



Exposición: Sanidad Militar Española
"Historia y aportación a la ciencia"
Granada 2014



I Congreso de Sanidad Militar

"Sanidad Militar: 500 años en evolución"
www.exposanidad.es/congreso.html

Sede:
Parque de las Ciencias
Avda. de la Ciencia s/n
18006 Granada
España



Ministerio de Defensa
IGESAN



Granada - 22, 23, 24 y 25 de Octubre de 2014

ESTUDIO PREVALENCIA DE TDAH COMÓRBIDO AL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ADULTA

Autores **J.A. Arance-Maldonado**¹, **J. Ávalos-López**¹, **B. Roca-Torres**², **T. Arance-González**¹, **M. González-Sánchez**¹,
¹. Asociación TDAH – Almería, ². Centro Penitenciario de Morón de la Frontera Sevilla II Sevilla

Introducción:

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por presencia de patrón persistente de inatención y/o hiperactividad e impulsividad. Inicio en la infancia, con elevada prevalencia mundial (8%-12%) (Biederman 2005). Desde la década de 1970 se ha observado que el TDAH persiste en edad adulta en más del 50% de los casos (Wilens 2004a; Biederman 2005.).

TDAH EN MEDIO PENITENCIARIO

Diferentes estudios, en América y en Europa, que han evaluado la prevalencia del TDAH en medio penitenciario (Arance y cols. Congreso de Sanidad Penitenciaria Murcia, 2008) han hallado mayor frecuencia en población reclusa que la esperable en población general. Los reclusos con conductas psicopáticas presentan más antecedentes de TDAH en la infancia (Johansson 2005).

Objetivos:

- 1º Evaluar frecuencia de TDAH, como patología DUAL en muestra de pacientes reclusos, destinados en módulo terapéutico de drogas.
- 2º Valorar eficacia del cuestionario autoadministrado Escala ASRS 1.1 (versión de 6 ítems)
- 3º Si hay mayor prevalencia de HIV+ y Hepatitis Vírica C en pacientes con TDAH
- 4º Valorar si los pacientes TDAH presentan historia de consumo de drogas precoz en relación a pacientes no TDAH

Metodología:

Se registrarán datos sociodemográficos y se emplearán diferentes cuestionarios autoadministrados para evaluar presencia en infancia y en edad adulta del TDAH:

- 1- **Wender Utah Rating Scale (WURS)** (Ward 1993; Rodriguez-Jimenez 2001)
- 2- **ADHD Rating Scale** (DuPaul 1998)
- 3- **Escala ASRS 1.1** (versión de 6 ítems)
- 4- Entrevista sistematizada para el diagnóstico de TDAH y diagnóstico diferencial de otras patologías psiquiátricas (**DIVA 2.0**)

Resultados:

Muestra 160 varones, Edad 21 a 52 años, politoxicómanos crónicos de larga evolución.

Prevalencia de TDAH del 22% (N 35). Sólo dos pacientes dieron un falso positivo en la Esc. ASRS 1.1, que fueron descartado que fueron descartados

Comparando Los resultados de serología entre los dos grupos de trabajo: TDAH y Control, no hay diferencias significativas. Respecto a VHB no se pudo sacar conclusiones al estar inmunizados el 97% de la muestra.

Con respecto a la historia toxicológica, analizando individualmente el inicio y porcentaje de consumo de drogas asociadas a TDAH versus el grupo Control tenemos:

HEROÍNA: Si bien en ambos grupos el inicio es similar, es mayor porcentaje en los pacientes con TDAH que consumen HEROÍNA (18'18%) (entre los 12 y 15 años de edad de inicio).

COCAÍNA: El inicio es más precoz en el grupo TDAH yendo en aumento con un máximo a los 14 años (25%) y siendo superior incluso hasta los 15 años de edad. En el grupo Control el inicio es más tardío y con menor incidencia en porcentaje.

Y respecto al consumo de **THC:** El inicio es mayor en los TDAH alcanzando el máximo más rápidamente que con las otras dos drogas, a los 12 años (27'27%), manteniéndose por encima hasta los 15 años.

Prevalencia	Control	TDAH
HIV+	16'07%	14'29%
HVC+	40'18%	42'86%
Heroína IV	16/75	5/22
Cocaína IV	21/86	6/24
Heroína + Cocaína IV	26/112	8/28

Conclusiones:

1º La **prevalencia de TDAH** en el módulo terapéutico es de un **22%**, bastante alta en comparación a la prevalencia estimada en la población general **4,4%** (Kesler y cols). Y la estimada en pacientes con patología DUAL (TDAH/TUS)

2º La **Escala ASRS 1.1** (versión de 6 ítems) de la OMS, es un buen método de screening, para realizar en la población adulta

3º No se puede demostrar que el ser TDAH sea un factor de riesgo para contraer infección por el virus del SIDA o de la HVC, pero en este estudio sí hemos visto que las **vía consumo IV, es más alta en los pacientes con TDAH**, y por esto entendemos que es un factor de riesgo.

4º Referente a la edad de inicio de consumo de drogas el inicio es similar, y respecto a las drogas consumidas los pacientes con TDAH que consumen HEROÍNA (18'18%) y el consumo de cocaína es más precoz en el grupo TDAH a igual que el consumo de THC: El inicio es mayor en los TDAH alcanzando el máximo más rápidamente que con las otras dos drogas, a los 12 años (27'27%), manteniéndose por encima hasta los 15 años.