



Universidad de Valladolid

Aproximación a la Teoría Fundamentada como fuente de conocimiento frente al TDAH y el TCS

*Máster de Psicopedagogía- Universidad de
Valladolid (UVA)*

Autora: Laura Álvarez Aguado

Tutor: Jonatan Frutos de Miguel

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es considerado el trastorno del neurodesarrollo más presente en la vida infantil de nuestra sociedad y, actualmente es entendido como aquel que posee más comorbilidades asociadas, ya que casi un 70% de la población con TDAH presenta otro tipo de trastornos asociados. Una de ellas es el denominado trastorno por consumo de sustancias (TCS), ya que este se desarrolla en adolescentes y adultos con TDAH debido a la impulsividad y a la necesidad de buscar nuevas sensaciones. En este escrito se observará cómo mediante el método de la teoría fundamentada, se pueden ligar ambos trastornos, partiendo de la impulsividad como factor de riesgo para desarrollar un TCS en personas con TDAH.

Palabras Clave: tdah, impulsividad, tcs, comorbilidad, calidad de vida, adultos.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is considered the neurodevelopmental disorder most present in children's life in our society and is currently understood as the one with the most associated comorbidities, since almost 70% of the population with ADHD has other associated disorders. One of them is the so-called substance use disorder (SUD), since it develops in adolescents and adults with ADHD due to impulsivity and the need to seek new sensations. In this paper we will show how, by means of the grounded theory method, both disorders can be linked, starting from impulsivity as a risk factor for developing SCT in people with ADHD.

Keywords: adhd, impulsivity, sud, comorbidity, quality of life, adults.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	5
2.	JUSTIFICACIÓN.....	6
3.	COMPETENCIAS CON RELACIÓN AL MÁSTER	7
4.	OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	8
5.	ESTADO DE LA CUESTIÓN: MARCO TEÓRICO	8
6.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	9
6.1	TDAH	9
6.1.1	Historia y concepto actual del TDAH: DSM-5 y autores	10
6.1.2	Características del TDAH	12
6.1.3	Etiología del TDAH	15
6.1.4	Diagnóstico	17
6.1.5	Tratamiento	18
6.1.6	Comorbilidad	21
6.2	TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (TCS).....	23
6.2.1	Definición e historia.....	23
6.2.2	Características	23
6.2.3	Etapas del TCS.....	24
6.2.4	Diagnóstico	25
6.2.5	Sustancias más comunes y consumidas en España.....	25
6.2.6	Tratamiento	28
7	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
8.	CONTEXTO DE LAS PERSONAS CON TDAH Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.	31
9.	ENFOQUE METODOLÓGICO: LA TEORÍA FUNDAMENTADA	32
9.1	ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN ACTUAL.....	32
9.2	COMPONENTES BÁSICOS Y CARACTERÍSTICAS	33
9.3	EL MÉTODO COMPARATIVO	33

9.4 EL MUESTREO Y LA SATURACIÓN TEÓRICA	34
9.5 LA CODIFICACIÓN TEÓRICA	35
10. EL MÉTODO.....	38
10.1 LA MUESTRA	38
10.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS	42
11. DESARROLLO DE LA TEORÍA.....	43
11.1 HIPÓTESIS 1: ¿CÓMO LA IMPULSIVIDAD PUEDE SER UN FACTOR DE RIESGO EN PERSONAS CON TDAH PARA DESARROLLAR UN POSIBLE TCS?	43
11.2 HIPÓTESIS 2: ¿CÓMO AFECTA EL TCS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON TDAH?	45
12. CONCLUSIONES	48
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, el TDAH es considerado uno de los trastornos más comunes dentro de la infancia. A lo largo de los años se ha ido investigando acerca de este trastorno, descubriendo que el TDAH está asociado a otro tipo de comorbilidades que afectan a la vida de las personas. Es por esta razón que en este Trabajo de Fin de Máster (TFM) revisaremos mediante el uso de la Teoría Fundamentada como método de Investigación, cómo el TDAH puede estar ligado o relacionado con el trastorno por consumo de sustancias (en adelante TCS).

Autores como Barkley, Wilens et al. (1994) y Levin et al. (1998) demuestran que las personas que padecen este tipo de trastorno son más propensas a consumir algún tipo de droga. Hovens et al. (1994) realizaron un estudio de comorbilidad psiquiátrica con 52 adolescentes que estaban ingresados con TCS y en él se puede observar que el 31% de los participantes tenían TDAH. Además, Wilens et al. (1997) establecieron una teoría que demostraba que los adultos que padecían TDAH y TCS iniciaban de modo más temprano el abuso de sustancias en comparación con aquellas personas que solo tenían TDAH.

Partiendo de las investigaciones de esta índole, se consideró que la relevancia del trabajo residía en analizar y averiguar las posibles pautas por las que se ligan ambos aspectos a través de una Teoría Fundamentada acerca de la posible comorbilidad que existe entre ambos trastornos.

En cuanto a la estructura del trabajo, se desarrolló a través de una serie de apartados, comenzando por la introducción, justificación y las competencias en relación al máster. Posteriormente, se expuso el planteamiento del problema seguido de los objetivos y las preguntas de investigación que surgieron alrededor de este.

Así mismo, se hizo un recorrido por el estado de la cuestión general, el cual se reflejó en un marco teórico; lo cual, a su vez, proporcionó una base a la hora de introducir la propia fundamentación teórica, en donde se explicó todo lo relación con el TDAH (definición, causas, características...).

Una vez explicado qué es el TDAH y el TCS, se expuso cuál era el contexto de las personas que padecían este trastorno y su posible relación con el consumo de sustancias,

poniendo de manifiesto cuál era la droga más consumida, la frecuencia y el tiempo del consumo o los problemas que conllevan.

Después de esto, se hizo referencia al método utilizado, en este caso, la Teoría Fundamentada (TF), explicando su concepto, sus antecedentes y sus componentes básicos. A partir de ahí, se describió el método comparativo llevado a cabo en la TF, que proporcionó la ayuda a la hora de realizar el marco metodológico, en donde se recogió los datos aportados y estudiados. Estos fueron evaluados, constatando y desarrollando la teoría a partir de los mismos.

Por último, se finalizó con las conclusiones del trabajo, así como las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos pertinentes.

2. JUSTIFICACIÓN

¿Se sabe lo que engloba realmente el TDAH? ¿Se sabe lo que es y los recursos que tenemos a nuestro alcance? La finalidad principal de este trabajo fue conocer y profundizar en la relación del TDAH y el TCS dentro de las posibles adicciones toxicológicas. Partiendo de esta idea, el trabajo giró en torno al TDAH y a su relación con el trastorno de consumo de sustancias, ya que debido a la presencia (sobre todo) de la impulsividad, este puede ser una causa a la hora de sufrir una adicción hacia las drogas. Levin et al. (2010) mostró que el 10% de los adultos dependientes de cocaína cumplían con criterios característicos de personas con TDAH.

Hasta hace pocos años, el TDAH era considerado un trastorno que se daba exclusivamente en la infancia, pero con el paso de los años y después de muchas revisiones y estudios, se ha podido demostrar que el TDAH también está presente dentro de la población adolescente y adulta (aunque en muchos países existe un cierto recelo a diagnosticarlo). Tal y como explican autores como Barkley (2002) este trastorno tiene una serie de comorbilidades asociadas, sea diagnosticada en una edad u en otra, ya que en el caso de los niños es más común los ataques de pánico, los tics o los trastornos obsesivos compulsivos; mientras que los adultos (además de añadir los anteriores) debemos incluir el abuso de sustancias (Biederman et al., 1993 y Kessler et al., 2006 citado en López, 2012)

En relación a esto último, se conoce muy poco sobre cómo estos factores pueden verse combinados en diferentes adultos, por lo que es importante y necesario averiguar

cuál es el porcentaje o las probabilidades que existen; así como sus posibles consecuencias en el día a día, englobando ambos trastornos dentro de la vida de una persona.

Además de la necesidad de averiguar más sobre este tipo de trastorno, decir que la razón principal de la realización del mismo es la presencia de TDAH dentro de mi familia, concretamente en mi ahijada y sobrina de 6 años. Este factor es el que me motivó a seguir investigando, ya que a pesar de tener una edad temprana, me parece esencial conocer ciertos aspectos para poder aportar de una manera sana dentro de su vida.

3. COMPETENCIAS CON RELACIÓN AL MÁSTER

Las competencias que deben ser trabajadas en relación con el Máster de Psicopedagogía se dividen en generales y específicas en función del tema y aspectos trabajados en este TFM.

Por un lado, tenemos las competencias generales, las cuales son:

- ❖ G2. Tomar decisiones a partir del análisis reflexivo de los problemas, aplicando los conocimientos y avances de la psicopedagogía con actitud crítica y hacer frente a la complejidad a partir de una información incompleta.
 - Mediante el método de Teoría Fundamentada, se elaboró un análisis y reflexión en relación a la posible comorbilidad entre el TDAH y el TCS.
- ❖ G4. Tomar conciencia de las creencias y estereotipos sobre la propia cultura y las otras culturas o grupos y de las implicaciones sobre su actuación profesional y potenciar el respeto de las diferencias individuales y sociales.
 - A lo largo de todo el trabajo, se ha ido averiguando sobre aquello que incluye el TDAH, así como eliminando etiquetas en relación a este trastorno.

Por otro lado, en cuanto a las competencias específicas:

- ❖ E3. Aplicar los principios y fundamentos de la orientación al diseño de actuaciones favorecedoras del desarrollo personal y/o profesional de las personas.
 - Se aplicó el método de la TF y a partir de los datos recogidos de la misma, se elaboró unas conclusiones.

- ❖ E5. Planificar, organizar e implementar servicios psicopedagógicos.
- ❖ E6. Aplicar los fundamentos y principios básicos de la gestión a la planificación de acciones de coordinación y liderazgo de equipos psicopedagógicos favoreciendo el trabajo en red de los diferentes agentes e instituciones socioeducativas.
 - Necesario conocer cuál es el tipo de trastorno con el que se trabaja, así como averiguar qué incluye.
- ❖ E8. Formular nuevas propuestas de mejora de la intervención psicopedagógica, fundamentadas en los resultados de la investigación psicopedagógica.
 - Una vez se realice el trabajo, se estableció una conclusión así como aspectos a destacar acerca de lo trabajado.

4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El objetivo general de este trabajo es:

- ❖ Conocer y profundizar en la relación que pueda existir entre el TDAH y el TCS dentro de las posibles adicciones toxicológicas.

A partir de este objetivo general, se establecieron tres específicos en los cuales se desglosa:

- ❖ Revisar el estado del arte acerca de la posible relación entre el TDAH y el TCS.
- ❖ Valorar cómo el TDAH afecta a la vida de las personas con TCS.
- ❖ Averiguar cómo afecta la impulsividad en los adultos a la hora de desarrollar un TCS.

5. ESTADO DE LA CUESTIÓN: MARCO TEÓRICO

La tasa de prevalencia mundial del TDAH ha ido oscilando durante los años. En el año 2002 se investigó qué índice de afectados existía con este trastorno, obteniendo como resultado una tasa entre el 3-7%. Este porcentaje aumentó en 2008, cuando Barkley, Murphy y Fisher siguieron con la investigación llevada a cabo seis años antes, obteniendo resultados que se acercaban al 10% de afectados; sin embargo, dicho porcentaje volvió a disminuir hasta un 5% (APA, 2013).

El diagnóstico de niños con TDAH aumentó mucho a lo largo de los últimos años pasando de un 7,8% a un 9,5% de 2003 a 2007, y –en este último año- casi un

66,3% de los pacientes diagnosticados con dicho trastorno se medicaban. Este aumento tan relevante de tasas se debe al amplío aumento de conocimiento acerca de este ámbito, así como la mayor disponibilidad a la hora de acceder a servicios públicos (Brown, 2010).

Del mismo modo, dicha medicación les “permite” comportarse de forma parecida a aquellos niños que, por su relación de edad, no padecen dicho trastorno (*Niños hiperactivos*); así mismo, autores como Goodman (2006) defiende que aproximadamente el 50% de aquellos niños que padecen TDAH, seguirán con dicho trastorno en la edad adulta y, en muchos casos, precisando medicación.

Dicho lo cual, esta cuestión ha ido evolucionando en función de las investigaciones y estudios realizados; mas también en función del colectivo al que se estaba dirigiendo, así como su sexo y edad, ya que en edades adultas la hiperactividad es un factor que disminuye (Ticas y Ochoa, 2010).

El TDAH es un trastorno que engloba muchos aspectos que afectan a la vida cotidiana y social de las personas que lo padecen: comportamientos reiterados, frustración o actitudes incoherentes en relación al momento en el que suceden, son algunas de las acciones que pueden “frenar” o dificultar la vida social de las personas. (Benaiges et al., 2015). Es por este motivo que la necesidad de sentirse aceptado por el grupo puede llevar al individuo a introducirse en el mundo del consumo o de las sustancias ilícitas, pudiendo desarrollar (si persiste en el tiempo y es continuado) a un trastorno de consumo de sustancias (concepto que trataremos en el siguiente apartado).

El trastorno por consumo de sustancias consiste en ingerir drogas consideradas ilícitas (heroína, cocaína, marihuana...) durante un tiempo continuado, provocando que este consumo afecte a todos los ámbitos de la vida de la persona (personal, laboral, social o familiar) de manera negativa (Sanz, 2019.)

6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

6.1. TDAH

En los siguientes apartados se hablará de qué es el TDAH y cómo su definición fue evolucionando a medida que pasaban los años y los siglos; así mismo, también se

elaborará una revisión acerca de las posibles causas, características, diagnóstico y tratamiento que deben recibir las personas que lo padecen.

6.1.1 Historia y concepto actual del TDAH: DSM-5 y autores

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se consideraba hasta no hace mucho, como un trastorno que predominaba en la infancia y cuyos síntomas desaparecían al comienzo de la pubertad (Hechtman, 2009).

A lo largo de los años, se ha ido encontrando diferentes puntos de vista y definiciones en relación a este trastorno, ya que en 1845 un médico alemán recogió en uno de sus artículos denominado “Der Struwwelpeter” cómo en su trayectoria médica se encontró con un paciente que no era capaz de cumplir las normas que se le determinaban y que, a mayores “no paraba nunca”. Posteriormente en 1902, Still y Tredgold realizaron una investigación con un grupo de menores que se encontraban en edad escolar y los cuales presentaban un índice de hiperactividad muy elevado (elemento que en un primer momento se pasó por alto y que, años más tardes se identificó como los primeros indicios del TDAH, tal y como recoge en 1986 Ana Miranda Casas en su libro *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje*). Estos autores lo denominaron como síndrome de lesión cerebral aunque al finalizar el estudio, se dieron cuenta de que no existía ninguna relación entre la hiperactividad y una posible lesión cerebral, ni que los síntomas que se presentaban fuesen fruto de una lesión de esa índole; por lo que en 1926 Smith reorganizó esa idea y lo denominó como lesión cerebral mínima (Frutos, 2020).

En 1957, Eisenberg introdujo el concepto de *hyperkinetic* para referirse a niños que poseen una descomunal actividad motora en relación con aquellos de su misma edad y sexo.

Siguiendo con la idea planteada por Smith, en 1963 un grupo de expertos en neurología infantil de Oxford, refutaron la idea de lesión cerebral mínima para centrarse en la disfunción cerebral mínima, ya que esta última se refería más a una alteración funcional del mismo y no tanto a una lesión en sí (Lasa, 2008).

Posteriormente, este concepto no solo se vio ampliado o modificado por distintos autores o teorías, sino que con la introducción del DSM, el TDAH también fue objeto de controversia. El DSM-II (APA, 1968) lo definió como una reacción hiperkinética de la infancia, la cual estaba caracterizada por problemas de conducta y de

aprendizaje. Es con el DSM-III (APA, 1980), cuando se comenzó a modelar el término denominándolo como TDA, definiéndolo como trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y poniendo al mismo tiempo el punto de mira en la atención e impulsividad. Será en la revisión del DSM-III-R (APA, 1987) determinó que el TDAH no es un subtipo del TDA, sino que se entiende como un trastorno independiente donde la hiperactividad dentro del mismo no es un “posible síntoma”, sino todo lo contrario: una característica que se combinaba junto con la impulsividad. Teniendo este aspecto fundamental en cuenta, el DSM-IV (APA, 2000) lo cataloga como TDAH (Frutos, 2020).

Actualmente el DSM-5 (APA, 2013) muestra algunos cambios significativos en relación con el TDAH que, tal y como señalaban autores como Frances (2010) “junto con un marketing extremadamente activo de las compañías farmacéuticas, contribuirán a aumentar las tasas de TDAH, a un abuso generalizado de medicaciones estimulantes para la mejora de las competencias y a la emergencia de un gran mercado secundario ilegal” (Ubieto, 2015, p.40). Existen cambios que no son beneficiosos para aquellas personas que padecen este tipo de trastorno, sino al contrario, pueden ser perjudiciales para su diagnóstico como, por ejemplo: elevar la edad de diagnóstico desde los siete a los 12 años, diagnosticar de TDAH a personas con autismo o comprimir a cinco los síntomas requeridos para adultos, siendo ya Barkley (2009) quien defendió la idea de ampliar a nueve los ítems para clarificar el TDAH en adultos.

En relación a este tema, hasta ese momento el TDAH se creía ligado solo y exclusivamente a la infancia, mas con la nueva revisión del DSM-5 se observa la presencia de este trastorno en individuos de edades adultos, siendo el déficit en la autorregulación emocional o inestabilidad emocional como la principal característica, lo cual engloba problemas para captar su atención después de episodios de emociones intensas o desorganización de la conducta cuando se produce una situación emocional grande. (Ubieto, 2014).

El TDAH en adultos fue un punto de inflexión dentro de este ámbito, ya que los síntomas que presentaban los niños no se podían extrapolar a los adultos, por lo que a priori el diagnóstico era más complejo; asique se llegó a la determinación de que no debía existir una edad clave para diagnosticar este tipo de trastorno, lo cual a su vez permite un diagnóstico más amplio e inclusivo para los adultos, donde existe una tasa más alta de impulsividad y desatención (Ubieto, 2014).

Más adelante Wender et al. (1981) comenzaron a destacar que existían síntomas que se podían identificar con el TDAH en adultos y consideraron que los criterios que establecía el DSM-III eran escasos a la hora de diagnosticar este trastorno en este colectivo.

Posteriormente, gracias a los seguimientos que se han realizado en relación a este tema, se ha podido comprobar que el 30-70% de los niños con TDAH sigue presentando síntomas a lo largo de su adolescencia y de su vida adulta (Barkley, 2002; Biederman et al., 1993; Gittelman et al., 1985; Klein, 1987; Mannuzza et al., 1989, 1998; Weiss y Hechtman, 1993).

Kessler et al. (2005) realizaron un estudio con 10.000 adultos para constatar que, efectivamente, el TDAH podía seguir presente a lo largo de la vida adulta; y en él se encontraron que en el 4,4% de los sujetos seguía prevaleciendo dicho trastorno hasta ese momento. Cuatro años más tarde, Barkley (2009) defendió que los síntomas de hiperactividad se disminuían con el desarrollo y maduración de la persona, siendo los más predominantes la inatención (además del expuesto con anterioridad).

Actualmente, el TDAH es considerado como un trastorno del neurodesarrollo muy frecuente en niños, niñas y adolescentes (Barkley, 2018; Nicolau et al., 2014). En un primer momento se determinó que había tres tipos posibles dentro del concepto del TDAH, mas posteriormente el DSM-5 (APA, 2013) los definió como “subtipos”, siendo los mismos: predominantemente inatento, el cual engloba dificultades a la hora de organizar las tareas a realizar; predominantemente hiperactivo/impulsivo, afectando al control de impulsos; y combinado, alternando síntomas de los anteriores (Rodillo, 2015).

6.1.2 Características del TDAH

Definido el concepto y la historia del TDAH, se debe establecer cuáles son las características que lo conforman, aspecto que se abordará en dicho apartado.

Tal y como se dijo con anterioridad, el TDAH es un trastorno que comienza en la infancia, por lo que las características principales se comienzan a observar alrededor

de los siete años por parte de docentes y familias, los cuales entienden que los posibles síntomas de este tipo de trastorno son comunes en niños con esta edad preescolar.

Después de realizar una serie de estudios clínicos, Miranda y Amado (2003) establecieron una serie de características o “alertas” a las que se debe prestar atención una vez que se cumple la edad estipulada de diagnóstico.

Tabla 1

Estudios clínicos sobre las características del TDAH (Miranda y Amado, 2013)

Estudios clínicos sobre las características del TDAH	
Conductas inapropiadas	A. No guardan relación con tareas que se están realizando y acostumbran a ser molestas.
Baja atención mantenida	B. Trabajo inadecuado: lo cual conlleva <ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo rendimiento escolar. 2. Atención no constante, dependiente de la motivación. 3. Distracción fácil con cualquier estímulo
Dificultad para inhibir impulsos	C. Es incapaz de esperar su turno. <ol style="list-style-type: none"> 1. Interrumpe al resto. 2. Responde sin pensar. 3. Persiste en la edad adulta. 4. Bajo rendimiento académico y social.
Rechazo social	D. Problemas de integración. <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento desafiante. 2. Dificultad a la hora de resolver problemas.
Rendimiento escolar insuficiente	E. Problemas de aprendizaje
Baja autoestima	F. Inseguridad
Baja tolerancia a la frustración	

Nota: adaptada de Frutos (2020)

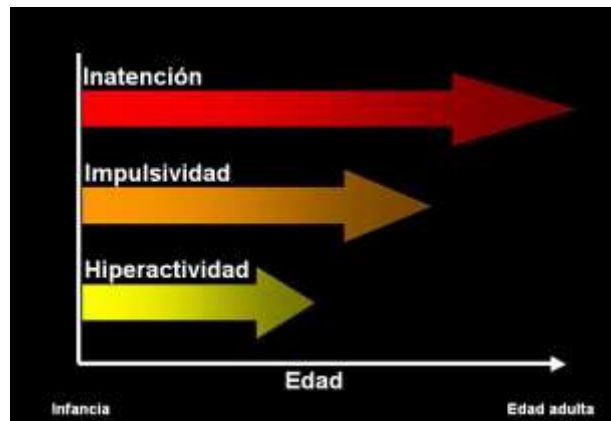
Aquellas conductas asociadas al TDAH estarían enfocadas en diferentes edades, así mismo la desatención sería más frecuente dentro de la franja de edad de los cinco a los catorce años y menos frecuentes entre los cuatro o cinco años y los dieciocho. Así mismo, DuPaul et al. (2016) determinaron que todos aquellos comportamientos que englobaban al TDAH eran muy cambiantes a lo largo del desarrollo y maduración de la persona, y que estas varían en función del sexo y la edad de la persona. En relación a esto, estos autores junto con Gershon (2002) defienden que en un primer momento,

existe un mayor índice de síntomas de TDAH en niños que en niñas, aunque este estudio no ha sido replicado (Frutos, 2020).

Distinguir síntomas o características entre la infancia, la adolescencia o la edad adulta se ha vuelto a lo largo de los años una tarea compleja y llena de trabas, debido a que todos ellos presentan los mismos síntomas y en relación a la maduración de la persona, estos se pueden ir atenuando (Frutos, 2020). Centrándonos ahora en el TDAH en personas adultas, tal y como se puede observar en la figura 1, se puede apreciar que tanto la hiperactividad como la impulsividad van disminuyendo a medida que la persona va teniendo más edad.

Figura 1.

Evolución de los síntomas del TDAH según la edad.



Nota: extraído de Miguel Casas (2013)

Aunque existen síntomas que van disminuyendo, generalmente todos presentan una serie de características comunes dentro de su vida adulta (véase en la tabla 2).

Tabla 2

Peculiaridades de los adultos con TDAH

Características generales de TDAH en adultos	
Rendimiento Académico	A. Menor formación académica.
Medio sociolaboral	B. Peor adaptación al mundo laboral.

Conducción	C. Sin permiso de conducir o sin renovarlo. 1. Mayor exceso de velocidad. 2. Mayor índice de accidentes.
Relaciones afectivas y sociales	D. Mayores dificultades de pareja. 1. Dificultades interpersonales
Problemas judiciales	E. Más propensos a arrestados en más de una ocasión.

Nota: adaptada de Frutos (2020)

6.1.3 Etiología del TDAH

A lo largo de los años, se ha ido investigando acerca del origen y las causas del TDAH y, se ha señalado que los factores más influyentes en el desarrollo o no de este tipo de trastorno, se debía a tres tipos de factores (Ticas y Ochoa., 2010).

El primero de ellos era el factor genético o hereditario, el cual recogía que aquellos padres que padecían este tipo de trastorno tenían un mayor riesgo de portar el mismo a sus hijos, ya que los factores involucrados estaban relacionados con los genes receptores y transportadores de dopamina. Sin embargo, en los nacidos gemelos el riesgo de padecer este tipo de trastorno aumenta si sus padres son portadores del mismo, situándose en un porcentaje de hasta el 55-92% en gemelos monocigóticos y el 33% en gemelos dicigotos (Ticas y Ochoa, 2010).

A pesar de no encontrar indicadores firmes que abalen esta teoría, sí se han encontrado otros genes que estarían relacionados con diferentes comorbilidades como la agresividad o la depresión. Además, de lo dicho con anterioridad, el TDAH se entendía como un antecedente familiar debido a posibles psicopatologías de alguno de los progenitores (Quintero y Castillo de la Mota, 2014).

La presencia del TDAH en los diferentes individuos también ha sido punto de mira dentro de los factores bioquímicos o neuroquímicos (relacionados con alteraciones en el sistema atencional de las personas) concretamente atendiendo a la dopamina y la noradrenalina; aspecto que en 1970 lo denominaban como desequilibrio químico. Así mismo Orjales (2011) para corroborar dicha teoría defendía que aquellos niños que tomaban medicación frente al TDAH presentaban una mejoría considerable, por lo que eso simbolizaba que la causa se situaba dentro de los transmisores cerebrales (pensamiento que un año más tarde refutaban Fusar-Polo, Rubia y Rossi al considerar

que esa medicación les había producido una modificación cerebral debido al hábito construido).

Aunque este aspecto también afectase al sistema atencional del individuo, también se pueden observar afectaciones dentro de las funciones ejecutivas, afectando así a la atención sostenida, el control inhibitorio y la memoria de trabajo (Nigg, 2005).

Posteriormente en 2007, se comenzó a creer que las personas con TDAH mostraban una serie de alteraciones en la corteza prefrontal debido a factores neuroanatómicos y que estos podrían ser los “causantes” de este tipo de trastorno (Quintero y Castillo de la Mota, 2014). Esta idea se veía apoyada por el estudio realizado por Shaw et al. (2007) quienes descubrieron que las personas con TDAH poseen un retraso madurativo en la mielinización cortical (aspecto que se relaciona con la maduración de la persona) en más de dos áreas prefrontales, lo cual apoyaba la teoría que se explicaba con anterioridad. En este mismo año y apoyándose en su propia teoría, dichos autores establecieron una teoría acerca de las modificaciones en la estructura del cerebro, descubriendo que el cerebelo que poseen es más reducido en comparación con una persona sin TDAH o que el núcleo caudado izquierdo es menor que el derecho.

Además de los anteriores citados, también existen una serie de factores psicosociales de tipo perinatal, lesiones en el sistema nervioso central e intoxicaciones que se creía que podía contribuir al desarrollo del TDAH; así como posibles influencias ambientales o factores biológicos relacionados con el ambiente como el tabaquismo materno (Markussen-Linnet et al., 2006), consumo de alcohol durante el embarazo (Mick et al., 2002), consumo de heroína (Ornoy et al., 2001) o muy bajo peso al nacer (Botting et al., 1997) entre otros.

En definitiva, teniendo en cuenta todos los posibles factores que contribuyen a la aparición de este trastorno, así como los estudios que no son concluyentes frente a este tipo de afirmaciones; se puede concluir con la idea e investigación que elaboró Bierderman (2006), quien afirmó que el TDAH era un trastorno del neurodesarrollo con una etiología multifactorial, es decir que se puede deber a una serie de factores conjuntos mas no determino uno solo como concluyente de la aparición de este tipo de trastorno.

6.1.4 Diagnóstico

El TDAH está presente entre el 8-12% de la población infantil y adolescente (de ahí que, tal y como se citó con anterioridad, se comprenda como uno de los trastornos infantiles más comunes). Así mismo, según un estudio realizado por Kessler et al. (2005) reflejó que este trastorno se situaba alrededor del 4,4% en la población adulta (Brown, 2009).

La posterior revisión del DSM-IV (APA, 2000) estableció que la edad de diagnóstico serían los siete años de edad, ya que esta se sitúa en un punto importante dentro del desarrollo del menor y, por lo tanto, se consideraba esencial establecer un diagnóstico precoz con el objetivo de atenderlo antes de que el individuo sea adulto, debido a que puede tornarse a una situación compleja a la hora de recordar si los síntomas comenzaron o no en la infancia (Benaiges et al., 2015)

El TDAH es diagnosticado gracias a los criterios establecidos por el DSM en función de los subtipos que se presenten en las personas. En consecuencia, en función de estos se deberá cumplir seis de los nueve ítems o bien, una combinación entre ambos. Mas en esta nueva revisión del DSM-IV, se entiende que estos criterios estarían desfasados con relación a personas de mayor edad, ya que los ítems presentados se situarían dentro de los distintos momentos evolutivos del niño y no de la persona adulta.

Así mismo, el diagnóstico de este tipo de trastorno debe realizarse de la mano de un profesional, el cual, en función de la edad del individuo en ese momento, adoptará unas medidas u otras, ya que tal y como defendían Soutullo y Díez (2007) no existe una prueba biológica o test que, por sí solo, sea capaz de detectar este trastorno.

Tabla 3

Métodos de identificación del TDAH

Escalas más utilizadas en el diagnóstico del TDAH	
Escalas de clasificación (checklist)	<ul style="list-style-type: none"> A. Barkley (2018) B. Más utilizado en edades tempranas C. Progenitores y docentes responden ítems con respuestas de “nunca”, “a veces” o “siempre”
Entrevista clínica estructurada del DSM-5, SCID-5	<ul style="list-style-type: none"> A. First, William, Karg y Spitzer (2015) B. Primer paso detección del TDAH C. Método incompleto en adolescentes y

adultos con posible TDAH	
Entrevista para TDAH de Barkley	A. Barkley (2018) B. Entrevista estructurada con gran número de síntomas del TDAH. C. Diseñada específicamente para este trastorno.
Escala de Conners	A. Conners (1969) B. Una de las más utilizadas (Amador, 2002) C. 30 ítems D. Se evalúan con una combinación de frecuencia y gravedad
Wender- Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale	A. Evalúa gravedad del TDAH en adultos B. Mide los síntomas en siete categorías
Brown Attention Deficit Disorder	A. Brown (2001) B. 40 ítems en una entrevista semiestructurada C. Complementaria a la escala de Conners y Wender D. Explora el funcionamiento ejecutivo
Copeland Symptom Checklist	A. Evalúa si el adulto presenta síntomas de TDAH o no B. Incluye ítems relacionados con los tres subtipos posibles

Nota: adaptado de Frutos (2020), Valdizán y Izaguerri-García (2009)

Además de las escalas previamente descritas, es esencial que se tenga en cuenta las posibles comorbilidades que presente la persona a la hora de llevar a cabo dichos métodos (aspecto que se desarrollará en los apartados siguientes).

6.1.5 Tratamiento

¿Qué se puede hacer una vez que se diagnostica el TDAH? Además de las necesarias sesiones de especialistas, en la mayor parte de los casos que se detectan en la edad temprana, estos niños son medicados con metilfenidato, aspecto que tal y como recoge la Organización de las Naciones Unidas (ONU) entre los años 2000-2011:

El consumo de metilfenidato –sustancia psicoestimulante con una estructura química parecida a las anfetaminas y que más se emplea a nivel mundial para el

tratamiento del TDAH- se multiplicó por veinte en España y por cuatro en Estados Unidos, el mayor consumidor mundial de este psicofármaco (International Narcotics Control Board, 2012, p.22).

El uso del metilfenidato como posible tratamiento frente al TDAH comenzó en 1937, cuando un psiquiatra llamado Charles Bradley descubrió que el uso de este tipo de anfetaminas tenía un efecto totalmente contrario al que se esperaba de él. En este caso, realizó una investigación (denominada Estudio del Tratamiento Multimodal-MTA) con un conjunto de niños entre los siete y diez años que padecían TDAH y los dividió en cuatro grupos, combinando en ellos la medicación y terapias de conducta como métodos. El estudio MTA tuvo como resultado el descubrimiento de que la ingesta de este tipo de anfetaminas provocaba en ellos mejor rendimiento escolar, así como una considerable reducción de su conducta problemática y desafiante; mejorando al mismo tiempo ciertos ítems que se diagnostican en el TDAH. Este estudio, debido a los objetivos que cumplió, se considera hasta el momento uno de los más completos en relación con el TDAH; siendo apoyado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (Quintero y Castillo de la Mota, 2014).

Mas a pesar de estar demostrado que este tipo de fármaco ayuda considerablemente al individuo que padezca TDAH (Cabasés y Quintero, 2005), es cierto que actualmente existe una sobremedicación del mismo, ya que en la mayoría de los casos se comienza con el metilfenidato en el momento en el que existe algún rasgo de este trastorno. Es por esta razón que el Comité de Derechos del Niño de España (2010) exigió una serie de recomendaciones en relación a este tema:

El comité expresa también su preocupación por la información, que indica un aumento, en un período corto, en la prescripción de psicoestimulantes a niños diagnosticados con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Ubieto, 2015, p.59).

Al mismo tiempo, añade:

El Comité recomienda al Estado parte que examine con detenimiento el fenómeno de la prescripción excesiva de medicamentos a los niños y adopte iniciativas para

proporcionar a los que están diagnosticados con un TDAH y otros trastornos del comportamiento, así como a sus padres, madres, maestros, acceso a una amplia gama de medidas y tratamientos educativos y psicológicos (Ubieto, 2015, p.60).

El metilfenidato es el fármaco psicoestimulante que más se utiliza en el tratamiento contra el TDAH, pero además de este (el cual afecta a la dopamina), la atomoxetina (interviniendo en la noradrenalina) es otro de los fármacos más comunes; gracias a los cuales, se reduce el riesgo de abuso de sustancias, incluso disminuyéndolo en la edad adulta (Ticas y Ochoa, 2010). Además de estos, también existen otro tipo de fármacos no estimulantes, como bupropión, antidepresivos tricíclicos o fármacos nicotínicos entre otros que se encuentran actualmente en una revisión clínica frente al TDAH (Valdizán e Izaguerri- Gracia., 2009).

Mas no solo el tratamiento farmacológico debe ser la única opción, sino que el tratamiento cognitivo-conductual y psicosocial, debe ser un complemento. La terapia conductual (estrategias más eficaces en adultos con TDAH) debe ser un complemento de la medicación tomada, con el principal objetivo de modificar su entorno físico y social para que se produzca un cambio de conducta; por lo que la perseverancia de la persona se convierte en una norma indispensable. Además de la citada, la intervención familiar y el asesoramiento vocacional (aportando apoyo para encontrar el ambiente laboral más adecuado) se han convertido a lo largo de los años en aspectos importantes a trabajar (Ticas y Ochoa, 2010).

Este tipo de tratamiento complementario se hace muy importante en adolescentes y adultos, los cuales muchos de ellos necesitan reconstruir su ambiente y cambiar algunas posibles conductas disociales y desafiantes que presenten (Ticas y Ochoa, 2010).

Por lo tanto, en el tratamiento frente al TDAH no solo impera unos sobre otros, sino que debe ser un tratamiento multidisciplinar, en donde todos los factores sumen y aporten estabilidad al individuo.

6.1.6 Comorbilidad

A lo largo de los años se ha ido discutiendo, ampliando y mejorando el concepto de “comorbilidad” entendiéndolo –actualmente- como la presencia de dos o más síndromes asociados entre sí (Frutos, 2020).

El TDAH es considerado como el trastorno psicológico que más aparece combinado con otros trastornos psicopatológicos (Stahl y Mignon, 2011); tanto es así que en torno al 70% de los diagnosticados con TDAH padece al menos otro trastorno a mayores, lo cual provoca que su diagnóstico como “TDAH” sea en ocasiones, una situación compleja.

Jensen et al. (2001) encontraron en una muestra clínica que más del 85% de los pacientes presentaban al menos un trastorno más y cerca del 60% tenían al menos dos trastornos comórbidos a mayores, siendo los más frecuentes el trastorno negativista desafiante, el trastorno de ansiedad y el trastorno disocial.

A lo largo de este apartado se podrá observar cuáles son los síndromes o trastornos más comunes que se dan dentro de las personas con TDAH (tabla 4).

Tabla 4

Comorbilidades asociadas al TDAH

Trastorno	Porcentaje de incidencia	Características
T. de ansiedad	Aprox. 25% con TDAH (Bierderman et al., 1991)	<ul style="list-style-type: none"> A. Frecuentes en infancia-adolescencia B. No incremento en adultos con TDAH. C. Señales: <ul style="list-style-type: none"> 1. Preocupación extrema. 2. Preocupación irreal. 3. Preocupación sobre su imagen. 4. Ansiedad en situaciones sociales
T. Disocial		<ul style="list-style-type: none"> A. Relacionada con la anterior (debido ansiedad).

T. Negativista Desafiante (TND)	A. niños: 54-67% B. adultos: 26% persiste	A. Más frecuentes B. Comportamientos: 1. Desafiantes. 2. Desobediente. 3. Temeridad. 4. Conductas agresivas.
T. de Tourette	25-85% (Campistol et al., 2011)	A. Comportamientos: 1. Tics motores. 2. Repeticiones verbales A. Situación grave del individuo B. Señales:
T. bipolar	Aprox. 20% (Wozniak, Biederman, Kiely et al., 1995)	1. Comportamientos depresivos 2. Irritabilidad. 3. Impulsividad.
T. específicos de aprendizaje	20- 40%	A. Persiste a lo largo de su vida. B. Más presente en función de la etapa. C. Asociado a dislexia. D. Señales: 1. Dificultades en áreas concretas. 2. Bajo rendimiento escolar.
Autismo	40-60%	A. Ambas disfunción ejecutiva. B. Señales: 1. Predomina impulsividad. 2. Rabietas. 3. No adaptación a los distintos momentos.
T. por Consumo de Sustancias (TCS)		A. Frecuente en casos con problemas conductuales. B. Incrementado por TDAH no tratado en infancia.

Nota: adaptada Brown (2010), Zúñiga y Forteza (2014) y de Frutos (2020).

Apoyando dichos porcentajes, Roselló et al. (2000) fundamentaron que estos variaban en función del subtipo que presentase la persona, ya que un individuo que presentase un subtipo combinado podía presentar hasta un 44% de comorbilidad, frente

a un 30% en aquellas personas con un subtipo hiperactivo/impulsivo y un 14% en el inatento.

6.2 TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS (TCS)

6.2.1 Definición e historia

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) es entendido como:

La asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que llevan a una persona a buscar y consumir una sustancia, a pesar de las consecuencias negativas que supone este consume en prácticamente todos los aspectos de su vida y de la de los que le rodean (Segal et al.,2015, p. 5137).

En el DSM-5 (APA, 2013) se incluye una modificación significativa que afecta al TCS, ya que ese manual cataloga ese capítulo como “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, dándole el concepto de “adicción” y no de “dependencia” o “abuso” (tal y como sí se reflejaba en DSM anteriores). Lo que previamente se entendía como un abuso de x sustancia, actualmente se entiende como un problema grave en donde el consumo comienza siendo voluntario pero que, con el paso del tiempo, se vuelve una rutina dentro de la vida de las personas y por lo tanto se convierte en una adicción. (APA, 2019). Este comportamiento provoca cambios cerebrales significativos que persisten a lo largo de la vida de la persona, incluso después de su desintoxicación (Lazcano, 2015). A pesar de dicha modificación, autores como Frances (s.f) se mostraron muy críticos, catalogando esta nueva definición como “moda” (Lazcano, 2015).

6.2.2 Características

El proceso de desarrollo de un TCS es complejo, ya que no solo depende de la droga que se consuma, sino también del entorno y del contexto en el cual se desenvuelva la persona (Segal et al., 2015). Así mismo, en función de la edad, se atenderá a diversos factores implicados ya que en la adolescencia se tiende a realizar actos impulsivos como consecuencia de una evasión del miedo; mas también se deberá tener en cuenta posibles trastornos asociados, como por ejemplo el TDAH (Sanz, 2019).

Existen una serie de señales que son el punto de mira en las personas con TCS y los cuales pueden ser de ayuda en caso de sospecha, como por ejemplo la intoxicación aguda, la cual se entiende como un estadio transitorio que se produce cuando se ingiere una sustancia considerada ilícita y que provoca alteraciones no solo en la capacidad atencional de la persona; sino también en su estado de ánimo y regulación de emociones. Además de esta, el llamado “síndrome de abstinencia”, el cual puede aparecer si se “frena” repentinamente ese consumo (Sanz, 2019); bajo rendimiento académico, conductas desafiantes y/o violentas repentinas o enfados injustificados (Segal et al., 2015).

6.2.3 Etapas del TCS

El conocido trastorno por consumo de sustancias no se produce de un día para otro, sino que tal y como señalaba Wolraich et al., (1999) se trata de una evolución en la que el individuo va pasando por diferentes pasos (Tena- Shuk, 2018):

- ❖ Negativismo hacia el consumo: esta sería la primera “fase” o punto de partida del individuo.
- ❖ Consumo experimental: se considera como el consumo inicial debido a presiones sociales. En esta fase, la sensación que produce la droga es de un estado de euforia leve; aunque se entiende como una etapa peligrosa, ya que los adolescentes no conocen sus límites ni las “dosis” seguras de la droga que están consumiendo.
- ❖ Consumo habitual (no problemático): intercalación en el consumo de alcohol y tabaco que no es negativo para la persona. En adultos, este hecho se entiende como consumo social, pero en el caso de los adolescentes no se podría aplicar el mismo término, ya que la edad legal de consumo serían los 18 años.
- ❖ Consumo nocivo: acciones negativas hacia la persona que se produce cuando consumo, convirtiéndose en una relación causal. Este hecho conlleva detenciones, deterioro cognitivo, agresiones físicas, conflictos familiares o posibles accidentes automovilísticos. En este tipo de fase, se incrementa el consumo, la dosis, la frecuencia y el tipo de drogas.

- ❖ **Dependencia:** sería el último escalón en donde se produce un patrón de consumo continuado y prolongado que se muestra con alteraciones psicológicas (como emocionales o cognitivas) y fisiológicas. En este caso, cuando se pretende abandonar la sustancia, aparece malestar, lo cual es conocido como el síndrome de abstinencia.

6.2.4 Diagnóstico

El DSM-5 (APA, 2013) recoge que para diagnosticar un TCS es necesario que se dé una serie de criterios a lo largo de un año, entre ellos la consumición de x sustancia en grandes cantidades, deseos e incapacidad para abandonar dicho consumo, evadirse de responsabilidades laborales por el hecho de consumir, consumición persistente a pesar de conocer las graves consecuencias o la tolerancia a dicha sustancia entre otros (Segal et al., 2015).

Así mismo, es necesario que se evalúe el ambiente o el contexto del individuo, posibles trastornos comórbidos y la fase en el que se encuentra el paciente en relación a su trastorno de consumo de sustancias como la intoxicación o síndrome de abstinencia entre otros momentos (Tena- Shuk, 2018).

A partir del punto en el que se encuentre el paciente, se deberá seguir con los criterios que establece el DSM-5 los cuales son, algunos de ellos: el deterioro que provoca la droga en la persona, el deterioro provocado en sus relaciones sociales, el riesgo físico y psíquico debido al consumo y los criterios farmacológicos (Tena- Shuk, 2018).

6.2.5 Sustancias más comunes y consumidas en España

A lo largo de los últimos años, el consumo de drogas ilícitas en España es considerado como “estable”, afirmando al mismo tiempo a través de diversas investigaciones, que alrededor de un tercio de la población admite haber consumido en algún momento de su vida alguna sustancia de esta índole, siendo los varones los mayores consumidores en comparación con la población femenina (Sanz, 2019).

Al mismo tiempo, la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) apuntaba que entre los años 2005 y 2013 se había producido un menor consumo de la cocaína.

Algunas de las drogas más comunes consumidas y que crean una adicción son las que aparecen en la tabla 5.

Tabla 5

Relación entre la droga, sus características y el tratamiento a seguir

Droga	Características	Tratamiento
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> A. La forma más consumida: esnifada en polvo por vía intranasal. B. También usada en forma de crack. C. Efectos a los pocos minutos y duran aproximadamente una hora. D. Taquicardias, convulsiones, hipertensión, euforia, hiperactividad, mejoría de autoestima, temblores o sudoración. 	<ul style="list-style-type: none"> A. No tratamiento farmacológico aunque existen investigaciones sobre la N-acetilcisteína en la deshabituación en pacientes adultos. B. Síndrome de abstinencia tratado con ansiolíticos (durante un tiempo corto) e hipnóticos. C. Importante: psicoterapia durante deshabituación.
Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> A. También entendido como MDMA. B. Efectos similares a la cocaína, pero más moderados. C. Efectos: depresión, bruxismo, ansiedad, trastornos del sueño entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> A. No tratamiento farmacológico específico B. Importante psicoterapia

Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> A. Droga más común en adolescentes y adultos. B. Aumento de consumo en relación al 2003-2013. C. Su vía de consumo es la fumada: sola o mezclado con tabaco. D. Efectos: euforia, enrojecimiento ocular, relajación, sequedad de boca o excesivo apetito. E. Provoca dificultad en las coordinaciones motóricas. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Desintoxicación seguida de deshabituación. B. No tratamiento farmacológico. C. Talleres de prevención de recaídas, habilidades sociales o terapia ocupacional. D. En adolescentes, importante las terapias familiares.
Heroína	<ul style="list-style-type: none"> A. Principal opiáceo en abuso. B. Con frecuencia, mezclada con cocaína. C. Sobredosis de heroína: estupor/coma, miosis puntiforme y depresión respiratoria. D. Intoxicación por heroína: somnolencia, alteración de la memoria y atención. E. Aparición del síndrome de abstinencia en 8-36 h. F. Complicaciones médicas: VIH, tuberculosis, disfunción sexual, trastornos del sueño y del estado de ánimo entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Dos modalidades: <ul style="list-style-type: none"> 1. Orientada a la abstinencia: desintoxicación. <ul style="list-style-type: none"> - Fármacos: clonidina 2. Reducción del daño: metadona, talleres grupales, trabajar habilidades sociales o manejo de la ansiedad.

Nota: adaptado de Segal et al. (2015) y Sanz (2019).

Además de las drogas antes citadas, actualmente existen otras drogas denominadas “psicoactivas” (NSP) o drogas emergentes, que son aquellas no respaldadas en los convenios internacionales y las cuales se abren paso a través de plataformas como Internet. La Oficina sobre Drogas y Delitos de Las Naciones Unidas (UNDOC) identificó en 2014 ocho ejemplos de drogas de este tipo, mas cuatro años después (2018) esta misma organización recoge un total de nueve, siendo estas (Sanz, 2019):

- ❖ Aminoindanos: MDAI, MMAI (con efectos parecidos al MDMA).
- ❖ Cannabinoides sintéticos: como por ejemplo spice (el cual produce relajación, empatía y bienestar).
- ❖ Catinonas sintéticas: sales de baño.

- ❖ Derivados vegetales: khat, kratom o *salvia divinorum*.
- ❖ Fenciclidina y análogos: ketamina o PCP, con efectos como euforia o desinhibición.
- ❖ Feniletilaminas: efecto alucinógeno y estimulante.
- ❖ Piperazinas: *partys pills* con efectos psicoestimulantes.
- ❖ Triptaminas: hongos alucinógenos, setas mágicas...efecto alucinógeno.
- ❖ Otras

6.2.6. Tratamiento

En la actualidad, la Estrategia Nacional sobre Adicciones en España, tiene como principal objetivo crear una red de atención para tratar el tema de las adicciones, guía que será trasladada a las diferentes Comunidades Autónomas (Sanz, 2019).

El tratamiento contra el trastorno de consumo de sustancias varía en función del individuo que la padece y el grado en el que se encuentra la persona: por un lado, existen centros de Atención Temprana y, en casos extremos, se derivarían a servicios de salud mental, servicios que se administran desde la red citada con anterioridad. (Sanz, 2019).

Sanz (2019) veía la necesidad de trabajar este tipo de trastorno partiendo del punto de vista biopsicosocial, mediante programas de intervención individualizados (ya que se debe partir del grado y del tipo de sustancia consumida) y prestaciones terapéuticas como hospitales o pisos tutelados.

7 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Puede una persona con TDAH ser más propensa a consumir drogas en comparación con otra que no tiene este trastorno?

En 1991 Milen et al. (1991) llevaron a cabo un estudio dentro de un centro penitenciario en donde partían de una serie de criterios incluidos en el DSM-III, encontrándose que el 23% de aquellos reclusos con TCS poseían indicios de TDAH

Posteriormente, en 1994 Wilens et al. y, cuatro años más tarde (1998), Lewis et al., llevaron a cabo una serie de estudios con personas que tenían TDAH, y sus

resultados mostraron que este colectivo tenía una prevalencia más elevada a consumir drogas en comparación con el resto de población que no sufría este trastorno.

Estos mismos autores, en un estudio realizado entre 1998 y el año 2000, demostraron que entre el 31 y el 75% de los pacientes que se enfrentaban a una dependencia al alcohol cumplen con criterios de TDAH que se establecieron en el DSM-IV; y que casi un 35% de los pacientes cocainómanos mostraban claros indicios de TDAH.

Solo un año más tarde de la publicación de este estudio (en 1999) se llevó a cabo otra investigación de la mano de King et al., en donde se evaluaba cómo podían estar relacionados ambos conceptos. En este caso, se descubrió que el 17% de los pacientes que estaban bajo tratamiento de metadona debido a la dependencia de la heroína, también poseían criterios relacionados con el TDAH.

En 2002, Barkley siguió trabajando en dicha línea, y demostró mediante otro estudio que del 32 al 53% de los adultos con TDAH mostraban un trastorno por consumo de alcohol; y que entre el 8 al 32% mostraban un trastorno por consumo de otras drogas.

Durante los años siguientes, se ha llevado a cabo otro tipo de investigaciones en relación a dicho tema, demostrando gracias a diversos autores como Abramowitz o Sullivan entre otros, que este trastorno incrementaba las posibilidades de padecer un consumo de sustancia permanente o una drogodependencia (aspecto que se ve agravado en los casos además del TDAH, mostraban un trastorno de conducta).

Pero, ¿qué es lo que hace que los datos y los porcentajes aumenten en casos de adultos con TDAH? La impulsividad y la hiperactividad son dos factores que se dan en una persona con este tipo de trastorno, y son precisamente estos mismos, los “desencadenantes” que pueden llevar a una persona hacia un TCS (Bolinches et al., 2002). El primero de las características, a pesar de que se mantiene estable tanto en la infancia como en la edad adulta (tal y como se ha observado en la imagen anterior), puede llevar a las personas a desinhibirse, poseer conductas más temerarias provocando que el individuo no sea capaz de reflexionar sobre las consecuencias de sus actos y tomar decisiones más arriesgadas; junto con el factor hiperactivo y esa necesidad de vivir nuevas sensaciones, aumenta en la mayoría de los casos la intensidad del consumo y, por lo tanto, la cantidad de dosis. (Blázquez et al., 2017).

Además de estos dos factores de riesgo a tener en cuenta, los posibles trastornos de ansiedad están también presentes; ya que el hecho de no sentirse aceptados por la sociedad o por sus iguales, puede llegar a desembocar en una depresión e incluso en la drogadicción (Ohlmeier et al., 2009).

Las drogas más consumidas actualmente en nuestra sociedad son el alcohol, la marihuana, la cocaína, los opiáceos y la nicotina (Brown, 2010). En el caso de este último, la edad en el que se comienza a consumir tabaco en el caso de las personas con TDAH comienza dos años antes que la media, antes de los 15 años de edad, según Milberger (1997). Entre la preferencia de drogas entre la población con TDAH, en un primer momento se creía en la idea de que no existía una única droga común dentro de este colectivo; aunque posteriormente autores como Biederman (1995) estipularon a través de un estudio, que la droga más consumida y de la cual más se abusaba era el cannabis (incluso con más incidencia que los opiáceos o la cocaína).

Tanto es así que este campo de estudio se siguió ampliando y, se fue elaborando teorías y estudios sobre cómo podía existir una patología dual dentro del TDAH en adultos, sacando en conclusión que esta droga es la “preferida” dentro del mundo adulto de los TDAH, siendo casi un 1,5% más en comparación con personas sin este trastorno (Benaiges et al., 2015).

Cuando el abuso de sustancias se convierte en un problema y, por lo tanto, en una adicción, es esencial que se lleve a cabo un tratamiento. En este caso, al tratarse de personas con TDAH y por lo tanto, en la mayoría de los casos medicados con fármacos, se debe tratar la adicción a sustancias mediante fármacos que no puedan derivar en una nueva adicción o abuso; y, posteriormente, tratar el trastorno -existiendo un periodo sin consumir sustancias como droga o alcohol-. (Brown, 2010).

Así mismo, es importante que se dosifique y se realice un seguimiento en relación a los fármacos psicoestimulantes que se les proporciona a los TDAH durante su tratamiento, ya que existe un estudio por parte de Wilens et al. (2006) en donde se mostraban las tasas de abuso de este tipo de fármacos, reflejando que el 22% de ellos poseían TDHA (frente al 5% que participaba y que no lo padecían).

Es por esta razón que, a pesar de que existen controversias en relación a este tema, el tratamiento con este tipo de fármacos puede ser también un factor a destacar a la hora de un posible desarrollo del TCS, ya que diversos estudios exponen que los adultos

sometidos a una medicación de esta índole (psicoestimulantes) aumentaba el riesgo de abusar sustancias. Tanto es así, que autores como Greenhill et al. (s.f) propusieron que los fármacos no estimulantes como una alternativa para este tipo de colectivo, con el objetivo de no incitar a un posible abuso de las mismas.

Mas por otro lado, el hecho de no medicarse para este tipo de trastorno, también se dedujo que podía convertirse en un riesgo de desarrollar una drogodependencia (Bierderman et al., 2003; Wilens et al., 2003).

8. CONTEXTO DE LAS PERSONAS CON TDAH Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Pero, ¿existe realmente relación entre el TDAH y el TCS? Tal y como se ha observado con anterioridad, existen autores que consideran que el consumo de sustancias está íntimamente ligado a la impulsividad que muestran las personas con TDAH.

Una persona que tiene TDAH se encuentra a lo largo de su vida con situaciones complicadas, denominando a este aspecto “TDAH destructivo”, ya que ese trastorno vive en la persona provocando comportamientos o acciones que son perjudiciales para ella (Benaiges et al., 2015). Este aspecto puede deberse debido al tardío diagnóstico de la persona, obviando algunos síntomas en la infancia y provocando grandes disfunciones en la edad adulta. (Benaiges et al., 2015).

Además de eso, el consumo de sustancias entre la población adolescente se ha visto aumentado en los últimos tiempos y, drogas como las citadas en la tabla 5 han visto incrementado su consumo. En algunos estudios se señalaba que los jóvenes de entre 13-25 años son más vulnerables y poseen más riesgos a consumir sustancias de las cuales se pueden producir una adicción (Tena- Shuk, 2018). Mas el consumo de sustancias no comienza “de repente”, sino que tal y como se expuso en el apartado anterior, es un proceso en el que el adolescente pasa por una serie de fases (Wolraich et al., 1999).

Dicho lo anterior, la calidad de vida de las personas con este tipo de trastorno “destructivo” se agrava cuando se comienza a hablar de TCS, provocando no solo problemas en el hogar, conflictividad interpersonal y mayor violencia injustificada (Benaiges et al., 2015); sino también bajo rendimiento escolar en el caso de los adolescentes, descenso de las funciones ejecutivas (Rubiales, 2014), ansiedad y

aislamiento producido por el rechazo social, mayor agresividad y un incremento de conductas inapropiadas (Isorna, 2015, citado en Folgar et al., 2021).

9. ENFOQUE METODOLÓGICO: LA TEORÍA FUNDAMENTADA

9.1 ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN ACTUAL

La Teoría Fundamentada fue creada en un primer momento, por Barney Glaser y Anselm Strauss (1967), ambos sociólogos que se basan en la investigación positivista para explicar cómo la realidad es entendida como absoluta y medible, ya que se basa en la observación directa de la misma (Hernández et al., 2011).

Este tipo de método tenía su base en el interaccionismo simbólico de Blumer de finales del siglo XX, el cual lo definió como la corriente de pensamiento que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación e interacción (Bonilla-García y López-Suárez, 2016). Este autor defendía que los seres humanos se comunicaban gracias a un sistema de signos y que, gracias a la interacción, se obtenía un significado, estableciéndose, de este modo, la relación entre emisor- mensaje- receptor (Hernández et al., 2011). Este tipo de idea principal es lo que se conoce como “teoría fundamentada clásica” (Espriella y Restrepo, 2020).

A su vez, el interaccionismo simbólico tenía sus orígenes en las ideas establecidas en la escuela de Chicago (1920), destacando al mismo tiempo las ideas de pragmatismo y la psicología social de Mead (Hernández et al., 2011).

Posteriormente, el propio Strauss y Corbin dan un nuevo impulso a este concepto, introduciendo la creatividad del investigador como fuente de información (Hernández et al., 2011).

La teoría fundamentada se vio modificada con el punto de vista constructivista de Charmaz (2000), el cual defendía que la realidad se interpretaba y comprendía a partir de la interacción y puesta en común del individuo con sus iguales, obteniendo como resultado una interpretación de significados (Espriella y Restrepo, 2020). En este nuevo concepto, también se incluían los sentimientos de los individuos, así como los valores del entrevistador (Hernández et al., 2011).

Finalmente, en el año 2005, Adele Clarke retoma la teoría fundamentada desde el punto de vista del Posmodernismo; mas la visión que más se utiliza hoy en día es el establecido por Strauss y Corbin (Hernández et al., 2011).

Para finalizar, la teoría fundamentada es entendida como “un método de investigación que se basa en la vinculación que existe entre un sujeto que busca la comprensión de un objeto mediante las acciones y significaciones de los participantes de la investigación” (Charmaz, 2013). Dicho lo cual, Soneira (2016) recoge que esto implica que el investigador recoja, codifique y analice datos en forma simultánea (Bonilla-García y López-Suárez, 2016).

9.2 COMPONENTES BÁSICOS Y CARACTERÍSTICAS

Según Strauss existen tres componentes básicos para generar una teoría, siendo estos la codificación y categorización de la información, el muestreo teórico y la comparación entre las categorías (Hernández et al., 2011).

El primero de ellos permite identificar qué aspectos están relacionados (y cuales no) con el tema que se está tratando, mientras que la codificación “no es más que la operación concreta por la que se asigna a cada unidad, proceso físico manipulativo mediante el cual dejamos constancia de la categorización realizada” (De la Torre et al., 2011).

Tanto la codificación como la categorización de los conceptos son complementarios y van de la mano, ya que estos son el punto de partida para la realización de una teoría fundamentada (Requena et al., 2006).

9.3 EL MÉTODO COMPARATIVO

El objetivo principal del método comparativo es, mediante la combinación de diferentes aspectos, como pueden ser datos, información, conceptos o categorías; elaborar procesos de codificación y análisis para ir generando la teoría (Hernández et al., 2011).

Apoyando esta idea, Strauss y Corbin (2002) defendían que en la teoría fundamentada se debía utilizar el método comparativo constante, el cual consistía en no solo codificar y analizar datos, sino realizarlo de forma simultánea para desarrollar conceptos (Prato, 2011).

Una de las ventajas de este método es el hecho de que facilita al investigador la generación de teoría con características integradas, consistentes, plausibles y cercanas a los datos (Kornblit, 2004).

Glaser y Straus (1967), establecieron cuatro fases por las que se rige el proceso de elaboración de la teoría fundamentada, siendo estas (Gaete, 2014):

- ❖ Comparar incidentes aplicables a cada categoría.
- ❖ Integrar categorías y sus propiedades
- ❖ Delimitar la teoría
- ❖ Escribir la teoría.

La última de las fases es entendida como el círculo que cierra el proceso, siendo todas ellas interdependientes (Hernández et al., 2011). Tal y como afirmaba Galeano (2004):

(...) cada fase o momento se transforma posteriormente en la siguiente, las fases previas siguen operando en forma simultánea a lo largo del análisis, y cada una provee un desarrollo continuo para la fase sucesiva hasta que el análisis finalice (p. 166)

9.4 EL MUESTREO Y LA SATURACIÓN TEÓRICA

El muestreo teórico es considerado por Strauss y Glaser (1967) como la segunda parte del proceso, el cual consiste en analizar datos y registrarlos de forma simultánea (Strauss y Corbin, 2016); aunque Strauss (1967) lo define como:

(...) recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de hacer comparaciones, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones (p. 2019).

A medida que el proceso seguía su curso e investigación, se necesitarían más datos para completar dicha información, provocando al mismo tiempo clasificarlos y encajarlos dentro de una u otra categoría; elaborando así la teoría (Galeano, 2004).

El muestreo teórico no debe ser fruto del azar, sino que es un proceso organizado previamente por parte del investigador, ya que es esencial que este sepa qué aspecto quiere investigar y cómo ha de hacerlo (Strauss y Corbin, 2016). De ahí, que este investigador estableciese una selección minuciosa con aquellos individuos que se iban a tener en cuenta a la hora de elaborar la teoría, siendo esta la base para interpretar datos (Hernández-Carrera, 2014).

Con relación a esto último, Flick (2012) consideraba que las personas a tener en cuenta para la elaboración de la TF podrían ser personas individuales o bien un colectivo (Hernández-Carrera, 2014).

Además de lo explicado, el investigador tiene una función muy importante a lo largo del proceso, ya que no solo se debía encargar de la recogida de datos; sino también de saber cuándo detener el proceso (Hernández-Carrera, 2014). Esto es lo que se conoce como “saturación teórica”, a lo cual Strauss (1967) le daba un papel muy importante, ya que marca cuando se debe parar de recoger datos para elaborar una teoría (Hernández et al., 2011).

Una vez determinado que el proceso se “paraliza” en ese punto, el investigador debe “abandonar” dicha categoría para seguir investigando, analizando y recogiendo datos sobre nuevos grupos, con el principal objetivo de repetir lo hecho hasta ahora (muestreo teórico) para, a continuación, llegar a una saturación teórica (Hernández et al., 2011).

9.5 LA CODIFICACIÓN TEÓRICA

Es definido por Strauss y Corbin (2016) como “los nombres que se le dan a los conceptos derivados a partir del proceso de codificación” (Acuña, 2015).

El papel del investigador cobra una importancia relevante en esta fase del proceso, ya que según Holton (2007) asevera que “la codificación lleva a la persona investigadora a conceptualizar el patrón subyacente en un conjunto de indicadores empíricos dentro de los datos como una teoría que explica lo que sucede en ellos”.

Además de lo explicado con anterioridad, en un primer momento el investigador no decide qué aspecto va a investigar, sino que se encarga de recoger datos o información procedente de aquellas personas que van a estar implicadas en el proceso (Acuña, 2015).

Existen tres fases o tipos de codificación en función del proceso que se lleve a cabo en cada una de ellas. Pueden ser abierta, axial, teórica y selectiva; y todas ellas permiten crear una teoría integrando estos cuatro tipos de manera progresiva (Requena et al., 2006).

- ❖ La primera de ellas (la codificación abierta) es aquella que desglosa la información en distintas unidades de significado (Giménez, 2007). Este tipo de codificación facilita la recogida de datos como guardar la información en formato de audio o su transcripción del lenguaje oral al lenguaje escrito entre otras (Hernández-Carrera, 2014). Este proceso se asocia a identificar una parte de la información que representa a un aspecto más general (Spiggle, 1994).

De acuerdo con Trinidad et al. (2006), en esta modalidad de codificación el investigador "aprende a permanecer abierto a cualquier idea que se pueda originar desde los datos" (Gaete, 2014).

- ❖ La codificación axial es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" ya que la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss y Corbin, 2016). Durante este proceso, las categorías se reagrupan dentro de subcategorías con el fin de que la información sea más precisa (Strauss y Corbin, 2016).

Estas subcategorías aportan una mayor información a los datos ofrecidos, ya que responden a preguntas como dónde, cuándo, por qué, cómo y con qué (Andéu et al., 2007, Charmaz, 2007 y Strauss y Corbin, 2002 citado en Gaete, 2014).

- ❖ La codificación selectiva es el proceso de integrar y refinar dicha teoría (Strauss y Corbin, 2016). En este caso, el objetivo principal es la elección de un tema con el fin de relacionar todos los datos obtenidos en relación a ese tema y así desarrollar una única línea narrativa (Giménez, 2007).

Trinidad et al., (2006) defendían que la codificación selectiva se producía cuando se descubría una categoría central, ya que en ese momento el investigador "delimita la codificación solo a aquellas variables que se relacionan de manera significativa con

dicha categoría” (Gaete, 2014, p. 166).; por lo que las codificaciones anteriores deben finalizar para que el investigador sea capaz de recaudar información sobre ese tema principal (Gaete, 2014).

Según Strauss y Corbin (2002) las características que debe cumplir una categoría para ser considerado como “principal”, son (Gaete, 2014):

- Todas las demás categorías se pueden relacionar con ella.
- Debe estar reflejado en todos o casi todos los datos, estableciendo de este modo una relación constante.
- La teoría es consistente y firme, y los datos que la sustentan no son recogidos de manera forzosa.
- El nombre de la categoría principal debe ser abstracto.
- A medida que el concepto se concreta, la teoría va creciendo y cogiendo consistencia.
- El concepto explica las posibles variaciones que pueden darse a medida que se desarrolla la teoría.

Antes de explicar la codificación teórica, es necesario que se mencione la “codificación sustantiva”, la cual consiste en establecer cuáles son los datos necesarios para la investigación (Acuña, 2015). En un primer momento, los códigos son abstractos y guardan una estrecha relación entre los participantes y los propios datos recogidos, transformándose y ampliándose a medida que se va incrementando la investigación (Acuña, 2015).

- ❖ Dicho lo cual, la codificación teórica hace referencia a la relación que existe entre los códigos y sus propiedades, estableciendo unas hipótesis para integrarlas en una teoría (Giménez, 2007).

En este tipo de codificación los códigos que se generan reconducen a aquellos conceptos sustantivos, evitando que se produzca una descripción poco precisa de un escenario concreto (Giménez, 2007). Además de eso, la codificación teórica se produce una vez el investigador para el proceso, y por lo tanto a partir de la saturación teórica; provocando la estructura que va a desarrollarse en la teoría (Acuña, 2015). A modo de resumen se puede observar la tabla 6.

Tabla 6*Tipos de codificación*

Tipo	Característica
Abierta	Separar, concretar y conceptualizar los datos obtenidos
Axial	Relacionar categorías junto con otras, con el objetivo de crear un paradigma
Teórica	Visión integradora de los datos recogidos en la codificación abierta
Selectiva	Seleccionar un código o categoría como concepto principal

Nota: adaptado de Giménez (2007) y Prato (2011)

Años más tarde Saldaña (2006) amplía a un total de seis los tipos de codificación, siendo estos: en vivo, procesal, inicial o abierta, enfocada, axial y teórica o selectiva (Acuña, 2015). Estas mismas, se entienden como un resumen de las expuestas por Glaser y Strauss (1967) y de Charmaz (2006).

10. EL MÉTODO

10.1 LA MUESTRA

La muestra está relacionada directamente con la elaboración de la teoría, ya que nos permite ir desarrollándola de una manera concreta y fundamentada (Giménez, 2007).

En esta parte del proceso, el investigador construye su teoría mediante una hipótesis. Glaser (1978) defendía que la teoría se podía crear a partir de diferentes fuentes, bien sean las entrevistas, los cuestionarios o la experiencia del mismo (Giménez, 2007).

Al realizar el marco teórico, se pudo observar cómo existían una serie de categorías que se repetían, por lo que se partió de estas para establecer una codificación y categorización de las mismas y así evaluar cuál de ellas estaban enfocadas al tema principal. Estas categorías fueron identificadas como “básicas” dentro del proceso siendo estas el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la

impulsividad, la hiperactividad, el trastorno por consumo de sustancias (TCS) y el cannabis (ya que esta es la droga más común dentro de este colectivo).

A partir de estas categorías, se estableció un punto común, determinando el TDAH como categoría principal y las demás como subcategorías englobadas en la misma.

Las principales hipótesis que se establecieron fueron dos: la primera de ellas es conocer cómo influye la impulsividad dentro de una persona con TDAH para desarrollar un posible TCS y, la segunda de ellas es esclarecer cómo es la calidad de vida de las personas que tienen ambos trastornos de manera comórbida.

10.2 RECOGIDA DE DATOS

En este caso en concreto, la investigación no se llevó a cabo mediante una intervención con colectivo TDAH, sino mediante la lectura de diferentes artículos, libros y estudios de autores, quienes ofrecían porcentajes de los datos expuestos con anterioridad; así como ejemplos reales, antecedentes e información concluyente que lo avalaban (tabla 7 y 8).

Tabla 7

Libros y criterios de selección

Libro	Razones de elección
TDAH: Hablar con el cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> A. Extensa explicación acerca de la historia del TDAH B. Explicación del tratamiento más completo C. Datos importantes aportados por Asociaciones y Comités
Caminando a través del TDAH	<ul style="list-style-type: none"> A. Características concretas con amplia explicación B. Atención a todas las casuísticas referidas a este trastorno C. Concreción en los tipos de TDAH D. Ampliación en la evolución del TDAH E. Causas del TDAH

Comorbilidades del TDAH: manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adultos	A. Asociación de posibles comorbilidades B. Posee un capítulo sobre el TDAH y el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)
Volviendo a la normalidad: la invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil	A. Ampliación de las características B. Ampliación del tratamiento C. Ampliación de comorbilidades
Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada	A. Surgimiento de la TF B. Evolución de la misma C. Definición D. Fases de la TF

Nota: elaboración propia

Tabla 8

Artículos y criterios de selección

Artículo	Razonamiento de elección
Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos	A. Especificar cómo es el TDAH en adultos B. Concretar cuál es su diagnóstico C. Centrar el tema en adultos
El TDAH en el adolescente	A. Explicaciones de las causas del TDAH
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	A. Cambio en la definición de TCS en el DSM-5 B. Definición y evolución del mismo
Trastorno por Consumo de sustancias	A. Definición actual B. Sustancias más consumidas y tratamiento de las mismas C. Diagnóstico y tratamiento
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes	A. Posibles comportamientos asociados al TDAH y al TCS
Cinco vías del TDAH al consumo patológico de alcohol	A. Impulsividad como factor de riesgo
Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones	A. Comportamientos y características comparativas

Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	A. Estudios comparativos y de diagnóstico entre adolescentes
La codificación en el método de investigación de la grounded theory o teoría fundamentada	A. Definición B. Codificación y todo lo que conlleva
La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada	A. Evolución y definición actual B. Características
Abordaje de la Investigación Cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los Datos	A. Explicación de las fases de la TF

Nota: elaboración propia

Los explicados con anterioridad, me permitieron establecer una base en relación al tema que se iba a tratar, en este caso el TDAH y el TCS; aunque a mayores se utilizaron otro tipo de artículos que ayudaron a afianzar ciertos conceptos relacionados con lo dicho.

Toda esta información permitió establecer una mejor codificación acerca del tema, ya que mediante la recogida de todo tipo de información se establecieron las categorías y las hipótesis expuestas con anterioridad.

Una vez que se identifica el tema principal de la teoría, en este caso el TDAH, la información que se buscó fue referente a la posible relación que podría existir entre este trastorno y el consumo de sustancias que puede derivar en un trastorno por consumo de sustancias (TCS) debido a la presencia de impulsividad en ambos.

A partir de dicho método y de las hipótesis establecidas en la muestra, se recogió todos aquellos datos importantes para la elaboración de la teoría, estableciendo su finalización cuando la investigadora creyó oportuno que ya existía información suficiente para elaborar la TF (saturación teórica).

En ese momento, se concretó y se plasmó aquellos aspectos concretos en relación a lo que se iba a trabajar (codificación selectiva), concluyendo el tema de la teoría y concretando aspectos principales (codificación teórica).

10.3 ANÁLISIS DE LOS DATOS

A la hora de analizar los datos, se llevaron a cabo diferentes fases que ayudaban a la investigadora a organizar toda la información leída. En un primer momento, se comenzó leyendo todos los artículos y libros anteriores, lo cual me permitió crear una base sólida en relación a este tema.

Una vez que se tuvo ese suelo, se comenzó a esclarecer qué información podía ser útil y cual no, visualizando el objetivo de aportar datos relevantes a este trabajo; por lo que se establecieron una serie de criterios de selección como: ¿aporta información nueva?, ¿tiene validez?, ¿es un estudio con peso, o se pueden ver lagunas o dudas durante el proceso? Entre otras preguntas.

A partir de esto, la investigadora se dio cuenta de que el factor de la impulsividad era un agravante en muchas situaciones para aquellas personas con TDAH, por lo que, después de profundizar en dicho tema, me centré en el libro “Comorbilidades del TDAH” visualizando que –entre muchas otras- el trastorno por consumo de sustancia o el consumo de sustancias en edades tempranas era uno de los trastornos asociados.

Ya esclarecido el tema principal y buscando información acerca de estos dos factores, se estableció que el mejor método era la Teoría Fundamentada ya que gracias a la aportación de datos, se podrían ampliar y conceptos.

Cuando se estableció cuál iba a ser el objetivo del trabajo, se decidió que para tratar el tema de una manera más completa y abordando todos estos aspectos trabajados, se establecerían dos hipótesis, las cuales se abordarían desde el punto de vista del método comparativo:

1. Cómo el factor impulsivo tiene una enorme incidencia en el temprano consumo de sustancias en aquellas personas con TDAH.
 - Para explicar dicha hipótesis nos basaremos en los artículos referidos al consumo de sustancias en adolescentes con TDAH, así como en diferentes estudios de comorbilidades.
2. Cómo es la calidad de vida de las personas con TDAH y TCS.
 - En este caso, esta hipótesis será tratada de manera diferente, ya que por un lado se tratará de explicar cómo es la calidad de vida de las personas con TDAH y cómo es la calidad de vida de las personas con TCS para,

posteriormente y unificando datos, se esclarezca cómo es la vida de las personas con ambos trastornos.

11. DESARROLLO DE LA TEORÍA

A partir de las dos hipótesis establecidas con anterioridad, se llevó a cabo un análisis de estas partiendo de la saturación teórica, reflejando aquellos datos suficientes y necesarios para dar veracidad y esclarecer dichas suposiciones.

11.1 HIPÓTESIS 1: ¿CÓMO LA IMPULSIVIDAD PUEDE SER UN FACTOR DE RIESGO EN PERSONAS CON TDAH PARA DESARROLLAR UN POSIBLE TCS?

La impulsividad es un factor que ha estado presente a lo largo de la vida del ser humano, mas autores como Dougherty et al. (2003) señalan que esta característica es multidimensional y que, por lo tanto, es difícil reconocer su definición y el grado concreto Riaño- Hernández et al. (2015).

Barratt (1994) define la impulsividad como “la falta de inhibición de respuestas y su procesamiento de la información” (p.1078); posteriormente, en 1995, Castellani y Rugle, la catalogan como “la tendencia de vivir el momento sin tener en cuenta las consecuencias de sus actos en el futuro” (p. 1078 citado en Riaño- Hernández et al., 2015). Es en el año 2003 cuando Dougherty et al. le da un giro a la definición que se tenía hasta ese momento de la impulsividad, explicando que esta también consiste en tener una serie de “preferencias hacia pequeñas y prontas recompensas sobre recompensas más grandes y demoradas, apareciendo respuestas prematuras que evidencian la falta de inhibición (p. 1078 citado en Riaño- Hernández et al., 2015).

A pesar de todas las definiciones expuestas hasta este momento, hoy en día resulta complejo establecer una sola definición que englobe tantas dimensiones de la impulsividad. Es por este motivo, por lo que Whiteside y Lynam (2001) y DeWit (2009) vieron la necesidad de intentar esclarecer cuáles son sus dimensiones, estableciendo cuatro componentes:

- ❖ Urgencia negativa: tendencia a actuar de manera impulsiva cuando se está experimentando una situación negativa.
- ❖ Falta de perseverancia: tendencia a rendirse al vivir situaciones aburridas.
- ❖ Falta de premeditación: incapacidad para evaluar las posibles consecuencias de sus actos.
- ❖ Búsqueda de sensaciones: tendencia a experimentar situaciones excitantes.

Por otro lado, Patton, et al. (1995) y Gilbert et al. (2011) establecieron tres rasgos característicos de la impulsividad, siendo estos (véase tabla 7).

Tabla 9

Rasgos de la impulsividad

Característica	Explicación
Componente motor	Actuación sin pensar en las consecuencias
Componente atencional	Inestabilidad cognitiva y atencional
Componente de no planificación	Falta de planificación

Nota: cogido de Riaño-Hernández et al. (2015)

La impulsividad es un factor que se mide con encuestas de autoinforme, siendo la más común la escala de impulsividad de Barratt (BIS) y la escala UPPS- P (Patton et al., 1995; Reise et al., 2013 y Whiteside y Lynam, 2003 citado en Verdejo- García y Albein-Urios, 2021).

Atendiendo a ambos aspectos de evaluación, la teoría de Barratt pone hincapié a los rasgos atencionales, motores y no planificadores (Patton et al., 1995) mientras que el modelo UPPS-P atiende a la búsqueda de sensaciones (novedades), las impulsadas por las emociones (urgencia) y aquellas relacionadas con la conciencia, las cuales engloban la supresión de posibles consecuencias de sus actos (Cyders et al., 2007 y Whiteside y Lynam, 2001 citado en Verdejo-García y Albein-Urios, 2021).

Dicho lo cual, siendo la impulsividad un factor característico dentro del TDAH y conociendo en qué consiste el TCS, ¿cómo pueden darse ambos factores en una misma persona? La comorbilidad que existe entre ambos trastornos se estipula que

es de un 45% (Wilens, 2004), siendo la impulsividad un rasgo común en ambos casos.

En 2008 se realizó un estudio en el cual se establecía una comparación entre la impulsividad durante la infancia y el consumo de sustancias en la adolescencia tardía, reflejando que aquellos niños con TDAH son más propensos a desarrollar un consumo de alcohol durante la adolescencia (Jones et al, 2020 y Peterson y Smith, 2017 citado en Verdejo- García y Albein-Urios, 2021).

Cuatro años más tarde, en 2014, Levy et al. elaboraron un estudio práctico con individuos, con el principal objetivo de investigar cuál era el índice de probabilidad a desenvolver un TCS dentro de la población. En este, se pudo observar cómo en los casos de personas con TDAH el porcentaje era más alto en relación a otro tipo de personas que no lo padecían; reflejando cómo el hecho de diagnosticar un TCS en la adolescencia era un factor de predisposición a seguir consumiendo drogas durante la edad adulta en aquellas personas con TDAH (Levy et al., 2014).

Otros estudios neurológicos realizados, demuestran que este factor impulsivo se debe a modificaciones dentro del cerebro prefrontal de las personas con TDAH, por lo que estas alteraciones unidas con la impulsividad y otras funciones ejecutivas (como la responsabilidad, la memoria o la atención), producen en el individuo un progresivo problema relacionado con las sustancias (Verdejo- García y Albein-Urios, 2021).

Alrededor de una cuarta parte de adultos diagnosticados con TDAH tienen asociado un TCS, lo cual provoca que la impulsividad (al ser un rasgo común en ambos trastornos) provoque una impulsividad motórica y una precipitada toma de decisiones (Crunelle et al., 2013).

11.2 HIPÓTESIS 2: ¿CÓMO AFECTA EL TCS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON TDAH?

Una vez expuesta la hipótesis número uno, se pasó a explicar cómo afecta el trastorno por consumo de sustancias a la calidad de vida de aquellas personas con TDAH (una vez conociendo que la impulsividad es una característica común).

Primeramente, ¿qué entendemos por calidad de vida? Según la OMS (2021) es la percepción individual de nuestra posición en esta existencia, dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vivimos y su relación con nuestras metas, estándares, intereses y expectativas (p.2 citado en Mazurkiewicz y Marcano, 2021).

Dicho lo cual, se reflejó cómo la **calidad de vida de aquellas personas con un TCS** se degenera de manera progresiva. Ante esto, Cassiano- Miranda et al. (2019) defendían que las personas diagnosticadas con un TCS se producían debido a presiones biológicas y desigualdades sociales. Los cambios que un TCS produce en la persona son muchos, ya que comienza siendo un impulso por consumir y, posteriormente va degenerando en cambios a nivel psicológico, biológico o del desarrollo en donde la persona no puede tomar la iniciativa (Cassiano- Miranda et al., 2019).

Así mismo, tal y como explican estos autores (2019) este consumo persistente produce modificaciones neuroplásticas en las zonas prefrontales del cerebro, provocando alteraciones en las funciones ejecutivas del individuo, tales como la toma de decisiones o la autorregulación de las acciones.

A mayores de todo lo indicado con anterioridad, las personas con este tipo de trastorno suelen desarrollar al mismo tiempo un complejo de estigma- discriminación (CED) por TCS, el cual también afecta a su vida diaria. El CED es considerado como aquella etiqueta que sufren las personas con un trastorno mental, provocando en ellos grandes problemas actitudinales, de hecho -según marcan los estudios- las personas con TCS tienen más probabilidades de sufrir este tipo de discriminación en comparación con aquellas personas con esquizofrenia o trastorno bipolar (Cassiano- Miranda et al., 2019).

En un estudio realizado por Kulesza et al. (2014) registraron que entre el 47%-86% de las personas con TCS se habían sentido etiquetado o estigmatizados en algún momento; además de ellos, Ahern et al. (2007) entrevistaron a un total de 1008 personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, obteniendo como resultado que el 66% de los individuos se sentían discriminados por sus amigos y casi el 77% por sus propios familiares (Cassiano- Miranda et al., 2019).

Van Boekel et al. (2013) llevó a cabo una revisión para comprobar hasta qué punto esta estigmatización podía afectar a la calidad de vida de las personas con TCS y su diagnóstico y, debido a la etiqueta social marcada por amigos y familiares, nos

encontrábamos con individuos violentos, mentirosos, manipuladores y con falta de motivación para abandonar ese consumo (Cassiano- Miranda et al., 2019).

A continuación, se expuso cuál era la **calidad de vida de las personas con TDAH**. Tal y como revela un estudio llevado a cabo por Miyagusuku-Chang y Saavedra (2018) existen una serie de aspectos que se ven más afectados en la vida de las personas con TDAH, siendo estas:

- ❖ El bienestar físico: es una parte de la vida de estas personas que se ve claramente afectada, ya que los/las TDAH tienen más probabilidades de sufrir lesiones o accidentes tanto laborales como de recreación.
- ❖ Plenitud personal y bienestar psicológico: también supone un cambio significativo, ya que son personas que poseen un mayor índice de fracaso y falta de respuestas adecuadas ante situaciones estresantes de la vida.

Como se pudo ver en los apartados anteriores, el TDAH es un trastorno que engloba dificultades a la hora de desempeñar las principales funciones ejecutivas debido a las alteraciones producidas a nivel cognitivo, por lo que otro aspecto a resaltar dentro de la negativa calidad de vida de estos individuos es la inhibición, la falta de memoria de trabajo, la regulación emocional o la capacidad empática (Mazurkiewicz y Marcano, 2021).

Pero, ¿la calidad de vida de las personas con TDAH es diferente en función de cuándo se diagnostica dicho trastorno? Según un estudio realizado por Mazurkiewicz y Marcano (2021) aquellos individuos que no han sido tratados en la infancia y, por lo tanto, no han sido medicados para este tipo de trastorno muestran una calidad de vida significativamente más negativa en comparación con aquellos que sí lo fueron. Ante esto, estos autores muestran una serie de pruebas en donde se recoge que estas personas tienen más probabilidades de padecer ansiedad, depresión o trastornos del sueño; sin embargo, a mayores de lo citado, en los varones se ve más afectada la calidad de vida social y las mujeres presentan un control emocional pobre.

Una vez conocida la calidad de vida de las personas con TDAH y la calidad de vida de aquellos individuos con TCS, se procedió a analizar cómo afecta ambos factores a la **vida de las personas que tienen de manera comórbida ambos trastornos**. Tal y como se explicó con anterioridad, la calidad de vida de estos individuos es desfavorable en múltiples ocasiones, ya que se agrupan los factores negativos de un trastorno y los más desfavorable del otro; si agrupamos ambos contextos se obtendrá una persona

impulsiva, incapaz de ser consciente de las consecuencias de sus acciones y comportamientos y que muestra una necesidad imparable de encajar y ser aceptado por sus iguales. Además, son personas con un deterioro cognitivo importante ya que el consumo de sustancias que deriva un TCS provoca a la persona enormes cambios a nivel cerebral (tal y como se pudo observar con anterioridad) unido a las modificaciones cerebrales de una persona con TDAH, nos encontramos con una persona altamente impulsiva, sin control de sus acciones y con sus funciones ejecutivas alteradas.

Son personas que tiene una probabilidad más alto de pertenecer a un grupo de delincuencia, debido al factor impulsivo que impera en él o ella. Igualmente, es importante que se explique que una persona con TCS posee un riesgo grande de consumir sustancias de manera progresiva debido al modelo UPPS-P explicado con anterioridad, ya que esa necesidad de búsqueda de sensaciones unida a las emociones que le produce esa situación provoca que el individuo no sea consciente de las consecuencias de sus actos.

Por último, son personas con alta probabilidad de sufrir lesiones, debido a la impulsividad y a la búsqueda de sensaciones.

En definitiva, una vez explicada la calidad de vida de uno y otro trastorno y después, visualizando cómo sería la vida de una persona con ambos trastornos conjuntamente; se debe decir que se trata de personas con una calidad de vida (por lo general) muy negativa, ya que se ven alteradas todas sus capacidades. Aun así, se debe dejar claro que algunas personas que padecen TCS comórbido con TDAH tienen una vida plena

12. CONCLUSIONES

El TDAH es considerado como el trastorno del neurodesarrollo que índice mayormente a la población infantil, mas a medida que han pasado los años y se ha ampliado el conocimiento mediante estudios, se ha podido comprobar cómo también está presente dentro de la sociedad adolescente y adulta.

Por otro lado, el TCS también es considerado uno de los trastornos más comunes dentro de los adolescentes, debido a sus ganas de vivir situaciones excitantes y nuevas que les provoquen sensaciones nunca vividas.

Dicho lo cual, sabiendo estos datos, desde el comienzo de este trabajo se ha partido de dos ideas principales: cómo la impulsividad podía ser un factor importante en la vida de las personas con TDAH para desarrollar un posible TCS en la adultez, y cómo era la calidad de vida de aquellos individuos que tenían ambos trastornos dentro de su vida.

A lo largo de todo el trabajo se fue investigando gracias a diferentes artículos y estudios y, aunque muchos de ellos no eran objetivos o no poseían datos reales; finalmente se ha podido corroborar cómo el factor impulsivo tiene unas consecuencias muy negativas para la vida de la persona con estos trastornos.

Es evidente que en este documento no se han recogido todas las muestras o estudios que existen, mas gracias a la teoría fundamentada como método principal de investigación, se ha permitido establecer una saturación teórica, estableciendo y clasificando aquella información que era considerada oportuna (y aquella que no lo es) para conseguir los datos pertinentes.

Se reconoce que las personas con TDAH poseen una alta probabilidad de iniciarse en el consumo de sustancias a edad más precoces en comparación con aquellas personas que no lo tienen; por lo que es probable que se deba investigar más sobre este tema, haciendo hincapié en el posible tratamiento ante esta casuística.

Así mismo, y atendiendo al posible tratamiento, se ha observado cómo el metilfenidato es el medicamento por excelencia de las personas con TDAH, mas en el caso de padecer ambos trastornos es importante estudiar el caso concreta y detenidamente y establecer una solución, ya que es un medicamento que -a priori- puede crear una dependencia para aquella persona que no ha sido diagnosticada, y por lo tanto, medicada desde la niñez. Dicho esto, se ha demostrado cómo las personas con TCS que no han sido diagnosticadas con un TDAH previamente poseen mayores alteraciones a nivel conductual y dificultades, por lo que su calidad de vida empeora.

Es importante que, como sociedad, seamos conscientes de que existen personas con distintas capacidades; por lo que debe ser necesario dotarles de apoyo y recursos para que se sientan integrados, ya que tal y como se citó con anterioridad, no debemos permitir que una persona o individuo con un trastorno se sienta estigmatizado dentro de un grupo de iguales.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, V. M. (2015). La codificación en el método de investigación de la grounded theory o teoría fundamentada. *Innovaciones educativas*, 17(22), 77-84.
- Benaiges, E. A., Brugué, M. C., del Álamo, J. Q. G., Ramos-Quiroga, J. A., Bolotner, N. S., Estrada, R. V. y Olivares, J. L. (2015). TDAH en el paciente adulto.
- Blázquez, F. P., Cervantes, M. Z., García, P. S. y Medina, M. P. M. (2017). Cinco vías del TDAH al consumo patológico de alcohol. *Psicosomática y Psiquiatría*, (O).
- Bonilla-García, M. Á. y López-Suárez, A. D. (2016). Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. *Cinta de moebio*, (57), 305-315.
- Brown, T. E. (2010). *Comorbilidades del TDAH 2* (2ª ed.). Elsevier España.
- Cabasés, J. y Quintero, F. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 6(6), 503-514.
- Cassiani-Miranda, C. A., Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2019). Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma. *Duazary*, 16(2), 271-280.
- Crunelle, C.L., Veltman, D.J., Van Emmerik- Van Oortmerssen, K., Booji, J. y Van den Brink, W. (2013). Impulsivity in adult ADHD patients with and without cocaine dependence. *Drug and alcohol dependence*, 129(1-2), 18-24.
- De la Torre, G., Di Carlo, E., Florido, A., Opazo, H., Ramírez, C., Rodríguez, P., Sánchez, A., y Tirado, J. (2011). Teoría fundamentada o grounded theory. *Universidad Autónoma de Madrid*.

Espriella, R. D. L. y Restrepo, C. G. (2020). Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 127-133.

Gaete-Quezada, R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, docencia y tecnología*, 48(1), 149-172.

Giménez, R. C. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. In *Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM* (p. 44). Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).

Hernández-Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23(1), 187-210.

Hernández, J., Herrera, L., Martínez, R., Páez, J. y Páez, M. A. (2011). Teoría fundamentada. *Seminario: Generación de Teoría. Facultad de Humanidades y Educación*. Universidad del Zulia.

Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H., Marchm, J.S., Arnold, L. E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W.E., Severa, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T. y Vitiello, B. ADHD Comorbidity Findings From the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 147-158.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>

- Mazurkiewicz Rodríguez, H. J. y Marcano, B. (2021). Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH diagnosticados en la adultez: revisión Sistemática. *Actualidades en Psicología*, 35(130), 97-113.
- Levy, S., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L., Killian, J.M., Voigt, R.G. y Barbaresi, W. (2014) Childhood ADHD and Risk for Substance Dependence in Adulthood: A Longitudinal, Population-Based Study. *PLoS ONE* 9(8), e105640. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105640>
- Méndez-Díaz, M., Rangel, D. A. R., Ramírez, Y. A. A., Mendoza-Méndez, A., Herrera-Solís, A. M., Morelos, J. C., Ruíz-Contreras, A. E. y Prospéro-García, O. (2021). Función de la impulsividad en el trastorno por consumo de sustancias. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 15(1), 83-93. <https://doi.org/10.21500/19002386.5390>
- Miyagusuku-Chang, A. y Saavedra, J. E. (2018). Calidad de vida en adultos con antecedente de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la niñez sin sospecha actual del trastorno en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(2), 73-81.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Hinderk, M. y Schneider, U. (2009). Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Revista de Toxicomanías y Salud Mental*, 58(1), 12-18.
- Patton, J.H., Stanford, M.S y Barrat, E.S. (1995). Factor structurel of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 51(1), 768-774.

- Prato, M. G. (2011). Abordaje de la Investigación Cualitativa a través de la Teoría Fundamentada en los Datos. *Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*, 2(6), 79-86.
- Quintero, J. y Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 18(9), 600-608.
- Ramos-Quiroga, J. A., Brugue, M. C., Bosch, R. y Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en adultos*. Editorial AMAT.
- Requena, A. T., Planes, V. C. y Miras, R. M. S. (2006). *Teoría fundamentada" grounded theory": La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional* (Vol. 37). Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Riaño-Hernández, D., Guillen Riquelme, A. y Buela-Casal, G. (2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en adolescentes: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*, 14(3), 1077-1090.
- Rodríguez-Santos, F. (2010). El Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad: causas e implicaciones para el tratamiento. *Educational Psychology*, 16(1), 31-40.
- Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992.
- Segal, H. D., Salgado, B. R., Mínguez, F. M. y Quintero, J. (2015). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5137-5143.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.

- Strohbeck-Kuehner, P., Skopp, G. y Mattern, R. (2008). El cannabis mejora los síntomas del TDAH. *International Association for Cannabis as Medicine*, 3(1), 1-3.
- Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P. y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277.
- Ticas, J. A. R. y Ochoa, E. R. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adultos. *Revista Médica de Honduras*, 78(4), 196-202.
- Valdizán, J. R. y Izaguerri-Gracia, A. C. (2009). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48(Supl 2), S95-S99.
- Verdejo- García, A. y Albein- Urios, N. (2021). Impulsivity traits and neurocognitive mechanisms conferring vulnerability to substance use disorders. *Neuropharmacology*, 183(1), 108402.
- Zúñiga, A. H., y Forteza, O. D. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654.