



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF No.8  
"SAN ANGEL"**

**Relación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres con hijos con trastorno de atención e hiperactividad en la consulta externa de salud mental de la Clínica 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social**

**P R E S E N T A :**

**DRA. ANGELICA ROCIO SORIANO AVILA**

**MEXICO D.F  
2007**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A MI MADRE, HERMANAS Y HERMANO QUIENES SON PARTE ESENCIAL EN MI VIDA, ME ENSEÑARON CON EL EJEMPLO Y DEDICACIÓN A SUPERAR LOS OBSTÁCULOS. QUIENES ME HAN INCULCADO ÉXITO Y SUPERACIÓN, PORQUE GRACIAS A SU APOYO HE PODIDO CONCLUIR UNA META MAS EN MI VIDA.

A MIS PROFESORES QUIENES PERMITIERON CULMINAR UNA ETAPA MAS EN, MI FORMACIÓN COMO PROFESIONISTA.

A MIS AMIGOS POR PERMITIR SER PARTE DE ESTE PROCESO DE FORMACIÓN ACADÉMICA Y JUNTOS PODER ALCANZAR UN GRAN OBJETIVO, AL CIERRE DE OTRO PERIODO MAS DE APRENDIZAJE.

CON ESPECIAL CARIÑO A USTEDES POR SU TIEMPO Y DEDICACIÓN DURANTE TRES AÑOS DE CONVIVENCIA Y FINALMENTE A ESTE GRAN MOMENTO DE MI VIDA MI EMBARAZO Y A TI MI COMPAÑERO Y AMIGO QUE LLEGAMOS AL FINAL DE TODOS ESTOS OBSTÁCULOS Y PRONTO ESTAREMOS JUNTOS.

## *Índice*

<i>Título</i>	2
<i>Asesores</i>	3
Índice	5
Agradecimientos	6
Resumen	7
Marco teórico	9
Planteamiento del problema	34
Justificación	35
Hipótesis	37
Objetivos	38
Materiales y métodos	40
Diseño de estudio	41

Análisis y Resultados	45
Conclusiones	47
Anexos	53
Bibliografía	58

## RESUMEN

El Trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de los problemas mas frecuentes en la población pediátrica. Con una prevalencia entre la población abierta y adulta del 4%. La clasificación internacional de la Asociación de Psiquiatría Americana establece criterios para la integración diagnóstica del TDAH, lo que permite la codificación de los 3 subtipos: inatento, hiperactivo-impulsivo y el mixto o combinado. Se considera una patología con patrón hereditario principalmente, que afecta a niños, adolescentes y adultos, ambos sexo y de todos los trasfondos culturales. Resultando en la mayoría de los casos en trastornos de la conducta, personalidad y por el abuso de sustancias. Cuando se trata apropiadamente puede ser bien manejada, llevando a una mayor satisfacción en la vida y una mejoría significativa en el funcionamiento diario. Así la existencia de TDAH en la edad adulta una vez identificado debe recibir tratamiento oportuno.

Y conociendo la existencia del mismo cuando se presenta en los hijos es de mejor atención en su tratamiento y seguimiento.

Se realizo un estudio descriptivo, observacional, transversal, para identificar la existencia de trastorno de déficit de atención en padres de hijos quienes están identificados con ese diagnóstico, el cual concluye con la existencia del mismo en la edad adulta, con una  $P > 0.05$ , el cual representa un valor estadísticamente significativo.

## **SUMMARY**

The Upheaval of attention-deficit/hyperactivity disorder is one of the most frequent problems in the paediatrics population. The prevalence is 4% over wide open sample and adults also. The international classification of the Association of American Psychiatry establishes criteria for integration diagnoses of the ADHD, which allows the codification of the 3 subtypes: unattended, hyperactive-impulsive and the compound or combined. A pathology with hereditary pattern is considered mainly, that affects children, adolescents and adults, both sex and of all the cultural background. Many cases present upheavals of the behavior; personality and substances abuse. Whenever the treatment is appropriately can well be handled, taking to a greater satisfaction of life and a significant improvement in the daily good working order. Thus the existence of ADHD in the adult age once identified must receive opportune treatment. And in the knowledge about existence of the same problem in both parents and children it is better attention in his treatment and pursuit.

It was made a descriptive, observational and transversal study, to identify the existence of upheaval of attention-deficit/hyperactivity disorder in parents of children who are identified with that diagnose, which concludes with the existence of the same one in the adult age, with a P 0,05, which represents a significant statistic.

## **MARCO TEÓRICO**

### **ANTECEDENTES**

En el pasado el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA/H) recibía otros nombres: disfunción cerebral mínima, hiperquinesia, trastorno hiperquinético entre otros, es una enfermedad crónica con inicio en la infancia y que persiste por la adolescencia y en la vida adulta. Se caracteriza por una triada sintomatológica: inatención, hiperactividad e impulsividad que producen deterioro en el funcionamiento familiar, académico, social o laboral.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la población pediátrica, con una prevalencia entre la población abierta del 3 a 4% siendo más elevada entre los 6 y los 9 años que es del 8%, en la población adolescente clínica del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) es de un 40% <sup>2-4</sup>.

La clasificación internacional de la Asociación Psiquiátrica Americana establece criterios para la integración diagnóstica del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad lo que permite la codificación de los 3 subtipos; el inatento, hiperactivo-impulsivo y el mixto o combinado <sup>2-4</sup>.

Se considera una condición neurobiológica, mayormente heredada, que afecta ciertas funciones cerebrales y es una condición de por vida que afecta a niños, adolescentes y adultos de todas las edades. Afecta tanto a hombres como a mujeres y a personas de todas las razas y de todos los trasfondos culturales.



No todas las personas con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad experimentan los síntomas con el mismo nivel de severidad, algunas personas tienen Trastorno por déficit de atención e hiperactividad leve, mientras que otras es severo, resultando en un 40 a 60% de los casos asociado a problemas como: retraso en el habla, trastornos en el aprendizaje, fracaso escolar, problemas de la conducta, como negativismo, desafiante y trastorno emocionales como la ansiedad, depresión y baja autoestima <sup>16</sup>.

Ya con menor frecuencia se observan en los niños problemas relacionados con el dormir, enuresis y encopresis. Como factores adversos sociales, consisten en seis factores ambientales: discordia marital severa, bajo nivel socioeconómico, familia numerosa (mas de 3 hermanos), criminalidad paterna, trastorno mental materno. Los factores adversos biológicos: son la historia familiar de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos psiquiátricos e historia personal de daño cerebral sufrida durante el periodo perinatal <sup>1-5</sup>.

Cuando se trata apropiadamente puede ser bien manejada, llevando a una mayor satisfacción en la vida y una mejoría significativa en el funcionamiento diario. El diagnostico certero es el primer paso en aprender a manejar efectivamente el

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El tratamiento de los niños, adolescentes y adultos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad debe ser multisistémico, es decir farmacológico y psicosocial, que incluya terapias psicopedagógicas neuropsicológicas, cognitivas, conductuales y familiares entre otras que puedan disminuir los síntomas. Teniendo éxito en combinar todas estas intervenciones para el tratamiento.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una enfermedad, que tiene diferentes niveles de severidad, leves y graves y también se sabe que muchos de los síntomas de la enfermedad se controlan con el uso de medicamentos. Este padecimiento disminuye entre el 40 y 60% de quienes lo padecen desde niño, pero un número muy importante manifiesta los síntomas hasta la vida adulta. La medicina controla la enfermedad no la cura. El buen control le permite un buen desarrollo de sus potencialidades en el área social, académica y familiar 2,4.

## **DEFINICION**

Es definido por la presencia de 3 síntomas fundamentales: 1. disminución de la atención, 2. Impulsividad. 3. Hiperactividad.

Atención inapropiada para su edad, que puede acompañarse de impulsividad e hiperactividad. Ocurre en ambientes diversos, causa deterioro funcional afectando no solo al enfermo sino a su familia a los sistemas de salud y de educación y a la sociedad en su conjunto <sup>7,8</sup>.

Descrito por la cuarta edición del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), considera que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad posee 2 dimensiones subyacentes: falta de atención e hiperactividad/impulsividad, cuya validez se ha comprobado a través de estudios de análisis factorial <sup>2,5</sup>.

## **PREVALENCIA**

Se estima que no menos de un 6% de los niños en edad escolar presentan el cuadro, con mayor prevalencia en el sexo masculino y en la adolescencia la presencia del cuadro es similar en ambos sexos. Tampoco se descarta las diferencias de prevalencia en relación a las razas, etnias y culturas debido a la importancia de los factores genéticos en la transmisión y a que comienza siendo de origen ambiental, que puede transformarse en genéticas con el paso de generaciones. La edad de inicio del deterioro psicosocial se encuentra después de los 7 años de edad.

Es más frecuente en varones en una proporción de 8:1, mientras que en la población clínica es de 4:1. los hombres tienen asociado mayor frecuencia de problemas de conducta en relación a las mujeres afectadas con fallas en la academia o déficit de atención, quines en ocasiones pueden pasar desapercibidas debido a que generalmente no presentan síntomas de hiperactividad e impulsividad. Sin embargo las niñas tienden a internalizar los síntomas manifestando problemas de depresión y ansiedad, o peor funcionamiento psicosocial <sup>2</sup>.

La prevalencia en la población clínica en niños y adolescentes del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” de la Ciudad de México es del 28.6%, en la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría se reporta una prevalencia del 40%.

En un 30 a 50% de los niños acuden a un servicio de neurología o psiquiatría infantil, persiste en algunos pacientes adolescentes en un 40 a 70% y adultos más del 50% <sup>3,9</sup>.

Prevalencia geográfica de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

1.1-12% de la población general de EUA.

2.4% en Alemania.

3.6% en Canadá.

4.7% en nueva Zelanda.

5.10% en puerto rico.

6.40% en la clínica de adolescentes del Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente

7.28.6% en la población clínica hospital psiquiátrico infantil <sup>3,9</sup>.

Utilizando los criterios del DSM-IV en su reciente texto revisado, la mayoría de los autores estiman la prevalencia global de los Trastornos por déficit de atención e hiperactividad en sus diversa formas entre el 3-7% aunque parece claro que existe un gran margen de variabilidad en función de la edad, el sexo, nivel socioeconómico u otros <sup>2,5</sup>.

## ETIOLOGIA

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad tiene causas multifactoriales, las bases biológicas son las más estudiadas, quien ha sugerido la existencia de anomalías en las conexiones frontoestriatales. El metabolismo de la actividad noradrenergica se encuentra disminuido en la corteza frontal (noradrenergica) y sobre el estriado (dopaminergico). La depleción inducida de dopamina produce hiperactividad, la deprivación de noradrenalina se relaciona con deficiencia en el aprendizaje sin hiperactividad, la deficiencia de serotonina se ha relacionado con impulsividad y agresividad 9,12.

De ahí la importancia en cuanto al tratamiento farmacológico que bloquean la recaptura de dopamina y norepinefrina en la neurona presináptica, causando un incremento en el cerebro de los niveles de dopamina y norepinefrina.

Puede ser de origen genético o adquirido pero en ambas la circunstancia es la misma base bioquímica como origen del trastorno. De los casos hereditarios están los adquiridos, en los últimos años se está observando un importante aumento a este grupo debido al número de niños prematuros y de peso muy bajo, sufrimiento fetal, alcoholismo y tabaquismo materno, exposición a altos niveles de plomo en los primeros meses de vida, bajo coeficiente intelectual parental, toxemia, trastorno de conductas y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los padres. Discordia marital severa, bajo nivel socioeconómico, familia numerosa mayor de 3, criminalidad paterna, trastorno mental materno, ser cuidado por un familiar adoptivo.

Desde hace más de 30 años se reconoció que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad podía tener un componente familiar, observando que los familiares de los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentaban este trastorno con más frecuencia que los niños que no lo tenían.

En diversos estudios emplearon la proporción de los factores hereditarios en relación a los ambientales. Mostrando en todos ellos una proporción menor de 1 lo cual indica que la heredabilidad muestra que las características del ambiente intervienen en la etiología del trastorno.

Otros investigadores encontraron asociación con el alelo de repetición -7 del gen de receptor a dopamina D4 (DRD4) era mas frecuente en los pacientes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad <sup>9, 12</sup>.

Los 3 genes que se han asociado, intervienen con el funcionamiento dopaminérgico lo que concuerda con los estudios neurobiológicos que implican a las catecolamina en la etiología del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad <sup>1, 11</sup>.

Otra evidencia anatomofisiológica con empleo de la tomografía de emisión de positrones encontraron áreas de la corteza motora y de la corteza prefrontal superior un bajo metabolismo de la glucosa en adultos que tenían Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, áreas relacionadas con el control de la atención e hiperactividad.

Otros investigadores encontraron por medio de la resonancia magnética algunas asimetrías anatómicas que fueron el núcleo caudado, frontal derecho el globo pálido y el cerebelo.

Evidencia hormonal; otros investigadores han relacionado con la resistencia generalizada de hormonas tiroideas, por una baja respuesta de los receptores a las hormonas tiroideas en tejido pituitario y periférico, ya que el 70% de los niños con este trastorno reúnen los criterios de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el 70% de los casos. Asociados por el aumento de las hormonas tiroideas, así como trastornos en el lenguaje.

Hipótesis del lóbulo frontal; hipótesis conductuales asociadas a trastornos del lóbulo frontal, como la dificultad en la resolución de problemas, falta de utilización de retroalimentación externa y deficiente generación de estrategias.

Sustentadas mediante técnicas de neuroimagen <sup>1</sup>.



## **CUADRO CLINICO**

Tiene diferente expresión de acuerdo a la edad y sexo. Y engloba las 3 características del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, atención, hiperactividad, impulsividad. Es difícil establecer este diagnóstico en niños de edad menor de 4 a 5 años porque su comportamiento característico es mucho más variable debido a manifestaciones normales del desarrollo que los niños de más edad. Las herramientas comunes para el diagnóstico incluyen la historia clínica completa con todos los antecedentes familiares, personales e historia del desarrollo. Información proporcionada por los padres, por los profesores sobre la conducta y relaciones de compañerismo, investigar sobre el historial médico familiar, signos de retraso desde edades tempranas enfermedades crónicas, hospitalizaciones frecuentes y dinámica familiar. La observación del niño durante el juego y en las tareas académicas, la exploración clínica neurológica que es importante para la existencia de alteraciones del lenguaje, audición y agudeza visual. Los estudios psicológicos y psicométricos son complementarios y útiles para precisar el diagnóstico de severidad de los síntomas, evolución y tratamiento del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

En casos complicados es necesaria la valoración neurológica, electroencefalograma, polisomnografía, resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones y estudios genéticos <sup>17</sup>.

Características clínicas por grupos de edad:

### ***Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños escolares***

Berrinches y conducta negativista frente a los padres y otros integrantes de la familia, dificultades para actuar de acuerdo a las reglas, variación de la conducta de acuerdo a la situación, variación e inconsistencia en su desempeño en los juegos o con los juguetes, demanda de atención y dificultad para persistir sobre alguna actividad <sup>17</sup>.

### ***Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares y adolescentes***

Dificultad para estudiar solos, no logran concentrarse por un periodo relativamente largo, las tareas de hogar se hacen a la mitad, si se empieza no se termina, no prestan atención suficiente a instrucciones relacionadas con lo que se tiene que hacer. Se olvidan de llevar a cabo las tareas o se distraen en el proceso o no las terminan. Bajo aprovechamiento académico, incapacidades específicas del aprendizaje, torpeza motora, problemas del sueño, dificultad para las relaciones sociales, problemas emocionales, baja autoestima y problemas de conducta. Inatención caracterizada por olvidos y distracción. Los síntomas de hiperactividad tienden a disminuir en severidad y frecuencia conforme avanza la edad. Aunque la inatención pueda persistir <sup>17</sup>.

### ***Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos***

Un 30 a 70% de los niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad continuaran con los síntomas en la adolescencia y adultez.

Por muchos años se creyó la prevaleciente idea de que niños y adolescentes superarían sus síntomas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad al llegar a la pubertad y adultez.

Sin embargo recientes investigaciones han demostrado que en un 67% de los niños diagnosticados con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad continuara presentado los síntomas del trastorno los cuales interferirán significativamente con el funcionamiento académico, vocacional o social en sus vidas adultas. Los síntomas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se ocultan con frecuencia detrás de los problemas en las relaciones, la organización los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, el empleo u otras dificultades psicológicas.

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se reconoce por primera vez en los adultos por los problemas con la depresión, la ansiedad, el abuso de sustancias o el control de impulsos, otros reconocen que se presenta solo después de que su niño ha sido diagnosticado y algunos o muchos permanecen sin ser identificados y sin recibir tratamiento.

Además de los síntomas de la inatención, hiperactividad e impulsividad, es común la inestabilidad emocional y de pareja, son poco tolerantes al estrés, pueden cursar con humor labil y temperamento explosivo. Presentan alto riesgo de presentar ansiedad, depresión, consumo excesivo de tabaco, o consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas <sup>14</sup>

En adultos se dispone de menos datos epidemiológicos en comparación con otras edades, pero los estudios realizados señalan que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se manifiesta en adultos con una elevada frecuencia, con una prevalencia del 4 y el 4%. En recientes estudios en el Nacional Comorbidity Survey Replication (NCS0R), sobre una muestra de

9.282 sujetos en la población general americana, se ha observado una prevalencia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos del 4.4%, otro estudio realizado en Canadá, la prevalencia fue del 1-3%

Los criterios diagnósticos del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos son los mismos que los registrados para niños en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. En los sujetos que han sido diagnosticados de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia y que en la edad adulta no presentan 6 o más de los síntomas definidos en el DSM-IV-T, pero continúan manifestando síntomas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y dificultades en su adaptación, se permite el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en remisión parcial <sup>15</sup>.

Para poder diagnosticar el trastorno en una persona adulta es necesario que este presente desde la infancia, como mínimo desde los 7 años. Debe persistir una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un área importante en su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar. Por lo tanto se entiende el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la edad adulta como una patología crónica <sup>15</sup>.

Los adultos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad, así los síntomas de este mismo se manifiestan como un sentimiento subjetivo de inquietud.

## **EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN EL ADULTO:**

*Rendimiento académico;* los pacientes con seguimiento hasta la edad adulta con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad muestran diferencias significativas en el rendimiento académico, respecto a los sujetos sin trastorno. Tienden a lograr una menor formación académica en comparación con los grupos control aun con niveles de inteligencia similares. Así mismo, los adultos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar.

*Adaptación al medio laboral y conducción de vehículos:* estudios sugieren la existencia de una peor adaptación laboral en los individuos con este trastorno. Los problemas laborales pueden derivarse de las dificultades en el control de los impulsos y la inatención. Los adultos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad sufren más accidentes de tráfico y estos son mas graves.

*Relaciones interpersonales y de pareja:* mayor dificultad en las relaciones interpersonales, de forma más específica en las relaciones de pareja.

*Trastornos psiquiátricos comorbidos y consumo de sustancias tóxicas:* desarrollan problemas de conducta antisocial asociados a las alteraciones producidas por el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y otros trastornos comorbidos, en un 60 a 70 % con la existencia de una mayor prevalencia de drogodependencia y trastornos de la personalidad.

Los trastornos mas frecuentes son el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (23%), los trastornos por el consumo de sustancias (19%), y en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo. Con diferencias en la comorbilidad psiquiátrica entre los subtipos de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad combinado e inatento, el combinado mostró mayor probabilidad de presentar un trastorno desafiante opositor, de realizar tentativas de suicidio, como mayor hostilidad interpersonal y paranoia. La presencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad repercute de forma negativa sobre la evolución de la drogodependencia, pues existe mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias <sup>14,15</sup>.

### ***EVALUACION DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS***

Se tienen que contestar 4 preguntas relevantes:

1. Si existen evidencias acerca de la relación entre los síntomas de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia y un deterioro posterior significativo y crónico en diferentes ámbitos.
2. La segunda cuestión aporta información respecto si existe de forma creíble una relación entre los síntomas actuales de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y un deterioro sustancial y consistente en que justifique el cuadro clínico mejor que el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

3. Identificar los síntomas propios de la propia enfermedad y cuales son debidas a otra patología comorbida.
4. Incluir una buena historia clínica completa del paciente, cuestionarios auto administrados de síntomas, rendimiento neuropsicologico y evaluación de comorbilidad psicopatologica <sup>14, 15</sup>.

La publicación *Diagnosis & Statistical Manual Disorders (DSM-IV-TR)* del año 2000 contiene los criterios para el diagnostico del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a continuación se transcriben dichos criterios.

Los criterios diagnósticos se basan en la descripción de los síntomas característicos (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad), preguntando los ítems del DSM-IV, a las personas que conviven con la persona de estudio. Conducta que tiene un impacto negativo en el funcionamiento del individuo

### ***CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TDAH DEL DSM-IV-TR***

#### ***I. (A) y/o (B)***

**A.** Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Síntomas de **desatención**, a menudo:

1. No presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. No sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
5. Tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
6. Evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. Extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
8. Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. Es descuidado en las actividades diarias.

**B.** Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

***Ítems de hiperactividad, a menudo:***

1. Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
2. Abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. Corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).



4. Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. "Está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.
6. Habla en exceso.

**7. Ítems de impulsividad, a menudo:**

8. Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
9. Tiene dificultades para guardar turno.
10. Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

**II.** Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad

**III.** Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en escuela o trabajo y en casa)

**IV.** Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral

**V.** Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

***INATENCION:***

Incapacidad de acorde a su edad que tiene el individuo de concentrarse por periodos suficientes que le permitan terminar una actividad que requiera de un esfuerzo mental sostenido o lograr el aprendizaje. Lo que genera frecuentemente falla académica o laboral o ansiedad en los individuos.

### ***HIPERACTIVIDAD:***

Hiperactividad: se define como la actividad motora exagerada que parece conducir para un fin sin que este se alcance. Los pacientes tienen dificultades para mantenerse quietos y cambian frecuentemente de posición, brincan trepan o mueven persistentemente las manos y los pies.

### ***IMPULSIVIDAD:***

Dificultad que tengan los pacientes para lograr el autocontrol que les permita respetar el espacio y las actividades que lo rodean.

El diagnóstico apropiado puede ayudar a los adultos a poner las dificultades en perspectiva y a entender mejor las razones de muchos de los síntomas presentes durante toda la vida. Los adultos con este trastorno con frecuencia han desarrollado percepciones negativas de sí mismas como “vagas”, entupidas y locas. El diagnóstico apropiado y el tratamiento efectivo puede ayudar a mejorar la autoestima, la ejecución y las destrezas en el trabajo, en los logros académicos y las aptitudes sociales.

Con base en estos criterios se identifican tres subtipos de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad:

1. Subtipo predominantemente Inatento: si en los últimos 6 meses se ha presentado dificultad con la atención, la organización y al terminar las cosas que inicia. Si se ha cumplido el criterio IA y no IB
2. Subtipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: si en los últimos 6 meses se ha presentado dificultad con el control de los impulsos, la inquietud y el control propio. Se cumple criterios IB y no IA.

3. Subtipo Combinado: si en los últimos 6 meses la persona tiene síntomas de inatención, impulsividad e intranquilidad. Se cumplen IA y IB.

### **Instrucciones para contestar la Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)**

**Descripción:** La lista de síntomas es un instrumento consistente con dieciocho criterios del DSM-IV. Seis de las dieciocho preguntas fueron basadas en los más predictivos síntomas consistentes con el TDAH. Estas seis preguntas son la base para el ASRS v1.1 screener y también son la parte A de la lista de síntomas. La parte B contiene las 12 preguntas restantes.

### **Instrucciones**

#### **Síntomas**

1. Pedir al paciente que llene la lista de síntomas en la parte A y B, marcando una X en el cuadro que más cercanamente represente la frecuencia de ocurrencia de cada uno de los síntomas.
2. Sumar la parte A. Si cuatro o más de las marcas aparecen en los cuadros sombreados dentro de la parte A, entonces el paciente tiene síntomas altamente consistentes con el TDAH en adultos y se justifica hacer más investigación.

3. La suma de la Sección B nos provee pistas adicionales y puede servir como una prueba más de los síntomas del paciente. Poner particular atención a las marcas que aparecen en los cuadros sombreados. La respuesta basada en frecuencia es más sensible en ciertas preguntas. No se utiliza una puntuación total o probabilidad de diagnóstico para las doce preguntas. Las respuestas que se obtengan en la sección A son las que más pueden predecir un trastorno y son las que se usan mejor como instrumento de filtrado.
4. Considerar los ambientes de trabajo/escuela, el social y el familiar.
5. La frecuencia en los síntomas esta asociada con la severidad del síntoma, entonces la lista puede ser también una ayuda para evaluar el grado del trastorno. Si los pacientes reportan síntomas frecuentes, hay que pedirle que describa cómo esos problemas han afectado sus habilidades en el trabajo, las cosas de la casa, relaciones con otras personas, incluso sus cónyuges u otras personas cercanas.

Las investigaciones sugieren que los síntomas del TDAH que perduran hasta la adultez, tienen un impacto significativo en las relaciones personales, carrera e incluso en la seguridad personal de los pacientes que lo sufren. Debido a que el Trastorno es mal entendido, muchas personas que lo tienen no reciben el tratamiento apropiado y, como resultado, puede ser que nunca desarrollen su potencial. Parte del problema es la dificultad para el diagnóstico, particularmente en adultos. La Escala de Autoreporte de Síntomas de TDAH en Adultos(ASRS-v1.1) fue desarrollada en conjunto con el World Health Organization (WHO)

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Alteraciones de la conducta, problemas de aprendizaje, actitudes desafiantes, síndrome de Gilles de la Tourette, alteraciones del lenguaje.

Trastornos que afectan la atención: trastornos de ansiedad, de humor, abuso de drogas, esquizofrenia o psicosis, hipertiroidismo.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento de los niños, adolescentes y adultos debe ser multisistémico, farmacológico, psicosocial, este último incluye terapias psicopedagógicas, neuropsicológicas cognitivas, conductuales y familiares.

Los fármacos son eficientes en el control de los síntomas principales de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en al menos el 75% de los casos logrando mejorar la calidad de vida y disminuyendo los riesgos de fracaso y abandono escolar retardan el contacto con los adolescentes y reducen el consumo de drogas. El tratamiento debe ser administrado por neurólogos, psiquiatras y personal médico <sup>13, 14</sup>.

Psicoestimulantes:

La decisión de prescribirlo se basa en la presencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad con síntomas suficientemente graves para causar alteraciones funcionales en el hogar o en la escuela, el tratamiento de elección de primera línea es de los estimulantes.

En México solo se cuenta en el mercado con el metilfenidato (ritalin), de acción prolongada y de acción inmediata, este compuesto está relacionado directamente con las anfetaminas.

El metilfenidato es un fármaco estimulante del Sistema Nervioso Central, inhibe la recaptura de dopamina y norepinefrina, se une a las proteínas en un 15%, se metaboliza por vía hepática, inhibe el citocromo 450. Los niveles séricos se incrementan con el uso de otros fármacos metabolizados por el mismo sistema <sup>13,14</sup>.

Aparte de su efecto estimulante, también es conocido por su efecto inhibitorio, ya que se ha encontrado que mejora la conducta de entre el 70 y 90% de los niños mayores de 5 años y adultos,. Logrando mayor productividad académicamente, con mejor internalización del lenguaje y mejor control de los impulsos. En consecuencia sus relaciones interpersonales mejoran y su autoestima igual.

Los efectos colaterales: retraso en el sueño, cefalea, epigastralgia, boca seca, nerviosismo e incremento del gasto cardíaco.

La toxicidad accidental, se manifiesta por inquietud, irritabilidad, tensión, ansiedad, lenguaje acelerado, síntomas cardiovasculares y delirium.

Se contraindica su uso en: psicosis de cualquier tipo, dependencia de drogas, trastornos convulsivos, enfermedades cardiovasculares.

La dosis terapéutica fluctúa de 0.3 a 0.6 mg/Kg/día, no administrar más de 35mg/día en niños con peso o igual de 25kg o más de 60mg/día en menores de 13 años, funciona mejor cuando se toman 3 dosis al día, por su vida media corta <sup>13</sup>.

Antidepresivos.

Son los medicamentos de segunda elección y se usan con alternativa en el 10 al 20% de los niños que no responden a los estimulantes, tiene mayor tiempo de acción y no hay síntomas de rebote. Pero deben darse de forma continua.

Sus efectos indeseables son disminución del apetito, sedación y efectos anticolinérgicos. La imipramina y la amitriptilina son los más empleados. . Pero no deben usarse en menores de 6 años. La dosis es de 1 a 5 mg/kg/día. Divididos en 2 tomas. La cual se incrementara progresivamente.

Los antidepresores inhibidores de la recaptura de serotonina son útiles en casos de adolescentes con depresión agregada <sup>14,15</sup>.

Nuevos fármacos para el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Fármacos no psicoestimulantes.

La atomoxitina es un inhibidor altamente selectivo de la recaptura de noradrenalina, se emplea como tratamiento de segunda línea, con escasa afinidad sobre los receptores y con efecto similar al metilfenidato y puede administrarse 1 2 veces al día.

Las dosis recomendadas en pacientes adultos son entre 60 y 120 mg/día. La dosis es mas frecuente en los estudios es hasta de 90mg/día. Es un fármaco seguro, eficaz y bien tolerado, puede suspenderse sin necesidad de reducir progresivamente la dosis y sin provocar un síndrome de discontinuación, ni síntomas de rebote. Sus efectos indeseables incluyen hiperinsomnia, náusea e hiporexia.

El bupropion es un antidepresivo de perfil noradrenergico y dopaminergico.

Actualmente utilizado para la deshabilitacion del tabaco. , se ha mostrado su eficacia en varios ensayos clínicos, en los cuales se ha demostrado una respuesta terapéutica del 52%, bien tolerado con dosis de hasta 450mg/día, también ha mostrado eficacia en otros trastornos como depresión, trastorno bipolar o drogodependencia <sup>14</sup>.

Otro fármaco es el modafinil, su mecanismo de acción es mediante la alteración del balance del GABA y glutamato para la actividad del hipotálamo, amígdala e hipocampo, efecto prolongado de 8 horas <sup>13</sup>.

Pronostico:

Del 50 al 80% y de los niños que presentan Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la etapa escolar continua con el problema durante la adolescencia, el 30% deja de manifestar los síntomas.

El 40% persiste por toda la vida. El 30% de los casos diagnosticados se complica con alcoholismo, fármaco dependencia y trastornos de la personalidad.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Existe relación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres con hijos con trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la consulta externa de salud mental de la Clínica 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

## **JUSTIFICACION**

El propósito de este estudio es determinar la existencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres quienes tienen hijos con el mismo trastorno. Es poca la literatura sobre el trastorno en adultos, sin embargo la obtenida en niños comparte las mismas características clínicas. Presentando dificultades en las mismas áreas, académica, laboral y social. Se ha estimado una prevalencia del 4% en una población general.

Su persistencia puede causar dificultades en su desarrollo, asociándose a cuadros psiquiátricos comorbidos que pueden ser mas notables y de invalidez que el mismo trastorno, el cual puede ser enmascarado dificultando su diagnostico.

Pacientes en la edad adulta llegan a ser diagnosticados a partir de que en sus hijos se realizo el diagnostico. Llegando a considerar los síntomas de hiperactividad como rasgos de su personalidad, desarrollándose como estrategias compensatorias que no dejen entrever las dificultades propias del trastorno. Y resultando causas frecuentes de consulta por problemas de funcionamiento social, laboral o familiar. O asociado a otros trastornos comorbidos sin identificar la causa primaria del trastorno.

El conocimiento de la existencia de esta patología en adultos llevara a determinar un mejor diagnostico, tratamiento y mejoría en su entorno social, laboral y conyugal del paciente identificado.

En este estudio solo se pretende identificar si existe el trastorno cuando un hijo tiene la misma patología, lo cual se explica por el antecedente familiar que el padre pudo tener en la infancia y solo hasta ese momento de la consulta se identifico.

¿Que hacer con el paciente una vez identificado, si el ha vivido como parte de si mismo? Iniciar tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductal.

¿Por qué no continuar su seguimiento hasta la edad adulta del paciente si se ha identificado en la infancia? Interrogantes de las cuales se podría iniciar su estudio y mejorar la calidad de vida del paciente.

## **HIPOTESIS**

### **HIPOTESIS GENERAL**

Si el trastorno por déficit de atención e hiperactividad persiste en la edad adulta entonces se encuentra relacionado con la existencia de sus hijos quienes presentan trastorno de déficit de atención en la edad pediátrica.

### **HIPOTESIS ALTERNA:**

El Trastorno de déficit de atención e hiperactividad se presenta en padres con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

### **HIPOTESIS NULA:**

El Trastorno de déficit de atención e hiperactividad, no se presenta en padres con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

1. Determinar Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1.1 Determinar la relación del Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres con hijos con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

1.2 Determinar que el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad es mas frecuente.

1.3 Determinar que el Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad no tienen ninguna relación.

1.4 Determinar la frecuencia de géneros en los padres que presentan Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

1.5 Determinar el estado sociocultural de padres quienes presentan Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

## VARIABLES

### VARIABLES INDEPENDIENTE

Hijos quienes presentan Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

### VARIABLES DEPENDIENTES:

Padres con presencia de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Padres quienes no presentan trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

### VARIABLES PROPIAS DEL GÉNERO

Edad

Estado civil

Ocupación

Escolaridad

Variable cuantitativa, nominal, dicotómica

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Edad	Cuantitativa	Ordinal	Números enteros:
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato
Ocupación	Cuantitativa	Nominal	1. Obrero 2. Empleado 3. Microempresario

## **MATERIAL Y METODOS**

Características del lugar donde se realizara el trabajo:

Incluir todo niño en la edad comprendida entre los 6 y 14 años de edad que cuentan con el diagnostico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad según el DSM-IV, de la consulta externa de salud mental de la Unidad de Medicina Familiar No. 22 de la delegación sur del DF, en el periodo comprendido de enero del 2006 diciembre del 2006.

Mi universo de trabajo fueron 605 pacientes subsecuentes de un registro anual, con un promedio de 50 pacientes por consulta mensual, en padres con hijos que presentan el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

El instrumento de aplicación (anexo 2) es un escala modificada para su aplicación en personas adultas para un diagnostico correcto. Nos permite evaluar 18 criterios del DSMIV. 6 de las 18 preguntas son basadas en los más predictivos síntomas consistentes con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, son la parte A de la lista de los síntomas y las 12 preguntas restantes son la parte B para determinar si en este momento cursa o no con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio: observacional, prospectivo, descriptivo, transversal.

### **1. Por el control de la maniobra experimental por el investigador**

Observacional: No se modificaron las variables solo se observo el fenómeno.

### **2. Por la captación de la información:**

Prospectivo: La información obtenida sobre este trastorno de déficit de atención e hiperactividad se genero a través de las encuestas realizadas con el fin de corroborar la existencia de este trastorno en adultos con hijos con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ya confirmada en la literatura.

### **3. Por la medición del fenómeno en el tiempo:**

Transversal:

### **4. Por la presencia del grupo control:**

Descriptivo: se estudia un solo grupo, no hay comparaciones. Solo se describe lo encontrado en lo estudiado.

Diseño	Control de la maniobra	Captación de la información	Medición en el tiempo	Dirección del análisis
Transversal descriptivo	Observacional	Prospectivo	Transversal	Sin dirección



## **CRITERIOS DE SELECCION**

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Padres con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad con hijos con Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
2. Aplicación del estudio en ambos géneros.
3. Cumplir los criterios diagnósticos de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad de acuerdo al DSM-IV.
4. Ser derechohabientes.
5. Pacientes subsecuentes de la consulta externa de salud mental
6. Estar ausentes de patología orgánica que modifique los resultados.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

1. Pacientes con daño orgánico cerebral.
2. Pacientes que no sean derechohabientes.
3. Pacientes que no pertenezcan a la Unidad de Medicina Familiar No. 22
4. Pacientes que presenten otros trastornos mentales.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Que no concluyan con el estudio.
2. Pacientes que no acepten participar en el estudio

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Del universo total de pacientes usuarios de la consulta externa de salud mental de la UMF No. 22 del IMSS. Se tomara la población de padres, quienes tienen un hijo con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, que acuden a la consulta externa de forma subsecuente en dicha unidad.

A quienes se les aplicara el instrumento de evaluación. (Anexo 2) es un escala modificada para su aplicación en personas adultas para un diagnostico correcto. Nos permite evaluar 18 criterios del DSMIV. 6 de las 18 preguntas son basadas en los más predictivos síntomas consistentes con el TDAH, son la parte A de la lista de los síntomas y las 12 preguntas restantes son la parte B para determinar si en este momento cursa o no con TDAH.

## CALCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

El cálculo de la muestra se hizo de acuerdo a proporciones, mi universo de trabajo es menor de 1000. Por lo tanto solo se obtuvo un porcentaje del 10% del universo de trabajo.

$$N_o = \frac{z^2 q}{e^2 p} / 1 + 1/n (z^2 q / e^2 p - 1)$$

**z= nivel de confianza (1.88)**

**e= error muestral (0.25%)**

**p= probabilidad de éxito (0.75%)**

**q= probabilidad de fracaso (0.07%)**

**n= universo (605)**

n = 50 pacientes

Se aplicó la prueba de U Mann Whitney por el tipo de variables nominales.

De acuerdo a la prueba estadística aplicada a mi estudio, los resultados son significativamente estadísticos por tener una  $p > 0.05$ , lo cual rechaza mi hipótesis nula y acepto mi hipótesis alterna.

## **ANALISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS**

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. El universo de estudio estuvo integrado por una población de padres quienes tienen un hijo con diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Se obtuvieron los siguientes resultados, en relación a una proporción estadística. Se tomó una muestra de 50 pacientes, de ambos sexos, ubicados en la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dentro de esta proporción se encontró 22 (44%) de la población correspondía al sexo masculino y 28 (56%) pertenecía al sexo femenino, con una frecuencia estimada en relación a la edad de 31.5, una media de 31.8 y una moda de 33 (tabla1)

La distribución de sexos, en la muestra obtenida correspondió a un 50% respectivamente y de los padres quienes se identificó la presencia del trastorno de atención e hiperactividad no se encontraron diferencias en cuanto a género de un total de 22 padres tanto del sexo femenino y sexo masculino. (Tabla 7)

Por lo anterior nuestros resultados no corresponden a lo marcado por la literatura.

De acuerdo a la literatura el género masculino predomina en una proporción de 4:1 en relación al sexo femenino, de acuerdo a la edad, según valores obtenidos del DSM-IV.

Y en adolescentes y adultos la relación mujeres y hombres disminuye, incluso llegando a igualarse, mostrando mayor prevalencia de TDAH en el sexo femenino. Frecuencia que se puede ver afectada por la mayor atención de consultas al sexo femenino.

Los estudios de seguimiento de cohortes han mostrado en un alto porcentaje de casos el mantenimiento de los síntomas durante la edad adulta, con lo que se estima que la prevalencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la población general se encuentra en torno al 1-2% o hasta el 4% 14

Los diferentes niveles sociales, culturales y económicos en el presente estudio se agruparon de la siguiente forma: (tabla 4,5)

De acuerdo al nivel escolar; primaria 5 (10%), secundaria 21 (42%), Bachillerato 14 (28%) y licenciatura 10 (20%)

De acuerdo a su actividad laboral; obrero 4 (8%), empleado 21 (42%), microempresario 6 (12%), ama de casa 19 (38%)

Con estos resultados el nivel sociocultural bajo de los padres encuestados predominó dentro de los resultados esperados. Para determinar la existencia del trastorno de atención e hiperactividad en los mismos de acuerdo a un nivel sociocultural bajo según lo marca la literatura, que se realizó en muestras poblacionales, encontrándose que el bajo nivel sociocultural de los padres junto con el sexo masculino constituían factores de riesgo de padecer Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Los padres que resultaron positivos a la encuesta: de acuerdo a su ocupación; empleado 11 (10%) y escolaridad 15 (6%) confirma lo antes mencionado (tabla 6,8)

## CONCLUSIONES

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad que afecta al 3-5% de la población infantil según el DSM-IV, interfiriendo en su vida, entorno familiar y escolar, persiste en la edad adulta en 1-4% de la población. La necesidad de su detección temprana es mejorar la posibilidad de interacción y por ende su recuperación. Síntomas del trastorno que interfieren significativamente con su vida académica, social o familiar del adulto. Es visto en la edad adulta como escondido, por ocultarse sus síntomas detrás de problemas en las relaciones interpersonales, en su organización, cambios de humor, abuso de sustancias, dificultades en el trabajo y otras dificultades psicológicas como ansiedad, depresión o de la personalidad, lo cual puede tener repercusiones en el funcionamiento neuropsicológico.

Su diagnóstico oportuno puede ayudar a los adultos a poner las dificultades en perspectiva y entender las razones de muchos síntomas a lo largo de su vida, por la mala percepción negativa que llegan a desarrollar sobre su persona. Por lo cual el tratamiento puede ayudar a mejorar su autoestima, su desempeño en el trabajo y sus habilidades de estudio y aptitud social.

Por los resultados obtenidos podemos considerar el trastorno de déficit de atención e hiperactividad presente en padres con hijos con trastorno de déficit de atención e hiperactividad, sin ninguna relación en cuanto al sexo, pero si presente en un nivel sociocultural bajo. De acuerdo a resultados se estima  $p > 0.05$  con valor estadísticamente significativo. Rechazando mi hipótesis nula.

Tabla 1

		Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación
N	Valid	50	50	50	50
	Missing	0	0	0	0
	Mean	31.86	1.56	2.58	2.80
	Median	31.50	2.00	2.00	2.50
	Mode	33	2	2	2
	Variance	30.858	.251	.861	1.102
	Range	26	1	3	3
	Minimum	24	1	1	1
	Maximum	50	2	4	4

Tabla 2  
FRECUENCIA Y PORCENTAJE EN RELACIÓN A LA EDAD

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
24	4	8.0	8.0	8.0
26	2	4.0	4.0	12.0
27	5	10.0	10.0	22.0
28	1	2.0	2.0	24.0
29	6	12.0	12.0	36.0
30	6	12.0	12.0	48.0
31	1	2.0	2.0	50.0
32	3	6.0	6.0	56.0
33	9	18.0	18.0	74.0
34	2	4.0	4.0	78.0
35	2	4.0	4.0	82.0
36	3	6.0	6.0	88.0
38	2	4.0	4.0	92.0
41	2	4.0	4.0	96.0
50	2	4.0	4.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	



Tabla 3  
**FRECUENCIAS POR SEXO**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	22	44.0	44.0	44.0
	Femenino	28	56.0	56.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Tabla 4  
**FRECUENCIA POR ESCOLARIDAD**

		Frecuenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primaria	5	10.0	10.0	10.0
	Secundaria	21	42.0	42.0	52.0
	Bachillerato	14	28.0	28.0	80.0
	Licenciatura	10	20.0	20.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Tabla 5  
**FRECUENCIA POR ACTIVIDAD LABORAL**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Obrero	4	8.0	8.0	8.0
	Empleado	21	42.0	42.0	50.0
	Microempresario	6	12.0	12.0	62.0
	Ama de casa	19	38.0	38.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

Tabla 6  
**RELACION ESCOLARIDAD Y TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

		Trastorno por déficit de atención e hiperactividad		Total
		Positivo	Negativo	
Escolaridad	Primaria	0	5	5
	Secundaria	15	6	21
	Bachillerato	5	9	14
	Licenciatura	2	8	10
Total		22	28	50

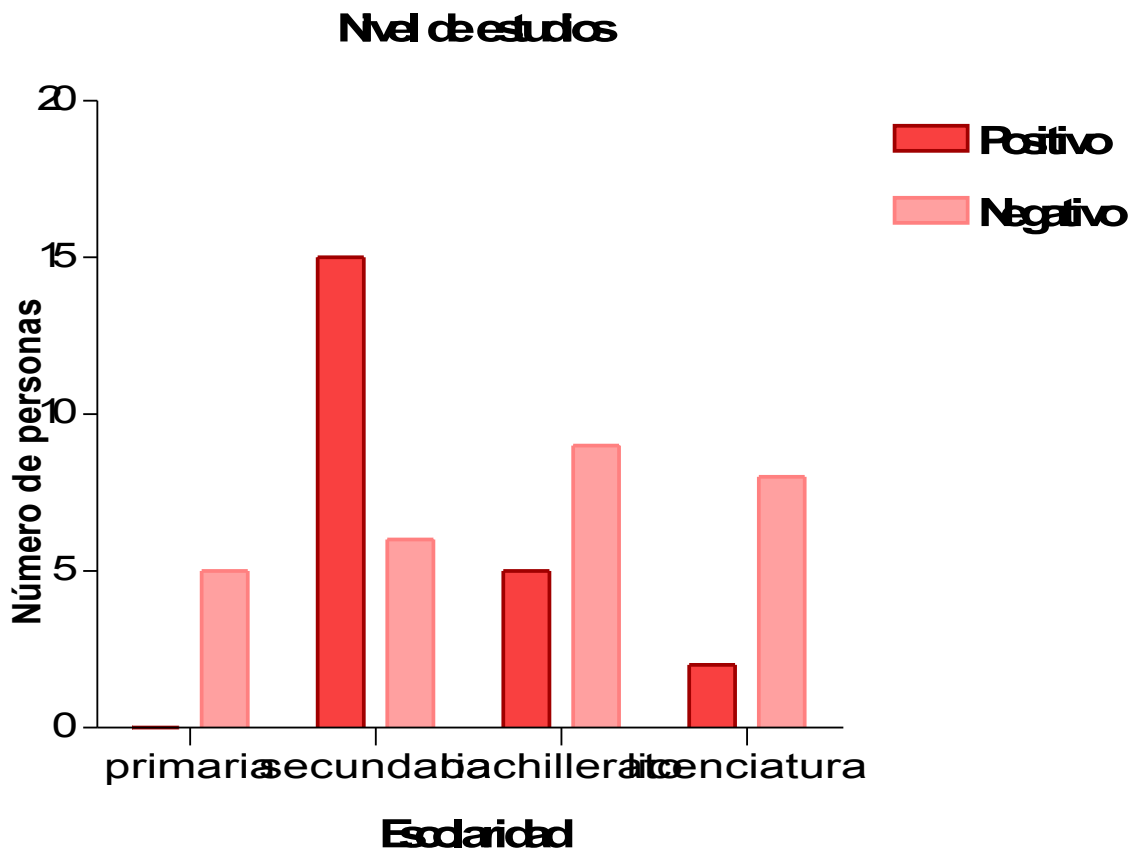


Tabla 7

**RELACION SEXO Y TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad		
	Positivo	Negativo	
Masculino	11	11	22
Femenino	11	17	28
Total	22	28	50

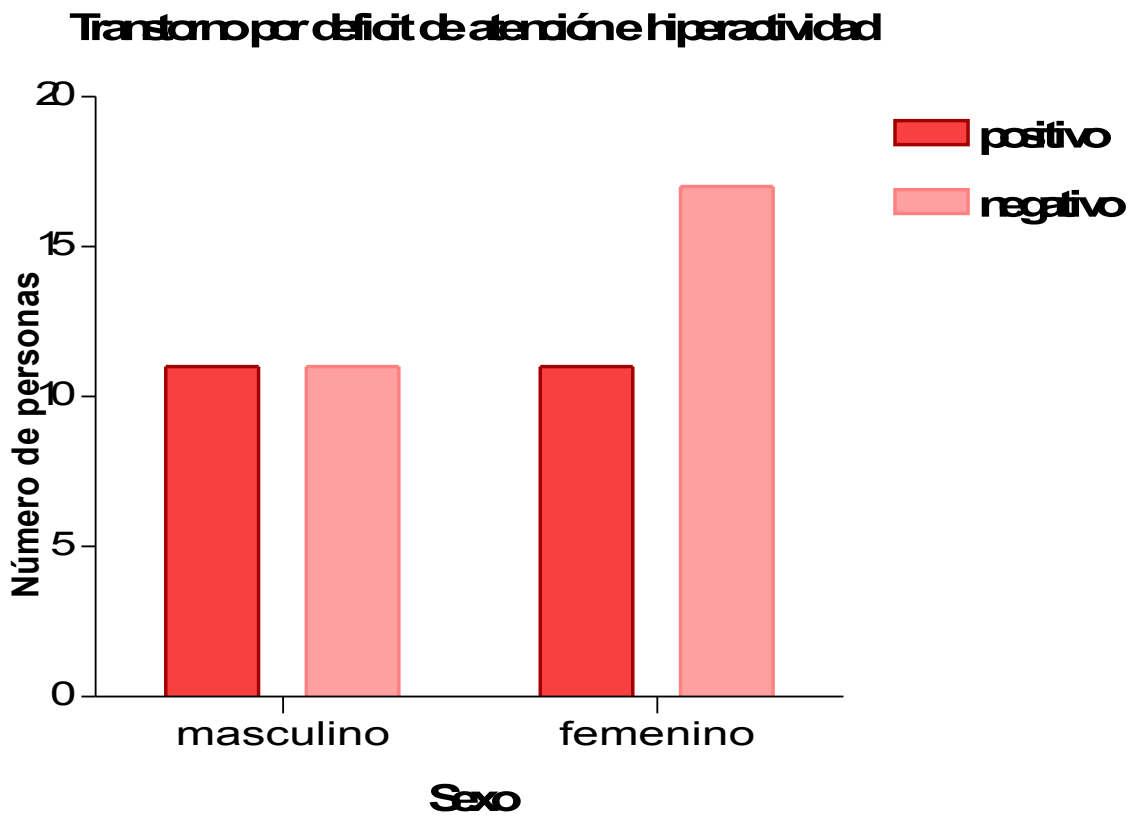
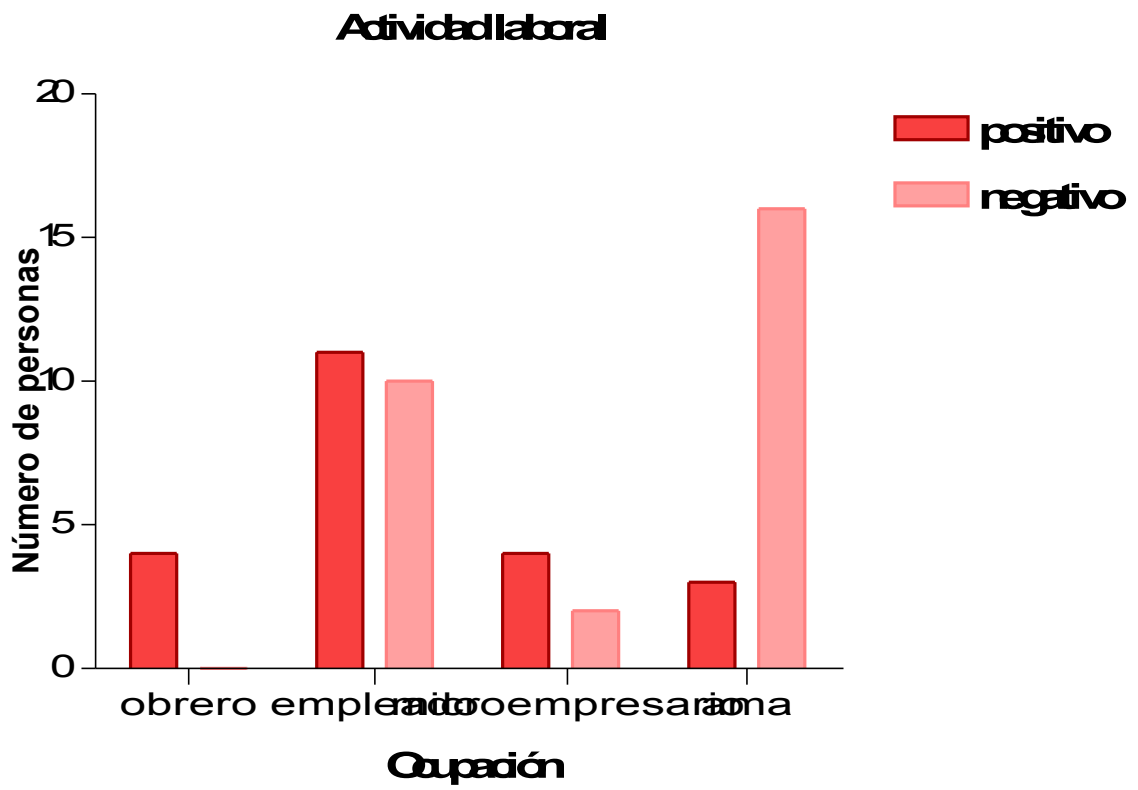


Tabla 8  
RELACION OCUPACION Y TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

		Trastorno por déficit de atención e hiperactividad		
		Positivo	Negativo	
	Obrero	4	0	4
	Empleado	11	10	21
	Microempresario	4	2	6
	Ama de casa	3	16	19
Total		22	28	50



**ANEXOS**  
**Anexo 1**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

México DF., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2006

El presente estudio pretende valorar la existencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en padres de hijos que también presentan mismo trastorno, aplicando un instrumento de evaluación. Esto permitirá plantear alternativas de atención médica y mostrar la importancia de la valoración y tratamiento oportuno.

Yo \_\_\_\_\_, acepto contestar el Cuestionario anexo a este documento, una vez que se me ha explicado clara y ampliamente que será para la conducción de una Investigación de Relevancia enfocada para la mejor atención del paciente haciéndolo de manera libre y honesta.

\_\_\_\_\_

Firma

## Anexo 2

### Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.					
1. Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar juntas de trabajo u otras obligaciones?					
4. Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
<b>SECCIÓN A</b>					
7. Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?					
10. Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. Con cuánta frecuencia te paras de tu asiento en juntas o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					
<b>SECCIÓN B</b>					

### Anexo 3

#### GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Junio	Jilio	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic
Recolección bibliografica				☑☺	☑☺							
Elaboración del proyecto						☑☺						
Instrumento de medición							☑☺					
Recolección de la información								☑☺	☑☺	☑☺	☑☺	
Recuento de la información												☑☺
Análisis de la información	☑☺											
Resultados	☑☺	☑☺										
Redacción del escrito médico	☑☺	☑☺										

Fecha de Inicio: 1º Abril 2006

Fecha de Término: 01 de Febrero del 2007

Planeado ☑

Realizado ☺

### Anexo 4

Consideraciones éticas aplicables al estudio

El presente protocolo se apega a las declaraciones que en materia de investigación, toma en cuenta la declaración de Helsinki y su modificación de Tokio.

### **Declaración de Helsinki**

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos.

Adoptada por la 18ª. Asamblea Médica Mundial (Tokio 1975) y encomendada por la 35ª. Asamblea Médica Mundial (Venecia 1938) y la 41ª. Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989).

Principios Básicos.

La investigación biomédica en seres humanos debe contar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos bien realizados así como conocimiento profundo de la literatura pertinente.

El diseño y la ejecución experimental en seres humanos deberá formularse en un protocolo de investigación que se remitirá para consideraciones, comentarios y asesoramiento de un comité independiente del investigador con la condición de dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo la investigación.

La investigación se realizará por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente.

La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo este en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.



La investigación debe proceder una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros, debe respetar el derecho a la integridad e intimidad del individuo.

Los médicos no realizarán investigación cuando los riesgos sean mayores que los beneficios.

Al publicar los resultados inherentes a la investigación se tiene la obligación de respetar su exactitud.

Cualquier investigación deberá otorgar información adecuada a cada persona participante en cuanto a los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Las personas deben ser informadas de que tienen la libertad para no participar en el experimento y para anular cualquier momento su consentimiento voluntario por escrito.

El consentimiento informado deberá darlo el padre o tutor legal en caso de incapacidad jurídica, física o mental, o cuando el individuo sea menor de edad.

El protocolo de investigación siempre mencionará las consideraciones éticas según el caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta declaración.

1. Bibliografía

2. Jaimes Medrano AL, Ortiz León S, Aboitiz Rivera C. Visión actualizada del trastorno por déficit de atención en niños. Revista Mexicana de Pediatría
3. 1999; 66: 221-226
4. Eddí L, Toro J, Salamero M, Espi E, Cruz M. Estudio de prevalencia del trastorno de atención e hiperactividad en niños de 7-8 años. Bol. Med. Hospital Infantil de México. 1997; 54: 261-267
5. Pascual Castro Viejo I. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad capitulo 20, 1999; 179-184
6. Eddy L, Toro Trallero J, Salamero Baro M, Castro Fornieles J, Cruz Hernández M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. An Esp Pediatric 1999; 50: 145-150
7. De la peña Olvera Francisco. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad .revista de la facultad de medicina UNAM, 2000; 43: 243-244
8. Herranz J, Argumosa S. Trastorno con déficit de atención e hiperactividad. Neuropediatria. Bol. Pediatría. 2000; 40: 88-92
9. Parmet Sharo. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Jama 2002; 288: 1804
10. Cardo Jalon E, Servera Barcelo M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una visión Global. An Pediatric 2003; 59: 3: 225-228
11. R.Sowell Elizabeth. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. The lancet 2003; 362: 1699-1706
12. Garduño Hernández Florentino. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista mexicana de pediatría. 2003; 26: 33-39
13. Ávila A Estela. Datos y reflexiones del uso del metilfenidato (ritalin) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Rev Fac Med UNAM 2004; 47: 31-34
14. Biederman Joseph V, Faraone Stephen. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 237-48

15. Ruiz García Matilde, Gutiérrez Moctezuma J, Garza Morales S. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Actualidades diagnósticas y terapéuticas. Academia mexicana de pediatría 2005; 62: 145-51
16. Rodríguez Jiménez, Cubillo AI, Jiménez-Arriero MA, Ponce G, Aragues-Figuero M, Palomo T. Disfunciones Ejecutivas en adultos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Revista de Neurología 2006; 43: 11: 678-684
17. Ramos Quiroga J.A, Bosch-Munso R, Castelles-Cervello X, Nogueira-Morais M, García-Jiménez E, Casas-Brugue. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica, Rev Neurol 2006; 42: 10 :600-6006
18. Cardo E. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad, Rev. Neurol 2005 40; supl 1: S11-S15
19. Higuera Romero F, Pella Cruzado M. Trastorno por déficit de atención Hiperactividad: Revisión de conocimientos actuales. Act Medic Grupo Ángeles 2004; 2: 1: 38-44