>84</b>	J. A. M.	18	M	Drogadicción/t.disocial
<b>85</b>	M. V.	57	M	Trastorno mental organico
<b>86</b>	L. P.	45	F	Alcoholismo/Trastorno de personalidad limite
<b>87</b>	S. V.	26	F	Trastorno de personalidad limite
<b>88</b>	A. R. R.	22	M	Alcoholismo/TDAH /Trastorno de personalidad limite
<b>89</b>	E. B.	48	M	Esquizofrenia
<b>90</b>	D. I. Z.	18	M	Adicción videojuegos
<b>91</b>	A. V. C.	21	M	Esquizofrenia
<b>92</b>	H. F. L.	63	M	Alcoholismo/mental organico
<b>93</b>	J. O. M.	29	M	Alcoholismo/TDAH
<b>94</b>	J. H. P.	20	M	drogadicción/TDAH
<b>95</b>	N. P. H.	46	F	Ansiedad
<b>96</b>	L. I. R.	32	M	Trastorno mental orgánico
<b>97</b>	S. A. H.	21	M <sup>1964</sup>	Drogadicción /TDAH
<b>98</b>	M. P.	27	F	Drogadicción/Trastorno de personalidad limite/TDAH
<b>99</b>	J.M. A.	48	M	Alcoholismo/TDAH
<b>100</b>	O. R. Ch.	24	M	Depresión
<b>101</b>	G.V. P.	24	M	Esquizofrenia/ Alcoholismo
<b>102</b>	A. K. S. H.	19	F	Trastorno de personalidad limite
<b>103</b>	A.Q. R.	20	M	Drogadicción/TDAH
<b>104</b>	L. Q. S.	34	M	Esquizofrenia
<b>105</b>	R. S. H.	50	M	Alcoholismo