



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica,

Psiquiatría y Salud Mental

HOSPITAL DE PSIQUIATRIA

UNIDAD MORELOS

IMSS

**FRECUENCIA DE TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION
E HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS QUE SE ATIENDEN EN
LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL
REGIONAL PSIQUIATRICO "MORELOS" DEL IMSS.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

María del Carmen López de la Vega

Asesores:

Dra. Claudia Fouilloux Morales Dra. Silvia Ortíz León



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.

Tabla de Contenidos

Introducción	3
Antecedentes Científicos	4
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	10
Justificación	11
Objetivos	12
Material y métodos	14
Tipo de estudio, población en estudio; selección y tamaño de la muestra	16
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	17
Variables de estudio	<u>17</u>
Instrumentos	<u>18</u>
<u>Procedimiento</u>	<u>20</u>
Prueba piloto	22
Análisis estadístico	23
Aspectos éticos	24
Resultados	25
Discusión y conclusiones	<u>45</u>
Bibliografía	<u>47</u>
Anexos	<u>52</u>

INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la enfermedad neuro psiquiátrica de inicio en la infancia más frecuente. En los años 70's, pioneros como Wender y cols., observaron que los padres de niños con TDAH, presentaban dificultades similares.

Durante las siguientes 3 décadas, resultados de numerosos estudios de seguimiento de niños y adolescentes, muestran que ciertas presentaciones de este trastorno (déficit de atención, pobre control de impulsos) continúan en la vida adulta contribuyendo a problemas de adaptación, que repercuten en diferentes ámbitos entre los que se incluyen las áreas social, parental, conyugal, familiar, académica, interpersonal y laboral, así como la conducción de vehículos, la criminalidad, la calidad de vida y el consumo de sustancias lícitas e ilícitas. Así también encontramos una comorbilidad importante con otros trastornos psiquiátricos. La OMS, estima una prevalencia de TDAH en adultos de 3.4% aproximadamente. En los últimos años se han hecho pocos estudios para determinar el antecedente de TDAH en los adultos de determinadas poblaciones, tanto en México como en el mundo, quizás no porque se le deje de dar importancia, si no por lo complicado de validar una escala adecuada en los adultos, que nos pueda aportar datos importantes sobre síntomas de TDAH en la infancia.

Es relevante conocer el diagnóstico de TDAH en el adulto para poder proporcionar al paciente el tratamiento más óptimo.

El diseño del presente trabajo de investigación se sustenta como un estudio transversal para conocer el número de adultos con diagnóstico de TDAH, en la población que acude la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El escepticismo científico acerca del TDAH del adulto estaba basado inicialmente en la creencia de que los síntomas disminuían con el paso de los años.(1)

En la década de los 70, aparecen los primeros reportes de adultos con un síndrome similar al trastorno de déficit de atención e hiperactividad y de niños con este trastorno que, al ser reevaluados en la adultez, persistían con síntomas significativos e invalidantes. De esta forma, el TDAH se ha ido configurando como un síndrome de inicio en la infancia, cuyos síntomas a menudo persisten en la vida adulta.(2)

En el DSM IV de 1987 se le denomina “trastorno por déficit de atención/hiperactividad”. Además, se reconoce la posibilidad de que el paciente no cumpla con la totalidad de los síntomas exigidos (“TDAH en remisión parcial”), o que no cumpla con otros criterios, como el inicio disruptivo antes de los siete años (“TDAH no de otro modo especificado”). Estos cambios tienden a facilitar aún más el diagnóstico en el adulto, en que muchas veces es difícil obtener una historia remota o los síntomas se han compensado parcialmente, pero siguen afectando su calidad de vida (3).

Sin embargo, la investigación científica seria y rigurosa de esta condición clínica en adultos sólo se produjo a partir de 1995 por P. H. Wender (1, 3) y colaboradores, quienes elaboran una escala para evaluación retrospectiva de síntomas de TDAH durante la infancia y cómo han permanecido estas conductas hasta la edad adulta (1). Él realiza varios estudios de casos, encontrando un alto índice de pacientes adultos con sospecha de TDAH(4). A partir de entonces investigadores como Mannuzza en 1998 (5), Rasmussen en el 2001(6), Barkley en el 2002 (7), Biederman del 2006 a la fecha (8), por mencionar algunos, han hecho estudios longitudinales de niños que padecían el trastorno, siguiéndolos hasta la vida adulta, encontrando que efectivamente, los síntomas persisten.

Las investigaciones sobre este trastorno continuaron floreciendo a través de la última década, encontrando en las revisiones actuales que el TDAH en adultos es un diagnóstico válido, que puede identificarse en forma confiable y que presenta una evolución que puede ser previsible (1, 8), que de no identificarse y tratarse puede determinar una mayor frecuencia de deterioro estudiantil, laboral, familiar y social, así como un elevado riesgo de comorbilidad psiquiátrica y abuso de sustancias. (8, 9, 10, 11, 12, 13).

En EE. UU. en 2003 y 2006 se realizaron estudios en donde se comparan los ingresos económicos y el empleo en los adultos con TDAH y adultos sin TDAH , extrapolarlo los resultados al cambio en la productividad nacional, encontrando que la pérdida estimada de la productividad laboral en 2003 fue de \$ 8900 a \$ 15400 por persona con TDAH, lo que implica una pérdida total de productividad entre EE.UU. 67 millones dólares y \$116 millones de dólares.(9)

A su vez, se han hecho estudios en adultos con alto coeficiente intelectual, a quienes se les diagnosticó TDAH, quienes presentaron peores resultados en las pruebas de la función ejecutiva en relación con otros adultos con alto CI sin TDAH. (10)

En otros estudios se ha encontrado a una menor capacidad de conducción de autos y resultados adversos mayores (accidentes, infracciones) en adolescentes y adultos con TDAH. (11)

En México recientemente se realizó un estudio que demuestra que pacientes con TDAH presentan una elevada comorbilidad psiquiátrica con trastornos no psicóticos. (12)

Además encontramos estudios recientes en México y otros países donde se demuestra una alta comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas en pacientes con TDAH (8, 13).

A iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se realizó un estudio para estimar la prevalencia de TDAH en adultos utilizando los criterios del DSM IV. El resultado fue que en promedio 3.4% de los adultos presentaban este trastorno, dando además un rango complementario de 1.2 a 7.3%.(14)

El estudio se tomó de diez encuestas nacionales que incluyen países de Europa, Latinoamérica, Medio Oriente y USA, con tasas más altas en Francia (7.3%), EUA y Holanda (5%) y más bajas en México y Colombia (1.9%) así como en España (1.2%). Esta alta variabilidad refleja un problema relacionado con los criterios diagnósticos y de informantes (15).

El Trastorno por Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH) puede definirse, según el DSM IV, como un trastorno crónico, de inicio en la infancia, caracterizado por inatención y/o impulsividad-hiperactividad, de magnitud suficiente para afectar el desempeño estudiantil, social o laboral del individuo (16).

La inatención en los adultos se puede manifestar comúnmente como:

- Dificultades para mantener la atención. (Reuniones, leyendo, trabajos escritos)
- Son considerados como lentos e ineficientes
- Pobre manejo del tiempo.
- Desorganizados.
- Olvidadizos.
- Parecen desconsiderados.
- Problemas con el manejo del dinero (17,18)

La hiperactividad se manifiesta como:

- Personas que se les considera como “adictas al trabajo”
- Con agendas “Sobreprogramadas”
- Eligen trabajos muy activos.
- Su actividad constante les lleva a tensión familiar.
- A menudo hablan en exceso (17,18)

La impulsividad se manifiesta como:

- Baja tolerancia a la frustración, lo que puede expresarse en conductas hostiles hacia los demás o síntomas depresivos
- Mal carácter. (“Pierde los estribos”)
- Renuncian a trabajos rápidamente.
- Finalizan frecuentemente relaciones interpersonales.
- Conducta temeraria en deportes o al conducir.(17,18)

Además se deben considerar los siguientes puntos:

- Los síntomas deben haberse instalado antes de los 7 años.
- Los síntomas deben haber estado presentes ininterrumpidamente al menos durante los últimos 6 meses
- Los síntomas deben manifestarse en 2 o más ámbitos (escuela, hogar, etc.)
- Y se debe tener clara evidencia clínica que los síntomas provoquen angustia significativa y/o perjuicio sobre la vida social, académica, laboral etc.
- No debe existir alguna condición médica general que pueda explicar los síntomas.(16)

En cuanto a la etiología, gracias al advenimiento de los estudios por neuroimágenes, las técnicas electrofisiológicas y la combinación de éstas, se ha acumulado importante evidencia científica sobre las diferentes áreas cerebrales relacionadas con el procesamiento cognitivo y el momento adecuado en el que se debe esperar que estas áreas se desarrollen. (19, 20)

Para ciertos autores el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) sería un incorrecto control inhibitorio y se debería a una falta de nivel de maduración propio de la edad o bien una desviación del patrón normal (21)

Se plantea que la maduración cerebral juega un papel dominante en la adquisición de procesos mentales en general y en particular en la atención. El momento en que se adquieren estos procesos varía entre los individuos y probablemente esté genéticamente determinado_(21).

Se ha demostrado una importante disminución de la simetría hemisférica derecha-izquierda (20, 21), como también una disminución del tamaño de las regiones prefrontales del hemisferio derecho (19, 22).

El circuito específico que se relaciona con el TDAH estaría compuesto por regiones prefrontales derechas, el núcleo caudado, globo pálido y la región postero inferior del vermis; estas áreas cerebrales y cerebelosas están disminuidas de tamaño y aparentemente serían hipofuncionantes. (22,21)

Nopoulos y colaboradores_(21) detectaron alteraciones en la migración neuronal y anomalías de las fosas posteriores (exceso de LCR). Este trastorno del desarrollo tendría su origen en las primeras etapas de gestación, debido a que las alteraciones de la

migración neuronal parecen estar causadas por una susceptibilidad genética acompañada de alteraciones ambientales que ocurrirían (21).

En cuanto a la neurobioquímica, recientes propuestas han enfatizado el papel primario de la dopamina y norepinefrina en el TDAH. Castellanos (23) describe una propuesta basada en la existencia de diferentes anormalidades en dos regiones dopaminérgicas: una hipoactivación de las regiones corticales (cíngulo anterior), responsable del déficit cognitivo, y una sobre actividad de regiones subcorticales (núcleo caudado), que se evidencia en un exceso en la actividad motora (23).

Los estudios de gemelos y familias han demostrado un factor hereditario del TDAH.

Los hijos de padres con TDAH tienen 50% de probabilidades de sufrir el mismo trastorno y los estudios con gemelos revelan que los factores genéticos explican entre un 50 y 70% de los síntomas. (20)

Es evidente que la genética del TDAH se caracteriza por un número de genes de cada uno de ellos que hacen una contribución pequeña pero significativa para el riesgo global (23).

Varios estudios de vinculación genómica se han llevado a cabo y, aunque existen diferencias considerables en los resultados entre los estudios, varias regiones han sido apoyadas a través de varios estudios (23).

Los genes candidatos más estudiados son:

- El gen del receptor D2 situado en el cromosoma 11 (11q22-23).
- El gen transportador de la dopamina DAT1 situado en el cromosoma 5 (5p15.3).
- Variante alélica del gen del receptor D4 de la dopamina DRD4 situado en el cromosoma (11p15.5).
- El gen del transportador de la norepinefrina NET1
- El gen del receptor D1 de la dopamina DRD1. (23)

Si bien es claro el planteamiento de la herencia en este tipo de trastorno, los mismos padres con sus dificultades podrían estar ofreciendo un modelo social que hace más compleja la interpretación de los datos (21,23). La presencia de trastornos comórbidos en adultos con TDAH es muy frecuente y dificulta el diagnóstico al compartir síntomas cognitivos, disfunción social y laboral. De este hecho parte la necesidad de dar un diagnóstico certero de TDAH, apoyados con un óptimo instrumento de medición. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias son los más

comunes en cuanto a su comorbilidad. El 50%, de los casos detectados de TDAH, recibieron algún tipo de tratamiento psiquiátrico en EUA (24).

Además se ha encontrado que en pacientes con padecimientos psiquiátricos no psicóticos, hay una mayor prevalencia de TDAH, que en el resto de la población. (12)

Evaluar el TDAH en adultos es un proceso complejo en el que se requiere realizar un diagnóstico retrospectivo de los síntomas en la infancia, utilizar criterios que no están diseñados especialmente para adultos e incluir un diagnóstico diferencial porque algunos síntomas del TDAH son los mismos que los de otros trastornos (25)

El diagnóstico temprano y el tratamiento con estimulantes son fuertes predictores relacionados con el mantenimiento del trabajo en estos pacientes, independientemente de la comorbilidad.(30, 31)

Así también los pacientes con TDAH que tienen uso de sustancias, si reciben tratamiento con psicoestimulantes no incrementarán el riesgo de abuso de sustancias (32).

Safren en 2005 realizó un estudio controlado en adultos con TDAH tratados con estimulantes, y terapia cognitivo conductual, resultando una mejoría importante en la funcionalidad de estos pacientes_(33).

En base a la evidencia ya mencionada, el objetivo del presente estudio es conocer el número aproximado de pacientes adultos con TDAH, así como algunas de sus características, en la población que acude a consulta externa de Psiquiatría en nuestro hospital, por medio de escalas ya estudiadas y validadas, para mayor confiabilidad en nuestro diagnóstico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El trastorno por déficit de atención en adultos es frecuente (3.4%) y las consecuencias (complicaciones) de no recibir tratamiento son severas ya que limita de manera importante la funcionalidad del paciente en los ámbitos laboral, escolar, conducción de autos, familiar, social, y a esto se le agrega la comorbilidad frecuente con los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y abuso de sustancias, como se mencionó anteriormente.

En la consulta externa del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos del IMSS, se atendieron en el año 2008 y 2009 un promedio de 8950 adultos con trastornos psiquiátricos (35), y en estos pacientes no se ha buscado intencionalmente sintomatología específica, que reúna los criterios para un diagnóstico de TDAH. Por lo que desconocemos la prevalencia de TDAH en esta población, y se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la frecuencia de TDAH en adultos que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el Hospital Regional Psiquiátrico Morelos del IMSS?

JUSTIFICACION.

El trastorno de déficit de atención en el adulto, ha cobrado importancia en los últimos años, debido principalmente a las repercusiones que puede ocasionar en los individuos que lo padecen, repercusiones que van desde la dificultad en las relaciones interpersonales , el mal desempeño laboral, condicionando problemas económicos importantes para el individuo y para la empresa en la que labora, hasta llegar a aumentar el riesgo para accidentes viales o en el hogar, y en muchos casos , desencadenar un trastorno psiquiátrico. Eso sin contar que un gran porcentaje de estos adultos con TDAH, inician el consumo y abuso de alcohol y otras drogas . Todo esto llevando a una calidad de vida no óptima.

De tal forma que resulta trascendental, para lograr que todos estos pacientes mejoren realmente, discriminar adecuadamente a quienes presentan una sola patología psiquiátrica y quienes tienen TDAH en comorbilidad , y así dar el tratamiento adecuado para poder reducir así los riesgos en su funcionamiento social, académico, laboral y familiar , y evitar las repercusiones ya comentadas.

Así también, generaremos una metodología base, para futuras investigaciones de este padecimiento.

OBJETIVO GENERAL

- I. Conocer la frecuencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos con padecimientos psiquiátricos que son atendidos en la consulta externa en el Hospital Regional de Psiquiatría “Unidad Morelos” del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- I.1. Conocer la frecuencia por grupo de edad de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el Hospital regional psiquiátrico “Morelos” del IMSS.
- I.2. Conocer la frecuencia por género de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en los adultos que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el Hospital regional psiquiátrico “Morelos” del IMSS.
- I.3. Conocer la frecuencia de inatención, en los adultos diagnosticados con TDAH.
- I.4 Conocer la frecuencia de hiperactividad en los adultos diagnosticados con TDAH.
- I.5 Conocer la frecuencia de impulsividad en los adultos diagnosticados con TDAH.
- I.6. Conocer los padecimientos psiquiátricos comórbidos más frecuentes, en los adultos diagnosticados con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad que acuden a la consulta externa de psiquiatría en el Hospital regional psiquiátrico “Morelos” del IMSS
- I.7. Conocer el nivel de estudios actual y concluido de los pacientes diagnosticados.
- I.8. Conocer si han tenido problemas de aprendizaje y a que edad se detectaron esos problemas.
- I.9 . Conocer el rendimiento laboral en los pacientes diagnosticados con TDAH.
- I. 10 Conocer la edad de inicio de vida sexual y el uso de anticonceptivos en los pacientes diagnosticados con TDAH.
- I.11. Conocer el número de relaciones sentimentales y el tiempo promedio de duración sus parejas, en los pacientes diagnosticados con TDAH.
- I.12. Conocer la frecuencia de uso y abuso de alcohol , así como otras sustancias, en los pacientes diagnosticados con TDAH.
- I.13. Conocer la frecuencia de problemas para la conducción de automóviles, en los

pacientes diagnosticados con TDAH.

1.14. Conocer la frecuencia de problemas para la administración de dinero, en los pacientes diagnosticados con TDAH.

1.15 Conocer la frecuencia de problemas para organización de la vida cotidiana en los pacientes diagnosticados con TDAH.

1.16 Conocer la frecuencia de problemas para la administración del tiempo en los pacientes diagnosticados con TDAH.

1.17 Conocer la frecuencia de problemas para controlar sus emociones en los pacientes diagnosticados con TDAH.

1.18 Conocer la frecuencia de baja autoestima en los pacientes diagnosticados con TDAH.

MATERIAL Y METODOS.

Tipo de estudio

Transversal, prospectivo, observacional, descriptivo.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se incluyeron a 200 pacientes adultos (hombres y mujeres), que se acudieron a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos IMSS, los cuales cumplieron los criterios de selección para el presente estudio, la muestra es tomada a conveniencia.

|

Criterios de selección y eliminación

CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Pacientes hombres y/o mujeres de 18 a 60 años de edad.
Obteniéndose 8 intervalos de frecuencia de edad y cada intervalo con un amplitud de 5 años.
2. Ser derechohabientes del IMSS.
3. Pacientes de primera vez y subsecuentes que se atiendan en el servicio de consulta externa de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos IMSS, en los meses de Octubre y Noviembre del 2010.
4. Pacientes que hayan reunido el puntaje necesario para pensar en probable diagnóstico de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el adulto, en las escalas de tamizaje: Adult Self Report Scale V1 (ASRS.V.1) y la escala FASCT con una versión autoaplicable y versión para el observador.
5. Pacientes que den su consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Pacientes con trastornos psiquiátricos psicóticos.
2. Pacientes que se retiren del estudio.
3. Pacientes con diagnóstico de retraso mental y con deterioro cognitivo significativo.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES INDEPENDIENTES (DE IDENTIFICACIÓN)

Las variables independientes que se utilizaron en el presente trabajo de investigación son:

EDAD: Definida como el tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació hasta el momento actual en años.

Definición operacional: Se obtendrá mediante la edad registrada al inicio de los instrumentos de medición (escalas).

Código: 18 a 65 años que es en la escala de Medición es una variable cuantitativa discreta.

GÉNERO: Condición de la que se diferencian el sexo femenino y masculino, a partir de características fenotípicas.

Definición operacional: Se obtendrá mediante las características fenotípicas que se observen, durante la aplicación de la escala.

Código: 1.- Femenino 2.- Masculino, que es una variable cualitativa dicotómica.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Definición conceptual:

Trastorno crónico, de inicio en la infancia, caracterizado por inatención y/o impulsividad-hiperactividad, de magnitud suficiente para afectar el desempeño estudiantil, social o laboral del individuo.

Instrumentos

Las variables mencionadas las obtuvimos de nuestro instrumento de recolección de datos, basado en la M. I. N. I., en su apartado especial para TDAH en el adulto, que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Dicha escala es para dar un diagnóstico específico. El TDAH en adulto se encuentra en los módulos W5, W6, W7, W8 con un total de 25 reactivos, en ésta escala a una puntuación mayor de 25, se le dará el diagnóstico de TDAH en el adulto. Antes de aplicar dicha escala se realizarán dos pruebas de tamizaje, las cuales se realizarán por medio de:

La escala de Autoreporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la vida adulta, v.1.1 (ASRS), versión de 6 ítems en español. Se observó una sensibilidad del 96,7%, una especificidad del 91,1%, un valor predictivo positivo del 91,6%, un valor predictivo negativo del 96,5%, un índice kappa de 0,78 y un área bajo la curva de 0,94 (odds ratio= 297,3; intervalo de confianza del 95% = 76,2-1.159). Los cuatro primeros ítems evalúan síntomas de falta de atención y los dos últimos, síntomas de hiperactividad. Ofrece cinco opciones de respuesta por ítem, que son 'nunca', 'rara vez', 'a veces', 'a menudo' y 'muy a menudo'. La puntuación propuesta originalmente por los autores de la escala se realiza de manera dicotómica, y se considera un resultado positivo para probable TDAH cuando el sujeto marca en cuatro o más casillas dentro de la zona sombreada. El cuestionario optimiza su rendimiento al puntuar en un rango comprendido entre 0 y 24, y considerar como punto de corte un total de 12 .

Los Adultos que reúnan un puntaje mayor de 12 , se les considerará como probables casos de TDAH y se les aplicará la escala FASCT, versión autoaplicada y la versión del observador, a el paciente y al familiar que le acompañe, respectivamente.

La versión autoaplicada obtuvo un alfa de Cronbach de 0,84 y la versión del observador de 0,87. El punto de corte con mejor balance entre sensibilidad y 1-especificidad fue de 23 puntos para cada versión. El coeficiente de correlación entre ambas versiones fue de 0,88. El coeficiente de correlación entre la escala de Wender-

UTHA y la versión autoaplicada de la «FASCT» fue de 0,71 y para la versión del observador fue de 0,66. El grado de acuerdo entre la calificación dicotomizada de la «FASCT» con el diagnóstico de la entrevista estructurada fue de 0,82 para la versión autoaplicada y de 0,88 para la versión del observador. Asimismo se obtuvieron los siguientes índices para la versión autoaplicada: sensibilidad, 80,36; especificidad, 97,9. Los valores para la versión del observador fueron: 95,4 y 96,3, respectivamente. Los pacientes que obtengan más de los 23 puntos en las dos versiones, de esta escala serán candidatos para la aplicación de La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS) versión en español.

Procedimiento

Durante los meses de Octubre y Noviembre del 2010, en el área de consulta externa del Hospital, antes de que iniciaran las actividades de consulta externa, se revisaron las listas de pacientes citados de los 4 consultorios y se solicitó al médico adscrito o a la asistente de cada consultorio, los expedientes de dichos pacientes, para revisar el diagnóstico y así seleccionar a los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión para el presente estudio. Una vez obtenida esta información, el médico residente de cuarto año o el médico adscrito, informó a los pacientes seleccionados y a sus familiares acompañantes sobre el objetivo del protocolo, y se les invitó a participar en él. A los pacientes que aceptaron ingresar al estudio se les pidió que firmaran la carta de consentimiento informado.

1era Fase. Se le entregó al paciente la escala de tamizaje ASRS v1.1., así como un lápiz dándole instrucciones de cómo contestarla, (el tiempo en contestarla varía de 2 a 5 minutos), al finalizar, se realizó el conteo por los autores del protocolo. Si reunían la puntuación requerida para un probable caso de TDAH en el adulto, en esta escala, el paciente, se pasó a la siguiente fase. De no reunir el puntaje para probable caso de TDAH, no pasó a la siguiente fase, se le dió su puntuación, y se le agradeció el haber participado en el estudio.

2da. Fase. Se aplicó la escala FASCT versión autoaplicable a el paciente; y al familiar acompañante se le aplicó la escala FASCT versión para el observador. Al finalizar, se realizó el conteo y la revisión de las escalas por parte de los autores del protocolo. Los pacientes que reunieron la puntuación en las dos escalas para pensar en un probable caso de TDAH en el adulto, pasaron a la tercera fase, a los que no tuvieron la puntuación requerida, se le agradeció haber participado en el estudio.

3ra Fase. En ese mismo momento, al paciente que reunió la puntuación de probable diagnóstico de TDAH, se le aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI PLUS) anexo W (para diagnóstico de TDAH en el adulto). Se realizó la revisión y el conteo enseguida de concluir la escala. A los pacientes que reunieron el puntaje para diagnóstico de TDAH en el adulto, se les aplicó la escala sociodemográfica para pacientes con TDAH, se les informó sobre el diagnóstico al paciente, sus familiares y a su médico tratante, para que le otorgara al paciente una cita nueva para seguimiento y control.

Prueba piloto.

Con el objeto de validar el instrumento de medición y contenido de variables del formato de encuesta y uniformar criterios en para el diagnóstico certero de TDAH en el adulto , se seleccionaron pacientes que no estuvieron contemplados dentro de la población de estudio, dichos pacientes acudían a apoyo psicoterapéutico a un programa llamado Clínica del afecto en el Hospital Morelos del IMSS, son pacientes con trastornos psiquiátricos afectivos que requieren además del manejo farmacológico , psicoterapia breve.

Para obtención de la información se aplicaron las escalas de tamizaje ASRS Y FASCT, a 10 de los pacientes que acudían a este programa, resultando 4 pacientes con probable TDAH. Posteriormente a estos 4 pacientes se les aplicó el instrumento de recolección de datos (que se anexa posteriormente) basado en la escala diagnóstica MINI PLUS de psiquiatría en su apartado para TDAH en el adulto, encontrando a un paciente con el diagnóstico, posteriormente a este paciente se canalizó a su psiquiatra correspondiente para iniciar manejo para este padecimiento.

Análisis estadístico

La manera en que se analizaron nuestros datos obtenidos fue por una Estadística Descriptiva o Deductiva.

El total de la población de estudio se clasificó por edades, empleando intervalos de frecuencia mediante la regla de Sturges:

$$k = 1 + 3.322 (\log_{10} n)$$

Obteniéndose 8 intervalos de frecuencia de edad y cada intervalo con un amplitud de 5 años.

1. Se realizó el análisis descriptivo para la edad , el sexo y la sintomatología predominante (hiperactividad, inatención, Impulsividad). Por medio de :

Estadística univariada

➤ Variables cualitativas:

- A) Porcentajes
- B) Valor mínimo
- C) Valor máximo
- D) D) Media

2.- Para conocer la comorbilidad predominante de los pacientes que resultaron con diagnóstico de TDAH, se utilizaron porcentajes y estos graficaron y discutieron.

Así mismo dicho estudio se complementó con las variables que se encuentran en la escala sociodemográfica para pacientes adultos con TDAH, analizando cada variable también sacando porcentajes, valor mínimo y valor máximo, y por grupo de edad, así como la media.

ASPECTOS ÉTICOS

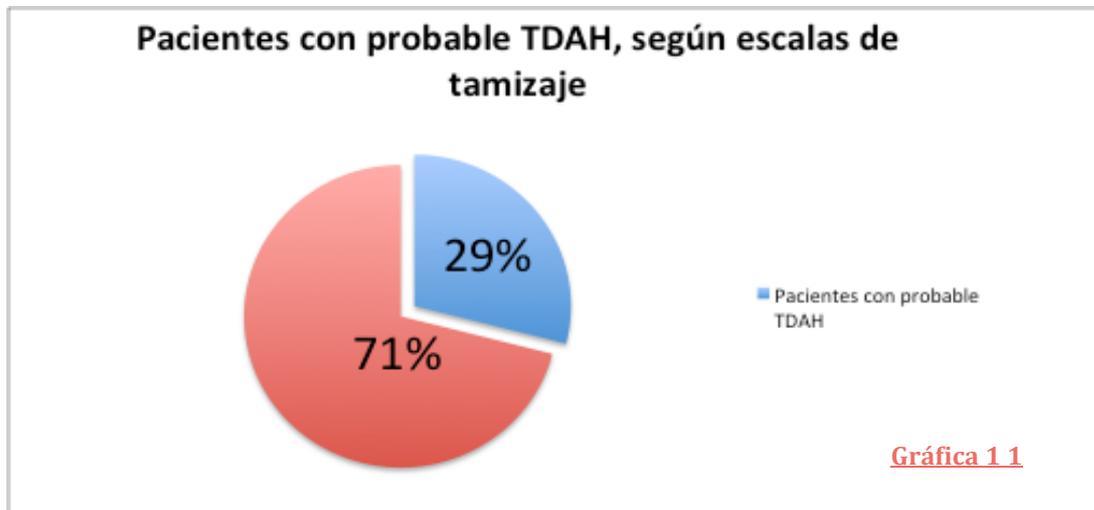
El presente proyecto de investigación se apegó a la declaración de Helsinki de 1964, y a sus modificaciones hasta el 2008 para la investigación en seres humanos. Así mismo este proyecto cumplió con los estatutos de la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (Título Quinto, Artículo 100 en sus siete fracciones y Artículo 101) ni de las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se solicitó consentimiento informado por parte del paciente y por parte del familiar.

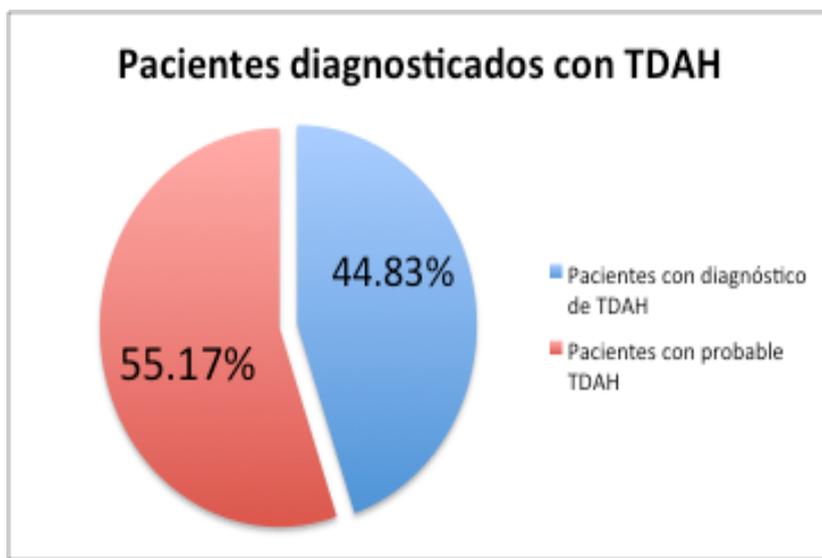
(se anexa dicho consentimiento informado que se otorgó al paciente).

Resultados

En total se aplicaron las escalas FASCT Y ASRS a 200 pacientes que acudieron a la consulta externa de Psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS, en los meses de Octubre y Noviembre del 2010, de los cuales , 58 pacientes (29%) resultaron como probables casos de TDAH, según las escalas FASCT Y ASRS. (Gráfica 1.1)

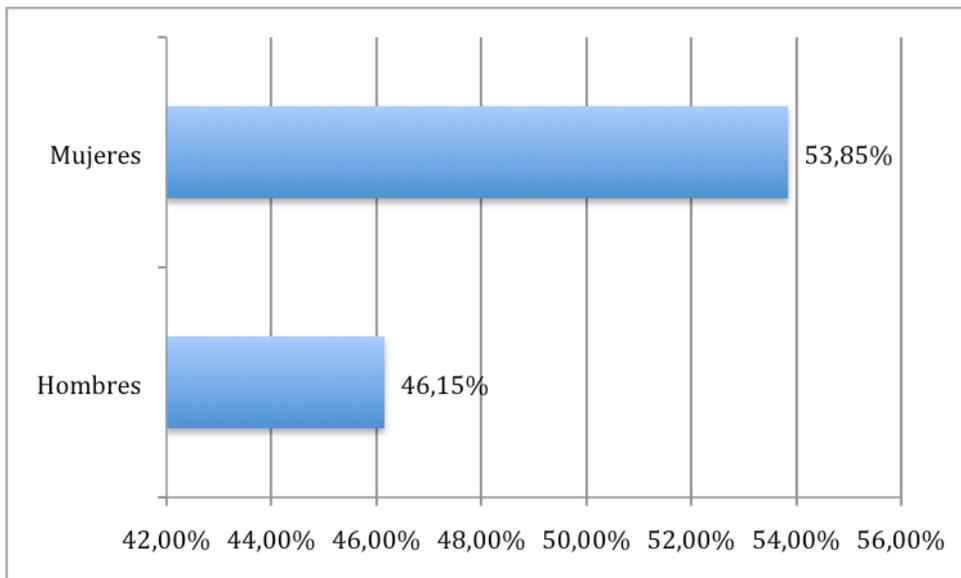


A dichos 58 pacientes, se les aplicó el instrumento de medición basado en la escala MINI PLUS, apartado para diagnóstico de TDAH en adultos, resultando un 44.83% de los pacientes con diagnóstico confirmado. [\(Gráfica 1.2\)](#)



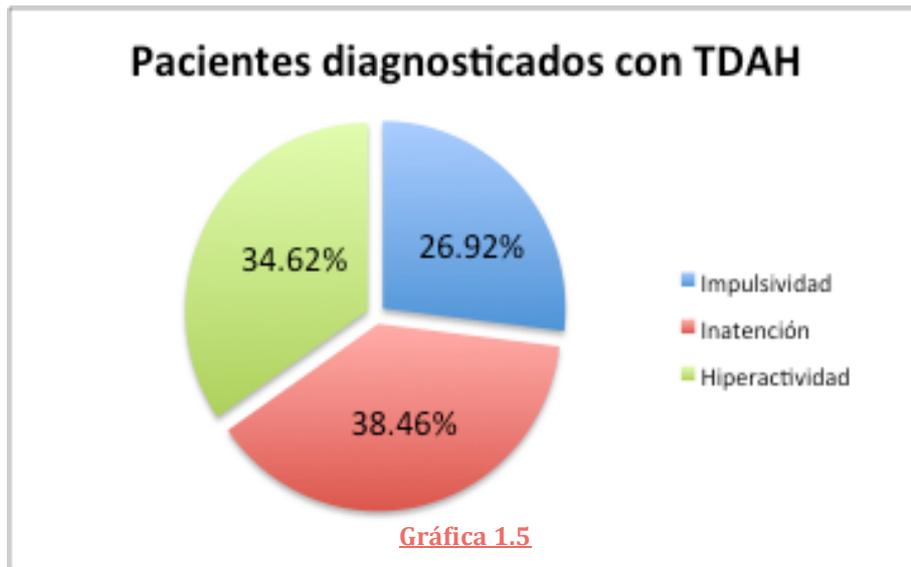
[Gráfica 1.2](#)

En cuanto al sexo de los pacientes diagnosticados con TDAH, el 53.85% fueron mujeres y el 46.15% hombres. [\(Gráfica 1.3\)](#)

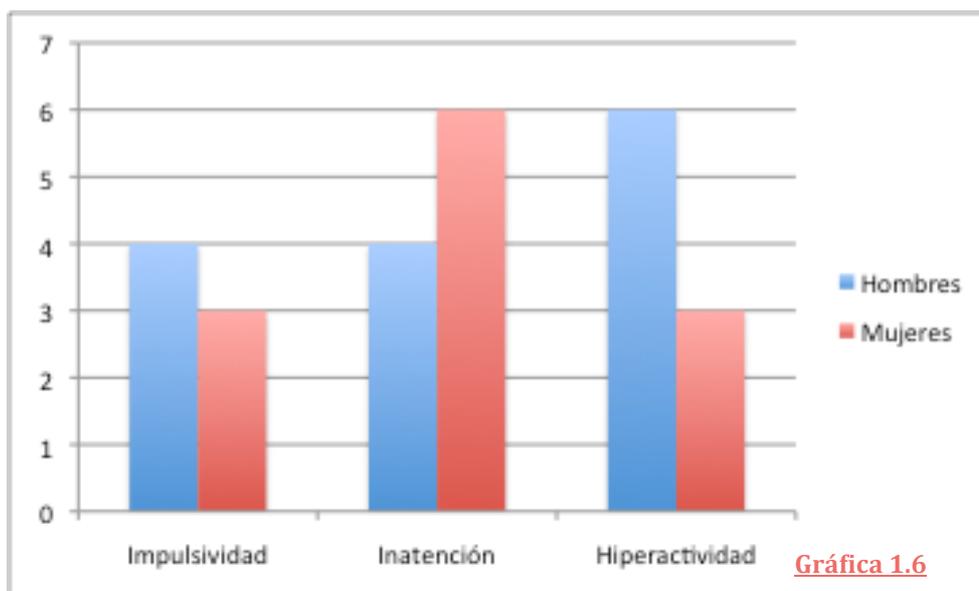


[Gráfica 1.3](#)

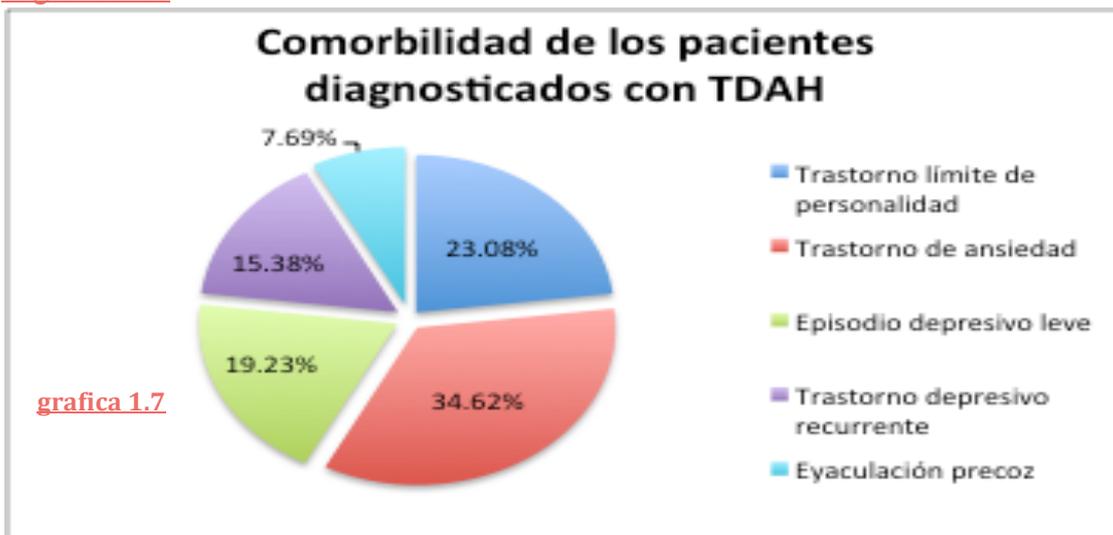
De los pacientes diagnosticados con TDAH, se encontró que en el 38.46% de los pacientes predominaron los síntomas de inatención, en el 34.63% los síntomas de Hiperactividad y en el 26.92% predominó la impulsividad. Encontrando una mayor proporción en los síntomas de inatención, como se observa en la gráfica 1.4.



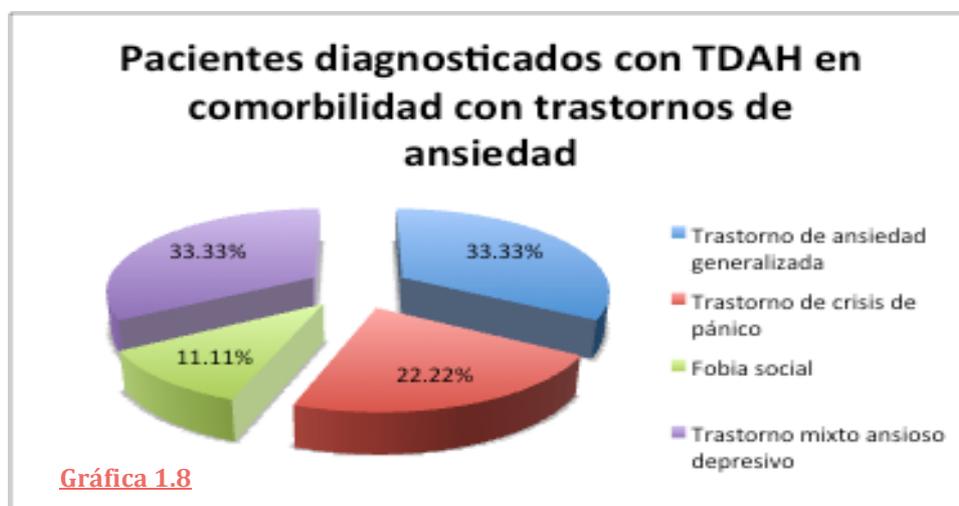
Encontrando en los hombres un porcentaje mayor de hiperactividad e impulsividad y en las mujeres predomina la inatención. En la gráfica 1.6. se muestra los síntomas predominantes de acuerdo al sexo en los pacientes diagnosticados con TDAH.



Los principales diagnósticos por los que acudían los adultos de la población estudiada que resultaron con diagnóstico de TDAH se muestra en la siguiente gráfica. Llama la atención que la mayoría de estos pacientes presentó trastorno de ansiedad y un gran porcentaje, fue diagnosticado con Trastorno límite de personalidad, [como se muestra en la gráfica 1.7](#)

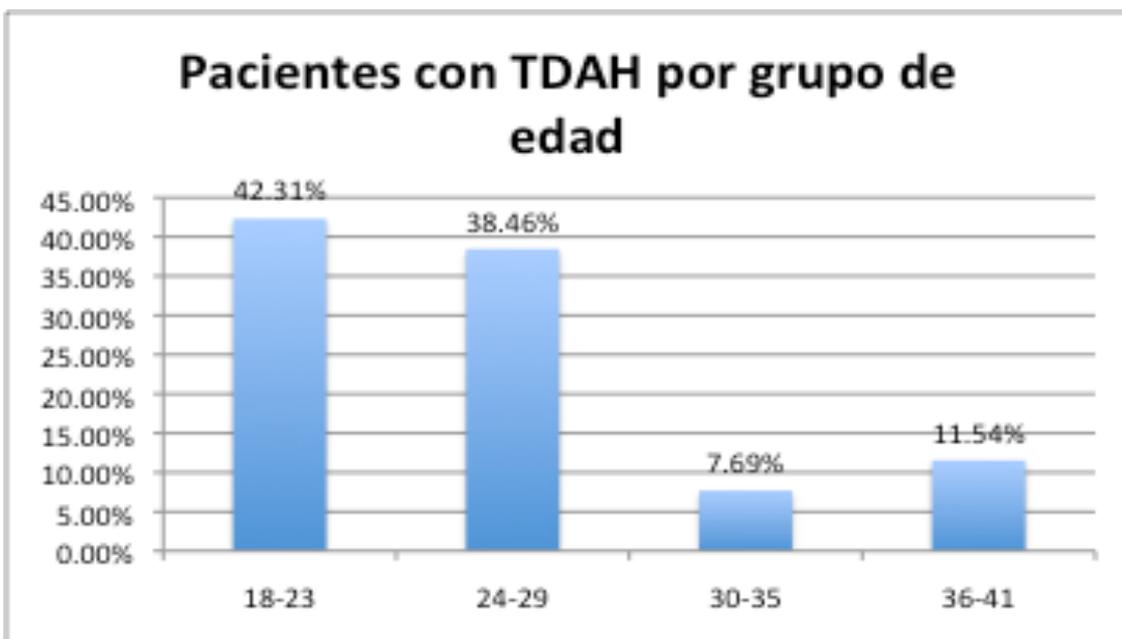


En cuanto los trastornos de ansiedad por los que se atendían los pacientes diagnosticados con TDAH fueron principalmente: Trastornos de ansiedad generalizada en un 33.33% y trastorno mixto ansioso depresivo en un 33.33 % también, seguidos de trastorno de crisis de pánico en un 22.22% y fobia social en un 11.11 % [como se observa en la gráfica 1.8.](#)



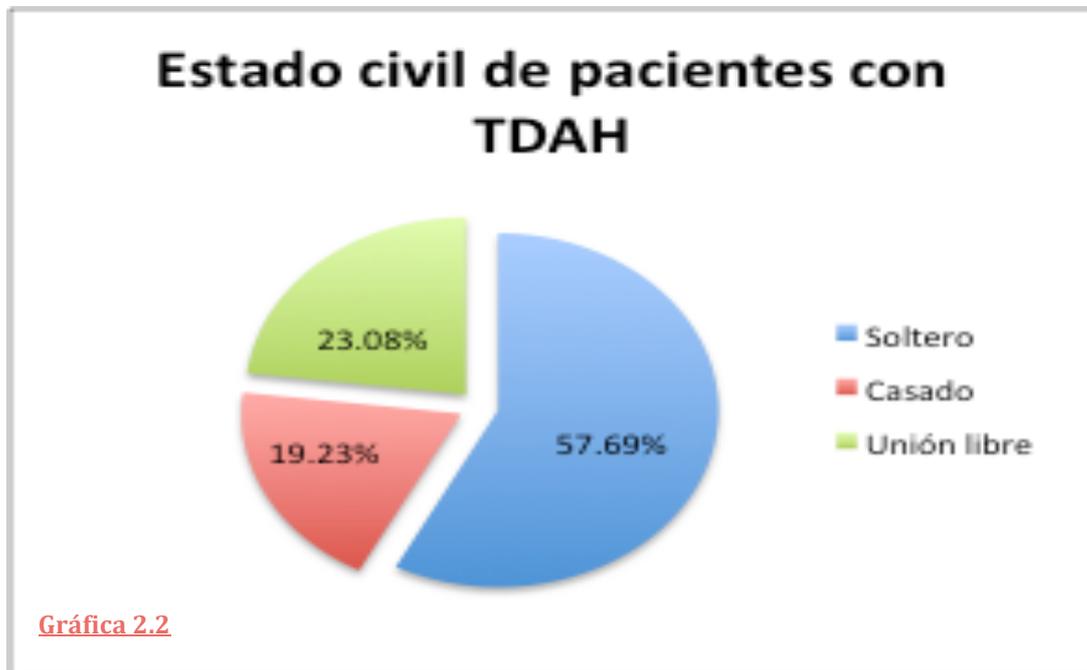
Datos sociodemográficos **de los** pacientes adultos diagnosticados con TDAH , que acudieron a la consulta externa de el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS.

Para conocer la frecuencia en la edad de los pacientes diagnosticados se hicieron grupos por intervalos de 5 años , a partir de los 18 años, hasta los 60 años, encontrando un porcentaje de 42.31% en el grupo de 18 a 23 años siendo el más alto, seguido de el grupo de 24 a 29 años con un porcentaje de 38.46%, el grupo de edad de 30 a 35 años con 7.69% y el grupo de 36 a 41 años con el 11.54% , todos estos datos los observamos en la gráfica 2.1



En cuando el estado civil de los pacientes diagnosticados, encontramos que el

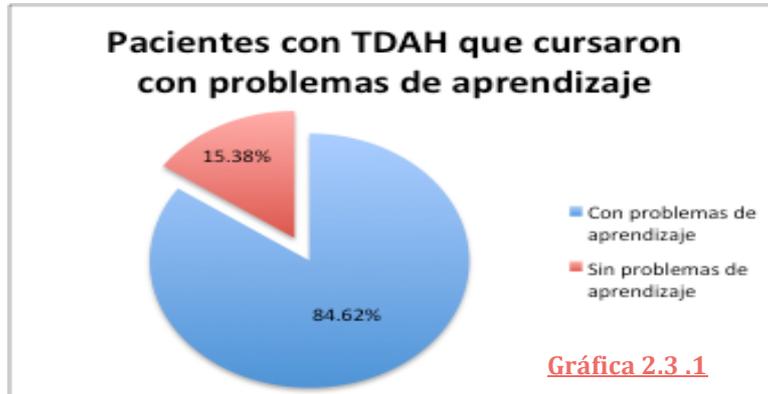
57.69% eran solteros, 23.08% vivían en unión libre y 19.23% casados, [como se observa en la grafica 2.2.](#)



NIVEL ESCOLAR

[Se encontró](#) que 84.62% de los pacientes diagnosticados cursan y/o cursaron con

problemas de aprendizaje. [Gráfica 2.3.1](#)



Así también, se observó que el 57.69 % de los pacientes pudo concluir su educación preparatoria, pero solamente el 7.69% se observó pudo llegar a concluir una licenciatura. [Gráfica 2.3.2](#)



[Gráfica 2.3.2](#)

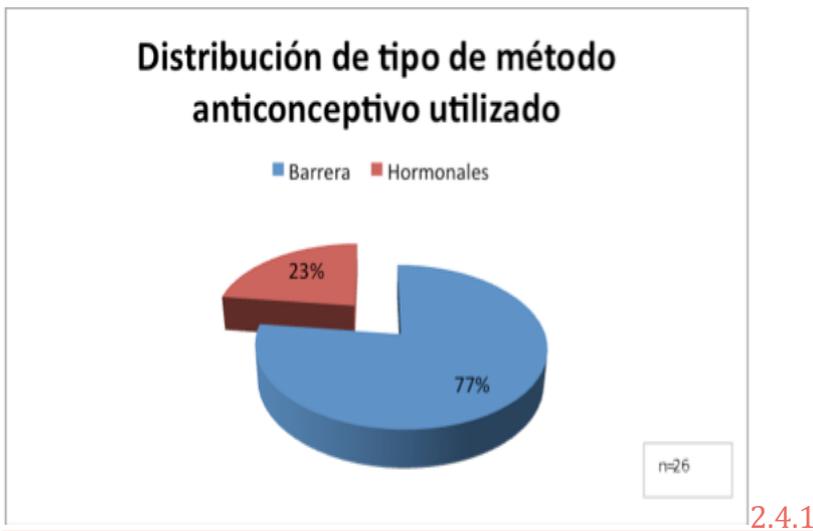
Y actualmente 42.31 % de los pacientes, estudia la preparatoria, el 34.62% la licenciatura y el 23.08 % estudió únicamente la secundaria. [Gráfica 2.3.3](#)



Sexualidad

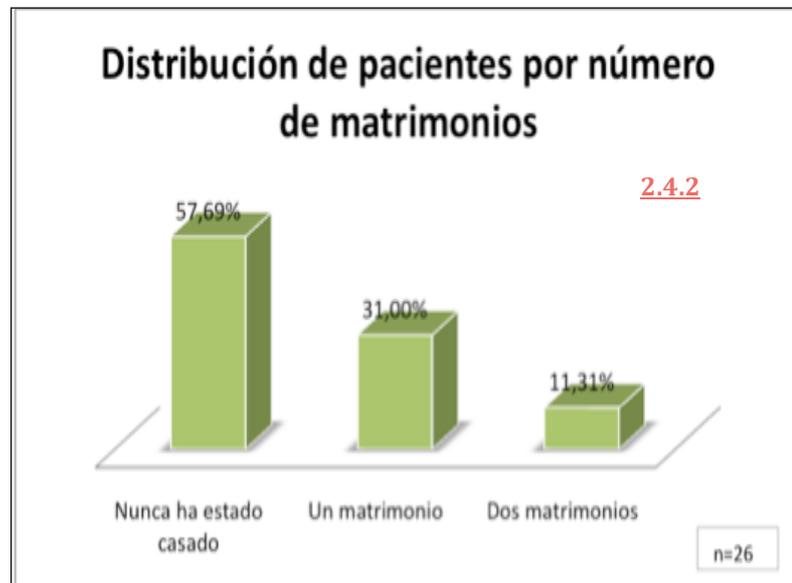
El promedio de inicio de vida sexual activa de los participantes fue de 17.03 ± 1.66 años, con una mínima de 14 y una máxima de 20 años.

El 96% de los participantes utiliza algún tipo de método anticonceptivo, de los cuales casi 77% utiliza de barrera y el resto hormonales. [Gráfica 2.4.1.](#)



El promedio de relaciones sentimentales que han tenido los pacientes fue de 4.6 ± 1.46 , con una mínima de 2 y una máxima de 8 relaciones sentimentales. Con un promedio de 2.1 ± 1.93 años de duración con su última pareja, mínimo de dos meses y medio y una máxima de 8 años.

El 57.69% nunca ha estado casado, casi 31% ha tenido solo un matrimonio, y el resto dos matrimonios. [Gráfica 2.4.2](#)



Uso y abuso de alcohol y otras sustancias

En cuanto al uso de alcohol y otras drogas, 15.4% consume bebidas alcohólicas menos de una vez al mes, 61.5% cada mes y 23% semanalmente [\(Gráfica 2.5.1\)](#); consumiendo 6 o más bebidas en una ocasión menos de una vez al mes 57.7%, 3.9%_cada mes y nunca 38.5% [\(Gráfica 2.5.2\)](#).



[2.5.1](#)



[2.5.2](#)

De los anteriores, 57.7% refiere ha dejado sus compromisos de trabajo por beber en el último año menos de una vez al mes, 38.5% nunca, y menos de 4% mensualmente (Gráfica 2.5.3).

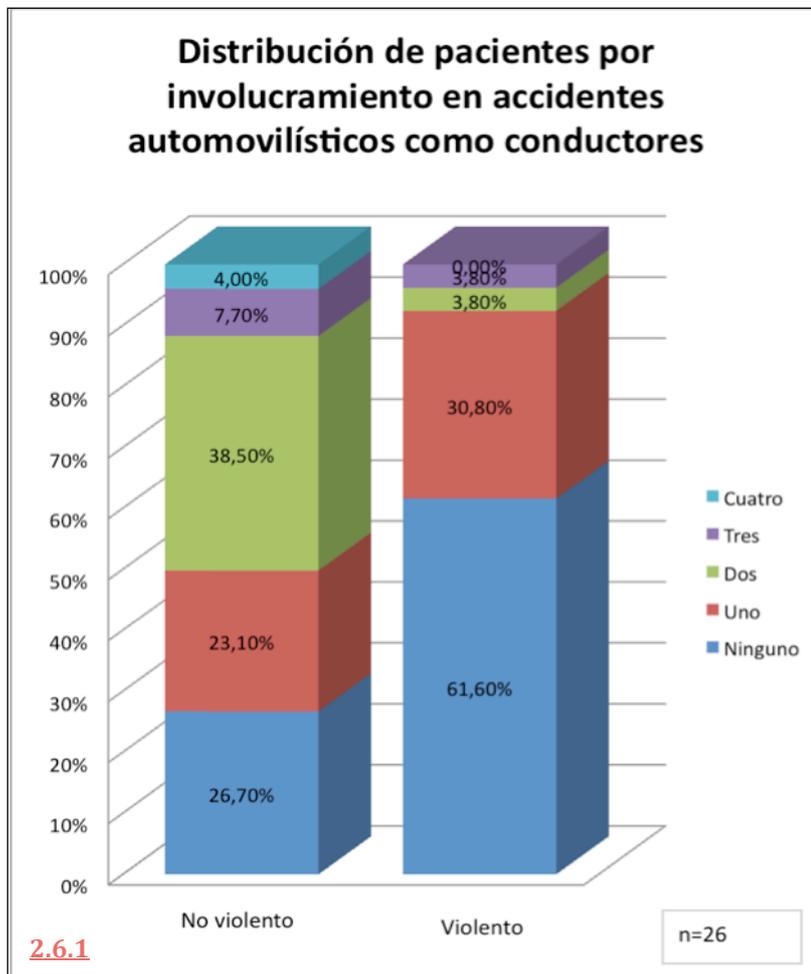


2.5.3

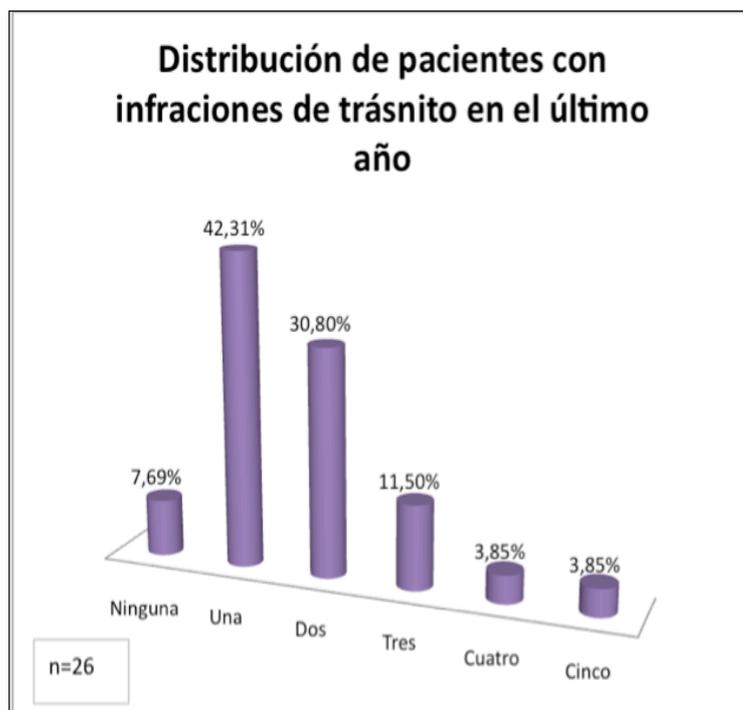
El 42.31% consumió alguna vez algún tipo de droga, de los cuales el 34.62% refirió consumió marihuana y menos del 8% cocaína crack. El 15.38% refirió haber consumido algún tipo de droga en el último mes. El promedio de cafeína consumida al día es de 2.8 ± 1.22 tazas de bebidas con cafeína, con un mínimo de consumo de una taza al día y un máximo de 7 tazas. El 88.46% refiere fumar, de los cuales, el promedio de cigarros fumados durante el día es de 3.3 ± 2.4 , con un mínimo de uno y un máximo de nueve cigarros fumados durante un día.

Conducción de vehículos

El 65.38% de los pacientes refirió tener licencia vigente para conducir. En el último año, el 23.1% estuvo involucrado en un accidente automovilístico no violento como conductor, el 38.5% en dos, el 7.7% tres, menos del 4% en cuatro accidentes y el resto no ha estado involucrado. El 30.8% estuvo involucrado en el último año en un accidente automovilístico violento como conductor, el 3.8% en 2 al igual que los que estuvieron en tres y menos del 62% no ha estado involucrado. [Gráfica 2.6.1.](#)



El 7.69% niega haber tenido infracciones en el último año, 42.31% a tenido una infracción de tránsito, 30.8% dos, 11.5% tres y un poco más de 7% entre 4 y 5 infracciones de tránsito en el último año siendo el promedio de infracciones de tránsito en el último año de 1.7 ± 1.1 infracciones. El 34.62% ha sido multado por exceso de velocidad en el último año. El 7.6% de los pacientes ha tenido algún problema con la policía por transgresión de las normas o leyes en el último año. [Gráfica 2.6.2.](#)

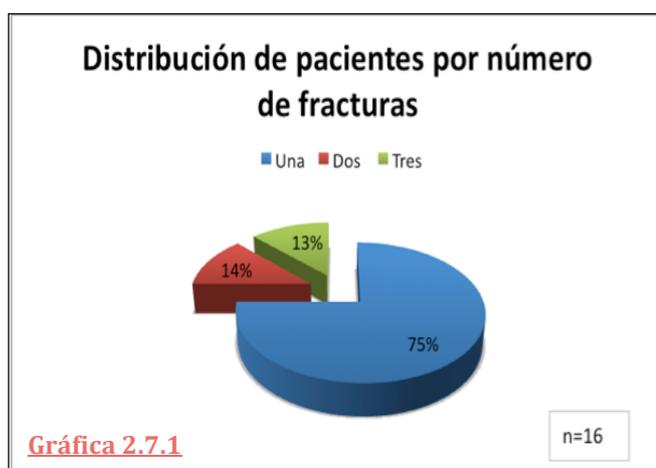


[Gráfica 2.6.2](#)

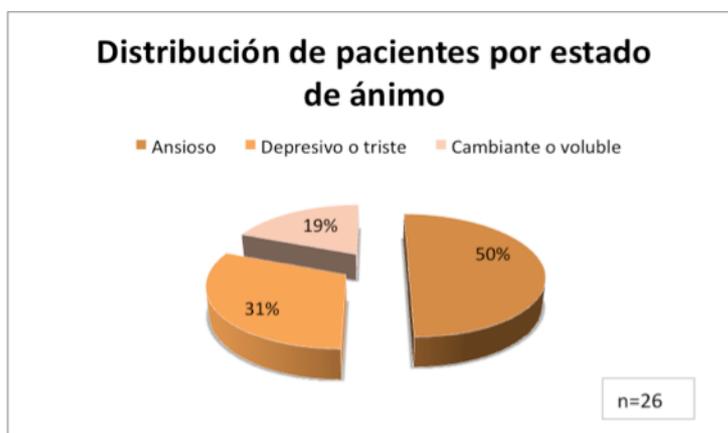
El total de paciente refirió que acudiría a tratamiento si fuera diagnosticado con algún trastorno que explicara sus problemas académicos o conductuales, y éstos mismos pacientes han acudido alguna vez ha consulta con psiquiatras. El promedio de edad de la primera consulta de fue a los 23.3 ± 6.4 años, con un mínimo de edad a los 11 años y máximo a los 35 años. Solo el 7.6% ha recibido metilfenidato o atomoxetina en algún momento de su vida para tratar problemas de desempeño académico y/ o de conducta.

Problemas de salud

El 61.5% refiere haber tenido al menos una fractura en su vida, de los cuales el 75% ha sido una, y el resto repartido por igual entre 2 y 3 fracturas, de estos pacientes, la edad promedio a la cuál ocurrió la primera fractura fue a los 8.56 ± 3.09 años, con un mínimo de 5 y un máximo de 15 años y a los 10 ± 3.16 años la edad promedio de la última fractura, con un mínimo de 6 años y un máximo de 15 años. [Gráfica 2.7.1.](#)



La mitad de los pacientes describen como ansioso o nervioso su estado de ánimo la mayor parte del tiempo, casi el 31% depresivo o triste y menos de 20% cambiante o voluble. El 11.5% refiere ha presentado alguna vez algún tipo de tics o movimientos anormales. [Gráfica 2.7.2.](#)



[Gráfica 2.7.2](#)

Administración del dinero

El cien por ciento de los pacientes refiere ha tenido dificultades para pagar sus deudas a tiempo en el último año y 61.5% ha sobregirado sus tarjetas de crédito.

Organización de la vida cotidiana

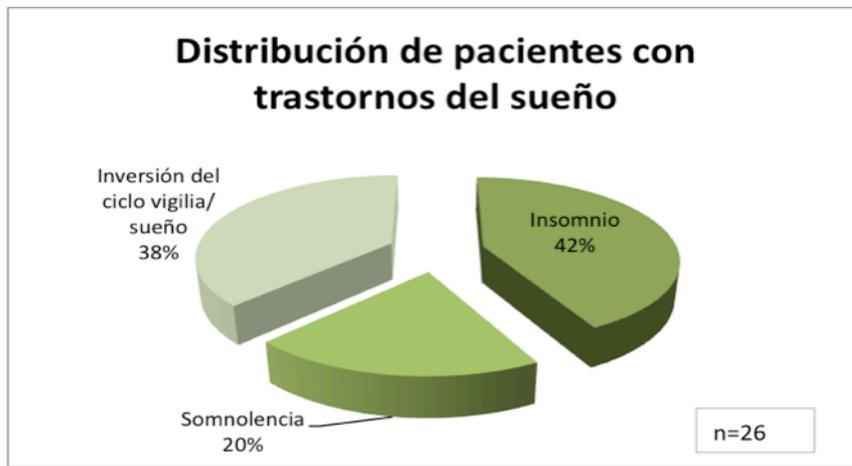
El 50% de los pacientes refiere ha tenido problemas para organizar sus compras domésticas y 46% hizo compras de manera impulsiva.

Administración del tiempo

Al total de pacientes con TDAH les es difícil entregar o cumplir con trabajos en las fechas programadas, más de 65% llega impuntual a citas y actividades de la vida cotidiana, casi 54% tiene dificultades para percibir el tiempo, es decir siente que ha pasado mucho tiempo cuando apenas ha transcurrido una hora o viceversa y más del 69% deja cosas para el último momento.

Un poco más de 46% de los pacientes percibe que requieren demasiado esfuerzo para hacer las cosas.

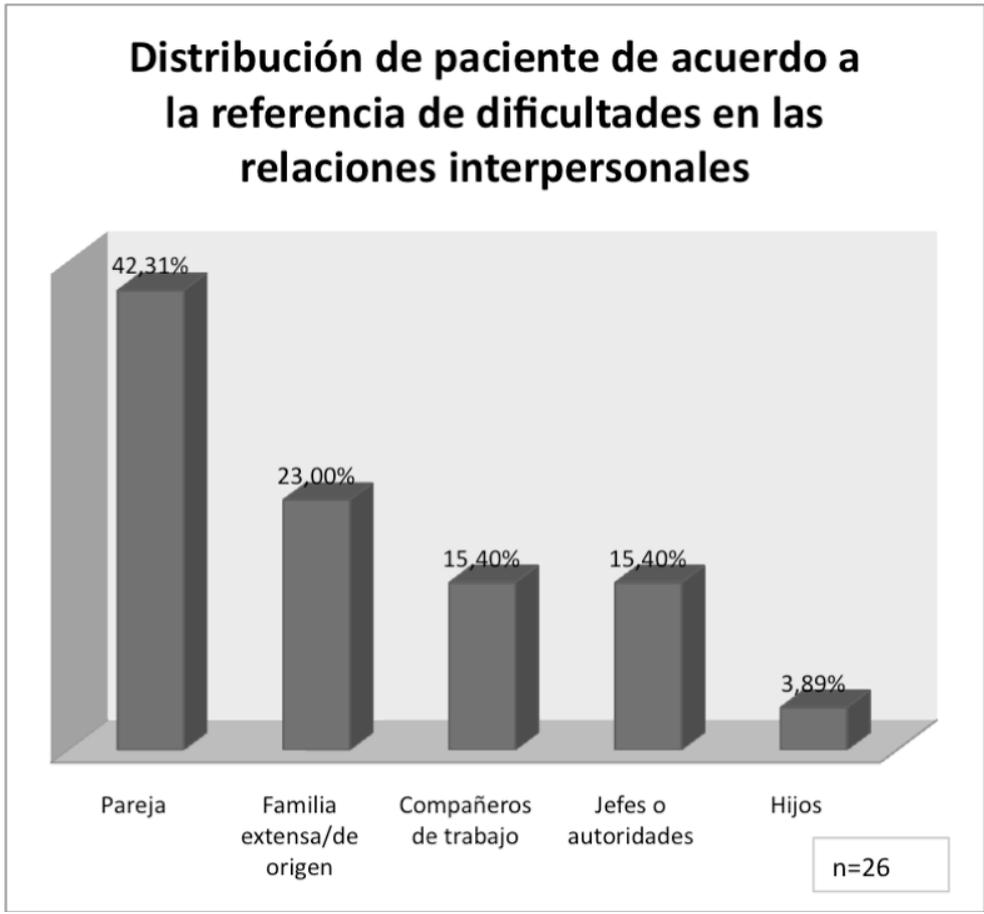
Más de 65% de los encuestados refiere haber presentado insomnio o despertares durante la noche, casi 31% presenta somnolencia, y el 57.7% inversión del ciclo circadiano. [Gráfica 2.8.1.](#)



[Gráfica 2.8.1](#)

Relaciones interpersonales

En cuanto a las relaciones interpersonales, el 88.5% discute por lo menos una vez a la semana, sin embargo, todos los pacientes pierden el control cuando discuten. La mitad de los pacientes consideran que resuelven los problemas en la mayor parte de las discusiones. Más de 65% refiere ha tenido en el último año conductas violentas o de agresión con la pareja o el resto o el resto de la familia, refieren sentir más dificultades con su pareja en 42.31% seguido de 23% con la familia extensa/origen, 15.4% con compañeros de trabajo y jefes o autoridades cada uno y le resto con los hijos. El 19.23% ha recibido algún tratamiento psicológico y todos han recibido algún tratamiento psicopedagógico, ambos por problemas de rendimiento o de conducta. [Gráfica 2.8.2](#)



Gráfica 2.8.2

Esfuerzo, dificultad en el control emocional y autoestima

La totalidad de pacientes refieren tener dificultades con la frustración y se sienten incapaces en comparación con los demás, casi 58% tiene reacciones desmedidas ante situaciones difíciles o estresantes, 81% es impaciente, la mitad no valora su esfuerzo y casi 58% se autoevalúa negativamente.

Estrategias compensatorias

El 100% de los encuestados utiliza agenda, celular y alarmas para el manejo del tiempo, un poco menos del 58% busca asesoría y delega actividades que le son difíciles, al mismo porcentaje le es difícil planear el futuro, sólo 42.3% ha sentido que puede administrar su vida exitosamente, casi 31% se ha sentido productivo lo esperaba.

Planes de vida

Sólo 31% de los pacientes encuestados saben que es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Discusión y conclusiones

La frecuencia de TDAH en los adultos que acudieron a la consulta externa en el Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS, en el periodo del 16 de Octubre al 16 de Noviembre del 2010, fue de 13%, se encontró una mayor prevalencia que en la población abierta mundial, según la OMS (3.4 %). Cabe mencionar que los pacientes estudiados, eran atendidos por algún trastorno psiquiátrico no psicótico, ni con algún trastorno que cursara con deterioro cognitivo, como se mencionó en los criterios de selección. El grupo de edad en donde se tuvo el mayor porcentaje de casos de TDAH, fue el grupo de 18 a 23 años. (42.31%). En cuanto al sexo encontramos que de estos pacientes el 53.85% fueron mujeres y el 46.15% hombres. Cabe mencionar que el número de mujeres a quienes se les aplicaron las escalas de tamizaje para probable TDAH, era mayor que el número de hombres estudiados.

La comorbilidad encontrada más frecuentemente en estos pacientes, fueron los trastornos de ansiedad, siendo estos resultados compatibles con otros en estudios anteriores. Llama la atención que se encontró en 22.3% comorbilidad con trastorno límite de la personalidad, lo que pudiera ser un dato importante para la realización de estudios posteriores con estos pacientes.

Se encontró que la mayor parte de los pacientes, habían tenido problemas en el aprendizaje, así como bachillerato y licenciatura inconclusos. Inicio de vida sexual activa a edad temprana (promedio 17 años), consumo de sustancias de manera frecuente, problema en la conducción de vehículos, problemas de salud, dificultad para tener relaciones de pareja estables, problemas laborales etc. Estos resultados encontrados, coinciden con la mayoría los resultados de otros estudios ya realizados al respecto.

Esta problemática tiene repercusiones que van desde la dificultad en las relaciones interpersonales, el mal desempeño laboral, condicionando problemas económicos importantes para el individuo y para la empresa en la que labora, hasta llegar a aumentar el riesgo para accidentes viales o en el hogar, y en muchos casos, desencadenar un trastorno psiquiátrico, o agravarlo.

A los pacientes diagnosticados en el presente estudio, no se les había dado un diagnóstico certero de TDAH, y se les trataba la comorbilidad únicamente. Por lo que

con el presente estudio se puede crear conciencia a los médicos psiquiatras tratantes, para que den la importancia requerida a este padecimiento y hacer un buen diagnóstico para un tratamiento óptimo, así también se generará una metodología base, para futuras investigaciones de este padecimiento.

Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes que acude a la consulta externa, manifiesta solo los síntomas que integrarían quizás un diagnóstico psiquiátrico, sin embargo no se busca la génesis del padecimiento, que en varios casos, pudiera tratarse de un TDAH encubierto o en comorbilidad con un trastorno de ansiedad, o un trastorno de personalidad, como los encontramos en el presente estudio, por lo que es difícil llegar a buscar de manera intencionada el origen de esa sintomatología. En este estudio se observaron varios factores que intervienen en la búsqueda más intencionada de un diagnóstico definitivo de TDAH, factores como: corto periodo de tiempo que se da en las instituciones para la consulta, falta de experiencia del médico tratante, desconocimiento de los instrumentos con los que se cuenta para llegar a un diagnóstico más preciso (escalas validadas y confiables).

BIBLIOGRAFIA

1. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention deficit hiperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 279-289.
2. Wood D, Reimhen F, Wender P, Johnson G. Diagnosis and Treatment of Minimal Brain Dysfunction in Adults. *Arch Gen Psychiatry* 1976. 33: 1453-1460.
3. Doyle R. The history of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin N Am* 2004. 27:203-214.
4. Wender PH. Attention-deficit Hyperactivity disorder in adults. *Psychiatric Clinics of North America* - Volume 21, Issue 4 (December 1998)
5. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155: 493-498.
6. -Rasmussen P, Gillber C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years. A controlled, longitudinal, community-based study. *American Academy Psychiatry Law*. 2001;29:186-193.
7. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention /deficit / hyperactivity disorder into Young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Abnormal Psychology* 2002; 11:279-289.
8. Biederman J, Monuteaux M, Mick E, Spencer T, Wilens T, Silva J, Snyder L. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine* (2006), 36:2:167-179. Cambridge University Press

9. Biederman J, Faraone S. The Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Employment and Household Income. *MedGenMed*. 2006; 8(3): 12.
- 10. Antshel K, Faraone S, Maglione K, Doyle A, Fried R, Seidman L, Biederman J. Executive functioning in high-IQ adults with ADHD. *Psychological Medicine* (2006), 36:2:167-179. Cambridge University Press
11. Fischer M, Barkey R, Smallish L, Fletcher K. Hyperactive children as young adults: Driving abilities, safe driving behavior, and adverse driving outcomes. *Accident Analysis and Prevention* 2007;39: 94-105 .
12. Almeida L G, Hernández A O, Ricardo J. ADHD Prevalence in Adult Outpatients With Nonpsychotic Psychiatric Illnesses. *J. de Att. Dis*. 2007; 11 (2): 150-156.
13. Ohlmeier M, Peters K, Te Wildt B, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich H. Comorbilidad de la Dependencia a Alcohol y Drogas y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *RET: Revista de Toxicomanías* 2009; 58:12-18
14. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa B, Biederman J, Rohde L. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry* .June 2007, 164:6 .
15. Fayyad J et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Brit J Psychiatry* 2007;190:402-409.
16. López Ibor A, Valdes M, Manual diagnósotico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV TR. Ed. Masson 2005.
17. Weiss, Hechtman & Weiss. ADHD in adulthood: a guide to current theory, diagnosis, and treatment .1ra. edición. Ed. The Johns Hopkins University press. 1999. Pag. 7-20.

18. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. El TDAH en adultos. Lo que nos dice la ciencia. J&C Ediciones Médicas. Primera edición traducida en español; 2008; tomo I.

19. Miranda A, Jarque S, Soriano M. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención REV NEUROL 1999; 28 (Supl 2): S182-S188

20. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biol Psychiatry 2005; 57:1215-20.

21. Bush G, Frazier JA, Rauch SL. Anterior Cingulate Cortex Dysfunction in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Revealed by fMRI and the Counting Stroop. Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health 2000: 337

22. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, et al. Volumetric MRI analysis comparing attention-deficit hyperactivity disorder and normal controls. Neurology 1997; 48: 589-601.

23. Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention deficit/hyperactivity disorder. Clin Pediatr 1997; 36: 381-93.

24. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biedermann J et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2006;163:716–723

25. Kessler R, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S et al. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population Psychological Medicine 2005;35:245-256.

26. Ortiz S, Jaimes A, Tafoya A. Cuestionario de tamizaje para TDAH en estudiantes Universitarios Rev Fac Medicina, 2009 (en prensa).

27. Ramos-Quiroga J A, Daigre C, Valero S, Bosch R, Gómez Barros N, Nogueira M. Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v. 1.1): una nueva estrategia de puntuación. REV NEUROL 2009; 48 (9): 449-452 449
28. Almeida Montes L, Friederichsen Alonso A, Olivo Hernández A, Rodríguez Carranza R, De la Peña F et al. Construction, validity and reability of the screening scale «FASCT» for attention deficit hyperactivity disorder in adults (self reported and observer versions). Actas Esp Psiquiatr 2006;34:231-238.
29. Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J, Soto O et al. Instituto IAP. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Madrid: Edit. Masson; 1998.
30. Ortiz S, Lichinsky A, Rivera L, Senties H, Grevet E, Jaimes A. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adultos Latinoamericanos con TDAH Salud Mental 2009;32:S45-S53
31. Halmoy A, Fasmer OB, Gillberg C, Haavik J. Occupational outcome in adult ADHD: Impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: A cross-sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. J Atten Disord . 2002;36:610-616.
32. Willens TE, Upadhyaya HP. Impact of substance use disorder on ADHD and its treatment. J Clin Psychiatry 2007;68:e20.30
33. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winnett CL, Wilnes TE et al. Cognitive behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behavior Research Therapy 2005;43:831-842

34. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. Treatment of adult ADHD: Is current knowledge useful to clinicians? *Neuropsychiatric Disease Treatment* 2008;4;177–186.
35. Morbilidad consulta externa de Hospital Psiquiátrico Morelos del IMSS del año 2008.
36. Moeller F, Psychiatric aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry*. 2001; 158. 1783-1793.
- 37.- <http://www.cmaestranza.com/diccionario-medico/57-h.html?showall=1>

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS QUE SE ATIENDEN EN LA CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRIA DE EL HOSPITAL REGIONAL PSIQUIATRICO “MORELOS” DEL IMSS.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: I. Conocer la prevalencia de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos con padecimientos psiquiátricos que son atendidos en la consulta externa en el Hospital Regional de Psiquiatría “Unidad Morelos” del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Contestar la información requerida en los cuestionarios que me indiquen los médicos a cargo de esta investigación.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

En caso de de que resulte necesario se canalizara para el tratamiento oportuno y adecuado dentro de la unidad.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Se puede comunicar en caso de dudas y/o preguntas relacionadas con el estudio. Dirección del investigador:

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

**ESCALA DE TAMIZAJE “F.A.S.C.T.” PARA TDAH EN ADULTOS
VERSION AUTOREPORTE**

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de preguntas. Seleccione la opción que, en su opinión, describa su comportamiento a lo largo de su vida. Dibuje un círculo alrededor del número que corresponda a la opción seleccionada. No existen respuestas buenas o malas; procure no dejar ninguna pregunta sin contestar. La información es estrictamente confidencial.

	Nunca	Rara Vez	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1. ¿Preferiría emplearse en un trabajo que requiera mucho movimiento, en lugar de hacerlo en uno en el que deba permanecer quieto?	0	1	2	3	4
2. ¿Necesita realizar muchas actividades, para poder permanecer quieto posteriormente?	0	1	2	3	4
3. ¿Le es difícil organizar su tiempo, y esto le provoca problemas en su trabajo, casa, familia o escuela?	0	1	2	3	4
4. ¿Tiene dificultades para terminar a tiempo sus trabajos o actividades?	0	1	2	3	4
5. ¿Se ha dado cuenta, o le han dicho, que tiene problemas para llevar una vida organizada?	0	1	2	3	4
6. ¿Durante el día, cambia constantemente de actividades y deja muchas de ellas sin terminar?	0	1	2	3	4
7. ¿Pierde objetos con frecuencia?	0	1	2	3	4
8. ¿Le resulta difícil mantener en orden su lugar de trabajo o su habitación?	0	1	2	3	4
9. ¿Tiene dificultad para encontrar los objetos cuando los necesita?	0	1	2	3	4
10. ¿Le ocurre que trata de organizar su horario de actividades diarias y no lo puede cumplir?	0	1	2	3	4
11. ¿Tuvo problemas en la escuela? Por ejemplo, expulsiones, años reprobados, promedio bajo o quejas frecuentes por parte de los maestros.	0	1	2	3	4
12. ¿Tuvo cualquiera de estos rasgos en su infancia: distracción, impulsividad, exceso de actividad o falta de organización ?	0	1	2	3	4
TOTAL:					

Instrumento diseñado y construido en el departamento de investigación del C.E.C.O.S.A.M., Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
Lic. Friederichsen A., M. en C. Dr. Almeida L., Cortés J. Todos los derechos reservados ®.

*** ANTES DE ENTREGAR EL CUESTIONARIO, VERIFIQUE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS**

Nombre de quien llena el cuestionario _____

Edad _____ Fecha de hoy ____/____/____ Sexo F M

Grado de instrucción en años _____ Ocupación _____

DIRECCIÓN COMPLETA _____

TELÉFONOS _____

No. De Expediente _____

**ESCALA DE TAMIZAJE “F.A.S.C.T.” PARA TDAH EN ADULTOS
VERSIÓN OBSERVADOR**

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de preguntas. Seleccione la opción que, en su opinión, describa el comportamiento de su familiar, pareja o amigo a lo largo de su vida. Dibuje un círculo alrededor del número que corresponda a la opción seleccionada. No existen respuestas buenas o malas; procure no dejar ninguna pregunta sin contestar. La información es estrictamente confidencial.

	Nunca	Rara Vez	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
1. ¿Considera que él o ella necesita emplearse en un trabajo que requiera mucho movimiento, en lugar de uno en el que deba permanecer quieto?	0	1	2	3	4
2. ¿Cree usted que él o ella necesita hacer muchas actividades, para poder permanecer quieto posteriormente?	0	1	2	3	4
3. ¿Ha notado si a él o a ella le es difícil organizar sus herramientas, instrumentos de trabajo u objetos de casa?	0	1	2	3	4
4. ¿En la opinión de usted, a él o a ella le es difícil organizar su tiempo, y esto le provoca problemas en su trabajo, casa, familia o escuela?	0	1	2	3	4
5. ¿Él o ella tiene dificultades para terminar sus trabajos o actividades a tiempo?	0	1	2	3	4
6. ¿Ha notado que él o ella tiene problemas para llevar una vida organizada?	0	1	2	3	4
7. ¿Ha notado que durante el día, él o ella cambia constantemente de actividades y deja muchas de ellas sin terminar?	0	1	2	3	4
8. ¿Sabe si a él o a ella le resulta difícil mantener en orden su lugar de trabajo o su habitación?	0	1	2	3	4
9. ¿Ha notado que él o ella trata de organizar su horario de actividades diarias y no lo puede cumplir?	0	1	2	3	4
10. ¿El consumo de alcohol le ha provocado a él o ella problemas de salud, laborales, familiares o legales?	0	1	2	3	4
11. ¿Sabe si él o ella se ha visto involucrado en problemas legales?	0	1	2	3	4
12. ¿Ha observado que él o ella se enoja fácilmente?	0	1	2	3	4
13. Cuando las cosas no salen como las ha planeado, ¿él o ella se enoja?	0	1	2	3	4
TOTAL:					

Instrumento diseñado y construido en el departamento de investigación del C.E.C.O.S.A.M., Servicios de Salud del Estado de Querétaro.
Lic. Friederichsen A, M. en C. Dr. Almeida L., Cortés J. Todos los derechos reservados ®.

***ANTES DE ENTREGAR EL CUESTIONARIO, VERIFIQUE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS**

Nombre de quien llena el cuestionario _____

Edad _____ Fecha de hoy ____/____/____ Sexo F M

Grado de instrucción en años _____ Ocupación _____

DIRECCIÓN COMPLETA _____

TELÉFONOS _____

No. De Expediente _____

Tabla I. Cuestionario autoinformado de cribado del adulto (ASRS v. 1.1) de la entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS.

<p>Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.</p>	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
<p>¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?</p>					
<p>¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?</p>					
<p>¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?</p>					
<p>Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?</p>					
<p>¿Con qué frecuencia mueve continuamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?</p>					
<p>¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?</p>					

W3	¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años?	➡ NO	SÍ	19
W4	¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 o más de 2 de las siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?	➡ NO	SÍ	20

¿MARCÓ SÍ EN W4?

NO	SÍ
<i>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</i>	
ACTUAL	

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (Adulto)

➡ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Cuando era niño:

W5 a	¿Era usted activo, inquieto, agitado, siempre tenía ganas de hacer cosas?	NO	SÍ	21
b	¿No prestaba atención y se distraía con facilidad?	NO	SÍ	22
c	¿No era capaz de concentrarse en la escuela o cuando hacía la tarea?	NO	SÍ	23
d	¿No terminaba las cosas, tales como la tarea de la escuela, proyectos, etc.?	NO	SÍ	24
e	¿Tenía mal humor, se irritaba con facilidad o perdía el control?	NO	SÍ	25
f	¿Le tenían que repetir las cosas muchas veces antes de que usted las hiciera?	NO	SÍ	26
g	¿Tenía la tendencia de ser impulsivo sin pararse a pensar en las consecuencias?	NO	SÍ	27
h	¿Le costaba trabajo esperar su turno, con frecuencia necesitaba ser el primero?	NO	SÍ	28
i	¿Se metía en peleas y/o fastidiaba a otros niños?	NO	SÍ	29
j	¿Se quejaba su escuela de su conducta?	NO	SÍ	30

W5 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W5?

		➡ NO	SÍ	
W6	¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años?	➡ NO	SÍ	31

Como adulto:

W7	a	¿Continúa distrayéndose?	NO	SÍ	32
	b	¿Es usted entremetido o se entremete o dice cosas a amigos, en el trabajo o en la casa de las que se arrepiente más tarde?	NO	SÍ	33
	c	¿Es usted impulsivo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño?	NO	SÍ	34
	d	¿Continúa siendo inquieto, agitado, activo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño?	NO	SÍ	35
	e	¿Sigue irritándose y enfadándose más de lo que necesita?	NO	SÍ	36
	f	¿Sigue siendo impulsivo, por ejemplo, tiene la tendencia de gastar más dinero del que tiene?	NO	SÍ	37
	g	¿Tiene dificultad organizándose en el trabajo?	NO	SÍ	38
	h	¿Tiene dificultad organizándose incluso fuera del trabajo?	NO	SÍ	39
	i	¿Su trabajo está por debajo de su capacidad o el trabajo que usted desarrolla está por debajo de lo que usted puede realizar?	NO	SÍ	40
	j	¿Sus logros están por debajo de las expectativas que los demás tiene de usted conforme a su capacidad?	NO	SÍ	41
	k	¿Ha cambiado de empleo o le han pedido que deje el trabajo más frecuentemente que a otros?	NO	SÍ	42
	l	¿Se queja su cónyuge de la falta de atención o interés con él/ella y/o con la familia?	NO	SÍ	43
	m	¿Ha tenido dos o más divorcios o ha cambiado de pareja más que los demás?	NO	SÍ	44
	n	¿Ha sentido a veces como si estuviera en una niebla, como en una televisión con agüiilla o desenfocada?	NO	SÍ	45
		W7 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 9 O MAS RESPUESTAS DE W7?	➡ NO	SÍ	
W8		¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 ó más de 2 de los siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?	➡ NO	SÍ	46

¿MARCÓ SÍ EN W8?

NO	SÍ
<i>Adulto</i>	
<i>Trastorno por Déficit de</i>	
<i>Atención con Hiperactividad</i>	

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS SEGÚN LA ESCALAL
DIAGNOSTICA MINI PLUS

EVALUACION NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL MINI
VERSION EN ESPAÑOL 5.0 (VERSION ORIGINAL)

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
(Adulto)

Nombre:

Sexo:

Edad:

Cuando era niño:

W5 a ¿Era usted activo, inquieto, agitado, siempre tenía ganas de hacer cosas?
(hiperactividad) NO SÍ

b ¿No prestaba atención y se distraía con facilidad? (inatención)
NO SÍ 22

c ¿No era capaz de concentrarse en la escuela o cuando hacía la tarea? (inatención)
NO SÍ 23

d ¿No terminaba las cosas, tales como la tarea de la escuela, proyectos,
etc.?(inatención) NO SÍ 24

e ¿Tenía mal humor, se irritaba con facilidad o perdía el control? (impulsividad)
NO SÍ 25

f ¿Le tenían que repetir las cosas muchas veces antes de que usted las hiciera?
(inatención) NO SÍ 26

g ¿Tenía la tendencia de ser impulsivo sin pararse a pensar en las consecuencias?
(impulsividad) NO SÍ 27

h ¿Le costaba trabajo esperar su turno, con frecuencia necesitaba ser el primero?
(hiperactividad)
NO SÍ 28

i ¿Se metía en peleas y/o fastidiaba a otros niños? (Impulsividad)
NO SÍ 29

j ¿Se quejaba su escuela de su conducta?(hiperactividad)
NO SÍ 30

W5 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W5?
NO SÍ

W6 ¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes de cumplir los 7 años?
NO SI

Como adulto:

W7 a ¿Continúa distrayéndose?(inatención)
NO SÍ 32

b ¿Es usted entrometido o se entremete o dice cosas a amigos, en el trabajo o en la casa de las que se arrepiente más tarde? (impulsividad)
NO SI 33

c ¿Es usted impulsivo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño? (impulsividad)
NO SÍ 34

d ¿Continúa siendo inquieto, agitado, activo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño? (hiperactividad)
NO SI

e ¿Sigue irritándose y enfadándose más de lo que necesita?(impulsividad)
NO SÍ 36

f ¿Sigue siendo impulsivo, por ejemplo, tiene la tendencia de gastar más dinero del que tiene? (impulsividad)NO SÍ 37

g ¿Tiene dificultad organizándose en el trabajo? (inatención)
NO SÍ 38

h ¿Tiene dificultad organizándose incluso fuera del trabajo? (inatención)
NO SÍ 39

i ¿Su trabajo está por debajo de su capacidad o el trabajo que usted desarrolla está por debajo de lo que usted puede realizar? (hiperactividad)
NO SI

j ¿Sus logros están por debajo de las expectativas que los demás tiene de usted conforme a su capacidad? (hiperactividad)
NO SI

k ¿Ha cambiado de empleo o le han pedido que deje el trabajo más frecuentemente que a otros? (INATENCION) NO SÍ

l ¿Se queja su cónyuge de la falta de atención o interés con él/ella y/o con la familia?(INATENCION)
NO SÍ 43

m ¿Ha tenido dos o más divorcios o ha cambiado de pareja más que los demás? NO SÍ

n ¿Ha sentido a veces como si estuviera en una niebla, como en una televisión con agüilla o desenfocada? INATENCION
NO SI

W7 (RESUMEN): ¿MARCÓ SÍ EN 9 O MAS RESPUESTAS DE W7?
NO (FINALIZA LA ENCUESTA) SÍ (CONTINUA)

W8 ¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 ó más de 2 de los siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos? NO SI.

SI: DIAGNOSTICO DE TDAH.

Cuestionario de Datos Sociodemográficos y de Salud para Adultos con TDAH

**Dra. Silvia Ortiz, Psic. Aurora
Jaimes**

Nombre del Evaluador _____
País _____

Instrucciones para el entrevistador: A continuación se presenta una tabla con las preguntas que se encuentran del lado izquierdo, favor de anotar las respuestas en la última columna del lado derecho

Iniciales del paciente:		
1.- Edad		
2.-Estado Civil	Soltero (1)	
	Casado (2)	
	Unión Libre (3)	
3.-Sexo	Femenino (1)	
	Masculino (2)	
4.- Área Escolar		
	4.1. Indique el nivel de estudios actual	
	4.2.-Nivel de estudios concluido, es decir si cuenta con un documento oficial	
	4.3 ¿Cuántos años tardó para terminar el nivel de estudios con documento oficial	
	4.4.Ha tenido problemas de aprendizaje	

	evento o reunión 1) Nunca 2) Menos de una vez al mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario	
	7.3 Durante el último año ¿Qué tan frecuente dejó sus compromisos de trabajo por beber? 1) Nunca 2) Menos de una vez al mes 3) Mensualmente 4) Semanalmente 5) Diario o casi diario	
	7.4. -Alguna vez ha utilizado sustancias “drogas” Si (1) No (2)	
	7.5- ¿Cuál (es)?	
	1. Marihuana	
	2. Anfetaminas o estimulantes	
	3. Tranquilizantes (rivotril, tafil)	
	4. Cocaína crack	
	5. Psicodélicos	
	6. Opiáceos (heroína, morfina, demerol)	
	7. Otro _____	
	7.7. En el último mes ha utilizado alguna sustancia o droga Si (1) No (2)	
	7.8.- Número de vasos o tazas de bebidas con cafeína al día	
	7.9.-Número de cigarros /día	

8.- Conducción de vehículos		
	8.1.-Tiene licencia vigente de conducir Si (1) No (2)	
	8.2.- En el último año <i>cuántos</i> accidentes automovilísticos <u>NO violentos</u> ha tenido como conductor	
	8.3.-En el último año <i>cuántos</i> accidentes automovilísticos <u>violentos</u> ha tenido como conductor	
	8.4.- En el último año <i>cuántas</i> infracciones de tránsito ha tenido	
	8.5.-En el último año ha tenido algún problema con la policía por transgresión de las normas o leyes Si (1) No (2)	
	8.6.-En el último año le han multado por exceso de velocidad Si (1) No (2)	
	8.7.-Si ud. fuera diagnosticado con algún trastorno que explicara sus problemas académicos o conductuales acudiría a tratamiento Si (1) No(2)	
9.- Problemas de Salud		
	9.1.- Cuántas fracturas ha tenido en su vida?	
	9.2.- ¿A qué edad fue la primera ?	
	9.3.¿A qué edad fue la última?	
	9.4.- ¿Cómo describiría su estado de ánimo la mayor parte del tiempo? 1) Normal o estable 2) Ansioso o nervioso 3) Depresivo o triste 4) Cambiante o voluble 5) Otro	

	Si (1)	No (2)	
15.-Relaciones Interpersonales			
	15.1.En el último año discute frecuentemente con las personas, es decir al menos una vez por semana		
	Si (1)	No (2)	
	15.2.-En sus discusiones se enoja y pierde el control		
	Si (1)	No (2)	
	15.3.-Ud. considera que se resuelven los problemas en la mayor parte de las discusiones		
	Si (1)	No (2)	
	15.4.-Ud. ha tenido en el último año conductas violentas o de agresión con la pareja o el resto de la familia		
	15.5.-Considera ud. que en el último ha tenido mayores dificultades con		
	<ul style="list-style-type: none"> a) Pareja b) Hijos c) Familia extensa/de origen d) Compañeros de trabajo e) Jefes o autoridades f) Extraños g) Ninguno 		
	15.6.-Ud. Ha recibido algún tratamiento psicológico por problemas de rendimiento o de conducta		
	Si (1)	No (2)	
	15.7.-Ud. Ha recibido algún tratamiento psicopedagógico por problemas de rendimiento o conducta		
	Si (1)	No (2)	
16.-Dificultad en el control emocional			
	16.1.-Tiene dificultad para enfrentar la frustración		
	Si (1)	No (2)	
	16.2.- Reacciona desmedidamente ante		

	situaciones difíciles o estresantes Si (1) No (2)	
	16.3.-Es impaciente Si (1) No (2)	
17.- Autoestima		
	17.1.-Se siente incapaz en comparación con los demás Si (1) No (2)	
	17.2.- No valora su esfuerzo Si (1) No (2)	
	17.3.- Se autoevalúa negativamente Si (1) No (2)	
18.- Estrategias compensatorias		
	18.1.-Utiliza agenda, celular, alarmas para el manejo del tiempo Si (1) No (2)	
	18.2.-Busca asesoría, delega actividades que le son difíciles Si (1) No (2)	
19.- Planes de vida		
	19.1.- Le es difícil planear su futuro Si (1) No (2)	
	19.2.-Ha sentido que puede administrar su vida exitosamente Si (1) No (2)	
	19.3.- Se ha sentido productivo como usted lo esperaba Si (1) No (2)	
	19.4.-Sabe que es el Trastorno por Déficit	

	de Atención e Hiperactividad	
	Si (1) No (2)	