

Evaluación del trastorno por déficit atencional con hiperactividad en población de usuarios problemáticos de drogas

Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

Comunicación
breve

Resumen

Estudios internacionales muestran la alta prevalencia entre trastorno por abuso de drogas (TAS) y trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH). El presente trabajo estudia una población de consumidores de drogas (N= 40, 3 de sexo femenino, la media de edad fue de 25,5 años.) asistidos en el Hospital Maciel, determinando la prevalencia del TDAH en los mismos.

Es un estudio cuali-cuantitativo que tiene un diseño no experimental.

El diagnóstico se realiza con la entrevista clínica y la aplicación del "Conners Continuous Performance Test II"; se llega al diagnóstico definitivo a través del cruzamiento de los dos instrumentos utilizados.

En cuanto a los resultados, un 27,5% de la muestra es diagnosticada como TDAH, donde la prevalencia encontrada es mayor que la esperada en la población general.

Solo uno de estos pacientes está tratado por este trastorno.

El presente estudio muestra la relevancia del diagnóstico de TDAH y su necesaria incorporación en la semiología del paciente con abuso de drogas.

Summary

International studies show high prevalence rates of Substance Abuse Disorders (SAD) and Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). In this paper, a sample of drug users (n = 40; 3 females; mean age: 25,5 years old) assisted at the Maciel Hospital is assessed, in order to determine the prevalence of ADHD among them.

It is a qualitative-quantitative study with a non-experimental design.

Diagnosis is made through a clinic interview and using the "Conners Continuous Performance Test II", achieving the definite diagnosis by crossing over both mentioned tools.

Results show that 27,5% of the sample is diagnosed as ADHD, thus revealing a greater prevalence than that expected for the general population. Only one patient is being treated because of this disorder.

The present study illustrates the relevance of ADHD diagnosis and the need to comprise this disorder in the clinical assessment of drug users.

Autor

Gabriel Rossi

Médico Psiquiatra Pediátrico. Máster en Drogodependencias de la Universidad de Deusto. Bilbao, España. Experto en Drogodependencias de la Universidad Complutense de Madrid, España.

Correspondencia:

Centro Clínico del Sur
Acevedo Díaz 1221/801

Palabras clave

*Trastorno por déficit atencional
Drogodependencias
Comorbilidad
Prevención*

Key words

*Attention-deficit disorder
Drug dependence
Comorbidity
Prevention*

El trastorno por déficit atencional (TDAH) es un cuadro clínico que afecta entre 2% y 10% de los niños en edad escolar¹⁻³, el cual se asocia con dificultades del funcionamiento académico y social. Existe evidencia creciente de que también persiste en un alto porcentaje en la edad adulta, asociándose con comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos^{4,5} y por lo tanto, con un mal funcionamiento. Los resultados de diversas investigaciones varían con relación al porcentaje de TDAH infantil que persiste en la población adulta: los datos van desde el 50% al 65% de la población original de niños con el trastorno⁶. Se plantea que este trastorno en la adultez podría afectar (en la población de los EE. UU.) desde el 3% al 7% del total⁷.

Los adultos con TDAH presentan algunos denominadores comunes en cuanto a la sintomatología: dificultades de autocontrol, labilidad en el humor, baja tolerancia al estrés de la vida cotidiana, patrones variables de atención, postergación fácil de tareas, impulsividad, desorganización, tendencia a accidentes, cambios frecuentes de trabajo y/o de pareja, etc.^{6,8,9}. Entre las comorbilidades que presenta el TDAH se incluye al trastorno por abuso de sustancias (TAS)¹⁰⁻¹².

El TDAH presenta un impacto muy importante en la sociedad en términos de costos económicos, estrés familiar, dificultades en lo académico, con un claro efecto negativo sobre percepción de competencia del sujeto afectado¹³.

Con la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)³ y especialmente a partir del DSM III¹⁴, se han conformado acuerdos diagnósticos en el Uruguay con relación al tema. En los últimos años, en el país se ha comenzado a diagnosticar¹⁵ y tratar en consecuencia el TDAH en adultos, pero en los centros de tratamiento de abuso de sustancias psicoactivas todavía no se realiza en forma sistemática. En nuestro país no existen datos acerca de la comorbilidad psiquiátrica TDAH-TAS en los centros de tratamiento; suponemos que al ser un trastorno cuyo diagnóstico originalmente sólo se hacía en la niñez, este se encuentra subdiagnosticado en los centros de tratamiento de drogodependencias que atienden adolescentes y fundamentalmente adultos.

Por tales razones, pretendimos realizar un estudio que determinara la prevalencia de TDAH en la población de pacientes drogodependientes que consultan en la Policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel y analizar cuántos pacientes con TDAH encontrados en esta muestra están siendo tratados por esta patología.

El estudio se llevó a cabo en la policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel (Hospital General). Es el Centro de Referencia Nacional para usuarios problemáticos de drogas y está ubicado en el barrio Ciudad Vieja de Montevideo. Depende de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y está integrado por un equipo interdisciplinario, donde se realiza tratamiento específico en el tema drogodependencias. La policlínica ofrece: consulta, rehabilitación y tratamiento, apoyo familiar, terapias de apoyo, seguimiento y educación.

La muestra está constituida por personas que consultaron en la policlínica de Farmacodependencia en los meses de febrero y marzo de 2005.

Los criterios de inclusión fueron:

* Personas que concurren por primera vez a la consulta de policlínica de Farmacodependencia o que están internadas en la sala para trastornos por consumo de sustancias que posee el hospital (6 camas).

Los criterios de exclusión fueron:

* Diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia y retardo mental, según el DSM IV³.

* Haber consumido sustancias psicoactivas en las últimas 48 horas. Según un relevamiento realizado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2002 acerca de la consulta en la policlínica de Farmacodependencia del Maciel, se realizan 31 primeras consultas promedialmente por mes. Por esta razón, consideramos que la selección de casos se tendría que realizar de acuerdo con todas las primeras consultas que se presentaran en el período comprendido entre febrero y marzo de 2005.

Fueron evaluados 45 pacientes, de los cuales 7 estaban internados en sala y el resto eran consulta de policlínica del servicio de Farmacodependencia.

De estos 45 pacientes se excluyeron 2 personas por ser portadoras de esquizofrenia.

Se relevó una franja etaria entre los 15 y 50 años (esto se debe a que los pacientes menores de 15 años consultan en el hospital de Pediatría y el número de pacientes mayores de 50 años que consulta es bajo)¹⁶.

La entrevista al paciente se desarrolló a través de dos instrumentos:

– *Cualitativo*. Entrevista clínica que fue llevada a cabo por un psiquiatra con experiencia en el diagnóstico clínico del TDAH¹⁷, realizada de acuerdo con los criterios del DSM IV³. La evaluación clínica incluyó el uso de una escala autoaplicada: protocolo para la evaluación diagnóstica de adultos con TDAH del University of Massachusetts Medical Center (comunicación personal con la Dra. Doris Ryffel-Rawak, quien nos sugiere dicho instrumento)^{18, 19}.

– *Cuantitativo*. A la misma persona que fue entrevistada se le aplicó un test denominado “Conners Continuos Performance Test” (CPT II)²⁰.

El CPT II es un software que consta de la presentación en la pantalla de letras (una por vez) durante 14 minutos. El paciente tiene que clicar con el mouse (solo una vez) en cada oportunidad que visualiza una letra nueva en la pantalla, con la excepción de no clicar cuando aparece en la pantalla una “X”. Con el correr del ejercicio la presentación de las letras van variando en su frecuencia temporal.

Hay una alta confiabilidad entre casos clínicos vs. no clínicos, por lo que permite discriminar entre TDAH e individuos normales. Hay una menor confiabilidad entre discriminar entre TDAH y otros trastornos psiquiátricos.

Se consideraron positivos para esta prueba los pacientes que tuvieron un score por encima de 60% en la sub-prueba denominada “Índice de confianza asociado a la evaluación del TDAH” de dicho instrumento cuantitativo.

Este no es un instrumento de diagnóstico, por lo que hay que cotejar el estudio con los resultados clínicos y de cuestionarios.

Todos los sujetos que participaron de la investigación fueron voluntarios; se le dio a conocer a cada participante los objetivos de la investigación.

Se les aclaró a todos los entrevistados que la investigación no pretendía calificar las actitudes de cada persona y que se mantendría en absoluta reserva la identidad de los participantes. Las personas que participaron firmaron un consentimiento informado.

Se utilizó programa estadístico SPSS, transformación de la puntuación bruta en scores ponderados y percentiles.

Del perfil demográfico destacamos:

De las 43 personas evaluadas 3 son del sexo femenino y 40 del sexo masculino. La media de edad fue de 25,5 años (+/- 8,5), siendo entrevistadas personas entre los 14 y los 49 años. La Tabla 1 refiere la relación de las variables investigadas.

De las personas entrevistadas, 10 tienen un nivel socioeconómico que denominamos marginal, con estrategias de supervivencia de calle. Veintitrés estarían en el nivel que denominamos bajo, ya que a nivel familiar ingresan unos 350 dólares al mes, mientras que los 12 restantes están por encima de este monto. De estos perfiles podemos plantear que estamos trabajando sobre una muestra que representa los estratos más bajos en cuanto a ingresos y nivel sociocultural. Si bien hay dos estudiantes universitarios en la muestra, uno de ellos tiene en la actualidad una estrategia de supervivencia de calle.

Se destaca el importante porcentaje de consumo de pasta base de cocaína (Tabla 2), consumo que tuvo su aparición en Uruguay a principios del año 2002. Tuvo un crecimiento explosivo tanto en lo cuantitativo como en la alerta social que generó, fundamentalmente en Montevideo. Se consigna que estos consumos no son excluyentes, por lo que una misma persona puede consumir más de una sustancia.

El perfil de las personas que hemos indagado es: hombre de 25 años, soltero, desempleado, que vive con su familia, consumidor de pasta base de cocaína, que no culminó sus estudios secundarios y con una alta probabilidad de tener problemas legales.

Tabla 1 | Perfil demográfico

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Casado / Juntado	5	11,6%
Soltero	33	76,7%
Divorciado / Separado	5	11,6%
Total	43	100,0%
Con quién vive		
	Frecuencia	Porcentaje
Padres	30	69,8%
Pareja	5	11,6%
Solo	3	7,0%
Otros familiares	5	11,6%
Total	43	100,0%
Estudios		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	2	4,7%
Primaria completa	1	2,3%
Secundaria incompleta ¹	27	62,7%
Secundaria completa	11	25,5%
Terciaria incompleta ²	1	2,3%
Terciaria completa	1	2,3%
Total	43	100,0%
Situación laboral		
	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	6	14,0%
No trabaja ³	33	76,7%
Estudiante	4	9,3%
Total	43	100,0%
Problemas legales		
	Frecuencia	Porcentaje
Con problemas legales ⁴	21	48,8%
Sin problemas legales	22	51,2%
Total	43	100,0%

1. En forma predominante los abandonos fueron en el primer año del Ciclo Básico (19 casos).
2. Faltándole 1 año para recibirse de profesional Universitario.
3. Incluye desocupados que buscan trabajo, así como desalentados que ya no lo buscan o nunca lo hicieron.
4. Los problemas legales incluyen situaciones de internación tanto en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), como, en los mayores de 18 años, en dependencias del Ministerio del Interior.

Tabla 2 | Consumo de sustancias psicoactivas en la población estudiada

Perfil de consumo		
Sustancia	Frecuencia	Porcentaje
Pasta base de cocaína ¹	30	69,8%
Alcohol	6	14,0%
Marihuana	4	9,3%
Ansiolíticos	1	2,3%
Varias ²	2	4,7%
Total	43	100,0%

1. Todos los consumidores consignados planteaban que estaban consumiendo esa sustancia; muchos de ellos refieren en su historia toxicológica haber consumido clorhidrato de cocaína o crack "casero", habiendo abandonado su consumo por la pasta base.
2. Para el ítem varias se considera que la persona consume tres o más sustancias, sin predilección por ninguna de ellas.

En relación con la variable diagnóstico de TDAH:

- En la prueba del instrumento cuantitativo (CPT II), de los 43 encuestados, tres se negaron a realizar la prueba CPT II, abandonando cuando se estaba realizando.

Los mismos argumentaron que era muy tediosa su realización, por lo que quedaron 40 personas; de ellas, 16 fueron positivos según este instrumento (37,2% de la población encuestada).

- Se consignó que 12 personas fueron diagnosticadas como portadoras de TDAH.

Dado que estos datos se obtuvieron a partir del análisis en forma aislada, se entendió relevante realizar un cruzamiento para considerar los diferentes desempeños.

Es de orden remarcar que el diagnóstico de TDAH es fundamentalmente clínico, los instrumentos como el CPT II pueden dar información basada en desempeños para ayudar en el proceso de evaluación y diagnóstico. Destacamos, entonces, que los resultados del CPT II no pueden ser usados en forma aislada para realizar un diagnóstico⁶.

De todas maneras y solo a los efectos de esta investigación, se tomará como válidos

solo los diagnósticos que den positivo en la entrevista clínica y en el CPT II, lo cual dará mayor rigor a los datos definitivos.

Plantea Narbona que “*la asociación de la Escala de Conners y el CPT permite obtener una especificidad diagnóstica del 95% para el trastorno por déficit de atención (Klee y Garfinkel 1983), aunque los criterios clínicos (DSM IV y CIE 10) deben predominar sobre los escalares o instrumentales, en todo caso*”²¹.

No utilizamos la escala de Conners, ya que la que poseíamos a la hora de realizar la investigación era la utilizada en niños; de todos modos, la cita nos parece pertinente ya que ejemplifica que la utilización de instrumentos como el CPT puede incidir en la especificidad diagnóstica.

Al respecto, Biederman²² afirma que las entrevistas psiquiátricas estructuradas o los cuestionarios de valoración son ayudas valiosas para las evaluaciones sistemáticas de los diagnósticos en pacientes comórbidos TDAH/TAS.

De acuerdo con cruzamiento realizado y tomando todos los casos (tablas 3 y 4) que han dado positivo en la entrevista clínica y

Tabla 3 | Variable diagnóstico de TDAH

Cruzamiento entre diagnóstico clínico y resultados de programa CPT II

Diagnóstico definitivo				
		Resultados del programa CPT II		
		No presenta TDAH	Presenta TDAH	Total
Diagnóstico clínico	No presenta TDAH	23	5	28 70,0%
	Presenta TDAH	1 4,2%	11 68,8%	12 30,0%
	Total	24 100%	16 100%	40 100%

Tabla 4 | Porcentaje de TDAH en relación con la totalidad de la muestra estudiada

Diagnóstico definitivo		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta TDAH	29	72,5%
Presenta TDAH	11	27,5%
Total	40	100,0%
Perdidos	3	
Total	43	

en la valoración del CPT II, se obtiene que un 27,5% de la muestra (11 casos de 40) tiene un diagnóstico positivo de TDAH, lo cual es un dato significativo del presente estudio. Hay que tener en cuenta que este diagnóstico definitivo es relevante únicamente en relación con la muestra del estudio y que no podemos generalizarlo a la población en general. Sin embargo y de acuerdo con los datos internacionales, este número es semejante al que plantea Biederman²³ cuando estudia una población de adultos adictos atendidos en centros para tratamiento de drogas, donde se diagnostica el TDAH en un 25% de la muestra.

Se conoce que la prevalencia de TDAH y el consumo problemático de drogas comórbidos, presenta diferencias entre la población de adultos y la de adolescentes^{24, 25}. Wilens²⁶ estudia a adolescentes con TAS que presentan en forma comórbida TDAH en un 15%. Destacamos que la muestra de los pacientes del Hospital Maciel está constituida por adolescentes y adultos, sin posibilidades de separarlos dado lo exiguo de la muestra.

De los 11 casos diagnosticados como TDAH solo uno era tratado al realizar la primera consulta en el servicio de Farmacodependencia. El paciente tratado era derivado del servicio de Psiquiatría Pediátrica del Hospital Pereira Rossell, lo que corrobora que la población de adultos con TDAH está siendo subdiagnosticada.

Además de no ser tratados, estos pacientes desconocían el diagnóstico, por lo que una intervención posterior debería comenzar por la correcta psicoeducación de la patología para disminuir los múltiples costes de la enfermedad.

Acerca del protocolo autoadministrado para la evaluación diagnóstica de adultos con TDAH del University of Massachussets Medical Center, este cuestionario incluye las variables: *para nada, solo un poco, bastante y mucho* en relación con cada ítem, donde se consideró positivo que los pacientes contestaran *bastante o mucho*. Se presentan algunos de los ítems que consideramos significativos (tablas 5-7). Los resultados presentados no tienen una validez estadística; aun así entendemos que las tres tablas presentadas (de las 17 que componen el protocolo) denotan una

tendencia de la percepción de los pacientes acerca de su funcionamiento en cuanto a la sintomatología del TDAH.

El presente estudio muestra la relevancia del diagnóstico en el abordaje de la problemática del uso indebido de drogas. Se presenta una población que en un alto porcentaje (27,5% de la muestra) tiene una patología que no ha sido diagnosticada y por ende, no está siendo tratada.

Nos preguntamos: ¿Si se hubiera diagnosticado el TDAH en la niñez, estos pacientes no hubieran desarrollado un TAS? Esta pregunta es imposible de contestar ya que la problemática del uso de drogas es multifactorial.

Aun así pensamos en los costos sociales que genera el TDAH. Según Biederman²⁷ la persistencia del TDAH sugiere que los adultos con el trastorno tienen un más alto uso de los servicios de salud e implican un costo mayor que las personas sin el trastorno.

No podemos generalizar los resultados del estudio presentado; pero sí marcar que existe una tendencia hacia lo planteado.

Creemos importante destacar que hay una metodología que puede servir a tales efectos, tanto en cuanto a lo clínico como en el instrumento cuantitativo. Nos planteamos una interrogante: si el instrumento cuantitativo (CPT II) podría ser usado como dispositivo de monitoreo rápido. El CPT II establece más casos positivos (16 personas) que el diagnóstico clínico (12 personas), lo que puede mostrar que este test sobrestima el TDAH y así dar falsos positivos. De todas maneras, parece discriminar entre TDAH e individuos normales, con lo cual, si bien puede haber falsos positivos, y aun sabiendo que el diagnóstico es clínico, el tener un tamizaje rápido de una población a estudiar luego nos permitiría intervenir con otros instrumentos diagnósticos.

Otro punto a destacar es el valor de lo preventivo, tanto en lo que hace a los pacientes en particular, como hacia sus hijos (en caso de tenerlos). Se conoce que 57% de los padres con el trastorno puede tener un hijo con TDAH²⁸, sumado a que si el trastorno persiste en la edad adulta (como es este caso) aumentan las posibilidades en cuanto a la herencia, por lo que el diagnóstico de los padres podría ser

Tabla 5 | Ítem planteado en el protocolo autoadministrado con relación al diagnóstico definitivo

	Pierde cosas		Total
	Diagnóstico		
	No presenta TDAH	Presenta TDAH	
Para nada	11 36,9%	2 18,2%	13 32,5%
Solo un poco	10 34,5%	4 36,4%	14 35,0%
Bastante	4 13,8%	2 18,2%	6 15,0%
Mucho	4 13,8%	3 27,3%	7 17,5%
Total	29 100,0%	11 100%	40 100,0%
	27,6%	45,5%	

Tabla 6 | Ítem planteado en el protocolo autoadministrado con relación al diagnóstico definitivo

	Se olvida de hacer cosas		Total
	Diagnóstico		
	No presenta TDAH	Presenta TDAH	
Para nada	8 27,6%	1 9,1%	9 22,5%
Solo un poco	17 58,6%	4 36,4%	21 52,5%
Bastante	3 10,3%	3 27,3%	6 15,0%
Mucho	1 3,4%	3 27,3%	4 10,0%
Total	29 100,0%	11 100%	40 100,0%
	13,7%	54,6%	

Tabla 7 | Ítem planteado en el protocolo autoadministrado con relación al diagnóstico definitivo

	Salta de una tarea a otra		Total
	Diagnóstico		
	No presenta TDAH	Presenta TDAH	
Para nada	10 34,5%	4 36,4%	14 35,0%
Solo un poco	12 41,4%	2 18,2%	14 35,0%
Bastante	4 13,8%	3 27,3%	6 15,0%
Mucho	3 10,3%	2 18,2%	5 12,5%
Total	29 100,0%	11 100%	40 100,0%
	24,1%	45,5%	

una puerta para un abordaje prematuro de los hijos, con los beneficios que esto acarrea.

En esta investigación se observa dificultades que pueden haber afectado los hallazgos consignados más arriba. Entre las limitantes del estudio está el tamaño de la muestra y no poseer datos epidemiológicos acerca del TDAH en la población general en el Uruguay.

Otro punto a tener en cuenta es el hecho de que las condiciones clínicas de algunas personas pueden haber interferido los resultados. Son personas consumidoras problemáticas de drogas que concurren a su primera consulta y en ocasiones pueden hacerlo bajo efectos de las mismas. Este parámetro incide y puede ser un posible sesgo, a pesar de que establecimos como criterio de exclusión que la población no hubiera consumido sustancias en las últimas 48 horas. No implementamos pruebas toxicológicas para confirmar lo que nos manifestaban y sabemos, por ejemplo, que drogas como la marihuana tienen una vida media que puede ser muchísimo mayor que este parámetro. Y que podría incidir en parámetros atencionales²⁹ y psicomotores, dos elementos trascendentes para esta prueba.

Sumado a lo anterior; destacamos la impulsividad, un síntoma predominante en la presentación clínica de estos pacientes, por lo cual una prueba monótona de 14 minutos de duración (CPTII) es pasible de generar los falsos positivos a que hacíamos referencia.

Por último, puede incidir el uso de la tecnología, ya que tienen que utilizar un mouse de computadora, personas que pueden no estar familiarizadas con este dispositivo tecnológico.

En una investigación en Brasil en el año 2001³⁰ fueron encontrados déficits cognitivos en pacientes dependientes de cocaína (abstinentes por 31 días) y los déficits detectados eran predominantemente en atención, memoria visual, memoria verbal, funciones ejecutivas, capacidad de aprendizaje y coordinación visomotora. Esto nos hace reflexionar acerca de cómo habrá incidido el sesgo de este consumo (fundamentalmente, el de pasta base de cocaína) para la realización de este diagnóstico y específicamente cómo habrá incidido este punto en el desempeño del CPT II.

A pesar de haber adoptado algunos criterios de exclusión, la causalidad de estos parámetros permanece en cuestión, siendo necesario estudios controlados para ser concluyentes.

Al respecto, Biederman³¹ plantea que se debe considerar al menos un mes de abstinencia para evaluar con mayor seguridad la existencia de una TDAH de base. Dadas las condiciones del servicio donde se realizó el estudio, la posibilidad de hacerlo con pacientes que estuvieran en abstinencia el mes previo (con muestras toxicológicas incluidas) nos hubiera insumido un tiempo y unos recursos económicos de los que no disponíamos.

Referencias bibliográficas

1. **Soutullo Esperón C.** Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120:222-226.
2. **Joselevich E.** AD/HD Qué es, qué hacer. Buenos Aires: Paidós; 2003, pp. 17-43.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders. Washington (DC): Masson; 1994, pp. 82-99.
4. **The MTA Cooperative Group.** A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-1086.
5. **Biederman J, Newcorn J, Sprich S.** Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety and other disorder. *Am J Psychiatry* 1991; 148:564-577.
6. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2000; 105:1158-1170.
7. **Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C.** Diagnostic continuity between child

- and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample attention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-13.
8. **Cantwel DP.** Hyperactive children have grown up; what have we learned about what happens to them? *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:1026-1028.
 9. **Adler L.** Clinical Presentations of adult patients with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 3):8-11.
 10. **Spencer TJ.** ADHD treatment across the life cycle. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 3):22-26.
 11. **Weiss MD, Weiss JR.** A guide to the treatment of adults with ADHD. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(suppl 3):27-37.
 12. **Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S.** Does stimulants therapy of Attention-Deficit Hyperactivity beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003; 111:179-185.
 13. **Wilens TE.** ADHD and the Psychoactive Substance Use Disorders. *Child and Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1996; 5.
 14. American Psychiatric Association. *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders*. Washington (DC): The Association; 1980.
 15. **Ryffel-Rawak D.** Trastorno por déficit atencional e hiperactividad en los adultos. *Rev Psiquiatr Biol Uruguay* 2004; 4. Consultado en junio 2006 en: <http://www.spbu.com.uy/inicio.html>
 16. **Contera M, Benia W.** Perfil Epidemiológico de los consumidores de drogas atendidos en centros de tratamiento de Montevideo. Montevideo: Presidencia de la República, Junta Nacional de Drogas; 1999.
 17. **Barkley RA.** Development course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults. In: Barkley RA, ed. *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2nd ed. New York: Guilford; 1998, pp. 186-224.
 18. **Murphy KR, Adler LA.** Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(suppl 3):12-7.
 19. **National Resource Center on ADHD.** El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los adultos. Hoja de datos de CHADD (Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder). Fichas técnicas en español, consultado en junio de 2006 en: www.help4adhd.org/espanol.cfm
 20. **Conners K.** *Conners Continuos Performance Test (CPTII)*. Toronto: Multi Health Systems; 2002.
 21. **Narbona J, Chevré-Muller C.** Desarrollo normal, evaluación y tratamiento del lenguaje del niño. Barcelona: Masson; 2001, pp. 333-345.
 22. **Biederman J.** Children and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(suppl 3):3-7.
 23. **Biederman J, Wilens TE, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV.** Psychoactive substance use disorders in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1652-58.
 24. **Montano B.** Diagnosis and treatment of ADHD in adults in primary care. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(suppl 3):8-21.
 25. **Joselevich E.** *AD/HD Qué es, qué hacer*. Buenos Aires: Paidós; 2003, pp. 195-245.
 26. **Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ.** Attention deficit/hyperactivity disorder across de lifespan. *Annu Rev Med* 2002; 53:113-131.
 27. **Biederman J.** Attention-deficit/hyperactivity disorder: a lifespan perspective. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(Suppl 7):4-16.
 28. **Gross V, Shalev R, Amir N.** Attention deficit disorder: association with familial-genetic factors. *Pediatr Neurol* 1991; 7:258-261.

29. **Estévez-González A, García-Sánchez C, Junqué C.** La atención: una compleja función cerebral. *Rev Neurol* 1997; 25(148):1989-1997.
30. **Cunha P, Camargo C, Nicastri S.** Déficit neuropsicológicos e cocaína: um estudo piloto. *J Bras Dep Quim* 2001; 1(1):31-37.
31. **Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S et al.** Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(1):21-29.