



Facultad de Ciencias de la Educación

Traballo de
Fin de Grao

O TDAH como factor de risco para o consumo de substancias. Unha análise dende a Educación Social

Autora: Carla Sánchez López

Tutor: Miguel Anxo Nogueira Pérez

Junio 2024

Título

O TDAH como factor de risco para o consumo de substancias. Unha análise dende a Educación Social

Título

El TDAH como factor de riesgo para el consumo de sustancias. Un análisis desde la Educación Social

Title

ADHD as a risk factor for substance use. An analysis from Social Education

Resumo

Este Traballo de Fin de Grao [TFG] investiga a relación entre o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividade [TDAH] e o consumo de substancias, utilizando unha metodoloxía de análise documental. Tras realizar un marco teórico sobre o estado da cuestión, examínanse dezaseis documentos de bases de datos de relevancia educativa como Dialnet, Scopus e Web of Science. Analízanse doce documentos que se centran na relación entre o TDAH e o consumo de substancias e catro que ofrecen pautas e recomendacións para a prevención e/ou tratamento da patoloxía dual. Os resultados da análise conclúen que existe unha relación entre o TDAH e o consumo de substancias. Esta comorbilidade, ademais, pode incrementar a gravidade da adicción, influír no inicio máis temperá do consumo, favorecer o policonsumo e estar asociada a unha maior psicopatoloxía, o que implica unha forma máis grave de Trastorno por Consumo de Substancias [TCS]. Con respecto ao tratamento, os resultados indican que apenas existen estudos que aborden esta problemática dende a Educación Social, mais si que existen pautas dende outras disciplinas que poden ser adaptadas. O presente traballo propón futuras liñas de investigación e suxire algunhas propostas de intervención dende a Educación Social, co fin de mellorar a abordaxe desta problemática dende un enfoque socioeducativo.

Palabras Clave: TDAH, consumo de substancias, comorbilidade, Educación Social, intervención socioeducativa

Resumen

Este Trabajo de Fin de Grado [TFG] investiga la relación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad [TDAH] y el consumo de sustancias mediante una metodología de análisis documental. Tras llevar a cabo un marco teórico sobre el estado de la cuestión, se examinan dieciséis documentos provenientes de bases de datos de relevancia educativa como Dialnet, Scopus y Web of Science. Se analizan doce documentos que se centran en la relación entre el TDAH y el consumo de sustancias y cuatro que ofrecen pautas y recomendaciones para la prevención y/o tratamiento de la patología dual. Los resultados del análisis concluyen que existe una relación entre el TDAH y el consumo de sustancias. Esta comorbilidad, además, puede aumentar la gravedad de la adicción, influir en el inicio más temprano del consumo, favorecer el policonsumo y asociarse a una mayor psicopatología, lo que implica una forma más grave de Trastorno por Consumo de Sustancias [TCS]. En cuanto al tratamiento, los resultados indican que apenas existen estudios que aborden este problema desde la Educación Social, pero sí pautas desde otras disciplinas que se pueden adaptar. Este trabajo propone futuras líneas de investigación y sugiere algunas propuestas de intervención desde la Educación Social para mejorar el abordaje de esta problemática desde un enfoque socioeducativo.

Palabras Clave: TDAH, consumo de sustancias, comorbilidad, Educación Social, intervención socioeducativa

Abstract

This Final Degree Project [FDP] investigates the relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD] and substance use through a documentary analysis methodology. After conducting a theoretical framework, sixteen documents from educationally relevant databases such as Dialnet, Scopus, and Web of Science are examined. Twelve documents about the relationship between ADHD and substance use and four offering guidelines and recommendations for the prevention and/or treatment of dual pathology are analyzed. The analysis results conclude that there is a relationship between ADHD and substance use. This comorbidity can also increase the severity of addiction, influence earlier initiation of use, promote poly-substance use, and be associated with higher psychopathology, implying a more severe form of Substance Use Disorder (SUD). Regarding treatment, the results indicate that there are few studies addressing this problem from Social Education, but there are guidelines from other disciplines that can be adapted. This work proposes future lines of research and suggests some intervention proposals from Social Education to improve the approach to this issue from a socio-educational perspective.

Key Words: ADHD, substance use, comorbidity, Social Education, socio-educational intervention

Índice de Contidos

Introdución.....	1
Xustificación	1
Obxectivos.....	2
Marco Teórico	2
Estado da Cuestión	2
<i>O Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividade</i>	2
Historia e Conceptualización	2
Factores de Risco e Consecuencias.....	4
Tratamento	6
<i>As Adiccións a Substancias</i>	7
Droga e Adicción	7
O Trastorno por Consumo de Substancias: Conceptualización e Características.....	9
Intervención en Adiccións e Consumo de Substancias.....	9
<i>TDAH e Consumo de Substancias. Comorbilidade.</i>	11
Relevancia, interese e actualidade do tema para a disciplina.....	11
Metodoloxía.....	12
Resultados	16
Discusión.....	21
Prevalencia de TDAH en Consumidores de Substancias	21
TDAH e Gravidade da Adicción.....	21
Policonsumo	22
Inicio do Consumo	22
Substancias Máis Consumidas.....	23
<i>Nicotina e Tabaquismo</i>	23

<i>Alcohol</i>	23
<i>Cannabis</i>	24
<i>Outras substancias</i>	24
Psicopatoloxías Asociadas e Impacto Psicosocial	25
Hipóteses de Causas.....	25
Complexidade e Multicausalidade da Adicción	26
Tratamento e Prevención	26
Conclusións.....	29
Consecución dos Obxectivos da Investigación	29
Limitacións da Investigación.....	30
Relación coas Competencias da Titulación.....	31
Propostas de Intervención Dende a Educación Social.....	32
Referencias Bibliográficas.....	36
ANEXOS	41

Introdución

O presente TFG versa sobre a relación entre o TDAH e o consumo de substancias. Inclúese na modalidade de investigación documental e inscríbese no ámbito temático das adiccións. A investigación ten como principal obxectivo determinar se ter TDAH é un factor de risco para o consumo de substancias na adolescencia e na idade adulta. Ademais, explóranse outros obxectivos específicos, como realizar unha revisión da literatura específica sobre o TDAH e o consumo de substancias, estudar as consecuencias que presenta esta comorbilidade e establecer posibles liñas de futuro para a intervención dende a Educación Social.

A estrutura do traballo comeza cunha xustificación, onde se argumenta a importancia do estudo e se presentan as razóns que motivan a súa realización. A continuación, defínense os obxectivos xerais e específicos que se pretenden acadar. No marco teórico expónse o estado da cuestión sobre o TDAH e o consumo de substancias e indícase a relevancia da investigación para a Educación Social. A parte da investigación inclúe a metodoloxía, onde se describen os métodos e procedementos empregados; seguida dos resultados obtidos e da discusión, onde se analizan e interpretan os mesmos. Finalmente, lévanse a cabo unhas conclusións e establécense posibles liñas de futuro desde a Educación Social. Por último, inclúense as referencias bibliográficas e os anexos.

Xustificación

O TDAH é un dos trastornos do neurodesenvolvemento con máis prevalencia na actualidade. Os seus síntomas poden afectar significativamente á calidade de vida das persoas e o seu impacto esténdese a diferentes esferas, como poden ser o ámbito social, laboral, académico ou familiar. Dende a Educación Social existe un compromiso por lograr a integración e o desenvolvemento social e cultural de toda a poboación, atendendo ás necesidades específicas de cada persoa, especialmente daquelas en situación de vulnerabilidade. Por tanto, é esencial investigar sobre o TDAH e as súas posibles comorbilidades e/ou condutas asociadas para lograr unha mellor comprensión deste trastorno e desenvolver intervencións axeitadas e eficaces.

O consumo de substancias é un dos factores directamente asociados ao TDAH segundo a evidencia científica. Non obstante, a escasa investigación e difusión sobre o tema implica un descoñecemento xeral por parte das persoas profesionais da educación. Neste sentido, e tomando en consideración que tanto a diversidade funcional como as adiccións son ámbitos propios da Educación Social, o presente traballo pretende contribuír ao avance da investigación sobre o TDAH e o consumo de substancias dende unha perspectiva

socioeducativa. O estudo desta relación é unha cuestión de especial importancia á hora de poder deseñar estratexias de intervención, especialmente de carácter preventivo.

O meu interese persoal por abordar esta cuestión xorde da propia experiencia como persoa con TDAH diagnosticada de forma tardía. Por este motivo, son coñecedora das dificultades que implica e tamén das notables melloras que supón un diagnóstico e unha intervención axeitada. A realización do presente traballo de fin de grao fundaméntase na relevancia social e educativa destas dúas realidades, tendo en conta a súa prevalencia na poboación e as posibles consecuencias na saúde e o benestar das persoas; así como na posible optimización da práctica profesional socioeducativa no que respecta ao TDAH e ao consumo de substancias.

Obxectivos

O obxectivo xeral deste traballo é determinar se ter TDAH é un factor de risco para o consumo de substancias na adolescencia e na idade adulta. Esta cuestión implica unha análise de diversos documentos que investiguen a relación entre ambos fenómenos e unha discusión dos resultados obtidos.

Ademais, establécense os seguintes obxectivos específicos:

- Realizar unha revisión da literatura específica sobre a conceptualización, características e tratamento do TDAH e do consumo de substancias, así como da comorbilidade entre ambos.
- Estudar as consecuencias que presenta esta comorbilidade, como pode ser unha maior gravidade da adicción ou dos síntomas propios do trastorno.
- Establecer posibles liñas de futuro dende a Educación Social para a abordaxe destas dúas realidades, con especial énfase nas intervencións de carácter preventivo e de redución de riscos.

Marco Teórico

Estado da Cuestión

O Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividade

Historia e Conceptualización

O TDAH é unha das afeccións de maior relevancia e interese no campo clínico, psicolóxico, científico e educativo nos últimos anos. Ao longo da historia, a súa conceptualización foi evolucionando dende un punto de partida puramente clínico ata aproximacións xenéticas, sociais, condutuais e neurocognitivas nas últimas décadas (Miranda, 2011). Así mesmo, a pesar de existir unha noción do TDAH como un concepto novo e recente, as descricións dos seus síntomas remóntanse a 200 anos atrás (Zapico et al., 2012).

Tal e como expoñen López et al. (2016), a primeira narración da sintomatoloxía que hoxe coñecemos como TDAH data do ano 1798 por Alexander Crichton. Porén, non é ata comezos do século XX cando o pediatra George Still realiza a primeira descrición científica desta afección. A partir dese momento evidénciase unha evolución conceptual do trastorno, marcada por termos como “defecto de control moral”, “dano cerebral mínimo”, “disfunción cerebral mínima”, “síndrome hipercinético” e “síndrome do neno hiperactivo”. É a finais da década dos 60 cando a segunda edición do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais [DSM] da Asociación Americana de Psiquiatría inclúe o trastorno baixo o nome de “Reacción Hipercinética de la Infancia” (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 1968). Posteriormente, na terceira edición do mesmo manual establécese o cambio de denominación a TDAH (APA, 1980).

No que respecta á súa definición, cabe mencionar a Russell Barkley, un dos principais expertos en TDAH que apunta que se trata dun trastorno do desenvolvemento que se inicia na infancia e se caracteriza por niveles inapropiados de problemas atencionais, sobreactividade e impulsividade, o que deriva nunha incapacidade da persoa para inhibir ou retrasar as súas respostas; para organizar e controlar a súa atención, a súa conduta ou as súas emocións e para facer fronte ás demandas que se lle presentan (Barkley, 2002).

Na actualidade, o DSM V define o TDAH como un trastorno do neurodesenvolvemento caracterizado por “un patrón persistente de inatención e/ou hiperactividade e impulsividade, que interfere co funcionamento ou co desenvolvemento” (APA, 2014, p. 59). Os síntomas deben de estar presentes antes dos 12 anos, en dous ou mais contextos (escola, casa, entorno social...), e interferir co funcionamento social, académico ou laboral, ou ben reducir a calidade dos mesmos.

Características Diagnósticas e Presentacións do Trastorno

O TDAH artículase sobre tres pilares fundamentais: a inatención, a hiperactividade e a impulsividade. Seguindo as características diagnósticas do DSM V (APA, 2014, p. 61), a inatención maniféstase como “desviacións nas tarefas, falta de persistencia, dificultade para manter a atención e desorganización que non se debe a un desafío ou falta de comprensión”. No que respecta á hiperactividade, diferénciase entre “actividade motora excesiva cando non é axeitado, xogueteos, golpes ou locuacidade excesivos” en crianzas, e “inquiétude extrema e nivel de actividade que cansa a outras persoas” en persoas adultas. En canto á impulsividade, refírese a “accións apresuradas que se producen no momento, sen reflexión, e que crean un risco de danar ao individuo”. Estes comportamentos impulsivos poden reflectir un desexo de recompensas inmediatas, e poden manifestarse como unha tendencia a entremeterse socialmente, como interromper aos demais en exceso; e/ou a tomar decisións

significativas sen considerar as consecuencias a longo prazo, como aceptar un traballo sen suficiente información.

Malia que é un trastorno que comeza na infancia, o TDAH é un diagnóstico crónico, é dicir, para toda a vida, se ben en función da idade e do contexto da persoa os síntomas prevalecerán de maneira distinta (Cabello e González, 2021). Os síntomas de hiperactividade son a principal manifestación na etapa preescolar, pero os menos obvios na adolescencia e idade adulta, que poden limitarse a unha especie de sensación interna de impaciencia, inquietude ou nerviosismo. A impulsividade, a inatención e a pouca planificación adoitan ser as principais causantes de dificultades na etapa adulta. Na adolescencia asóciase con maior risco de intento autolítico, especialmente se existen trastornos comórbidos ou consumo de substancias. A baixa tolerancia á frustración, a irritabilidade, a labilidade do estado anímico son características asociadas (APA, 2014).

En función da sintomatoloxía inatenta e/ou hiperactiva-impulsiva, diferéncianse tres presentacións deste trastorno. A presentación predominante con falta de atención, a presentación predominante hiperactiva/impulsiva ou a presentación combinada. Ademais, en función da gravidade pode ser leve, moderado ou grave. O DSM V establece que é necesario cumprir seis ou máis – cinco en caso de persoas maiores de 17 anos – dos síntomas que cataloga para o criterio de inatención e/ou de hiperactividade (Ver Anexo I), nun grao que non concorda co nivel de desenvolvemento e que incide de forma directa nas actividades sociais, académicas ou laborais (APA, 2014). Para o seu diagnóstico, a Guía de Práctica Clínica sobre as Intervencións Terapéuticas no Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (Alda et al., 2017) expón que se recomenda utilizar o DSM 5 ou o CIE-10 para a identificación e valoración dos síntomas, ademais de levar a cabo un diagnóstico diferencial e unha avaliación tanto clínica como psicosocial e pedagóxica. É esencial recompilar información tanto da propia persoa coma da familia, entorno social, docentes e persoas educadoras. Ademais, dada a importante carga xenética que presenta este trastorno, é recomendable realizar unha historia médica persoal e familiar.

Factores de Risco e Consecuencias

O DSM V categoriza tres tipos de factores de risco: os de índole temperamental, os de índole ambiental e os de índole xenético ou fisiolóxico. Respecto aos primeiros, apúntase que trazos como unha pouca inhibición condutual, emotividade negativa ou elevada busca de novidades poden predispoñer a unha persoa ao TDAH. Respecto aos trazos ambientais, expón que o peso baixo ao nacer, a exposición a tabaco ou alcohol durante a vida intrauterina, antecedentes de maltrato infantil ou negligencia, a exposición a neurotóxicos e algunhas infeccións poden ter relación cunha maior probabilidade de desenvolver o trastorno. Finalmente, destácase a relevancia da xenética, pois a herdabilidade deste trastorno é

considerable, sendo máis frecuente entre os familiares biolóxicos de primeiro grao das persoas con TDAH (APA, 2014).

Cómpre destacar os aspectos que se relacionan co xénero. Segundo o DSM V, o TDAH é máis frecuente no sexo masculino, e o sexo feminino tende máis a presentar manifestacións de tipo inatento. Esta razón é, para algúns autores, motivo de infradiagnóstico nas mulleres. Tal e como apunta Richart (2023, p. 4):

En los últimos años, con el comienzo de la investigación de las diferencias entre los sexos en las manifestaciones clínicas, se ha descrito un predominio del subtipo inatento y de sintomatología internalizada en niñas; y del hiperactivo/impulsivo y de sintomatología externalizada en niños, lo cual ha sido propuesto por diversos autores como motivo de un menor diagnóstico del trastorno en ellas, al ser sus síntomas considerados menos disruptivos.

En canto ás consecuencias deste trastorno, o TDAH pode influír na aprendizaxe escolar, na incapacidade de adaptación ao entorno ou nos problemas condutuais, o que tamén pode afectar á familia, ao profesorado ou aos compañeiros e compañeiras. É frecuente que as crianzas presenten dificultades cas tarefas, co comportamento na casa ou no centro educativo e que se vexan inmiscuídas en conflitos, o que afecta á propia autoestima e autopercepción e ao fracaso escolar (Alda et al., 2017).

Nas persoas adultas, o TDAH asóciase con menor rendemento e logro laboral, máis probabilidades de desemprego e un número maior de conflitos interpersoais (APA, 2014). Tamén se adoitan presentar dificultades nas relacións de familia e amizade e na toma de decisións. Os comportamentos impulsivos para combater a inquietude ou a busca de gratificación inmediata son moi habituais e poden afectar a diferentes esferas da vida cotiá como ás finanzas. Intimamente relacionados están os comportamentos de "busca de sensacións", referidos a cando as persoas necesitan constantemente estímulos novos e excitantes, o que pode provocar consecuencias como conducción imprudente, riscos sexuais ou consumo de substancias. A hiperactividade pode presentarse como unha actividade mental que non cesa, falar demasiado, non poder relaxarse adecuadamente ou necesitar alcohol ou drogas para durmir. A des-regulación emocional reflíctese en cambios esaxerados de carácter emocional de curta duración, habitualmente en resposta a eventos cotiás. Tamén é habitual a bagaxe mental, con múltiples pensamentos en constante movemento que saltan dun tema a outro. Todo isto ten como consecuencia fatiga crónica, baixo rendemento no traballo ou problemas de autoestima. Ademais, o autoconcepto pode verse afectado pois a persoa pode ser interpretada polo resto como vaga ou preguiceira pola dificultade de realizar tarefas que

implican esforzo sostido. É importante destacar que as persoas adultas de alto funcionamento con TDAH poden desenvolver comportamentos adaptativos e compensatorios que enmascaren os síntomas. Malia que é frecuente que estas persoas destaquen en certos aspectos da súa vida, adoitan presentar dificultades en tarefas máis rutinarias como realizar trámites burocráticos, coidar a casa ou desenvolver relacións persoais estables. Tamén poden presentar angustia pola inquietude mental, problemas de insomnio ou consumo de substancias (Kooij et al., 2019).

Finalmente, é importante destacar que aínda que a maior parte da literatura concibe o TDAH como un déficit e tan só expón as consecuencias negativas deste trastorno, a sintomatoloxía propia do mesmo pode ser concibida de maneira positiva e manifestarse como calidades beneficiosas para a propia persoa. Diversos autores expoñen que características como a curiosidade, o alto nivel de enerxía e a imaxinación propias das persoas con TDAH poden ser moi beneficiosas en diversos contextos. Apúntase tamén a unha elevada capacidade na memoria a longo prazo e a unha memoria fotográfica superior á media. Ademais, o hiperfoco – síntoma propio do TDAH consistente nunha capacidade para concentrarse intensamente nunha tarefa cando resulta especialmente motivadora – pode resultar nunha enorme eficacia naquelas actividades que se axustan ás preferencias e intereses da persoa (Galindo, 2022).

Tratamento

O tratamento do TDAH debe ser o máis completo e individualizado posible, axustándose ás necesidades e características de cada persoa e de xeito planificado e consensuado ca mesma e/ou cos seus familiares, e cun enfoque multidisciplinar, coordinado e colaborativo. Este debe de planificarse de xeito multimodal, complementando os recursos farmacolóxicos – no caso de ser necesarios – cos de carácter psicopedagóxico, tratando en todo momento de estar en constante relación e comunicación entre os distintos profesionais (médicos, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, educadores...), a persoa e/ou a familia. (Rodillo, 2015).

Os obxectivos actuais do tratamento do TDAH diríxense cara a mellora da sintomatoloxía, así como o rendemento funcional da persoa nos diferentes ámbitos – social, persoal, familiar, escolar ou laboral – é dicir, á mellora da súa calidade de vida. Segundo a Guía de Práctica Clínica sobre as Intervencións Terapéuticas no Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividade (Alda et al., 2017) nos pacientes con TDAH é recomendable a terapia psicolóxica e intervencións de carácter psicopedagóxico e educativo. A utilización do tratamento farmacolóxico debe ir sempre acompañado de terapia e recoméndase en función da idade, do grao de afectación e das características persoais de cada individuo.

No que respecta ao tratamento farmacolóxico, actualmente en España distínguense entre fármacos psicoestimulantes, como metilfenidato e lisdexanfetamina; e fármacos non estimulantes - recomendados como alternativa aos estimulantes en caso de ineficacia ou contraindicación- como a atomoxetina e a guanfacina. Xunto a esta cuestión, destacan as intervencións psicosociais e educativas, de especial importancia a considerar pola relevancia para a nosa disciplina. Os seus principais obxectivos, segundo Alda et al. (2017, p. 29), son:

disminuir la vulnerabilidad de la persona, reducir y/o mejorar el impacto del TDAH en su vida familiar, educativa, laboral y social, prevenir recaídas, reducir riesgos asociados (patología dual, adicciones, etc.), potenciar la integración comunitaria, y en último término mejorar la calidad de vida de estas personas.

É importante apuntar que pese a que o tratamento combinado é considerado o máis efectivo, existen estudos que demostran a eficacia do tratamento de carácter psicopedagóxico en exclusiva (Abad-Mas et al., 2013). A psicoeducación, ademais, é unha parte fundamental no tratamento das persoas con TDAH, pois é fundamental para comprender o trastorno. Adoita incluírse ao comezo do proceso terapéutico e facerse tanto individual como grupalmente, dirixíndose ben á persoa ou ben aos seus familiares. Pode axudar a mitigar os sentimentos de culpa da persoa afectada e tamén a lograr unha mellor comprensión por parte do seu entorno social (Gordóvil-Merino, 2012).

As Adiccións a Substancias

Droga e Adicción

A Organización Mundial da Saúde define droga como “toda substancia que se introduce no organismo, por calquera vía de administración e que pode alterar o Sistema Nervioso Central do individuo que a consume”. Tal e como expón Escotado (2002), ao longo da historia as drogas foron clasificadas de distintas formas: naturais e sintéticas, duras e brandas, legais e ilegais, moi perigosas e pouco perigosas... Estas clasificacións implican unha interpretación nesgada e propia dunha cultura determinada, polo que na actualidade a clasificación das mesmas ven dada polos efectos que teñen sobre o sistema nervioso central. Por tanto, as drogas clasifícanse en *estimulantes do SNC*: anfetaminas, cocaína, nicotina, metilxantinas (cafeína, teobromina, teofilina), khat; *depresoras do SNC* (Alcohol, opiáceos (heroína, morfina, opio, etc.), tranquilizantes, hipnóticos (barbitúricos e non barbitúricos), GHB; *Perturbadoras do SNC ou alucinógenas*: Alucinógenos (LSD, plantas “máxicas”, etc.), setas psilocibias, derivados do cannabis, inhalantes; e outras drogas: substancias que poden afectar ao SNC de dúas maneiras dependendo da doses, ambiente, expectativas...: drogas

de síntese e outras triptaminas, ketamina, esteroides anabolizantes e nitritos de alquilo ou *poppers* (González, 2015).

Como se observa, a forma na que afecta ao SNC cada tipo de droga é moi variable. Así mesmo, poden afectar de distinta forma dependendo da substancia, da disposición biolóxica da persoa consumidora, da vía de administración ou da frecuencia. É importante resaltar que o feito de consumir unha substancia non implica ser drogodependente nin desenvolver unha adicción (Gutiérrez, 2014). As motivacións para usar drogas son diferentes, así como existen distintas formas de consumo e distintos niveis de risco. O risco, pois, é multifactorial. Ademais, é importante sinalar a existencia dun pracer asociado ás substancias, que é buscado e recoñecido por aquelas persoas que as consumen e que non pode ser negado (Energy Control, s.f.).

Segundo Becoña e Cortés (2011, p. 33), a adicción defínese “pola necesidade imperiosa de realizar unha determinada acción buscando pracer, euforia ou alivio de certas sensacións desagradables, aínda sabendo que a medio e longo prazo dita conduta produce efectos negativos. efectos a distintos niveis”. Considérase adicta a unha persoa cando se compren unha serie de características que, seguindo coas palabras destes autores, concréntanse nas seguintes: hai unha perda de control, comezan a darse as características da abstinencia producidas por non realizar a conduta aditiva, xérase a tolerancia, prodúcese unha intoxicación ou a cuasi disociación e, finalmente, a adición afecta a diferentes ámbitos da vida da persoa afectada (persoal, laboral, sanitaria, social...). Aínda que historicamente só se consideraron as adiccións ás substancias, co paso do tempo tamén se teñen en conta as adiccións condutuais como as adiccións ás tecnoloxías da información e da comunicación, aos xogos de azar, ao sexo... Porén, o presente traballo versará exclusivamente sobre as adiccións ás substancias.

Pese a que a adicción pode darse en todo tipo de substancias, Cuerno (2013, p. 6) expón que a sociedade de consumo atrápanos nunha serie de adiccións que, ao ser consideradas “legais” e poucas veces condenadas, non permiten que a persoa recoñeza que ten o problema. Polo tanto, a enfermidade non se detecta e pasa a formar parte da cultura de consumo, como no caso da adicción a hipnosedantes como as benzodiazepinas.

O Plan Nacional sobre Drogas (Observatorio Español das Drogas e as Adiccións, 2023), que é a fonte informativa principal sobre as drogodependencias en España, apunta que o alcohol e o tabaco son as dúas substancias psicoactivas con máis prevalencia e as substancias legais que comezan a consumirse antes, sendo o cannabis a ilegal consumida máis de forma mais temperá. No que respecta ao xénero, as mulleres son consumidoras menos frecuentes en todas as drogas excepto nos hipnosedantes, que son, ademais, a substancia psicoactiva consumida de forma mais tardía.

O Trastorno por Consumo de Substancias: Conceptualización e Características

A quinta edición do DSM inclúe o trastorno por consumo de substancias (TCS) entre os seus trastornos relacionados con substancias e trastornos aditivos. Os trastornos relacionados con substancias engloban 10 clases diferentes de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes, tabaco, e outras substancias (ou substancias descoñecidas). Porén, o diagnóstico de trastorno por consumo de substancias pode realizarse sobre todas elas a excepción da cafeína. Segundo o propio DSM V, a característica principal do mesmo é a “asociación de síntomas cognitivos, comportamentais e fisiolóxicos que indican que a persoa continúa consumindo a substancia malia os problemas significativos relacionadas con dita substancia” (APA, 2014, p. 483). Continuando co exposto no DSM, é importante destacar que o cambio nos circuitos cerebrais que se da pese á desintoxicación é unha particularidade deste trastorno, especialmente naqueles casos graves. Isto pode implicar recaídas constantes e un forte desexo de consumo cando a persoa é exposta á substancia.

En canto ás características diagnósticas, o trastorno por consumo de substancias baséase nun patrón patolóxico comportamental en relación co consumo de substancias. Os criterios diagnósticos divídense en catro grupos: aqueles que se refiren ao control deficitario, como o consumo en grandes cantidades ou os esforzos errados por abandonar o consumo; os relacionados co deterioro social, como o incumprimento dos deberes fundamentais en diversos ámbitos ou a redución ou abandono de actividades sociais; os referidos ao consumo de risco, como o consumo recorrente pese a que a substancia produza un risco físico; e os criterios farmacolóxicos, como a tolerancia e a abstinencia.

En función dos criterios cumpridos, o trastorno por consumo de substancias pode constituír un rango amplo de gravidade, considerando como estimación xeral que a presentación de 2 ou 3 síntomas será un trastorno leve, moderado se os síntomas presentados son 4 ou 5, e grave no caso de presentar 6 ou máis síntomas. Ademais, tamén existen especificacións de curso, en remisión inicial ou sostida, en terapia de mantemento ou nun entorno controlado (APA, 2014).

Intervención en Adiccións e Consumo de Substancias

O uso de substancias psicoactivas debe ser entendido como un fenómeno social complexo, cunha interacción de compoñentes biolóxicos, xenéticos, psicolóxicos e sociais (Mendoza e Vargas, 2017). A intervención e abordaxe das adiccións, por tanto, é moi diversa e lévase a cabo dende unha multitude de servizos, dependendo do obxectivo e necesidade concreta a tratar. As intervencións, ademais, realízanse da man dunha gran variedade de profesionais e técnicos de diversos ámbitos, como é a saúde, a psicoloxía e a educación.

Malia que existen moitos modelos interventivos que abordan esta cuestión, algúns deles, como o modelo médico e penal, poden articular e influír no estigma delinciente/enfermo da persoa consumidora (Fernández e Vega, 2020). Por tanto, e debido á especial relevancia e relación que teñen coa Educación Social, neste apartado abordaranse o modelo biopsicosocial e o modelo de redución de riscos e praceres, para o que se utilizará como referencia a Fernández e Vega (2020).

No que respecta ao modelo biopsicosocial, este comprende a relación entre a persoa, a substancia e o contexto, entendendo a implicación de factores biomédicos, psicolóxicos e sociais no fenómeno da adicción. Esta, pois, non pode limitarse ao cerebro, senón que se deben incluír categorías factores como a personalidade (factores psicolóxicos como o autocontrol e as emocións) e o contexto social (factores económicos, culturais e éticos), para tratar de comprender as drogodependencias dunha maneira máis holística. Neste sentido, Borrell (2002, como se citou en Fernández e Vega, 2020), expón no texto de Fernández e Vega que as intervencións que se basean neste modelo tratan de intervir en todos os campos da vida cotiá da persoa, debido á explicación multifactorial da adicción. A Educación Social é unha disciplina con moita presenza na abordaxe das condutas aditivas e do consumo de drogas, estando xeneralizada en moitos espazos de atención, en recursos residenciais ou semi-residencias, en programas e proxectos de intervención no medio comunitario, preventivos, de tratamento e reinserción. Dende esta disciplina utilízanse distintas estratexias socioeducativas que abordan os posibles problemas relacionados coa adicción enfocándose na incorporación social da persoa.

Malia o traballo socioeducativo que se realiza dende o modelo biopsicosocial, existen outros modelos emerxentes nos que a Educación Social podería ter máis cabida. É o caso do modelo de redución de riscos e praceres, que, segundo Energy Control (s.f.), nace do principal obxectivo de reducir os riscos asociados ao consumo de drogas. A principal filosofía deste modelo é que o consumo de drogas, malia os esforzos preventivos e represivos, seguirá a ser unha realidade constante tanto en mercados regulados como en mercados non regulados. As intervencións, ademais, diríxense normalmente á prevención do consumo ou ao tratamento de persoas con adiccións, de forma que aquelas persoas que usan drogas de maneira recreativa, sen problemas pero en risco de poder experimentalos, quedan desatendidas. Así, apúntase que a información e a formación sobre substancias, riscos, interaccións, usos, vías de administración... son condicións necesarias para que as persoas tomen decisións que reduzan riscos. Algunhas das principais funcións de servizos coma Energy Control son: facilitar o acceso das persoas consumidoras de drogas aos servizos de información e asesoramento directamente nos lugares de lecer; recoller datos sobre o mercado de drogas non regulado e alertar ás persoas consumidoras sobre a presenza de produtos adulterados que poidan representar un perigo para a súa saúde; desenvolver servizos personalizados de

atención de drogas fóra dos ámbitos recreativos; atender ás solicitudes de información, educación e asesoramento de pais, titores, profesionais, autoridades e outras organizacións en relación coa redución de riscos e danos asociados ao consumo de drogas; e ampliar o coñecemento sobre os hábitos actuais de consumo de drogas para incidir no deseño e posta en marcha de medidas que atendan ás necesidades dos consumidores de drogas.

Desta maneira, redúcese considerablemente a posibilidade de adicción e outros riscos asociados sen caer en modelos pouco realistas cuxo obxectivo é buscar a abstinencia. O equipo de Energy Control, un dos principais programas de intervención de redución de riscos en España, está formado por diversas persoas profesionais da Educación Social, demostrando a posibilidade e o potencial da nosa disciplina á hora de tratar o consumo e as adiccións dende un novo enfoque.

TDAH e Consumo de Substancias. Comorbilidade.

As persoas adultas con TDAH, segundo o DSM V, teñen máis probabilidades de desenvolver un trastorno por consumo de substancias. (APA, 2014). Nos últimos anos xorde un especial interese por estudar a asociación entre estes dous factores debido “á necesidade dun plan de manexo óptimo, diagnóstico e terapéutico, que contribúa á diminución nos casos de patoloxía dual” (Rojo et al., 2020). Neste sentido, comezan a realizarse diversos estudos que tratan de aprofundar nesta relación. Algúns deles amosan unha prevalencia de TDAH en persoas con TCS, así como un maior consumo e unhas taxas de abuso e dependencia maiores en pacientes con TDAH. Outros resaltan o maior risco de dependencia, o inicio máis temperá do consumo e o paso máis rápido de consumo a dependencia nas persoas con TDAH respecto á poboación xeral. Asemade, a comorbilidade entre ambos trastornos asóciase, nalgúns estudos, a un peor pronóstico.

A causa da maior prevalencia de consumo de substancias en persoas con TDAH tamén é unha cuestión estudada pola literatura científica, existindo teorías que se basean en perspectivas xenéticas ou biolóxicas baseándose na dopamina e a serotonina, no propio risco pola impulsividade da enfermidade, no contexto social e familiar e na teoría do uso das drogas como “automedicación” (Rojo et al., 2020).

Esta relación, por tanto, existe segundo a evidencia científica. Porén, abordarase de maneira máis profunda nos documentos de revisión e na discusión dos resultados obtidos.

Relevancia, interese e actualidade do tema para a disciplina

En primeiro lugar, cabe destacar que o Colexio de Educadores e Educadoras Sociais de Galicia (CEESG, 2017) recolle como ámbitos de actuación das persoas profesionais da Educación Social as adiccións e a diversidade funcional. Ademais, a educación para a saúde e a saúde mental, a mocidade, a educación para adultos ou as familias son ámbitos que

transversalmente poden estar unidos ás dúas realidades que se tratan de expoñer neste traballo: o consumo de drogas e o TDAH. Asemade, o libro branco de ANECA (2005) define ás persoas profesionais da educación social coma “un axente de cambio”, que utiliza estratexias educativas que axudan ás persoas a integrarse de xeito adecuado. Compréndese, por tanto, que as persoas profesionais da nosa disciplina temos funcións educativas, informativas, de asesoramento e soporte, organizativas, de acompañamento, de planificación e desenvolvemento de intervencións e de observación e detección das necesidades e características do entorno no que vivimos.

A relación entre o TDAH e o consumo de substancias é, como se comentou con anterioridade, un fenómeno que cobra especial importancia nos últimos anos. Esta patoloxía dual, en caso de darse, require unha intervención específica e abordable dende a nosa disciplina. Non obstante, a relación é pouco coñecida e a falta de investigación pode constituír unha barreira para a detección temperá e para desenvolver intervencións eficaces, e o estudo e recoñecemento desta realidade pode mellorar a práctica socioeducativa e, por conseguinte, a calidade de vida das persoas afectadas. Doutra banda, propoñer liñas de futuro que aborden esta problemática dende a Educación Social e introducir modelos emerxentes como o modelo de redución de riscos pode contribuír á mellora da abordaxe socioeducativa destas dúas realidades, implementando intervencións actualizadas e centradas nas necesidades das persoas coas que se traballa.

Dada a prevalencia do TDAH e os datos dos que se dispoñen do consumo de drogas na actualidade, así como ao posible impacto en distintos ámbitos como a saúde, a educación, as relacións familiares e interpersoais ou o emprego, o feito de contribuír á investigación sobre a comorbilidade entre ambos factores implica unha especial relevancia e interese para a disciplina e para as propias persoas afectadas.

Metodoloxía

O presente Traballo de Fin de Grao (TFG) baséase nunha revisión documental, que é un proceso metódico de recompilación, análise e avaliación de documentos existentes sobre unha temática específica. Martínez Corona et al. (2023) afirman que se trata dunha técnica de investigación que ten un enfoque cualitativo e recolecta, recompila e selecciona información vertida en documentos. Este proceso levouse a cabo en varias fases, as cales se describen a continuación:

Deseño da Estratexia de Busca

A estratexia de busca centrouse en tres bases de datos relevantes para o ámbito socioeducativo: Dialnet, Scopus e Web of Science (WOS). Seleccionáronse palabras clave en castelán e en inglés relacionadas co tema de estudo, tales como: "TDAH", "trastorno por déficit

de atención e hiperactividade", "substancias", "drogas", "tratamento" ou "prevención". Para combinar estas palabras e facer unha busca efectiva, utilizáronse os seguintes operadores booleanos:

- **AND:** Para recuperar ítems que conteñen todas as palabras introducidas (e.g., "TDAH" AND "substancias").
- **OR:** Para recuperar ítems que conteñen calquera das palabras introducidas (e.g., "TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade").

Palabras Clave e Combinacións Utilizadas

Realizáronse as seguintes buscas iniciais utilizando as combinacións específicas de palabras clave conectadas por operadores booleanos:: "TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias"/"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "drogas"/"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias" AND "tratamento"/ "TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias" AND "intervención"/"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias" AND "Educación Social"/"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "substance"/"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "alcohol" OR "nicotine" OR "tobacco" OR "marijuana" OR "cannabis" OR "cocaine" OR "amphetamines" OR "ecstasy" OR "MDMA"/"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "adhd" AND "substance" AND "treatment"/"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "substance" AND "prevention".

Criterios de Inclusión e Exclusión

Para a selección da documentación establecéronse os seguintes criterios de inclusión e exclusión:

- **Criterios de Inclusión:**
 1. Obras publicadas nos últimos 10 anos.
 2. Obras escritas en castelán, galego ou inglés.
 3. Obras de acceso gratuito.
 4. No caso de Scopus, que as palabras clave utilizadas aparezan no título.
- **Criterios de Exclusión:**
 1. Obras que non cumpran cos criterios de inclusión.

Resultados Iniciais Obtidos

Os resultados iniciais indican os documentos que compren cos criterios de inclusión e exclusión aplicados xa nas bases de datos. Posteriormente, revisáronse todos os artigos para

determinar cales eran de interese para a revisión bibliográfica, representados nos resultados finais. A busca realizada nas bases de datos recóllense nas táboas 1, 2 e 3, onde se sinalan as estratexias seguidas e os resultados iniciais e finais, indicando entre paréntese os coincidentes coa busca noutras fontes.

Táboa 1

Proceso de busca e resultados en Dialnet

DIALNET	Resultados iniciais	Resultados finais
"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias"	39	2
"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "drogas"	17	1
"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias" AND "tratamento"	20	0
"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias" AND "intervención"	0	-
"TDAH" OR "trastorno por déficit de atención e hiperactividade" AND "substancias" AND "Educación Social"	0	-
TOTAL	-	3

Fonte: Elaboración propia

Táboa 2

Proceso de busca e resultados en Scopus.

SCOPUS	Resultados iniciais	Resultados finais
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "substance"	236	8 (5)
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "alcohol" OR "nicotine" OR "tobacco" OR "marijuana" OR "cannabis" OR "cocaine" OR "amphetamines" OR "ecstasy" OR "MDMA"	333	1 (1)
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "adhd" AND "substance" AND "treatment"	24	2 (2)
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "substance" AND "prevention"	42	1 (1)
TOTAL	-	12

Fonte: Elaboración propia

Táboa 3

Proceso de busca e resultados en Web of Science.

WOS	Resultados iniciais	Resultados finais
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "substance"	325	6 (6)
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "alcohol" OR "nicotine" OR "tobacco" OR "marijuana" OR "cannabis" OR "cocaine" OR "amphetamines" OR "ecstasy" OR "MDMA"	170	0
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "adhd" AND "substance" AND "treatment"	70	3 (2)
"Attention deficit hyperactivity disorder" OR "ADHD" AND "substance" AND "prevention"	65	1(1)
TOTAL	-	10

Fonte: Elaboración propia

Descrición dos Resultados

Finalmente os resultados foron 25, que tras eliminar os duplicados entre bases de datos quedaron en 16. A busca de resultados, en primeiro lugar, centrouse na investigación da relación entre TDAH e o consumo de substancias. Sobre esta cuestión seleccionáronse a maioría dos documentos (12 en total). Posteriormente, optouse por buscar documentos que abordasen o tratamento e/ou prevención da patoloxía dual, atopándose finalmente só 4 documentos, xa que a maioría abordaban o tratamento dende unha perspectiva puramente clínica, mentres que o obxectivo era atopar enfoques de tratamento psicosocial.

Incidencias

Inicialmente, buscouse información sobre intervencións dende a Educación Social, pero ao non atopar nada relevante ampliouse a busca a outros campos, como a psicoloxía, de onde se puideron extraer cuestións aplicables ás funcións dentro da Educación Social.

Revisión Final

A busca inicial, aplicando xa os criterios de inclusión e exclusión, xerou un total de 1341 resultados nas diferentes bases de datos. Procedeuse, en primeiro lugar, a descartar os documentos cuxo título non gardaba relación co tema de investigación. Despois, realizouse un segundo filtro analizando os resumos dos documentos, o cal foi de utilidade para reducir aínda máis a cantidade de resultados. De entre todos os documentos que cumprían cos criterios tanto no título coma no resumo, realizarse unha lectura e revisión de maneira detallada, seleccionando finalmente 16 documentos relevantes para o estudo.

Resultados

A continuación preséntanse catro táboas cos resultados obtidos, indicando o autor e ano de cada documento, o tipo de estudo, os participantes, os obxectivos, os principais resultados obtidos e as conclusións que se destacan.

Táboa 4

Resultados

Autor/a e ano	Tipo de estudo	Participantes	Obxectivo/s	Resultados	Conclusións
Velásquez-Molina e Ordóñez-Huamán (2015)	Descritivo	412 homes dependentes a substancias psicoactivas hospitalizados nos anos 2011 e 2012	Determinar a frecuencia de TDAH en pacientes varóns con TCS hospitalizados nun servizo de adiccións	O 29.37% cumpría criterios para TDAH comórbido. O 65,29% das persoas con TDAH tiña dependencia a múltiples substancias e o 19.01% a dúas substancias	O TDAH está presente en 3 de cada 10 pacientes TCS. Posible relación entre TCS e TDAH, presentando unha maior gravidade do TCS. Necesidade dun enfoque multidisciplinario
Miranda et al. (2015)	Descritivo	93 persoas adultas, 43 sen TDAH e 50 con TDAH combinado	Comparar o consumo de alcohol, tabaco, cannabis e outras drogas e posibles comorbilidades entre persoas adultas mozas con e sen TDAH	Maior consumo en adultos con TDAH en alcohol, tabaco e cannabis, non para outras drogas. O grupo con TDAH e US presentou maior comorbilidade de TND e TC	As persoas adultas mozas con TDAH teñen maior risco de US. Os síntomas de TC son maiores preditores que os de TDAH para consumo de substancias graves
Isorna et al. (2021)	Correlacional	3339 alumnos e alumnas da ESO e BAC. 222 (6.65%) diagnosticados con TDAH	Establecer a prevalencia e patrón de consumo de drogas ilegais en adolescentes con e sen TDAH. Investigar hábitos de consumo de tabaco e consumo de risco de alcohol, cannabis, cocaína, éxtase, anfetaminas e alucinóxenos, así como a idade de inicio de consumo	Maior consumo de tabaco, marihuana, hachís, éxtasis, anfetaminas e alucinóxenos; maior porcentaxe de binge drinking; maior consumo de risco e inicio de consumo máis temperá en persoas con TDAH, especialmente de tabaco e cannabis	As persoas adolescentes con TDAH consumen máis substancias, inician o consumo a idades máis temperás e presentan un maior consumo de risco en xeral, con especial énfase no tabaco e cannabis
El Rasheed et al. (2018)	Descritivo	30 mulleres diagnosticadas con TCS, 15 con TDAH comórbido e 15 sen TDAH	Investigar a relación entre TDAH e TCS en mulleres e avaliar outras variables como gravidade ou inicio de consumo	Maior consumo de alcohol, cannabis e opiáceos; dependencia á nicotina máis temperá e problemas sociolaborais asociados coa adicción en mulleres con TDAH	Posible asociación entre TDAH e TCS en mulleres, con implicacións na idade de inicio de consumo e na gravidade do TCS

Táboa 5

Resultados

Autor/a e ano	Tipo de estudo	Participantes	Obxectivo/s	Resultados	Conclusións
Jean et al. (2023)	Descritivo	13.837 estudantes universitarios con e sen síntomas de TDAH	Explorar a relación entre síntomas de TDAH e uso de substancias psicoactivas	Asociación positiva entre síntomas TDAH e uso de tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, crack, LSD, ketamina, GHB, hongos máxicos, óxido nítrico y poppers. A máis síntomas, máis substancias	Os síntomas de TDAH están asociados cun maior uso dunha variedade de substancias psicoactivas. A gravidade dos síntomas de TDAH correlaciónase cun maior uso de substancias
Effat et al. (2022)	Descritivo	51 homes con TCS e 51 controis sans	Investigar a asociación entre TDAH e TCS en pacientes masculinos	Alta prevalencia de TDAH en pacientes TCS: Comorbilidade entre TDAH e TCS dun 15.69% segundo DSM e dun 17.65% segundo CAARS-S:L. Máis problemas relacionados co alcohol nos pacientes con TDAH e TCS	Alta comorbilidade entre TDAH e TCS en pacientes masculinos que se asocia con maiores problemas relacionados co alcohol. Recomendaste utilizar ferramentas de detección de TDAH en pacientes con TCS
Mahmoud et al. (2022)	Descritivo	200 pacientes hospitalizados por TSC	Determinar a prevalencia de TDAH en pacientes con TCS e comparar a idade de inicio, gravidade e tipo de substancias consumidas entre persoas con e sen TDAH	28.5% das persoas tiñan TDAH, cun consumo maior de alcohol, tramadol, opioides e estimulantes; maiores índices de gravidade da adicción e un inicio do consumo máis temperá	O TDAH ten unha forte influencia no desenvolvemento do TCS, adiantando a idade de inicio de consumo e aumentando a gravidade da adicción e a psicopatoloxía.
Miovsky et al. (2021)	Correlacional	180 pacientes de 5 Comunidades Terapéuticas	Avaliar a frecuencia de TDAH entre os pacientes das CT. Comparar frecuencia e severidade de problemas de saúde mental entre ambos grupos	Prevalencia de TDAH no 50.6% da mostra. Pacientes con TDAH puntuaron máis alto en problemas psiquiátricos	Prevalencia moi alta de TDAH entre persoas usuarias de CT consumidoras, principalmente, de metanfetamina, presentando maior sintomatoloxía psiquiátrica nos casos de patoloxía dual

Táboa 6

Resultados

Autor/a e ano	Tipo de estudo	Participantes	Obxectivo/s	Resultados	Conclusións
Rad et al. (2024)	Descritivo	104 persoas mozas ingresadas por abuso de substancias	Avaliar a presenza de síntomas de TDAH en pacientes abusadores de substancias	O 46% cumpriron con criterios diagnósticos de TDAH. Un maior número de consumidores de cannabis cumpría criterios para TDAH	Alta prevalencia de sintomatoloxía de TDAH en abusadores de substancias. Importancia de diagnóstico precoz e sensibilización
Umar et al. (2017)	Descritivo	233 pacientes que buscaban tratamento para TCS	Determinar a prevalencia e correlacións do TDAH en persoas con TCS.	O 21.5% tiñan TDAH. A heroína e as benzodiazepinas foron as máis consumidas entre pacientes con TDAH. Os pacientes con ambas patoloxías tiñan maiores problemas psicolóxicos e sociais e un TCS máis grave (máis recaídas, hospitalizacións...)	O TDAH é prevalente en persoas con TCS e asóciase cunha expresión máis grave do trastorno.. Destácase a importancia de avaliar e tratar TDAH en pacientes con TCS
Estévez et al. (2016)	Estudo de cohorte	5.677 homes mozos a	Investigar a asociación entre TDAH en adultos e uso de substancias, TCS e patróns de consumo	Os homes con TDAH tiñan máis posibilidades de usar nicotina, cannabis e outras drogas ilícitas. No tocante ao alcohol, nicotina e cannabis, presentaron patróns de uso máis arriscados, máis TCS e un inicio máis temperá	O TDAH en adultos está asociado cunha propensión a experimentar con substancias, a idades máis temperás, a ter patróns de uso máis arriscados e a desenvolver TCS posteriormente. Estratexias preventivas poden ser cruciais para reducir estas cuestións
Osland et al. (2017)	Descritivo	25.113 persoas maiores de 15 anos	Investigar a asociación entre TDAH e condutas de risco como fumar e consumir alcohol e drogas	Máis persoas con TDAH (2.63%) fumaron antes, eran fumadores actuais, bebían alcohol, tiñan episodios de consumo excesivo e cumprían os criterios de dependencia de alcohol e abuso de drogas en comparación co grupo control. Esta última cuestión non foi significativa ao axustar por factores socioeconómicos	O TDAH está asociado con maiores riscos de fumar e consumir alcohol e drogas. A relación entre TDAH e condutas de risco pode estar mediada por factores socioeconómicos e de educación

Táboa 7

Resultados

Autor e ano	Tipo de estudo	Obxectivo/s	Resultados	Conclusións
Özgen et al. (2021)	Estudo Delphi modificado	Obter unha declaración de consenso baseada en datos científicos e experiencia clínica para a detección, diagnose e tratamento de adolescentes con TDAH e TCS	Recoméndase a detección sistemática de TDAH en pacientes TCS e de TCS en adolescentes con TDAH en centros de saúde mental dende un enfoque multidisciplinario. Tratamento psicosocial: Psicoeducación, entrevistas motivacionais, terapia familiar, adaptacións ambientais	Esta declaración de consenso internacional pode ser usada por profesionais e pacientes para seleccionar as mellores intervencións en adolescentes con TDAH e TCS
Hogue et al. (2017)	Guía	Presentar opcións de tratamento condutual para abordar o TDAH e o consumo de substancias	Recoméndase a psicoeducación, a entrevista motivacional e a terapia cognitivo condutual, crear redes entre escola e familia nos adolescentes e traballar o potencial de cambio identificando metas específicas	Para planificar un tratamento eficaz para TDAH e consumo de substancias é imprescindible a paciencia. Como impactos inmediatos, debe fomentarse a esperanza e a confianza e traballar a moderación dos síntomas de TDAH
Schoenfelder e Kollins (2015)	Revisión documental	Proporcionar unha descrición dos riscos para a saúde asociados co TDAH e explorar as implicacións para as persoas profesionais propoñendo pasos iniciais cara a promoción da saúde	Recoméndase a detección temperá de TDAH, o monitoreo sistemático de condutas de risco como o consumo de substancias, involucrar á familia nos tratamentos, promover a comunicación familiar facilitar o acceso a recursos académicos, fomentar a psicoeducación e fortalecer os factores de protección socioambientais para a prevención	O tratamento dos síntomas de TDAH e a promoción do funcionamento académico, doméstico e social poden mitigar o risco de condutas como o consumo de substancias. Quedan preguntas sen resposta sobre cando e como intervir para mellorar a saúde desta poboación
Young e Woodhouse (2021)	Revisión bibliográfica	Proporcionar orientación práctica aos profesionais, detallando un marco psicolóxico para avaliar e detectar o consumo problemático de drogas en adolescentes e adultos con TDAH	Recoméndase a psicoeducación, a entrevista motivacional e a terapia cognitivo-condutual. Promover un estilo de vida saudable e fomentar redes sociais positivas e de empoderamento	É esencial a intervención temperá para evitar unha escalada a un uso nocivo de substancias. As técnicas descritas neste manuscrito poden axudar a que as persoas con patoloxía dual adopten un estilo de vida máis saudable

Discusión

A relación entre o TDAH e o consumo de substancias é complexa e multifactorial. A continuación, analízanse distintas dimensións para discutir sobre os resultados obtidos.

Prevalencia de TDAH en Consumidores de Substancias

Os resultados obtidos confirman a hipótese de que as persoas con TDAH están máis predispostas a consumir substancias. Primeiramente, varios estudos confirman a prevalencia de TDAH en pacientes consumidores de substancias (Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán, 2015; Effat et al., 2022; Mahmoud et al., 2022; Miovsky et al., 2021, Rad et al., 2024, Umar et al., 2017), se ben é certo que esta varía en función da mostra e das características de cada investigación. Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán (2015) apuntan que o 29.37% dos pacientes con dependencia a substancias cumpre con criterios para TDAH, o que implica que este trastorno está presente en tres de cada dez pacientes con TCS; mentres que Effat et al. (2022) expoñen que a comorbilidade entre TDAH e TCS foi dun 15,69% e dun 17.65%, segundo os criterios do DSM e do CAARS.S:L, respectivamente. Mahmoud et al. (2022) destacan unha prevalencia do 28,5% en pacientes hospitalizados por uso de substancias e Umar et al. (2017) dun 21,5%. A porcentaxe elévase nas comunidades terapéuticas residenciais, onde o TDAH se diagnosticou no 50,6% da mostra (Miovsky et al., 2021). Neste estudo, as persoas avaliadas son individuos con adiccións particularmente graves (o 79,2% das persoas son adictas á metanfetamina), o que apoia a idea de que o TDAH está moi presente entre persoas adictas con problemas severos. Esta porcentaxe é próxima á que amosan Rad et al. (2024) nun estudo realizado en pacientes adultos mozos ingresados nun servizo de psiquiatría, onde o 46% dos pacientes cumpriron os criterios diagnósticos para TDAH. Na maioría dos estudos que investigaron os diferentes tipos de TDAH, a presentación do trastorno máis prevalente é a combinada (Effat et al., 2022, Miovsky et al., 2021 y Rad et al., 2024 y Umar et al., 2017). Naqueles estudos que comparan o consumo de substancias entre persoas con e sen TDAH, tamén foi maior nas persoas con TDAH no caso do alcohol (Miranda et al., 2015; Isorna et al., 2021; El Rasheed et al., 2018), tabaco (Miranda et al., 2015, Isorna et al., 2021; Jean et al., 2023; Estévez et al., 2016), cannabis (Miranda et al., 2015, Isorna et al., 2021; El Rasheed et al., 2018; Jean et al., 2023; Estévez et al., 2016) e outras substancias psicoactivas (Jean et al., 2023; Isorna et al., 2021).

TDAH e Gravidade da Adicción

No tocante á influencia do TDAH na gravidade da adicción e no patrón uso de substancias, os estudos que miden a prevalencia do TDAH en pacientes con TCS concordan na maior gravidade e maior consumo de risco das persoas que teñen o trastorno. Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán (2015) apuntan que dúas terceiras partes dos pacientes con TDAH

consumían substancias máis aditivas e utilizaban formas de administración máis invasivas. Mahmoud et al. (2022) tamén apuntan que todos os aspectos do índice de gravidade da adicción foron significativamente máis graves en pacientes con TDAH, excepto na sección psiquiátrica, presentando ademais os pacientes con TDAH maiores taxas de recaída, hospitalizacións máis frecuentes e períodos de abstinencia máis curtos. En Umar et al., (2017), os pacientes con ambos trastornos contaban con maiores índices de dependencia grave de nicotina, depresión, ideación suicida, agresión, dependencia de benzodiazepinas e heroína, recaídas, mala calidade de vida e hospitalizacións. Estes achados son consistentes coa hipótese que suxire que o TDAH pode contribuír a unha forma máis grave de TCS.

Os estudos comparativos que investigan o consumo entre persoas con e sen TDAH apoian tamén que estes últimos teñen formas mais graves de consumo. Isorna et al. (2021) expoñen que as persoas adolescentes con TDAH amosan unha maior tendencia ao consumo de risco, cuestión coa que concordan Estévez et al. (2016), que refiren que os homes con TDAH amosaron patróns de uso arriscado de alcohol, cannabis e nicotina, así como unha maior presenza de trastornos por uso destas substancias. Respecto a consumo de risco de cannabis, Osland et al. (2017) tamén concordan nos seus resultados.

Policonsumo

O policonsumo estivo presente nas persoas con TDAH en diversos estudos, tanto aqueles que identificaban a prevalencia de TDAH en pacientes TCS (Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán, 2015), como nos que comparaban o consumo entre persoas con e sen o trastorno (El Rasheed et al., 2018; Jean et al., 2023). Estes últimos expoñen que a medida que aumentaban os síntomas de TDAH, tamén o facía o relato de uso de substancias psicoactivas durante toda a vida. Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán (2015) apuntan que os pacientes en policonsumo representaron as dúas terceiras partes dos pacientes con TDAH: o 65.29% tiña dependencia a múltiples substancias, seguidos polos que tiñan dependencia a dúas substancias (19.01%) e dependencia a cocaína (6.61%). No estudo de Rad et al. (2024), a maioría dos pacientes inscritos reportaron máis de dúas substancias consumidas nos últimos 6 meses, o que indica un alto nivel de policonsumo. Non obstante, se ben a tendencia xeral neste estudo é a dun alto nivel de policonsumo, non se menciona se é maior nos pacientes con TDAH.

Inicio do Consumo

Unha variedade de estudos tamén investigaron as diferenzas en canto á idade de inicio de consumo. Mahmoud et al. (2022); El Rasheed et al. (2018) Isorna et al. (2021) e Estévez et al. (2016) informan de que as persoas adolescentes con TDAH adoitan comezar a consumir substancias psicoactivas a idades máis novas, especialmente no caso do tabaco e do

cannabis. Os resultados de Estévez et al. (2016) apoian esta cuestión, engadindo tamén o alcohol, xa que son máis as persoas con TDAH que informaron dunha idade temperá ou moi temperá de inicio de consumo de alcohol que aquelas sen TDAH.

Substancias Máis Consumidas

No que respecta ás substancias máis consumidas, atópanse o alcohol, a nicotina e o cannabis. Non obstante, cabe destacar que non todos os estudos miden todas as substancias psicoactivas, por tanto non se pode establecer unha relación. Por exemplo, o estudo de Jean et al. (2023), que analizaba substancias como LSD, ketamina, éxtasis, anfetaminas, GHB, hongos, óxido nítrico e popper, tamén asociou unha relación positiva entre síntomas de TDAH e estas substancias. A continuación, analizarase a información que se extrae de cada unha das substancias principais mencionadas anteriormente:

Nicotina e Tabaquismo

O consumo de nicotina é un dos máis prevalentes entre os pacientes con TDAH. Mahmoud et al. (2022) e Umar et al. (2017) resaltan que hai unha alta prevalencia de tabaquismo entre estes pacientes, cun inicio temperán do hábito e unha maior dificultade para deixar de fumar. Os resultados de El Rasheed et al. (2018) tamén coinciden, amosando que a dependencia da nicotina se atopou máis cedo en pacientes con síntomas de TDAH (12 anos) que en pacientes con só TCS (14 anos). Jean et al. (2023) resaltan a maior prevalencia en adultos con TDAH para o consumo de tabaco, o mesmo que Isorna et al. (2021), que expoñen que o 38.7% dos adolescentes con TDAH fumaron tabaco no último ano, en contraste co 25.4% dos seus pares sen TDAH. Estes achados indican que as persoas con TDAH comezan a fumar a unha idade máis temperá.

Alcohol

O consumo de alcohol tamén é notablemente alto en pacientes con TDAH (Miranda et al., 2015; Isorna et al., 2021; El Rasheed et al., 2018; Effat et al., 2022; Mahmoud, 2022; Osland et al., 2017). Isorna et al. (2021) apuntan que o 58.1% dos adolescentes con TDAH reportaron ter bebido alcohol no último ano, comparado co 48.4% dos adolescentes sen TDAH. Jean et al. (2023) non atoparon unha asociación significativa entre TDAH e consumo de alcohol, como tampouco o fixeron Estévez et al. (2016). Osland et al. (2017) atoparon que máis persoas con TDAH informaron unha idade temperá ou moi temperá de inicio do consumo de alcohol en comparación cos que non teñen TDAH. Ademais, os mozos con TDAH tiñan máis probabilidades de informar sobre un consumo de risco de alcohol e trastornos por consumo de alcohol. No tocante a emborracharse e o "binge drinking", non se atoparon diferenzas significativas no hábito de emborracharse. Porén, o "binge drinking" foi maior en adolescentes con TDAH (22.1% no último ano e 12.6% no último mes) en comparación cos

sen TDAH (16.4% e 7%, respectivamente). Osland et al. (2017) e Mahmoud et al. (2022) informan que os pacientes con TDAH tenden a consumir un número significativamente maior de bebidas alcohólicas e teñen episodios de consumo excesivo de alcohol máis frecuentemente que aqueles sen TDAH. Osland et al. (2017) engade que unha maior proporción de persoas con TDAH compren cos criterios de dependencia do alcohol e son máis propensas a buscar axuda profesional para os seus problemas de consumo.

Cannabis

O uso de cannabis é común en individuos con TDAH (Miranda et al., 2015; Isorna et al., 2021; El Rasheed et al., 2018; Jean et al., 2023; Rad et al., 2024). Isorna et al. (2021) destacan que o 22.1% dos adolescentes con TDAH consumiron marihuana ou hachís no último ano, fronte ao 15.3% dos que non presentan TDAH. Estévez et al. (2016) destacan que os pacientes con TDAH, ademais de ter unha maior prevalencia de consumo de cannabis, son máis propensos ao uso temperá e problemático desta substancia. Osland et al. (2017) indican que as persoas con TDAH teñen maiores probabilidades de cumprir cos criterios de abuso e dependencia de marihuana, aínda que esta asociación se atenúa ao axustar por factores socioeconómicos.

Outras substancias

A relación entre o TDAH e o consumo de substancias non abarca só o alcohol, o tabaco e o cannabis –aínda que estas sexan substancias máis investigadas– senón tamén outras drogas. Aínda que algúns estudos non atoparon diferenzas significativas no uso de determinadas substancias como a cocaína entre individuos con e sen TDAH (Miranda et al., 2015), outros estudos sí demostran que as persoas con TDAH tenden a consumir unha variedade máis ampla de drogas. Por exemplo, observouse un maior uso de éxtase, anfetaminas e alucinóxenos no último ano entre as persoas con TDAH (Isorna et al., 2021) e houbo unha asociación positiva entre os síntomas do TDAH e o uso dunha ampla gama de substancias, incluíndo cocaína, éxtase, anfetaminas, crack, LSD, ketamina, GHB, cogomelos máxicos, óxido nítrico e poppers (Jean et al., 2023). En particular, os participantes con TDAH tiñan un consumo significativamente maior de tramadol, opioides e estimulantes (Mahmoud, 2022). Non obstante, nalgúns estudos non se atoparon diferenzas no consumo de heroína, cocaína e benzodiazepinas entre grupos con e sen TDAH (Rad et al., 2024). A pesar diso, a heroína e as benzodiazepinas foron máis frecuentes entre os pacientes con TDAH no estudo de Umar et al. (2017). Estas variacións nos resultados suxiren unha relación complexa entre o TDAH e o uso de diferentes substancias, posiblemente influenciada por factores contextuais e metodolóxicos de cada estudo.

Psicopatoloxías Asociadas e Impacto Psicosocial

Aínda que os obxectivos deste traballo centrábanse na relación entre o TDAH e o consumo de substancias, a revisión documental tamén revelou achegas importantes no tocante ás comorbilidades e ao impacto psicosocial que cómpre destacar. En canto ás comorbilidades, o grupo con TDAH e TCS mostrou unha maior prevalencia de Trastorno Negativista Desafiante (TND) e Trastorno de Conduta (TC) en comparación co grupo con TDAH só (Miranda et al., 2015). Ademais, observáronse diferenzas significativas na gravidade dos problemas laborais e nas relacións familiares e sociais entre os dous grupos, sendo máis graves nos pacientes con TDAH e consumo de substancias (El Rasheed et al., 2018). A impulsividade, un síntoma central do TDAH, tamén se atopou en niveis máis graves nesta poboación. En canto aos problemas de saúde mental, os participantes con TDAH ingresados en comunidades terapéuticas mostraron puntuacións máis altas en problemas psiquiátricos, con diferenzas pronunciadas nos síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedade e hostilidade (Miovsky et al., 2021). Os pacientes con ambos trastornos (TDAH e TCS) tiñan taxas máis altas de depresión, ideación suicida, agresión, mala calidade de vida e hospitalizacións, así como problemas familiares e unha maior carga de síntomas depresivos (Umar et al., 2017). Estas observacións indican que o TDAH, especialmente cando se presenta con TCS, está asociado a un importante impacto psicosocial e na saúde mental. É importante, pois, ter en conta estas comorbilidades e o amplo espectro de dificultades psiquiátricas e psicosociais á hora de deseñar estratexias de intervención para esta poboación.

Hipóteses de Causas

Algúns dos documentos revisados propoñen diversas hipóteses que explican a relación entre o TDAH e o consumo de substancias. Unha destas teorías suxire que as persoas con TDAH poden recorrer ao consumo de substancias como unha forma de automedicación para aliviar os síntomas asociados ao seu trastorno. Este fenómeno é, segundo apuntan Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán (2015), é evidente na elección de determinadas drogas, como marihuana e alcohol, que poden actuar como sedantes e proporcionar un alivio temporal dos síntomas do TDAH. Do mesmo xeito, a elevada presenza de heroína e benzodiazepinas entre os pacientes con TDAH pode atribuírse aos seus efectos sedantes e analxésicos, xa que poderían ofrecer un alivio momentáneo dos síntomas do trastorno (Umar et al., 2017). A asociación entre o TDAH e o uso de estimulantes, como as metanfetaminas, tamén suxire a automedicación, o que explica a tendencia a buscar estes compostos para mellorar a concentración e a atención, posiblemente debido ás dificultades cognitivas que experimentan os individuos con TDAH (Miovsky et al., 2021). O mesmo ocorre coa cocaína, segundo Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán (2015). Ademais, El Rasheed et al. (2018) apuntan que a impulsividade, un trazo característico do TDAH, xoga un papel moi

importante no desenvolvemento dos TCS. O mesmo suxiren Osland et al. (2017), que sinalan que a impulsividade exacerbada en individuos con TDAH, xunto co apoio médico ou psicosocial inadecuado, reforza a tendencia ao consumo de tabaco, alcohol e outras substancias como mecanismos de autotratamento. Pola súa banda, Estévez et al. (2016) defende a dificultade de regular o consumo como posible causa de consumo de máis risco, así como apoiar o consumo dalgunhas drogas ilícitas como o cannabis como forma de automedicación para paliar os seus síntomas. Estas hipóteses suxiren información sobre posibles causas de consumo e sobre como os síntomas do TDAH poderían influír na elección de consumir certas substancias e non outras.

Complexidade e Multicausalidade da Adicción

Aínda que a maior parte dos documentos revisados apuntan a unha relación positiva entre o TDAH e o consumo de substancias, existen outros factores que se deben de ter en conta á hora de tratar de buscar as causas do consumo de substancias. Así, cabe destacar que en Osland et al. (2017), ao axustar por factores socioeconómicos, algunhas asociacións como o abuso e dependencia de cannabis non foi significativa, expoñendo que a relación entre o TDAH e as condutas de risco como o consumo de substancias poden estar mediadas por factores socioeconómicos e de educación. Estévez et al. (2016) expoñen que o Trastorno de Personalidade Antisocial tamén afecta á relación entre TDAH e consumo de substancias, pois ao axustar por este trastorno a asociación reduciuse, se ben mantívose significativa. En Miranda et al. (2015) o grupo con TDAH e uso de substancias mostrou unha maior comorbilidade de trastorno de conduta, e os síntomas deste foron preditores máis fortes do consumo de substancias graves como cannabis e cocaína que os síntomas do TDAH. Neste sentido, é necesario ter en conta que as adiccións son multicausais, e que fenómenos de carácter social, económico, cultural ou educativo; así como o xénero, a idade ou outros problemas de saúde física e/ou mental afectan ás motivacións de consumo e aos patróns de uso das substancias.

Tratamento e Prevención

Os documentos revisados xa mencionados tamén subliñan varias ideas importantes para o tratamento e a prevención do consumo de substancias en persoas con TDAH. En primeiro lugar, destácase a necesidade dun enfoque multidisciplinar para abordar a comorbilidade TDAH-TCS, especialmente en servizos especializados de saúde mental (Velásquez-Molina e Ordoñez-Huamán, 2015). Ademais, a intervención temperá e os esforzos preventivos son cruciais para minimizar os posibles riscos de patoloxía dual (Miranda et al., 2015). A importancia da detección e tratamento do TDAH en persoas que consumen substancias tamén se expón, co fin de proporcionar intervencións máis efectivas e

personalizadas (Isorna et al., 2021; Jean et al., 2023; Effat et al., 2022; Mahmoud, 2022). Isto inclúe o uso de ferramentas de detección de TDAH en pacientes con abuso de substancias, especialmente aqueles que poderían beneficiarse do tratamento con medicamentos estimulantes, os cales demostraron reducir o número de drogas utilizadas (Effat et al., 2022). Ademais, recoméndase sensibilizar aos servizos de psiquiatría sobre a presenza de TDAH en persoas adultas para desenvolver programas de intervención máis adaptados e individualizados (Rad et al., 2024).

Asemade, analizáronse catro documentos que versan exclusivamente sobre recomendacións para o tratamento do TDAH e TCS. A maioría dos estudos coinciden en que a maior evidencia existente é sobre a terapia farmacolóxica, pois non hai practicamente estudos que investiguen a eficacia do tratamento de carácter psicosocial e educativo. Non obstante, ademais das recomendacións clínicas, estes documentos expoñen algunhas ideas de tratamentos de carácter psicosocial que poden responder ás funcións propias das persoas profesionais da Educación Social, e serán expostos a continuación.

Para comezar, todos os documentos coinciden en que a detección temperá e a avaliación continua son esenciais para un tratamento eficaz, tal e como indicaban os estudos anteriores. Ademais, é importante que as persoas profesionais realicen avaliacións regulares para monitorizar a evolución de ambos trastornos e axustar as intervencións segundo sexa necesario. Recoméndase tamén que se explique a confidencialidade da información e se avalíe o consumo de substancias nas persoas adolescentes de maneira aberta e sen prexuízos, preferiblemente sen que os pais estean presentes (Özgen et al., 2021). Recoméndase, como se mencionou con anterioridade, a detección sistemática do TDAH en persoas que ingresan en programas de tratamento por abuso de substancias (Schoenfelder e Kollins, 2015).

Özgen et al. (2021) e Young e Woodhouse (2021) expoñen, en primeiro lugar, a importancia de levar a cabo un enfoque multidisciplinario e personalizado cando se trata de patoloxía dual, seguindo directrices específicas para cada trastorno e tendo en conta a súa relación. Ademais, destácase a importancia do tratamento psicosocial, que debe comezar o antes posible para abordar tanto o TDAH como o TCS. Unha parte importante que se inclúe é a psicoeducación (Özgen et al., 2021; Hogue et al., 2017; Young e Woodhouse, 2021; . (Schoenfelder e Kollins, 2015), que pode ser ben para a familia, ben para a propia persoa, ou ben para ambas as dúas. É especialmente recomendable porque proporciona información sobre as taxas de prevalencia, a etioloxía e os síntomas principais, o curso do trastorno, os impactos en múltiples ámbitos e no funcionamento da persoa, os principais problemas que se dan e as posibles comorbilidades asociadas co TDAH. É fundamental, pois, para aumentar a concienciación sobre posibles riscos potenciais como o uso de substancias (Schoenfelder e Kollins, 2015). Así mesmo, demostrouse que a psicoeducación para o TDAH mellora os

efectos da medicación e do tratamento condutual, así como o funcionamento prosocial (Hogue et al., 2017). Ademais, comprender como os síntomas do TDAH poden estar asociados co inicio e o mantemento do uso de substancias formará unha parte importante do plan de tratamento da propia persoa. Por exemplo, unha persoa que pensa que necesita consumir cocaína para ser capaz de concentrarse nas súas tarefas laborais beneficiarase ao comprender por que as persoas con TDAH teñen dificultades para concentrarse e completar as tarefas, así como ao adquirir ferramentas para mellorar esas capacidades (Young e Woodhouse, 2021).

Algúns dos documentos suxiren que as entrevistas motivacionais axudan a mellorar a participación e retención no tratamento. Tamén se recomenda a terapia cognitivo-condutual (TCC) para desenvolver habilidades que permitan manexar os síntomas e reducir o consumo de substancias (Özgen et al., 2021, Young e Woodhouse, 2021). En adolescentes máis novos con TDAH e TCS comórbido, recoméndase especialmente traballar coa familia para mellorar a dinámica familiar e apoiar á persoa adolescente. Non obstante, é sensato preguntar á persoa adolescente se quere involucrar á familia ou non (Özgen et al., 2021).

As adaptacións ambientais tamén son importantes. Özgen et al. (2021) expoñen que os axustes no entorno escolar e doméstico poden axudar a xestionar mellor os síntomas do TDAH e crear un entorno máis estable para as persoas adolescentes. Por exemplo, facilitar o acceso a recursos académicos como adaptacións ou titorías pode ser beneficioso (Corona et al., 2020). É esencial crear redes sólidas entre a familia e a escola (Hogue et al., 2017).

Promover un estilo de vida saudable é outra recomendación que se suxire. Isto comprende unha dieta equilibrada, exercicio regular e un horario saudable para durmir, prácticas que poden complementar os tratamentos psicosociais e farmacolóxicos (Özgen et al., 2021). Ademais, programar actividades e exercicio físico de forma regular e planificada pode ser beneficioso á hora de minimizar os períodos de risco cando as persoas se atopan nun punto vulnerable da patoloxía dual (Young e Woodhouse (2021).

Finalmente, é crucial fomentar redes sociais positivas e de empoderamento. As persoas con dependencia de substancias xunto cun control deficiente dos impulsos poden ter dificultades para relacionarse co potencial de cambio. Para mellorar isto, é imprescindible identificar metas construtivas (por exemplo, conseguir un traballo) e dividilas en pasos específicos, realistas e manexables. Se as metas son abstractas ou percibidas como inalcanzables, é menos probable que se logren, o que repercute negativamente na motivación, confianza e autoestima. Para mellorar a confianza, recoméndase tratar os impulsos físicos, programar actividades rutinarias, abordar crenzas disfuncionais e pensamentos negativos, obter redes sociais positivas, e establecer sistemas de recompensa e autorreforzo para previr a recaída (Young e Woodhouse, 2021). Traballar centrándose nas experiencias positivas é

particularmente relevante para as persoas con TDAH, que a miúdo presentan unha forte desregulación emocional e condutual.

Por último, Schoenfelder e Kollins (2015) abordan a prevención de riscos para mozos con TDAH, incluíndo o consumo de substancias, e expoñen a importancia de fortalecer os factores de protección socioambientais, dada a forte asociación entre o comportamento de risco e os problemas funcionais relacionados co TDAH.

Conclusións

No presente apartado expóranse as principais conclusións que se extraen da realización do traballo. Indicarase o grao de consecución dos obxectivos da investigación, as limitacións da investigación e a relación coas competencias da titulación, e finalizarase abordando liñas de investigación futuras e propostas de intervención dende a Educación Social.

Consecución dos Obxectivos da Investigación

Pese ás limitacións da investigación, que se detallarán a continuación, a análise dos documentos seleccionados permite determinar que o TDAH é un factor de risco para o consumo de substancias tanto na adolescencia como na idade adulta. Esta conclusión xorde dos resultados obtidos, que maioritariamente corroboran a existencia dunha relación directa entre o TDAH e o consumo de substancias. Por tanto, considérase que o obxectivo xeral do presente Traballo de Fin de Grao está cumprido.

No tocante aos obxectivos específicos, o primeiro consistía en realizar unha revisión da literatura específica sobre a conceptualización, características e tratamento do TDAH e do consumo de substancias, así como da comorbilidade entre ambos. A información recollida no marco teórico, xunto cos datos extraídos dos documentos analizados, proporcionan información suficiente como para poder cumprir coa finalidade proposta. Respecto ao segundo obxectivo específico, que se centraba en estudar as consecuencias da comorbilidade entre TDAH e o consumo de substancias, tamén se considera que foi alcanzado. Os resultados da investigación permitiron identificar que esta comorbilidade pode incrementar a gravidade da adicción, influír no inicio do consumo, favorecer o policonsumo e estar asociada a unha maior psicopatoloxía, o que supón unha forma máis grave de TCS. Finalmente, en canto ao terceiro obxectivo específico, que pretendía establecer posibles liñas de futuro desde a Educación Social para a abordaxe destas dúas realidades, con especial énfase nas intervencións de carácter preventivo e de redución de riscos, a investigación presentou certas limitacións. Non se atoparon documentos específicos que abordasen o tratamento da patoloxía dual desde a perspectiva da Educación Social nin que o fixeran dende o modelo de redución de riscos. Non obstante, identificáronse tratamentos de carácter psicosocial que

poden ser adaptados e que corresponden con funcións propias da Educación Social. Por tanto, quedan abertas posibles liñas de futuro que aborden esta cuestión.

Como conclusión xeral, é evidente a necesidade de ampliar a investigación, especialmente dende o ámbito socioeducativo. Aínda que o presente traballo presenta certas limitacións, contribúe a expor a relación entre o TDAH e o consumo de substancias, cuestión que resulta de importancia para a Educación Social, pois permite avanzar no coñecemento sobre a temática e comezar a propoñer intervencións específicas e adaptadas para abordar esta realidade.

Limitacións da Investigación

En primeiro lugar, unha das principais limitacións do presente estudo é a gran variabilidade na mostra dos diferentes documentos revisados, pois algunhas investigacións contan con mostras moi pequenas, mentres que outras se basean en mostras mais amplas. Ademais, non todos os estudos investigan as mesmas substancias, o que fai que os resultados sexan moi variados, dificultando a posibilidade de establecer relacións claras. En canto ás substancias máis consumidas, é importante ter en conta que os documentos seleccionados proceden de diferentes países, cada un con culturas e contextos culturais e socioeconómicos propios. O consumo de determinadas substancias e os patróns de consumo poden variar de xeito significativo en función destas variables. Esta diversidade metodolóxica, temática e contextual impide unha comparación sólida entre os estudos, cuestión que pode afectar á interpretación dos resultados obtidos.

En segundo lugar, cabe destacar a ausencia de distinción de xénero na maioría dos estudos revisados. Só un estudo considerou o xénero como un factor relevante, o que representa unha importante limitación. Para futuras liñas de investigación, é necesario explorar como o xénero pode influír na relación entre o TDAH e o consumo de substancias, pois isto permitiría comprender mellor as diferenzas na prevalencia, nos patróns de consumo e na resposta aos tratamentos, proporcionando unha visión máis completa da cuestión e incorporando a perspectiva de xénero á investigación.

Outra limitación importante reside nos criterios empregados para o diagnóstico do TDAH nos distintos estudos. Algúns estudos utilizaron o DSM, outros seguiron a CIE-10 e outros baseáronse en cuestionarios autoinformados, polo que existe unha falta de uniformidade nos criterios diagnósticos que tamén pode afectar á comparabilidade entre estudos.

Finalmente, en canto aos tratamentos, a maioría dos documentos revisados abordaron a patoloxía dual desde unha perspectiva clínica, sen ofrecer moitas recomendacións ou pautas a seguir desde un enfoque psicosocial. Non se atoparon estudos que trataran a patoloxía dual desde a perspectiva da Educación Social. Esta falta de investigacións sobre

intervencións de carácter psicosocial e educativo representa unha importante carencia, pois é necesario considerar estas dimensións para establecer pautas e boas prácticas de referencia para as persoas profesionais da educación e do ámbito social.

Relación coas Competencias da Titulación

A elaboración deste Traballo Fin de Grao foi de utilidade para poñer en práctica diversas competencias adquiridas ao longo do grao en Educación Social. Neste apartado indícanse aquelas que se consideran máis reforzadas tras a realización do mesmo, utilizando como base as competencias establecidas na memoria do grao.

En canto ás competencias básicas, destácase a capacidade de reunir e interpretar datos relevantes para emitir xuízos sobre cuestións de carácter social, científico ou ético. Durante a realización deste TFG, recolleuse e analizouse información de diversas fontes académicas e científicas sobre o TDAH e o consumo de substancias, o que permitiu formular xuízos fundamentados e reflexionar sobre as implicacións do problema estudado. Neste sentido, recóllese tamén a competencia na defensa de argumentos e na resolución de problemas, pois a realización desta revisión documental implicou tomar decisións sobre diversas cuestións, como a selección dos documentos pertinentes ou a elección das dimensións axeitadas a analizar nas discusións. Porén, os coñecementos teóricos e metodolóxicos e a capacidade de reflexión e crítica traballada ao longo da titulación foron cruciais para a toma de decisións.

No tocante ás competencias xerais, destácase o coñecemento e comprensión dos fundamentos académicos e científicos da Educación Social, así como a capacidade de analizar criticamente a natureza das súas áreas de intervención. Grazas á investigación realizada, fun capaz de identificar algunhas carencias na nosa disciplina, como a falta de evidencias teóricas e boas prácticas relacionadas coa abordaxe do TDAH e o consumo de substancias. Doutra banda, unha das competencias máis reforzadas considero que foi a da xestión e utilización dos recursos documentais, metodolóxicos e materiais, pois a metodoloxía utilizada no presente traballo implicou o uso e xestión eficiente dos recursos bibliográficos, a busca sistemática de información en bases de datos e catálogos especializados, así como a utilización de operadores que me permitiron acoutar a busca e conseguir os resultados buscados.

En canto ás competencias transversais, destacan a expresión e a comunicación, necesarias para expresar con claridade e coherencia os achados e conclusións do estudo; o desenvolvemento dunha actitude autocrítica e reflexiva, así como a actitude de permanente formación e actualización, pois unha das razóns da escolla desta temática foi a de afondar máis sobre unha cuestión estudada nos últimos anos ca fin de actualizar e aumentar a miña formación.

Por último, en relación ás competencias específicas, destacar a análise crítica das realidades socioeconómicas, políticas, educativas e culturais. Durante a realización do traballo, pese a que o obxectivo fose establecer unha relación entre dous factores concretos, tívose en conta a importancia de diferentes factores socioeconómicos, políticos, educativos e culturais que inflúen na posible relación dos mesmos. Ademais, estableceuse unha análise crítica da realidade socioeducativa que debe de abordar esta problemática. Por último, mencionar a selección e utilización de métodos orientados ao coñecemento das realidades educativas e sociais.

Finalmente, é preciso destacar que tamén se identificaron áreas de mellora en diversas cuestións, e que hai competencias que deben de seguirse perfeccionando. Por exemplo, a capacidade de síntese e claridade nas discusións ou o proceso de busca e selección de documentos e a realización da proposta metodolóxica en xeral foron aspectos que me resultaron complexos. Non obstante, o presente traballo contribuíu a traballar estas cuestións e, por tanto, a mellorar a miña formación académica. En síntese, a realización deste TFG foi clave para poñer en práctica e reforzar competencias clave do grao en Educación Social e para identificar fortalezas e debilidades en canto ás mesmas.

Liñas de Investigación Futuras

Tras a realización da revisión documental e a análise das súas limitacións, expóñense algunhas propostas de liñas de investigación futuras respecto á relación entre o TDAH e o consumo de substancias:

- Investigar sobre as diferenzas na manifestación de síntomas de TDAH en homes e mulleres para combater o infradiagnóstico das mulleres.
- Investigar sobre as diferenzas de xénero das persoas con TDAH en relación aos patróns de consumo de substancias.
- Investigar sobre a hipótese da automedicación e estudar as causas e motivacións para o consumo de substancias en persoas con TDAH.
- Crear e validar instrumentos específicos de detección de TDAH para persoas consumidoras de substancias.
- Crear manuais de boas prácticas de carácter psicosocial e educativo para a abordaxe da patoloxía dual de TDAH e TCS.

Propostas de Intervención Dende a Educación Social

A procura documental amosou que segue a existir, tal e como expoñen Sixto e Olivar (2023), un predominio do modelo biomédico na intervención en adiccións e uso de substancias. Disto xorde a priorización dos tratamentos farmacolóxicos, onde a financiación,

a industria farmacéutica e os intereses persoais das persoas profesionais da medicina toman un papel fundamental. A consecuencia, pois, é que as intervencións de carácter psicosocial e educativo quedan relegadas, en moitas ocasións, a un segundo plano. Neste contexto, e continuando coas palabras destas autoras, a Educación Social debe posicionarse abertamente, redefinindo parcelas de traballo propias, expoñendo estratexias e obxectivos a traballar e xerando modelos que permitan atender o ámbito social das persoas consumidoras e/ou adictas cunhas garantías de calidade.

A complexa relación entre o TDAH e o consumo de substancias legais e ilegais pode ser abordada dende distintos ámbitos e dende enfoques diversos, en función das necesidades que se detectan e dos obxectivos da propia intervención socioeducativa. Tal e como se expuxo con anterioridade, existen recomendacións sobre como abordar esta patoloxía dual dende o ámbito social, destacando a importancia de traballar os seguintes aspectos: a detección temperá; a psicoeducación; as adaptacións ambientais, especialmente no eido familiar e académico; a promoción dun estilo de vida saudable e dun ocio alternativo; o fomento de redes sociais e de empoderamento; e o fortalecemento de factores de protección socioambientais. Tendo isto en conta, destácanse as seguintes propostas para intervir dende distintos ámbitos da Educación Social (CEESG, 2017):

- A educación para a saúde: Psicoeducación e promoción de estilos de vida saudables

As persoas profesionais da Educación Social temos un papel fundamental no ámbito da saúde, e debemos facilitar procesos de información e de motivación para contribuír á mellora da calidade de vida das persoas (Gutiérrez e Quintanal, 2018). Neste sentido, a psicoeducación ten como obxectivo proporcionar información sobre o TDAH e os seus síntomas, causas, consecuencias, riscos asociados... É, como se mencionou con anterioridade, clave tanto para a prevención de adiccións en persoas con TDAH como para mellorar o tratamento da patoloxía dual. Adoptando un enfoque de educación para a saúde, as persoas profesionais da Educación Social temos un rol importante á hora de proporcionar información que poda previr ou paliar os riscos asociados ao TDAH, como o consumo abusivo de substancias. A psicoeducación poderá levarse a cabo nunha diversidade de contextos, en función de cal sexa o obxectivo, e poderá centrarse na propia persoa ou estenderse á familia ou ao conxunto da comunidade. Doutra banda, a promoción de hábitos de vida saudables e o fomento de estilos de vida que contribúan a mellorar o benestar tanto físico como psíquico da persoa son uns dos compoñentes que deben acompañar á intervención das adiccións en persoas con TDAH segundo as recomendacións vistas con anterioridade.

- A educación familiar: Habilidades comunicativas e adaptacións no fogar

A educación familiar é fundamental no tratamento e prevención do TDAH e consumo de substancias cando falamos de persoas mozas e adolescentes. Tal e como vimos en Özgen et al., (2021), as persoas con TDAH poden necesitar certos axustes no entorno doméstico, e o entorno familiar xoga un papel fundamental no seu desenvolvemento e benestar. Ademais, tendo en conta que poden ser máis vulnerables a outros trastornos da conduta, é vital dotar á familia de habilidades comunicativas efectivas para relacionarse coa persoa adolescente dende a asertividade. O feito de manter un diálogo aberto coa familia pode ser un factor de protección ante o consumo, ou pode facilitar que ante algún problema coas sustancias a persoa adolescente estea máis disposta a comunicalo.

- O ocio e tempo libre: Alternativas de ocio saudables

O ocio, como parte da cultura social das persoas, ten a capacidade de “prever, condicionar e xerar desenvolvemento social ao mesmo tempo” (Merino, 2021, p.18). Os espazos de ocio son, por tanto, unha ferramenta educativa que debe ser aproveitada dende a acción socioeducativa, fomentando o ocio construtivo. No caso das persoas con TDAH consumidoras de substancias, contar con alternativas de ocio saudable pode ser beneficioso non só para deixar de asociar o ocio co consumo de sustancias, senón tamén para fortalecer as redes e o tecido social, para establecer unha rutina ou para mellorar as habilidades sociais.

- A educación emocional e afectiva para fomentar o empoderamento

A educación emocional e afectiva é un ámbito ao que se lle debe de prestar especial atención dende a Educación Social. Enténdese como “un proceso educativo, continuo e permanente, que pretende potenciar o desenvolvemento das competencias emocionais como elemento esencial do desenvolvemento humano, co obxectivo de capacitalo para a vida e coa finalidade de aumentar o benestar persoal e social” (Bisquerra, 2021, p. 27). As persoas con TDAH consumidoras de sustancias adoitan manter unha forte des-regulación emocional (Young e Woodhouse, 2021). Neste sentido, a educación emocional pode ser útil para identificar desencadeantes que podan levar ao consumo de sustancias, para xestionar reaccións impulsivas ou para fortalecer as habilidades de afrontamento á hora de xestionar emocións como o estrés, a frustración ou a ansiedade. Ademais, é unha ferramenta mediante a cal se traballa o empoderamento e se traballa nas potencialidades da persoa.

Así, se unha persoa con TDAH conta con información sobre o seu trastorno e estratexias para afrontalo (psicoeducación), coñece hábitos e estilos de vida saudables (educación para a saúde), conta cun entorno familiar colaborativo e comunicativo (educación familiar), ten alternativas de ocio e unha rede e tecido social fortes (educación no ocio e tempo

libre), e coñece habilidades emocionais (educación emocional); pódese afirmar que posúe numerosos factores de protección ante a posibilidade de desenvolver problemáticas de uso ou abuso de substancias.

Porén, se se ten en conta a posibilidade de que a persoa con TDAH consuma substancias – ben sexa pola impulsividade característica do trastorno, pola hipótese da automedicación, ou simplemente pola busca de pracer e sensacións novas –, entón será sensato traballar en que este consumo non se torne un consumo de risco ou unha adicción. É aquí onde cobra importancia o anteriormente mencionado modelo de redución de riscos e praceres. Tal e como argumenta Bozano (2013), o fracaso producido polas accións que se orientan á visión abstinencial das drogas (como a aparición do mercado negro, a adulteración das substancias, o estigma que teñen que soportar as persoas usuarias ou a aparición de novas substancias psicoactivas pouco controladas) debería ser unha razón co peso suficiente como para implementar outro tipo de modelos, como o promovido por programas como Energy Control. É necesario que estes, ademais de ter presenza en espazos de ocio, cheguen a outros contextos como son o educativo, o familiar ou o comunitario; e a Educación Social é unha das vías para facelo posible.

Referencias Bibliográficas

- Abad-Más, L., Ruiz-Andrés, R., Moreno-Madrid, F., Herrero, R. e Suay, E. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 57(1), 193-203. <https://n9.cl/x1g2j>
- Alda, J., Cardo, M., Díaz, P., García, A., Gurrea, A., Izaguirre, J., López-Polín, A., Maestro, L., Marco, I., Martín, J., Martínez, M., Perales, G., Planas, J., Quintero, J., Reoyo, C. e Ruiz, P. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre las Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)* (Guías de Práctica Clínica en el SNS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf
- ANECA (2005). *Libro Blanco Título de Grado en Pedagogía y Educación Social*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. https://www.aneca.es/documents/20123/63950/libroblanco_pedagogia1_0305
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (1968). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (2 ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420355.dsm-ii>
- American Psychiatric Association. (1968). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (3 ed.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420188.dsm-iii-r>
- Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorders in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 12, 36-43. <https://www.psychiatrist.com/jcp/psychosocial-treatments-attention-deficit-hyperactivity>
- Bisquerra R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de investigación educativa*, 21(1), 7-43. <https://revistas.um.es/rie/article/view/99071>
- Bozano, J. (2013). ¿Prevenir o educar? Una aproximación a la gestión de placeres y riesgos. *Global Education Magazine*, 3, <https://globoeducationmagazine.com/prevenir-educar-una-aproximacion-la-gestion-de-placeres-riesgos%C2%B9/>
- Cabello, S. e González, A. (2021). Evaluación, diagnóstico y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). IX Congreso Internacional Multidisciplinar de Investigación Educativa 1 y 2 de Julio 2021. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9472668>

- Colexio de Educadores e Educadoras Sociais de Galicia (2017). *Funcións das Educadoras e Educadores Sociais por Ámbitos de Actuación*. https://ceesg.gal/wp-content/uploads/2024/03/funcions_por_ambitos.pdf
- Cuerno, L. (2013). Uso y abuso de sustancias psicoactivas: Cultura y sociedad. *Revista policía y seguridad pública*, 2, 67-111. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4899397>
- Escohotado, A. (2002). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.
- Effat, S., Elshahawi, H., Refaat, G., Rabie, M., Nasr, A., & Elrassas, H. (2022). Adult attention-deficit hyperactivity disorder among patients with substance use disorders. *Middle East Curr Psychiatry*, 29(84). <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00249-2>
- El Rasheed, A., Abd el Moneam, M., Tawfik, F., Walis, R., & Elrassas, H. (2023). Risk behaviors in substance use disorder in a sample of Egyptian female patients with or without symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *Middle East Current Psychiatry*, 30(18). <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00295-4>
- Elssaban, M., Gamal, M., & Metwally, M. (2022). Assessment of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Substance Use Disorder Patients. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(1), 5677-5681. <https://doi.org/10.21608/ejhm.2022.266028>
- Energy Control (s.d.) *¿Quiénes somos?* <https://energycontrol.org/quienes-somos/>
- Fernández, D. e Vega, B. (14 de novembro de 2019). *Evolución de modelos interventivos en adicciones: de la persecución a la responsabilidad*. Energy Control. <https://energycontrol.org/evolucion-de-modelos-interventivos-en-adicciones-de-la-persecucion-a-la-responsabilidad/>
- Comorbidity. *Eur Addict Res*, 27(2), 87-96. <https://doi.org/10.1159/000508571>
- Galindo, M. (2022). *El TDAH: ¿Déficit o potencial?* [Trabajo de Fin de Grado]. Universitat de les Illes Balears. https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/159356/Galindo_Pomar_Marc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González, P. (2015). Evaluación clínica de la personalidad del drogodependiente a través del MMPI-2. [Trabajo de Fin De Grado]. Universidad de Salamanca. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/128336/DPETP_Gonz%20E1lezRomero_P_Evaluaci%3F3ncl%20EDnica.pdf;jsessionid=1FDFF78B4C13BC89E0B4217FE05DF68C?sequence=1

- Gordóvil-Merino, A. (2012). Un enfoque integrador en el tratamiento del TDAH infantil y juvenil. *Revista de psicoterapia*, 23(90-91), 125-147. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394343>
- Gutiérrez, J. (2014). ¿Qué es una adicción? Desde las adicciones con sustancias a las adicciones comportamentales. Evaluación e intervención terapéutica. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(2), 21-28. https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Que_es_una_adiccion_J._de_Sola.pdf
- Gutierrez, R. e Quintanal, J. (2018). La Educación Social en el ámbito sanitario. *RES, Revista de Educación Social*, 27, 251-253. https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/esamsanitario_res_27.pdf
- Isorna, M., Liñares, D., Golpe, S., Gómez, P., & Rial, A. (2021). Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes con y sin TDAH. Nuevas Evidencias y Recomendaciones. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 60(3), 41-54. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.04>
- Jean, F., Schwartz, A., Galesne, C., Azouz, Z., Navarro, M., Montagni, I., Macalli, M., Côté, S., Tzourio, C., & Galéra, C. (2023). Attention deficit hyperactivity disorder symptoms and lifetime use of psychoactive substances among French university students: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 328. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115489>
- López, D., Martín, C., Hernández, J. P., Rodríguez, P.J. (2016). Evolución histórica del concepto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Canarias pediátrica*, 40(1), 40-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5435117>
- Martínez-Corona, J., Palacios-Almón, G. e Oliva-Garza, D. (2023). Guía para la revisión y el análisis documental: propuesta desde el enfoque colaborativo. *Ra Ximhai*, 19(1), 67-83. doi.org/10.35197/rx.19.01.2023.03.jm
- Mendoza, Y. e Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>
- Merino, N. (2021). *La importancia de un ocio y tiempo libre saludable. Propuesta de intervención socioeducativa con adolescentes en riesgo de exclusión social*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/49980/TFG-L2768.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Terapéuticas en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*.

https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_574_TDAH_IACS_compl.pdf

Miranda, A. (2011). *Manual práctico de TDAH*. Editorial síntesis.

Miranda, A., Colomer, C., Berenguer, C., Roselló, R., & Roselló, B. (2015). Substance use in young adults with ADHD: Comorbidity and symptoms of inattention and hyperactivity/impulsivity. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 157-165. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.001>

Miovský, M., Lukavská, K., Rubášová, E., Šťastná, L., Šefránek, M., & Gabrhelík, R. (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among Clients Diagnosed with a Substance Use Disorder in the Therapeutic Communities: Prevalence and Psychiatric Kooij, L.S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I... et al. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56, 14-34. <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/707E2A36539213CF85EACCA576F47427/S092493380000910Xa.pdf/updated-european-consensus-statement-on-diagnosis-and-treatment-of-adult-adhd.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). Informe 2023. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>

Özgen, M., Bolat, G., Spijkerman, R., Brink, W., Hendricks, V., Ercan, E., & Emiroğlu, N. (2021). International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 28(2), 79-88. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2021.18291>

Richart, A. (2023). *Sesgo de género en el TDAH: consecuencias a largo plazo y en el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias*. [Trabajo de Fin de Grado] Universidad Miguel Hernández de Elche. <http://dspace.umh.es/handle/11000/29743>

Rad, F., Buica, A., Stancu, M., Irimie-Ana, A., Andrei, E., Rosca, D., & Dobrescu, I. (2020). Adult ADHD symptoms in a group of patients with substance abuse. *Riv Psihiatr*, 55(3), 161-167. <https://doi.org/10.1708/3382.33572>

Rodillo, B. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2015.02.005>

- Sixto-Costoya, A. e Olivar, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en adicciones: recuperar el territorio colaborando. *RES, Revista de Educación Social*, 26, 141-158. <https://eduso.net/res/wp-content/uploads/2020/06/RES-26-andrea.pdf>
- Umar, M., Salihu, A., & Owolabi, S. (2017). Prevalence and correlates of ADHD in individuals with substance use disorder in Nigeria. *DHD Atten Def Hyp Disord*, 9, 189-198. <https://doi.org/10.1007/s12402-017-0218-9>
- Velásquez-Molina, E., & Ordóñez-Huamán, C. (2015). Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. *Revista Neuropsiquiatría*, 78(2), 73-79. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972015000200003&script=sci_abstract
- Young, S., & Woodhouse, E. (2021). Assessment and treatment of substance use in adults with ADHD: a psychological approach. *J Neural Transm*, 128, 1099-1108. <https://doi.org/10.1007/s00702-020-02277-w>
- Zapico, Y., Trabajo, P. e Pelayo, J. M. (2012). TDAH: Una visión multidisciplinar. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 11(2), 7-21. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/CUADERNOS%2011-2%202012.pdf>

ANEXOS

Anexo I. Criterios diagnósticos del TDAH en el DSM-V (APA, 2014)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p.

ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota:

En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.