

# Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones.

Substance use disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: frequency in male patients at an specialized addictions hospital ward.

Elmer G. Velásquez-Molina<sup>1,2,a</sup>, Carlos Ordóñez-Huamán<sup>1,3,b</sup>

## RESUMEN

Los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) son un grave problema de salud pública. El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una comorbilidad asociada con el inicio y pronóstico del TUS. **Objetivos:** determinar la frecuencia de TDAH en pacientes varones con TUS hospitalizados en un servicio de adicciones altamente especializado **Métodos:** se evaluó el diagnóstico de TDAH en 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. Se utilizó el CIE-10 para la clasificación diagnóstica. **Resultados:** se encontró que el 72,57% presentaban algún tipo de comorbilidad psiquiátrica. El 29,37% de la población total cumplía criterios para TDAH comórbido. **Conclusiones:** el trastorno por déficit de atención e hiperactividad está presente en tres de cada diez pacientes con TUS. El análisis primario del presente estudio parece encontrar una posible relación entre TUS y el TDAH.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dependencia, comorbilidad.

## SUMMARY

Substance use disorders (SUD) are a severe public health problem. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a comorbidity associated to the onset and prognosis of SUD. **Objectives:** To determinate the prevalence of ADHD in SUD men patients hospitalized in a highly specialized mental health institution. **Methods:** ADHD diagnosis was evaluated in 412 clinical histories of patients with dependence to psychoactive substances that were hospitalized on Hermilio Valdizán Hospital's Addiction Service, in 2011 and 2012. The ICD-10 diagnostic criteria was used. **Results:** The 72.57% of the patients presented psychiatric comorbidity. Overall, 29.37% of all SUD patients accomplished ICD-10 criteria for comorbid ADHD. **Conclusions:** ADHD is present in three out of ten patients with SUD. The primary analysis of this study suggests a relation between the dependency to psychoactive substances and comorbid ADHD.

KEYWORDS: Attention-deficit hyperactivity disorder, dependency, comorbidity

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Dirección Ejecutiva Investigación, Docencia y Atención Especializada de Adicciones, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, Perú.

<sup>3</sup> Departamento de Adicciones, Hospital Hermilio Valdizán. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Residente de Sub-especialidad de Psiquiatría de Adicciones; <sup>b</sup>Médico Psiquiatra.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) representan un grave problema de salud pública (1-3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 3,3 millones de personas mueren cada año debido al consumo nocivo de alcohol y, en general, los TUS representan 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones. El consumo de alcohol está asociado a trastornos mentales y conductuales, además de enfermedades no transmisibles, traumatismos, tuberculosis y VIH/Sida (4). El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) estimó que la mayor carga de enfermedad en el Perú es causada por las enfermedades neuropsiquiátricas, en particular, el consumo nocivo de alcohol (5).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico con un componente neurobiológico y hereditario, de inicio en la infancia y que puede persistir a lo largo de la vida, caracterizado por grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad. El TDAH está asociado a trastornos de conducta, del ánimo, déficits neuropsicológicos, uso y abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, y afecta el desempeño académico, familiar y social de quien lo padece (1, 2, 6). La prevalencia del TDAH en el Perú varía entre 5 a 10% de acuerdo a las características del estudio (6-8); y, en Latinoamérica, oscila en el rango de 5 a 20%. (9-11). Kessler estimó la prevalencia de TDAH adulto en 4,4% (12)

Es evidente la sólida relación entre TDAH y TUS. El TDAH es una comorbilidad asociada con el inicio y pronóstico del TUS siendo esta asociación bidireccional (2,13). El TDAH es un importante factor de riesgo para el desarrollo de TUS ya sea directamente o mediado por un trastorno de conducta (1, 2, 5, 12). El TDAH comórbido tiene un impacto negativo en el curso del TUS debido a que los síntomas del TDAH evolucionan peor, y los pacientes afectados tienen mayores tasas de policonsumo y menor adherencia a los programas de tratamiento (1,2).

La prevalencia estimada de TDAH en pacientes con TUS varía significativamente, de acuerdo a las características del estudio. En un metanálisis, Van Emmerik reportó que 23,1% de los sujetos estudiados con TUS cumplían criterios para TDAH como comorbilidad (13). En un estudio epidemiológico nacional norteamericano, Kessler reportó una prevalencia de 10,8% (12). En muestras clínicas

norteamericanas, Subramaniam encontró un TDAH comórbido de 47% (14); Levin reportó que el 10% tenía un TDAH comórbido (15); y Clure indicó que el 32% cumplía criterios para TDAH comórbido (16). En muestras clínicas europeas, Ohlmeier reportó que el 50,8% de pacientes con TUS tuvieron criterios de TDAH infantil que persistían en el 65,5% de los pacientes durante la adultez (17); Haro indicó que el 28,9% de los pacientes presentaban un probable TDAH comórbido (18); Torrico informó una prevalencia de 27,8% de TDAH en TUS (19); y, Piñeiro reportó que el 39,2% tenía TDAH como comorbilidad (20).

En nuestro medio, pocos autores abordan esta problemática. Saavedra, en un estudio que evaluó la comorbilidad psiquiátrica en un servicio de adicciones correlacionó la inquietud e hiperactividad de los niños con TDAH con el desarrollo de problemas de conducta y de consumo de alcohol y otras drogas (21). Ordóñez reportó una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica de 52% en mujeres drogodependientes (22). Jiménez reportó una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica de 55% en pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría general (23). Ninguno de ellos determinó la prevalencia de TDAH en TUS.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de TDAH en pacientes varones con TUS hospitalizados en un servicio de adicciones altamente especializado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. La población estudiada estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados por TUS del Servicio de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán durante los años 2011 y 2012. Las historias clínicas, de las cuales se obtuvo la información, se obtuvieron de los archivos de estadística de esta institución, sumando un total de 412 pacientes varones drogodependientes.

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.

Se construyó una base de datos de doble entrada. Se respetaron los criterios propios de la ética médica, garantizando la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos. En la ficha de recolección de datos se utilizó un código para cada historia clínica. Se obtuvo

la aprobación y autorización del comité institucional de ética del Hospital Hermilio Valdizán.

Se realizó un análisis descriptivo para obtener la prevalencia de TDAH en la población de drogodependientes. Se realizó un análisis de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico asociado.

Se consignaron como válidos aquellos diagnósticos psiquiátricos que por la historia clínica cumplían con los criterios del CIE-10/OMS, y que además tuvieran suficientes datos para descartar problemas de abstinencia vinculados con las sustancias psicoactivas o efectos secundarios por la intoxicación de las mismas, 4 semanas después del cese del último consumo (1,2). Se aplicaron procedimientos de estadística descriptiva utilizando distribuciones de frecuencia para estimar porcentajes y medidas de tendencia central. Se calculó la frecuencia de TDAH en pacientes drogodependientes. Para el procesamiento y análisis de datos se empleó el programa *Statistical Package of Social Science* SPSS – 16.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan algunas características demográficas de los pacientes drogodependientes estudiados. La edad media de los pacientes drogodependientes estudiados incluidos en el estudio fue de 30,83 años, observándose que el 57,04% están dentro del rango de edad comprendido entre los 19 y 34 años. El 43,93% tenían un grado de instrucción secundaria completa. La mayoría de ellos eran solteros (67,23%), seguidos por los convivientes y casados en una menor proporción. Respecto a su situación laboral, el 43,2% estaba desempleado y un 31,31% tenía un trabajo ocasional. También, se presentan las características demográficas de los pacientes drogodependientes con TDAH comórbido. Se presenta la distribución por rangos de edad encontrándose que el 42,15% de los pacientes con TDAH comórbido estaban entre los 19 y 24 años, la mayoría de ellos (95,04%) estuvieron en los tres primeros rangos de edad. La edad media fue de 23,28 años. Predomina el grado de instrucción secundaria completa (42,98%). La mayoría de ellos son solteros (82,64%). En relación a su situación laboral, el 46,28% estuvo desempleado, seguido por un 27,27% que eran estudiantes, y un 23,97% que tenía un trabajo ocasional.

En la tabla 2 se presenta la distribución de la población de pacientes drogodependientes de acuerdo a la comorbilidad psiquiátrica. De la población total (n=412), se encontró que 299 pacientes (72,57%)

presentaban algún tipo de comorbilidad psiquiátrica, tales como trastornos afectivos, ansiosos, psicóticos u orgánicos. No se incluyeron trastornos de personalidad. Se encontró que 121 pacientes (29,37%) cumplían criterios para un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comórbido con cualquier trastorno por dependencia a sustancias.

En la tabla 3 se presenta la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con el diagnóstico adictivo, encontrándose de la siguiente manera: el 65,29% tenía dependencia a múltiples sustancias y TDAH comórbido, seguida por el 19,01% que tenía dependencia a dos sustancias, el 6,61% tenía dependencia a la cocaína y TDAH comórbido.

En la tabla 4 observamos que dentro del subgrupo de los pacientes diagnosticados como dependientes a dos sustancias psicoactivas (n=23) y TDAH comórbido, la principal dependencia se da en relación con PBC y/o cocaína (36,96%), seguida por alcohol (34,78%), marihuana (21,74%), tabaco (4,35%), y finalmente ciberadicción (2,17%). Además, se muestra que dentro de los pacientes diagnosticados como dependientes a múltiples sustancias y TDAH comórbido, la principal dependencia se da en relación a PBC y/o cocaína (72,15%), seguida por marihuana (24,05%) y alcohol (3,80%).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que la prevalencia de TDAH en pacientes drogodependientes hospitalizados en un servicio especializado en adicciones es aproximadamente 29%. En un metanálisis, Van Emmerik indicó que en promedio, el 23,1% de los sujetos de TUS cumplían criterios para TDAH como comorbilidad, dependiendo ésta de la sustancia de abuso y del instrumento de evaluación (13). En la literatura, la prevalencia estimada de TDAH en TUS varía considerablemente, ubicándose en el rango de un 2% a 83% (1, 2, 12-20). Las diferencias con nuestro estudio se podrían explicar debido a que se utilizó una entrevista clínica en la evaluación diagnóstica y se incluyeron todas las drogodependencias.

La prevalencia de TDAH entre niños de la población general es aproximadamente 5%, y en adultos cerca de 4% (7-11). Por lo tanto, nuestra prevalencia indica que el TDAH es más frecuente encontrarlo en una población de adictos que en la población general, constituyéndose así en un problema de salud pública que requiere un abordaje amplio y multidisciplinario.

**Tabla 1.** Características demográficas de los pacientes drogodependientes estudiados (n = 412) y las drogodependencias con TDAH comórbido (n = 121).

EDAD	Con Comorbilidad				Sin Comorbilidad		Población Total	
	TDAH <sup>1</sup>		Otros		Frec.	(%)	Frec.	(%)
<19	29	23,97	8	4,49	11	9,73	48	11,65
19-24	51	42,15	28	15,73	32	28,32	111	26,94
25-34	35	28,93	54	30,34	35	30,97	124	30,10
35-44	6	4,96	40	22,47	20	17,70	66	16,02
45-54	0	0,00	39	21,91	11	9,73	50	12,14
55-64	0	0,00	8	4,49	4	3,54	12	2,91
>65	0	0,00	1	0,56	0	0,00	1	0,24
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>								
Primaria incompleta	2	1,65	3	1,69	3	2,65	8	1,94
Primaria completa	1	0,83	1	0,56	3	2,65	5	1,21
Secundaria incompleta	37	30,58	23	12,92	21	18,58	81	19,66
Secundaria completa	52	42,98	72	40,45	57	50,44	181	43,93
Superior técnica incompleta	6	4,96	14	7,87	8	7,08	28	6,80
Superior técnica completa	5	4,13	25	14,04	9	7,96	39	9,47
Superior universitaria incompleta	16	13,22	21	11,80	9	7,96	46	11,17
Superior universitaria completa	2	1,65	19	10,67	3	2,65	24	5,83
<b>ESTADO CIVIL</b>								
Sin datos	1	0,83	3	1,69	2	1,77	6	1,46
Soltero	100	82,64	106	59,55	71	62,83	277	67,23
Conviviente	14	11,57	26	14,61	19	16,81	59	14,32
Casado	5	4,13	31	17,42	14	12,39	50	12,14
Separado/divorciado	1	0,83	12	6,74	6	5,31	19	4,61
Viudo	0	0,00	0	0,00	1	0,88	1	0,24
<b>SITUACION LABORAL</b>								
Trabajo Fijo	3	2,48	15	8,43	6	5,31	24	5,83
Trabajo Ocasional	29	23,97	54	30,34	46	40,71	129	31,31
Desempleado	56	46,28	76	42,70	46	40,71	178	43,2
Estudiante	33	27,27	29	16,29	15	13,27	77	18,69
Inactivo (jubilado, etc.)	0	0,00	4	2,25	0	0	4	0,97

<sup>1</sup>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

**Tabla 2.** Distribución de la población de pacientes drogodependientes de acuerdo a la comorbilidad psiquiátrica

Drogodependencias	Con Comorbilidad				Sin Comorbilidad		Población Total	
	TDAH <sup>1</sup>		Otros		Frec.	(%)	Frec.	(%)
	Frec.	(%)	Frec.	(%)				
Todas	121	29,37	178	43,20	113	27,43	412	100,00

<sup>1</sup>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

**Tabla 3.** Dependencia principal según comorbilidad psiquiátrica.

Dependencia a:	Con Comorbilidad				Sin Comorbilidad		Población Total	
	TDAH <sup>1</sup>		Otros		Frec.	(%)	Frec.	(%)
	Frec.	(%)	Frec.	(%)				
Alcohol	4	3,31	28	15,73	27	23,89	59	14,32
Marihuana	5	4,13	4	2,25	1	0,88	10	2,43
Cocaína	8	6,61	10	5,62	10	8,85	28	6,80
Caber	2	1,65	2	1,12	3	2,65	7	1,70
2 SPA	23	19,01	33	18,54	23	20,35	79	19,17
Múltiple	79	65,29	101	56,74	49	43,36	229	55,58

<sup>1</sup>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

**Tabla 4.** Dependencia principal en la categoría dependencia a 2 sustancias psicoativas (n=23) y a múltiples sustancias (F19.2) / CIE-10 (n=79)

2 SPA	Con Comorbilidad				Sin Comorbilidad		Población Total	
	TDAH <sup>1</sup>		Otros		Frec.	(%)	Frec.	(%)
	Frec.	(%)	Frec.	(%)				
Alcohol	16	34,78	23	34,85	16	34,78	55	34,81
Marihuana	10	21,74	7	10,61	12	26,09	29	18,35
Sedantes	0	0,00	8	12,12	1	2,17	9	5,70
PBC y/o Cocaína	17	36,96	17	25,76	11	23,91	45	28,48
Tabaco	2	4,35	10	15,15	2	4,35	14	8,86
Cyberadicción	1	2,17	1	1,52	3	6,52	5	3,16
<b>MÚLTIPLE</b>								
Alcohol	3	3,80	5	4,95	3	6,12	11	4,80
Marihuana	19	24,05	29	28,71	19	38,78	67	29,26
PBC y/o Cocaína	57	72,15	66	65,35	27	55,10	150	65,50
Opioides	0	0,00	1	0,99	0	0,00	1	0,44

<sup>1</sup>Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

Tres de cada cuatro pacientes estudiados presentaron alguna comorbilidad, que incluyó: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y trastornos orgánicos. No se incluyeron trastornos de personalidad. Ordóñez reportó un prevalencia de 52%, en mujeres drogodependientes atendidas en diferentes centros de tratamiento, siendo ésta mayor

en mujeres hospitalizadas (22). Jiménez reportó una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica de 55% en pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría general (23). En poblaciones norteamericanas, las tasas de comorbilidad psiquiátrica oscilan alrededor del 50% (12, 14-16). La diferencia en la prevalencia encontrada se debe a que ésta varía de acuerdo a la población estudiada, siendo ésta mayor en pacientes

hospitalizados en un servicio de alta especialización como el nuestro. Tal situación conlleva la necesidad de capacitar continuamente al personal y rediseñar los servicios de psiquiatría para afrontar este escenario complejo.

En nuestro trabajo, la edad promedio fue 23 años, encontrándose la mayoría de ellos en el grupo etario de 19 a 24 años. La revisión bibliográfica mostró que la mayor prevalencia se ubica durante la adolescencia y adultez temprana, concordando nuestros resultados con la tendencia a nivel internacional. Por lo tanto, el TDAH comórbido plantea un escenario negativo en el curso de TUS debido a que llegan a ser adictos a una menor edad, siendo hospitalizados más a menudo y a una edad menor (1, 2, 12-20).

Al revisar las características demográficas de los pacientes drogodependientes con TDAH comórbido, llama la atención que la mayoría de ellos sean solteros, acudiendo la mayoría de ellos acompañados con sus padres, proporcionándonos un indicio que tal situación afecta el desarrollo de la vida normal del individuo y la quiebra del hogar. Casi tres de cada cuatro pacientes estudiados presenta un nivel de estudios en el rango de secundaria incompleta y completa, lo que pudiera estar asociado a la limitación de los pacientes por continuar sus actividades educativas. Casi la mitad de los pacientes estuvo desempleado y una cuarta parte de ellos tenían un trabajo ocasional, representando una limitación en la vida productiva de los pacientes que lo padecen (1, 2, 12-23).

Está bien documentado que los pacientes con TUS y TDAH comórbido tienen un inicio más temprano en el consumo y abuso de sustancias, peor evolución de los síntomas del TDAH, tasas más elevadas de policonsumo y una progresión a sustancias más adictivas e ilegales que aquellos sin la comorbilidad (1, 2, 12-23). Los pacientes en policonsumo representaron las dos terceras partes de nuestra población, progresando éstos a sustancias más adictivas y a formas de administración más invasivas. La dependencia a múltiples sustancias fue la más prevalente en los pacientes drogodependientes con TDAH comórbido y dentro de esta categoría, la dependencia más reportada fue a PBC y/o cocaína. Estos resultados podrían explicarse debido a que los pacientes con TDAH eligen la cocaína para “automedicarse”, o que al elegir marihuana y alcohol, ambas sustancias sedativas, éstas sean más eficaces para aliviar los síntomas del TDAH (1, 2, 12-14). Sin embargo, muchos estudios no han podido demostrar esta hipótesis. Más aún, nuestro estudio no fue diseñado para tal fin.

En conclusión, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad estuvo presente en tres de cada 10 pacientes con dependencia a sustancias. Se encontró una elevada frecuencia (72%) de comorbilidad con trastornos clínico psiquiátricos en pacientes varones atendidos por TUS, en un servicio especializado de salud mental y adicciones.

Nuestro estudio tuvo varias limitaciones. Fue un estudio retrospectivo con datos obtenidos de historias clínicas, incluyéndose aquellos casos en los que los datos en la historia clínica fueron insuficientes o no se consignaban. El TDAH se asocia a múltiples diagnósticos que no fue posible incluirlos dentro de los resultados del estudio debido a la carencia de información en las historias clínicas. La severidad del trastorno adictivo y su comorbilidad aumenta conforme se asciende a servicios más especializados por lo que nuestro resultado sobrestimaría la frecuencia de TDAH en pacientes dependientes a sustancias y no podría ser generalizado a una población. No se pueden plantear relaciones de causalidad debido al diseño del estudio, a pesar que la prevalencia de TDAH es significativa en los pacientes dependientes a sustancias estudiados. Se sugieren estudios de cohortes y/o casos y controles para precisar tales asociaciones.

*Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés por declarar y que el presente trabajo fue financiado por los mismos autores.*

## Correspondencia

Elmer Velásquez Molina  
Dirección Ejecutiva Investigación, Docencia y Atención de Adicciones.  
Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.  
Av. Eloy Espinoza 709. San Martín de Porres. Lima – 31. Lima, Perú  
Correo electrónico: chalo.evm@gmail.com

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sadock B, Alcott V, Ruiz P. (Editores). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
2. Szerman N, Martínez-Raga J, Knecht C. Patología dual: Protocolos de intervención. Barcelona: Editorial Edika Med; 2012.
3. Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú. PERU/MINSA/OGE 06/018 & Serie Análisis de Situación de Salud y Tendencias. Lima: Ministerio de Salud; 2006. (Citado el 11 de

- mayo del 2015) Disponible en [http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_asis/asis18.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis18.pdf)
4. Organización Mundial de la Salud. Alcohol. Genova: Organización Mundial de la Salud. ; 2014. (Citado el 31 de Julio de 2014) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es>
  5. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). El problema de las drogas en el Perú. 2012. Lima: CEDRO; 2012. Accesible en: <http://www.bvcedro.org.pe/handle/123456789/193>
  6. Saavedra-Castillo A. Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva*. 2001; 19: 63-103.
  7. Filomeno A. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en las últimas cuatro décadas y media en el Perú. Problemas actuales y búsqueda de soluciones. *Rev Med Hered*. 2006; 17(3): 119-121.
  8. Tirado BC, Salirrosas C, Armas L, Asenjo C. Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2012; 75(3): 77-84.
  9. Schilling L, Rosa F. Epidemiological study on symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Behavior Disorders in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(3): 150-5.
  10. Cornejo JW, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa A. Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. *Rev Neurol*. 2005; 40 (12): 716-722.
  11. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gómez LF, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in 4 to 17 years old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol*. 1999; 27: 455-62.
  12. Kessler R, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone S, 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: 716-723
  13. Van Emmerik K, Van de Glind G, Van den Brink W, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2012; 122:11-19.
  14. Subramaniam GA, Stitzer M. Clinical characteristics of treatment-seeking prescription opioid vs. heroin-using adolescents with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2009; 101: 13-19.
  15. Lebin FR, Evans SM, Klever HD. Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1998; 52: 15-25.
  16. Clure C, Brady K, Saladin M, Johnson D, Waid R, Rittenbury M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: Symptom pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse*
  17. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Scheneider U. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Alcohol Alcohol*. 2008; 43(3): 300-304
  18. Haro G, Benito A, Ripoll C, Calatayud M, Añó C, Francés Y. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos dependientes de sustancias. *Trastornos adictivos*. 2009; 11(4): 271-277.
  19. Torrico L, Vélez A, Villalba E, Fernández F, Hernández A, Ramírez J. 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. *Trastornos adictivos*. 2012; 14(3): 89-95.
  20. Piñeiro B, Balanzá V, García P, Soler B. Psychiatric Comorbidity at the Time of Diagnosis in Adults With ADHD: The CAT Study. *J Attent Disord*. 2014. doi:10.1177/1087054713518240
  21. Saavedra-Castillo A. Comorbilidad en alcoholismo. En: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Monografía de Investigación N° 5. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. 1997. pp. 51-111
  22. Ordóñez C, Catacora M, Otárola F, Valdivieso J. Comorbilidad psiquiátrica en mujeres atendidas por dependencia a sustancias psicoactivas en centros de tratamiento, Lima-Perú, 2001-2004. *Revista Peruana de Drogodependencias*. 2006; 4: 73-97.
  23. Jiménez J, Chero E. Comorbilidad Psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del Hospital Hermilio Valdizán. *Rev de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*. 2011; 12: 31- 40.

Recibido: 01/03/2014

Aceptado: 06/04/2015