

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R

¿Y EL TDAH DONDE QUEDÓ?: Trayectorias de vida en adultos con diagnóstico dual

Laura Juliana Acosta Mariño

Joan Norberto Aguilera

Universidad del Rosario

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2018

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R

Narrativas de adultos consumidores de sustancias psicoactivas y diagnóstico de
trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Laura Juliana Acosta Mariño

Joan Norberto Aguilera Romero

Asesor Temático: Jeffrey González Médico Psiquiatra

Asesora Metodológica: Silvia Rivera Psicóloga, Magister en Estudios Socioculturales.
Epidemióloga Cualitativa

Universidad del Rosario

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2018

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R

“La Universidad del Rosario, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, sólo velará por el rigor científico, metodológico, y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R

Agradecimientos:

A la Universidad del Rosario por ser cuna para nuestro crecimiento profesional, a nuestros tutores, Doctora Silvia Rivera y Doctor Jeffrey González por su constante apoyo, guía y supervisión, aun en momentos en los que sentíamos desfallecer.

A la Clínica Campo Victoria por permitirnos captar a nuestros participantes y a ellos por tener la disposición e interés de responder nuestras preguntas, por todo lo que nos enseñaron y hacer divertidas la realización de las entrevistas.

A todas las personas que hacen parte de nuestras vidas, por su amor, confianza y apoyo, creer en nosotros nos impulso a lograr lo que hoy vemos culminado.

Resumen

Introducción: El trastorno de déficit de atención e hiperactividad ha demostrado que en un 50% de la población que lo padece los síntomas persisten en la edad adulta, causando grandes dificultades a nivel funcional y de la calidad de vida de los pacientes. Asociado a esto con el auge de la patología dual se ha visto como existe una asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y este diagnóstico.

Metodología y materiales: Mediante análisis de narrativas en el que se aborda los relatos biográficos de adultos consumidores de sustancias psicoactivas en quienes coexiste un diagnóstico de trastorno por déficit de atención hiperactividad. Se llevará a cabo haciendo énfasis en tres puntos claves de las trayectorias de vida de estos pacientes: los patrones atribuibles, la construcción del diagnóstico en diferentes áreas de la vida y la asociación de síntomas al consumo de sustancias, esto a través de la teoría de las representaciones. Se realizaron entrevistas estructuradas, que fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis a través de categorías descriptivas.

Resultados: Se evidencio que el desconocimiento del diagnóstico de TDAH, es un factor común a la mayoría de participantes así como las dificultades académicas. Estos resultados no son generalizables debido al modelo cualitativo y tamaño de la muestra.

Discusión: Existe una gran dificultad expresada a través de la teoría de las representaciones, basada en la pobre conceptualización del diagnóstico de TDAH en los pacientes.

Palabras Clave: *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), Patología Dual, Sustancias Psicoactivas (SPA)*

Abstract

Introduction

It has been found that 50% of the population with Attention-deficit hyperactivity disorder present symptoms during their adult ages, causing difficulties at functional level and in their life quality. This associated with dual pathology has shown an existing relation between the use of psychoactive substances and adult Attention-deficit hyperactivity.

Method and materials:

A narrative analysis where drug users diagnosed with Attention-deficit hyperactivity talk about their biography emphasizing in three important aspects behind their life decisions like: attributable patterns, diagnosis construction in different life areas and the association of substances use using the theory of representations. Different interviews were done, recorded and transcript for later analysis

Results:

Was observed that the unknown of Attention-deficit hyperactivity diagnose, and the low academic performance are common factors. This results can't be generalized due to the sample size and the qualitative model.

Discussion

Difficulties exist expressed through the theory of the representations based in the poor conception of the Attention-deficit hyperactivity diagnosis in patients.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (A.D.H.D), Psychoactive Substances (PAS), Dual Pathology.

TABLA DE CONTENIDO

- 1. Tema**
- 2. Introducción**
- 3. Marco Teórico**
 - 3.1. Capítulo 1 Determinantes familiares**
 - 3.2. Capítulo 2 Campo educativo**
 - 3.3. Capítulo 3 Redes de apoyo**
 - 3.4. Capítulo 4 Conceptualización del diagnóstico**
 - 3.5. Capítulo 5 Cotidianidad**
- 4. Objetivos**
- 5. Metodología**
- 6. Plan de análisis**
- 7. Aspectos éticos**
- 8. Resultados.**
- 9. Discusión**
- 10. Conclusiones**
- 11. Bibliografía**

1. Tema

Este proyecto nació con el fin de investigar desde el campo de la salud mental y de la salud pública la importancia y el entendimiento del diagnóstico de patología dual, que da cuenta de la asociación de un trastorno mental y el consumo de sustancias psicoactivas. En el desarrollo de este estudio se tuvo en cuenta investigaciones recientes en las que se ha hecho evidente la importancia de reconocer la asociación entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos por consumo de drogas, en algunos pacientes, para brindar herramientas de comprensión y de manejo de su condición, que pueden mejorar la calidad del tratamiento. Para identificar el efecto que la comprensión del doble diagnóstico tiene en estos pacientes, hemos hecho uso de entrevistas de investigación que han sido analizadas a la luz de la teoría de las representaciones sociales, para encontrar elementos en la identificación de la enfermedad y la manera como esta va transformando los diferentes procesos en la estructuración de la vida y en el manejo que estas personas dan a su condición/ patología.

2. Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia es un problema de salud pública de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de 2015, lo que ha producido que se implementen planes de promoción y prevención en esta área (1). Al revisar la literatura es posible encontrar evidencia donde se reportan asociaciones entre los trastornos mentales y el consumo de SPA, en este trabajo nos centramos específicamente en la asociación entre el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el consumo de SPA (1,2). Desde esta perspectiva surgen varios planteamientos acerca del tema, por ejemplo: ¿podría pensarse que esta asociación es de causa efecto? ¿Cómo la falta de diagnóstico o la presencia de este modifica el autoconcepto o los patrones de comportamiento en estos individuos?

Inicialmente debemos hacer un acercamiento conceptual, donde el TDAH está definido como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por alteraciones en el comportamiento como lo son el aumento de la actividad motora e impulsividad y un componente de inatención (3). Antes de 1976 se consideró que estos síntomas se resolvían antes de llegar a la adultez; sin embargo, estudios realizados en este año evidenciaron que pueden persistir en la edad adulta, generando múltiples dificultades en el funcionamiento del individuo (4). Se ha encontrado que la prevalencia de TDAH en adultos es del 4-5%; sin embargo, es un diagnóstico desestimado en la edad adulta, puesto que muchas veces se invisibiliza por la presencia de otros trastornos de más fácil diagnóstico. Esto sucede porque el TDAH se asocia frecuentemente en esta etapa a otras condiciones como es el abuso de SPA, llegando a una prevalencia 19%, lo cual termina en hacerlo pasar desapercibido enmascarado en otros diagnósticos. (5)

En Colombia el uso de SPA tiene una prevalencia de 12.2% en la población general con lo cual se ha convertido en un problema de salud pública (6,7). Con el aumento de la prevalencia de la patología dual, descrita como la comorbilidad entre distintos trastornos psiquiátricos, donde al menos uno de ellos es por uso de SPA, alcanza prevalencia de aproximadamente el 50% en la población dependiente (8). Dentro de los trastornos mentales asociados se encuentra el TDAH, con el cual se encuentra una frecuencia de comorbilidad del 32-53% con el consumo de alcohol y del 8-32% con otras SPA (9). En nuestro país los estudios son escasos respecto a esta asociación puntual entre TDAH y

trastornos relacionados con SPA y trastornos adictivos; sin embargo, uno de estos estudios informa una prevalencia de 26.7% en nuestra población (9,10).

En la población norteamericana se ha visto que el TDAH se encuentra en al menos un 3.4% de la población general, en niños del Reino Unido reportan una prevalencia del 0,4% (11). Sin embargo, se considera que el porcentaje en la población es mayor, pues la mayoría de quienes lo padecen no tienen un diagnóstico establecido (11), también se debe tener en cuenta que el diagnóstico de TDAH en el adulto es algo controversial, para los clínicos, ya que como se mencionó durante mucho tiempo se consideró de presentación clínica exclusiva en la infancia (4,12,13)

Para el diagnóstico de TDAH se requiere de varios parámetros y criterios que varían de acuerdo con la presentación del trastorno, la edad y el género, pues se ha encontrado una mayor incidencia en hombres que en mujeres (14). Actualmente los criterios del DSM-V, incluye dentro de estos un apartado para la edad adulta, categoría que no se tenía en cuenta anteriormente debido a que se consideraba que los síntomas se resolvían antes de llegar a la adultez. Es importante resaltar que dentro de los cambios que se presentaron esta la edad de aparición de los síntomas, teniendo en cuenta que debe hacerse el diagnóstico antes de los 12 años de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadística y pueden persistir estas alteraciones en la edad adulta, hay estudios recientes que demuestran que en algunas personas la aparición de síntomas se da en la edad adulta (15), lo cual hará que el diagnóstico se realice en la adultez dando prueba de que no se trata de una patología exclusiva de la infancia.

Durante la etapa adulta, las condiciones de esta patología varían en comparación a las conocidas en la infancia, dando lugar a un aumento en el componente de déficit de atención, que conlleva a dificultades en funciones laborales y académicas (16,17). Esto debido a alteraciones de las funciones ejecutivas, que son una serie de procesos mentales dentro de los que se encuentran: la anticipación, el control de impulsos, la autorregulación, flexibilidad mental, planificación, organización y selección de forma efectiva de estrategias para la resolución de problemas (18,19). En el componente de hiperactividad, se observa una disminución, dada por menor impulsividad e inquietud motora (13,20,21).

Hay diferentes enfoques para el TDAH, estos han presentado una evolución a través del tiempo, como se pueden ver en los cambios de los criterios diagnósticos presentados en el DSM-V, estos cambios pueden ser respaldados por los diferentes enfoques de abordaje fisiopatológico, como la predisposición genética. En estudios con gemelos se refieren tasas de heredabilidad del 71 al 90% (22), otros modelos biológicos, se centran en las alteraciones propias de neurotransmisores, cambios en volumen cerebral y mielinización, dando como resultado alteraciones de la conducta (19), que por sus múltiples factores de explicación en la génesis y gran heterogeneidad clínica debe tener un enfoque como síndrome y no como una sola entidad (7,23,24).

Actualmente en Colombia es escasa la bibliografía que se encuentra respecto a esta comorbilidad y principalmente sobre el diagnóstico de TDAH en adultos (25), aunque con el auge de la patología dual se ha visto que existe una asociación entre el consumo de SPA y el diagnóstico del TDAH (9). Los pacientes con esta patología dual han presentado un patrón de consumo mucho más severo e inicio de consumo a edades más tempranas (26), por lo tanto, evaluar la edad de inicio de consumo nos podrá dar una visión mucho más amplia de todo lo que puede abarcar este problema.

En el presente estudio se ha establecido como objetivo explorar esta doble condición para examinar las trayectorias de vida por medio de las narrativas que construyen sobre esta doble condición los pacientes, para entender las diferentes representaciones de cada individuo ante sí mismo y sus rasgos de personalidad, sus formas de reaccionar, de organizar sus ideas y la relación particular que ha establecido con el consumo de SPA (20,27). De manera paralela se plantea examinar la transformación de estas representaciones posterior al diagnóstico de TDAH. Este examen permitirá determinar el impacto que puede tener el diagnóstico en cada individuo pudiendo ser posible que en algunos individuos represente un alivio y un mejor entendimiento de sí mismo, así como para otros puede ser un factor que aumente el estigma y más dificultades en lo que respecta a su identificación consigo mismo y con la sociedad (28,29). Entender la manera como se articula este impacto, puede ayudar a generar mejores procesos de acompañamiento en los que se tenga en cuenta la representación que genera cada paciente con respecto al diagnóstico dual. Esto puede ayudar también a que los profesionales de la salud que acompañan a estos pacientes entiendan sus reacciones y así puedan acompañarlos de manera más asertiva. De igual forma este trabajo abre la puerta a

diversos planteamientos y dudas que lleven a generar nuevas investigaciones alrededor de la patología dual.

Dentro de estos diferentes planteamientos podemos observar que hay perspectivas influyendo la vivencia del TDAH y el consumo de SPA, todas dentro del marco de sociedad, la familia juega un papel principal donde se construyen las diferentes formas de relacionarse con los demás y como se observan normas y comportamientos sociales (30), continuando con el desarrollo y crecimiento de las personas el campo escolar juega un papel indispensable para continuar evaluando el comportamiento y forma de relacionarse de la persona, también podemos iniciar a evaluar síntomas del TDAH y cual fueron sus repercusiones escolares (31–33). Una vez un individuo inicia con dificultades en diferentes aspectos de su vida, va a tener que hallar mecanismos para enfrentar los mismos debiendo hacer uso de red de apoyo y de cómo mantener adecuadamente sus vínculos y relaciones personales (34); todo lo anterior pensamos podría estar permeado por cómo se entiende y vive el diagnóstico (35), adicionalmente se debe encontrar relación de todos estos conceptos y percepciones en sus actividades diarias (36).

3. Marco Conceptual

El consumo de SPA ha sido un evento que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad (30), los griegos destilaron el fruto de la vid, antes del siglo IX se hacía vino y cerveza sobre todo en monasterios, los Incas consumían la hoja de coca, muchas otras tribus consumen alucinógenos como parte de rituales. En general las tribus ancestrales anclan el consumo de sustancias psicoactivas a una cosmogonía social y a rituales que le otorgan un sentido social al consumo en donde son raros los consumos problemáticos y disociadores en la relación del individuo con la colectividad. Sin embargo, los consumos de sustancias comienzan a cambiar en las culturas occidentales y en la modernidad con la síntesis de las sustancias, con la industrialización de su producción y con un uso intrincado dentro de una perspectiva de satisfacción individual que dista mucho de los usos rituales de las culturas ancestrales. Por ejemplo, el opio alcanzó su máximo auge en el siglo XVII, en el siglo XIX se crearon sustancias como la cocaína, heroína y morfina, mientras a mediados de este siglo en Francia hay gran auge por el consumo comercial de Haschisch (Marihuana) pero no fue sino hasta 1975 que Kramer y Cameron enmarcaron la dependencia a las drogas como un problema de salud (31). En este sentido, a través de los años el consumo de SPA ha adquirido diferentes significados en la sociedad, algunos aceptados y ritualizados y otros estigmatizados e incluso prohibidos y penalizados, esta ambigüedad del concepto nace de distintos constructos sociales en donde las sustancias son incorporadas de manera diametralmente opuesta en una sociedad o en otra y en momentos distintos de la historia. (32).

Pero ¿Qué es el trastorno por uso de sustancias o trastorno de adicciones? De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) las SPA se definen como “*Una sustancia (natural o química) que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico y/o los procesos mentales -experimentación de nuevas sensaciones-*” (32)

Según esta definición hay un componente que podría dar lugar al estigma del uso, dado por los cambios en el comportamiento de cada individuo.

En el año 1930, se hablaba del alcoholismo como una reacción alérgica al consumo de alcohol (8) y posteriormente en 1977 se cambiaría su definición a “Síndrome de Dependencia al alcohol”, donde fue definido como un “estado de alteración del individuo que se manifestaba a través de cambios en el comportamiento y en el estado físico secundario al consumo de alcohol, lo que da lugar a la aparición de definiciones de abstinencia y dependencia” (31).

Como mencionamos previamente en el transcurso del siglo XIX, con el auge de la industria farmacéutica sintetizaron drogas, como la heroína, el ácido barbitúrico y la cocaína, mientras que otras llegan con la expansión y la colonización de nuevas tierras como el hachís. Inicialmente el consumo de estas sustancias tuvo lugar entre los intelectuales de la época quienes se reunían en clubes para consumir, y discutir los temas de importancia del momento. Sin embargo, con la llegada del opio, varias organizaciones sociales y religiosas empiezan a señalar, a principios del siglo XX, que el consumo de esta sustancia no era un elemento “terapéutico” y alertaron sobre las dificultades a nivel económico, social y cultural que generaba su consumo.

La aparición del término “Drogadicto” da lugar a la descripción de la “drogadicción” y, como comentamos previamente, no se percibía como un problema de salud. Sin embargo, era un tema que despertaba el interés público y social, y con respecto a este se imprimían perspectivas y críticas morales (32,33). Por esto durante la última parte del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el enfoque de las personas que presentaban dependencia a las drogas estaba fuertemente marcado por el discurso moral, inmerso en los discursos religiosos o de la moral burguesa. Solo hasta entrados los años sesenta se empieza a enfrentar la condición de estas personas como una enfermedad. Este enfoque que convierte a los consumidores en enfermos tuvo un gran impulso en los años ochentas gran relación con el advenimiento de las infecciones masivas por VIH entre consumidores de drogas inyectables, en Europa y Estados Unidos, cuando se empieza a enfrentar el problema desde la perspectiva de salud pública, adoptando políticas de reducción de riesgos (34).

Para tener una visión de la magnitud y el impacto del consumo de SPA, el informe sobre drogas la ONU-DD dice que entre 172 y 250 millones de personas refieren haber consumido drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior al 2008, y en Colombia 1 de cada 100 personas abusa de SPA (10), siendo la marihuana la sustancia de mayor consumo representando aproximadamente el 88% dentro del consumo global de

sustancias (35). Dentro de la patología dual se ha visto que aproximadamente el 40% de pacientes con diagnóstico de abuso de alcohol y el 50% de los trastornos por consumo de otras SPA en algún momento de su vida fueron o serán diagnosticados con otro trastorno mental (36,37).

En los últimos estudios que se han realizado de patología dual se encuentra una importante asociación entre el diagnóstico de TDAH y el trastorno por consumo de SPA, con una frecuencia de 8-32%. Teniendo en cuenta que se considera que el TDAH es un factor de riesgo para presentar un trastorno por consumo de SPA, se han planteado diferentes hipótesis al respecto, entre ellas se destaca la teoría de la automedicación en la que se utilizaría la sustancia de consumo con un tratamiento para mitigar los síntomas de la patología de base (38,39).

Por otra parte, el TDAH es una entidad que no se encuentra descrita literatura antigua, se considera que las primeras descripciones de este se hicieron hace 200 años, inicialmente se asoció a déficit cognitivo, descrito en la época como “retardo mental”, por lo cual inicialmente se consideró un daño cerebral en el niño (19), en el año 1798 el médico escocés Sir Alexander Crichton, en su libro “Una investigación sobre la naturaleza y el origen de la enajenación mental” describe un estado mental que denomina “Mental Restlessness” que describe como un estado de inquietud y dificultad para mantener atención sostenida (40).

Posteriormente el psiquiatra Heinrich Hoffman, en su libro de cuentos “Der Strewelpeter”, pone en manifiesto una serie de historias dentro de las que se destaca un personaje llamado “Felipe el nervioso” quien representa a un niño con dificultades para poner atención e hiperactividad (22). En 1902 el pediatra George Still publica en la revista The Lancet un estudio de 20 niños en el cual reportaba “niños que no dejaban de moverse constantemente y lo tocaban todo, que eran desconsiderados con los demás, no parecían preocupados por las consecuencias de sus acciones y tenían un carácter escandaloso y obstinado; en definitiva, que manifestaban una gran falta de atención y parecían carecer de control sobre su conducta” muy similares a los que se describen hoy en día en el TDAH mixto, sin embargo Still expone que esta sintomatología corresponde a un daño neuromotor y no a dificultades de crianza (11,41).

En 1950 Russel Barkley psicólogo norteamericano, inicia sus estudios sobre TDAH donde el componente primario se convierte en la hiperactividad adquiriendo el nombre

de Trastorno Hiperquinético, dejando a un lado el componente de atención y menospreciando la impulsividad, posteriormente en 1968 es identificado por primera vez en el DSM II como “Reacción Hiperquinética de la infancia” (11,40). Posteriormente en los años 70, la época de oro del TDAH, se empieza a ver la importancia del componente de inatención e impulsividad y por esta razón en 1972, con los estudios y descripciones de la doctora Virginia Douglas se modifica en nombre a Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad para ser incluido en el DSM III (42), al igual que quedó descrito en el grupo de Trastornos del comportamiento y las emociones de inicio en la infancia y la adolescencia, publicado en la clasificación internacional de enfermedades (43). A partir de este momento con el aumento en los estudios e investigaciones se hacen modificaciones en la nomenclatura hasta llegar a la actual: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad con sus tres subtipos: inatento, hiperactivo e impulsivo y combinado (12,16).

El TDAH no contaba con presentación en adultos en el DSM-IV, pero esta se adiciona la presentación en adultos en el DSM V (30,44). A pesar de esto el diagnóstico en adultos aún es debatido dado que los criterios diagnósticos de Barkley y Birdeman son para la presentación en la infancia (42). La incidencia de TDAH en niños es de aproximadamente el 4-12%, con una posible remisión de síntomas en el 50% y un 15% persistencia sintomática, dando lugar a que exista una prevalencia del 3-5% en la población adulta, con un porcentaje de predominio de síntomas inatentos del 45%, síntomas mixtos del 34% y el componente de hiperactividad ha demostrado ser el que mayor remisión de síntomas presenta alcanzando una prevalencia del 21% (13,15).

En el TDAH en el adulto presentará sintomatología que va a afectar al individuo en diferentes ámbitos como lo son áreas sociales, laborales y familiares. Esto va a tener un importante impacto a nivel socioeconómico en la población y en el sistema de salud (45,46). Es importante tener en cuenta que la sintomatología clásica de la infancia no es la misma que se va a manifestar en el adulto, lo cual va a representar dificultades para el diagnóstico (16).

Bleuer afirmaba que no se diagnostican patologías, sino síntomas y este va a ser el punto clave para el diagnóstico en adultos (3). Para ayudar a establecer este diagnóstico se plantearon tres pilares de conocimiento inicial: el primero de estos menciona cómo los síntomas se resolvían con la edad, el segundo mostraba que al pasar a la adultez se transformaba en alteraciones comportamentales como trastornos de personalidad o del

ánimo; en este punto se debe tener en cuenta que se pueden presentar trastornos mentales mayores como comorbilidad al TDAH, así mismo los síntomas de algunos de éstos trastornos pueden enmascarar los síntomas del TDAH (43), y por último una hipótesis en la que se afirma la persistencia sintomática en el tiempo (27).

La sintomatología suele ser un mosaico no claro de síntomas, es por esto que el motivo de consulta en estos pacientes no es claro y generalmente se ve asociado a la presencia de comorbilidades (16). Para facilitar esto se han establecido un grupo de síntomas nucleares como lo son la procrastinación, baja tolerancia a la frustración, labilidad emocional, sentimientos de fracaso, baja autoestima y dificultades en las habilidades sociales (13,19). Además de estos síntomas, existen algunas características de la infancia que se consideran factores predictores como la presencia del subtipo combinado, comorbilidades como depresión o ansiedad, antecedentes familiares y psicopatología en los padres, que deben ser tenidos en cuenta para generar una sospecha diagnóstica en el adulto (47).

En los adultos las manifestaciones clínicas que predominan son las dificultades a nivel de la atención y alteración en las funciones ejecutivas. Estas últimas expresadas en las dificultades para organización, planeación, priorización, estructuración, y ejecución de tareas en un periodo de tiempo asignado y terminar actividades programadas. Por su parte los síntomas de hiperactividad no son específicos y se manifiestan a través de la sensación de no poder estar quieto y la dificultad para estarlo representada en movimientos mínimos como lo serían mover los pies o las manos constantemente. El lenguaje es otra de las áreas que se ve comprometida. Las manifestaciones en esta área se verán expresadas en la tendencia a ser altisonante y excesivo. La impulsividad, se manifiesta con la dificultad para respetar y tolerar límites dentro de lo que se incluyen la espera en filas, la toma de decisiones irreflexivas (48) y conductas de alto riesgo como el consumo de SPA (21,49).

Como se ha mencionado anteriormente el TDAH tiene a largo plazo complicaciones importantes, durante la etapa escolar se evidencian marcadas dificultades a nivel del rendimiento académico, abandono escolar que en la etapa adulta tendrá repercusiones a nivel laboral, económico y social. Además de esto la impulsividad se ha asociado a un aumento en la tasa de mortalidad de paciente con este diagnóstico asociada a accidentes y comorbilidad de consumo de sustancias psicoactivas relacionado con el componente de impulsividad del TDAH, que también se asocia a implicaciones legales (29,50).

Estas dificultades permitieron que se establecieran cuatro componentes para el diagnóstico: la confirmación de la aparición de los síntomas antes de los doce años de edad; la valoración de los síntomas que persisten; la valoración a través de escalas de diagnóstico donde se evalúe la historia familiar, los factores genéticos asociados a antecedentes familiares de importancia y finalmente el componente que corresponde a las pruebas neuropsicológicas (42).

La presencia de TDAH y consumo de SPA ha venido en estudio desde 1980 mostrando una prevalencia de asociación que se encuentra en un rango entre el 20 -50% de la población general; algunos datos epidemiológicos reseñan que la aparición del trastorno por consumo de sustancias se presenta posterior al inicio de síntomas, o diagnóstico de otros trastornos mentales (8). La patología dual genera un importante impacto en la calidad de vida y la funcionalidad del individuo así mismo implica altos costos para los sistemas de salud debido a las consecuencias del consumo, los tratamientos de deshabitación y rehabilitación, las recaídas frecuentes y la presencia de síntomas asociados a otros trastornos mentales que generan discapacidad e incapacidad. (51)

La coexistencia de distintos trastornos psiquiátricos es actualmente una situación que está generando gran controversia no solo al ser un problema de salud emergente sino también por su relevancia en el tratamiento que deben recibir. En este sentido al menos uno de los diagnósticos debe corresponder al trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y es lo que se conoce como patología dual. (2)

Se considera que aproximadamente un 40% de la población consumidora de SPA, ha recibido en el transcurso de sus vidas un diagnóstico de otro trastorno psiquiátrico, de igual forma se ha visto cómo en algunos individuos la presencia de un trastorno mental mayor, como la depresión, esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar entre otros se asocia al consumo de SPA. Este concepto tiene lugar para finales de 1980, cuando posterior a revisiones y análisis de casos se hizo evidente la presencia de estas comorbilidades (51). A pesar de eso fue hasta mitad de la década de los 90 cuando se empezó a utilizar el concepto de patología dual incluso avalado por la APA (American Psychiatric Association); sin embargo, aun en la actualidad hay quienes difieren respecto al uso de este concepto. Se cree que esta asociación está dada por orígenes biológico-similares convirtiendo los síntomas de dependencia y consumo como una manifestación de síntomas del otro.

La mirada central del presente trabajo es el entendimiento de la patología dual centrándonos en la asociación del TDAH y el consumo de SPA, basados en la descripción de las experiencias de vida de individuos con estas patologías a través de narrativas; construidas a partir de un enfoque fenomenológico donde se obtendrán las historias para un posterior análisis que lleve a la comprensión de los factores psicosociales que intervienen en estos individuos, realizaremos la inclusión de los elementos ideológicos de lo aparentemente subjetivo. La psicología social donde se plantea una metodología basada en el análisis del sentido común y la cotidianidad va a permitir dar una explicación en la construcción social de la realidad del individuo a través de la Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. (52)

La teoría de las representaciones sociales no posee una definición operacional. Se ha estructurado desde sus inicios como un sistema cognitivo con lenguaje y lógica propios, sustentados en teorías sui generis con sistemas de valores ideas y comportamientos. Para poder comprender los elementos que se encuentran en torno de estos pacientes debemos entender cuáles son las representaciones sociales que se designan como conocimiento específico. Según Jodelet estos contenidos manifiestan la operación de procesos que dan lugar a una forma de pensamiento social. Di Giacomo agrega una dimensión de lo simbólico donde la representación social es el proceso por el cual un grupo se define, regula o compara con otro, lo cual será de gran utilidad para mirar las características de estos pacientes frente a la percepción de sus diagnósticos y de su entorno como producto de una construcción psicológica y social de lo real. (52)

Dentro de las características de la teoría de las representaciones debemos encontrar el cambio de lo material por lo abstracto, de la percepción por concepto para describir cómo se realiza la representación frente a un objeto; adicionalmente describir los aspectos figurativos en los que el conocimiento es transformado en imagen y los aspectos simbólicos que esto conlleva. De esta manera podemos entender la construcción social de la realidad de estos pacientes a través de los procesos de socialización de los conceptos de enfermedad y consumo, construidos para que su grupo social explique sus características, para llegar a describir la forma del pensamiento natural que nace del sentido común, sin dejar a un lado las estructuras cognitivo afectivas que rodean estos conceptos que finalmente nos darán una guía comportamental de las interacciones en la vida cotidiana(52). Las narrativas nos darán los elementos evaluables como: Contenido donde se podrán encontrar las diferentes fuentes que conforman los sistemas simbólicos,

objeto que constituye el elemento central de las representaciones, y sujeto donde éste es percibido frente a otros sujetos con las características antes mencionadas, adaptadas a la integración, interpretación y construcción de la realidad para el paciente y lo que lo rodea. (20,27)

3.1 Capítulo 1: Determinantes familiares

Durante el transcurso del planteamiento y desarrollo de esta investigación, encontramos diferentes aspectos que fueron determinantes para nuestros participantes en el desarrollo y construcción de personalidad y toma de decisiones, una de estas es la familia. Se debe tener en cuenta que la familia es una estructura social que se define desde diferentes aspectos como lo son las relaciones sociales, relaciones biológicas, y relaciones económicas (53)

Para empezar, precisaremos el concepto de familia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud que plantea dos definiciones: *“los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”* y *“conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”* (4).

Con base en lo anterior podríamos establecer que la familia es un conjunto de personas que se agrupan de acuerdo con diferentes aspectos relacionales. Sin embargo, bajo el marco de esta definición no se establece cual es la importancia de la misma, de los vínculos entre los miembros y de las posibles consecuencias que un cambio en esta estructura pueda generar en el individuo.

La familia es una estructura básica y determinante en la sociedad, pues es en esta donde van a tener lugar las primeras relaciones y vínculos con otros individuos, y de donde se obtendrán los recursos para la estructuración de la personalidad, se considera también el espacio donde inicia educación, y donde se imparten los patrones de vínculo convirtiéndose en un espacio indispensable de su crecimiento y desarrollo (54).

En su escrito “Proyecto de una psicología para Neurólogos”, Freud plantea cómo un individuo en las primeras etapas de la vida no puede llevar a cabo por sí mismo las labores que le permitan su subsistencia, y requiere de una ayuda externa necesaria para conseguir dicho objetivo y es en este punto donde la figura materna entra a llevar a cabo este rol de cuidar, proteger y preservar la existencia de este individuo. Por su parte el rol paterno puede ser descrito como lo menciona Braunstein en 2001 en el documento “Por el camino de Freud”: “un aparato ideológico del Estado en el que se dan los procesos de sujetación, esto es la producción de los sujetos, y que, entre esos procesos, domina la integración del sujeto dentro de la variable pero constante estructura del complejo de Edipo, complejo que implica la presencia de un modo u otro, de la institución familiar” (55). De acuerdo con lo anterior se determinan los roles y representaciones que van a tener cada uno de estos sujetos en la construcción de la estructura de familia y una falla en estas puede llevar a deprivaciones en las condiciones básicas para su supervivencia como lo son la alimentación, la vivienda y carencias afectivas e imposición de normas y límites (56). Muy similar a los aportes de la teoría sistémica que explica cómo el funcionamiento de la familia tiene influencia en el desarrollo del individuo y a largo plazo en los problemas que pueden presentar los hijos en la infancia y que repercutirán en la edad adulta (57).

Sin embargo, no hay que desestimar los componentes y factores genéticos que se atribuyen a ambas patologías. De acuerdo con la literatura, los estudios moleculares y genéticos que se han realizado en los últimos años, han mostrado que existe un patrón de familiar en los individuos diagnosticados con TDAH, en la actualidad al tener en cuenta el TDAH del adulto las proporciones han aumentado alcanzado un 57% de riesgo en un niño hijo de un adulto con diagnóstico de TDAH de tener el mismo diagnóstico. Sin embargo esto no va a influenciar las características sintomáticas del mismo, el impacto o la intensidad de los síntomas (58,59). Se ha visto que cuando existe un familiar en primer grado de consanguinidad hay un riesgo de 2 a 8 veces más que cuando no lo hay (4,22). Así mismo se cuenta con poca evidencia en este caso, al igual que en otros trastornos mentales.

En lo que respecta al consumo de SPA, se habla de un patrón heredable en cual no se aclaran los genes involucrados, y respecto al cual existe gran controversia; esto debido a las características de poligenicidad de herencia. Con esto se podría pensar que en el caso de unos gemelos monocigotos, al compartir el 100% de sus genes ambos tendrían el 100%

de riesgo de presentar la misma adicción, y aunque existen casos reportados, no es un evento que siempre ocurra, lo cual desestima esta teoría. Se habla entonces de una herencia multifactorial que va a tener en cuenta elementos medioambientales como lo son, el periodo peri y neonatal, mutaciones aleatorias en el ADN (Ácido Desoxirribonucleico) (60), sin embargo, aún no existe evidencia suficiente que sustente las bases de herencia genética de estas patologías (37,61). Siendo de esta forma los determinantes familiares un componente de interés en el estudio de esta patología, pues es poco estudiada hasta el momento la relación que existe entre la disfuncionalidad de la familia y estas comorbilidades.

3.2 Capítulo 2 Campo educativo

Una de las etapas de la vida que tienen mayor relevancia en el individuo es la etapa escolar, puesto que en esta no solo iniciará el proceso de aprendizaje académico y desarrollo de habilidades, si no que se le permitirá desarrollar al individuo, establecer y afianzar conductas en el establecimiento de las relaciones con otros, el seguimiento de normas y señalamientos, la tolerancia de límites y a la frustración, principios básicos que han sido descritos en el modelo de las etapas del desarrollo de Jean Piaget (62).

El TDAH es una de las condiciones que mayores dificultades causan en el área escolar, no solo por la presencia de sus síntomas, si no por las reacciones que éstas evocan no sólo en el individuo que la padece, sino también en sus pares y docentes (63).

Cuando un individuo presenta dificultades para centrar y enfocar su atención en las actividades que le son impartidas por el docente, los resultados que va a obtener no serán óptimos, aun cuando la capacidad cognitiva se encuentre dentro de parámetros de normalidad. Estas dificultades se asocian a la alteración en las funciones ejecutivas del individuo, y que se verán asociadas a cambios en su estado anímico (64–66).

Por su parte la hiperactividad, además de generar dificultades en el proceso de planeación y ejecución de actividades estará asociada a hiperquinesia y conductas motoras de difícil control que generarán incomodidad en sus pares y docentes ya que la imposibilidad para mantenerse quieto predominará, en ocasiones por la dificultad para el control de impulsos (5). Todo esto sumado a una pobre tolerancia a la frustración puede desencadenar en dificultades en la convivencia con sus pares dando lugar a que sean víctimas de matoneo por sus pares y docentes, o en su defecto a ser matoneadores. Estos últimos además

asociados a una alta dificultad para el seguimiento de normas y límites que se establecen para la convivencia (67).

En nuestra experiencia hemos visto cómo en muchos casos son estas dificultades las que llevan, por sugerencia de docentes y personal de las instituciones educativas, a consultar al médico, psicólogo o médico psiquiatra para solicitar una valoración, y son los docentes quienes realizan una primera aproximación diagnóstica, y así mismo es aquí donde frecuentemente comienza el estigma en estos individuos.

3.3 Capítulo 3 Redes de apoyo

Las relaciones interpersonales, hacen parte importante de la vida diaria, y cómo se relacionan los individuos es un determinante de las condiciones de salud mental. Si hacemos referencia a la teoría del apego del enfoque psicodinámico, habla de cómo el establecimiento de vínculos se da desde etapas tempranas de la vida, y se va modificando de acuerdo con la etapa del desarrollo en que se encuentre el individuo y las personas con quienes se relaciona (23)

Como se mencionó previamente las condiciones patológicas aquí tratadas se asocian a dificultades a nivel vincular y social que se relacionan a la severidad de sus síntomas, a pesar de esto no es concluyente ya que se ha visto que existen factores que pueden predisponer esta condición como lo es la edad, siendo más frecuente en niños y adolescentes (24). Se ha visto además, que existen dificultades para mantener relaciones de pareja con un alto índice en la tasa de divorcio en un 21% de la población diagnosticada e igualmente una dificultad para tener amistades (25).

3.4 Capítulo 4 Conceptualización del diagnóstico

El concepto de trastorno mental usualmente es asociado al estigma, a lo descrito en la época clásica como insanidad y se caracteriza por establecer distancia entre los individuos ya que la condición por la cual se recibe este señalamiento se considera negativa o una desventaja, esto es una actitud frecuente hacia quienes sufren una enfermedad mental. (70). Sin embargo, existen individuos que se encuentran en una constante búsqueda de conocimiento y entendimiento de sí mismos, de sus conductas, de sus dificultades, buscando una razón o causa de éstas (20).

Otra de las razones por las cuales el entendimiento del diagnóstico se hace importante es porque permite la comprensión por parte de la familia, compañeros y demás personas que

conviven con el individuo de la sintomatología manifestada a través de su comportamiento (71).

3.5 Capítulo 5 Cotidianidad

Dentro de los aspectos que hemos querido resaltar en esta investigación encontramos una serie de eventos que agrupamos en una categoría llamada “Cotidianidad”, ya que abarcan diferentes aspectos de la vida diaria y de la historia del consumo:

Para empezar, se hablará de la historia del consumo de SPA y algunos determinantes de esta como son el inicio en la edad de consumo. De acuerdo con la encuesta nacional de salud de 2015, no hay estudios en población de niños menores de 11 años, sin embargo, la evidencia para adolescentes entre los 11 y 18 años es de aproximadamente el 3.1% para el consumo de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, dick, basuco, éxtasis, pegantes y solventes), con lo cual se evidencia un inicio de consumo a edades tempranas que tendrá como consecuencia un alto impacto a nivel del deterioro físico, cognitivo y social del individuo.(25)

Por otra parte, según los hallazgos en la literatura encontramos que la práctica de actividad física juega un papel importante en el control de los síntomas en los individuos con diagnóstico de TDAH, ya que favoreciendo el desarrollo de habilidades sociales, así como estimulando la tolerancia a la frustración y mejorando condiciones como la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, al ayudar con la descarga de energía y la necesidad de estar en constante movimiento (72,73).

4. Objetivos

4.1 Objetivo General:

Analizar por medio de la teoría de las representaciones sociales las narrativas de adultos consumidores de sustancias psicoactivas y diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad referentes a la relación que establecen con el doble diagnóstico y a la manera como regulan su vida de acuerdo a este.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las trayectorias de vida asociadas al consumo de sustancias en el grupo elegido.
- 2 Describir las trayectorias de vida asociadas a los síntomas asociados a la hiperactividad
- 3- Establecer los elementos de la propia historia y del entorno relacionados con las trayectorias planteadas.
4. Reconstruir, desde la experiencia relatada, los elementos vinculantes entre los diagnósticos, sus manifestaciones en la situación actual.
5. Identificar las representaciones que se hacen los pacientes sobre el trastorno por déficit de atención y sus efectos de dicha representación sobre cada sujeto.
6. Analizar las representaciones que se hacen los pacientes sobre el trastorno por déficit de atención asociadas al consumo de sustancias y lo efectos de dicha representación sobre cada sujeto.

5. Metodología

Se plantea un estudio de metodología cuantitativa con un enfoque de análisis de narrativas en el que se abordan los relatos biográficos de adultos consumidores de sustancias psicoactivas en quienes coexiste un diagnóstico de trastorno por déficit de atención hiperactividad, constituyendo un diagnóstico de patología dual. La evaluación de este diagnóstico se llevará a cabo haciendo énfasis en tres puntos claves de las trayectorias de vida de estos pacientes: los patrones atribuibles, la construcción del diagnóstico en diferentes áreas de la vida, la asociación de síntomas al consumo de sustancias. Los procedimientos que se van a implementar en esta investigación consisten en la recolección de datos a través de entrevistas a profundidad que permitan conocer la trayectoria de vida de los individuos de estudio, para finalmente llevar a cabo las interpretaciones de la información recolectada.

Además, analizar por medio de la teoría de las representaciones las narrativas de adultos consumidores de SPA y diagnóstico de TDAH

Este estudio tiene un enfoque metodológico de análisis de narrativas en el que se aborda los relatos biográficos de adultos consumidores de sustancias psicoactivas en quienes coexiste un diagnóstico de trastorno por déficit de atención hiperactividad, constituyendo un diagnóstico de patología dual. El análisis de narrativas va a permitir observar la manera como las personas con diagnóstico dual interpretan y se apropian o no de las categorías diagnósticas que les son dadas para describir su condición de parte de los especialistas en salud mental. De igual forma se analizará cómo adaptan su vida y que estrategias de manejo constituyen con respecto a su condición a partir de la interpretación y apropiación que hacen de estas categorías diagnósticas. La evaluación de este diagnóstico se llevará a cabo haciendo énfasis en tres puntos claves de las trayectorias de vida de estos pacientes: los patrones atribuibles, la construcción del diagnóstico en diferentes áreas de la vida, la asociación de síntomas al consumo de sustancias, esto a través de la teoría de las representaciones.

Los procedimientos que se implementaron en esta investigación consistieron en la recolección de datos a través de entrevistas a profundidad que fueron grabadas por medio de un programa de notas de voz y posteriormente transcritas textualmente en Word, que permitieron conocer la trayectoria de vida de los individuos del estudio, para finalmente

llevar a cabo las interpretaciones de la información recolectada. Para facilitar este análisis se estableció una serie de categorías de análisis preestablecidas y emergentes dentro de una tabla de Excel diseñada para este propósito.

5.1 Muestra:

La obtención de la muestra se llevó a cabo mediante la técnica de muestreo intencionado con base en las necesidades de información detectadas, y el tamaño de esta estuvo a su vez definido por la saturación de datos o saturación teórica dada por la relevancia de la información obtenida.

5.2 Población:

La población de referencia correspondió a pacientes de consulta externa que han atravesado por procesos de deshabitación por consumo de sustancias psicoactivas. Individuos mayores de 18 años a quienes durante el proceso de deshabitación les hayan sido encontrados síntomas residuales de TDAH o que durante el proceso les fuera diagnosticado TDAH, y que se encuentren actualmente en el programa de seguimiento ambulatorio de la Clínica Campo Victoria.

Para lo anterior se determinaron una serie de criterios de inclusión y exclusión:

5.3 Criterio de inclusión:

Individuos mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y diagnóstico de TDAH en la infancia o durante el proceso de deshabitación realizado por médico psiquiatra especialista en consumo de sustancias y confirmado por Escala MINI.

5.4 Criterios de exclusión:

Individuos que tengan como diagnóstico un trastorno mental mayor como: Trastorno depresivo, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar.

Individuos que tengan algún tipo de discapacidad o déficit cognitivo.

5.5 Fases del estudio:

- Preoperatoria: Se llevó a cabo una revisión de la literatura tanto de estudios cualitativos como cuantitativos respecto al TDAH en el adulto y tanto las repercusiones como dificultades que se encontraban en su diagnóstico y la comorbilidad con el consumo de

sustancias psicoactivas, por lo cual se decidió conocer el significado de dicho diagnóstico a través de experiencias de vida de individuos que atravesaran por este proceso y de esta forma construir el marco conceptual sobre el cual se trabajaría a lo largo del estudio.

- De Diseño: Se escogió un diseño de análisis de narrativas ya que este daba más información y permitía una visión más profunda y extensa del individuo. Dadas las dificultades que se encuentran en el TDAH en el adulto, decidió escoger pacientes mayores de 18 años y por la prevalencia de asociación con el consumo de SPA, se tomaron individuos que configuraran patología dual. Estas narrativas se obtuvieron a través de una entrevista dirigida y el análisis de datos se llevó a cabo mediante la reducción y categorización de la información obtenida y así hacerla más comprensible para otros, de forma sencilla y concreta; estas categorías son las partes más básicas del proceso y corresponden a cosas que pueden ser propiamente dichas y entenderse como conceptos fundamentales. Para esta investigación se utilizó como categorías las siguientes: familia, educación, relaciones, diagnóstico, y cotidianidad entendida desde el consumo y los deportes. Otra de las razones por las cuales se optó por este tipo de estudio es porque establecer categorías, nos permite llevar a cabo comparaciones y encontrar similitudes o diferencias en los patrones de afrontamiento del diagnóstico dual descritos en las narrativas.

- El Trabajo de Campo: En este aspecto se encontraron múltiples tropiezos y dificultades que no fueron consideradas en la fase de diseño del estudio. Para empezar, el reclutaje de pacientes se hizo a través de la base de datos de la Clínica Campo Victoria, dentro de la cual se hallaron 10 pacientes que cumplían los criterios de inclusión al proyecto. Se realizaron llamadas telefónicas a cada uno de ellos, 3 de estos habían cambiado de número de teléfono y no fue posible contactarlos por otros medios, los 7 restantes aceptaron participar en el estudio. Durante el proceso de realización de las entrevistas dos de ellos están viviendo fuera de la ciudad, uno prestando servicio militar, otro posterior a aceptar su participación en el estudio decidió cambiar esta decisión, dos no atendieron a las citas programadas y posteriormente después de reprogramarlas en varias ocasiones no volvieron a atender los llamados telefónicos. Por tanto, se vio la necesidad de modificar la metodología de las entrevistas, realizando dos de ellas vía telefónica con previa lectura del consentimiento informado y autorización por parte del participante para la grabación de la llamada. Las otras dos fueron entrevistas presenciales con firma del documento de

consentimiento y autorización para la grabación y uso del material recolectado durante la entrevista.

- Acceso al Campo: Una vez obtenida la información, se realizaron esquemas con las narrativas obtenidas a través de las entrevistas, estos esquemas y tablas permitieron una mayor comprensión de los datos y posteriormente la evaluación de los objetivos e hipótesis planteadas desde el inicio.

- Recolección Productiva de Datos: Aunque la población inicial no fue la estudiada, fue posible obtener un estado de saturación informativa a través de las entrevistas realizadas ya que estas aportaron la información pertinente y necesaria basada en las necesidades teóricas del estudio, lo cual permitió una adecuación de esta.

- Fase informativa: En este apartado, se documentará la información obtenida a través de los demás procesos y fases de investigación, se explicarán los resultados tanto positivos como negativos obtenidos a través de esta, dando al lector un resumen de los hallazgos y resultados.

6. Análisis de datos

Al ser un estudio cualitativo se utiliza la legitimidad como el nivel de correspondencia que se obtenga de las estructuras y hallazgos entre los investigadores, y así mismo con los hallazgos obtenidos en la literatura y de otras investigaciones. Para esto se llevó a cabo una identificación clara de la muestra, una descripción concisa del contexto del que se extrae la información, y la explicación precisa del método de recolección de datos y análisis de información en aras de poder replicarse; esto corresponderá a la legitimidad externa. Ahora bien, de acuerdo con la legitimidad interna se usarán categorías descriptivas, la triangulación de los investigadores y el uso de medios para la recolección de la información como lo son grabaciones)

Para este estudio utilizamos la triangulación de investigadores.

Una vez categorizados y codificados los temas a analizar, se tomaron las transcripciones de las entrevistas y con base en una búsqueda de las palabras específicas (códigos) en Word, se creó una matriz en Excel en la que se ubicaron de acuerdo con las diferentes categorías planteadas los diálogos que contuvieran dicho código y de esta información será correlacionada con la literatura y con base en esta se hará la interpretación de los datos

Sesgo y error

Ya que el presente es un estudio cualitativo, existe siempre el sesgo que puede generar la interpretación subjetiva de un solo investigador al analizar los datos. Para controlar este sesgo se acudirá a la triangulación, ya descrita en el apartado de análisis de datos. Dado que éste es un estudio cualitativo los resultados son factibles de generalización.

7. Aspectos éticos

Los aspectos éticos en la investigación cualitativa están determinados por el consentimiento informado, ya que esta metodología (cualitativa) se basa en la participación de un individuo que a través de su historia permite el planteamiento y conocimiento. Por tanto, es desde el punto de vista investigativo y legal el fin de este para llevar a cabo las entrevistas. Así mismo en este se le informa al participante el objetivo del estudio y por qué ha sido seleccionado para participar en él, aclarándole que su participación es completamente voluntaria y que su decisión de hacer parte o no, no va a interferir con su proceso de deshabituación. (74)

8. Resultados

Este estudio ha analizado las trayectorias de vida de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas con diagnóstico asociado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se evaluaron cinco categorías, que se encontraron representativas a través de las entrevistas y mediante las cuales se van a presentar los resultados y el análisis de estos. Estas categorías tienen una base teórica que fue descrita previamente.

8.1 Determinantes familiares.

“Somos tres hermanos, yo fui el mediano, pero como tal mi hermano mayor y mi hermano menor se parecen más entre ellos dos, son como más tranquilos, más reservados, yo soy como más cansón...”

S.S

La categoría de determinante familiares se dirige hacia dos aspectos importantes el primero el patrón de herencia ya sea genético o de conductas aprendidas y dos la parte relacional con sus figuras parentales y sus hermanos.

Respecto al patrón de herencia encontramos que la presencia de síntomas relacionados a TDAH no era tan frecuente en los padres de los entrevistados, así mismo la identificación de dificultades escolares en la historia de los participantes no fueron un hallazgo significativo en las entrevistas realizadas.

“Mi hermano consume...”

S.S

“mi papá pues es alcohólico... pues mi hermano mayor también consume sustancias psicoactivas...”

D.A

Por otra parte, en lo que se refiere al consumo de sustancias, se evidenció que con frecuencia los participantes habían iniciado o mantenido su consumo en compañía de sus hermanos mayores, cabe anotar que estos en la mayoría de los casos fueron quienes suplieron el rol paterno a lo largo del crecimiento de los participantes.

“mi papá no sé, él vive aparte de mi mamá, él se fue hace como siete años, u ocho... y pues nada, la relación desde ahí casi no hay comunicación con él...”

D.F

“mi mamá decía que para todo yo le tenía respuesta y que yo contestaba mucho y por eso teníamos problemas...”

S.S

A lo largo de la entrevista se hizo visible que las familias de los participantes tenían ausencia de figura paterna desde la infancia que reaparece durante el proceso de deshabitación. Las relaciones intrafamiliares son descritas como difíciles y marcadas por las experiencias de maltrato y en algunas ocasiones violencia intrafamiliar. La estructura familiar consta principalmente de una figura materna, representada en algunas ocasiones por la madre y en otras por la abuela, con limitación para el establecimiento de límites y normas. La persona que encarna el rol de la figura paterna para la mayoría de estos individuos es el hermano mayor, quien muchas veces es quien ha iniciado y junto a quien se perpetúa el consumo de SPA dando lugar no solo a un factor de riesgo si no a un factor precipitante posterior al proceso de deshabitación.

El patrón hereditario del consumo de sustancias psicoactivas está ligado a los hermanos, aunque hay una presencia importante de padres con consumo problemático de alcohol y dificultades para la aceptación de este.

8.2 Determinantes educativos

Como hemos podido observar el TDAH se presenta en diferentes áreas haciendo difícil una única aproximación. Encontramos una alta prevalencia de comorbilidades tales como alteraciones del espectro autista, tics, conductas disruptivas o de características antisociales, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos del afecto y ansiedad (63). Sin embargo, uno de los principales motivos de consulta es el bajo rendimiento escolar. Estudios han mostrado que el 76% de las dificultades escolares se presenta en personas con diagnóstico de TDAH, permite suponer que hay alteraciones en el intelecto de alguna manera. Pero usualmente se evidencia un potencial intelectual alto, lo cual nos diría que las alteraciones que conllevan a un fracaso escolar del 4% está mediado por otros factores (65).

“...ICFES saque el mejor puntaje y del SENA mi grupo también fue el mejor...”

S.S

Dentro de nuestra investigación pudimos encontrar que para los pacientes con TDAH y consumo de SPA su rendimiento académico fue percibido como “bueno”, esto basado en lo que los participantes refirieron sobre sus notas y el no fracaso académico. Sin embargo, en relación con la creación y el concepto de rol a ejercer, como parte del grupo, fueron los elementos de inatención los que dieron como resultado una identidad académica definida enmarcada como buena, pero sin un respaldo de la disciplina requerida para el contexto académico.

“yo compraba una pelea, me agarraba a pelear, les pegaba a los otros compañeros...”

S.R

Las representaciones, como definimos previamente, en sus características tienen un componente de elaboración personal y grupal de la realidad. Además, sirven como guía en la conducta de las relaciones diarias, prestando la objetivación como herramienta de elaboración para un esquema conceptual común (52). Dentro de los relatos de estas personas se destaca la complejidad de la imagen que los profesores hacían con respecto a ellos. Dentro de los relatos se identifica la dificultad de los participantes por adaptarse a las exigencias de los docentes y por respetar los límites que estos establecían. Estas dificultades pueden ser explicadas por sus síntomas atencionales y de hiperactividad. Sin embargo, las narrativas sociales que eran pronunciadas por los profesores se limitaban a conceptos propios del conocimiento popular como la “indisciplina”. Sin embargo, este tipo de descripciones contribuyen a una estigmatización de la persona, puesto que se supone que su comportamiento es enteramente voluntario, más no aportan nada a la comprensión de la compleja situación del individuo. Esta falta de comprensión y de apoyo por parte de los docentes y del sistema educativo se agrava cuando la persona empieza a tener un consumo problemático de SPA. cuando se exacerban las dificultades académicas.

“no usted es fastidioso por naturaleza, entonces...”

S.S

Las relaciones interpersonales con maestros y compañeros demuestran contradicciones internas, si por un lado los participantes consideran haber tenido buenas o aceptables relaciones, en la descripción profunda que hacen de estas aparece con frecuencia un patrón de aislamiento con respecto al medio y a los demás, evidente en el ausentismo escolar y la agresión a compañeros (62). La descripción de la indisposición y desapego

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R

con el estudio tiene gran carga emocional en la visión personal, donde sienten que no cumplen y por ende no deben estar en el medio, la impulsividad hacía que las rápidas y en ocasiones inadecuadas respuestas hacia los compañeros reafirman esta imagen mental, donde no se consideran adecuados para cumplir y estar en un campo académico.

8.3 Relaciones Interpersonales

“Yo tengo muchos compañeros, pero amigos como tal contados con los dedos de la mano y me sobran dedos, la verdad si se me dificulta bastante”

D.F

“...tuve muchos amigos y la mayoría de mis amigos ósea, mi núcleo cercano de amistad...”

S.S

“no, cuando estaba en el colegio nunca se me dificulto y fuera tampoco, solo cuando cogí el vicio había problema”

S.R

Las relaciones interpersonales y con pares, no son un determinante común a los participantes del estudio. Uno de los participantes manifestó haber pertenecido a tribus urbanas, así como tener una relación de pareja estable a lo largo de varios años con planes de crecer como pareja. Otro de ellos refiere que fue víctima de matoneo en el transcurso de su etapa escolar, lo cual le causó dificultades para relacionarse con otros y así mismo para tener pareja.

“nos encontramos y nos fuimos a vivir los dos... ahora estamos viviendo juntos en Bucaramanga”

S.S

“Dificultad en tener a alguien pues no, ya me acostumbré a estar solo ... se acostumbra uno, ya no es difícil tampoco”

D.F

Los otros participantes refieren dificultades para relacionarse con los demás debido a que siempre estaban relacionados y vinculados a problemas disciplinares, por agresión a otros. Así mismo, refieren que no pueden mantener relaciones de pareja debido a la falta de constancia en las relaciones y la rápida pérdida de interés

8.4 Conceptualización del Diagnóstico

“fue como ponerle un nombre a unas actitudes que ya estaban y que han estado desde siempre, como es decir como cambiar cansón por hiperactivo”

S.S

Respecto a la contextualización del diagnóstico fueron evaluados diferentes áreas entre ellas se indagó sobre cómo entiende cada participante su diagnóstico y cómo lo experimenta. Así mismo si al conocerlo esto generó algún cambio en su vida y en su relación con su familia. De acuerdo con lo anterior se encontró que 3 de los entrevistados refirieron desconocer el diagnóstico y por tanto ante la interpretación de este no reconocen que exista una diferencia más allá de identificar con un nuevo nombre conductas que habían hecho parte de sus vidas desde la infancia, sin que esto fuera algo representativo para ellos.

“Yo fui diagnosticado a los 8 años... y yo en ese momento no entendía muchas cosas, yo sentí mucha, mucha tristeza, yo me acuerdo sentir mucho dolor, sentirme incomprendido, realmente muy confundido...”

D.F

“yo era pequeño y cuando me dijeron que yo tenía déficit de atención e hiperactividad yo era muy pequeño”

S.R

Dos de ellos refirieron que había recibido el diagnóstico desde la infancia y que al iniciar el proceso de deshabitación se lo habían confirmado, para él el diagnóstico le permitió entender el porqué de sus dificultades académicas y de concentración. Sin embargo, respecto a la comprensión del diagnóstico se encuentra mayor similitud con las respuestas de los demás participantes, consistiendo ésta en la nominación de un conjunto de síntomas que antes habían sido identificados en el ámbito familiar o académico desde descripciones propias del lenguaje popular como el ser “indisciplinado” o “cansón”. Esta equiparación del diagnóstico clínica del TDAH a una mera descripción popular impide que el conjunto

de síntomas que agrupa sea identificado como una dolencia de origen neurológico que tendría una serie de alternativas terapéuticas para su control.

Respecto a lo que significó para ellos el diagnóstico, las respuestas que se encontraron fueron diferentes en todos los participantes. Para uno de ellos fue identificarse con una serie de criterios diagnósticos. Otro de los participantes refirió incertidumbre al respecto asociada la idea de que los síntomas del TDAH estaban ligados a un exceso de actividad, que era mal tolerada socialmente puesto que como ellos lo dicen “todo en exceso es malo”. Finalmente, para dos de los participantes que lo recibieron en la infancia, tuvieron percepciones diferentes de esta experiencia. Para uno de ellos, fue algo que le justificó su comportamiento y para el otro fue algo que generó mucha angustia y tristeza pues fue medicado y refiere que no entendía qué estaba ocurriendo. Al llegar a la adultez para estos participantes, la falta de comprensión del diagnóstico y el desasosiego frente a este sigue presente, siendo para ellos algo más de su vida cotidiana y no un elemento orientador que les permita un mejor manejo de su condición y sus síntomas, e incluso en lo que respecta al manejo farmacológico.

En relación con cambios en su vida posteriores al diagnóstico los participantes coincidieron en decir que no hubo cambios ni favorables ni desfavorables en sus vidas, ni en su relación con sus familias. En algunos casos refirieron que creían que sus familias desconocían el diagnóstico de TDAH y que la mayor preocupación y el enfoque estaba dirigido al consumo de SPA.

8.5 Cotidianidad

“yo soy de los que digo que en el fondo uno siempre sabe a lo que va y a lo que se atiene”

S.S

En nuestro país el consumo de múltiples SPA abarca diferentes enfoques sociales, sin contar la diversidad de sustancias disponibles. Podemos observar que, dentro de los participantes del estudio pudimos encontrar un inicio temprano siendo la edad más temprana 11 años, con un patrón de múltiples sustancias y no solo de la dependencia a una de ellas. En el contexto de los pacientes con pobre integración al medio educativo dado por una imagen representativa de no pertenencia y síntomas como la impulsividad, pueden ser los que respondan al patrón de consumo observado. A pesar de que existieron

diferentes influencias para el inicio del consumo no se evidenció la objetivación del mismo, ni una imagen clara para ellos del consumo.

La sustancia más usada y que su consumo perduró en el tiempo fue la marihuana. Frente al consumo de esta la facilidad de adquisición fue un papel importante, no hubo relación directa en la economía y el consumo, pero si hay una objetivación del consumo con un enfoque de automedicación, la descripción de los motivos del consumo siempre tiene una enmarcación de los efectos en el estado del ánimo. Dentro del contexto social no se ve una identificación grupal ni relaciones que participen en la continuación del consumo, pero su inicio si tiene una influencia familiar importante.

En el momento los pacientes tienen una relación importante con la realización de actividad física, que refieren se asocia a un mejor control de la ansiedad, no solo de consumo si no la que manifiestan experimentar a lo largo de su vida.

“Si, pues yo acá todos los días hago ejercicio...”

S.S

“por desahogar, en parte la energía, todo, la adrenalina...”

D.F

Los participantes del presente estudio dan como justificación a la escogencia de la actividad física en el uso de tiempo libre y el gran gasto de energía, haciendo que este sea una forma terapéutica de disminuir la ansiedad y la impulsividad. No es claro dentro de los relatos si la ansiedad nace del TDAH o por el consumo de sustancias, pero si hay un constructo que parte del ejercicio y la actividad física como un proceso de automedicación y ayuda, siendo la más frecuente el “montar cicla”.

Las relaciones de pareja fueron sido otro de los puntos en que no hubo respuestas afines a todos los participantes. Aunque para dos de ellos éstas representan una imagen mental de apoyo y de ayuda para su diario vivir, para otros han sido motivos de conflicto y dificultades y no se evidencia una clara consciencia de la causalidad de los problemas que existieron y hay una pobre crítica respecto a asumir las dificultades que se presentaron.

Estos resultados no son generalizables debido al modelo cualitativo y tamaño de la muestra.

9. **Discusión**

Los determinantes familiares demostraron que, como encontramos en la literatura, no hay una asociación genética clara en la aparición del TDAH y el consumo de SPA(6). En las historias de todos los participantes no se evidenció de forma clara la presencia de algún familiar cercano que haya tenido dificultades escolares, asociadas a un comportamiento cuya descripción parece coincidir con el TDAH. Un factor común que encontramos fue la pobre educación o falta de la misma en sus familiares siendo en algunos de los casos personas que solo cursaron la primaria.

Para los participantes del estudio, no hay una clara representación de la sintomatología del TDAH referida de los familiares que permita tener una imagen conceptual clara, o identificación sobre el trastorno que les permita identificarse con ellos. En cuanto al consumo y al trastorno que se desprende de este, si se identifican con esta categoría diagnóstica que han visto también en sus familiares (7). Con la aceptación de esta categoría diagnóstica se dan una serie de efectos secundarios. Al igual que varias categorías propias del corpus teórico de la medicina del comportamiento los “trastornos por consumo de SPA” son además de categorías diagnósticas etiquetas sociales con una alta estigmatización social (8). De tal forma que, cuando el sujeto acepta el diagnóstico, recibe con este la estigmatización y la desaprobación social que le acompaña. Por tanto, este diagnóstico, sin un debido acompañamiento psicosocial en lugar de facilitar una comunicación con el personal de salud mental y con el contexto general de la persona, va a enmarcar un distanciamiento y puede llegar a un entorpecimiento del proceso terapéutico.

Vemos que es frecuente encontrar una disociación entre lo que los participantes refieren como percibido y otra lo vivido, este elemento también lo podemos observar en los elementos escolares, donde como estudiantes existen dos facetas: una académica y otra comportamental. Si bien éstas no tienen la misma valoración dentro del desarrollo escolar, si van de la mano. Para un estudiante en formación y tener un autoconcepto de ser bueno académicamente, pero malo disciplinariamente, da como resultado que no se tenga una sola imagen representativa de su ser dentro del marco estudiantil. Dentro de la narrativa de los participantes (9), esta dificultad en establecer una identidad clara dentro del ámbito escolar es descrito como un factor de ansiedad que puede haber influenciado

el inicio del consumo, que en los cuatro casos fue a edades muy tempranas, cuando aún se encontraban en ámbitos escolares. La idea de ser malo disciplinariamente puede dar pie a relacionarse con otros estudiantes considerados como tal, lo que resulta en una autopercepción negativa y en un convencimiento de la incapacidad persona por regular sus emociones. A partir de este convencimiento la persona abandona cualquier esfuerzo por lograr un control emocional. Sin embargo, cuando las emociones lo desbordan y se hacen difíciles de manejar, la alternativa del uso de las drogas se presenta como una solución tentadora frente a la cual la persona se precipita fácilmente y puede rápidamente abusar de su uso (10). Las relaciones interpersonales no distan de lo anteriormente descrito, donde la idea de sí mismos está en un marco moral de “malos” y con lo cual podemos encontrar que la representación social del rol que desempeñaron marcó pautas en su comportamiento, dando como resultado distanciamientos y dificultades en sus relaciones, donde persiste la imagen dicotómica de “buenos” y “malos”, sin tener mayor claridad de las causas de sus comportamientos. En esta situación el consumo de SPA inicialmente se presenta como una vía para lidiar con los inconvenientes que en la vida de estas personas se presentaban, seguramente como resultado de los síntomas del TDAH.(11)

Entre los participantes del estudio, que fueron seleccionados por haber sido diagnosticados e informados del diagnóstico de TDAH, no existía un claro conocimiento de su diagnóstico, lo que no permitió que se formara un constructo o imagen mental del mismo, impidiendo que se diera importancia a las alternativas de tratamiento disponibles y al uso de distintas estrategias de regulación de la condición clínica. Este desconocimiento de las características del diagnóstico estar sujeto a fallas en el establecimiento de una relación terapéutica y a la comunicación médico paciente. Dentro de la narrativa de los participantes se describe como el diagnóstico les fue dado sin una explicación profunda de las características del trastorno y presentando la medicación como la única opción terapéutica. Este modo de intervención clínica está enmarcada dentro de un modelo de relación que puede ser descrita en los términos de Szasz como un modelo activo pasivo,, donde el prototipo de relación es padre-infante, puesto que el médico se presenta como autoridad absoluta y su criterio y recomendaciones deben ser asumidas por el paciente de manera obediente y pasiva, no permitiendo una adecuada apropiación de su diagnóstico, ni tampoco una responsabilización del papel del paciente dentro del tratamiento. Este tipo de estructura debe desarticularse en el trabajo clínico en

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R

especial con pacientes cuya recuperación depende en gran medida de su empoderamiento y responsabilización en el proceso terapéutico, que facilite el entendimiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Al no tener claro su diagnóstico, ni una definición que les permita relacionarse con el mismo, los participantes no tienen criterios claros para identificar los cambios ni una influencia sobre el concepto de su comportamiento y actividades, aunque en la cotidianidad se ve como los síntomas sin tener un marco conceptual de enfermedad presentan una mayor predisposición a realizar ciertas actividades como usar las SPA como automedicación, y que actualmente una de las actividades más realizadas sean el ejercicio, sus relaciones interpersonales aunque han significado un apoyo y ayuda, han existido en estas inconvenientes que no tienen claridad en la causalidad, y asumir que son desencadenadas por el diagnóstico no nos daría un concepto verdaderamente claro referente a esto.

10. Conclusiones

- El TDAH es una entidad clínica cuyo diagnóstico se ve desestimado en la etapa adulta y que trae dificultades a nivel relacional, social y educativo y puede llegar a convertirse en un problema de salud pública.
- El consumo de sustancias en el marco de una comorbilidad con otra enfermedad mental requiere mayor interés por parte del equipo terapéutico para identificar los síntomas.
- La patología dual es un problema de salud pública emergente a la que debería prestarse más atención para desarrollar mejores programas de atención e identificación.
- Los pacientes con diagnóstico dual de nuestro estudio usaban sustancias psicoactivas como forma de automedicación para los síntomas causados por el TDAH
- No hay suficiente evidencia en Colombia respecto al TDAH en el adulto.
- Hay una relación importante entre la disfunción familiar y el desarrollo de TDAH y el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.
- El matoneo, ya sea como actores o como víctimas juega un rol importante en la vida de estos individuos
- Se debe trabajar desde el abordaje terapéutico en la conceptualización del diagnóstico ya que este puede mejorar no solo la adherencia al tratamiento psicofarmacológico sino, la respuesta al mismo.

1. Recomendaciones

Dados los hallazgos, los autores de este documento consideramos que es recomendable que el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad deje de considerarse una entidad de la infancia, y se tenga en cuenta su sintomatología en el adulto ya que de esta forma se va a favorecer el tratamiento y manejo de comorbilidades.

Es importante evaluar para el manejo de pacientes con diagnóstico dual, las diferentes áreas involucradas en la vida del paciente ya que, sobre estas se debe trabajar en el tratamiento de estos.

Este estudio a pesar de ser de corte cuantitativo abre las puertas para continuar la exploración respecto a las patologías tratadas y así mismo permite la posibilidad que otros autores continúen la investigación desde otros enfoques epidemiológicos.

Bibliografía

1. Vega, P. Szerman, N. Roncero, C Grau-López, L Mesíasl B, Barral, B. Basurte-Villamor, I. Rodríguez-Cintas, L. Martínez-Raga, J. Piqué N, Casas M. Libro Blanco Recursos y Necesidades Asistenciales en Patología Dual. Sepd. 2015. 27 p.
2. Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The Complicated Relationship Between Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(3).
3. Guideline CP. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2011;128(5):1007–22. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-2654>
4. Boomsma DI, Saviouk V, Hottenga J-J, Distel MA, de Moor MHM, Vink JM, et al. Genetic Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD Index) in Adults. *PLoS One* [Internet]. 2010;5(5):e10621. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0010621>
5. Timimi S. Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2017;12(1):1298270. Available from: <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298270>
6. Melorose J, Perroy R, Careas S. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. *Statew Agric L Use Baseline 2015.* 2015;1.
7. Gomez, Alfonso M de J y derecho, Ruiz Gomez F, Bo Mathiasen R de la O de las NU contrla la droga y el D. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia 2013. *Minist Justicia y del Derecho - Obs Drog Colomb y el Minist Salud y Protección Soc.* 2013;9:175.
8. Marín-navarrete R, Szerman N. Repensando el concepto de adicciones : pasos hacia la patología dual. 2015;38(6):395–6.
9. Juan Francisco GF, David Andrés RS. Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual: tratamiento de los pacientes farmacodependientes con trastornos psiquiátricos mayores. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2009;38(1):143–76. Available from:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000100011&lang=es

10. Hernández DC. Tratamiento de adicciones en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2010;39:153S–170S. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=83631259&lang=es&site=ehost-live>
11. Neufeld, Paul ; Foy M. Historical Reflections on the Ascendancy of ADHD in North America. *Br J Educ Stud*. 2006;54(4):36–49.
12. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016;387(10024):1240–50.
13. PJC J, Ramos-Quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev neurol*. 2012;54(Supl 1):S105-15.
14. Conrad P, Potter D. From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories. *Soc Probl*. 2000;47(4):559–82.
15. Faraone S V., Biederman J. Can attention-deficit/hyperactivity disorder onset occur in adulthood? *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):655–6.
16. Valiño G. Trastorno por déficit atencional e hiperquinesia en el adulto. *Rev Psiquiatr Urug*. 2007;71(2):171–89.
17. Mayor J, García R. Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) Revisión; Hacia dónde vamos ahora. *Rev Chil Psiquiatr y Neurol ...* [Internet]. 2011;22:11. Available from: <http://www.sopnia.com/boletines/Revista SOPNIA 2011-2.pdf#page=34>
18. Bausela Herrera E. Funciones ejecutivas: nociones del desarrollo desde una perspectiva neuropsicológica. *Acción Psicológica*. 2014;11(1):21–34.
19. Matthews, Marguerite; Nigg, Joel T.; Fair DA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. NIH Public Access. 2014;16(2).
20. Hannas BM. Youths' and Adults' Stories Related to the Background for ADHD Assessment. *SAGE Open* [Internet]. 2015;5(2). Available from: <http://sgo.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2158244015579725>

21. Quintero J, Balanzá-Martínez V, Correas J, Soler B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in the adult patients: view of the clinician. *Actas españolas Psiquiatr.* 2013;41(3):185–95.
22. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2013;54(1):3–16.
23. Amaral OB. Psychiatric disorders as social constructs: ADHD as a case in point [4]. *Am J Psychiatry.* 2007;164(10):1612.
24. Mather BA. The Social Construction and Reframing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Ethical Hum Psychol Psychiatry [Internet].* 2012;14(1):15–26. Available from: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1559-4343&volume=14&issue=1&spage=15>
25. Social M de S y P, Colciencias, Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Vol. Tomo I, Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. 344 p.
26. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, Debrabant R, Daulouède JP, Denis C, et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res [Internet].* 2016;246(February):656–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.071>
27. Fleischmann A, Miller EC. Online narratives by adults with ADHD who were diagnosed in adulthood. *Learn Disabil Q.* 2013;36(1):47–60.
28. Conrad P. The changing social reality of ADHD. *Contemp Sociol.* 2010;39(5):525–7.
29. Danforth S. *Hyper Talk: Sampling the Social Construction of ADHD in Everyday Language* Author (s): Scot Danforth and Virginia Navarro Published by: Wiley on behalf of the American Anthropological Association Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/3196091> *Hyper T.* 2017;32(2):167–90.
30. Becoña E. Trastornos Relacionados Con Sustancias y Trastornos Adictivos. *Rev Iberoam Psicosomática.* 2014;58–61.
31. Gabantxo K, Eusko Jaurlaritza. Antecedentes históricos, situación actual y tendencias de consumo. *Osasunaz.* 2001;4:139–58.

32. Levin FR, Choi CJ, Pavlicova M, Mariani JJ, Mahony A, Brooks DJ, et al. How treatment improvement in ADHD and cocaine dependence are related to one another: A secondary analysis. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018;188(May):135–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.043>
33. Berridge V. History and its contribution to understanding addiction and society. *Addiction*. 2015;110(S2):23–6.
34. Haack LM, Gerdes AC. Culturally Appropriate Assessment of Functional Impairment in Diverse Children: Validation of the ADHD-FX Scale With an At-Risk Community Sample. *J Atten Disord*. 2017;21(11):913–20.
35. Roses M. Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe : Un enfoque de salud pública *Epidemiología en América Latina y el Caribe : un enfoque de salud pública* [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2013. 1-47 p. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemiologia_drogas_web.pdf%5Cnwww.paho.org
36. Wilens TE. Does the medicating ADHD increase or decrease the risk for later substance abuse? *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(3):127–8.
37. Yule AM, Biederman J. What do we know about the relationship between attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders ? 2017;40(5):181–2.
38. Ochoa, Eunice Reyes; TAmérico Reyes Ticas J. Transtorno por deficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos. *Rev Med Hondur*. 2010;78(4):7.
39. Treuer T, Méndez L, Montgomery W, Wu S. Factors affecting treatment adherence to atomoxetine in ADHD: A systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1061–83.
40. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Deficit Hyperact Disord*. 2010;2(4):241–55.
41. Volubilis A, Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature ? Melchior Adam Weikard ’ s Description in 1775 of “ Attention Deficit ” (*Mangel der*. 2012;
42. LeRoy A, Jacova C, Young C. Neuropsychological Performance Patterns of Adult ADHD Subtypes. *J Atten Disord*. 2018;

43. Ramos-quiroga JA, Chalita PJ, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, et al. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención / hiperactividad en adultos. 2012;54(Supl 1):105–15.
44. Aragão L, Leôncio D, Alencar J, Sousa PA De. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADHD : CRITERIA USED BY DIFFERENT PROFESSIONAL CATEGORIES DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TDAH: CRITERIOS USADOS POR. 2016;22(1):111–20.
45. Vélez-Álvarez, Consuelo; Vidarte-Claros JA. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. 2012;(2):113–28.
46. Ferre F, Cambra J, Ovejero M, Basurte-Villamor I. Influencia de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos en la calidad de vida y funcionalidad de los trastornos de conducta alimentaria TT - Influence of attention deficit hyperactivity disorder symptoms on quality . Actas Españolas Psiquiatr [Internet]. 2017;45(3):98–107. Available from: <http://0-search.proquest.com/cisne.sim.ucm.es/docview/1968545992?accountid=14514%0Ahttps://ucm.on.worldcat.org/atoztitles/link?sid=ProQ:&issn=15782735&volume=45&issue=3&title=Actas+Españolas+de+Psiquiatría&spage=98&date=2017-05-01&atitle=Influencia+de+los>
47. Andrea Slachevsky CH, Pérez JC, Silva JR, Ruiz-Tagle A, Mayol R, Muñoz-Neira C, et al. Descomponiendo el síndrome de déficit atencional en el adulto: Hacia un entendimiento de su heterogeneidad pronóstica. Rev Med Chil. 2012;140(3):379–85.
48. Fields SA, Johnson WM, Hassig MB. Adult ADHD: Addressing a unique set of challenges. J Fam Pract |. 2017;66(2):68–74.
49. Biederman J, Faraone S V. Attention-deficit hyperactivity disorder. 2005;237–48.
50. Brod M, Johnston J, Able S, Swindle R. Validation of the adult attention-deficit/hyperactivity disorder quality-of-life scale (AAQoL): A disease-specific quality-of-life measure. Qual Life Res. 2006;15(1):117–29.
51. Director Néstor Szerman Autores José Martínez-Raga CK. Protocolos Patología Dual.

52. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digit* 2. 2002;(1979):1–25.
53. Tam BY, Findlay LC, Kohen DE. Indigenous families: who do you call family? *J Fam Stud*. 2017;23(3):243–59.
54. Suarez O, Moreno J. La familia como eje fundamental en la formación de valores en el niño. 2013;19.
55. Becerril Rodríguez E, Álvarez L, Septiembre T. Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia.
56. Aranda N. *Psicología Evolutiva Niñez Cát. I Familia y desarrollo infantil. 1 FAMILIA Y DESARROLLO INFANTIL.*
57. Lqwjhuyhqwlrq P, Wkh IRU, Flw QH, Bertuzzi PM. Una intervención Multifamiliar Grupal para el Adaptación , aplicación y evaluación de un programa para el Unique Minds Program , en el contexto sociocultural chileno treatment : adaption , application and evaluation P.
58. Franke B, Faraone S V., Asherson P, Buitelaar J, Bau CHD, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry*. 2012;17(10):960–87.
59. Thapar A, O’Donovan M, Owen MJ. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Mol Genet*. 2005;14(suppl 2):R275-82.
60. Ugedo L, Ruíz E. Influencia de la herencia genética en las drogodependencias. *Trastor Adict*. 2001;2(2):114–39.
61. Ibañez A. Genética de las adicciones. *Adicciones*. 2008;20(núm 2):103–9.
62. Baeza Lanuza R. *EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA DE PIAGET: LA TEORÍA DE PIAGET Biografía y trayectoria El constructivismo de Piaget*. 2014;44.
63. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;28(10):1059–88.
64. Felt BT, Biermann B, Arbor A, Christner MJG, Upstate Y, York N, et al. Diagnosis and Managment of ADHD in Children. 2014;90(7):457–64.

65. Tordjman S, Vaivre-Douret L, Chokron S, Kermarrec S. Les enfants à haut potentiel en difficulté : apports de la recherche clinique. *Encephale*. 2018;1(103):1–11.
66. Ossmann, Janet; Mulligan N. Inhibition and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. 2018;116(1):35–50.
67. Aguado-Gracia J, Mundo-Cid P, Lopez-Seco F, Acosta-Garcia S, Cortes-Ruiz MJ, Vilella E, et al. Lifetime Victimization in Children and Adolescents With ADHD. *J Interpers Violence*. 2018;1–22.
68. Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2017;62:115–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2017.01.007>
69. Brod M, Schmitt E, Goodwin M, Hodgkins P, Nieblre G. ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Qual Life Res*. 2012;21(5):795–9.
70. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma: Impact on mental health treatment attitudes and physical health. *J Health Psychol*. 2016 Dec;135910531668143.
71. Conrad P, Potter D, Conrad P. From Hyperactive Children to ADHD Adults : Observations on the Expansion of Medical Categories Problems From Hyperactive Children to ADHD Adults : Observations on the Expansion of Medical Categories. 2018;47(4):559–82.
72. Hoza B, Martin CP, Pirog A, Shoulberg EK. Using Physical Activity to Manage ADHD Symptoms:The State of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016;18(12). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0749-3>
73. Perrin AE, Jotwani VM. Addressing the unique issues of student athletes with ADHD. *J Fam Pract* [Internet]. 2014;63(5):E1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24795912>
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24795912>
74. Lilia M, Domínguez P, Iván I, Rodríguez B. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. 2013;12(3):118–21.

75. Becker SP, Mehari KR, Langberg JM, Evans SW. Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(2):201–14.
76. Organización Mundial de la Salud, Hernández I. Glosario de términos de alcohol y drogas. *Glosario términos alcohol y Drog*. 1994;1 . 66.
77. Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G. *Tratado Sobre Patología Dual: Reintegrando la Salud Mental*. 2010. 23 31.
- 78.. Tam BY, Findlay LC, Kohen DE. Indigenous families: who do you call family? *J Fam Stud* [Internet]. 2017;23(3):243–59. Available from: <https://doi.org/10.1080/13229400.2015.1093536>
79. World Health Organization (WHO). *Health and the Family Studies on the Demography of Family Life Cycles and Their Health Implications*. 1978;153.
80. Suarez O, Moreno J. La familia como eje fundamental en la formación de valores en el niño. 2013;19. Available from: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/.../la_flia_como_eje_en_la_formacion_de_valores.pdf
81. Becerril Rodríguez E, Álvarez L, Septiembre T. Los vínculos afectivos que establece el ser humano para la supervivencia [Internet]. [cited 2018 Oct 28]. Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguezE.pdf>
82. Aranda N. *Psicología Evolutiva Niñez Cát. I Familia y desarrollo infantil*. 1 FAMILIA Y DESARROLLO INFANTIL [Internet]. [cited 2018 Oct 28]. Available from: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/053_ninez1/material/descargas/familia_y_desarrollo_infantil.pdf
83. Bertuzzi M, Castro L, Sazie MJ, Araneda V. Una intervención Multifamiliar Grupal para el Adaptación , aplicación y evaluación de un programa para el Unique Minds Program , en el contexto sociocultural chileno treatment: adaption , application and evaluation P. *Fam y terapias*. 2011;20:30:61–9.

84. Franke B, Faraone S V., Asherson P, Buitelaar J, Bau CHD, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2012;17(10):960–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2011.138>
85. Thapar A, O'Donovan M, Owen MJ. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Mol Genet* [Internet]. 2005;14(suppl 2):R275-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16244326>
86. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2013;54(1):3–16.
87. Boomsma DI, Saviouk V, Hottenga J-J, Distel MA, de Moor MHM, Vink JM, et al. Genetic Epidemiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD Index) in Adults. Reitsma PH, editor. *PLoS One* [Internet]. 2010 May 12 [cited 2018 Nov 28];5(5):e10621. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0010621>
88. Ugedo L, Ruíz E. Influencia de la herencia genética en las drogodependencias. *Trastor Adict.* 2001;2(2):114–39.
89. Yule AM, Biederman J. What do we know about the relationship between attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders ? 2017;40(5):181–2.
90. Ibañez A. Genética de las adicciones. *Adicciones.* 2008;20(núm 2):103–9.
91. Baeza Lanuza R. EL ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA DE PIAGET: LA TEORÍA DE PIAGET Biografía y trayectoria El constructivismo de Piaget. 2014;44. Available from: http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_05_piaget.pdf
92. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2018;28(10):1059–88. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
93. Felt BT, Biermann B, Arbor A, Christner MJG, Upstate Y, York N, et al. Diagnosis and Management of ADHD in Children. 2014;90(7):457–64.

94. Tordjman S, Vaivre-Douret L, Chokron S, Kermarrec S. Les enfants à haut potentiel en difficulté : apports de la recherche clinique. *Encephale* [Internet]. 2018;1(103):1–11. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700618301647>
95. Ossmann, Janet; Mulligan N. Inhibition and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. 2018;116(1):35–50.
- 96.. Timimi S. Non-diagnostic based approaches to helping children who could be labelled ADHD and their families. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2017;12(1):1298270. Available from: <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298270>
97. Aguado-Gracia J, Mundo-Cid P, Lopez-Seco F, Acosta-Garcia S, Cortes-Ruiz MJ, Vilella E, et al. Lifetime Victimization in Children and Adolescents With ADHD. *J Interpers Violence*. 2018;1–22.
98. Tomás J, Almerana J. Bowlby: vínculo, apego y pérdida. *Carencia Afectiva. Col.legi Of Psicòlegs Catalunya- Master en Paidopsiquiatr Mòdulo I*. I:1–2.
99. Stickley A, Koyanagi A, Takahashi H, Ruchkin V, Kamio Y. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2017;62:115–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2017.01.007>
100. Brod M, Schmitt E, Goodwin M, Hodgkins P, Nieblre G. ADHD burden of illness in older adults: a life course perspective. *Qual Life Res*. 2012;21(5):795–9.
101. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma: Impact on mental health treatment attitudes and physical health. *J Health Psychol* [Internet]. 2016 Dec 15 [cited 2018 Oct 28];135910531668143. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105316681430>
102. Hannas BM. Youths' and Adults' Stories Related to the Background for ADHD Assessment. *SAGE Open* [Internet]. 2015;5(2). Available from: <http://sgo.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2158244015579725>
103. Conrad P, Potter D, Conrad P. From Hyperactive Children to ADHD Adults : Observations on the Expansion of Medical Categories Problems From Hyperactive

- Children to ADHD Adults : Observations on the Expansion of Medical Categories. 2018;47(4):559–82.
104. Social M de S y P, Colciencias, Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Vol. Tomo I, Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. 344 p. Available from: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
105. Hoza B, Martin CP, Pirog A, Shoulberg EK. Using Physical Activity to Manage ADHD Symptoms: The State of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016;18(12). Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0749-3>
106. Perrin AE, Jotwani VM. Addressing the unique issues of student athletes with ADHD. *J Fam Pract* [Internet]. 2014;63(5):E1-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24795912> <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=24795912>
107. Lilia M, Domínguez P, Iván I, Rodríguez B. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. 2013;12(3):118–21.
108. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. 2002;(1979):1–25.
109. Gomez, Alfonso M de J y derecho, Ruiz Gomez F, Bo Mathiasen R de la O de las NU contra la droga y el D. Estudio Nacional De Consumo De Sustancias Psicoactivas En Colombia 2013. Minist Justicia y del Derecho - Obs Drog Colomb y el Minist Salud y Protección Soc. 2013;9:175.
110. Becker SP, Mehari KR, Langberg JM, Evans SW. Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(2):201–14.

Anexo 1.

Entrevista Estructurada

Determinantes Familiares

1. ¿En su familia hay personas que tengan síntomas similares?
2. ¿En su familia hay personas con dificultades en el aprendizaje?
3. ¿Cómo es la relación con sus padres y hermanos?
4. ¿Alguien en su familia consume alcohol o sustancias psicoactivas

Campo educativo

1. ¿Cómo era su rendimiento académico?
2. ¿Qué decían sus profesores de usted?
3. ¿Cómo era la relación con sus profesores y compañeros?

Interacción con de redes de apoyo

1. ¿Se le dificultad tener amistades?
2. ¿Se le dificulta tener pareja?
3. ¿Cómo ha sido las relaciones con sus parejas?
4. ¿Cómo es la relación actual con su familia?

Conceptualización del diagnóstico

1. ¿Qué entiende de su diagnóstico?
2. ¿Cómo interpreta su diagnóstico?
3. ¿Qué sintió cuando fue diagnosticado?
4. ¿Hubo algún cambio su vida posterior al diagnóstico?
5. ¿Qué entiende su familia de su diagnóstico?
6. ¿Cómo cambio su diagnóstico la dinámica familiar?

Cotidianidad

1. ¿A qué edad inicio su consumo?
2. ¿La sustancia escogida tiene alguna relación con su situación económica?
3. ¿A qué dedica su tiempo libre?
4. ¿A qué asocia la escogencia de dicha actividad?
5. ¿Sus relaciones de pareja se han visto condicionadas por su consumo?

Laura Juliana Acosta M
Joan Norberto Aguilera R