



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

No de Tesis: 267.2011

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA**

**PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

**Instituto de Seguridad y Servicios**

**Sociales de los Trabajadores del Estado**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD**

**EN PADRES DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE TDAH,**

**EN EL CMN " 20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA**

**DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA**

**PRESENTA:**

**DRA. ANA LILIA CANSECO FERNÁNDEZ**



**México D.F. AGOSTO 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

---

---

---

**DRA. AURA ARGENTINA ERAZO VALLE SOLÍS**

**Subdirector de Enseñanza e Investigación**

---

**DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS**

**Profesor Titular del Curso**

---

**DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL**

**Asesor de Tesis**

---

**DRA. ANA LILIA CANSECO FERNÁNDEZ**

**Autor**

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A MIS PADRES*

*MIGUE Y*

*TITA*

*A MI ESPOSO JOEL*

*A MIS HIJOS*

*LILIANA, ANDRE Y JOEL*

*Y A TODOS LOS QUE SIEMPRE CREYERON EN ESTE PROYECTO*

*IMPULSANDOME PARA NO DESFALLECER EN EL CAMINO: SONIA, CARLOS, ROSARIO, GINITA, LUPITA, MAGDA, LEONEL, ANDREA, ANA MARIA, JOSUE Y A MI HADA MADRINA*

### ***CON ADMIRACION Y RESPETO***

*DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL*

*DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS*

*DR. RICARDO ORTEGA PINEDA*

*DR. JAIME RUIZ ORNELAS*

*DR. WILFRIDO AGUIRRE RIVERA*

*DR. OSCAR MENESES LUNA*

*DR. JOSE LUIS ACEVES CHIMAL*

## Índice

|                    |    |
|--------------------|----|
| Resumen            | 1  |
| Abstract           | 2  |
| Introducción       | 3  |
| Material y métodos | 5  |
| Resultados         | 7  |
| Conclusiones       | 10 |
| Bibliografía       | 12 |

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) , en padres de niños con diagnóstico de TDAH, atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del CMN “ 20 de Noviembre”.

**Material y métodos:** Se utilizó la escala de Wender UTAH (WURS). Esta escala puede hacer el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia. Se ha mostrado que este instrumento tiene una estructura confiable. Un puntaje arriba de 36 establece el diagnóstico de TDAH. <sup>(10,23)</sup> El WURS se administró a todos los papás de los pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH que se atienden en la consulta externa de Psiquiatría del CMN “20 de Noviembre”, durante seis meses, teniendo que aplicar este instrumento vía telefónica a los papás que estaban separados. Se evaluaron los resultados de las encuestas en un programa estadístico donde se evaluaron los porcentajes de las variables sociodemográficas. El estado civil en casado, soltero, divorciado y unión libre. El género en femenino y masculino. La edad en grupos. El lugar de origen, del interior de la república y del Distrito Federal. Por último la escolaridad en primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura.

## Resultados

En total se entrevistaron 36 papás, 19 mujeres y 17 hombres, con un promedio de edad 42.2 años, una moda de 41 (D.E.=6.23). En cuanto a la escolaridad 2.7% (n=1) con primaria, 44.4% (n=16) con secundaria, 38.8% (n=14) con preparatoria, 13.8% con (n=5) con estudios de licenciatura. Estado civil 61.1% (n=22) fueron casados, 5.5% (n=2) solteras, 8.3% (n=3) divorciados, 25% (n=9) en unión libre. Del total de papás (n=36), el 72 % (n=26) fueron positivos en el WURS para diagnóstico de TDAH, de las cuales 13 de 19 (36 %) corresponden a las mamás de los niños con criterios para TDAH con resultados positivos en el WURS, mientras del total de padres encuestados (n=17), dieron positivos en el WURS 13 siendo un 36 % para TDAH. De un total de 26 pacientes que resultaron positivos en la encuesta WURS para TDAH el 61.5 % (n=16) fueron casados, 7.6% (n=2) solteras, 3.8% (n=1) divorciada y 26.9% (n=7) en unión libre.

**Palabras clave:** TDAH, escala de Wender –Utah.

## Summary

**Objectives:** To determine the prevalence of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in parents of children that have the diagnosis of ADHD, being attended at the Psychiatry service in the CMN "20 de November".

**Material and Methods:** We used the Wender Utah scale (WURS). This scale can diagnose ADHD retroactive in childhood. It has been shown that this instrument has a reliable structure. A score above 36 establishes the diagnosis of ADHD. (10.23) The WURS was administered to all the parents of pediatric patients with ADHD who receive services at the outpatient psychiatry at CMN "20 de Noviembre", for six months, having to apply this instrument by telephone parents who were separated. We evaluated the results of a statistical survey which evaluated the percentages of sociodemographic variables. The marital status married, single, divorced and cohabiting. The male and female gender. The age groups. The place of origin, the interior of the republic and the Federal District. Finally schooling in primary, secondary, high school and bachelor's degree.

## Results

A total of 36 parents interviewed, 19 women and 17 men, average age 42.2 years, a trend of 41 (SD = 6.23). As for schooling 2.7% (n = 1) with primary, 44.4% (n = 16) with secondary, 38.8% (n = 14) with high school, with 13.8% (n = 5) with a bachelor's degree. Marital status 61.1% (n = 22) were married, 5.5% (n = 2) single, 8.3% (n = 3) divorced, 25% (n = 9) with a partner. Of all parents (n = 36), 72% (n = 26) were positive in WURS for diagnosis of ADHD, 13 of which 19 (36%) were mothers of children with ADHD criteria positive results in WURS, while the total number of parents surveyed (n = 17) were positive in 13 WURS being 36% for ADHD. Of a total of 26 patients who tested positive for ADHD WURS the survey, 61.5% (n = 16) were married, 7.6% (n = 2) single, 3.8% (n = 1) divorced, and 26.9% (n = 7) with a partner.

## Introducción

Es común en la práctica médica pediátrica enfrentar a menores que presentan problemas de comportamiento, bajo rendimiento escolar y pobre adaptación social en los primeros años de la vida, como resultado de grados variables de conductas impulsivas, presencia de hiperactividad o inatención. Hoy se sabe que estos síntomas se presentan en niños portadores del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que es el diagnóstico neuropsiquiátrico más frecuente en la infancia y que afecta de 5 a 15% de la población infantil. <sup>(1, 2)</sup>

Las investigaciones sugieren que los síntomas del TDAH pueden persistir hasta la vida adulta y tener un impacto importante en las relaciones personales, la carrera profesional y hasta la seguridad personal de los pacientes que padecen esta enfermedad. Debido a que muchas veces este trastorno no se comprende bien, muchas de las personas que lo padecen no reciben el tratamiento adecuado y, como resultado, nunca alcanzan su máximo potencial. Parte del problema es que el TDAH puede ser difícil de diagnosticar, particularmente en adultos. Sin darse cuenta, muchos adultos padecen del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad del Adulto, porque sus síntomas muchas veces se confunden con los del estrés. <sup>(5-8)</sup>

En el adulto, el TDAH tiene una prevalencia del 3.4% a nivel mundial (Fayyad y cols., 2007). En la encuesta Mundial de Epidemiología Psiquiátrica indica que la persistencia del trastorno es en promedio de 50% en la vida adulta (Lara y cols., 2009). En un estudio reciente realizado en población mexicana Hernández y cols., en el 2010 encontraron en un grupo de padres de niños con TDAH resultados positivos en un 35.8% en comparación con un 10% en los padres de niños sanos.

Existen mucha menos información sobre la historia del TDAH en adultos, principalmente porque, en la mayor parte del siglo pasado, se consideraba que el TDAH era estrictamente un trastorno de la infancia. <sup>(9)</sup> Pero en años recientes la validez del TDAH en adultos ha ganado aceptación entre los investigadores y clínicos del área de salud mental. <sup>(15,16)</sup>



Las estimaciones de la prevalencia del TDAH del Adulto, se han fundamentado principalmente en estudios que utilizan mediciones basadas, en cuestionarios de autoevaluación. Murphy y Barkley (1996) <sup>(10-11)</sup> en una muestra de 720 adultos encontraron una prevalencia del 4.7 % para el TDAH del adulto basado en los síntomas del TDAH del DSM-IV. Además Kessley y col. (2005) en una encuesta de población usaron una combinación de mediciones obtenidas a través de entrevistas siguiendo el DSM-IV, determinando una prevalencia de 4.2 % para el TDAH en adultos. <sup>(10-12)</sup>

Se ha informado que los familiares adultos de los niños con TDAH tienen un riesgo cada vez mayor de TDAH (Faraone y Biederman 1994), al igual que los familiares infantiles de los adultos con TDAH (Manshadi y cols. 1983). <sup>(10, 13, 14)</sup>

## DEFINICION DEL TDAH EN ADULTOS

En esencia el TDAH del adulto representa la continuación del trastorno en la infancia con un deterioro global persistente que se prolonga hasta la edad adulta. Los síntomas surgen desde el déficit nuclear de la regulación de la atención, la hiperactividad y la impulsividad. El TDAH es evidente a partir de los 7 años de edad, y el TDAH del adulto no se presenta de novo en la edad adulta. <sup>(10)</sup>

Si bien se observan en los adultos el mismo déficit nuclear de la regulación de la conducta, la hiperactividad y la impulsividad, los síntomas cambian tanto en su calidad como en su cualidad con respecto a los encontrados en la infancia. La hiperactividad tiende a disminuir con la edad, la impulsividad, cambia de calidad y los problemas de atención siguen siendo los mismos, pero ahora son más discapacitantes debido al incremento de las demandas organizativas. <sup>(10)</sup>

En la actualidad no existen unos criterios diagnósticos estándar para el TDAH del adulto. Hay dos escuelas diferentes que han definida al TDAH del adulto mediante la aplicación de los criterios de Wender Utah y los criterios del DSM. McGough y Barckley (2004) han revisado los méritos y desventajas de cada uno de ellos. <sup>(10, 19,20)</sup>

Los criterios de Wender Utah para el TDAH del adulto fueron propuestos por Paul Wender y Cols. En la universidad de Utah, y se desarrollaron al reconocer que los criterios del DSM contenían síntomas de la infancia que no eran apropiados en la evolución de los adultos. Se entrevista al paciente y a un informante (preferiblemente un familiar cercano para evaluar los síntomas y el deterioro del TDAH de la infancia retrospectivamente y evaluar los síntomas y la funcionalidad actuales. Según los criterios de Wender Utah, para considerar el diagnóstico del TDAH del adulto es necesario tener un deterioro continuado desde la infancia con síntomas tanto hiperactivos, como de falta de atención. Además, se propuso que era necesaria la presencia de un mínimo de 2 de los 5 síntomas siguientes: 1) labilidad emocional, 2) irritabilidad y temperamento exaltado, 3) deterioro de la tolerancia al estrés, 4) desorganización y 5) impulsividad.<sup>(10)</sup> El cuestionario Wender Utah para el diagnóstico de TDAH en adultos ha mostrado ser un instrumento con alta, especificidad del 96 %, con un punto de corte de 46 que identifica el 86% de pacientes con TDAH. Durante el estudio de validación de la versión original de 61 reactivos se encontró que 25 de ellos distinguían a los adultos con TDAH de los adultos sin este diagnóstico, y con ellos se conformo la versión corta de la escala. En el estudio de validación de la versión en español se aplico a 946 adultos. Se encontraron índices de consistencia interna superior a 0.8 así como índices altos de reproductividad.<sup>(21-24)</sup>

## **Material y métodos:**

**INSTRUMENTOS.** Wender UTAH Rating Scale (WURS) Está basada en los criterios de UTAH. Esta escala puede hacer el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia. Se ha mostrado que este instrumento tiene una estructura confiable con una sensibilidad de 91.5%, especificidad de 90.8% y alta consistencia interna (alfa de Cronbach mayor a 0.80). Ha sido validada en varios idiomas, incluyendo el español en población mexicana. Consiste de 61 items que se valoran en una escala de 5 puntos desde 0 a 4. En cada ítem se pregunta si un síntoma o comportamiento concreto estaba presente durante la infancia. Un puntaje arriba de 36 establece el diagnóstico de TDAH.<sup>(10,23)</sup>

El WURS se administró a todos los papás de los pacientes pediátricos con diagnóstico de TDAH que se atienden en la consulta externa de Psiquiatría del CMN “20 de Noviembre”, durante seis meses, teniendo que aplicar este instrumento vía telefónica a los papás que estaban divorciados.

Se evaluaron los resultados de las encuestas en el programa Excel 2007 de Microsoft Office asignando un libro para cada encuesta física, a través de la función lógica “Si, verdadero, falso” se comprueba si el puntaje total obtenido en cada encuesta corresponde a un positivo o a un negativo, respectivamente en cada libro. Nuevamente la misma función “Si, verdadero, falso” se aplicó a las variables de estado civil, género, edad, lugar de origen y escolaridad detectando automáticamente en cada libro pacientes positivos en el WURS para cada variable.

El ordenamiento de las variables sociodemográficas se hizo de la siguiente manera: el estado civil se clasificó como casado, soltero, divorciado, y unión libre. En el caso de género en femenino y masculino. La edad en grupos de 30 a 35, de 36 a 39 y 40 o más. El lugar de origen en interior de la república y Distrito Federal y por último la escolaridad en primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura. (Tabla 1)

**Tabla 1 - NUMERO DE PACIENTES TOTALES (n) DIVIDIDOS POR VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA**

|                        |                     |                   |                     |                     |                  |
|------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| <b>ESTADO CIVIL</b>    | <i>Casado</i>       | <i>Soltero</i>    | <i>Divorciado</i>   | <i>Unión Libre</i>  |                  |
| <i>Total (n) = 36</i>  | 22                  | 2                 | 3                   | 9                   |                  |
| <b>GENERO:</b>         | <i>Femenino</i>     | <i>Masculino</i>  | <i>CON TDAH</i>     | <i>Femenino</i>     | <i>Masculino</i> |
| <i>Total (n) = 36</i>  | 19                  | 17                | 26                  | 13                  | 13               |
| <b>EDAD:</b>           | <i>30 a 35</i>      | <i>36 a 39</i>    | <i>40 o más</i>     |                     |                  |
| <i>Total (n) = 36</i>  | 2                   | 11                | 23                  |                     |                  |
| <b>LUGAR DE ORIGEN</b> | <i>Del Interior</i> | <i>Del D.F:</i>   |                     |                     |                  |
| <i>Total (n) = 36</i>  | 11                  | 25                |                     |                     |                  |
| <b>ESCOLARIDAD</b>     | <i>Primaria</i>     | <i>Secundaria</i> | <i>Preparatoria</i> | <i>Licenciatura</i> |                  |
| <i>Total (n) = 36</i>  | 1                   | 16                | 14                  | 5                   |                  |

## RESULTADOS

En total se entrevistaron 36 papás, 19 mujeres y 17 hombres, con un promedio de edad de 42.25 años, una moda de 41 años (D.E.= 6.21). En cuanto a escolaridad 2.7% (n =1) con primaria, 44.4% (n=16) con secundaria, 38.8 % (n=14) con preparatoria y 13.8% (n=5) con licenciatura. El estado civil 61.1% (n=22) casados, 5.5% (n=2) solteros, 8.3% (n=3) divorciados y un 25% (n=9) en unión libre. (Gráfica 1).

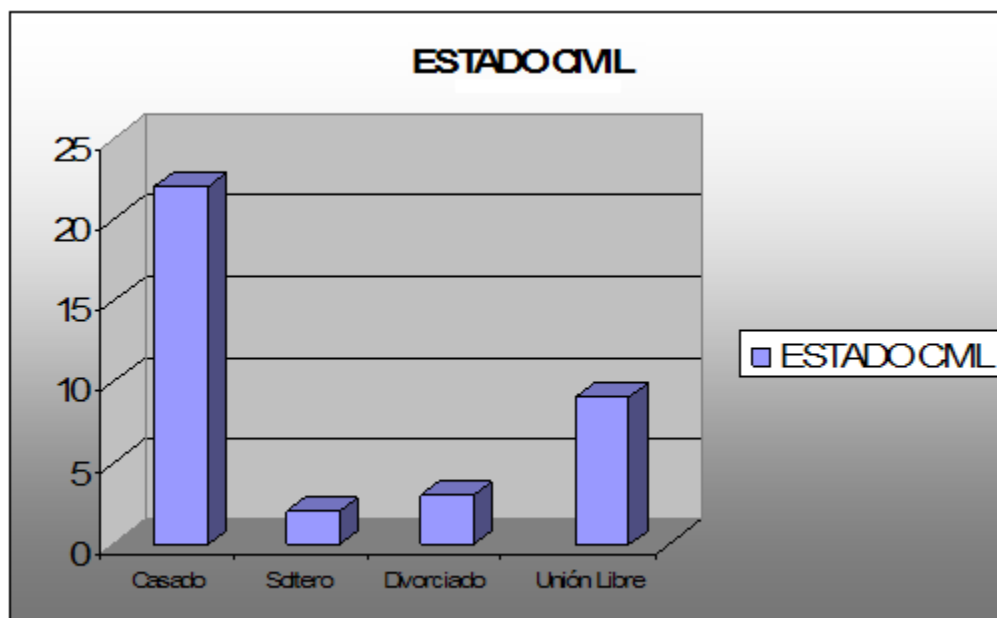


Gráfico 1 – Estado Civil

Del total de papás (n=36), el 72 % (n=26) fueron positivos en el WURS para diagnóstico de TDAH, de las cuales 13 de 19 (36 %) corresponden a las mamás de los niños con criterios para TDAH con resultados positivos en el WURS, mientras del total de padres encuestados (n=17), dieron positivos en el WURS 13 siendo un 36 % para TDAH. De un total de 26 pacientes que resultaron positivos en la encuesta WURS para TDAH el 61.5 % (n=16) fueron casados, 7.6% (n=2) solteras, 3.8% (n=1) divorciada y 26.9% (n=7) en unión libre.

Tabla 2 - DISTRIBUCIÓN POR VARIABLES

|                                                |                     |                   |                     |                     |
|------------------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| <b>GENERO:</b>                                 | <b>Femenino</b>     | <b>Masculino</b>  |                     |                     |
| <i>Total (n) = 36</i>                          | 19                  | 17                |                     |                     |
| <b>ENCUESTADOS CON TDAH (POSITIVO EN WURS)</b> |                     |                   |                     |                     |
| <i>Total (n) = 26</i>                          | 13                  | 13                |                     |                     |
| <b>EDAD:</b>                                   | <b>30 a 35</b>      | <b>36 a 39</b>    | <b>40 o más</b>     |                     |
| <i>Total (n) = 36</i>                          | 2                   | 11                | 23                  |                     |
| <b>ENCUESTADOS CON TDAH (POSITIVO EN WURS)</b> |                     |                   |                     |                     |
| <i>Total (n) = 26</i>                          | 2                   | 8                 | 16                  |                     |
| <b>LUGAR DE ORIGEN</b>                         | <b>Del Interior</b> | <b>Del D.F:</b>   |                     |                     |
| <i>Total (n) = 36</i>                          | 11                  | 25                |                     |                     |
| <b>ESCOLARIDAD</b>                             | <b>Primaria</b>     | <b>Secundaria</b> | <b>Preparatoria</b> | <b>Licenciatura</b> |
| <i>Total (n) = 36</i>                          | 1                   | 16                | 14                  | 5                   |

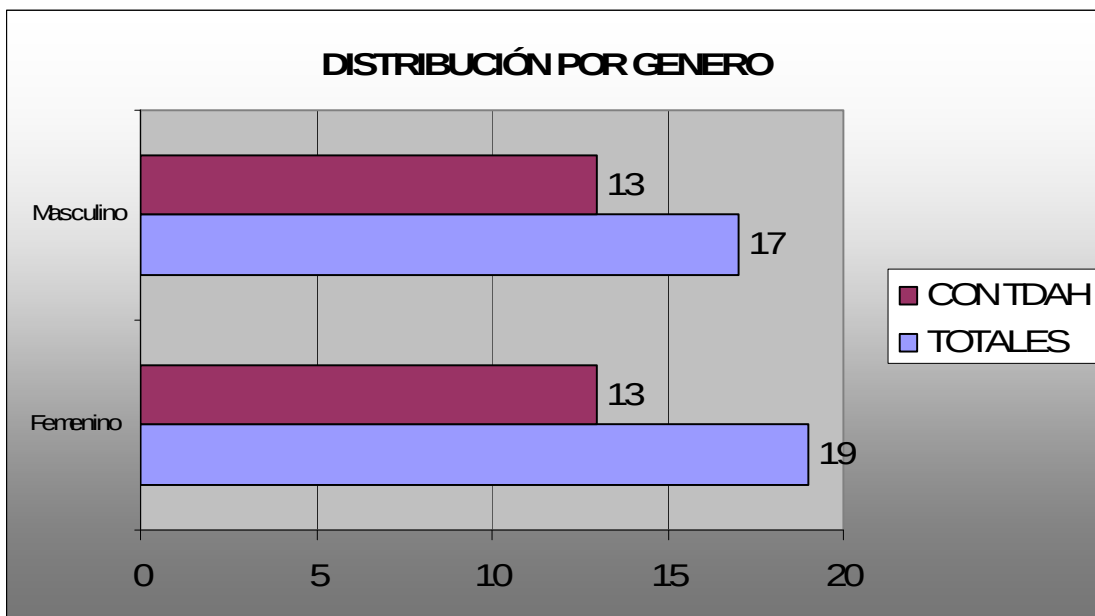


Gráfico 2 – Distribución por Género

De un total de 26 pacientes que puntaron positivo en la encuesta WURS para TDAH, 61.5 % (n=16) casados, 7.6% (n=2) solteros, 3.8% (n= 1) divorciados y 26.9% (n=7) en unión libre. (Tabla 3).

**Tabla 3 - ESTADO CIVIL**

| <b>ESTADO CIVIL</b>                     | <b>Casado</b> | <b>Soltero</b> | <b>Divorciado</b> | <b>Unión Libre</b> |
|-----------------------------------------|---------------|----------------|-------------------|--------------------|
| Total (n) = 36                          | 22            | 2              | 3                 | 9                  |
| ENCUESTADOS CON TDAH (POSITIVO EN WURS) |               |                |                   |                    |
| Total (n) = 26                          | 16            | 2              | 1                 | 7                  |

Se encontró que un 72 % de los papás de pacientes con diagnóstico de TDAH, fueron positivos con el instrumento WURS para TDAH en el adulto, dato que si bien por ahora no podemos comparar con una población control, podría indicar de forma clara un factor familiar en la presentación de esta enfermedad. De estos ninguno había sido diagnosticado previamente lo que nos lleva a pensar en que está subdiagnosticada. También encontramos que en nuestra muestra el niño que padece TDAH tiene una mayor probabilidad que su padre curse con puntaje positivo en el WURS, dando un peso importante al género masculino como un factor asociado al TDAH en el adulto.

Nos llama la atención la mayor cantidad de casos en el grupo de edad de mayores de 40 años, lo que podría sugerir que a mayor edad del padre es menor la tolerancia a las conductas disruptivas de su hijo lo que lo lleva a un diagnóstico más temprano. (Gráfica 3).

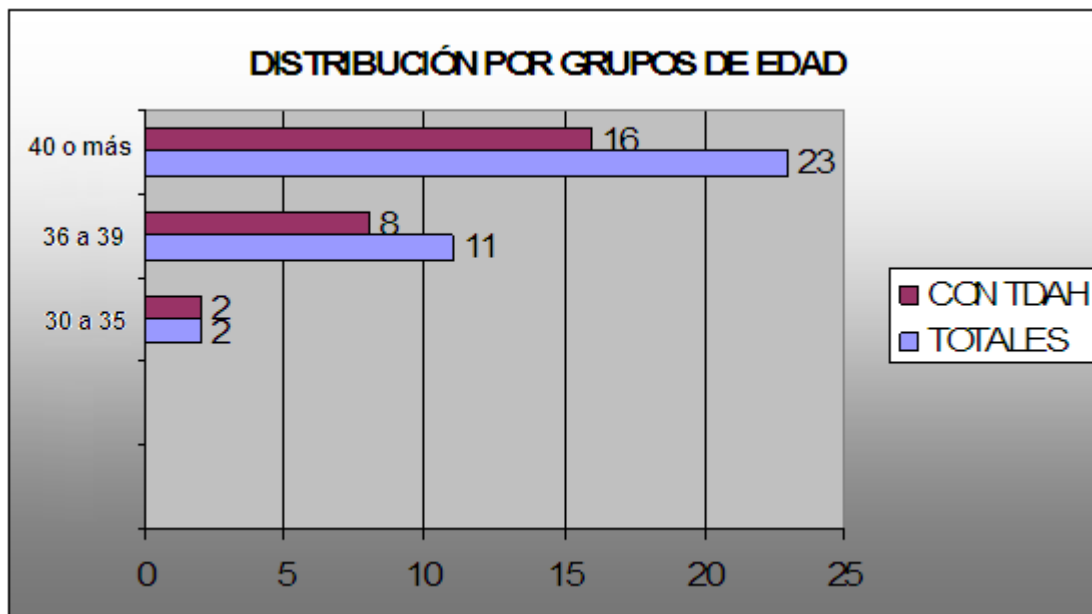


Gráfico 3 – Distribución por Grupos de Edad.

## CONCLUSIONES

El presente trabajo solo se enfoca a población del servicio de psiquiatría del CMN “20 de Noviembre”, por lo que consideramos que en un futuro sería conveniente comparar con la población pediátrica general del mismo hospital; lo cual nos puede dar una mayor validez estadística. Por otro lado la cantidad de población obtenida no cumple el tamaño de muestra calculado, dado que se cumplió el tiempo programado para la realización del presente estudio. Aún así, los resultados obtenidos son semejantes a los que han sido publicados por otros investigadores en nuestro país, lo que nos lleva a pensar en el impacto que tendrá este padecimiento en la crianza, en el proceso de educación y en el cumplimiento de lineamientos de los tratamientos y mediadas psicoterapéuticas en los hijos de estos padres con TDAH del adulto.

Nuestros resultados fueron contundentes en el sentido de que al igual que en otras publicaciones en nuestro país, un 36% de padres y madres con niños diagnosticados dieron positivos en la escala WURST retrospectiva para el diagnóstico de TDAH en el adulto. Numerosas publicaciones han demostrado de antemano la tendencia familiar del TDAH el cual cursa con una alta heredabilidad. Lo que nos hace pensar en el impacto de vivir en un núcleo familiar donde uno de los padres o ambos puedan presentar una estructura similar a la de un síndrome hiperactivo y sus comorbilidades, pero sin haber sido tratados. Aunque lo que se describe del TDAH en el adulto es que con el tiempo tienden a aminorar sus síntomas, pero aun así, sin un tratamiento y seguimiento adecuados presentan muchas dificultades en todas las áreas: laboral, escolar, económica y sobre todo en las relaciones interpersonales. Si la crianza de un hijo en condiciones normales puede ser difícil; imaginemos entonces como seria en un ambiente familiar con padres con antecedentes de TDAH (uno o ambos padres) más el paciente diagnosticado, la respuesta es obvia estaría inmerso en medio de un ambiente caótico, sin limites, sin normas, desorganizado, esto repercutiría importantemente en el desarrollo global del niño en estudio.

Quizás la relevancia de este estudio radique en la identificación diagnóstica no únicamente del miembro identificado sino del familiar cercano para ser tratado en forma oportuna y así prevenir en la medida de lo posible complicaciones a futuro.

Cuando hablamos de las complicaciones que los padres (adultos TDAH) también hablamos de las complicaciones de los hijos con TDAH, esto se convierte en un circulo vicioso, porque de no ser tratados en su momento tanto los padres como los hijos de estos pacientes tienen más propensión a presentar no únicamente el síndrome multimencionado sino todo el espectro que existe a su alrededor, por mencionar alguno, la posibilidad en un 40% de tener trastornos afectivos concomitantemente.

Todo lo anterior nos da una nueva línea de investigación donde se podría evaluar la evolución de los hijos de padres con tratamiento y de aquellos que no lo reciben.



## BIBLIOGRAFIA

1. Barragán E. El niño y el adolescente con trastorno por déficit de atención, su mundo y sus soluciones. 2da. ed. México 2003: Linae Editores; 12-16.
2. Garza-Morales s, Barragán-Pérez. Dificultades comunes en el tratamiento integral de niños con problemas de atención y aprendizaje en México Salud Mental 2006; 63: 134-150.
3. De la Peña F. El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en México y Latinoamérica: Avances y retos para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación. Salud Mental 2009;32:S1-S2
4. Ulloa RE, Arroyo E, Ávila JM, Cárdenas JA, Cruz E et al. Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes. Salud Mental 2005; 28(5):1-10.
5. Schweitzer, J.B., Cummins, T.K., Kant, C.A. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med Clin North Am.* 2001; 85(3): 757-777.
6. Barkley, R.A. El TDAH en adultos lo que nos dice la ciencia. Primera edición 2008 J&C Ediciones Médicas. Capítulo 2 : 9-25
7. Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry.* 1993; 150:1792-1798.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4<sup>th</sup> ed., text revision).* Washington, DC. 2000:85-93.
9. Barkley R, Murphy K, Fischer M. El TDAH en adultos, Primera edición 2008 J&C Ediciones Médicas Capítulo Historia y Prevalencia del TDAH en adultos pág. 9.
10. Aiveen kirley. Diagnóstico y clasificación del TDAH en la edad adulta. Fitzgerald M, Bellgrobe M, Gill M, Manual de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, 1ra Edición, 2008, J&C Ediciones Médicas Capítulo 3: 37-49.
11. Barckley RA, Murphy K, Kwasnik D. Psychological, adjustment and adaptative impairments in young adults with ADHD. *J Attention Disorder* 1996; 41:54.
12. Kessler RC Adler L, Ames M. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of worker. *J Occup Environ Med* 2005; 47 (6): 565-72.
13. Faraone SV, Biederman J. Is attention deficit hyperactivity disorder familiar? *Harvard Rev Psychiatry* 1994;1: 271-87
14. Manshadi M, Lippmann S, O'Daniel R Blackman A. Alcohol abuse and attention deficit disorder J, *Clin Psychiatric* 1983; 44: 379-80.

15. Ocaña A. M. Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en Adultos, INFOCUS in Science Communications a WolkerKluwer Healt México. 2010; 10:124-34
16. Weiss M Murray C Weiss G. Adults with attention-deficit/Hyperactivity disorder: Current Concepts. Journal of Psychiatric Practice 2002;8(2):99-111
17. Fayyad J et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. British Journal of Psychiatry 2007; 190:402-9.
18. Trancoso Hernández M.A. Molina Valdespino D. Ortiz León S. Frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en padres de niños con diagnóstico de TDAH en comparación con padres de niños sanos. Psiquiatría 2010;2:345-50
19. López-Ibor Aliño. Trastornos de inicio en la infancia la niñez y la adolescencia. En Juan J. & Valdés Miyar. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002. DSM-IV-TR: 345-400.
20. McGough JJ, Barckley RA. Diagnostic controversies in Adult Attention Deficit Hiperactivity Disorder Am J Psychiatry 2004; 161: 1948-56.
21. McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12:240-245
22. Lara-Muñoz C, Herrera García, Romero-Ogawa et al. Psychometric characteristic of the Spanish version of the Wender Utah Scale of Retrospective evaluation of ADHD, Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1998; 26:165-171
23. Rodriguez Jimenez CR, Ponce Alfaro G, Monasor Sanchez R. Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adult of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood Rev Neurol 2001 33:138-144
24. Rossini ED, O Connor MA. Retrospective self-reported symptom of attention-deficit hyperactivity disorder: reliability of the Wender Utah Rating Scale. Psychol Rep. 1995; 77: 751-754