



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD  
EN PADRES E HIJOS  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL  
2014 - 2015

PRESENTADA POR  
LUIS ENRIQUE MIRANDA CALDERÓN

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD  
EN PADRES E HIJOS**

**PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL**

**2014 - 2015**

**TESIS**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA**

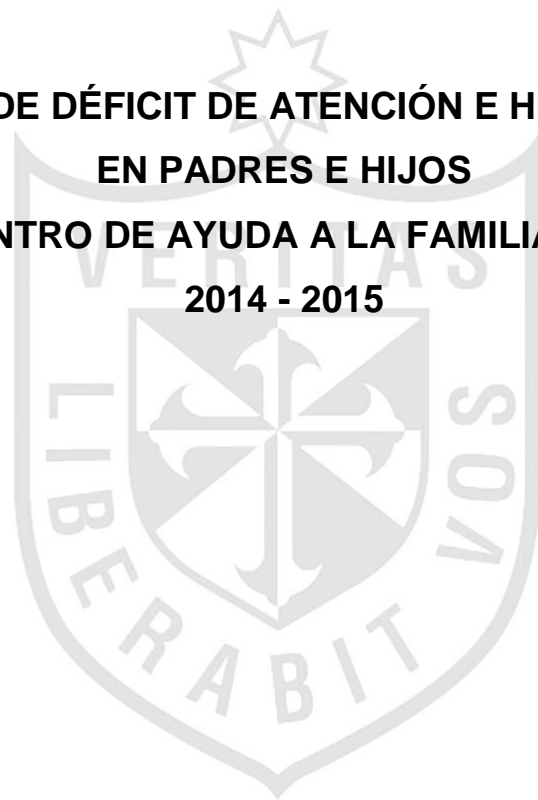
**PRESENTADO POR**

**LUIS ENRIQUE MIRANDA CALDERÓN**

**LIMA-PERÚ**

**2015**

**TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD  
EN PADRES E HIJOS  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL  
2014 - 2015**



## **Asesor**

Virginia Llerena Ponce, Psiquiatra, encargada de la atención de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”.

## **Jurado**

**Presidente:** Juan Carlos Velasco Guerrero, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP.

**Miembro:** Javier Navarrete Mejía, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP.

**Miembro:** Manuel Jesús Loayza Alarico, Doctor en Salud Pública, docente de la Facultad de Medicina – USMP.

A mis padres y mi novia por su apoyo incondicional, su comprensión y su  
paciencia.



## **Agradecimientos a:**

Alberto Fernández Arana, psiquiatra, por los conocimientos brindados durante toda mi formación y la constante motivación investigar.

Gisela Vargas Cajahuanca, psiquiatra del Departamento Psiquiátrico de Niños y Adolescentes del Hospital Víctor Larco Herrera, por sus aportes para la elección del tema de mi investigación y el direccionamiento de mi proyecto de tesis.

Pilar Reyes Mindreau, psicóloga educacional del Colegio Claretiano, por la oportunidad de trabajar a su lado en el manejo integral de familias con problemas emocionales y de salud mental.

Virginia Llerena Ponce, psiquiatra del Centro Médico Naval "CMST", por su confianza y su invaluable aporte de experiencia en la atención de la patología mental de niños y adolescentes.

Zoel Huatuco Collantes, por su paciencia y sus constantes observaciones y correcciones metodológicas a esta investigación.

A mis todos mis Maestros y compañeros de esta hermosa especialidad médica, por todos sus consejos, su comprensión y su apoyo.

# INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
1.1 Antecedentes de la investigación	10
1.2 Bases teóricas	21
1.3 Definiciones conceptuales	36
<b>CAPITULO II: METODOLOGIA</b>	<b>40</b>
2.1 Diseño y tipo de investigación.	40
2.2 Población y muestra.	40
2.3 Métodos de recolección de datos.	41
2.4 Procesamiento de datos	41
2.5 Aspectos éticos	41
<b>CAPITULO III: RESULTADOS</b>	<b>42</b>
<b>CAPITULO IV: DISCUSIÓN</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>60</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>72</b>



## INDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>GRÁFICO N° 01</b> Distribución de la población según género. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015.	<b>42</b>
<b>GRÁFICO N° 02</b> Síntomas de inatención. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015	<b>43</b>
<b>GRÁFICO N° 03</b> Síntomas de inatención según género. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015	<b>44</b>
<b>GRÁFICO N° 04</b> Síntomas de hiperactividad. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015	<b>45</b>
<b>GRÁFICO N°05</b> Síntomas de hiperactividad según género. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015	<b>46</b>
<b>GRÁFICO N° 06</b> Síntomas de impulsividad. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015	<b>47</b>
<b>GRÁFICO N° 07</b> Síntomas de impulsividad según género. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". 2014-2015	<b>48</b>

<b>GRÁFICO N° 08</b> Síntomas significativos de impulsividad según género.	
Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015	<b>49</b>
<b>GRÁFICO N° 09</b> Síntomas significativos de inatención, hiperactividad e impulsividad según género.	
Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015	<b>50</b>
<b>GRÁFICO N° 10</b> Comorbilidades.	
Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015	<b>51</b>
<b>GRÁFICO N°11</b> Comorbilidades según género.	
Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015	<b>52</b>
<b>GRÁFICO N°12</b> Nivel académico del total de evaluados.	
Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015	<b>53</b>
<b>GRÁFICO N°13</b> Nivel académico según género.	
Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015	<b>54</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo fue establecer prevalencia de manifestaciones del TDAH del adulto, en padres de niños con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL” entre junio del 2014 y mayo 2015.

**Método:** El estudio de tipo descriptivo prospectivo y con un corte transversal. La población de este estudio incluyó a todos los padres y madres de pacientes con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. La muestra consistió del 100% (33) de padres que desearon participar del estudio, que pudieron ser entrevistados entre junio del 2014 y mayo del 2015 y que no tenían alguna patología mental previamente.

**Resultados:** Se encontró que un 63.6% de adultos los evaluados presentaba síntomas de inatención. Siendo el grupo de mujeres el que presenta mayor incidencia de síntomas de inatención con un 94%, frente a un 31.2% del grupo de varones. También se encontró que los síntomas de hiperactividad estaban presentes en el 45% del total de evaluados, siendo el grupo de varones el que presenta mayor incidencia de síntomas de hiperactividad con un 81.2%, frente a un 23.5% del grupo de mujeres. Además se encontró que los síntomas de impulsividad en los evaluados estaban presentes de manera significativa en más del 75% de los adultos evaluados. En mujeres el 82.4% y en varones el 68% presentaron síntomas de impulsividad de manera significativa. Con respecto a la comorbilidad se encontró presente en el 87.9% de los evaluados,

siendo los problemas de socialización la comorbilidad más frecuente en el grupo de varones con 62.5% y los síntomas ansiosos ó depresivos la comorbilidad más frecuente en el grupo de mujeres con 35.3%. El nivel académico más frecuente fue el de superior incompleta o técnico con un 42.4% en la población total de estudiados, siendo de un 41.2% en el grupo de mujeres y 43.8% en el grupo de varones. El nivel académico de post-grado fue de 11.8% en el grupo de mujeres y 18.8% en el grupo de varones. Los que terminaron una formación superior completa fue de 23.5% en el grupo de mujeres y 31.3% en el grupo de varones. Los que solo culminaron secundaria fueron 17.6% en el grupo de mujeres y 6.3% en el grupo de varones y solo en del grupo de las mujeres se encontró un 5,9 % que culminó únicamente primaria.

**Conclusiones:** Se encontró manifestaciones del TDAH del adulto en el 100% de la población estudiada. Se encontraron presentes síntomas de inatención y de hiperactividad pero los síntomas de impulsividad son los que se encuentran con mayor prevalencia. Además se evidencia que existe mayor prevalencia de síntomas de inatención en mujeres, mayor prevalencia de síntomas de hiperactividad en varones y la impulsividad es alta en ambos grupos siendo un poco más frecuente en mujeres.

**Palabras clave:** Inatención, Hiperactividad, Impulsividad, Comorbilidad, Nivel Académico.

## ABSTRACT

**Objective:** The objective was to establish prevalence of manifestations of ADHD in adults, parents of children diagnosed with ADHD in the "Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral - PSICOFAMIL" between June 2014 and May 2015.

**Method:** Prospective descriptive study with a cross-section. The study population included all parents of patients diagnosed with ADHD in the "Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral - PSICOFAMIL". The sample agreed 100% (33) of parents who wanted to participate in the study, which could be interviewed between June 2014 and May 2015 and who had no prior mental illness.

**Results:** We found that 63.6% of adults evaluated had symptoms of inattention. As the group of women presented a higher incidence of symptoms of inattention with 94%, compared with 31.2 % in the group of males. It was also found that hyperactivity symptoms were present in 45% of all evaluated, with the male group presents increased incidence of symptoms of hyperactivity 81.2 % versus 23.5% in the group of women. It was also found that symptoms of impulsivity in the evaluated were present significantly more than 75% of adults evaluated. In women 82.4% and men 68% had significant symptoms of impulsivity. About comorbidity, this was present in 87.9 % of evaluated socialization problems being the most common comorbidity in the group of men with 62.5% and

anxious or depressive symptoms were the most common comorbidity in the group of women with 35.3 %. The most common academic level was incomplete higher education or technical training with 42.4% in the total population studied, being 41.2% in the group of women and 43.8% in the group of males. Academic postgraduate level was 11.8% in the group of women and 18.8% in the group of males. Those who completed a full higher education were 23.5% in the group of women and 31.3% in the group of males. Which they culminated only secondary were 17.6% in the group of women and 6.3% among males and in women group was found a 5.9 % that culminated only primary.

**Conclusions:** Manifestations of adult ADHD was found in 100% of the study population. Symptoms of inattention and hyperactivity were found but symptoms of impulsivity are those who are most prevalent. There is also evidence that higher prevalence of symptoms of inattention in women, higher prevalence of symptoms of hyperactivity in males and impulsivity is high in both groups, being more common in women.

**Keywords:** Inattention, Hyperactivity, Impulsivity, Comorbidity, Academic Level.

## INTRODUCCIÓN

El Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL” atiende problemas mentales y emocionales principalmente de una población infantil y adolescente en edad escolar y al igual que en otras poblaciones el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es en la actualidad uno de los problemas al que nos enfrentamos con mayor frecuencia,

Este trastorno produce gran desajuste social y familiar; y siendo nuestro objetivo principal ofrecer un servicio terapéutico integral de alta calidad, así como apoyo médico y psicológico especializado a niños, adolescentes, y ya que la familia es el primer agente socializador y representa un factor protector para las diversas dificultades del trastorno, resulta de suma importancia identificar la presencia de síntomas de este trastorno en los padres de los pacientes ya que con mucha frecuencia uno o ambos padres comparte las dificultades relacionadas con el TDAH que dificultan el manejo integral de esta patología.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es en la actualidad uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población infanto-juvenil. Se presenta en el 5% al 10% de los niños en edad escolar y se estima que está presente en el 3% al 6% de la población adulta.<sup>1</sup>

Múltiples estudios de concordancia realizados en gemelos (entre los que destacan los de Biederman y Faraone) demuestran la importancia de la participación de la genética en la etiología del TDAH, mostrando una heredabilidad promedio de 80% .<sup>2,3</sup>

En estos últimos años ha adquirido gran relevancia el estudio de este trastorno en la población adulta. Actualmente se acepta que las manifestaciones clínicas no desaparecen, sino que el trastorno se manifiesta de una manera diferente en los adultos. El diagnóstico de TDAH en adultos se sustenta en la historia de manifestaciones del trastorno durante la infancia, antecedentes familiares, respuesta a tratamientos previos, curso y evolución de los síntomas. Los adultos con déficit de atención e hiperactividad presentan mayores dificultades familiares, sociales y laborales que los adultos sin este trastorno.<sup>4</sup>

Diversos estudios de seguimiento demuestran que los pacientes con este trastorno, aun con niveles de inteligencia similares muestran un menor rendimiento escolar y logran una menor formación académica que los grupos control. Además los adolescentes con este trastorno muestran más problemas de adaptación social y disciplina en el ámbito escolar, lo que en los adultos se traduce en una marcada dificultad para adaptarse al medio laboral. Esta dificultad se atribuye a dificultades en el control de los impulsos y problemas de atención.<sup>5</sup>



Los niños y adolescentes con TDAH muestran numerosas descripciones de un peor ajuste social en comparación con los grupos de control. Estos problemas pueden persistir en los adultos con TDAH, incluso agravarse, si se tienen en cuenta las crecientes demandas sociales que han de afrontar en la edad adulta. Se describen mayores dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en las relaciones de pareja, lo que a largo plazo se traduce en una dinámica familiar disfuncional.<sup>5</sup>

Con respecto al deterioro funcional y problemas psicosociales se sabe que en la evolución del TDAH del niño al adulto, al menos 38% continúa cumpliendo los criterios diagnósticos del trastorno, un 72% presenta al menos un tercio de los síntomas y hasta un 90% presenta deterioro funcional significativo (inferior a 60) en la escala de evaluación de la actividad global (EEAG) .<sup>5</sup>

El adulto con TDAH presenta un deterioro crónico de las funciones ejecutivas, un menor funcionamiento global, dificultades para sociabilizar, dificultades académicas y emocionales, mayor frecuencia de comorbilidades, mayor incidencia de conducta disocial y niveles socioeconómicos bajos.<sup>5</sup>

En el TDAH se estima que existe entre un 60% a 70% de comorbilidades asociadas; Sin embargo la principal diferencia entre el TDAH del niño con respecto al adulto, radica en una mayor prevalencia de uso y abuso de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad. En el seguimiento de TDAH a lo largo de la vida, las comorbilidades más frecuentemente

encontradas son Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Antisocial de la Personalidad y Trastornos por Consumo de Sustancias con una prevalencia de 28%, 23% y 19% respectivamente. Con menor frecuencia se encontró asociación con Trastorno de Ansiedad y Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Además los estudios sugieren la existencia de diferencias en cuanto a las comorbilidades según la variante clínica de TDAH encontrada. El TDAH de tipo combinado se asocia con una mayor probabilidad de presentar un Trastorno Negativista Desafiante (TND), mayor hostilidad interpersonal y mayor riesgo de intentos suicidas. La presencia de TDAH repercute de manera negativa sobre el consumo de sustancias. En con pacientes TDAH cuyas manifestaciones se mantienen en la edad adulta existe un riesgo incrementado a desarrollar abuso, dependencia, mayor riesgo de recaídas y trastorno de la personalidad asociado a consumo crónico de sustancias psicoactivas.<sup>6</sup>

Sobre el tratamiento del TDAH del adulto, los estudios muestran que aproximadamente un 30% presentan síntomas residuales luego del tratamiento farmacológico lo que apoya la idea de intervenciones integrales que incluyan farmacoterapia y psicoterapias individuales, familiares.<sup>7</sup>

Conociendo que en los pacientes con TDAH continúan presentando manifestaciones durante la vida adulta y que estas manifestaciones conllevan a un deterioro funcional global con un riesgo incrementado de comorbilidades psiquiátricas, el problema que se planteó fue:

¿Cuál es la Prevalencia de manifestaciones del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad del Adulto, en padres de niños con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL” entre junio del 2014 y mayo 2015?

El objetivo fue establecer prevalencia de manifestaciones del TDAH del adulto, en padres de niños con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL” entre junio del 2014 y mayo 2015.

Para quienes atendemos pacientes con TDAH resulta sumamente importante identificar sus manifestaciones a lo largo de la vida, a fin de realizar un manejo integral de la familia, que representa un factor protector para las diversas dificultades del trastorno, y cuyos miembros muchas veces comparten una o más dificultades relacionadas con el TDAH.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes de la investigación

Cortese, S. determinó que en los pacientes con TDAH estudiados existía una alteración genética, del alelo 7 (7R) del receptor de dopamina D4 (DRD4), y una variación genética en el complejo de genes transportadores de dopamina DAT1 / SLC6A3 lo que se relacionaría con una alteración de la funciones de la corteza orbito frontal, la cual a su vez se relaciona con una reducción en los estudios de imagen en el volumen orbito-frontal derecho, pre-frontal inferior y de la corteza parietal posterior de niños con TDAH. Por otro lado los estudios con Resonancia Magnética Funcional muestran alteración en la actividad neuronal en la corteza cingulada anterior dorsal mientras se realiza una tarea en adultos con diagnóstico de TDAH.<sup>8</sup>

Sobanski E., et al con respecto al tratamiento con atomoxetina, encontró una respuesta al tratamiento (reducción de síntomas  $\geq 30\%$ ) del 60,1% en el grupo que recibió con atomoxetina frente al que no recibió medicación. Sin embargo la incidencia global de acontecimientos adversos fue del 70,4%, los más frecuentes incluyeron fatiga, irritabilidad, náuseas y pérdida de apetito. Además un 18,5% suspendió el tratamiento antes de tiempo debido a acontecimientos adversos. A pesar de eso el estudio concluyó que la atomoxetina es un tratamiento eficaz en adultos con TDAH.<sup>9</sup>

Arnsten, A., et al revisó la función de la corteza pre-frontal en los procesos de atención, en la regulación del comportamiento y emociones y el rol crítico de la noradrenalina y la dopamina en el adecuado funcionamiento de la corteza pre-frontal. Concluyendo que diferentes aspectos de la atención como el control de impulsos en el TDAH están alterados por problemas en la asociación entre la corteza temporal, parietal y pre-frontal que está mediada por las catecolaminas (dopamina y la noradrenalina) tienen gran influencia sobre la corteza pre-frontal. Sin embargo en el tratamiento de este trastorno se ha trabajado más en estimular la acción en la transmisión de la dopamina al cuerpo estriado. La autora sugiere que sería importante buscar maneras de incrementar los niveles de noradrenalina y dopamina de la misma manera en la búsqueda de un tratamiento más beneficioso sobre la corteza pre-frontal.<sup>10,11</sup>

Ramos-Quiroga, J. encontró una asociación de 19 genes relacionados con el sistema de neurotransmisión serotoninérgico y la contribución del gen DDC (descarboxilasa de aminoácidos aromáticos) y el gen 5HT2A (receptor de serotonina 2A) en TDAH de adultos como de niños, además el efecto del gen 5HT2A es específico del subtipo clínico combinado. También se identificó relación entre el gen MAOB (mono-amino oxidasa B) y el TDAH solo en adultos, sugiriendo un papel en la persistencia a lo largo de la vida.<sup>12</sup>

Ramos-Quiroga, J. además concluye que el cuestionario ASRS V1.1 aprobado por la O.M.S para su uso en español presenta unas adecuadas características

psicométricas, que justifican su utilidad como herramienta para detectar casos de pacientes con TDAH en el contexto clínico ambulatorio. El cuestionario ASRS V1.1 optimiza su rendimiento al ser puntuado en un rango entre 0 y 24 y considerando como un punto de corte un total de 12 unidades. Por último menciona que el metilfenidato en sus dos formulaciones liberación inmediata y OROS (liberación oral) son tratamientos efectivos y seguros. El cambio del primero por el segundo es seguro y efectivo en adultos con TDAH y el tratamiento con metilfenidato OROS (sistema oral de liberación osmótica) se asocia a una mejora en el cumplimiento terapéutico y la efectividad.<sup>12</sup>

McIntosh, D., et al desarrollaron un algoritmo diagnóstico y recomendaciones para el tratamiento del TDAH del adulto y sus comorbilidades mentales. Dentro de sus observaciones los expertos notaron que los pacientes con síntomas depresivos y problemas de atención e hiperactividad, al recibir un tratamiento antidepresivo mejoraron los síntomas de frustración, ansiedad e irritabilidad del TDAH, algunos síntomas cognitivos como la concentración también mejoraron que dicho tratamiento. Sin embargo el grupo de expertos notó que luego de iniciar tratamiento para TDAH sea con metilfenidato o atomoxetina, en combinación con el tratamiento antidepresivo se potencia la mejora de los síntomas. El grupo recomienda que si se establece que el TDAH es el problema principal debe iniciarse primero el tratamiento de TDAH ya que este trastorno puede acompañarse de síntomas como estrés, desmoralización y síntomas de depresión leve. Además sugieren un psico-estimulante de larga duración como tratamiento de primera línea para TDAH con síntomas

depresivos leves. Una vez iniciado el tratamiento deberá hacerse seguimiento de los síntomas depresivos para evaluar la necesidad de tratamiento con antidepresivos.<sup>13</sup>

Valdizán, J., et al describen las manifestaciones clínicas específicas del “subgrupo adulto” sus las comorbilidades más frecuentes. Concluyendo que existe un sub-diagnóstico del TDAH en adultos debido a la creencia equivocada de que este trastorno era propio de niños y adolescentes. Además el estudio nos muestra que el TDAH del adulto, aunque guardan algunas similitudes a las de los niños, tienen presentaciones diferentes. Además se reafirma que no existen pruebas biomédicas que permitan un diagnóstico objetivo, por lo que es la adecuada evaluación clínica, la realización de un buena historia clínica que evalúe los posibles síntomas desde la infancia, los signos y síntomas típicos y las posibles comorbilidades, los que nos lleven al diagnóstico de esta entidad. Con respecto al tratamiento afirma que es necesario asociar terapias cognitivo-conductuales y psicosociales al tratamiento.<sup>14</sup>

Fayyad, J., et al basándose en los criterios del DSM IV para determinaron una prevalencia de TDAH en la población adulta en un rango de 1.2-7.3%, siendo la prevalencia promedio del 3.4%.<sup>15</sup>

Simon, V., et al en sus estudios prospectivos buscando síntomas de TDAH en la vida adulta, determinó los síntomas del trastorno persisten en un rango del

4% al 66%, concluyendo que la persistencia de los síntomas podía ser muy variable dependiendo la población estudiada y de los criterios aplicados.<sup>16,17</sup>

Kessler, R., et al evaluaron la asociación entre funciones ejecutivas y conducta auto-reportada y, considerándose que estas permanecen crónicamente deterioradas, la investigación demostró un funcionamiento global más alterado, mayor presencia de comorbilidades y un menor nivel socio-económico, en conclusión: un mayor riesgo de morbilidad funcional y alteración psicosocial en adultos con TDAH.<sup>18</sup>

Vegt, M., et al establecieron un perfil clínico de un grupo de adultos diagnosticados con TDAH, comparando a estos sujetos con un grupo control. La investigación determinó que el grupo con TDAH, presentaban una mayor frecuencia de uso de alcohol y nicotina, además se encontraron signos de distractibilidad subjetiva y pobre ejecución en los test de habilidades dentro de las evaluaciones neuropsicológicas, comparados con las evaluaciones de sujetos sin este trastorno.<sup>19</sup>

Wilson, J. señala el los efectos beneficios del tratamiento del TDAH en adultos como factor de protección contra el consumo de drogas. Además plantea la existencia de una asociación entre los problemas de conducta e hiperactividad en la infancia con la criminalidad en algunos adultos. Este estudio concluyo que existía un mayor riesgo de presentar actividad criminal en la adultez en pacientes que presentaron TDAH y conducta antisocial en su infancia.<sup>20</sup>



Satterfield J., et al se señala que los tratamientos por periodos irregulares o muy breves en menores no previenen la persistencia de TDAH en la vida adulta.<sup>21</sup>

Gau, S., et al encontraron que los adultos con TDAH mostraban mayor variedad de problemas del sueño durante el estudio y a lo largo de su vida, en comparación con sujetos sin este trastorno. Los problemas del sueño muestran gran relevancia en la evolución y el pronóstico del TDAH y de la patología mental en general.<sup>22</sup>

Kessler, R., et al se determinó una prevalencia del 4.4% de comorbilidades. El estudio aportó una correlación socio-demográfica significativa, entre las que se incluye el ser hombre, casado anteriormente, desempleado, y los blancos no hispanos. Además se encontró un significativo deterioro de las funciones ejecutivas y comorbilidad con uso de sustancias psicoactivas.<sup>23</sup>

Kennemer, K., et al buscando describir la asociación de TDAH a enfermedades mentales mayores, y cuya población y muestra estuvo definida por los adultos atendidos en ambiente psiquiátrico hospitalario, se determinó que de los 292 pacientes hospitalizados, solo se pudo establecer el diagnostico de TDAH en seis casos. Lo cual refleja la necesidad estudiar la presencia de este trastorno en los pacientes adultos atendidos por problemas mentales.<sup>24</sup>

Gunter, T., et al determinaron que si bien los trastornos de conducta y el TDAH están relacionados, estos van a influir de diferente manera como factores de riesgo para la presencia de conductas delictivas y la propensión de encarcelamiento en adultos con este trastorno.<sup>25</sup>

Torgersen, T., et al exploraron algunas de las características que se presentan en los adultos con TDAH, y se determinó que estos sujetos con este diagnóstico tenían serias alteraciones en términos de logros académicos, empleo, criminalidad, abuso de drogas y alcohol, personalidad antisocial y depresión-ansiedad.<sup>26</sup>

Biederman, J., et al examinaron los auto-reportes de una muestra de 500 adultos, que se identificaron a sí mismos como sujetos a quienes se les había realizado el diagnóstico de TDAH alguna vez en su vida. En estos reportes la mayoría de los sujetos, en comparación con un grupo control, referían haber cursado la secundaria sin concluirla en su totalidad, desempleados en el momento del estudio que contaban con antecedentes de cambios constantes de trabajo, arrestos policíacos, divorcios e insatisfacción con su entorno familiar y social.<sup>27</sup>

Krause, J., et al demostraron que adultos con TDAH, en estudios de neuroimagen, tienen una mayor disponibilidad del denominado transportador para dopamina en zonas del estriado, lo cual se reduce al administrar tratamiento con estimulantes. El autor ha postulado que los adultos que no

responden a estos psicofármacos, probablemente no tengan una disponibilidad aumentada de los transportadores dopaminérgicos cerebrales.<sup>28</sup>

Ramos-Quiroga, J., et al determinaron que el TDAH se inicia en la infancia y, en más del 50% de casos, persiste también en la edad adulta. Los resultados indican que en la práctica clínica habitual el TDAH en adultos está infra-diagnosticado, y por tanto, incorrectamente tratado. Una de las posibles causas de esta situación es que la sintomatología experimenta cambios en los adultos respecto a la infancia. La hiperactividad es el síntoma que más se reduce, seguido de la impulsividad, y la inatención se mantiene prácticamente igual. Además concluye en que el TDAH en adultos, se asocia a graves problemas académicos, laborales, legales, en la conducción de vehículos, familiares y a la presencia de otras patologías psiquiátricas. El metilfenidato muestra una elevada eficacia y seguridad. Dentro de los tratamientos no estimulantes, la atomoxetina ha mostrado ser eficaz y segura en adultos. En cuanto a los tratamientos psicológicos, el cognitivo-conductual parece ser el más eficaz en adultos.<sup>29</sup>

Philipsen, A., et al se demostró que al igual que en los menores, los pacientes adultos con TDAH presentan una actividad motora nocturna incrementada mostrando presencia de alteraciones importantes en la calidad subjetiva del sueño y en la actividad nocturna, a pesar de estándares aparentemente normales en estudios polisomnográficos realizados en algunos grupos. Sin embargo trastornos como apnea del sueño o el síndrome de piernas inquietas, pueden ser mal diagnosticados o confundidos con TDAH.<sup>30</sup>

Owens, J. et al describieron que los trastornos como apnea del sueño o el síndrome de piernas inquietas pueden presentarse como comorbilidades, siendo el segundo el que con mayor frecuencia se asocia al TDAH.<sup>31</sup>

Nigg, J., et al han demostrado que el grupo de adultos con este trastorno, en comparación con los adultos que no la presentan, muestran deficiencias en las mediciones de las funciones ejecutivas y en ejecuciones que están en función de tiempos de respuesta; aparentemente el síntoma de inatención afecta más la velocidad de respuesta cognitiva.<sup>32</sup>

Boonstra, M., et al establecen que las dificultades neuropsicológicas en adultos con TDAH, no deben confinarse solamente a las deficiencias en las funciones ejecutivas, ya que esto implicaría caer en posturas reduccionistas o dogmáticas con un trastorno que en sí mismo es complejo.<sup>33</sup>

Kalbag, A., et al demostraron que entre el 11% y el 35% de los adultos con TDAH suelen presentar “abuso de sustancias”, lo que afecta sin lugar a dudas la respuesta a los tratamientos que es necesario implantar en estos casos.<sup>34</sup>

McGough, J., et al estudiaron los patrones de comorbilidad psiquiátrica en adultos con el trastorno, los cuales han sido identificados a través de estudios genéticos en familias con varios menores con TDAH. Se ha establecido que en

estos adultos fue más significativo que mostraran comorbilidades psiquiátricas y conducta disruptiva.<sup>35</sup>

Kessler, R., et al evaluaron la actividad laboral de un grupo de trabajadores adultos y determinaron que el 4.2% de trabajadores tenían TDAH. Fue sobresaliente también que estos individuos tenían más ausencias laborales, y eran generadores de importantes afectaciones en los procesos de trabajo de las empresas.<sup>36</sup>

Nierenberg, A., et al buscando establecer la asociación entre el trastorno bipolar y TDAH determinaron que en el caso de menores de edad con diagnóstico de trastorno bipolar, se encuentra una asociación de entre el 60% y el 90%. Además se documentó una prevalencia del 9.5% para TDAH comórbido alguna vez en la vida, en una cohorte de adultos bipolares. Se hizo evidente además la asociación del TDAH con el trastorno bipolar tiene un curso clínico de la sintomatología afectiva menos satisfactorio.<sup>37</sup>

Barkley, R., et al encontraron trastornos comórbidos en el 34% mujeres y 50% varones con TDAH. Los más frecuentes fueron el trastorno depresivo mayor (28%), trastorno antisocial de la personalidad (23%), trastornos por consumo de sustancias (19%) y en menor frecuencia el trastorno obsesivo compulsivo con un 2-14%.<sup>38</sup>

Murphy, K., et al muestran que estas entidades clínicas comórbidas, provocan problemas psicosociales agregados a los propios del TDAH. Al existir el riesgo de que los adultos tengan una seria afectación en su calidad de vida, existe una necesidad imperativa de que se efectúen evaluaciones clínicas y diagnósticas adecuadas, lo que permitiría en consecuencia aplicar tratamientos confiables, oportunos y eficientes.<sup>39</sup>

Faraone, S., et al determinaron que aproximadamente el 30% de los pacientes adultos tratados con psicofármacos, continúan manifestando sintomatología residual relacionada con este trastorno, concluyendo en la necesidad de investigar más sobre este trastorno y crear conciencia de que un adulto con TDAH necesita tratamiento integral, y que no sólo los medicamentos son la solución, sino que se necesita una adecuada información y orientación a los familiares.<sup>40</sup>

Spencer, T., et al determinaron lo variable que pueden llegar a ser los porcentajes de persistencia del TDAH en la vida adulta, dependiendo del criterio de remisión aplicado y de otras variables psicosociales.<sup>41</sup>

Murphy, K., et al establecieron que la inestabilidad laboral y el riesgo de despidos también son mayores en pacientes con diagnósticos de TDAH.<sup>42</sup>

## 1.2 Bases teóricas

### Trastorno por Déficit de Atención (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención es la patología neuropsiquiatría más común en la población pediátrica. Se estima que entre el 3 y el 7% de niños presentan alguno de los síntomas, puede variar entre regiones y países y en los países latinoamericanos se estima una prevalencia del 5.29%. Es más frecuente en varones en una proporción de 3 a 1 en relación a las mujeres.<sup>43</sup>

La mayoría de los niños diagnosticados, persiste con el diagnóstico en la adolescencia (65%) y el resto presenta algunos síntomas capaces de causarles disfunción en alguna área de su vida.<sup>43</sup>

Los investigadores reconocen que los síntomas de desatención se superponen con las funciones ejecutivas, las cuales desempeñan un papel crítico en la integración, regulación y organización de la actividad mental.<sup>44</sup>

Los síntomas de hiperactividad varían a lo largo de la vida, decrecen en la adolescencia y la adultez dando paso a un perfil cambiante de síntomas complejos que incluyen alteraciones crónicas en las funciones cognitivo-conductuales que son esenciales para una adaptación eficaz en el colegio, el trabajo y las relaciones familiares y sociales.<sup>45</sup>

Los paciente con TDAH tienen una mayor probabilidad de padecer otros trastornos llamados comorbilidades, en muchas ocasiones estas pueden enmascarar o ser enmascarados por un síntoma de TDAH confundiendo el diagnóstico, siendo los más frecuentes los trastornos del comportamiento, del aprendizaje y del ánimo.<sup>45</sup>

### **Historia del Trastorno por Déficit de Atención**

A pesar que desde el siglo XIII existen descripciones de problemas del comportamiento de lo que hoy estableceríamos como TDAH. Es desde 1902, cuando el padre de la pediatría británica George Frederic Still publica en la revista *"The Lancet"* la primera descripción del cuadro clínico de lo que en ese momento denominó "niños muy movidos" a los niños cuya desatención afecta el rendimiento escolar, asumiendo un defecto en el control moral como base del movimiento imparable. Luego, en 1908 Tredgold habla de "Daño Cerebral Mínimo" (Minimal Brain Damage), aludiendo con esto, a la trilogía sintomática que caracteriza al TDAH hasta el día de hoy: hiperactividad, desatención e impulsividad.<sup>46</sup>

No fue sino hasta 1987 que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (DSM por sus siglas en inglés) en el DSM III-R lo denomina como lo conocemos hasta hoy *"Trastorno de déficit de atención/hiperactividad"* (TDAH). En 1994 en el DSM IV, (1994), adiciona tres presentaciones clínicas del TDAH que son, predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo/impulsivo y el



tipo de presentación combinada. En el año 2000 en la revisión del DSM IV- TR no se realizaron variaciones para el diagnóstico del TDAH.<sup>46</sup>

El DSM-5 fue actualizado en el 2013 y su versión revisada en español el año 2015 ingresa cambios a la definición del TDAH, lo que afectará cómo este trastorno se diagnostica en niños y adultos.<sup>47</sup>

### **Etiología**

Se ha demostrado que las alteraciones del TDAH están relacionadas con factores genéticos que influyen en el funcionamiento de ciertos sistemas específicos de neurotransmisión. Los principales genes implicados son los relacionados con el sistema receptor de dopamina. La dopamina desempeña un papel importante en la función del sistema atencional siendo las vías dopaminérgicas y mesolímbicas que pasan por el núcleo accumbens, que viajan a la corteza pre-frontal las implicadas en el mantenimiento de la atención.<sup>45</sup>

Por otro lado el gen DAT 1 es el responsables de la recaptación de dopamina en la sinapsis y tiene relación con los síntomas hiperactivos-impulsivos.<sup>45</sup>

Otros factores relacionados son los problemas perinatales, alteraciones neurológicas, déficits sensoriales y alteraciones ambientales.<sup>45</sup>

## **Manifestaciones clínicas**

El TDAH se caracteriza por un conjunto de síntomas nucleares, denominados la triada del TDAH: hiperactividad, inatención e impulsividad. Se habla de trastorno por déficit de atención e hiperactividad cuando estos síntomas se presentan de forma persistente durante más de seis meses y siempre que algunos de estos síntomas estuvieran presentes antes de los siete años de edad para el diagnóstico en niños o antes de los 12 años para el diagnóstico en adultos.<sup>46</sup>

## **Epidemiología**

La prevalencia del TDAH en niños es del 4-12%; de estos, dos tercios continuaran con sintomatología en la edad adulta: un 15% mantendrá el diagnóstico completo y un 50% lo hará en remisión parcial. De manera global se estima que la prevalencia en adultos esta en un 3-5%. Aunque el subtipo que más persiste en la edad adulta es el combinado, también pueden perdurar el inatento y el hiperactivo, incluso las formas leves del trastorno. Se han establecido como predictores infantiles del TDAH en la edad adulta la presencia de subtipo combinado, mayor intensidad en los síntomas, presencia de depresión o ansiedad comórbida, antecedentes familiares de TDAH, mayor adversidad social y psicopatología parental. Estudios realizados en sujetos adoptados y en gemelos han mostrado la transmisión familiar de los síntomas del TDAH; son primordiales los factores genéticos más que los riesgos ambientales compartidos, lo que da mayor soporte a considerar el TDAH como una condición persistente a lo largo de la vida. También los factores

ambientales se asocian al TDAH, particularmente los factores prenatales tales como la exposición a alcohol, nicotina, drogas, hipertensión arterial y estrés materno durante el embarazo, así como bajo peso al nacer. La prevalencia del TDAH en población adulta con cualquier trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, trastornos por uso de sustancias, etc.) se eleva al 10-20%.<sup>46</sup>

### **Criterios Diagnósticos del DSM 5 para TDAH**

Para realizar el diagnóstico, los niños todavía deben presentar 6 o más síntomas del trastorno. Para los adolescentes y adultos, el DSM-5 dice que deben tener por lo menos 5.<sup>47</sup>

#### **Presentación clínica de falta de atención**

- No presta atención a los detalles o comete errores por descuido.
- Tiene dificultad para mantener la atención.
- Parece no escuchar.
- Tiene dificultad para seguir las instrucciones hasta el final.
- Tiene dificultad con la organización.
- Evita o le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- Pierde las cosas.
- Se distrae con facilidad.
- Es olvidadizo para las tareas diarias.

### **Presentación clínica hiperactivo/impulsivo**

- Mueve o retuerce nerviosamente las manos o los pies, o no se puede quedar quieto en una silla.
- Tiene dificultad para permanecer sentado.
- Corre o se trepa de manera excesiva; agitación extrema en los adultos.
- Dificultad para realizar actividades tranquilamente.
- Actúa como si estuviera motorizado; el adulto frecuentemente se siente impulsado por un motor interno.
- Habla en exceso.
- Responde antes de que se haya terminado de formular las preguntas.
- Dificultad para esperar o tomar turnos.
- Interrumpe o importuna a los demás.

### **Presentación clínica inatento e hiperactivo-impulsivo combinado**

- El individuo presenta síntomas de ambas presentaciones clínicas mencionadas.

### **Variantes Clínicas del TDAH**

Antes conocidas como “*subtipos*” las variantes clínicas del TDAH, desde el año 2000 son denominadas “*presentaciones clínicas*” ya que esto describe de

mejor manera el efecto del trastorno en el individuo durante las diferentes etapas del ciclo vital.<sup>47</sup>

Las variantes clínicas del TDAH son tres:

- TDAH predominantemente inatento
- TDAH predominantemente impulsivo-hiperactivo
- TDAH de Tipo Combinado

### **Severidad del TDAH**

El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) puede además clasificarse en leve, moderado y severo o grave.

La diferencia entre TDAH leve, moderado y severo o grave se establece según los criterios sintomatológicos del paciente, es decir:

1. La intensidad y la gravedad de los síntomas.
2. El grado de funcionalidad y adaptación al entorno.
3. La presencia y en qué grado de síntomas asociados al trastorno (Comorbilidades).

Un TDAH leve sería un niño, adolescente o adulto que se adapta bien al entorno, que reconoce el contexto no tiene conductas disruptivas, le cuesta esforzarse, puede ser inflexible pero mantiene cierto grado de interés. Puede beneficiarse de una intervención psicoterapéutica o psicoeducativa y en donde la terapia farmacológica puede ser opcional.<sup>47</sup>

Un TDAH Moderado, es aquel en el que la sintomatología provoca niveles de disfuncionalidad moderada o alta, que presenta problemas de conducta, sociales, académicos y/o laborales y que requiere de una intervención integral médico, psicológica y psicopedagógica con un control periódico para evaluar la necesidad y la oportunidad más adecuada de iniciar tratamiento farmacológico.<sup>47</sup>

Un TDAH Severo o Grave es aquel que presenta sintomatología clínicamente muy significativa, problemas y trastornos de conducta severos, puede presentar problemas de personalidad asociados así como comorbilidades y puede llegar incluso a tener problemas de tipo legal. Este tipo de TDAH requiere de intervención médica y psicoterapéutica intensiva. Además el tratamiento farmacológico estricto del TDAH y de sus comorbilidades.<sup>47</sup>

### **Trastorno por Déficit de Atención del Adulto**

Durante muchos años, los criterios diagnósticos del TDAH manifestaban que eran los niños a quienes se les diagnosticaba con el trastorno. Esto significaba que los adolescentes y adultos que padecían síntomas del trastorno, y quienes podrían estar enfrentando dificultades por muchos años desconociendo la razón, no podían ser diagnosticados formalmente con el TDAH. El DSM-5 ha modificado esta definición y ahora tanto adultos como adolescentes pueden ser diagnosticados formalmente con el trastorno. Los criterios diagnósticos hacen mención y proveen ejemplos de cómo el trastorno se presenta en los adultos y adolescentes.<sup>47</sup>

En el diagnóstico del TDAH en los adultos, los profesionales clínicos actualmente examinan la infancia media (12 años de edad) y durante todo el transcurso de la adolescencia para trazar el momento de aparición de los síntomas, sin llegar hasta la niñez temprana (7 años de edad) .<sup>47</sup>

En la edición anterior, el DSM-IV TR, al TDAH se le sub-clasificaba en tres “*subtipos*”. Esto se ha modificado y a los subtipos ahora se les denomina “*presentaciones clínicas*”. Además, las “*presentaciones clínicas*” de la persona pueden variar en el transcurso de su vida. Esta modificación describe de mejor manera el efecto del trastorno en el individuo durante las diferentes etapas del ciclo vital.<sup>47</sup>

Un individuo con TDAH ahora puede padecer TDAH en grado leve, moderado o severo. Esto se basa en el número de síntomas que la persona experimenta y cuán dificultosos dichos síntomas hacen la vida cotidiana.<sup>47</sup>

Quizá el cambio más significativo entre el DSM-IV TR y el DSM-5, es la posibilidad de diagnosticar el TDAH y el trastorno del espectro autista en una misma persona.<sup>47</sup>

### **Manifestaciones clínicas en la edad adulta**

En los adultos con TDAH, las dificultades atencionales y la disfunción ejecutiva se manifiestan por la dificultad para organizarse, planificar tareas, establecer

prioridades, estructurar el tiempo y terminar los proyectos o tareas asignadas. Son sujetos que se distraen con suma facilidad, presentan dificultades para focalizar o mantener la atención, muestran olvidos con frecuencia y pierden objetos.<sup>3,5</sup>

La hiperactividad se manifiesta en el adulto como una sensación interior de inquietud motora, dificultad para permanecer sentado o un movimiento excesivo de manos y pies. Además tienden a hablar de forma excesiva y en un tono elevado.<sup>5,7</sup>

Los síntomas impulsivos también pueden persistir a lo largo de la vida, y generar graves repercusiones sociales, familiares e incluso legales. Los adultos con TDAH muestran dificultad para esperar su turno, responden precipitadamente e interrumpen a los demás. Las decisiones irreflexivas como cambios súbitos de trabajo, las conductas temerarias al volante, los consumos de tóxicos o adicciones y las explosiones de ira serán más problemáticas.<sup>4</sup>

La inestabilidad emocional y las dificultades en el control del temperamento son otros síntomas que no se recogen dentro de los actuales criterios diagnósticos internacionales, pero que son frecuentes en los adultos con TDAH.<sup>13,14</sup>

### **Comorbilidad**

Existen diversos trastornos comórbidos comunes con el TDAH en el adulto tales como los trastornos del humor, los trastornos de personalidad y los



trastornos por uso de sustancias. Se considera que un 65-89% de adultos con TDAH tiene uno o más trastornos psiquiátricos agregados.<sup>6,13,18</sup>

### **Diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos**

El diagnóstico del TDAH en el adulto se fundamenta en la historia clínica del paciente. Actualmente se basa en los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, (DSM-5)*, o bien en los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, decima revisión. También se cuenta con herramientas validadas en español como del cuestionario ASRS 1.1 de la OMS para el cribaje del TDAH en adultos validado el año 2009 y la Escala de Autovaloración de Adultos (EAVA) de la OMS para TDAH validada el año 2008, además de las ya conocidas Escalas de Conners. Se ha propuesto que para realizar una evaluación precisa del TDAH en adultos es necesario poder responder a cuatro preguntas esenciales. La primera hace referencia a la existencia de evidencias clínicas de la presencia de síntomas del TDAH en la infancia y un deterioro significativo y crónico en diferentes ámbitos. La segunda cuestión debe aclarar si existen evidencias acerca de la relación entre los síntomas del TDAH actuales y un deterioro sustancial y consistente en diferentes ámbitos. Para responder a esta última pregunta, es útil poder disponer tanto de la información aportada por el propio sujeto como de la comunicada por un familiar directo. En tercer lugar, se tendrá que evaluar si los síntomas que refiere el paciente se explican mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico. Finalmente, es necesario

valorar la posible presencia de otros trastornos comórbidos con el propio TDAH.<sup>46</sup>

## **Tratamiento DEL TDAH**

### **Tratamiento Psicoterapéutico**

La psicoeducación se considera el primer paso en el plan de tratamiento de los pacientes con TDAH, y está dirigida a todos los pacientes y su entorno familiar. Consiste en informar sobre el trastorno (su naturaleza, factores etiológicos implicados, curso y opciones terapéuticas) y valorar su posible implicación en las dificultades de adaptación en diferentes contextos a lo largo de la vida (individual, familiar, escolar, laboral y social) .<sup>43</sup>

La información es terapéutica en si misma y permite desarrollar formas más efectivas de afrontamiento. Las intervenciones psicológicas sin tratamiento farmacológico pueden ser efectivas para aquellos pacientes con una gravedad leve o moderada, aunque actualmente los datos que apoyan esta recomendación son insuficientes.<sup>43</sup>

Según las recomendaciones europeas, se considera que el tratamiento de los adultos con TDAH debe ser multimodal, de forma que se deben combinar las intervenciones farmacológicas con las psicológicas y las psicosociales.<sup>43</sup>

## **Tratamiento Farmacológico**

Existen múltiples fármacos que han mostrado resultados favorables en diversos ensayos clínicos en el tratamiento del TDAH.<sup>45</sup>

Los fármacos psicoestimulantes son la primera opción terapéutica para el manejo del TDAH en niños, adolescentes y adultos. Se cuenta con datos suficientes referentes a la eficacia y seguridad en su uso. Como fármaco de segunda elección, generalmente se considera el uso de la atomoxetina seguida por otros no estimulantes como son el bupropion, la guanfacina, el modafinilo o antidepresivos tricíclicos.<sup>45</sup>

En un estudio epidemiológico reciente sobre la asociación entre medicamentos para el tratamiento del TDAH y riesgo cardiovascular, se encontró que entre los jóvenes y los adultos no existe mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves en comparación con el resto de la población general.<sup>45</sup>

### **Fármacos Psicoestimulantes**

Los estimulantes principalmente el metilfenidato es el tratamiento de primera línea para el TDAH en niños, adolescentes y adultos. Estos han mostrado su efectividad y seguridad en diversos estudios controlados, ya que han mejorado no solo los síntomas y el deterioro asociado al comportamiento, sino también problemas concomitantes tales como la baja autoestima, la irritabilidad, cambios en el humor, problemas cognitivos y el funcionamiento social y familiar.<sup>45</sup>

La eficacia del metilfenidato se ve moderada por el tipo de liberación de la medicación, lo cual está relacionado con la tolerancia aguda a los efectos del estimulante.<sup>45</sup>

Por este motivo se han desarrollado formulas de liberación OROS (sistema oral de liberación osmótica) para mejorar la tolerancia del medicamento, ya que se libera en dos bolos mediante un sistema no continuo que crea dos picos de concentración en plasma que, aparentemente, tiene actividad sostenida en mono dosis.<sup>12,45</sup>

A pesar del estigma generado en la utilización de psicoestimulantes, diferentes trabajos científicos han demostrado que disminuyen el riesgo de abuso o dependencia a sustancias en adolescentes y adultos con TDAH.<sup>45</sup>

Diversos estudios con psicoestimulantes arrojan resultados positivos en sujetos con TDAH y dependencia de sustancias, pues mejoran los síntomas del TDAH y, en algunos estudios, también el consumo concomitante de drogas.<sup>45</sup>

### **Fármacos No Psicoestimulantes**

Existen diversos ensayos clínicos controlados con numerosos fármacos no estimulantes para el tratamiento del TDAH: atomoxetina, bupropion, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, agonistas  $\alpha$ 2-

adrenergicos como la guanfacina y fármacos nicotínicos. De todos estos, la atomoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina) es el fármaco que dispone de resultados que demuestran su eficacia de forma más fehaciente y es el único fármaco no estimulante con la indicación de la Food and Drug Administration (FDA) estadounidense para el tratamiento del TDAH en niños y adultos.<sup>45</sup>

La atomoxetina es el único tratamiento no-psicoestimulante que ha demostrado su eficacia en TDAH pero con solo en adultos ha demostrado eficacia significativa al compararse con placebo. Se ha notado un mayor efecto en el sexo femenino y ante la presencia de altos niveles de síntomas emocionales. Entre los sujetos respondedores al fármaco, alrededor de un 60% mejora los síntomas de hiperactividad, impulsividad y la disregulación emocional. Puede suspenderse sin necesidad de reducir progresivamente la dosis y sin provocar un síndrome de discontinuación ni síntomas de rebote.<sup>9, 45</sup>

Sin embargo la atomoxetina presenta una elevada incidencia de efectos adversos y los más frecuentes incluyen fatiga, irritabilidad, náuseas y pérdida de apetito, motivo por el cual muchos pacientes abandonan el tratamiento antes de tiempo debido.<sup>9</sup>

### **1.3 Definiciones conceptuales**

**1.3.1 TDAH:** (Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad). Una condición o patrón de comportamiento inadaptado, de base neurobiológica, iniciado generalmente en la infancia cuyos síntomas básicos son de carácter cognitivo-conductual, caracterizado por tres síntomas centrales: inatención, hiperactividad e impulsividad; y generan desajustes clínicamente significativos al menos en dos contextos diferentes, como la casa, relaciones sociales, ámbitos escolares, etc.<sup>47</sup>

**1.3.2 DSM:** (por sus siglas en inglés: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.) Es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la quinta, DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013 y con traducción revisada al español publicada el 2015.

**1.3.3 Funciones Ejecutivas:** Las funciones ejecutivas tienen que ver con las funciones cerebrales que ponen en marcha, organizan, integran y manejan otras funciones. Hacen que las personas sean capaces de medir las

consecuencias de corto y largo plazo de sus acciones y de planear los resultados. Permiten que las personas sean capaces tanto de evaluar sus acciones al momento de llevarlas a cabo como de hacer los ajustes necesarios en casos en los cuales las acciones no están dando el resultado deseado.

Existen distintos modelos de funciones ejecutivas propuestos por varios investigadores. Los dos principales investigadores que han estudiado las funciones ejecutivas son Russell A. Barkley, Ph D y Thomas E. Brown, Ph D.

Barkley distingue cuatro áreas de funciones ejecutivas:

1. La memoria no verbal a tiempo real
2. La internalización del habla (memoria a tiempo real verbal)
3. La auto-regulación de las emociones/motivación/activación
4. La recomposición (la planeación y la habilidad de generar)

Brown distingue seis agrupaciones de funciones ejecutivas:

1. La organización, el establecimiento de un orden de prioridades y el emprendimiento
2. La capacidad de enfoque, y de poner y cambiar la atención a las tareas
3. La regulación del estado de alerta, el sostenimiento de esfuerzo y la rapidez de procesamiento
4. El manejo de la frustración y la modulación de las emociones
5. La utilización de la memoria de trabajo y accediendo a los recuerdos
6. La acción de auto-monitoreo y auto-regulación

Bajo el modelo de Brown, las dificultades en estas agrupaciones llevan a impedimentos de atención, ya que las personas afectadas tienen dificultades en organizar las tareas, comenzarlas, mantener el interés, permanecer alertas, sostener un estado emocional nivelado, emplear la memoria a tiempo real y el recuerdo, y auto-monitorear y regular las acciones.

No hay duda de que los impedimentos en las funciones ejecutivas tienen un efecto adverso sobre la habilidad de comenzar, emprender y completar las tareas.

**1.3.4 Comorbilidad:** Se define como comorbilidad a la presentación en un mismo individuo de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad primaria.

En psiquiatría la comorbilidad consiste en la presencia de más de un diagnóstico que se da en un individuo simultáneamente. En psiquiatría esto no implica necesariamente la presencia de múltiples enfermedades, sino que en realidad puede reflejar la incapacidad en este momento para asignar un único diagnóstico para todos los síntomas.

**1.3.5 Cuestionario ASRS 1.1:** Es un cuestionario que consiste en 8 preguntas, elaborado por la OMS y aprobado para su uso en español que presenta unas adecuadas características psicométricas, que justifican su utilidad como herramienta para detectar casos de pacientes adultos con TDAH en el contexto clínico ambulatorio.



### **1.3.6 Escala de Autovaloración de Adultos (EAVA) o *Adult Self-Report***

**Scale (ASRS):** Escala de la OMS que valora la frecuencia actual de los 18 síntomas del DSM IV. Se pretende que esta escala sirva para la detección de posibles casos en los que resulte eficiente la realización de una entrevista clínica más detallada. Cada uno de los ítems pregunta sobre los criterios diagnósticos del DSM IV pero modifica el enunciado para que se parezcan lo más posible a la presentación que tienen en el adulto.

**1.3.7 Escalas de Conners:** Las escalas de Conners son las más utilizadas para el cribado del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y de problemas de conducta en la infancia. También valora los 18 síntomas que constituyen los criterios diagnósticos DSM IV. Hay un modelo para el paciente y otro para un informador externo. Ambos modelos se encuentran en tres versiones: screening, corta, y larga.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGIA**

#### **2.1 Diseño y tipo de investigación:**

Esta investigación es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal. Se obtuvieron datos apoyados en aplicación un cuestionario y de la evaluación clínica. El método que se empleó fue observacional y permitió describir las manifestaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto y a la vez describir la existencia o ausencia de comorbilidades.

#### **2.2 Población y muestra.**

La población de este estudio incluyó a todos los padres y madres de pacientes con diagnóstico de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral "PSICOFAMIL". La muestra consintió del 100% que deseó participar del estudio, que pudieron ser entrevistados entre junio del 2014 y mayo del 2015 y que no tenían alguna patología mental previamente.

**Criterios de Inclusión:** padres y madres de pacientes con diagnóstico de TDAH que desearan participar del estudio y que pudieran ser entrevistados entre junio del 2014 y mayo del 2015

**Criterios de Exclusión:** padres y madres de pacientes con diagnóstico de TDAH que no desearan participar del estudio, que tuvieran alguna otra patología mental previamente diagnosticada o que no pudieran ser entrevistados entre junio del 2014 y mayo del 2015

### **2.3 Métodos de recolección de datos.**

La recolección de datos se hizo a través una la entrevista y examen mental para encontrar antecedentes personales, signos y síntomas compatibles con problemas de atención o de otra patología o trastorno mental.

Además se aplicaron, el Cuestionario auto informado de cribado de TDAH del Adulto de 6 preguntas versión 1.1 (ASRS-V1.1) (2009), Escala de Autovaloración de Adultos (EAVA) de la OMS para TDAH (2008) y Escala de Conners del Adulto.

### **2.4 Procesamiento de datos**

Los datos fueron tabulados en una hoja de cálculo de Excel.

### **2.5 Aspectos éticos**

El presente trabajo recolectó información de los padres de los pacientes diagnosticados con TDAH, quienes, luego de explicárseles la importancia que tiene el abordaje integral del TDAH para ellos, sus hijos y el resto de su familia, decidieron participar del estudio.

El estudio contó con la aprobación del Director General del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”,

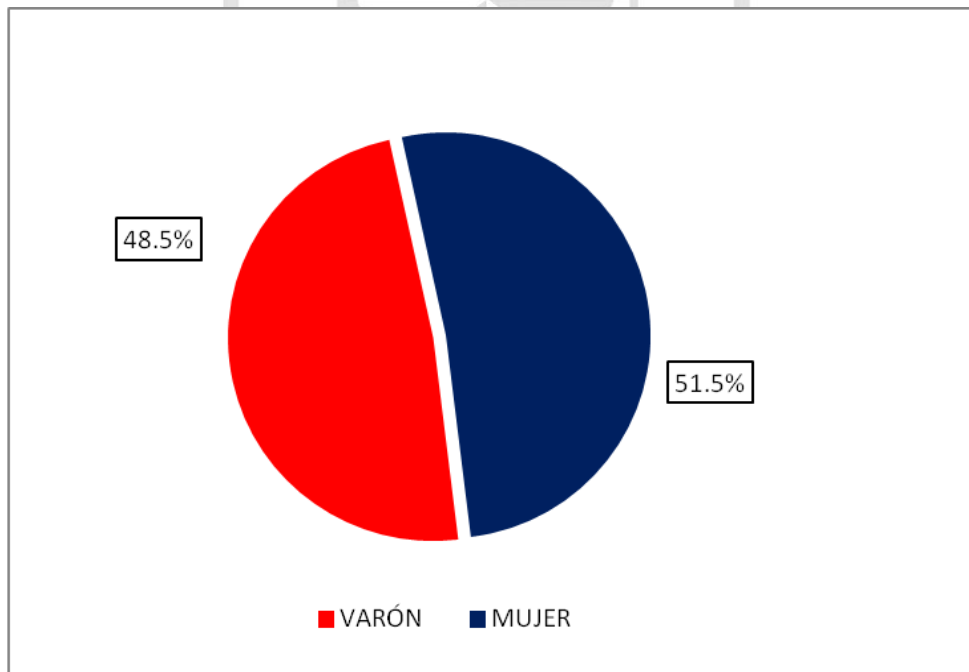
## CAPITULO III

### RESULTADOS

#### **Población según género:**

Nuestra muestra total fue de 33 adultos, padres de niños previamente diagnosticados de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”, de los cuales el 48.5% fueron varones y el 51.5% mujeres. (Gráfica N°01)

**GRÁFICA No 01. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”  
2014-2015.**



Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

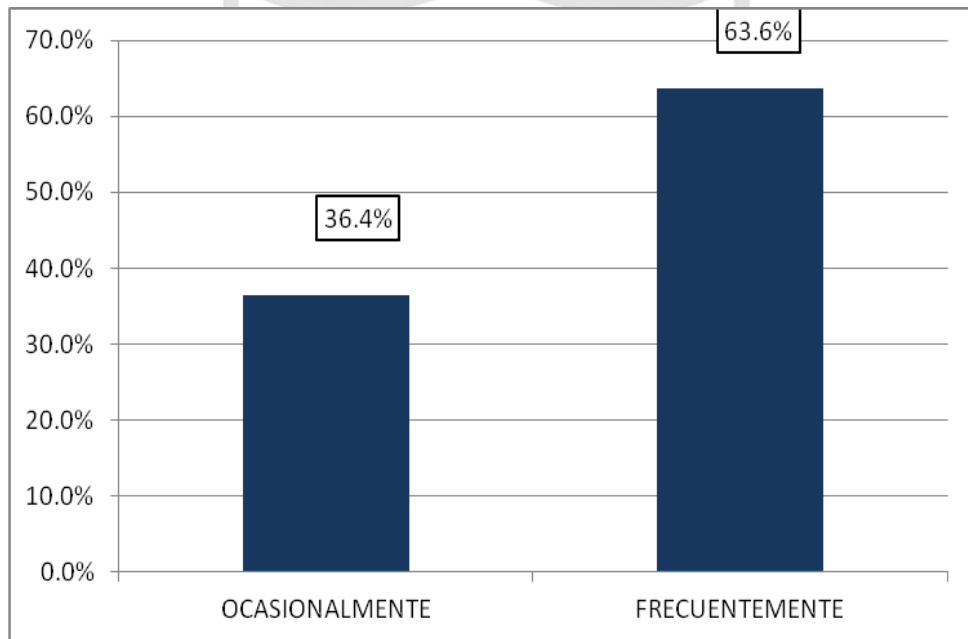
**Inatención:**

Del TOTAL de evaluados, se encontró que el 100% presentaban SÍNTOMAS DE INATENCIÓN, de los cuales 36.4% los presentaba de manera OCASIONAL y un 63.6% de manera FRECUENTE. (Gráfica N°02)

**GRÁFICA No 02. SÍNTOMAS DE INATENCIÓN.**

**PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”**

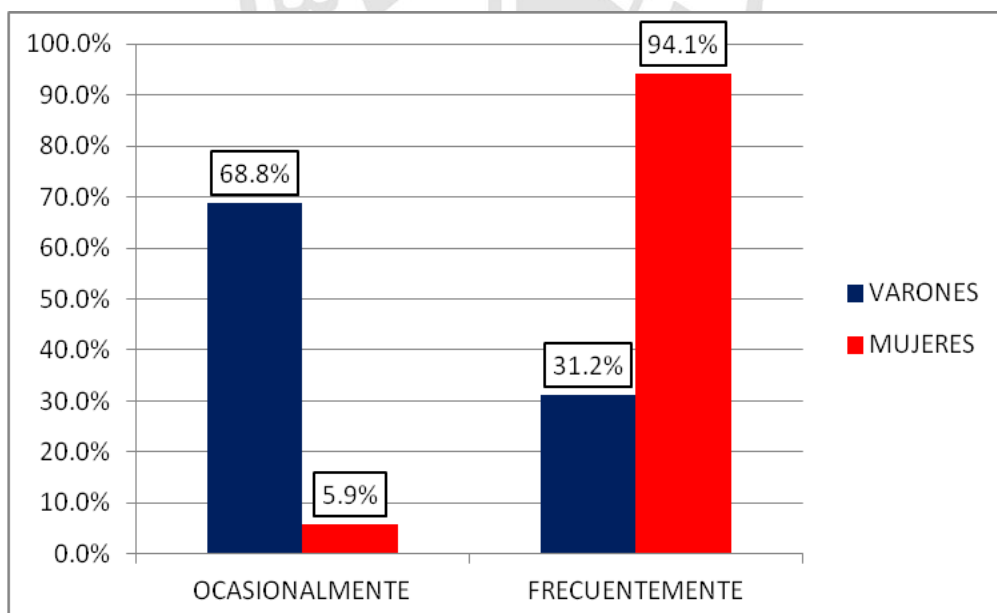
**2014-2015.**



**Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.**

En el grupo de MUJERES se encontró que el 100% presentaban SÍNTOMAS DE INATENCIÓN, de los cuales 5,9% los presentaba de manera OCASIONAL y un 94.1% de manera FRECUENTE. En el grupo de VARONES evaluados, se encontró que el 100% presentaban SÍNTOMAS DE INATENCIÓN, de los cuales 68.8% los presenta de manera OCASIONAL y un 31,2% de manera FRECUENTE (Gráfica N°03)

**GRÁFICA No 03. SÍNTOMAS DE INATENCIÓN SEGÚN GÉNERO.  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”  
2014-2015.**

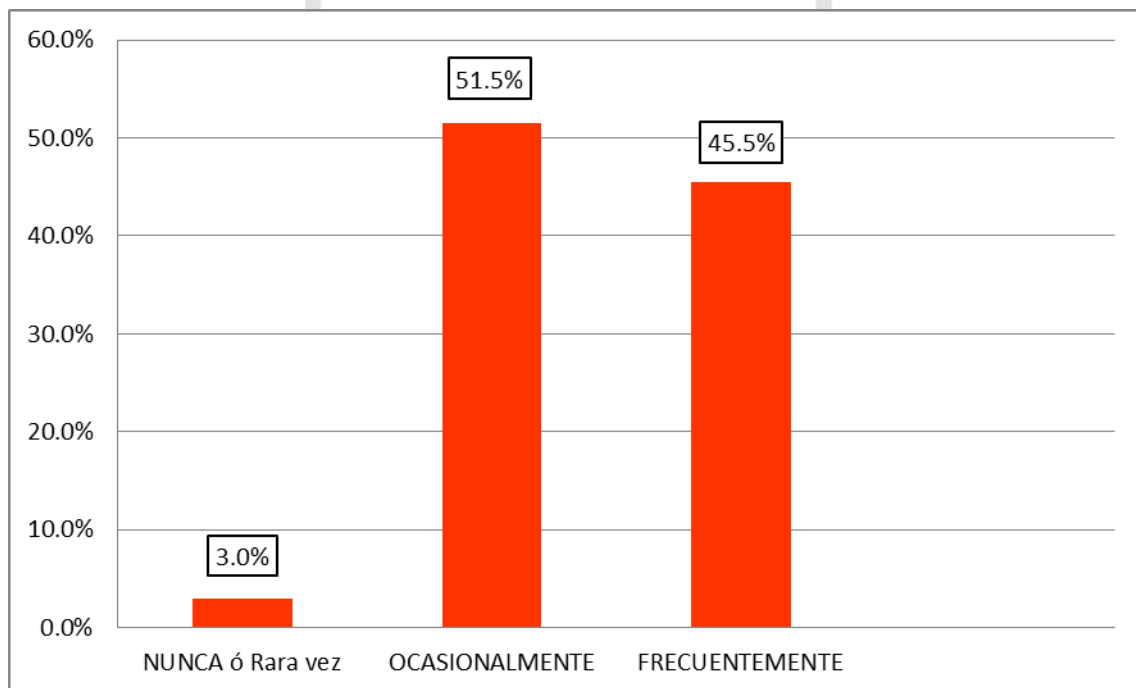


Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

## Hiperactividad:

Los SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD estaban presentes en el 97% del TOTAL de evaluados de los cuales un 51.5% los presentaba de manera OCASIONAL y un 45,5% de manera FRECUENTE. (Gráfica N°04)

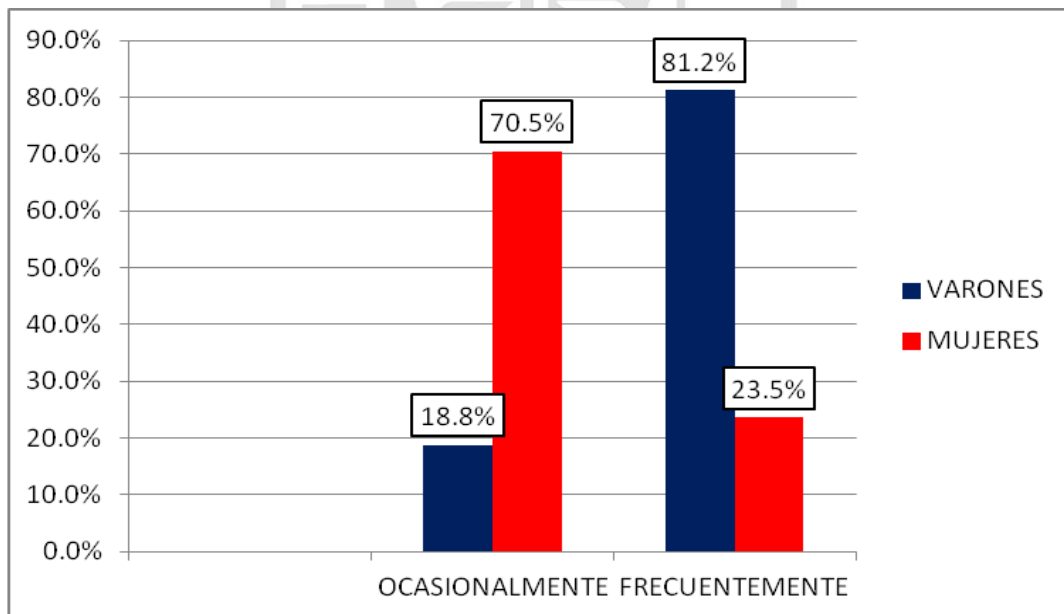
**GRÁFICA No 04. SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD.**  
**PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”**  
**2014-2015.**



**Fuente: Encuestas. PsicoCentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.**

En el grupo de MUJERES los SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD, estaba presente en el 94%, de los cuales un 70,5% los presentaba de manera OCASIONAL y un 23.5% de manera FRECUENTE. En el grupo de VARONES se encontró SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD presentes en el 100%, de los cuales un 18.8% los presentaba de manera OCASIONAL y un 81.2% de manera FRECUENTE. (Gráfica N°05)

**GRÁFICA No 05. SÍNTOMAS DE HIPERACTIVIDAD SEGÚN GÉNERO.  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”  
2014-2015.**



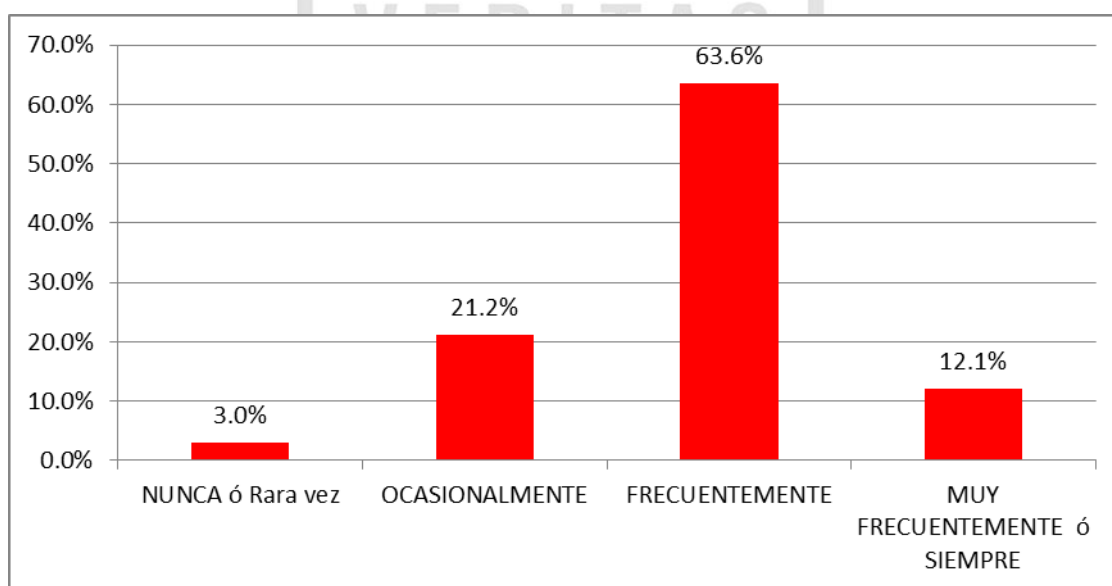
Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.



### **Impulsividad:**

Con respecto a los SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD, se encontró en el TOTAL de evaluados su presencia fue de 97%, de los cuales 21.2% los presentaba de manera OCASIONAL, un 63.6% de manera FRECUENTE y un 12.1% los presentaba MUY FRECUENTEMENTE ó SIEMPRE. (Gráfica N°6)

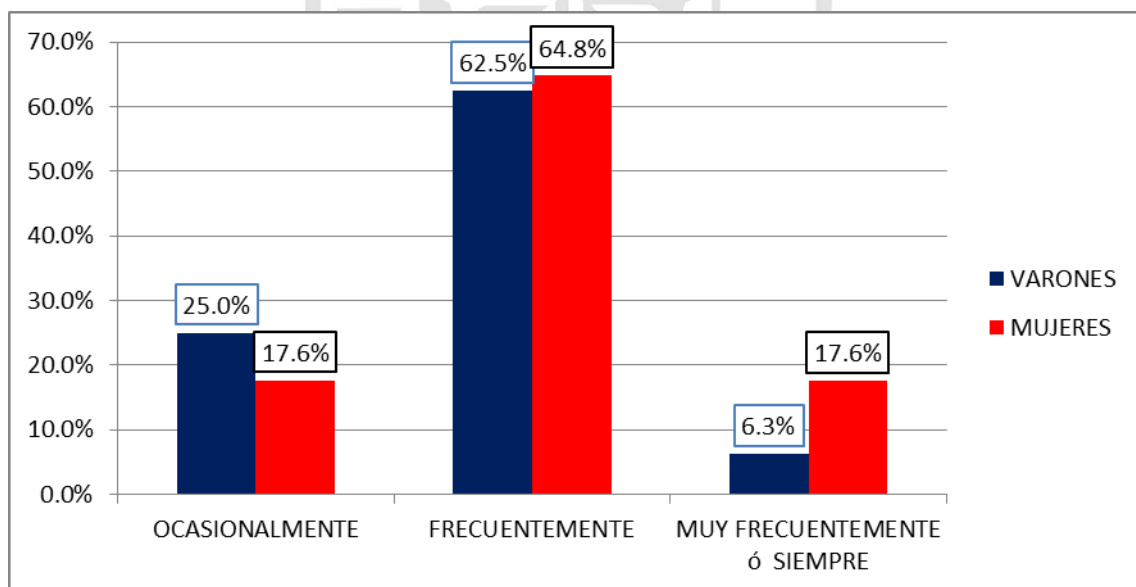
**GRÁFICA No 06. SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD.  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”  
2014-2015.**



**Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.**

En el grupo de MUJERES los SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD se encontraron en el 100%, de los cuales el 17.6% los presentaba de manera OCASIONAL, un 64.8% de manera FRECUENTE y un 17.6% los presentaba MUY FRECUENTEMENTE. En el grupo de VARONES los SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD se encontraron en el 93.8%, de los cuales el 25% los presentaba de manera OCASIONAL, un 62.5% de manera FRECUENTE y un 6.3% los presentaba MUY FRECUENTEMENTE. (Gráfica N°7)

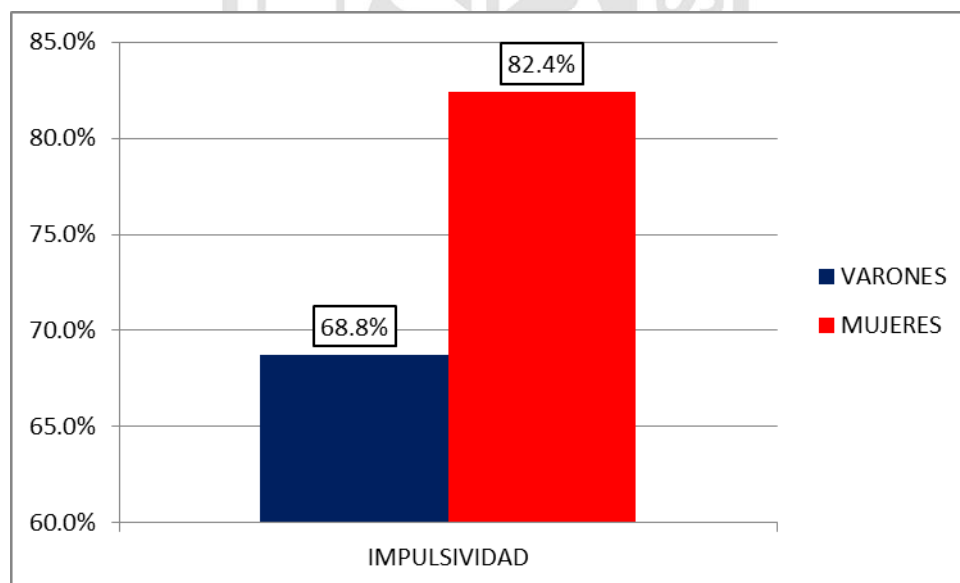
**GRÁFICA No 07. SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD SEGÚN GÉNERO.  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”  
2014-2015.**



Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

En el grupo de las mujeres la incidencia de INATENCIÓN de manera SIGNIFICATIVA, es decir que lo presentan de manera FRECUENTE y MUY FRECUENTEMENTE ó SIEMPRE, es de un 82.4%. En el grupo de varones la IMPULSIVIDAD se presenta de manera SIGNIFICATIVA (FRECUENTE y MUY FRECUENTEMENTE ó SIEMPRE) con una incidencia del 68% de evaluados. (Gráfica N°8)

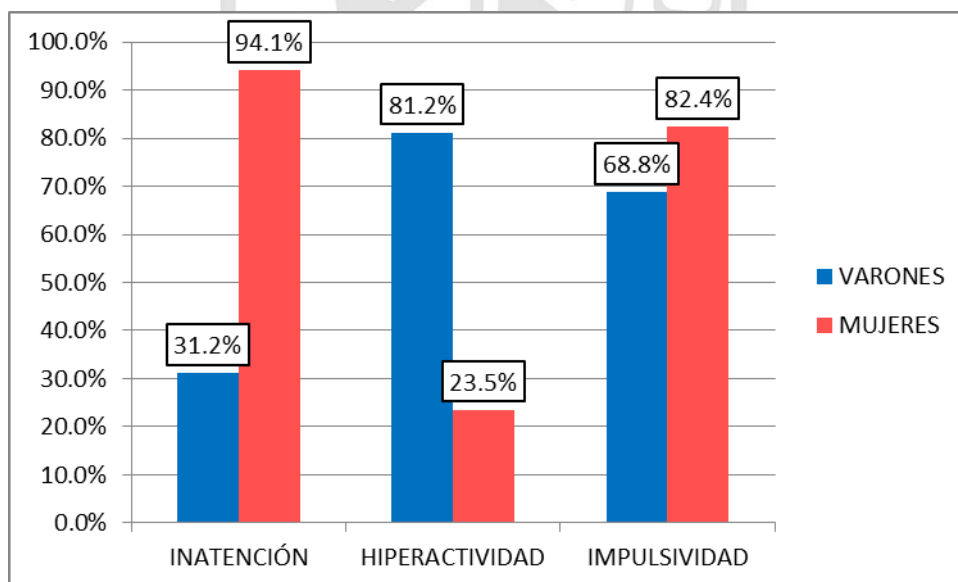
**GRÁFICA No 08. SÍNTOMAS SIGNIFICATIVOS DE IMPULSIVIDAD SEGÚN GÉNERO. PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL” 2014-2015.**



Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

Por lo tanto en lo que concierne a los tres síntomas cardinales de TDAH (Inatención, Hiperactividad e Impulsividad) se encontró que su incidencia fue: INATENCIÓN de 94% en las mujeres y de 31.2%, en varones, la HIPERACTIVIDAD se presentó en el 23.5% de mujeres y en el 81.2% de los varones y la INATENCIÓN de manera significativa, fue del 82.4% en mujeres y de 68% en varones. (Gráfica N°09)

**GRÁFICA No 09. SÍNTOMAS SIGNIFICATIVOS DE INATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD SEGÚN GÉNERO. PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL” 2014-2015.**

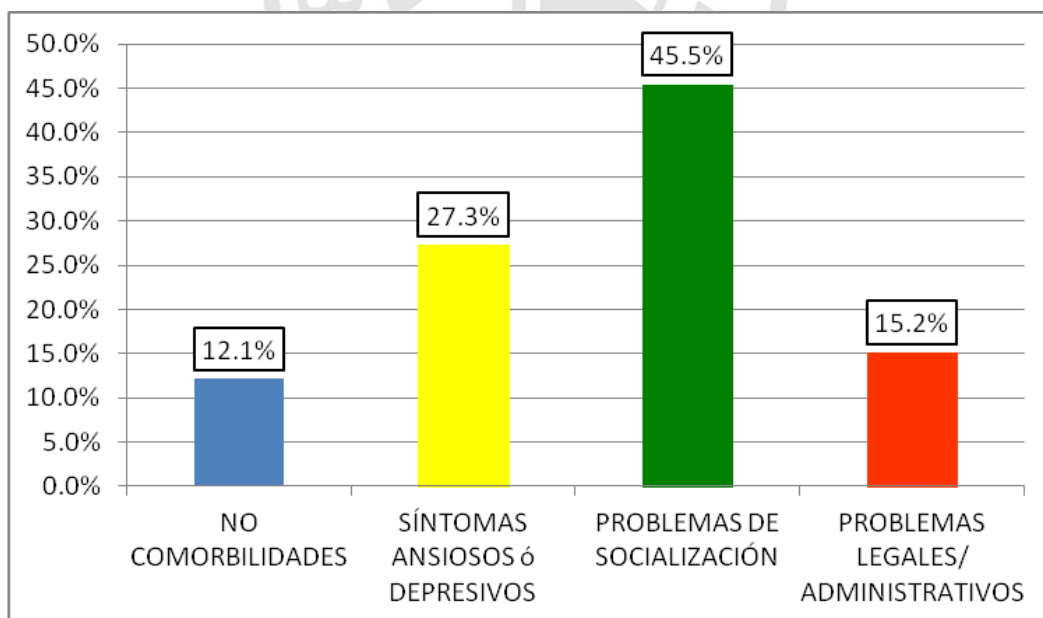


Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

### Comorbilidad:

Con respecto a la COMORBILIDADES, el estudio encontró en el TOTAL de evaluados, que el 87.9% presentaban COMORBILIDADES, de las cuales los PROBLEMAS DE SOCIALIZACION se presentaron en el 45.5%, los SÍNTOMAS ANSIOSOS ó DEPRESIVOS se presentaron en 27.3% y los PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS/LEGALES se presentaron en el 15.2% de los casos. (Gráfica N°10)

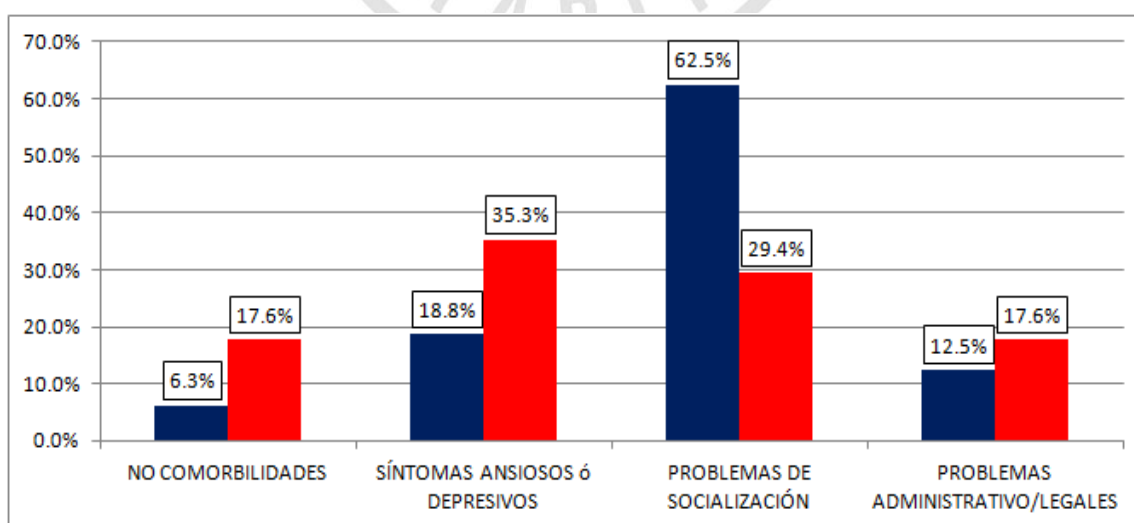
**GRÁFICA No 10. COMORBILIDADES.**  
**PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”**  
**2014-2015.**



Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

En el del grupo de MUJERES se encontró COMORBILIDAD en el 82.4% siendo la más frecuente, la presencia de SÍNTOMAS ANSIOSOS ó DEPRESIVOS que se presentaron en 35.3%, los PROBLEMAS DE SOCIALIZACION se presentaron en el 29.4%, y los PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS/LEGALES se presentaron en el 17.6% de los casos. En el del grupo de VARONES se encontró COMORBILIDAD en el 93.8% siendo la más frecuente, la presencia PROBLEMAS DE SOCIALIZACION que se presentaron en 62.5%, los SÍNTOMAS ANSIOSOS ó DEPRESIVOS se presentaron en el 18.8% de los casos y los PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS/LEGALES se presentaron en el 12.5% de los casos. (Gráfica N°11)

**GRÁFICA No 11. COMORBILIDADES SEGÚN GÉNERO.  
PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”  
2014-2015.**



Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

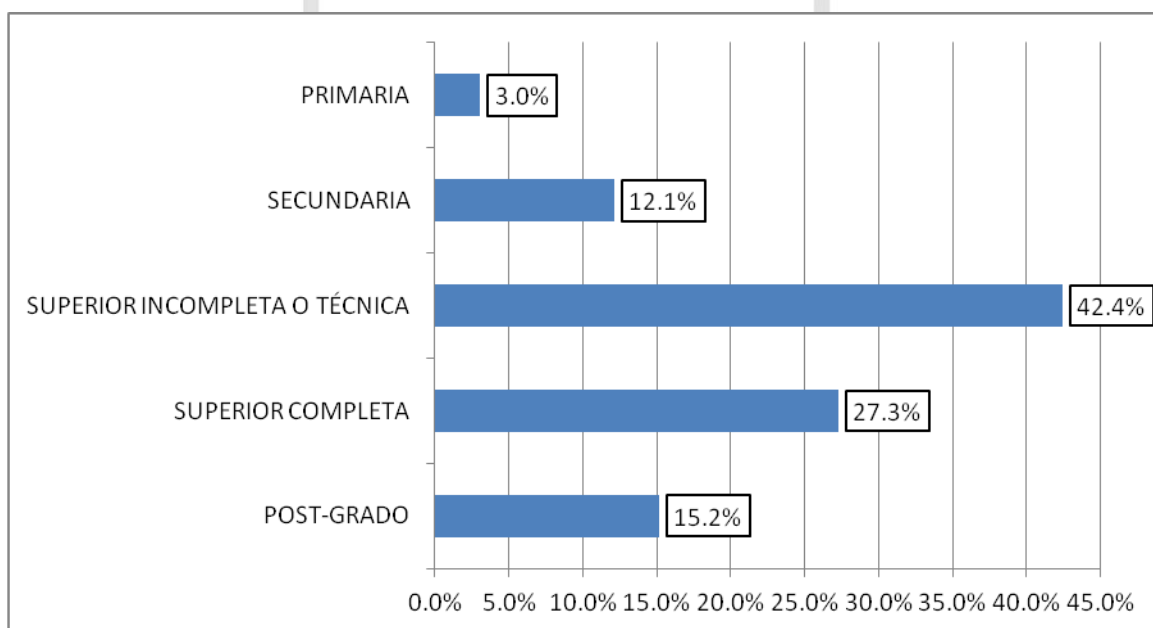
### Nivel académico:

Con respecto a la NIVEL ACADÉMICO, el estudio encontró en el TOTAL de evaluados, que un 15.2% logró estudiar un POST-GRADO, un 27.3% terminó una formación SUPERIOR COMPLETA, un 42.4% realizó una formación SUPERIOR INCOMPLETA O TÉCNICA, un 12.1% estudió SECUNDARIA y un 3,0% solo culminó la PRIMARIA (Gráfica N°12)

### GRÁFICA No 12. NIVEL ACADÉMICO DEL TOTAL DE EVALUADOS.

PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”

2014-2015.

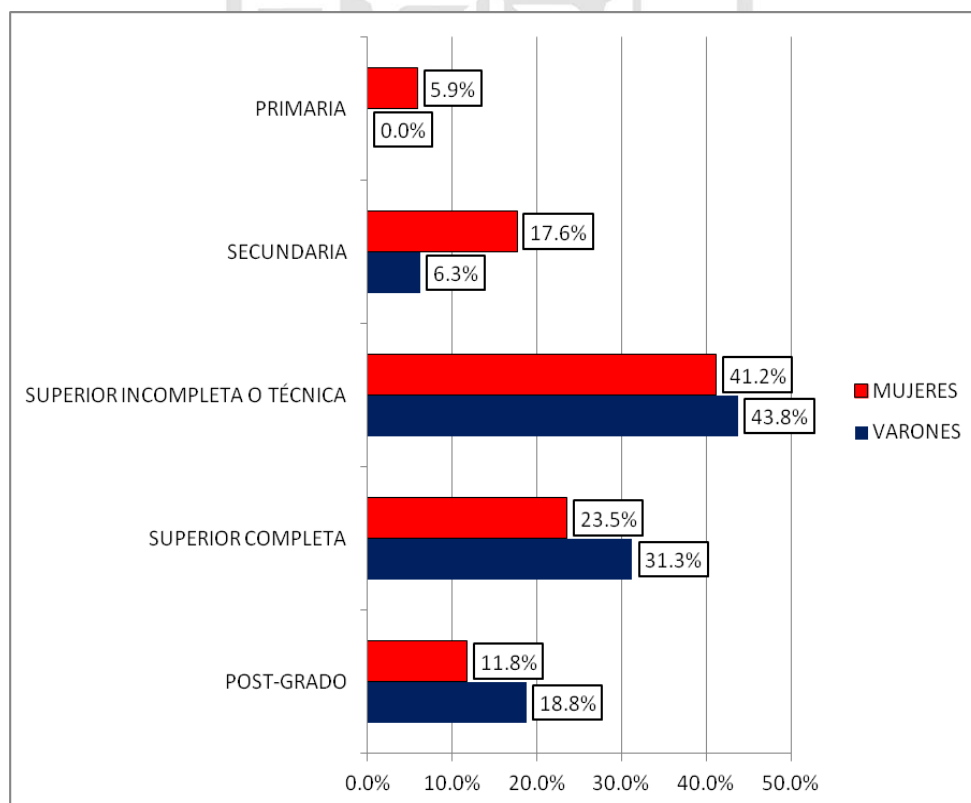


Fuente: Encuestas. PsicoCentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.

Con respecto a la NIVEL ACADÉMICO, según género, el porcentaje de evaluados que realizó un POST-GRADO fue de 11.8% en el grupo de

MUJERES y 18.8% en el grupo de VARONES. Los que terminaron una formación SUPERIOR COMPLETA fue de 23.5% en el grupo de MUJERES y 31.3% en el grupo de VARONES. El grupo que presentó mayor porcentaje en total fue el que realizó una formación SUPERIOR INCOMPLETA O TÉCNICA con un 41.2% en el grupo de MUJERES y 43.8% en el grupo de VARONES. Los que solo culminaron SECUNDARIA fueron 17.6% en el grupo de MUJERES y 6.3% en el grupo de VARONES y solo en el grupo de MUJERES se encontró un 5,9 % que culminó únicamente primaria. (Gráfica N°13).

**GRÁFICA No 13. NIVEL ACADÉMICO SEGÚN GÉNERO.**  
**PSICOCENTRO DE AYUDA A LA FAMILIA INTEGRAL “PSICOFAMIL”**  
**2014-2015.**



Fuente: Encuestas. Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”. 2014-2015.



## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

El Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL” atiende problemas mentales y emocionales y principalmente de una población infantil y adolescente en edad escolar y al igual que en otras poblaciones el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es en la actualidad uno de los problemas al que nos enfrentamos con mayor frecuencia.

Este trastorno produce gran desajuste social y familiar y siendo nuestro objetivo principal ofrecer un servicio terapéutico integral de alta calidad, así como apoyo médico y psicológico especializado a niños, adolescentes, adultos, y siendo la familia es el primer agente socializador y representa un factor protector para las diversas dificultades del trastorno, resulta de suma importancia identificar la presencia de síntomas de este trastorno en los padres de de estos pacientes ya que con mucha frecuencia uno o ambos padres comparte las dificultades relacionadas con el TDAH lo cual dificulta el manejo integral de esta patología.

Nuestra población de estudio fueron los padres y madres de niños previamente diagnosticados de TDAH del Psicocentro de Ayuda a la Familia Integral “PSICOFAMIL”, lo cual hace que genéticamente tengan ya una mayor probabilidad de presentar síntomas de este trastorno. Lo cual se evidencia en los resultados de este estudio.

Para evaluar los síntomas cardinales de TDAH: Inatención, Hiperactividad e Impulsividad, estos se miden según como se presentan:

- Nunca o Rara Vez
- Ocasionalmente
- Frecuentemente
- Muy Frecuentemente o Siempre

Considerándose para efectos prácticos de la investigación que el evaluado presenta síntomas de TDAH desde que estos ocurren Ocasionalmente y si los presenta Frecuentemente o Muy Frecuentemente se considera que tiene problemas significativos en el área respectiva.

#### **Inatención:**

Con respecto a los síntomas de INATENCIÓN se encontró que un 63.6% de los evaluados presentaba INATENCIÓN de manera FRECUENTE. Siendo el grupo de mujeres el que presenta mayor incidencia de síntomas de INATENCIÓN de manera FRECUENTE con un 94% frente a un 31.2% del grupo de varones.

#### **Hiperactividad:**

Con respecto a la HIPERACTIVIDAD se encontró un 45,5% de los evaluados presentaba HIPERACTIVIDAD de manera FRECUENTE. Siendo el grupo de varones el que presenta mayor incidencia de síntomas de HIPERACTIVIDAD

de manera FRECUENTE con un 81.2% frente a un 23.5% del grupo de mujeres.

### **Impulsividad:**

En lo concerniente a los SÍNTOMAS DE IMPULSIVIDAD, se encontró en el TOTAL de evaluados se presenta en 63.6% de manera FRECUENTE y un 12.1% los presentaba MUY FRECUENTEMENTE ó SIEMPRE, lo cual nos da una incidencia de IMPULSIVIDAD, de manera significativa, en más del 75% del total de evaluados.

El grupo de las mujeres es el que presenta mayor incidencia de estos síntomas con un 64.8% que los presenta de manera FRECUENTE y un 17.6% que los presenta MUY FRECUENTEMENTE ó SIEMPRE. Lo cual nos da un porcentaje del 82.4% de evaluados con problemas significativos de IMPULSIVIDAD. Sin embargo en el grupo de varones la IMPULSIVIDAD también es un problema ya que se presenta de manera FRECUENTE en un 62.5% y MUY FRECUENTEMENTE ó SIEMPRE en un 6.3%. Lo cual nos da un porcentaje de 68.8% de evaluados con problemas significativos de IMPULSIVIDAD.

### **Comorbilidad:**

Para este estudio las comorbilidades se agruparon de la siguiente manera:

- Síntomas Ansiosos o Depresivos
- Problemas de Socialización

- Uso de Sustancias
- Problemas Legales/Administrativos

Con respecto a la COMORBILIDADES, el estudio encontró en el TOTAL de evaluados, que el 87.9% presentaban COMORBILIDADES, de las cuales los PROBLEMAS DE SOCIALIZACION se presentaron en el 45.5%, los SÍNTOMAS ANSIOSOS ó DEPRESIVOS se presentaron en 27.3% y los PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS/LEGALES se presentaron en el 15.2% de los casos.

En el del grupo de MUJERES la COMORBILIDAD más frecuente fue la presencia de SÍNTOMAS ANSIOSOS ó DEPRESIVOS que se presentó en el 35.3%. En el del grupo de VARONES la COMORBILIDAD más frecuente fue la presencia de PROBLEMAS DE SOCIALIZACION que se presentó en 62.5%,

Cabe mencionar que también se encontró que en un 12.1% del total de la población no presentaba comorbilidades. 9.08% y 3.02% en los grupos de mujeres y varones respectivamente.

También es importante mencionar que en el estudio no se reporto el uso o abuso de sustancias como una comorbilidad presente en nuestra población.

**Nivel académico:**

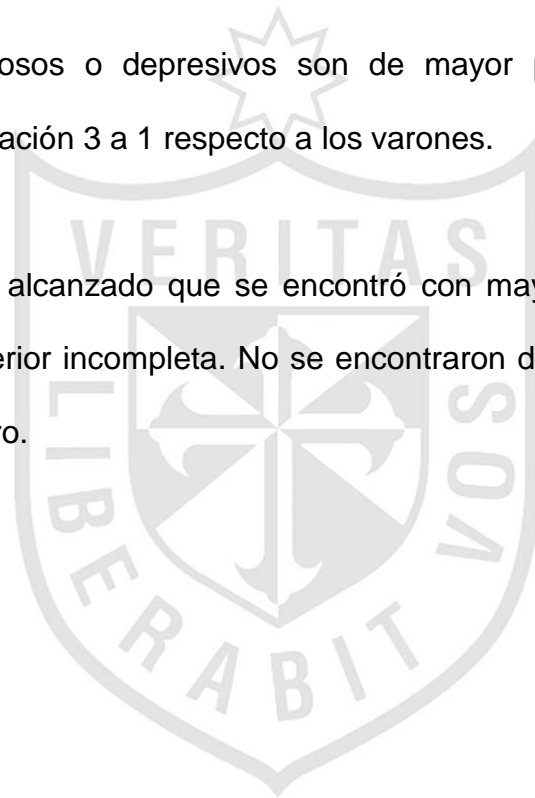
Con respecto a la NIVEL ACADÉMICO, lo mas resaltante fue que el nivel académico Técnico o Superior Incompleto fue el más frecuente con un 42.4% en la población total de estudiados. También es importante mencionar que hasta un 15% ha logrado realizar un estudio de Posgrado y que el grupo que solo culminó la primaria era el 3% del total de la población.

El nivel académico no mostró diferencias importantes según el género. El nivel académico de post-grado fue de 11.8% en el grupo de mujeres y 18.8% en el grupo de varones. Los que terminaron una formación superior completa fue de 23.5% en el grupo de mujeres y 31.3% en el grupo de varones. El grupo que presentó mayor porcentaje en total fue el que realizó una formación superior incompleta o técnica con un 41.2% en el grupo de mujeres y 43.8% en el grupo de varones. Los que solo culminaron secundaria fueron 17.6% en el grupo de mujeres y 6.3% en el grupo de varones y solo en el grupo de MUJERES se encontró un 5,9 % que culminó únicamente primaria.

## CONCLUSIONES

- Se encontró manifestaciones del TDAH del adulto en el 100% de la población estudiada. Se encontraron presentes síntomas de inatención y de hiperactividad pero los síntomas de impulsividad son los que se encuentran con mayor prevalencia. Además se evidencia que existe mayor prevalencia de síntomas de inatención en mujeres, mayor prevalencia de síntomas de hiperactividad en varones y la impulsividad es alta en ambos grupos siendo un poco más frecuente en mujeres.
- Los síntomas de Inatención y de Hiperactividad se presentan frecuentemente, sin embargo los síntomas de impulsividad son los que se encuentran con mayor prevalencia.
- Con respecto a la prevalencia de síntomas según género, se aprecia que existe una mayor prevalencia de síntomas de inatención en las mujeres. Con una relación de 3 a 1 con respecto a los varones.
- La prevalencia de síntomas de Hiperactividad es mayor en el grupo de varones. Con una relación de 4 a 1 respecto a las mujeres.
- La prevalencia de impulsividad es alta y no muestra una diferencia importante según el género, pero se aprecia una relación de 4 a 3 de mujeres frente a varones.

- Las comorbilidades encontradas con mayor prevalencia fueron los problemas de socialización y los síntomas ansiosos o depresivos.
- Los problemas de socialización son de mayor prevalencia entre los varones con una relación 3 a 1 respecto a las mujeres.
- Los síntomas ansiosos o depresivos son de mayor prevalencia entre las mujeres con una relación 3 a 1 respecto a los varones.
- El nivel académico alcanzado que se encontró con mayor prevalencia fue el nivel técnico o superior incompleta. No se encontraron diferencias importantes de acuerdo al género.



## RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio completo de los pacientes con TDAH, ya sea del niño, adolescente y o adulto, incluyendo un sondeo de otros miembros de la familia que puedan estar presentando manifestaciones de este trastorno y sus comorbilidades a fin de realizar un manejo integral del paciente y de la familia como factor protector.
- Tomar en cuenta los resultados del presente estudio a fin de realizar estudios de tipo prospectivo o de casos y controles con mayor población con la finalidad de prevenir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida a futuro de los niños y adolescentes.
- Realizar actividades de Psicoeducación en con la finalidad de desestigmatizar los trastornos mentales a fin de lograr un acercamiento de la población y hacer diagnóstico precoz.



## FUENTES DE INFORMACION

1. Pérez, M., et al. "Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad: evaluación en la consulta pediátrica." *Revista pediátrica de atención primaria* 8.8 (2006): 11-24.
2. Biederman, J., et al. "Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40.3 (2001): 290-298.
3. Faraone, S., et al. "Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview." *Biological psychiatry* 48.1 (2000): 9-20.
4. Barkley, R., et al. "The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder." *Journal of abnormal psychology* 111.2 (2002): 279.
5. Ramos-Quiroga, J., et al. "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica." *Rev Neurol* 42.10 (2006): 600-606.

6. Murphy, K., et al. "Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history." *The Journal of nervous and mental disease* 190.3 (2002): 147-157.
7. Faraone, S., et al. "Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview." *Biological psychiatry* 48.1 (2000): 9-20.
8. Cortese, S. "The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know." *European journal of paediatric neurology* 16.5 (2012): 422-433.
9. Sobanski, E., et al. "A randomized, waiting list-controlled 12-week trial of atomoxetine in adults with ADHD." *Pharmacopsychiatry* 45.3 (2012): 100-107.
10. Arnsten, A. "Toward a new understanding of attention-deficit hyperactivity disorder pathophysiology." *CNS drugs* 23.1 (2009): 33-41.
11. Arnsten, A., et al. "Guanfacine for the treatment of cognitive disorders: a century of discoveries at Yale." *The Yale journal of biology and medicine* 85.1 (2012): 45.

12. Ramos-Quiroga, J. "TDAH en adultos: Factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico." (2009). Rev Neurol 2009 55 10 "609 618
13. McIntosh, D., et al. "Adult ADHD and comorbid depression: A consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD." Neuropsychiatr Dis Treat 5 (2009): 137-150.
14. Valdizán, J., et al. "Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos." Rev Neurol 48.Supl 2 (2009): S95-9.
15. Fayyad, J., et al. "Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder." The British Journal of Psychiatry 190.5 (2007): 402-409.
16. Simon, V., et al. "[Detailed review of epidemiologic studies on adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)]." Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Társaság tudományos folyóirata 22.1 (2006): 4-19.
17. Simon, V., et al. "Detailed review of epidemiologic studies on adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)." Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata 22.1 (2007): 4.

18. Kessler, R., et al. "The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication." *The American journal of psychiatry* 163.4 (2006): 716-723.
19. Vegt, M., et al. "[Psychiatric and neuropsychological characterization of a group of adults referred to a university outpatient clinic for ADHD]." *Tijdschrift voor psychiatrie* 49.5 (2006): 289-299.
20. Wilson, J. "ADHD and substance use disorders: developmental aspects and the impact of stimulant treatment." *The American Journal on Addictions* 16.s1 (2007): 5-13.
21. Satterfield, J., et al. "A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46.5 (2007): 601-610.
22. Gau, S., et al. "Association between sleep problems and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adults." *Sleep-New York Then Westchester* 30.2 (2007): 195.
23. Kessler, R., et al. "The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication." *The American journal of psychiatry* 163.4 (2006): 716-723.

24. Kennemer, K., et al. "Incidence of ADHD in adults with severe mental health problems." *Applied neuropsychology* 12.2 (2005): 77-82.
25. Gunter, T., et al. "Adult outcomes of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder: are the risks independent or additive?." *Annals of Clinical Psychiatry* 18.4 (2006): 233-237.
26. Torgersen, T., et al. "ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity." *Nordic journal of psychiatry* 60.1 (2006): 38-43.
27. Biederman, J., et al. "Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community." *Journal of Clinical Psychiatry* (2006).
28. Krause, J., et al. "ADHD in adolescence and adulthood, with a special focus on the dopamine transporter and nicotine." *Dialogues in clinical neuroscience* 8.1 (2006): 29.
29. Ramos-Quiroga, J., et al. "Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica." *Rev Neurol* 42.10 (2006): 600-606.

30. Philipsen, A., et al. "Sleep and sleep disorders in adults with attention deficit/hyperactivity disorder." *Sleep medicine reviews* 10.6 (2006): 399-405.
31. Owens, J. et al. "The ADHD and sleep conundrum redux: moving forward." *Sleep medicine reviews* 10.6 (2006): 377-379.
32. Nigg, J., et al. "Executive functions and ADHD in adults: evidence for selective effects on ADHD symptom domains." *Journal of Abnormal Psychology* 114.4 (2005): 706.
33. Boonstra, M., et al. "Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review." *Psychological medicine* 35.08 (2005): 1097-1108.
34. Kalbag, A., et al. "Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues." *Substance use & misuse* 40.13-14 (2005): 1955-1981.
35. McGough, J., et al. "Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families." *American Journal of Psychiatry* 162.9 (2005): 1621-1627.
36. Kessler, R., et al. "The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally

- representative sample of workers." *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47.6 (2005): 565-572.
37. Nierenberg, A., et al. "Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants." *Biological psychiatry* 57.11 (2005): 1467-1473.
38. Barkley, R., and Michael Gordon. "Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: Implications for a clinical practice." *Clinicians' guide to adult ADHD: Assessment and intervention* (2002): 43-69
39. Faraone, S., et al. "Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid?." (2006): 1720-1729.
40. Faraone, S., et al. "Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview." *Biological psychiatry* 48.1 (2000): 9-20.
41. Spencer, T., et al. "Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis." *The Journal of clinical psychiatry* 59 (1997): 59-68.

42. Murphy, K., et al. "Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments." *Comprehensive psychiatry* 37.6 (1996): 393-401.
43. Filomeno, A. *Manual Diagnóstico y manejo de TDAH: enfoque multidisciplinario*. Asociación Peruana de Déficit de Atención, 2008
44. Barkley, Russell A. "Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD." *Psychological bulletin* 121.1 (1997): 65.
45. Filomeno, A. *El Niño con Déficit de Atención o Hiperactividad, cómo pasar del fracaso al éxito*. 2da Ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2009
46. Asociación Psiquiátrica de América Latina. "Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR)." Lima: APAL (2012).
47. Asociación Americana de Psiquiatría. "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales." (2015).



48. Organización Panamericana de la Salud (Washington. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. No. 554. Pan American Health Org, 1995.



# ANEXOS

## Anexo° 01: Cuestionario auto informado de cribado del adulto- V1.1 OMS

Este cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) es para individuos mayores de 18 años.

Cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS © Organización Mundial de la Salud					
Fecha					
<p>Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.</p>					
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia mueve continuamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					
<p>Sume el número de marcas que hizo en la zona sombreada. Cuatro (4) marcas o más indican que sus síntomas pueden ser compatibles con los del TDAH del adulto. Podría ser conveniente para usted hablar con su médico acerca de una evaluación.</p>					

El cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 6 preguntas-Versión 1.1 (ASRS-V1.1) es un subgrupo de la Lista de verificación de síntomas del cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 18 preguntas de la OMS –Versión 1.1 (Adult ASRS-V1.1).

AT28491 IMPRESO EN EE.UU. 3000054636 0903500 ASRS-V1.1 Screener COPYRIGHT © 2003 Organización Mundial de la Salud - OMS. Reimpreso con autorización de la OMS. Todos los derechos reservados.

## Anexo° 02: Escala de auto valoración del adulto con TDAH

**Escala de autovaloración de adultos (EAVA)** Escala para adultos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Por favor, responda las siguientes preguntas: en cada uno de los criterios hay una escala en la parte derecha de la página. Al responder cada pregunta, indique el número correcto que mejor describe como se han sentido y actuado en los últimos seis meses. Por favor, de este cuestionario completado a su profesional de la salud para debatirlo durante la consulta. Recuerde que los síntomas se han tenido que iniciar antes de los siete años.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
<b>Parte A</b>					
1. ¿Con qué frecuencia comete errores cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para mantener su atención cuando esta aburrido o con un trabajo repetitivo?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para concentrarse en cuestiones que otras personas le comunica aun cuando se dirijan directamente a usted?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para concretar los detalles de un proyecto una vez que las partes más difíciles se han conseguido?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades en ordenar las cosas en una tarea que requiere organización?	0	1	2	3	4
6. Cuando tiene una tarea que requiere mucha reflexión, ¿con qué frecuencia la evita o demora en iniciarla?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia extravía cosas o tiene dificultades para encontrarlas en su casa o en el trabajo?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia se distrae por actividad o ruido a su alrededor?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para recordar citas u obligaciones?	0	1	2	3	4
Puntuación total parte A:					
<b>Parte B</b>					
10. ¿Con qué frecuencia se inquieta o mueve sus manos o pies cuando tiene que permanecer sentado durante largo tiempo?	0	1	2	3	4
11. ¿Con qué frecuencia abandona su asiento en reuniones o en otras situaciones en las cuales debe permanecer sentado?	0	1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia tiene sensación de inquietud?	0	1	2	3	4
13. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse durante el tiempo libre?	0	1	2	3	4
14. ¿Con qué frecuencia se nota forzado en realizar actividades, como impulsado por un motor?	0	1	2	3	4
15. ¿Con qué frecuencia habla demasiado en ambientes sociales?	0	1	2	3	4
16. Cuando mantiene una conversación, ¿con qué frecuencia permite que los demás terminen sus intervenciones?	0	1	2	3	4
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones que requieran una espera?	0	1	2	3	4
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a los demás mientras están ocupados?	0	1	2	3	4
Puntuación total parte B:					
Evaluación: a) si tiene 24 puntos o más en la parte A o parte B, es muy probable que sea un TDAH del adulto; b) si la puntuación está entre 17-23 puntos, es probable que sea un TDAH del adulto; c) si la puntuación está entre 0-17 puntos, es poco probable que sea un TDAH del adulto. Ahora bien, si considera que es un TDAH del adulto, tenga presente que en ocasiones los adultos pueden tener dicho trastorno, aun con pocos síntomas. (Traducción del autor a partir de la <i>Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Symptom Checklist</i> . URL: <a href="http://www.med.nyu.edu/psych/assets/adhdscreen18.pdf">http://www.med.nyu.edu/psych/assets/adhdscreen18.pdf</a> . [16.12.2008].)					

# Anexo° 03: Escala de Conners para

## Padres.

### Escala de Conners para Padres - Revisada (S)

C. Keith Conners, Ph.D.  
traducido por Orlando L. Villegas, Ph.D.

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Nombre del Padre (Madre): \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) "¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes?" e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 o 2 para respuestas intermedias. Por favor responda todos los ítems.

	NO ES CIERTO (Nunca rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
1. Desatento(a), se distrae con facilidad .....	0	1	2	3
2. Enojado(a) y resentido(a) .....	0	1	2	3
3. Tiene dificultad para hacer o completar sus tareas escolares en casa .....	0	1	2	3
4. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor .....	0	1	2	3
5. Poca capacidad para prestar atención .....	0	1	2	3
6. Discute con adultos .....	0	1	2	3
7. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento .....	0	1	2	3
8. No termina sus tareas .....	0	1	2	3
9. Difícil de controlar en las tiendas o mientras se hacen las compras del mercado .....	0	1	2	3
10. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela .....	0	1	2	3
11. Se descontrola, pierde la paciencia, se enoja .....	0	1	2	3
12. Necesita supervisión constante para completar sus tareas .....	0	1	2	3
13. Presta atención sólo si algo le parece muy interesante .....	0	1	2	3
14. Corre, se sube a la cosas en situaciones donde es inapropiado .....	0	1	2	3
15. Distraído(a) o con problemas para mantener la atención .....	0	1	2	3
16. Irritable .....	0	1	2	3
17. Rehusa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa) ..	0	1	2	3
18. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a) .....	0	1	2	3
19. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo .....	0	1	2	3
20. Abiertamente desafiante y rehusa obedecer a los adultos .....	0	1	2	3
21. Tiene problemas para concentrarse en el salón de clase .....	0	1	2	3
22. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo ...	0	1	2	3
23. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio .....	0	1	2	3
24. Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros .....	0	1	2	3
25. No sigue instrucciones y no termina sus tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones) .....	0	1	2	3
26. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido .....	0	1	2	3
27. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza .....	0	1	2	3

Copyright © 1998, Multi-Health Systems Inc. Derechos Reservados/All rights reserved. En los Estados Unidos/In the United States, P.O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120-0950, 1-800-456-3003.  
En/In Canada, 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, ON M2H 3M6, 1-800-268-6011, 1-416-492-2627, Fax 1-416-492-3343.

## Anexo° 04: Escala de Connes para maestros.

### Escala de Conners para Maestros - Revisada (S)

C. Keith Conners, Ph.D.  
traducido por Orlando L. Villegas, Ph.D.

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado de Instrucción: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen en la escuela. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con lo ocurrido durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) "¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes?" e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

	NO ES CIERTO (Nunca, rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
1. Desatento(a), se distrae con facilidad .....	0	1	2	3
2. Desafiante .....	0	1	2	3
3. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a) .....	0	1	2	3
4. Olvida cosas que ya ha aprendido .....	0	1	2	3
5. Perturba a otros niños .....	0	1	2	3
6. Abiertamente desafiante y rehusa obedecer a los adultos .....	0	1	2	3
7. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor .....	0	1	2	3
8. Pobre capacidad para deletrear .....	0	1	2	3
9. No se puede estar quieto(a) .....	0	1	2	3
10. Rencoroso(a) y vengativo(a) .....	0	1	2	3
11. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio .....	0	1	2	3
12. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento .....	0	1	2	3
13. Pobre capacidad para la lectura .....	0	1	2	3
14. Poca capacidad para prestar atención .....	0	1	2	3
15. Discute con los adultos .....	0	1	2	3
16. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante .....	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno .....	0	1	2	3
18. No tiene interés en el trabajo escolar .....	0	1	2	3
19. Distruido(a) o con problemas para mantener la atención .....	0	1	2	3
20. "Berrinches", "pataletas", explosivo(a), de conducta impredecible .....	0	1	2	3
21. Corre, se sube a la cosas en situaciones donde es inapropiado .....	0	1	2	3
22. Pobre capacidad para la aritmética .....	0	1	2	3
23. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos ajenos)	0	1	2	3
24. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido .....	0	1	2	3
25. Nunca termina las actividades que comienza .....	0	1	2	3
26. No sigue instrucciones y no termina sus tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsivo(a) .....	0	1	2	3
28. Incansable, siempre está haciendo algo .....	0	1	2	3

## Anexo° 05: Escala de evaluación de Vanderbilt - NICHQ

### NICHQ - Escala de evaluación Vanderbilt. (Padre informante)

Nombre del niño (a):

Fecha de nacimiento:

Fecha de hoy:

Nombres de los padres:

**Indicaciones:** Cada evaluación deberá considerarse dentro del contexto de lo que es apropiado para la edad de su hijo.

Al llenar este formulario, favor de pensar en el comportamiento del niño en los últimos seis meses.

Se basa esta evaluación en un período durante el cual el niño estaba:  usando un medicamento.  sin usar medicamentos.  no está seguro.

#### Síntomas:

	Nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente
1 No presta atención a los detalles o comete errores por descuido, por ejemplo en la tarea.	0	1	2	3
2 Tiene dificultad para poner atención en lo que necesita hacerse.	0	1	2	3
3 No parece escuchar cuando se le habla directamente.	0	1	2	3
4 No parece seguir instrucciones y no termina actividades. (no debido a que se rehusa a hacerlas, sino por falta de atención).	0	1	2	3
5 Tiene dificultad para organizar sus tareas y actividades.	0	1	2	3
6 Evita, rechaza y no quiere iniciar tareas que requieren esfuerzo mental continuo.	0	1	2	3
7 Pierde las cosas necesarias para tareas y actividades (juguetes, asignaturas, lápices o libros).	0	1	2	3
8 Se distrae fácilmente con ruidos y otros estímulos.	0	1	2	3
9 Es olvidadizo para las actividades diarias.	0	1	2	3

TOTAL de preguntas calificadas con 2 ó 3:

10 Mueve constantemente manos y pies o se retuerce en su asiento.	0	1	2	3
11 Deja el asiento cuando se espera que esté sentado.	0	1	2	3
12 Corretea alrededor o se sube a algún lugar cuando debe permanecer sentado.	0	1	2	3
13 Tiene dificultades para jugar o iniciar actividades de juego tranquilo.	0	1	2	3
14 Siempre está "en marcha" o actúa con frecuencia como si lo "impulsara un motor"	0	1	2	3
15 Habla demasiado.	0	1	2	3
16 Contesta las preguntas antes de que se haya terminado de hacerlas.	0	1	2	3
17 Tiene dificultades para esperar su turno.	0	1	2	3
18 Interrumpe o se entromete en las conversaciones y/o actividades de los demás.	0	1	2	3

TOTAL de preguntas calificadas con 2 ó 3:

#### Desempeño:

	Excelente	Superior al Promedio	Promedio	Algo problemático	Problemático
19 Desempeño escolar general.	1	2	3	4	5
20 Lectura.	1	2	3	4	5
21 Escritura.	1	2	3	4	5
22 Matemáticas.	1	2	3	4	5
23 Relación con los padres.	1	2	3	4	5
24 Relación con los hermanos.	1	2	3	4	5
25 Relación con sus coetáneos	1	2	3	4	5
26 Participación en actividades organizadas. (ej: equipos)	1	2	3	4	5

TOTAL de preguntas calificadas con 4 ó 5:

#### TDAH con predominio en inatención

n° de respuestas  ≥ 6 n° de respuestas  ≥ 1

Para uso exclusivo del consultorio.

#### TDAH con predominio en hiperactividad e impulsividad

n° de respuestas  ≥ 6 n° de respuestas  ≥ 1

#### TDAH combinado

n° de respuestas  ≥ 6 n° de respuestas  ≥ 6 n° de respuestas  ≥ 1

fuentes: Academia Americana de Pediatría e Iniciativa Nacional en pro de la Calidad en el Cuidado de la Salud Infantil.

## Anexo° 06: Cuestionario CADS para padres.

### CADS - Cuestionario para Padres

C. Keith Conners, Ph.D. Traducida por Orlando L. Villegas, Ph. D.

Nombre del niño (a).....Sexo: Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento ...../...../..... Edad ..... Grado escolar.....

Nombre del Maestro..... Fecha de hoy...../...../.....

**Instrucciones:** A continuación encontrará una lista de problemas comunes en los niños(as).

Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes.

Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) ¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes? é indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema.

Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0.

Si la respuesta es siempre o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3.

Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias.

Por favor responda a cada situación en el Grupo "A".

También responda a cada ítem de los grupos "B" y "C"

si hay una marca junto a la palabra Sí (  Sí)

#### GRUPO "A" - Por favor responda a los siguientes ítems:

1. Rehusa, expresa rechazo o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa)
2. No sigue instrucciones y no termina sus tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta opositora o por no entender las instrucciones)
3. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento
4. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio

NO ES CIERTO (Nunca, rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

#### GRUPO "B"- Por favor responda a los siguientes ítems:

1. Tiene problemas para concentrarse en el salón de clase
2. Desatento(a), se distrae con facilidad
3. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela
4. Distruido(a) o con problemas para mantener la atención
5. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo
6. Poca capacidad para prestar atención
7. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante
8. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

#### GRUPO "C" - Por favor responda a los siguientes ítems:

1. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado por un motor
2. Tiene dificultad para mantenerse atento(a) en las tareas o durante actividades recreativas
3. Parece no escuchar lo que se le está diciendo
4. Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado
5. Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades
6. Habla demasiado
7. No presta atención a detalles o comete errores en sus asignaturas escolares, trabajo en general u otras actividades
8. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo
9. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos ajenos)
10. Olvidadizo(a) en las actividades cotidianas
11. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido
12. Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaturas escolares, lápices, libros, juguetes)
13. Se distrae con facilidad con estímulos externos

0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Referencia: Conners K, Dayán A. CADS Cuestionario para padres. Trastorno de Déficit de Atención (TDAH). www.genetipito.com. Oct. 2006.

## Anexo° 07: Cuestionario latinoamericano para detección de TDAH

### CUESTIONARIO LATINOAMERICANO PARA DETECCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, VERSIÓN PADRES

Comité CEAL-TDAH

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño/ Adolescente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año escolar que cursa: \_\_\_\_\_

Responde el cuestionario: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación se describen algunas conductas que presentan los niños. Lea cuidadosamente cada una y marque la que más se relacione con lo que ha observado en su hijo durante los últimos seis meses. Por favor asegúrese de contestar todas las preguntas.

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Le molesta tener que esperar	—	—	—	—
2. Parece no escuchar cuando se le habla	—	—	—	—
3. Se ve inquieto cuando está sentado	—	—	—	—
4. Interrumpe cuando otros hablan	—	—	—	—
5. Deja incompletas las tareas	—	—	—	—
6. Tiene dificultades para prestar/poner atención	—	—	—	—
7. Tiene dificultades para permanecer sentado	—	—	—	—
8. Pierde sus cosas	—	—	—	—
9. Es desorganizado en sus tareas	—	—	—	—
10. Corre en lugares donde no debe hacerlo (escuela, cine, pasillos, etc.)	—	—	—	—
11. Es más juguetón que los demás	—	—	—	—
12. Parece tener más energía que otros niños de su edad	—	—	—	—
13. Comete errores por descuido	—	—	—	—
14. Se mete donde no le llaman	—	—	—	—
15. Evita hacer tareas en las que tiene que concentrarse	—	—	—	—
16. Se distrae por cualquier cosa	—	—	—	—
17. Hace las cosas rápido y mal	—	—	—	—
18. Olvida dónde deja sus cosas (dinero, llaves, ropa, etc.)	—	—	—	—
19. Le cuesta trabajo terminar lo que empieza	—	—	—	—
20. Habla, habla y habla	—	—	—	—
21. Mueve constantemente las manos y/o pies	—	—	—	—
22. Tiene problemas para concentrarse en tareas o trabajos	—	—	—	—
23. Es desordenado	—	—	—	—
24. Responde antes que terminen de hacerle una pregunta	—	—	—	—
25. Le es difícil seguir instrucciones	—	—	—	—
26. Parece estar en la luna/nubes	—	—	—	—
27. Deja caer las cosas y/o se tropieza	—	—	—	—
28. Le falta tiempo para terminar sus cosas y/o tareas	—	—	—	—

Comité CEAL-TDAH