



ORIGINAL

TDAH en pacientes con adicción a sustancias: análisis de la prevalencia y de los problemas relacionados con el consumo en una muestra atendida en un servicio de tratamiento ambulatorio

E. Torrico Linares^{a,*}, A. Vélez Moreno^a, E. Villalba Ruiz^a, F. Fernández Calderón^b,
A. Hernández Cordero^c y J. Ramírez López^c

^aDepartamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva. Huelva. España.

^bAgencia de Servicios Sociales y Dependencia. Junta de Andalucía. Sevilla. España.

^cServicio Provincial de Drogodependencias de Huelva. Huelva. España.

Recibido el 12 de septiembre de 2012; aceptado el 24 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Comorbilidad;
TDAH;
Abuso/dependencia
a sustancias

Resumen

La comorbilidad existente entre los trastornos por uso de sustancias y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha sido constatada por diversos autores. El objetivo de este trabajo es analizar la prevalencia de TDAH y la severidad de éstos en comparación con pacientes sin TDAH en una muestra de pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de drogodependencias.

Material y métodos. La muestra está formada por 162 pacientes del Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva. El instrumento de evaluación de severidad del trastorno TUS fue la entrevista semi-estructurada EuropASI, y las puntuaciones en calidad de vida se obtuvieron administrando el TECVASP. En el screening de TDAH se empleó la ASRS 1.1.

Resultados. La prevalencia de TDAH fue del 27,8% en la muestra de pacientes. La prevalencia entre consumidores de alcohol fue del 33,3%, entre consumidores de cocaína del 42,2%, entre consumidores de cannabis del 48,9% y entre consumidores de heroína del 13,3%. Los pacientes con TDAH tuvieron una peor calidad de vida y mostraron una mayor severidad en el perfil de consumo de drogas, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico.

Conclusiones. Los resultados encontrados ponen de manifiesto la conveniencia de una evaluación minuciosa por parte del clínico, en vista de las complicaciones que un diagnóstico potencialmente dual pueda suponer en términos de gravedad del consumo, dificultades sociales y severidad del estado psiquiátrico en general.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

*Autor para la correspondencia.

Correo electrónico: torrico@uhu.es (E. Torrico Linares).

KEYWORDS

Comorbidity;
ADHD;
Substance abuse/
dependence

ADHD in patients with drug addiction: analysis of prevalence and consumption-related problems in a sample treated in an outpatient drug addiction service

Abstract

Existing comorbidity between substance use disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder has been noted for several authors. The aim of this paper is to analyze the prevalence and severity of ADHD compared to patients without ADHD in a sample of patients treated in an outpatient drug addiction services.

Material and methods. Sample is composed of 162 patients from Drug Abuse Services of Huelva (Spain). The assessment tool for the severity of SUD was the semi-structured interview EuropASI. The quality of life scores were obtained by administering the TECVASP. For the screening of ADHD it was used the ASRS 1.1.

Results. ADHD prevalence was 27.8% in the total sample. Prevalence among alcohol consumers was 33.3%, among cocaine consumers was 42.2%, among cannabis consumers was 48.9%, and heroin consumers showed a 13.3%. ADHD patients showed worse quality of life, and greater severity in drug profile, social and familiar relationships and psychiatric statement.

Conclusions. The results obtained underscore the convenience of a detailed evaluation from therapist. It should be considered the complications of a potential dual diagnosis in terms of gravity of consumption, social difficulties and severity of general psychiatric statement.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es reconocido como un trastorno cuyo origen está en la infancia, si bien distintos estudios han mostrado cómo sus síntomas se mantienen durante la edad adulta^{1,2}. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en diversos países encuentran en esta población una prevalencia media del 3,4%, aunque con variaciones comprendidas entre un 1,2% en España y un 7,3% en Francia³. Otros estudios realizados en Estados Unidos con los datos de la *National Comorbidity Survey* reflejan una prevalencia del 4,4%⁴. Más recientemente, en el metaanálisis realizado por Simon et al.⁵, se encuentra una prevalencia combinada del 2,5% en la población adulta.

Diferentes modelos teóricos han tratado de acercarse a explicar este trastorno. El modelo de déficit de atención de Mirsky⁶ se centra en los problemas de atención y plantea, resumidamente, que el TDAH supone la suma de cuatro procesos: enfoque de la atención, mantenimiento de la atención, procesamiento de datos con la memoria de trabajo y capacidad para cambiar el foco de atención de modo flexible y adaptativo. Así, las personas con TDAH tendrían dificultades en uno o varios de estos procesos. Por su parte, Barkley⁷ señala que las personas con TDAH son incapaces de frenar la respuesta mental (y por ende motora) a determinados estímulos, lo cual impediría que entraran en juego las funciones ejecutivas que regulan el funcionamiento mental y la conducta. Brown⁸ toma en consideración los dos modelos anteriores, de forma que considera que en pacientes con TDAH existe un problema para la inhibición conductual que dificulta el despliegue de las funciones ejecutivas. Pero también contempla que funciones como la atención y la concentración tienen un funcionamiento deficiente no relacionado sólo con las dificultades para la autorregulación de los procesos psíquicos.

Por otro lado, distintos estudios muestran que la mayoría de las personas afectadas de TDAH presentan también otros trastornos psiquiátricos. El tipo de comorbilidad incluye problemas de aprendizaje, trastornos por ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad antisocial, y trastornos por uso de sustancias⁹⁻¹². Para Biederman¹³ una de las razones de esta elevada comorbilidad es que el TDAH debe ser considerado más como un síndrome que como un trastorno. Así, varias líneas etiopatogénicas llevarían a alteraciones neurofisiológicas que afectarían al grupo de las funciones ejecutivas de un modo heterogéneo, conduciendo a diferentes expresiones sintomáticas y cursos clínicos diversos en función de otros factores. De esta forma, en el caso del TDAH, los trastornos comórbidos podrían ser la consecuencia de una alteración básica de las funciones de autorregulación cerebral.

La elevada frecuencia de esta comorbilidad se ha puesto de manifiesto en los estudios que analizan la prevalencia del trastorno de uso por sustancias (TUS) en adultos con TDAH, y en los que analizan la frecuencia de TDAH en adultos que presentan TUS^{14,15}. De igual forma, los estudios prospectivos de seguimiento de pacientes infantiles con TDAH al llegar a la adolescencia y a la vida adulta muestran una clara asociación entre TDAH y TUS^{16,17}. Los niños con TDAH tienen más probabilidades de desarrollar TUS durante su adolescencia. La frecuencia de estos trastornos en quien padeció durante la infancia un TDAH sería de 2 a 4 veces mayor que en los controles. Además, parece que la asociación TUS-TDAH es más frecuente si persisten los síntomas de TDAH, y si hay un trastorno de personalidad antisocial comórbido¹⁸.

En los últimos años se han realizado algunos estudios para determinar la prevalencia de TDAH en personas con TDAH en nuestro entorno. Pedrero-Pérez y cols.¹⁹ encuentran una prevalencia del 8,2% en pacientes atendidos por abuso/dependencia a sustancias. De los Cobos y cols.²⁰, en una muestra de pacientes con abuso o dependencia a cocaína, estima

una prevalencia del 20,5%. De manera similar, en el estudio de Vergara-Moragues y cols.²¹ con pacientes con dependencia a la cocaína atendidos en comunidad terapéutica se detecta una prevalencia del 14,3%. Más recientemente, Pedrero-Pérez y cols.¹⁹, sobre una muestra de 696 pacientes que inician tratamiento por adicción a sustancias, encontraron una prevalencia del 6,89%.

Si bien a partir de los resultados señalados anteriormente no es posible extraer conclusiones, sí que se detecta la tendencia ya señalada por otros autores, sobre una mayor prevalencia de TDAH en usuarios de drogas frente a otros grupos de población²², y que entre las diferentes sustancias, el TDAH es más prevalente en consumidores de cocaína.

Estos pacientes “duales” son especialmente graves tanto desde la perspectiva clínica como social, y constituyen un reto terapéutico no sólo a título individual sino también para los sistemas sanitarios, que deben hacer frente a pacientes complejos que se encuentran entre dos redes asistenciales diferenciadas: la de atención a drogodependencias y la de salud mental. Estas personas con coexistencia de enfermedad adictiva y otras patologías mentales acuden más a los Servicios de Urgencias y requieren más hospitalizaciones psiquiátricas^{23,24}.

Teniendo presente lo expuesto, y debido a las altas comorbilidades que se presentan de TDAH entre los pacientes con TUS, se plantea el presente estudio, cuyo objetivos son: a) analizar la prevalencia de TDAH en una muestra de TUS en un centro especializado de atención a las drogodependencias; b) conocer la comorbilidad de TDAH con otros trastornos mentales y c) analizar el impacto que tiene el TDAH sobre la gravedad de problemas relacionados con el consumo y la calidad de vida.

Método

Diseño

Estudio descriptivo transversal

Muestra

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo accidental, solicitando a los pacientes en tratamiento en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva (SPDH) si querían formar parte del estudio. Entre los meses de mayo de 2010 y junio de 2012 se captó un total de 162 pacientes con abuso/dependencia a sustancias. El 78,4% eran varones y el 90,1% de nacionalidad española. La edad media fue de 39,6 años (dt = 10,2).

En el momento de la entrevista, la media de años de educación se situaba en 7,1 (dt = 1,9). Con respecto a la situación laboral, un 36,8% tenía un empleo, un 3,4% eran estudiantes y el porcentaje restante se encontraba desempleado o en situación de invalidez. La principal fuente de financiación durante el mes previo a la entrevista fue el empleo para un 27,7%, la ayuda de familiares un 20,4%, las prestaciones por desempleo o ayudas un 45,6%, y el porcentaje restante tenía fundamentalmente medios de financiación ilegales.

En relación con el historial de consumo, en los 30 días previos a la entrevista, un 39,5% manifestó haber consumido

alcohol, un 29% cocaína, un 9,9% heroína, el 47,5% consumió cannabis, un 1,2% alucinógenos y un 5,6% hipnosedantes.

Instrumentos

Durante la entrevista se administró un batería de instrumentos, en la que se encontraban:

- Entrevista semi-estructurada de trastornos por uso de sustancias EuropASI²⁵. A través del EuropASI se exploró la gravedad de los problemas relacionados con el consumo en seis áreas de la vida: salud física, empleo, alcohol, drogas, situación legal, relaciones familiares/sociales y situación psicológica. En este estudio se empleó la versión adaptada al español por Bobes y cols.^{26,27}.
- *Adult ADHD Self-Report Scale Version 1.1* (ASRS v.1.1)²⁸. Este instrumento de 18 ítems mide síntomas actuales de TDAH en población adulta, desarrollado por el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la versión de la WHO *Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI). Se puntúan en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuentemente) y se estima para cada ítem una puntuación de corte, a partir de la cual el ítem es considerado positivo (puntuación 1) y por debajo del cual es considerado negativo (puntuación 0). Los 6 primeros ítems conforman la versión de cribado (ASRS *Screening*) para la detección rápida de síntomas sugestivos de TDAH en adultos. Aquellas personas que dan cuatro respuestas en puntuaciones criterio se consideran posibles casos de TDAH²⁹.
- *MINI International Neuropsychiatric Interview*³⁰. Es una entrevista diagnóstica semi-estructurada de breve duración que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I según DSM-IV³¹.
- Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP)^{32,33}. Se trata de una escala autoadministrada compuesta por 20 ítems que tiene como objetivo conocer cómo repercute la adicción a sustancias en el desarrollo de la vida diaria de las personas, evaluando los componentes de la salud física, psicológica y social. Se trata de un instrumento de calidad de vida específico para la población drogodependiente y se fundamenta en el concepto biaxial de la adicción de Edwards y Gross³⁴.

Procedimiento

El estudio se inició con la pertinente solicitud de autorización y colaboración a los profesionales del SPDH. Una vez obtenidos los permisos, un psicólogo clínico perteneciente al grupo de investigación recibió un entrenamiento específico para la administración de las pruebas que formaban parte del protocolo de investigación.

Las entrevistas se realizaron en una sala del SPDH de manera individual. En un primer momento, los profesionales del SPDH informaban a los pacientes de la existencia de un estudio en curso. Una vez que los pacientes accedían de forma voluntaria, pasaban a una sala con el psicólogo encargado de realizar las entrevistas. Éstas se iniciaban informando al paciente sobre los objetivos del estudio, así como la confidencialidad y el uso estadísticos de la información obtenida. Una

vez que el paciente decidía participar, a continuación se le comunicaba que debía firmar un consentimiento informado, sin el cual no se iniciaba la entrevista.

La administración de las pruebas duraba aproximadamente una hora. Al finalizar, los entrevistados recibían un vale de 10 euros para canjear en un supermercado próximo al SPDH.

Una vez recogida la información, el psicólogo procedía a la grabación de los datos en una base de datos. Todos los análisis se realizaron con software SPSS vers. 17.0.

Resultados

Consumo de sustancias y TDAH

La prevalencia de TDAH encontrada con este instrumento de cribado fue del 27,8%. En la tabla 1 se muestra la prevalencia en función de la droga que han consumido en el último mes. Se observa que esta prevalencia no muestra diferencias estadísticamente significativas entre consumidores de alcohol, cannabis, heroína, alucinógenos y estimulantes. En cambio, sí se observan diferencias estadísticamente significativas según hayan consumido o no cocaína. Concretamente, entre los pacientes con TDAH se observa un 42,2% de pacientes que han consumido cocaína, frente a un 23,9%

	TDAH (n [%])		χ^2	Sig.
	No	Sí		
Alcohol	49 (41,9%)	15 (33,3%)	0,993	0,319
Cannabis	55 (47%)	22 (48,9%)	0,046	0,830
Cocaína	28 (23,9%)	19 (42,2%)	5,279	0,022
Heroína	10 (8,5%)	6 (13,3%)	0,836	0,360
Alucinógenos	0	2 (4,4%)	5,265	0,052
Hipnosedantes	5 (4,3%)	4 (8,9%)	1,319	0,251

que han consumido esta sustancia entre quienes no son probables casos de TDAH.

TDAH y otros trastornos mentales

En la tabla 2 se presenta la relación que existe entre la presencia/ausencia de TDAH y otros trastornos psiquiátricos. Se puede observar que los pacientes con TDAH presentan, además, prevalencias más elevadas de episodio depresivo mayor actual, episodio depresivo mayor actual con síntomas melancólicos, fobia social actual, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno psicótico actual y trastorno de ansiedad generalizada actual.

Problemas relacionados con el consumo y calidad de vida

El estudio de las relaciones entre los pacientes con/sin TDAH y los problemas relacionados con el consumo mostraron que estos últimos, en general, presentan una menor gravedad que los problemas relacionados con el consumo que han sido evaluados. No obstante, estas relaciones no se observan en todas las dimensiones del EuropASI. En la tabla 3 se aprecia que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al perfil de situación médica, empleo, consumo de alcohol y situación legal. En cambio, los pacientes con TDAH presentan una mayor gravedad en los perfiles de consumo de drogas, relaciones familiares/sociales y estado psiquiátrico.

Finalmente, con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, se observa que los pacientes con problemas de adicción a sustancias y TDAH presentan una menor puntuación, indicativo de una peor calidad de vida relacionada con la salud.

Discusión

Desde el inicio de las investigaciones en TDAH se ha mantenido que el padecer este trastorno en la infancia es un pre-

	TDAH (n [%])		χ^2	Sig.
	No	Sí		
Episodio depresivo mayor actual	18 (18%)	20 (44%)	11,222	0,001
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual	8 (8%)	15 (33,3%)	14,924	0,000
Trastorno distímico actual	9 (9%)	6 (13,3%)	0,628	0,428
Riesgo de suicidio (moderado + alto)	16 (16%)	13 (28,9%)	4,723	0,317
Episodio hipomaniaco actual	2 (2%)	0	0,913	0,339
Episodio maniaco actual	5 (5%)	3 (6,7%)	0,165	0,684
Trastorno de angustia actual	14 (14%)	11 (24,4%)	2,373	0,123
Fobia social actual	10 (10%)	16 (35,6%)	13,773	0,000
Trastorno obsesivo-compulsivo	0	4 (8,9%)	9,141	0,002
Trastorno por estrés posttraumático	9 (9%)	6 (13,3%)	0,628	0,428
Trastorno psicótico actual	20 (20%)	19 (42,2%)	7,794	0,005
Anorexia nerviosa	0	0		
Bulimia nerviosa actual	3 (3%)	3 (6,7%)	1,052	0,305
Trastorno de ansiedad generalizada actual	26 (26%)	23 (51%)	8,747	0,003

Tabla 3 Perfiles de gravedad del EuropASI según posible caso de TDAH

	TDAH		t Student	g.l	Intervalo de confianza		Sig.
	No	Sí					
Médico	2,4 (2,6)	2,8 (2,9)	0,846	152	-1,353	0,542	0,399
Empleo/deportes	4,3 (2,8)	4,1 (2,9)	0,352	152	-0,818	1,173	0,425
Alcohol	2,8 (3,4)	2,7 (3,7)	0,293	152	-1,05	1,416	0,770
Drogas	5,1 (3,1)	7,1 (2,3)	4,700	110,716	-3,096	-1,097	0,000
Situación legal	2,5 (2,8)	2,3 (2,7)	0,328	152	-0,813	1,137	0,743
Relaciones familiares/sociales	4,8 (2,9)	6,5 (2,8)	3,182	152	-2,666	-0,624	0,002
Estado psicológico	4,7 (3,2)	7,1 (2,4)	5,059	110,294	-3,318	-1,45	0,000
TECVASP	79,6 (13,4)	65,9 (14,5)	5,5	141	8,764	18,599	0,000

dictor de riesgo para el consumo posterior de drogas: alcohol, tabaco, cannabis, y otras sustancias^{14,15}. En este estudio se viene a apoyar esta afirmación, encontrando que el 27,8% de los pacientes entrevistados manifiestan síntomas de TDAH, proporción similar a las encontradas por otros autores²⁰. Sin embargo, difiere de las encontradas por otros estudios^{19,21}, siendo en nuestro caso sustancialmente superior. Es posible que estas diferencias se deban tanto a características de la muestra como a los diferentes instrumentos empleados para detectar el TDAH. En este sentido, si bien la ASRS v.1.1 es un instrumento ampliamente empleado en este campo, es necesario tener presente que se trata de una herramienta útil para realizar el *screening*, y no para el diagnóstico propiamente dicho.

De igual manera, hallamos resultados mucho más elevados en cuanto a la asociación entre TDAH y el consumo de cocaína que el de otras investigaciones^{35,36}. Así, Pérez de los Cobos y cols.²⁰ en un estudio de *screening* de TDAH en una muestra de consumidores de cocaína observaron una prevalencia de "probable TDAH" del 20,5%. En nuestra investigación los pacientes con TDAH consumidores de cocaína alcanzan el 42,2% frente al 23,9% de consumidores de cocaína sin TDAH. Tal desigualdad pueden deberse, tal y como señala Vergara-Moragues y cols.²¹ a varios factores. El primero, que ciertos síntomas de intoxicación o de abstinencia pueden mimetizar algunos de los síntomas del TDAH. En segundo lugar, que el consumo de drogas puede asociarse a alteraciones en la función ejecutiva y en la impulsividad, lo que puede conllevar a la confusión diagnóstica. En tercer lugar, el déficit cognitivo que puede aparecer tras el consumo continuado de sustancias puede afectar a la memoria episódica y, por tanto, al recuerdo tanto de los síntomas actuales como los de la infancia. Por último, el consumo de drogas se asocia con otros trastornos psiquiátricos, lo que dificulta aún más el diagnóstico diferencial²¹.

Por otro lado, también resulta relevante que, en contraste con otras investigaciones, no se encuentren diferencias significativas en el consumo de otras sustancias (cannabis, alcohol, alucinógenos, etc.) entre pacientes con TDAH y sin TDAH^{35,36}. Posiblemente, nuestros resultados estén mediatizados por haber evaluado el consumo sólo en el último mes, y no haber comparado el consumo en los últimos años.

En cuanto a las diferencias encontradas entre pacientes con TDAH y sin TDAH en los distintos trastornos psiquiátricos, los resultados corroboran los de otros estudios. La literatura especializada refleja que entre el TDAH y los trastornos de-

presivos se ha detectado una coincidencia de ambos trastornos en un 15% a un 75% de los pacientes³⁷. En nuestro caso, el 44% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno depresivo mayor, un 33,3% un trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos y un 13,3% un trastorno distímico, con lo cual estaríamos dentro de los rangos establecidos. En lo que respecta a los trastornos de ansiedad, tanto en población clínica como en población general, entre un 30 y un 50% de los TDAH asocian algún trastorno de ansiedad³⁸. Es necesario tener en cuenta que el carácter tetradimensional de la ansiedad como emoción normal, síntoma, síndrome y trastorno hace difícil la identificación de este tipo de comorbilidad en los pacientes con TDAH. En cuanto a los porcentajes por trastornos, el más prevalente sería el trastorno por ansiedad generalizada (hasta el 50% de los adultos con TDAH), seguido por la fobia social (un 32%)³⁹. En nuestro estudio se han encontrado unos porcentajes de 51 y 35,6% respectivamente, que volvería a estar dentro de los intervalos marcados por otras investigaciones. Respecto al trastorno obsesivo compulsivo, parece que esta comorbilidad estaría mediada por la presencia de trastornos de tic^{40,41}, y las diferentes investigaciones presentan márgenes muy desiguales. Tal vez lo más llamativo de nuestros resultados son las diferencias encontradas en el trastorno psicótico actual, debido a que la comorbilidad entre TDAH y este trastorno es muy escasa, por lo que hemos de pensar que el haber encontrado un 42,2% de pacientes con esta alteración está más vinculado a su consumo, en especial a la cocaína, que a otras variables.

Finalmente, en relación con el impacto que el TDAH puede tener en estos pacientes, los resultados encontrados en el EuropASI son concordantes con lo expuesto hasta ahora. Como se ha visto, los pacientes con TDAH presentan más trastornos psiquiátricos y un consumo más elevado de cocaína, con lo cual es de esperar que manifiesten una mayor gravedad en los perfiles de consumo de drogas y estado psiquiátrico. Respecto a las relaciones sociales y familiares, hay estudios que han demostrado que los niños con TDAH muestran patrones similares de respuesta social en contextos diferenciados que requieren para su adecuada resolución el desempeño de otros papeles. Estas demandas del ambiente son consideradas como un problema de comunicación social, y ejercen una negativa influencia en sus iguales, al menos en el aspecto comunicativo⁴². Obviamente, estas carencias tienen su incidencia sobre la calidad de vida, de ahí que los pacientes con TDAH presenten una peor valoración en este indicador.

Financiación

Este trabajo se ha desarrollado en el marco del proyecto de investigación con referencia PI10/01155 financiado por el Instituto de Salud Carlos III y fondos FEDER.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Weiss G, Hetchman L, Milroy T, Perlman T. Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985; 24:211-20.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol*. 2002;111:279-89.
- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BJP*. 2007;190:402-9.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163:716-23.
- Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):204-11.
- Mirsky AF. Disorders of attention: a neuropsychological markers of disordered attention: a neuropsychological perspectiva. En: Lyon RG, Krasnegor NA, editors. *Attention, memory, and executive function*. Baltimore. 1996.
- Barkley R. Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing an unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997;121:65-94.
- Brown TE. Seis aspectos de un síndrome complejo. En: Brown TE. *Trastorno por déficit de atención. Una mente desenfocada en niños y adultos*. Masson: 2006.
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:147-58.
- Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biol Psychiatry*. 2005;57:1467-73.
- Reich W, Neuman RJ, Volk HE, Joyner CA, Todd RD. Comorbidity between ADHD and symptoms of bipolar disorder in a community sample of children and adolescents. *Twin Res Hum Genet*. 2005;8:459-66.
- Wilens TE. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27:283-301.
- Biederman J, Faraone SV, Lapey K. Comorbidity of diagnosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. En: Weiss G, editor. *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Philadelphia: PA, WB Saunders; 1992. p. 335-60.
- Correas Lauffer J, Ibáñez Cuadrado A, García Blázquez V, Saiz Ruiz J. Comorbilidad y evolución del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el adulto. En: Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, Correas Lauffer J, Quintero Lumbleras FJ, editores. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida*. Madrid: Ergon; 2006.
- Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*. 2009; 54(10):673-83.
- Upadhyaya HP. Managing attention-deficit/hyperactivity disorder in the presence of substance use disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68Suppl11:23-30.
- Kollins SH. Abuse liability of medication used to treat attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Addict*. 2007;16:35-42.
- McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1621-7.
- Pedrero-Pérez E, Ruiz-Sánchez de León, JM, Rojo-Mota G, Llanero-luque M, Puerta-García C. Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adictos a sustancias: del cribado al diagnóstico. *Rev Neurol*. 2011;52:331-40.
- Pérez de los Cobos J, Siñol N, Puerta C, Cantillano V, López-Zurita C, Trujols J. Features and prevalence of patients with probable adult attention deficit hyperactivity disorder who request treatment for cocaine use disorders. *Psychiatry Res*. 2011;185(1-2):205-10.
- Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Lozano OM, Bilbao I, Fernández-Calderón F, Betanzos P, et al. Diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en pacientes adultos con dependencia de cocaína: utilidad de los nuevos síntomas de funcionamiento ejecutivo de Barkley. *Trastornos Adictivos*. 2010;12(2):72-8.
- Benito Moraga R. Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Madrid: Draft Editores, S.L.; 2008.
- Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159:1600-2.
- Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Imaz ML, Navinés R, et al. Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European J. Psychiatry*. 2006;20: 147-56.
- McLellan, AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien, C P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168(1): 26-33.
- Bobes J, González MP, Saiz PA, Bousoño M. Índice europeo de la severidad de la adicción EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*. 1996:201-18.
- Bobes J, Bascarán, MT, Bobes-Bascarán MT, Carballo, JL, Díaz Mesa E, Florez G, et al. Monografía valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-56.
- Pedrero Pérez EJ, Puerta García C. El ASRS v.1.1. como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Adicciones*. 2007;19(4):393-408.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10 *J Clin Psychiatry*. 1998;59Suppl20:22-33.

31. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON; 1994.
32. Lozano OM, Rojas AJ, Pérez C, Apraiz B, Sánchez F, Marín A. Test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(2):99-109.
33. Lozano Rojas OM, Rojas AJ, Pérez C, González-Sáiz F, Ballesta R, Bilbao A. Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema*. 2008;20: 311-7.
34. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *BMJ*. 1976;1:1058-61.
35. Milin R, Loh E, Chow J, Wilson A. Assessment of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adults with substance use disorders. *Psychiatr Serv*. 1997;48:1378-80.
36. Faraone VS, Biederman J, Wilens TE, Adamson J. A naturalistic study of the effects of pharmacotherapy on substance use disorders among ADHD adults. *Psychol Med*. 2007;37:1743-52.
37. Barkley RA. Attention deficit hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press; 2006.
38. Kay GG, Kardiasmenos KS. Effect of mixed amphetamine salts extended release on neurocognitive speed in young adults with ADHD. Program and abstracts of the 19th US Psychiatric and Mental Health Congress; November 15-19, 2006; New Orleans, Louisiana. Abstract 110
39. Fones CSL, Pollack MH, Susswein L, Otto M. History of childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) features among adults with panic disorder. *J Affect Disord*. 2000;58:99-106.
40. Spencer TJ, Biederman J, Faraone S, Mick E, Coffey B, Geller D, et al. Impact of tic disorders on ADHD outcome across the life cycle: findings from a large group of adults with and without ADHD. *Am J Psychiatry*. 2001;158:611-7.
41. Adler L, Cohen J. Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27:187-201.
42. Lora Muñoz JA, Moreno García I. Perfil social de los subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Apuntes de Psicología*. 2008;26(2):317-29.