

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

EVALUACIÓN (CRIBADO) DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN MUJERES RECLUSAS EN UNA CÁRCEL DE MÉXICO Y
SU RELACIÓN CON EL TIPO DE DELITO

ANTONIO RESENDIZ VIZZUETT

ASESORES:

Dr. Miguel Ángel Herrera Estrella

Dra. Socorro González Valadez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	5
a. Marco Teórico.....	5
i. Estigma en general y entre profesionales.....	6
ii. Genes, ambiente y neurobiología.....	7
iii. Cuadro clínico del TDAH en adultos.....	9
1. Definición de TDAH.....	9
2. Presentación clínica en adultos.....	10
3. Aspectos de género.....	12
iv. ¿Cómo realizar el diagnóstico de forma apropiada en adultos?.....	12
1. Aplicación de criterios clínicos.....	12
2. El proceso de evaluación.....	16
3. Instrumentos de tamizaje y diagnóstico.....	17
4. Diagnóstico diferencial.....	19
v. Cómo tratar adultos con TDAH.....	19
1. Tratamientos efectivos.....	19
2. Impacto de no usar tratamiento.....	20
3. Algoritmo de tratamiento óptimo.....	20
4. Objetivo de tratamiento en TDAH comórbido.....	21
5. Psicoeducación.....	21
6. Farmacoterapia para el adulto.....	22
7. Tipos de estimulantes.....	23
8. Tratamientos farmacoterapéuticos de segunda línea.....	24
9. Entrenamiento y Terapia Cognitivo-Conductual.....	25
10. Pronóstico y costos.....	26
vi. Relación entre TDAH y delincuencia.....	26
vii. Conclusiones.....	31
3. Método.....	31
a. Justificación.....	31
b. Planteamiento del problema.....	32
c. Objetivos.....	32
d. Hipótesis.....	32
e. Tamaño de la muestra.....	32
f. Definición de variables.....	33
i. Variables dependientes.....	33
ii. Variable independiente.....	33
g. Muestra.....	33
i. Criterios de selección.....	33

ii. Criterios de inclusión.....	33
iii. Criterios de exclusión.....	33
h. Tipo de estudio.....	33
i. Instrumentos:.....	34
i. Wender-Utah Rating Scale (WURS).....	34
ii. Escala de Cribado de TDAH en adultos (ASRS).....	34
j. Análisis estadístico.....	35
k. Procedimiento.....	35
l. Consideraciones éticas.....	36
4. Resultados.....	36
a. Variables sociodemográficas.....	36
i. Edad.....	36
ii. Estado civil.....	37
iii. Escolaridad.....	37
iv. Religión.....	38
v. Ocupación previa al ingreso al Centro de Readaptación Social.....	39
vi. Delitos que ocasionaron la reclusión.....	40
b. Resultados de las escalas de detección para TDAH.....	41
5. Discusión.....	43
6. Conclusiones.....	45
7. Bibliografía.....	47
8. Anexos.....	51
a. Carta de consentimiento informado.....	51
b. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.....	52
c. Instrumentos.....	55
d. Oficio de aceptación del estudio del CFRSSMA.....	59

RESUMEN

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) persiste en la edad adulta en la mayoría de sujetos con compromiso psicosocial significativo y altas tasas de comorbilidad que conducen a altos niveles de angustia y una carga económica sustancial para la sociedad si se deja sin identificar y sin tratamiento. La persistencia a lo largo de la vida de síntomas e incapacidades del TDAH es el sello distintivo. Se ha asociado frecuentemente a este trastorno con conductas delictivas, graves discapacidades sociales, económicas y emocionales. Su relación con la delincuencia se encuentra bien establecida. Para prevenir el subregistro de síntomas, la validación externa es indispensable mediante la recolección de información de personas relevantes. Se recomienda un tratamiento multimodal, comprendiendo la psicoeducación, farmacoterapia, terapia de entrenamiento o Terapia Cognitiva Conductual (TCC), e idealmente incluir a la pareja del adulto, la familia y amigos cercanos. Este estudio pretende determinar la frecuencia de historia de TDAH en una muestra de prisioneras en una cárcel de México, así como describir si existe una relación entre la historia de TDAH con el tipo de delito y servir como un antecedente en la investigación de la relación entre la existencia de TDAH y el tipo de delito cometido en mujeres reclusas de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prolectivo, correlacional mediante una selección aleatoria de cien internas del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla (CFRSSMA) con firma de consentimiento informado aplicando una cédula de datos sociodemográficos y de detección para TDAH en la infancia y la edad adulta (ASRS y WURS). **Resultados:** Se encontró una frecuencia elevada de casos de TDAH entre la población estudiada, así como relación entre el resultado positivo de síntomas de TDAH del adulto y la comisión de delitos. No pudo realizarse una determinación de la relación entre presencia de TDAH y el tipo de delito por características metodológicas del estudio. **Conclusiones:** El TDAH es un problema de salud que afecta gravemente a adultos no tratados. Este estudio demuestra una relación significativa entre el TDAH del adulto y la conducta delictiva en mujeres reclusas mexicanas. Este estudio sirve como antecedente para el desarrollo de nuevas líneas de investigación que caractericen mejor esta relación y sus posibles soluciones.

INTRODUCCIÓN

MARCO TEÓRICO

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) está entre los trastornos psiquiátricos más comunes de la infancia con criterios diagnósticos y terapéuticos bien establecidos. Hasta recientemente, se consideraba por muchos que este trastorno se resolvía en la adolescencia y la adultez temprana con poco o ningún impacto en la vida adulta (1), aunque descripciones de la condición del adulto aparecieron en la literatura psiquiátrica desde 1976 en adelante (2). Sin embargo evidencia actual indican que la mayoría de los casos de TDAH persisten en la vida adulta asociado con un amplio rango de áreas clínicas y psicosociales comprometidas. Numerosos estudios de seguimiento en niños con TDAH muestran que el trastorno persiste en la adolescencia y la adultez en alrededor de dos tercios de los individuos (3) ya sea como el trastorno completo o en “remisión parcial” con persistencia de algunos de los síntomas asociados con discapacidades clínicas y psicosociales continuas. En el metaanálisis de estos datos hecho por Faraone y cols. Se concluyó que cerca del 15% mantenían el diagnóstico a los 25 años, con una remisión parcial (5) posterior de 50%, indicando que alrededor de dos terceras partes de niños con TDAH continúan teniendo síntomas de TDAH cuando llegan a adultos.

Aunque en algunos casos los síntomas de TDAH pueden parecer disminuir durante la adolescencia, puede no ser el caso en lo que se refiere a controles y no significa que el funcionamiento no este alterado. En un estudio de seguimiento de 119 adolescentes de 19 años con TDAH de inicio en la infancia, los niveles sintomáticos parecieron ser menores que en la infancia pero 90% no tenían un buen funcionamiento (6). De forma importante, aunque algunos de los síntomas parecieron reducirse con la edad, hay cambios paralelos entre los grupos control; de esa forma se retienen diferencias significativas en este tipo de estudios (7).

En un estudio de la Organización Mundial de la Salud, se encontró que los predictores infantiles del TDAH del adulto incluyen el subtipo combinado en la infancia, la severidad de los síntomas, la presencia de depresión comórbida, altas tasas de otras comorbilidades, factores sociales adversos y psicopatología de los padres; mientras que Biederman había previamente reportado como predictores de persistencia una historia familiar de TDAH, factores psicosociales adversos y comorbilidad con trastornos de conducta, afectivos y de ansiedad (8). No obstante, se reconocen a todas las formas de TDAH por persistir en la vida adulta incluyendo el TDAH con predominio de síntomas de inatención y el TDAH asociado con niveles moderados de discapacidad y comorbilidad.

La prevalencia del TDAH en adultos se estima de estudios epidemiológicos en un rango de 2-5% (3). Se piensa que las formas persistentes de TDAH tienen una carga familiar mayor que las formas de este trastorno que no persisten, con tasas aumentadas de TDAH entre los padres y hermanos de aquellos con TDAH persistente y altas tasas de TDAH entre la descendencia de padres con TDAH (9). Estudios de adopción de gemelos indican que la familiaridad de los síntomas de TDAH resultan de factores genéticos más

que riesgos ambientales compartidos, proveyendo una posterior razón fundamental para considerar al TDAH como una condición crónica (10). El TDAH ocurre en aproximadamente 10-20% de las personas con problemas mentales comunes de acuerdo con la investigación clínica y epidemiológica (3). Estudios posteriores muestran que esta estimación puede ser mayor en algunas poblaciones clínicas tales como aquellas atendidas en clínicas para adicciones, de trastornos de personalidad y forenses, resaltando la importancia de realizar cribados dentro de dichas poblaciones de riesgo (11).

Existe un aumento en reconocer la importancia del diagnóstico y tratamiento del trastorno en padres de niños con TDAH ya que 20% de los padres con niños con TDAH tendrán el trastorno ellos mismos (12). Además, padres con TDAH pueden tener dificultades en implementar estrategias de entrenamiento en casa para el tratamiento de problemas conductuales en su descendencia. Como el reconocimiento de del TDAH es reciente existen también muchos adultos con TDAH que nunca fueron diagnosticados o tratados cuando eran niños. Las guías recientes recomiendan que el TDAH debe ser diagnosticado y tratado apropiadamente a lo largo de la vida (3). A pesar de esto, muchos profesionales que trabajan en la salud mental no están advertidos que el TDAH persiste frecuentemente en la vida adulta y permanecen poco informados sobre la presentación clínica y las consecuencias de este trastorno a lo largo de la vida (3).

Otra razón que explica el subdiagnóstico y tratamiento del TDAH en los adultos son los cambios en la presentación clínica dependientes de la edad. Los síntomas más incapacitantes en la infancia, la impulsividad y la hiperactividad, muchas veces llegan a ser menos obvios en el adulto, cambiando a síntomas más sutiles como inquietud interna, inatención, desorganización y discapacidades en conductas relacionadas con las funciones ejecutivas; y esto puede conducir a la discontinuación del tratamiento cuando aún sea necesario (3). Razones adicionales para la infravaloración diagnóstica del TDAH incluyen la presencia frecuente de síndromes psiquiátricos comórbidos, los cuales en la práctica clínica pueden ser identificados como el único diagnóstico o el principal. Finalmente, el estigma y las creencias falsas continúan rodeando al padecimiento y su tratamiento, particularmente en lo referente a la medicación con estimulantes (15).

Estigma en general y entre profesionales

A pesar de la evidencia que demuestra que el TDAH es una condición bien fundamentada y que continúa aun en la vida adulta, existen muchos profesionales de la salud que están inseguros del diagnóstico y el uso apropiado de medicamentos para el TDAH en el adulto. Algunos continúan expresando temores acerca de tratar una “enfermedad no existente” o causar adicción con medicamentos estimulantes a pesar que la evidencia apunta a lo contrario (17). Las razones para esto tienden a estar basadas en la percepción histórica del TDAH como un trastorno que está restringido a la infancia y la continua presencia de estigma y creencias clínicas erróneas que rodean al trastorno y su tratamiento, así como la separación tradicional de la psiquiatría del adulto y del infante. Lo que es claro es que existe la permanencia de un espacio entre los trabajadores de salud

mental del niño y adolescente y aquellos dedicados a la salud mental del adulto que no puede ser explicada sobre la base de información basada en evidencia validada (3).

El estigma relacionado con el término TDAH es un componente del problema que casi siempre se levanta en el contexto de falta de conciencia o entendimiento de los datos disponibles. Dentro de los profesionales de la salud mental el estigma está más frecuentemente asociado con el estado de restricción regulatoria en muchos países para la mayoría de las medicaciones que tratan el TDAH en adultos, pero hay también otras razones. El TDAH del adulto permanece como un trastorno poco entendido y en el cual se adjunta una carga emocional entre profesionales que no han estado involucrados en el diagnóstico y tratamiento del TDAH (17). Las personas que padecen el TDAH son frecuentemente estereotipadas como flojas, malas o agresivas, o consideradas como portadoras de problemas conductuales o con necesidades especiales en lugar de padecer un trastorno mental que requiere tratamiento. El trastorno puede también ser pasado por alto ya que es un trastorno altamente sintomático y aquellos menos familiarizados con el inicio, curso, psicopatología y comorbilidades asociadas con el TDAH pueden equivocarse en el diagnóstico de TDAH por otros padecimientos comunes como depresión o trastornos de personalidad.

En términos de tratamiento, los estimulantes son por mucho la mejor estudiada y más efectiva opción terapéutica para el TDAH a lo largo de la vida, aunque su uso en algunos países permanece controversial en niños y más aún en adultos. Las guías de tratamiento más recientes del *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* en Reino Unido describen la situación en la cual un tratamiento farmacológico es considerado seguro para niños, pero no para adultos como una “anomalía” (13). Las guías del NICE han sido pivote en el otorgamiento de orientación para el desarrollo de servicios clínicos para adultos con TDAH y la recomendación de estimulantes como el tratamiento de primera línea. Esto ha traído como consecuencia la creación de nuevos espacios para la atención de este trastorno en Europa, sin embargo aún se encuentran limitados por las regulaciones restrictivas para recetar estimulantes en la población adulta de algunos de esos países, cosa que no sucede en América donde puede tener uso aun en adultos con las precauciones necesarias.

Genes, ambiente y neurobiología

Estudios de familias, gemelos y de adopción muestran que el TDAH es un trastorno familiar con alta heredabilidad, indicando que un componente genético significativo influye en el riesgo para este trastorno (3). Es probable que los factores ambientales jueguen un papel ya sea como factores causales principales en unos pocos casos o bien por interacción con riesgos genéticos.

Estudios de familias indican un riesgo 4-10 veces más grande que la población general con un pariente de primer grado, con una prevalencia de 20-50% entre familiares de primer grado (3). Datos de numerosos estudios de gemelos de padres y maestros clasificados como TDAH en la infancia y adolescencia indican una heredabilidad promedio de alrededor del 76% (3), indicando que las influencias familiares para el TDAH son

predominantemente genéticas. Además estudios de gemelos que han investigado la continuidad del TDAH en diferentes estadios del desarrollo indican que la continuidad de los síntomas a los largo de la vida es en gran parte el resultado de efectos genéticos compartidos (18). Aun así, estudios de autoreporte de síntomas de TDAH en muestras de población gemelar adulta reportan de forma consistente estimaciones más bajas de heredabilidad de hasta 30-40%. Las razones de esta baja heredabilidad no han sido investigadas, pero parece desprenderse de las escalas de autoreporte en las muestras de población de gemelos por 2 principales razones. La primera, puede haber un nivel variable de conocimiento entre los individuos cuando autoreportan sus propios síntomas de TDAH, lo que conduce a puntuaciones incorrectas en las escalas; y segundo porque las escalas autoaplicables para síntomas de TDAH pueden ser confundidas por condiciones de inicio en el adulto que generan síntomas similares al TDAH como ansiedad, depresión, fatiga y uso de alcohol y drogas. No existen aun datos empíricos que resuelvan esta cuestión, por lo que solo puede concluirse que se necesita más investigación en este ámbito para comprender el grado de influencia genética en el TDAH del adulto.

Los estudios de genética molecular en el adulto son relativamente recientes, pero se espera que confirmen algunas asociaciones genéticas identificadas en muestras de niños con TDAH y encuentren otros genes que relacionen la persistencia o remisión de los síntomas de TDAH en el adulto. Hay un gran interés en los mecanismos por los cuales el trastorno persiste en algunos individuos y persiste en otros, desde la identificación de nuevas metas que ayudan a prevenir la progresión del trastorno en la vida adulta. Un mecanismo potencial es sugerido por el desarrollo de la hipótesis de Jeffrey Halperin, quien propone que el TDAH está ligado a una aparición temprana y duradera de disfunción subcortical (mecanismos de excitación débiles), mientras que los síntomas de remisión dependen del grado de cambios en la maduración del control ejecutivo (3). El énfasis está puesto en la interacción de estos dos procesos, con la remisión o persistencia de los síntomas de TDAH relacionados con la aparición del balance entre las funciones corticales y subcorticales. Si los procesos involucrados pueden ser claramente separados en corticales y subcorticales es incierto y requiere posteriores y detalladas investigaciones, sin embargo, un estudio reciente obtuvo evidencia que estos dos procesos tienen influencia genética en un porcentaje de 82% y 12% respectivamente (3).

Los estudios de genética molecular del TDAH en niños proveen evidencia de la asociación de genes específicos con el TDAH. Las variantes genéticas dentro o cercanas a los receptores de dopamina D4 (DRD4) y D5 (DRD5) proveen los hallazgos más consistentes apoyados por metaanálisis (19). Numerosos estudios encuentran evidencia de la asociación con el gen del transportador de dopamina (DAT1), la dopamina beta-hidroxilasa (DBH), el transportador serotoninérgico (5-HTT), el receptor de serotonina (HTR1B) y la proteína asociada al sinaptosoma (SNAP-25) (3). Tomando en cuenta estos hallazgos de genes candidatos podrían explicar alrededor del 3.2% de la varianza en los síntomas de TDAH del niño (3). Más recientemente los estudios de asociación del genoma han identificados genes nuevos como el CDH13 (un gen de caderina) como

factores de riesgo potenciales y variantes raras de copias que confieren mayores riesgos dependiendo de la habilidad cognitiva (3).

Estudios de genética molecular se han dirigido también al estudio del TDAH del adulto en años recientes. Por ejemplo, Barbara Franke ha generado exitosamente una muestra de alrededor de 3,000 pacientes la cual continua siguiendo. Muchas publicaciones resaltan las asociaciones potenciales del TDAH del adulto y algunas, pero no todas comparten hallazgos de asociaciones genéticas con niños (3).

Los factores ambientales también están asociados al TDAH, particularmente los factores de riesgo prenatales como la exposición al alcohol, nicotina, drogas, hipertensión y estrés materno durante el embarazo, así como el parto prematuro y bajo peso al nacer (3). Evidencia de adopciones rumanas sugieren que la privación temprana esta causalmente relacionada al TDAH (3). En algunos casos la medición ambiental puede estar mediada por factores genéticos y puede no siempre incluir la exposición ambiental como el factor causal principal. Por ejemplo, existe nueva evidencia que la exposición prenatal a la nicotina puede reflejar efectos genéticos más que efectos tóxicos directos de la nicotina u otros constituyentes del humo del tabaco. Sobre todo, es más probable que los factores de riesgo ambientales jueguen un papel importante en la etiología del TDAH y en muchos casos el impacto ambiental podría ser modificado por factores genéticos.

Estudios neurocognitivos, neurofisiológicos y de neuroimagen sugieren que las disfunciones cerebrales están involucradas en los componentes centrales del síndrome en niños y adultos (3). Se han reportado disfunción frontoestriatal y aumento de la densidad del transportador de dopamina en el estriado (20) aunque este último hallazgo permanece como controversial, tal vez por el uso de tratamientos farmacológicos para el TDAH (21). Los estudios con resonancia magnética (RM) indican menores volúmenes en el caudado, cuerpo caloso, cerebelo y áreas frontales derechas, así como mayor adelgazamiento cortical (22). La RM funcional muestra diferencias en la función cerebral entre casos y controles de TDAH. La tomografía por emisión de positrones (PET) muestra anomalías en el metabolismo de la glucosa en áreas prefrontales y premotoras del lóbulo frontal en adultos con TDAH (3). La respuesta inmediata de síntomas de TDAH a medicamentos estimulantes, como las anfetaminas y el metilfenidato, los cuales incrementan los niveles sinápticos de dopamina, sugieren que el principal proceso fisiopatológico puede incluir déficits o desequilibrios en las funciones dopaminérgica, catecolaminérgica y nicotinérgica (23).

Cuadro clínico del TDAH en adultos

Definición de TDAH

Los términos más frecuentemente usados para designar a este síndrome en la infancia son trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno hiperactivo (THC). Para ambos términos el trastorno es definido como un síndrome clínico caracterizado por la presencia de niveles inapropiados para el desarrollo de inatención, hiperactividad e impulsividad, iniciando en la niñez y que conduce a la

discapacidad. Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) para TDAH son los más ampliamente usados y describen tres subtipos de TDAH basados en la predominancia de los síntomas: tipo inatento, tipo hiperactivo-impulsivo y el tipo combinado o mixto (24). Los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para el Trastorno Hiperactivo son más conservadores y definen un subgrupo de personas que llenan criterios para el subtipo combinado de TDAH (25). Esto resulta en una subestimación de la prevalencia del TDAH (alrededor del 1%) comparado con las estimaciones de la prevalencia con los criterios del DSM-IV en la infancia (26). Los criterios de la CIE-10 también excluyen la presencia de trastornos concurrentes incluyendo ansiedad o depresión (3) que son permitidos bajo los criterios del DSM-IV.

La próxima versión del DSM (edición 5ª) aun en preparación se espera en 2013, y la versión revisada de la CIE-10 (versión 11) para 2015. Se espera que los criterios revisados para el DSM-V sigan líneas similares a los criterios actuales con los siguientes cambios (según www.dsm5.org):

- 1) Umbral sintomático: para adultos y adolescentes tardíos (17 años en adelante) se requerirán solo 4 síntomas en cualquiera de los dominios de inatención o hiperactividad-impulsividad.
- 2) La lista de síntomas hiperactivos-impulsivos ha sido aumentada a 13 para incluir “incomodidad al hacer las cosas lenta o cuidadosamente”, “a menudo es impaciente”, “le es difícil resistir tentaciones u oportunidades” y “tiende a actuar sin pensar”.
- 3) Los ítems han sido elaborados para ser descripciones más específicas de la conducta, algunas de las cuales se aplican a adultos.
- 4) La edad de inicio de los criterios ha sido ampliada para incluir “síntomas destacables de inatención o hiperactividad-impulsividad a la edad de 12 años.
- 5) La condición de evidencia clara de discapacidad por los síntomas es una parte esencial de los criterios diagnósticos, pero ya no será necesaria antes de los 12 años.
- 6) Los trastornos del espectro autista ya no son excluyentes.

Estos cambios reconocen que el compromiso por los síntomas del TDAH puede desarrollarse en la adultez y que en algunos casos pueden no ser identificados hasta el inicio de la adolescencia. La reducción en el umbral sintomático para adultos reconoce los cambios dependientes de la edad en el curso del trastorno, debido a que un menor número de síntomas en el adulto es clínicamente significativo y existe evidencia clara de discapacidad por los síntomas de TDAH; también refleja mejor las características y curso natural del trastorno. Estos cambios significan que mucha gente que previamente presentaba una remisión parcial de los síntomas, ahora cumplirán criterios para el diagnóstico del TDAH en la nueva versión del DSM-V.

Presentación clínica en adultos

Mientras que los síntomas clave de inatención, hiperactividad e impulsividad están bien caracterizados en el niño, estos síntomas pueden tener una expresión diferente y más sutil en el adulto. Debe tenerse en cuenta una comparación de la conducta normal para la edad, género y habilidades cognitivas. Por ejemplo, mientras los niños con TDAH pueden subir y correr excesivamente, o tener dificultades en el juego o hacer actividades lúdicas de forma callada, los adultos con TDAH son más propensos a experimentar inquietud interna, incapacidad de relajarse o ser muy locuaces. La hiperactividad puede expresarse como inquietud excesiva, la incapacidad de aguantar largo tiempo en situaciones en las que se espera esté sentado (en la mesa, el cine, la iglesia o en un simposio) o estando muy activo todo el tiempo. La impulsividad puede expresarse como impaciencia, actuar sin pensar, gastar dinero de forma impulsiva, iniciar nuevos trabajos y relaciones por impulso, o conductas de búsqueda de novedad. La inatención a veces se presenta como distractibilidad, desorganización, llegar tarde, sentirse aburrido, la necesidad de algo nuevo, dificultad para tomar decisiones, falta de visión general y sensibilidad al estrés. Además, muchos adultos con TDAH experimentan a lo largo del tiempo labilidad afectiva con altibajos frecuentes, y estallidos breves en el temperamento (3). Típicamente, los adultos con TDAH no se establecen en un trabajo después de los 30 años sino que cambian o pierden continuamente trabajos y relaciones, ya sea debido a aburrimiento o porque son despedidos. Usualmente tienen bajo rendimiento con un estimado anual de 22 días de pobre desempeño laboral (3). Como consecuencia los trabajos y relaciones son vivenciados como cortos. Las relaciones que llegan a ser duraderas tienen dificultades debido a la incapacidad de escuchar con consideración a la pareja, por no terminar o aplazar tareas y a veces por tener conversaciones cortas y que interrumpen continuamente (3). Los accidentes automovilísticos se incrementan en adultos con TDAH como resultado de ser distraídos, impulsivos y tener una necesidad aumentada para la estimulación. Los pacientes con TDAH también son más propensos a tener otros tipos de accidentes como mordidas de perros y quemaduras, y llevan un estilo de vida poco saludable (tabaquismo, consumo de alcohol y otras sustancias), tienen relaciones sexuales de riesgo, desplazamientos del ciclo del sueño por problemas crónicos del mismo, falta de estructura y cuidados de salud inapropiados (3). La criminalidad en la adultez también se predice por el TDAH y trastornos de conducta comórbidos en la infancia, especialmente con abuso de sustancias y trastorno antisocial de la personalidad en el adulto. Entre prisioneros hombres, se encontró al TDAH fuertemente relacionado a un gran número de incidentes críticos que involucran agresión y conducta poco controlada, aun después de su control por la presencia de trastorno antisocial de la personalidad (27). Los pacientes con TDAH son significativamente más detenidos, condenados y encarcelados, comparados con controles normales, y el TDAH es frecuentemente diagnosticado en adultos por psiquiatras forenses (28-31).

La presencia de uno o más hijos con TDAH es una carga adicional para la familia, lo cual ocurre con frecuencia debido al alto riesgo familiar del trastorno. Los adultos con TDAH tienen riesgo de desarrollar una pobre calidad de relación con sus hijos (3). Los problemas de inatención conducen la mayoría de las veces a la incapacidad de completar trabajo académico independiente, resultando en un pobre desempeño en la escuela, durante los estudios y en el trabajo comparado con pares con habilidades cognitivas

equivalentes. Además, se describe que muchos tienen menos recursos financieros (3). Muchos pacientes se sienten aislados y solos debido a las desventajas sociales y la vergüenza al fracaso. Pueden presentar menos éxito en el desarrollo persona, menor habilidad para presentarse a sí mismos con una moda socialmente aceptable y menos bienestar físico e intelectual, aun con la presencia de un alto coeficiente intelectual (CI) (3).

El escenario clínico del TDAH también se ve modificado por la frecuente comorbilidad. En la infancia, hasta el 65% de los pacientes con TDAH tienen una condición comórbida o más, incluyendo trastorno oposicionista-desafiante y trastorno de conducta, trastornos del afecto y ansiedad, tics o síndrome de Tourette, trastornos del aprendizaje y trastornos del desarrollo (ej. Autismo) (3). De forma similar, en adultos la comorbilidad es la regla, con 75% de pacientes clínicos que tienen al menos algún otro trastorno, siendo la media de los psiquiátricos de al menos 3 (16). Son frecuentemente hallados trastornos de ansiedad, afectivos, del sueño, de personalidad y por uso de sustancias, así como otros trastornos del neurodesarrollo (3). El TDAH también ha sido asociado con el inicio temprano de consumo y abuso de sustancias. En adultos el juego de apuestas y otras adicciones son muy comunes (3).

Aspectos de género

El predominio de muestras clínicas de varones con TDAH en la infancia hace que las diferencias de género en la investigación y práctica clínica pasen relativamente desapercibidas. En la infancia el TDAH es mayormente identificado en niños que en niñas con alrededor de una razón de 1:5 en la mayor parte de los estudios. Sin embargo, las diferencias entre en prevalencia y tasas de diagnóstico de acuerdo con el género llegan a estar menos sesgadas con la edad, pues más mujeres llegan a ser identificadas y diagnosticadas en la adultez; y en algunas series clínicas predominan los casos de mujeres (32, 33).

Muchos factores pueden explicar estas observaciones. En la infancia, las niñas pueden tener menos externalización de los problemas que los hombres: ellas sufren más problemas internalizados, fatiga crónica e inatención, mientras que los niños pueden ser más hiperactivos o agresivos (3). Las niñas muestran menores tasas de hiperactividad y trastornos de conducta comórbidas que los varones, y más frecuentemente presentan el tipo de TDAH inatento, con un inicio más tardío de la discapacidad (34). Por estas razones, los médicos generales y profesionales de la salud están menos conscientes del TDAH en las niñas y por ello es menos probable que las refieran para recibir tratamiento. En la adultez la alta prevalencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en mujeres puede ocultar un TDAH subyacente e influir en el diagnóstico y tratamiento. El que las mujeres busquen más ayuda psiquiátrica que los hombres también puede contribuir a cambiar las razones de género dentro de las poblaciones clínicas (3).

¿Cómo realizar el diagnóstico de forma apropiada en adultos?

Aplicación de criterios clínicos

La evaluación empieza con el auto-reporte de síntomas. Los médicos deberían llevar a cabo una entrevista diagnóstica profunda para buscar las características psicopatológicas mediante un cuidadoso interrogatorio sobre los síntomas conductuales en la infancia y actualmente en el adulto. Aunque el paciente pareciera ser el mejor informante, el reporte de comparación con padres y compañeros es más deseable para proveer más información sobre la severidad y profundidad de los síntomas (35). Los criterios del DSM-IV y la CIE-10 reconocen que los síntomas de TDAH y THC persisten más allá de la infancia, aunque ninguno establece criterios que tomen en cuenta los cambios dependientes de la edad en términos de número y severidad de los síntomas, o cambios de la forma en que los síntomas de TDAH pueden presentarse en el adulto. Más bien, estipulan exactamente los mismos criterios para el adulto como aquellos que se aplican para los niños. No obstante ocurren cambios en el desarrollo que incluyen un aumento en el papel de la inatención y otras dificultades de las “funciones ejecutivas” en el compromiso relacionado con las demandas de la vida adulta (3). Los criterios del DSM-IV sugieren que adultos que tienen solo unos pocos de los síntomas de TDAH deberían ser diagnosticados como adultos con un “trastorno en remisión parcial”. Este diagnóstico, sin embargo, parece minimizar la significancia de las discapacidades observadas en el adulto que ya no cumplen criterios completos del DSM-IV pero muestran persistencia de algunos síntomas incapacitantes desde la infancia. En otras palabras, los adultos parecen superar los criterios más que el trastorno en sí.

Se puede concluir también que la definición de remisión basada en el número de criterios que deben ser cumplidos en la infancia no parece apropiada en la práctica clínica con adultos, especialmente porque los síntomas descritos por DSM-IV y CIE-10 típicamente aplican a niños y no están ajustados para el desarrollo con la edad (3). Además, la restricción del diagnóstico para la CIE-10 que se enfoca en una forma severa del subtipo combinado durante la infancia, conduce al subdiagnóstico de adultos afectados con TDAH, especialmente en mujeres. Los síntomas de TDAH en adultos deberían, por ello, ser juzgados con referencia en normas apropiadas para el desarrollo. Investigaciones preliminares sugieren que usando los criterios actuales del DSM-IV que estipulan seis de nueve síntomas de alguno de los dominios de inatención o hiperactividad-impulsividad, un umbral más bajo de cuatro de nueve de estos síntomas es suficiente para identificar niveles de discapacidad por síntomas de TDAH en el adulto. Además, se recomienda que los criterios futuros para el TDAH del adulto sean apropiadamente ajustados tomando en cuenta los cambios relacionados con la edad y la relación de los síntomas con su discapacidad.

Se requieren trabajos posteriores para clarificar si ampliando los criterios para incluir a aquellos con 4 o más síntomas en cualquiera de los dominios es suficientemente específico dentro de las poblaciones adultas de salud mental, ya que reducir el umbral de otros trastornos psiquiátricos puede generar síntomas similares al TDAH (“TDAH-like”) que alcancen este bajo umbral. Es, sin embargo, principalmente un problema para el tamizaje seccional, ya que en la práctica clínica el diagnóstico está basado en la generación de una historia de síntomas de TDAH que inicia en la infancia o temprano en la adolescencia y que son persistentes (parecidos a rasgos) y que impactan a lo largo del

tiempo y pueden ser diferenciados de otros trastornos de inicio en el adulto. La otra aproximación bajo investigación es la descripción alternativa de desórdenes conductuales en adultos con TDAH. Como los déficits ecológicos de funciones ejecutivas descritos por numerosos autores en los años recientes (36, 37), los cuales pueden mostrar más sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de adultos.

Como se ha discutido previamente, la expresión del TDAH en adultos es en cierto grado diferente de aquella de los niños y las descripciones diagnósticas de algunas características necesitan ser adaptadas para la expresión en el adulto del trastorno. Por ejemplo, la sobreactividad física en niños podría ser remplazada en el adulto por actividad mental constante, sentimientos de inquietud y dificultad para permanecer en actividades sedentarias. Además, una serie de características cercanamente asociadas con los criterios centrales del TDAH pueden conducir frecuentemente a discapacidades observadas típicamente en adultos con TDAH. Estas incluyen síntomas como desorganización, mal temperamento, rabietas, labilidad afectiva y sensibilidad al estrés (3). La evaluación posterior de los síntomas se complica aún más por el hecho de que los adultos tienen más maneras de adaptarse y/o compensar los problemas de atención, hiperactividad, impulsividad. Por ejemplo, los adultos con un alto CI, estatus socioeconómico elevado o menores niveles de trastornos comórbidos pueden tener mejores estrategias compensatorias.

Otra diferencia en la evaluación del TDAH en adultos es la dependencia usual del paciente en los auto-reportes en lugar de un informante de su conducta (maestros, amigos). Aunque la validez del diagnóstico retrospectivo en adultos con TDAH puede ser cuestionada en algunos casos, también es verdad que los diagnósticos de otros trastornos psiquiátricos son dependientes de descripciones de conductas actuales y pasadas. Los auto-reportes de síntomas actuales y anteriores pueden no obstante ser confiables si el paciente tiene buena conciencia de su condición. Sin embargo, se necesita gran precaución en las evaluaciones retrospectivas de síntomas en la infancia que puede estar comprometida en el adulto con TDAH, pues puede haber subreportes debido a las dificultades actuales de poder recordar el pasado (4). Mientras que el diagnóstico basado solo en el auto-reporte es válido, tal aproximación puede llevar a diagnósticos erróneos de TDAH y puede ser más confiable usar también información de personas cercanas. Basarse solo en auto-reportes puede también ser riesgoso en algunos pacientes, pero hasta ahora no ha habido evidencia de que este sea el caso. Por estas razones es recomendable siempre que sea posible corroborar la información obtenida por un padre o familiares mayores para conductas de la infancia, y un amigo cercano o pariente para los síntomas actuales.

Otro criterio importante para evaluar es la edad de inicio. Los criterios del DSM-IV menciona que algunos síntomas y su impacto en la vida deben ser evidentes antes de los 7 años es difícil de valorar actualmente en una evaluación diagnóstica retrospectiva en los adultos. De hecho, investigaciones han fallado en validar estos criterios ya que se ha encontrado que el síndrome clínico que define al TDAH tiene predicciones clínicas similares en lo que a curso, respuesta al tratamiento, y discapacidades asociadas se

refiere, sin importar si los síntomas iniciaron antes de los 7 años o después (38). Esto puede ser particularmente importante en relación con el tipo inatento el cual se caracteriza por aparición tardía o mínima de discapacidad (3), puesto que los síntomas de inatención pueden haber sido pasados por alto en el preescolar y la discapacidad puede no ser notada hasta la edad de la escuela secundaria.

Un problema adicional es el sesgo de evocación por los padres, ya que después de décadas ellos podrían no recordar actualmente cuando iniciaron los síntomas o la discapacidad. Se ha encontrado evidencia reciente que en promedio los padres reportan típicamente un inicio desfasado de alrededor de 5 años, aun cuando el inicio fue registrado por otros proveedores de salud (39). Una aproximación para evitar estos problemas es referirse a los reportes escolares los cuales pueden proveer información más actual y relevante con respecto al año de inicio.

Por estas razones se propone ampliar el criterio de inicio a la adolescencia temprana, lo cual ha sido recomendado recientemente por el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Clínica en el Reino Unido (13). El juicio clínico debería usarse para marcar el diagnóstico si la presencia de los síntomas antes de los 7 años de edad no puede ser recordada. En muchos casos un reporte claro de al menos algunos síntomas asociados a la discapacidad se esperan en la adolescencia temprana o media. Sin embargo, aun si no se recuerdan con claridad los síntomas en la infancia, debe considerarse el TDAH cuando el síndrome clínico clásico esté presente y haya evidencia de persistencia a lo largo de la vida que indiquen el trastorno y sus consecuencias asociadas. Este puede, por ejemplo, ser el caso de algunas personas inatentas pero talentosas en las cuales las habilidades cognitivas generales y un ambiente estructurado pudieron haberles ayudado a lidiar con el trastorno durante la infancia y adolescencia. El problema de la inatención puede permanecer poco reconocido hasta que traten de vivir de forma independiente de los padres y se confronten con las demandas organizacionales y atencionales de la educación superior o del empleo.

Además, hay otro importante criterio para la evaluación de síntomas y criterios clínicos y diagnósticos del TDAH, este es la presencia de niveles significativos de consecuencias adversas asociadas con los síntomas. Esto es vital, puesto que los síntomas de TDAH se encuentran continuamente distribuidos a través de la población y no existe una barrera natural entre los individuos afectados y los que no lo están. Como sucede con los síntomas de ansiedad y depresión, los de TDAH son experimentados a veces por mucha gente. Este trastorno es por tanto distinguible de las series normales por la severidad y persistencia de los síntomas, y su asociación con niveles significativos de discapacidad y el riesgo para desarrollar trastornos concurrentes. Los criterios se relacionan en parte con expectativas culturales y esto podría explicar por qué las tasas de diagnóstico y tratamiento del TDAH son mayores en E.U.A. que en otros países. Desde una perspectiva de salud mental, es importante definir el deterioro del TDAH a nivel médico, psicológico y educacional que las personas consideren importante y necesario y que represente un problema de salud mental (13). Además, el diagnóstico no debería aplicarse para fundamentar el uso de estimulantes para mejorar el rendimiento, en

ausencia de un amplio rango de menoscabo que indique la presencia de un trastorno mental. Las discapacidades incluyen problemas como los siguientes: autoestima, discomfort personal por los síntomas, interacciones sociales y de relaciones, problemas conductuales, y el desarrollo de síndromes psiquiátricos comórbidos.

La evidencia actual define al TDAH como un síndrome clínico asociado a múltiples compromisos en diferentes dominios incluyendo dificultades académicas, deterioro de las relaciones familiares, dificultades sociales y un aumento en las tasas de problemas de conducta. En adultos con TDAH se incrementan las tasas de trastornos de personalidad antisocial, por uso de sustancias, del estado de ánimo y de ansiedad según reportes en estudios transversales y de seguimiento; además, se incrementan las tasas de desempleo, pobre desempeño laboral, menor desempeño escolar, violaciones y accidentes de tráfico y reclusiones por delitos (13).

Finalmente, el alto riesgo familiar entre parientes de primer grado que se calcula en 20% o más, puede tomarse como un buen predictor para TDAH en adultos con un padre, hermano o hijo con TDAH. La historia familiar de TDAH debería, por ello, elevar los índices de sospecha y proveer evidencia sólida en la evaluación de individuos con TDAH.

El proceso de evaluación

El diagnóstico del padecimiento se basa en una evaluación cuidadosa y sistemática de la historia de vida del paciente, de los síntomas y el compromiso por estos. No se basa solo en una única impresión clínica obtenida durante la consulta. Se debe focalizar este proceso en la evaluación del inicio en la infancia, síntomas actuales de TDAH y la presencia de síntomas y disfunción en al menos dos dominios (escuela, trabajo, casa, relaciones interpersonales). Las características asociadas deberían ser evaluadas incluyendo labilidad afectiva, explosiones de temperamento y trastornos comórbidos. Es importante realizar una historia clínica completa de los tratamientos somáticos y psiquiátricos, así como la historia familiar de trastornos psiquiátricos y neurológicos. Es útil preguntar al paciente acerca de patrones de síntomas típicos de TDAH y sus comorbilidades en la familia, tomando en cuenta los factores de heredabilidad de los síntomas. Los patrones de comorbilidades en niños y adultos han sido bien descritos e incluyen los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, sueño, conducta, uso de sustancias así como de personalidad. Debe tomarse cierta precaución en su evaluación para distinguir entre síntomas que frecuentemente se presentan junto con los centrales de TDAH (p.ej. inestabilidad afectiva, actividad mental descuidada, situaciones de evitación como esperar en largas filas) de aquellos que se deben a una entidad separada (p.ej. trastorno bipolar, depresión mayor, ansiedad y trastornos de personalidad). La existencia de comorbilidades es la regla más que la excepción, la evaluación de síntomas concurrentes, síndromes y trastornos debe siempre ser parte de la valoración clínica del adulto (3).

El TDAH está también asociado con un incremento en las tasas de rasgos y trastornos del neurodesarrollo incluyendo los trastornos del espectro autista, dislexia y dificultades en la coordinación motora (3); los cuales se piensa son imbricaciones de la

influencia genética. Tales comorbilidades del neurodesarrollo han sido menos estudiadas en adultos con TDAH, pero son comúnmente observadas en la práctica clínica y pueden conducir a problemas en el seguimiento de un tratamiento exitoso para el TDAH con fármacos. También se ha establecido en la práctica de algunos países la detección de signos neurológicos “blandos” durante la evaluación de adultos con TDAH, en analogía con el diagnóstico de Déficit en la atención, control motor y percepción (DAMP) en la infancia que frecuentemente acompaña al TDAH. Sin embargo, hay datos limitados de esta condición en el adulto.

Los trastornos por uso de sustancias (TUS) concurrentes merecen atención especial debido a las altas tasas de TDAH en poblaciones con TUS. Se ha reportado una relación bidireccional entre el TDAH y los TUS. De 25 estudios publicados que cribaron para uso de sustancias en poblaciones con TDAH, la prevalencia estimada fue de alrededor de 45%-55%. El alcohol y el cannabis fueron las sustancias de abuso más frecuentemente usadas en estas poblaciones (40), seguidas por tasas de abuso más bajas de cocaína y anfetaminas. En contraste, de 10 estudios que buscaron síntomas de TDAH en poblaciones con TUS estimaron que el TDAH se presentó de un rango de 11%-54% (3). Las causas de dicha comorbilidad parecen ser complejas e incluyen un proceso de recompensa alterado en el TDAH, aumento en la exposición de riesgos psicosociales y autotratamiento. Algunos pacientes con TDAH reportan auto tratarse con estimulantes sin prescripción, como padres que ingerían el tratamiento de los hijos. En algunos otros casos, las reacciones paradójicas a las sustancias de abuso se reportan en pacientes que se sienten más calmados, más aptos para concentrarse y menos impulsivos. Mientras que el consumo de sustancias con efecto estimulante como la cocaína o anfetaminas se describe en pocos casos, es más común en adultos que describan una reducción general de los síntomas con alcohol y cannabis (41).

Aunque hay muchos retos para diagnosticar TDAH en pacientes con TUS, el monitoreo sistemático es posible. Esto es particularmente importante ya que los pacientes con TUS y TDAH comórbido frecuentemente presentan formas severas de TUS caracterizadas por inicio temprano, larga duración del consumo de sustancias, mayor discapacidad y una corta transición del uso de sustancias a la dependencia (3). Se ha encontrado que el TDAH aumenta el riesgo suicida en adolescentes con TUS; y también tienen menor apego al tratamiento de TUS y son menos propensos a alcanzar la abstinencia.

Se sugiere una supervisión más cercana al tratamiento de pacientes con TDAH y TUS cuando sea con estimulantes y en casos en los que el abuso por diversión sea una preocupación, la atomoxetina puede ser el tratamiento de primera línea. Las investigaciones en poblaciones con TDAH sugieren que solo una pequeña minoría usa de forma inadecuada o por diversión su tratamiento farmacológico y que ciertas fórmulas de liberación prolongada con un bajo potencial de abuso pueden ser utilizadas, aunque los estudios con adolescentes sugieren que hasta 75% de los pacientes que usan inadecuadamente sus fármacos, tienen un TUS comórbido.

Instrumentos de tamizaje y diagnósticos

Existen un gran número de instrumentos de tamizaje y entrevistas diagnósticas disponibles, algunas de las cuales han sido traducidas a diferentes idiomas. Las escalas comúnmente usadas para la detección incluyen la escala de evaluación del TDAH, basada en los criterios del DSM-IV (41), y la Escala de Cribado de TDAH en adultos de la Organización Mundial de la Salud (ASRS) (43). La ASRS incluye 18 preguntas para cada uno de los 18 ítems del DSM-IV, reformulada para representar mejor la presentación de los ítems de TDAH en el adulto. La versión corta de 6 ítems fue seleccionada sobre la base de regresión logística secuencial para optimizar la concordancia con la clasificación clínica; y se estima que tiene una sensibilidad del 68.7% y una especificidad del 99.5%, siendo evaluada en poblaciones de investigación (44). La especificidad de esta y otras pruebas puede ser menor en poblaciones clínicas con altas tasas de otros trastornos mentales; y los casos positivos deben tener siempre seguimiento por evaluaciones diagnósticas completas basadas en datos obtenidos de entrevistas clínicas. La ASRS ha sido aplicada en una muestra de pacientes con TUS y la sensibilidad fue más alta (87.5%) y la especificidad más baja (68.6%) que lo reportado en estudios previos (3).

Para guiar el proceso de evaluación diagnóstica, están disponibles otros instrumentos de auto-reporte, como la Escala Diagnóstica de TDA de Brown (BADDS) (14) que mide solo conductas relacionadas con las funciones ejecutivas y la inatención; la Escala de Conners para la Evaluación del TDAH del Adulto que incluye criterios del DSM-IV y tiene diferentes versiones para pacientes (CAARS) (45); y la Escala de Evaluación de Wender Utah (WURS) (46) que incluye también síntomas de otros trastornos comórbidos frecuentes (47). La suma total de puntaje de la CAARS puede ser usada para cribar el trastorno y evaluar resultados de tratamiento.

Para la evaluación principal del diagnóstico se recomienda el uso de una entrevista estructurada, como la Entrevista Diagnóstica de Conners para el TDAH del Adulto basada en el DSM-IV (CAADID) (48). Una alternativa aun en desarrollo es la Entrevista diagnóstica para TDAH del adulto (DIVA) (49). Aunque muchas de las escalas de evaluación están disponibles en diferentes idiomas es necesario validar estas traducciones para su uso en los diferentes países.

Actualmente no hay pruebas neurobiológicas o neuropsicológicas para el TDAH con la suficiente sensibilidad y especificidad que sirvan como una prueba diagnóstica individual (3). Las imágenes funcionales parecen ser prometedoras, aunque se necesita más investigación para establecer su valor. Las pruebas neuropsicológicas pueden complementar las evaluaciones diagnósticas y proveer un índice objetivo de las funciones cognitivas del paciente con TDAH. Existe una oleada reciente de interés en el uso de “neurofisiología cognitiva” que puede proveer datos más sensibles para el diagnóstico que el desempeño cognitivo por sí solo (3). Los pacientes con TDAH pueden sufrir déficits cognitivos adicionales, los cuales pueden contribuir a dificultades en su desempeño, tales como alteraciones en el aprendizaje, lectura, escritura y algunas otras relacionadas con trastornos del espectro autista. Se requiere investigación posterior para proveer una comprensión completa de los déficits cognitivos asociados con el TDAH del adulto.

A pesar del poco valor predictivo de las pruebas de desempeño cognitivo, algunos expertos conceptualizan el TDAH como un déficit primario de las funciones ejecutivas. Mientras que los déficits en el desempeño cognitivo no son siempre observados, la discapacidad en las tareas cotidianas es usual en personas con TDAH. Se piensa que muchos de los problemas reportados por adultos con TDAH son el reflejo de disfunciones ejecutivas, que incluyen áreas tales como auto-organización, regulación emocional y de la atención, esfuerzo sostenido y el estado de vigilancia, y que pueden ser observados únicamente en el desempeño de actividades cotidianas y no en pruebas cognitivas. Esto ha conducido a mayores esfuerzos para otorgar más sentido a las descripciones conductuales de los déficits en el desempeño observados en el TDAH que en general reflejan problemas de la auto-regulación y el auto-control (50). Estos nuevos estudios parecen conducir a listados de síntomas y conductas más sensibles para la detección de TDAH en el adulto.

Diagnóstico diferencial

Es muy importante para el diagnóstico del TDAH, así como para su tratamiento correcto, identificar condiciones comórbidas como trastornos afectivos, de ansiedad, psicóticos, orgánicos y por uso de sustancias, además de trastornos de la personalidad y del espectro autista. Dado que los adultos con TDAH frecuentemente muestran baja autoestima, ánimo bajo, labilidad afectiva e irritabilidad, estos síntomas pueden ser a veces confundidos con distimia, ciclotimia, trastorno bipolar o trastorno límite de la personalidad. Además, los cambios diarios de humor en pacientes con TDAH son comunes, y representan una amplia serie de emociones mal reguladas pero esencialmente normales, en lugar de las emociones extremas más severas de la depresión y el trastorno bipolar; por ello se ha argumentado que la inestabilidad crónica del afecto sea parte del síndrome del TDAH (3).

El TDAH y el trastorno límite de la personalidad parecen compartir la impulsividad, inestabilidad afectiva, explosiones de ira y sentimientos de aburrimiento. En el paciente con TDAH la impulsividad y la ira suelen ser de corta duración e inconscientes, más que impulsadas; las relaciones conflictivas, preocupación suicida, auto-mutilación, alteraciones de la identidad y sentimientos de abandono son usualmente menos intensas que en el TLP. Sin embargo, las diferencias pueden ser no muy claras pues en ambos trastornos los síntomas son crónicos. De forma importante individuos que tienen un trastorno de personalidad que presentan el síndrome de TDAH de inicio en la infancia podrían beneficiarse de tratamientos farmacológicos para TDAH. Estudios recientes en pacientes con TDAH indican que además de los síntomas de TDAH, la inestabilidad afectiva mejora con tratamiento estimulante o con atomoxetina (3). Debido a que el tratamiento depende de la presencia y severidad de las comorbilidades, la evaluación de estos trastornos es una clave en la evaluación del TDAH usando aproximaciones diagnósticas apropiadas.

Cómo tratar adultos con TDAH

Tratamientos efectivos

Los síntomas de TDAH pueden ser tratados de forma efectiva tanto en niños como en adultos. Los efectos benéficos de los estimulantes y la atomoxetina en los síntomas centrales del TDAH han sido demostrados en numerosos estudios en niños. Un creciente número de estudios en adultos demuestran respuesta clínica similar a aquella vista en niños (13). Debido a las demandas y responsabilidades de la vida adulta, estos encaran problemas que son diferentes de aquellos que enfrentan los infantes y por ello necesitan tratamientos psicológicos y psicosociales diferentes y hechos a la medida de su nivel de desarrollo y TDAH. Los tratamientos psicológicos en la forma de psicoeducación, terapia cognitiva conductual, asesoramiento de apoyo o asistencia en la organización de las actividades diarias no son tan efectivas. Se necesita más evidencia e investigación en este rubro para su uso rutinario en la práctica clínica (3).

Impacto de no usar tratamiento

Estudios clínicos, epidemiológicos, de largo plazo y de seguimiento han mostrado que los adultos sin tratamiento para el TDAH, comparados con controles, tienen altas tasas de falla académica, estatus laboral menor, aumento en el riesgo y trastorno por uso de sustancias (alcohol, tabaco u otras), accidentes y delincuencia, y tienen menos relaciones sociales y amigos (3). Los pacientes con TDAH identificado en la edad adulta frecuentemente se quejan de no haber recibido tratamiento en la infancia, y sienten que su vida pudo haber sido diferente si lo hubiesen tenido. El tratamiento apropiado pudo haber prevenido accidentes y dificultades en el comportamiento en la escuela, el trabajo y en las relaciones con pares y compañeros. Después de décadas de no saber el diagnóstico ni sus necesidades, el diagnóstico actual ofrece una explicación a sus problemas lo cual es valioso para muchos pacientes y sus familias. El tratamiento del TDAH en el adulto puede influir en las dificultades psicosociales que resultan como una consecuencia de los síntomas de TDAH y pueden conducir a discapacidades en ciertas características asociadas y trastornos comórbidos, incluyendo los siguientes:

- Funcionamiento psicológico y autoconfianza
- Funcionamiento de relaciones familiares
- Funcionamiento interpersonal (más allá de la familia)
- Funcionamiento profesional/académico
- Déficits cognitivos
- Desempeño personal
- Riesgo de trastornos por uso de sustancias

Algoritmo de tratamiento óptimo

Al igual que en el tratamiento para niños, una aproximación multimodal de tratamiento debería considerarse para adultos con TDAH y trastornos comórbidos asociados. Idealmente, el plan de tratamiento debería incluir también a la familia y pareja del paciente y conocidos cercanos. La aproximación multimodal incluye:

- Psicoeducación sobre TDAH y trastornos comórbidos
- Farmacoterapia para TDAH y trastornos comórbidos
- Entrenamiento
- Psicoterapia cognitivo-conductual (individual y de grupo)
- Terapia familiar

Objetivo de tratamiento en TDAH comórbido

El tratamiento debe seguir a una evaluación diagnóstica cuidados del TDAH y trastornos comórbidos asociados. En el caso de comorbilidad, el plan de tratamiento integral debería contemplar tanto el TDAH como sus comorbilidades, el orden del tratamiento farmacológico dependiendo del tipo, la severidad y las comorbilidades. Generalmente, los trastornos de la salud mental deberían ser tratados primero, tal como en los pacientes ingresados con psicosis, depresión mayor, manía o adicción a sustancias; posteriormente el diagnóstico de TDAH y la necesidad de tratamiento pueden ser revisadas. Sin embargo, el tratamiento de trastornos de ansiedad o del humor moderados puede ser pospuesto después del tratamiento del TDAH y frecuentemente no se necesita tratamiento posterior para las comorbilidades pues suelen resolverse siguiendo un tratamiento efectivo del TDAH. Los síntomas como desmoralización y baja autoestima que siguen al TDAH y la inestabilidad afectiva, mejoran con solo tratamiento estimulante. Es decisión del clínico cual es la necesidad más importante para cada paciente con consejería especializada para los casos más complejos.

Con respecto a los trastornos por uso de sustancias, el TDAH es considerado un factor importante es su etiología, ya que la sustancias suelen ser utilizadas como auto-medicación y pueden aliviar síntomas como la inquietud, inatención, impulsividad y problemas del sueño (3); o pueden empezar a usarse como parte de los rasgos de búsqueda de estímulos (búsqueda de la novedad) que también están asociados al TDAH. En tales casos, el tratamiento para TDAH puede ayudar a los pacientes a detener el consumo de sustancias como auto-medicación, o puede reducir la conducta de búsqueda impulsiva de estímulos. No obstante, las revisiones sistemáticas no han provisto suficiente evidencia sobre mejoría apreciable en el TDAH cuando es tratado en la presencia de un TUS (51); y el abuso de alcohol y otras sustancias deberían ser objetivadas como un trastorno primario. Sin embargo, tratar el TDAH paralelamente a los TUS puede ser importante en algunos casos, particularmente cuando el TDAH es severo o cuando no hay un entendimiento ni compromiso para el programa de tratamiento.

No obstante, en algunos países, las leyes regulatorias no permiten la prescripción de estimulantes en pacientes con un TUS. Se debería interrogar a los pacientes sobre su uso de sustancias, registrarlo y animarlos a abandonar dicho uso. A pesar de las preocupaciones de que el tratamiento con estimulantes puede ser un factor de riesgo para abuso de sustancias, la literatura apoya la perspectiva de que el tratamiento estimulante para TDAH no tiene impacto en el abuso de sustancias ni en disminuir el riesgo de este mismo abuso (3).

Psicoeducación

La psicoeducación es el primer paso en el plan de tratamiento e incluye educar al paciente así como a la pareja y la familia sobre los síntomas y discapacidades del TDAH, su prevalencia en niños y adultos, las comorbilidades frecuentes, la heredabilidad, las disfunciones cerebrales, así como las opciones de tratamiento. En muchos casos proveer simplemente al paciente con esta información puede ayudar al entendimiento del paciente y otorgarle tranquilidad. Frecuentemente este proceso ofrece nuevas aclaraciones a sus problemas del pasado. Las dificultades en las relaciones muchas veces disminuyen debido después de compartir esta información con el paciente y los miembros de la familia. Los sentimientos de culpa y remordimiento pueden ser dejados atrás, y la red social del paciente puede empezar a restaurarse. Esta red social puede ser invaluable para el paciente durante el proceso de tratamiento. Informar al paciente sobre la existencia de grupos de autoayuda puede ser útil, permitiéndole integrarse y compartir información y experiencias, así como ganar serenidad y comprensión. Es necesario desarrollar programas de psicoeducación posteriores con objetivos específicos.

Farmacoterapia para el adulto

Los estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina, etc.) son la primera elección de tratamiento para el TDAH en niños y adultos, de acuerdo con un extenso y creciente cuerpo de evidencia concerniente a la eficacia y seguridad del tratamiento (13). La atomoxetina se considera usualmente como el tratamiento de segunda línea, seguido por otros no estimulantes como bupropión, guanfacina, modafinilo y antidepresivos tricíclicos, basados en los resultados de estudios controlados en diferentes grupos de edad (52-55).

Los estimulantes son efectivos en alrededor de 70% de los pacientes con TDAH en estudios controlados (3) dependiendo del diseño del estudio y la dosis máxima utilizada. El tratamiento con estimulantes no solo mejora los síntomas y las conductas incapacitantes asociadas con el TDAH, sino también mejoran los problemas relacionados como la baja autoestima, explosiones de ira, cambios en el humor, problemas cognitivos y función familiar y social. Los efectos secundarios usualmente son moderados y transitorios, consistiendo principalmente en cefalea, reducción del apetito, palpitaciones, nerviosismo, dificultades para el sueño y boca seca; pueden incrementar la tensión arterial y el ritmo cardíaco, pueden disminuir de peso, por ello los pacientes deberían ser evaluados en lo concerniente a estos asuntos previamente al inicio del tratamiento y ser monitoreados durante el mismo. Los estimulantes no están recomendados durante el embarazo, la lactancia y están contraindicados hasta ahora en trastornos psicóticos; aunque algunos especialistas han tratado con éxito el TDAH en pacientes con esquizofrenia estable manteniendo los antipsicóticos (3). Las contraindicaciones relativas son la hipertensión arterial, cardiopatías incluyendo angina, cardiomiopatía hipertrófica y arritmias; hipertiroidismo y glaucoma. Para estos trastornos, primero debería referirse a un especialista y ser tratados antes de iniciar un estimulante. Los estimulantes pueden ser usados en el autismo, con buenos resultados por lo general, aunque en algunos casos las características autistas pueden empeorar (3). Estudios recientes demuestran que tratar a niños con TDAH y trastornos por tics en seguro y efectivo. Los estimulantes tienen muy poco impacto en el umbral para crisis convulsivas y pueden ser usados en epilepsia.

Aunque los estimulantes son por mucho el mejor y más estudiado tratamiento para el TDAH, en muchos países aún existe resistencia en su uso, especialmente para adultos. La indecisión e incertidumbre acerca del uso apropiado de estimulantes, está relacionado con la historia de abuso de anfetaminas en el pasado, tanto para médicos, como para el público en general. Las autoridades de salud han administrado el metilfenidato, la misma clasificación de droga que las anfetaminas, y ambos se desempeñan de forma similar en ensayos tradicionales de abuso (56). El abuso potencial ha sido estudiado por Nora Volkow (Directora del National Institute of Drug Abuse, en EUA) que demostró que el potencial de abuso se relaciona a la ruta de administración, con un rápido aumento en los niveles de dopamina que siguen a la inyección o aspiración de estimulantes. En contraste, durante el uso clínico por vía oral, el metilfenidato provoca un aumento lento y estable de dopamina en el cerebro, lo que simula la elevación tónica neuronal, en lugar de los cambios dopaminérgicos rápidos asociados con los efectos de refuerzo parecidos a las drogas (3). En el estudio de Volkow, se encontró que el metilfenidato intravenoso no podía distinguirse de la cocaína por los adictos a esta última sustancia, mientras que no fue así con el metilfenidato oral. Por ello, el uso de fórmulas de liberación prolongada que tiene una elevación en suero lenta, son preferibles para reducir el potencial de abuso por diversión.

Interesantemente, estudios y experiencia clínicos apoyan la perspectiva de que el metilfenidato no conduce a la adicción a estimulantes u otras sustancias. Al contrario, se ha demostrado que tienen un impacto neutral o disminuido en el abuso de sustancias y el riesgo de recaídas (3). Además, los estimulantes no son adictivos desde la perspectiva clínica. Los adolescentes tratados desde la infancia generalmente usan menos medicación estimulante o lo suspenden en lugar de tomar más. Un problema común es la pobre adherencia o suspensión del tratamiento durante los años de la adolescencia. No hay evidencia clara de tolerancia a través del tiempo. Tampoco se ha asociado el uso de estimulantes con efectos adversos en el conducir, pero sí se ha asociado a mejoría en la concentración de pacientes con TDAH mientras están manejando. El principal problema con su uso y que ha sido reportado en numerosos estudios de EUA es la desviación inapropiada de los estimulantes, por padres que se automedican con el tratamiento de sus hijos, o su uso como reforzador cognitivo en estudiantes universitarios. Esto no debería, no obstante, desvirtuar el uso específico de los estimulantes para el tratamiento del TDAH y las dificultades asociadas en este tipo de pacientes.

La investigación continua en pacientes adultos y la educación sobre su eficacia y seguridad puede ayudar a superar estos problemas. La atomoxetina puede ser una alternativa al tratamiento con estimulantes para pacientes con TDAH y abuso de sustancias, aunque aún hay poco estudios que demuestren la superioridad sobre estimulantes en esta población de pacientes difíciles (3).

Tipos de estimulantes

En los Estados Unidos, existen más de 10 preparaciones diferentes de estimulantes desarrolladas para el tratamiento del TDAH, siendo los más recientes las formulaciones de acción prolongada del sistema OROS, las sales de anfetaminas

mezcladas, el dexametilfenidato y la lis-dexanfetamina (57, 58). Estas mejoras fueron necesarias debido a la vida media corta que conlleva a una duración de control de los síntomas más corta de las formulaciones de metilfenidato de liberación inmediata (2-4 horas) y de la dexanfetamina (3-5 horas). La necesidad de una duración de la acción más larga en adultos, requiere repetir la dosis de los estimulantes de liberación inmediata entre 3-4 ocasiones a lo largo del día en la mayoría de los casos, y aún más frecuentemente en otros, para evitar síntomas de rebote y lograr un mayor control de los mismos por el día y la tarde (3). La adherencia a tales regímenes de dosificación es pobre en pacientes con TDAH debido a los olvidos en su toma, la inatención y los problemas de auto-organización, conduciéndolos a la inestabilidad diaria por presencia de síntomas de rebote y la ineffectividad del tratamiento.

Las preparaciones de liberación prolongada tienen duración de su acción hasta por 6-14 horas, lo cual puede permitir la dosificación una sola vez al día, aunque muchos adultos aun necesitaran tomar la dosis 2 veces al día para un efecto de 12-16 horas al día. Actualmente las combinaciones de liberación inmediata y prolongada son frecuentemente prescritas en el adulto con el objetivo de ajustar el régimen de dosis a los requerimientos de cada paciente. Los esquemas de dosificación y dosis máxima diaria varían a lo largo de diferentes países (desde 0.3-1.5 mg de metilfenidato/kg/día). Sin embargo se recomienda ajustar la dosis de estimulante en adultos basados en la respuesta y la tolerabilidad. La vida media corta de los medicamentos sugiere que es más practico considerar la dosis máxima en términos de la máxima toma para cada punto del día, la duración de los efectos de cada dosis para el control de los síntomas de TDAH, y el número de dosis requerida para proveer control sintomático a lo largo del día; en lugar que la dosis máxima solo basados en el los mg/kg/día. Las diferencias individuales en la respuesta óptima a la dosis del estimulante suponen que la mejor aproximación es la titulación de la dosis para cada individuo, iniciando con una dosis baja e incrementándola a una dosis efectiva, mientras se vigilan de forma cuidadosa los efectos colaterales; y no ser determinada por la dosis ponderal.

Tratamientos farmacoterapéuticos de segunda línea

Para los adultos con TDAH que no responden a la terapia estimulante o que cursan con una condición en la cual los estimulantes están contraindicados, el fármaco no estimulante atomoxetina es una alternativa apropiada (3). La atomoxetina tiene una duración de acción de 24 horas y no tiene potencial de abuso. La atomoxetina puede estar indicada en pacientes con un TUS concurrente, inestabilidad afectiva o ansiedad social. Otras opciones comprenden medicamentos de larga duración como bupropión, modafinilo y guanfacina, que han sido todos investigados en TDAH (3). Los antidepresivos tricíclicos como desipramina han mostrado ser efectivo en adultos con TDAH. No obstante, estas opciones de manejo deben ser considerados agentes de cuarta línea debido a sus efectos secundarios y el valor limitado que tienen en el tratamiento de los síntomas de inatención comparados con los estimulantes.

En casos complicados con comorbilidades, la experiencia clínica indica que el tratamiento puede ser combinado con antidepresivos y estabilizadores del estado de

ánimo, aunque aún no existen estudios controlados para ello. Una revisión reciente de las interacciones farmacológicas en el tratamiento para el TDAH concluyó que aparentemente el metilfenidato está más implicado en las interacciones farmacocinéticas, sugestivo de una posible inhibición metabólica, mientras que la anfetamina estuvo más involucrada en interacciones farmacodinámicas y puede estar influida potencialmente por fármacos que afecten al citocromo P450 (CYP2D6) (59). Solo están contraindicados con el uso de estimulantes los inhibidores de la mono-amino-oxidasa (IMAO). Otros medicamentos como los antidepresivos y antipsicóticos, pueden ser administrados al mismo tiempo que estimulantes pero en unos pocos casos con ajuste de las dosis de cualquiera de los medicamentos. Finalmente no existe evidencia consistente sobre estudios aleatorizados para el uso de suplementos alimenticios como los ácidos grasos omega-3 para el TDAH (3).

Entrenamiento y Terapia Cognitiva Conductual

La farmacoterapia por sí misma no es suficiente para estabilizar los muchos problemas de adultos con TDAH. El entrenamiento provee una terapia estructurada y de apoyo, ya sea individual o en sesiones de grupo. Pretende enseñar habilidades para la identificación práctica y resolución de problemas. Debido a una historia de deterioro progresivo, típicamente los adultos con TDAH no han aprendido habilidades prácticas para la organización y pueden haber desarrollado pobre capacidad de afrontamiento y conductas inapropiadas en respuesta a las incapacidades asociadas con el TDAH.

Un programa de entrenamiento debería incluir:

- Aceptación del trastorno
- Aprender a tratar con el manejo
- Aprender a limitar actividades a “una meta a la vez”
- Organización de la casa, administración, finanzas
- Lidar con las dificultades en las relaciones y el trabajo
- Aprender a iniciar y completar tareas
- Entender las respuestas emocionales asociadas con el TDAH

Estos componentes del entrenamiento también son dirigidos por la terapia cognitiva conductual para el adulto con TDAH. De acuerdo a la experiencia clínica, muchos adultos pueden beneficiarse de una terapia de apoyo y/o cognitiva conductual en combinación con farmacoterapia. Otras formas de terapia psicosocial o familiar pueden ayudar con las incapacidades asociadas con el TDAH, tales como los problemas con las relaciones o la baja autoestima. Los objetivos de la psicoterapia apuntan a la adaptación del paciente con TDAH a un trastorno debilitante a lo largo de la vida y que puede coexistir con síntomas comórbidos.

Las investigaciones actuales no apoyan la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos como único tratamiento para el TDAH del adulto, ni tampoco como atenuante de los síntomas centrales del TDAH. No obstante, son considerados un importante tratamiento adyuvante para personas que prefieren una aproximación más

psicológica o cuando los síntomas residuales de otras comorbilidades permanecen. La terapia cognitiva conductual (TCC) tiene una fuerte evidencia para el tratamiento de algunas comorbilidades asociadas con el TDAH, pero aún hay pocos estudios controlados en adultos. Los tratamientos psicológicos pueden jugar un papel crítico en el manejo de adultos con TDAH que se encuentran motivados y están listos en cuanto a su desarrollo para adquirir nuevas habilidades después de la remisión sintomática (3). Safren y cols. compararon grupos tratados con TCC y medicamentos con grupos tratados solo con medicamentos y encontraron mejorías importantemente significativas para los síntomas de TDAH, depresión y ansiedad en el grupo combinado. Las estrategias alternativas se han enfocado en fortalecer las funciones corticales (ejecutivas) en diversos estudios indicando los efectos del tratamiento en el TDAH usando técnicas como entrenamiento de la memoria y neuroretroalimentación y terapia cognitiva en niños y entrenamiento meta-cognitivo en adultos (3).

Pronóstico y costos

Los adultos con TDAH presentan una condición crónica que inicia durante la infancia. Los detalles precisos de la presentación clínica pueden cambiar con la edad y las demandas de la vida adulta, pero son ampliamente similares a aquellos vistos en los niños. Como el tratamiento farmacológico para el TDAH no cura el trastorno y algunos de los síntomas o todos ellos pueden continuar después de la discontinuación del tratamiento, el manejo farmacológico y psicosocial a largo plazo puede ser necesario. El pobre pronóstico a largo plazo del TDAH sin tratamiento tiene implicaciones para los costos de la enfermedad. En los niños, la carga económica del TDAH ha sido estimada en aproximadamente el doble que en controles normales, debido los ingresos de pacientes sustancialmente mayores así como a las visitas de urgencia y hospitalizaciones de pacientes ambulatorios. La carga económica del paciente adulto con TDAH ha sido estudiada y muestra el mismo patrón que en niños con costos de la enfermedad mayores a los controles normales, menor productividad, más accidentes y mayores costos de cuidados de la salud (3).

Relación entre TDAH y delincuencia

El TDAH se hace cada vez más importante para la Psiquiatría de adultos así como para la Psiquiatría Forense, debido al hecho de que existe una alta proporción de persistencia en la adultez (61) y a que está asociado muy frecuentemente a problemas de mala adaptación social, pobre funcionamiento laboral, interpersonal, individual, problemas en las actividades de la vida diaria y para el control afectivo mostrando una alta prevalencia de presencia de inestabilidad emocional entre esta población (62, 63). Existe considerable evidencia de que el TDAH está asociado con problemas de conducta y mala adaptación social que a lo largo de la vida conducen a conductas delictivas, empeorando aún más las incapacidades antes mencionadas (60).

Entre la evidencia mencionada se han llevado a cabo múltiples estudios en población penitenciaria alrededor del mundo, encontrado muy diferentes resultados y datos estadísticos que indican en algunos contradicciones entre sí, pero coincidiendo en un

punto importante: la prevalencia del TDAH entre la población carcelaria es mucho mayor que lo que sugieren datos elaborados en muestras de población general. Por ejemplo Westmoreland, et.al. (2010) menciona en un estudio de 319 reclusos masculinos que el TDAH estuvo presente en el 21.3% de los sujetos (64). Cahill y cols. (2012), en una muestra de 3,962 prisioneros (3,439 hombres y 523 mujeres) reporta que la tasa de prevalencia general de TDAH fue de 10.5%, la cual es sustancialmente más alta que aquella entre adultos de la población general (2-5%) y que la tasa de prevalencia en mujeres reclusas (15.1%) fue más alta que entre los varones (9.8%) de acuerdo a estudios previamente realizados. El subtipo de TDAH más prevalente para ambos géneros fu el hiperactivo-impulsivo. El subtipo combinado y el subtipo inatento de TDAH tuvieron más altos niveles de psicopatologías comórbidas que el subtipo hiperactivo-impulsivo (65). Otro autor Sanz-García (2010) reporta haber encontrado una prevalencia en la población penitenciaria de hasta 39% (66). Rösler (2004) lleva a cabo una diferenciación en la descripción de la prevalencia de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV y la ICD-10, encontrando diferencias en la tasa de acuerdo a la clasificación utilizada, describiendo que: la prevalencia general del TDAH de acuerdo al DSM-IV fue de 45 %. La prevalencia del trastorno de la actividad y la atención y el trastorno de conducta hiperquinético de acuerdo a los criterios de investigación de la ICD-10 fue de 21.7 % (67). Como podemos apreciar aunque las estadísticas son variables de acuerdo al instrumento y la clasificación utilizadas para su detección, la prevalencia del TDAH se encuentra incrementada entre delincuentes comparada con la población general, lo cual nos indica que el pasar por alto el diagnóstico de esta entidad psiquiátrica puede tener serias implicaciones no solo en el funcionamiento del paciente, sino también en la estructura social de la que forma parte.

Además de esto, se ha encontrado que los prisioneros diagnosticados con este trastorno de déficit de atención con hiperactividad tienen una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. En un estudio llevado a cabo en Brasil se reportó que en una muestra de 497 prisioneros, las tasas de prevalencia encontradas en los sistemas penitenciarios cerrados y semiabiertos, respectivamente, fueron como sigue: depresión 17.6% y 18.8%; trastorno bipolar 5.2% y 10.1%; trastornos de ansiedad 6.9% y 14.4%; trastorno límite de personalidad 19.7% y 34.8%; trastorno antisocial de la personalidad 26.9% y 24.2%, dependencia al alcohol 26.6% y 35.3%; adicción a sustancias 27.9% y 32.4%; psicosis 1.4% y 12.6%, TDAH en la infancia 10.3% y 22.2%, y TDAH en el adulto 4.1% y 5.3% (68). En otro estudio donde se midieron trastornos del eje I concurrentes con pacientes diagnosticados con TDAH y un grupo sin diagnóstico de TDAH, se reporta que en este último grupo presentaron: 40.6% trastorno de ajuste; 34.8% trastorno de ansiedad; 8.7% trastorno depresivo mayor, 2.9% esquizofrenia; 2.9% trastorno bipolar; 1.4% otro trastorno psicótico y 1.4% trastorno obsesivo compulsivo. No hubo diferencias estadísticamente significativas en términos de comorbilidades del eje II. El 64.4% del grupo de pacientes con TDAH habían sido diagnosticados con un trastorno de la personalidad, en comparación con 37.7% del grupo control. Los trastornos de personalidad más frecuentes en el grupo de pacientes con TDAH fueron TLP con 42% vs. 14.5% del grupo control. Dentro del grupo de pacientes con trastorno de la personalidad encontramos que el 39.5% cumplía criterios para TDAH. Este porcentaje se elevó a

65.5% en el caso de pacientes cuyo trastorno de personalidad fue el TLP. Como podemos observar el TDAH es un diagnóstico altamente prevalente en prisiones y la principal comorbilidad observada es el TLP. Esta alta comorbilidad junto con la similaridad en los síntomas presentados en ambos diagnósticos podría hacernos preguntarnos si alguno de los sujetos diagnosticados con TLP podría no presentar dicho diagnóstico y sea solo un TDAH (69).

Por si fuera poco, se encuentra una asociación significativa entre la historia infantil de TDAH y trastornos disociales y límite de la personalidad (70). Esta frecuente comorbilidad ha conducido a los investigadores a explorar factores de personalidad, temperamento, familiares, genéticos, de agresión y otros como posibles vínculos entre estos dos trastornos (71). Por ejemplo, Retz (2004) llevó a cabo un estudio en el que se utilizaron escalas como el NEO-five factor personality inventory (NEO-FFI) y la youth self report/young adult self report (YSR/YASR) de acuerdo con Achenbach para la evaluación de la psicopatología y la descripción de problemas conductuales. En lo que se refiere al WRI y al YSR/YASR, encontraron un aumento significativo de problemas emocionales e internalizados en el grupo con TDAH comparado con delincuentes sin TDAH o con historia de TDAH. Los delincuentes con TDAH tuvieron puntuaciones más altas en la dimensión de personalidad de neuroticismo y puntajes más bajos en las dimensiones de agradabilidad y conciencia. Usando un análisis discriminativo, se encontró que los mejores predictores para el diagnóstico de TDAH fueron los altos puntajes de las subescalas del WRI desorganización y dificultades en la atención y la de neuroticismo del NEO-FFI. Los resultados apoyan los hallazgos iniciales de una alta prevalencia de TDAH en prisioneros y sugiere que los problemas emocionales e internalizados son problemas prominentes en esta población (60). Como sabemos, también se ha asociado el TDAH a la psicopatía lo que podría explicar el aumento de la prevalencia en la población criminal, sin embargo los datos no son claros. En otro estudio que intentó demostrar la correlación de la psicopatía y el TDAH se encontró que los pacientes hombres con TDAH tuvieron puntajes más altos comparados con los hombres y mujeres sanos en las escalas de externalización de culpa, inconformidad rebelde y planificación descuidada. Independientemente del género, los pacientes con TDAH tuvieron puntajes más bajos en inmunidad al estrés e insensibilidad. Estos datos especifican los previamente documentados entre TDAH y psicopatía y sugieren que solo las características conductuales de la psicopatía están afectadas en el TDAH, mientras que las emocionales no (72). Así pues se puede concluir que

Aunado a estas descripciones sobre las características de la personalidad de los delincuentes con TDAH y su asociación con trastornos de la misma personalidad, se han descrito en pacientes reclusos graves alteraciones conductuales, ya que el TDAH también se ha asociado a conducta agresiva, historia de abuso de sustancias y mayor probabilidad de ser sancionados en prisión (73). Se ha constatado que los criminales jóvenes con TDAH sintomático tienen un alto número de infracciones en la disciplina. En particular, los síntomas de hiperactividad/impulsividad están asociados con infracciones de naturaleza violenta y no violenta (74). Rösler (2008) ha tratado de ir más allá y caracterizar a los pacientes de acuerdo al tipo de delito cometido que originó su reclusión y en su estudio

demonstró que las personas con TDAH son más frecuentemente criminales reincidentes y que la prevalencia del TDAH es baja en crímenes relacionados con engaños y algunos tipos de crímenes contra la propiedad y relativamente alto en ofensas sexuales, crímenes de drogas y con violencia reactiva, pero no proactiva (62).

Desde el punto de vista evolutivo del padecimiento el TDAH se ha asociado, como ya se mencionó previamente al Trastorno de Conducta lo cual explicaría su progresión a la conducta criminal y el encarcelamiento de estos individuos. En la revisión aquí presente hemos resaltado que en poblaciones penitenciarias y forenses, el TDAH se asocia casi siempre con trastornos de conducta. Nuevamente en el estudio de Rösler (2008) en el que se tomó una muestra de niños y adolescentes con diversos tipos de conducta delictiva, encontramos que exclusivamente los pacientes con TDAH y Trastorno de conducta (TC) y no aquellos con solo TDAH están en riesgo de desarrollar trastorno disocial de la personalidad o criminalidad. Aproximadamente el 50% de todos los niños con TDAH mostraron comorbilidad posterior con TC. Casi la mitad de los individuos con TDAH y TC tienen concurrencia con trastorno de personalidad antisocial. En lo que se refiere a mecanismos patogénicos compartidos de TDAH y TC no se conoce mucho. Cuando se comparan criminales con y sin TDAH aparentemente los individuos con TDAH inician sus crímenes en una edad más temprana (62). Encontramos también evidencia de que los delincuentes con síntomas de TDAH en la infancia cometieron más tarde crímenes relacionados con drogas, agravios a la propiedad y asaltos (61). Datos adicionales nos hacen ver que los ofensores con trastorno antisocial de la personalidad y TDAH tienen un riesgo suicida más elevado, más altas tasas de comorbilidad, peores problemas mentales y de funcionamiento general (70) y peor calidad de vida (64).

Todos estos datos aquí expuestos deberían ser una advertencia, tanto para el personal médico de primer contacto, como para especialistas en la materia de que el TDAH del adulto se está convirtiendo en un problema no solo de salud pública, sino de índole social que está afectando no solo al individuo que lo padece y a su familia, sino los grupos en los que se desenvuelve. Pero, ¿Qué se hace con respecto al tratamiento de estos pacientes criminales? ¿Se les debería dar tratamiento o la sola reclusión y la historia natural de la enfermedad debería encargarse de los síntomas de estos pacientes? Sabemos que en los sistemas penitenciarios existe personal calificado para proporcionar el manejo integral a este tipo de pacientes en caso de requerirlos, sin embargo, ¿Se está haciendo lo suficiente?

Sanz-García (2010) llevó a cabo un estudio en el cual se incluyeron 114 hombres recluidos en prisión. Se reunieron datos demográficos y clínicos registrados en su historia clínica y se les aplicó el instrumento ASRS - V1.1. En aquellos pacientes que se encontraron puntajes sugerentes de la presencia de TDAH, se les realizó un estudio clínico para confirmar el diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM-IV TR, y se revisó el tratamiento farmacológico que se estaba otorgando a estos pacientes en el centro penitenciario. Este autor reporta que de todos los participantes, 39% fueron diagnosticados con TDAH. El promedio de medicamentos psicotrópicos usados en pacientes con diagnóstico de TDAH fue de 3.5, comparado con 2.3 para pacientes sin el

diagnóstico de TDAH. Entre las diferentes familias de medicamentos psicotrópicos, los estabilizadores del estado de ánimo fueron utilizados en el 18% de los pacientes con TDAH en comparación con el 6% del grupo sin TDAH. De los pacientes con TDAH 53% recibieron un ansiolítico, 38% recibieron 2 y 2% recibieron 3 o más. Solo el 7% no recibieron ansiolíticos. Del grupo sin TDAH, 22% no recibió nada, 62% recibió 1, 13% recibió 2 y el 3% 3 o más. Con respecto a los antipsicóticos, 67% de los pacientes con TDAH estaban tomando uno (45% tomando 1, 20% tomó 2 y 2% 3 o más) comparados con el grupo control de los cuales 38% estaban tomando 1 antipsicótico y el 6% estuvo tomando 2 (56% no tomaba antipsicótico). No hubo diferencias en el número de prescripciones de antidepresivos (66). Según este estudio podemos concluir que los pacientes recluidos con TDAH no diagnosticado están recibiendo un mayor número de drogas psicotrópicas que otros pacientes psiquiátricos. Llama la atención que los grupos farmacológicos más prescritos en pacientes con TDAH no diagnosticado sean aquellos que pueden producir más déficits de atención (antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y ansiolíticos) y que tienen un riesgo de dependencia mayor (ansiolíticos) sin considerar que los pacientes con TDAH tienen un riesgo más elevado en el abuso de sustancias tal como dice la literatura. Por lo que es necesario hacer un diagnóstico adecuado de TDAH para tratar a estos pacientes de una forma más apropiada (66). Además, se ha demostrado que el tratamiento farmacológico apropiado, como las formulaciones de liberación sostenida de metilfenidato mejoran los síntomas de TDAH en severidad y mejoran el funcionamiento global de criminales con este diagnóstico (75).

De acuerdo a lo antes presentado, podemos concluir que la presencia de TDAH debería alertar al personal penitenciario ya que los criminales con TDAH requieren servicios de salud mental más intensivos (64), que los prisioneros deberían ser sometidos de forma rutinaria a un tamizaje para TDAH que ayude a identificar a aquellos que podrían beneficiarse de una evaluación comprensiva para determinar quien pueda tener TDAH y problemas asociados (65). Esto indica la urgente necesidad de contar con más expertos en psiquiatría para atender a esta población desde jóvenes (67), ya que hay evidencia de que los delincuentes pueden beneficiarse de una terapia adecuada al inicio de su carrera criminal (61).

No obstante la información que se reporta en los diferentes estudios, existe muy poca información de la relación entre criminalidad y TDAH en el sexo femenino, ya que la mayoría de estudios se llevan a cabo en poblaciones masculinas, y como en el estudio general del trastorno, en esta área específica no se aborda una diferenciación entre las características de las mujeres que han sido detenidas o han cometido algún delito y su relación con el padecimiento que nos ocupa. Hemos descrito algunos resultados que diferencian entre la prevalencia de acuerdo al sexo de los participantes y parece ser que en las mujeres es mayor que en los hombres, lo cual debería llamar nuestra atención sobre las acciones que se llevan a cabo para su detección y manejo integral. Contamos con datos de Rösler (2009) que en una investigación llevada a cabo en 110 prisioneras (mujeres) a quienes se aplicó las entrevistas SCID-I y -II, reporta que la prevalencia a lo largo de la vida de TDAH fue del 24.5% y de 10% para el TDAH persistente según criterios del DSM-IV. También destaca una disminución en la prevalencia del TDAH

persistente con la edad desde 17.9% (<25 años), 10% (26-45 años) y 0% (>45 años). Las prisioneras con TDAH fueron más jóvenes en su primer internamiento comparadas con aquellos que no lo tienen y mostraron un periodo de estancia más largo en relación con la edad. La prevalencia de otros trastornos del eje I fue significativamente más elevada en mujeres con TDAH. El uso de sustancias (especialmente estimulantes) fue más alta en mujeres con TDAH, así como el TLP y los trastornos de la alimentación. Parece que el TDAH es particularmente frecuente en adolescentes y adultas jóvenes e incrementa el riesgo de morbilidad psiquiátrica posterior. Estos resultados indican la necesidad de apoyo psiquiátrico adecuado para mujeres reclusas incluyendo programas terapéuticos para TDAH (63) así como una mayor investigación sobre las características de la población femenina penitenciaria.

Conclusiones

El TDAH persiste en la edad adulta en la mayoría de sujetos con compromiso psicosocial significativo y altas tasas de comorbilidad que conducen a altos niveles de angustia y una carga económica sustancial para la sociedad si se deja sin identificar y sin tratamiento. La persistencia a lo largo de la vida de síntomas e incapacidades del TDAH es el sello distintivo de este trastorno en la mayoría de los casos. El diagnóstico debería incluir una elaboración psiquiátrica extensa, incluyendo un registro detallado de la historia del desarrollo, tanto actual como retrospectiva, de los síntomas de TDAH y los compromisos asociados, antes de iniciar un tratamiento. Para prevenir el subregistro de síntomas, la validación externa es indispensable mediante la recolección de información de personas relevantes. Se recomienda un tratamiento multimodal, comprendiendo la psicoeducación, farmacoterapia, terapia de entrenamiento o TCC, e idealmente incluir a la pareja del adulto, la familia y amigos cercanos.

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN:

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un padecimiento neuropsiquiátrico altamente prevalente entre la población infantil que cobra cada vez mayor importancia para la Psiquiatría general ya que persiste en la edad adulta en la mayoría de sujetos con compromiso psicosocial significativo y altas tasas de comorbilidad que conducen a altos niveles de angustia y una carga económica sustancial para la sociedad si se deja sin identificar y sin tratamiento apropiado. Además, está asociado muy frecuentemente a problemas de mala adaptación social, problemas en las actividades de la vida diaria y también está asociado con problemas de conducta que a lo largo de la vida conducen a conductas delictivas, empeorando aún más las incapacidades antes mencionadas.

Se ha demostrado la prevalencia de TDAH se encuentra elevada entre prisioneros. Existen pocos estudios de TDAH en prisioneros adultos, y aún más pocos que hayan considerado el TDAH en prisioneros adultos por género, especialmente, el género

femenino. Se ha comprobado que existe una gran necesidad de apoyo psiquiátrico adecuado para mujeres reclusas incluyendo programas terapéuticos para TDAH así como una mayor investigación sobre las características de la población femenina penitenciaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Es necesario conocer la prevalencia del TDAH en mujeres que hayan cometido algún delito y se encuentren recluidas y si existe una relación entre este antecedente y el tipo de delito cometido para poder proveer una mejor atención de calidad y así establecer un fundamento que permita generar más investigaciones relacionadas con diversas variables que pudieran intervenir en la vida integral de las pacientes y ofrecer abordajes más precisos para solucionar los problemas de la población mexicana con este tipo de padecimiento.

¿Cuál es la frecuencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la población penitenciaria femenina?

¿Existe alguna relación entre el diagnóstico de TDAH y el tipo de delito cometido por mujeres recluidas en una cárcel de México?

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia de historia de TDAH en una muestra de prisioneras en una cárcel de México.

Describir si existe una relación entre la historia de TDAH con el tipo de delito que ocasionó la reclusión de la muestra.

Servir como un antecedente en la investigación de la relación entre la existencia de TDAH y el tipo de delito cometido en mujeres reclusas de México que permita producir más estudios en la búsqueda de una mejor calidad de atención en estos pacientes.

HIPÓTESIS:

Existe una alta frecuencia de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en población penitenciaria femenina que no ha sido identificada.

Existe una relación entre la existencia de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el tipo de delito cometido.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Considerando que la prevalencia que se reporta en estudios previos de la presencia de TDAH en individuos reclusos es de aproximadamente 40% y de acuerdo a la siguiente fórmula (79):

$$n = \frac{Z\alpha^2 PQ}{T^2}$$

Se obtiene una muestra de 96 pacientes que puede redondearse a 100.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

1. Variables dependientes
 - a. Datos sociodemográficos (edad, ocupación previa, estado civil, etc.).
 - b. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. Variable independiente
 - a. Tipo de delito cometido que causó la reclusión.

MUESTRA:

1. Criterios de selección
 - a. Mujeres ingresadas en el Penal de Sta. Martha.
2. Criterios de inclusión
 - a. No aplica ya que se llevará a cabo de manera aleatoria.
3. Criterios de exclusión
 - a. Mujeres que no deseen participar en el estudio
 - b. Mujeres que no autoricen su participación en el estudio
 - c. Pacientes que contesten de una forma incorrecta o incompleta los instrumentos de evaluación del estudio.
 - d. Que presenten cualquier déficit sensorial (visual o auditivo) o motor que dificulte la escritura.
 - e. Que no hablen el idioma castellano o tengan dificultad para comunicarse.
 - f. Que presenten deterioro cognoscitivo o retraso mental.
 - g. Que previamente tengan un trastorno psiquiátrico o que tomen psicofármacos.
 - h. Que estén recibiendo tratamiento psicológico.

TIPO DE ESTUDIO:

Transversal, descriptivo, prolectivo, correlacional.

INSTRUMENTOS:

1. Wender-Utah Rating Scale (WURS)

Es una escala para adultos desarrollada por Ward y cols. Para realizar una evaluación retrospectiva de la sintomatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia. Consta de un total de 61 ítems que cubren 3 áreas de la infancia del individuo:

- 42 ítems describen el comportamiento típico del TDAH durante la infancia: manifestaciones de distraibilidad, hiperactividad e impulsividad. De estos ítems 25 son los que mejor discriminan entre haber tenido o no un TDAH durante la infancia, y son los que constituyen la escala propiamente dicha (aparecen sombreados en la escala).
- 7 ítems recogen información sobre problemas médicos en la infancia.
- Los 12 ítems restantes se refieren a problemas escolares y académicos.

Se trata de un instrumento autoaplicado. El paciente ha de contestar cada uno de los ítems utilizando una escala tipo Likert de 5 grados, que oscila entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho). Proporciona una puntuación total suma de las puntuaciones en los 25 ítems seleccionados discriminantes. El punto de corte recomendado es de 32 en los 25 ítems discriminantes. Asimismo, se puede obtener una puntuación total de los 61 ítems y puntuaciones para cada una de las 3 áreas evaluadas: síntomas de TDAH en la infancia, problemas médicos en la infancia y problemas escolares-académicos.

Existe una versión validada al español por Rodríguez-Jimenez (76). Ha sido validada en varios idiomas, incluyendo el español en población mexicana por Lara Muñoz y colaboradores en 1998 (78) en la Universidad Autónoma de Puebla con una población de 946 sujetos. El punto de corte aceptado para esta versión es de 46. (Ver anexos).

2. Escala de cribado de TDAH en adultos (ASRS V.1.1)

Diseñada por la OMS para evaluar la presencia de los 18 síntomas del criterio A para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto según el DSM-IV. Consta de 18 ítems agrupados en 2 secciones:

- La sección A, constituida por los primeros 6 ítems, es en sí misma la escala de cribado y fue construida seleccionando de los 18 ítems originales los que mejor predecían el diagnóstico de TDAH.
 - Los 4 primeros evalúan la inatención.
 - Los 2 últimos evalúan hiperactividad.
- La sección B, son los 12 ítems restantes de la selección de 18 ítems originales. Proporciona información cualitativa adicional.

Se trata de un instrumento autoaplicado. El paciente ha de contestar según una escala de Likert de frecuencia de 5 grados desde 0: nunca, hasta 4: muy a menudo. El marco de referencia temporal es los últimos 6 meses.

La puntuación total de la sección A (escala de cribado) se obtiene sumando los puntos en cada uno de los 6 ítems.

- Existen 2 opciones de puntuación; de 0 a 4, lo cual da una puntuación total que oscila entre 0 y 24, y de 0 a 1 (las casillas sombreadas de la escala valen 1 y las blancas 0) que dan una puntuación de 0 a 6.
- Los puntos de corte propuestos en ambas opciones de puntuación son:
 - De 0 a 24:
 - 0-12: no es un caso de TDAH.
 - 13-24: probablemente es un caso de TDAH.
 - De 0 a 6:
 - 0-3: no es un caso de TDAH.
 - 4-6: probablemente es un caso de TDAH.

La versión validada en población mexicana fue llevada a cabo por Reyes (2009) en población universitaria (77). (Ver anexos).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

- Frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.
- Medias y desviaciones estándar para las variables continuas.
- Se realizó la prueba de análisis correlacional de Pearson para determinar si existe alguna relación entre la presencia de TDAH y el tipo de delito cometido.
- Para la comparación entre variables se usó estadística no paramétrica, usando χ^2 para variables categóricas (test exacto de Fisher cuando aplicara). Además se corrió un modelo de regresión logística para evaluar la potencial relación y predicción de la variable-respuesta con las principales características clínicas (positivo o negativo a los test de WURS y ASRS) y sociodemográficas, derivadas del análisis bivariado. Este análisis fue realizado usando el paquete estadístico STATA 11.11 (STATA Statistical Software [Stata Corp., College Station, TX, USA]).

PROCEDIMIENTO.

- Se realizó una selección aleatoria de cien internas del Centro de Readaptación Social Femenil de Sta. Martha, de estos sujetos se seleccionó a aquellas que cumplieron con criterios de inclusión y que desearon participar en el estudio.
- Se hizo una invitación a participar en el estudio, la explicación pertinente y firma de consentimiento informado.
- Se otorgó un número de cédula de participante para confidencialidad.
- Se realizó la aplicación de cédula de datos sociodemográficos y aplicación de instrumentos de investigación.

- En la detección de riesgo del padecimiento estudiado se informó a las autoridades pertinentes con el número de cedula confidencial para referir al servicio de Psiquiatría y realizar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento adecuado para cada caso.
- Se calificaron escalas, y se realizó la tabulación de datos y análisis estadístico, correlacionando los datos encontrados para arrojar resultados y conclusiones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Declaración de Helsinki (Anexo 2).
- Participación voluntaria.
- Consentimiento informado.
- Libertad de abandonar el estudio sin repercusiones.
- Confidencialidad: código numérico.
- En caso de detección de riesgo del padecimiento estudiado se informará a las autoridades pertinentes con el número de cedula confidencial para referir al servicio de Psiquiatría y realizar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento adecuado para cada caso.

RESULTADOS

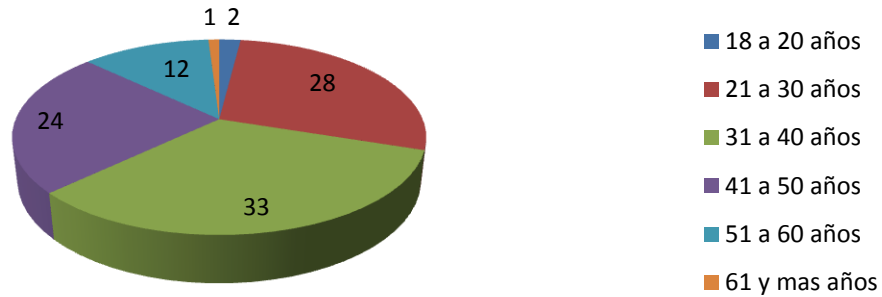
En total se entrevistaron a cien internas del Centro de Readaptación Femenil Santa Martha Acatitla. Se aplicaron los instrumentos de investigación (Cédula de datos sociodemográficos, ASRS y WURS) arrojando los siguientes resultados que se expondrán de acuerdo a las variables investigadas.

1. Variables sociodemográficas

Edad

El promedio de edad de la muestra fue de 37.16 (± 10.72) años, siendo la menor de ellas 18 años y la máxima 66 años, con una moda de 34 años (figura 1). Al llevar a cabo análisis bivariado para evaluar la relación de esta variable con la presencia de antecedente de TDAH o del padecimiento en el adulto no encontramos significancia estadística con ninguna de estas variables, así como tampoco con el tipo de delito cometido, lo cual nos sugiere que la edad no es un factor que intervenga en la comisión de delitos ni es relevante en cuanto a la presencia de síntomas de TDAH en mujeres encarceladas.

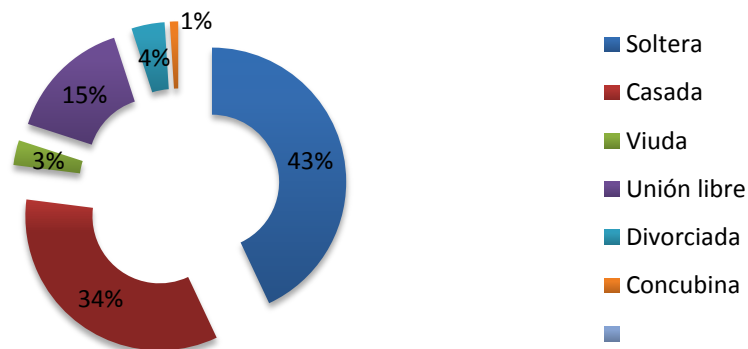
FIG. 1. Tabla de frecuencias de edades



Estado civil

En cuanto a esta variable, el 43% de los sujetos se refiere como solteras, 34% casadas y 15% en unión libre siendo estos los estados civiles más frecuentemente encontrados (Fig. 2). En cuanto al análisis estadístico llevado a cabo no encontramos tampoco significancia estadística en relación con la presencia de TDAH del adulto ($p = 0.712$), así como tampoco con el antecedente de TDAH en la infancia ($p = 0.862$); por lo que esta variable no es significativa en relación con la presencia de TDAH ni con el cometer algún delito.

TABLA 2. FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL



Al comparar el estado civil con la presencia o ausencia de TDAH en la infancia (WURS) no se encontró una asociación significativa entre la presencia del TDAH con los diferentes tipos de estado civil ($p < 0.67$) ya que no hubo predominio de este trastorno en ninguno de los tipos reportados de esta variable. Asimismo al compararlo con la presencia de TDAH en el adulto (ASRS) no encontramos tampoco un predominio de este trastorno en cada uno de los tipos de civilidad de los sujetos de la muestra ($p < 0.41$).

Escolaridad

Con respecto a la escolaridad se halló que el 33% de las internas completaron estudios de secundaria, el 13% solo concluyó educación primaria y el 17% culmina estudios de bachillerato, y únicamente el 8% terminan licenciatura (Tabla. 1). En lo que se refiere al análisis correlacional encontramos que efectivamente el grado de escolaridad de los individuos de la muestra está relacionado con la presencia síntomas de TDAH del adulto ($p = 0.022$), lo cual no ocurrió con el antecedente de TDAH en la infancia ($p = 0.625$), así como tampoco en el análisis de regresión logística.

Grado escolar	Frecuencia (%)
Primaria incompleta	10
Primaria completa	13
Secundaria incompleta	5
Secundaria completa	33
Bachillerato incompleto	5
Bachillerato completo	17
Licenciatura incompleta	3
Licenciatura completa	8
Carrera técnica-comercial	6
Posgrado	0
TOTAL	100

Cuando se comparó la presencia de TDAH en la infancia (WURS) con los diferentes niveles de educación reportados por las reclusas encontramos que no hubo predominio del trastorno en ninguno de ellos y por tanto, no hay significancia estadística ($p < 0.18$). En lo que respecta al TDAH en el adulto pudimos encontrar que éste se aprecia mayormente en las delincuentes con nivel de estudios de primaria y secundaria ($p < 0.004$), no así en los demás niveles académicos.

Religión

Respecto a creencias religiosas el 78% de los sujetos de investigación se describieron como católicas, el 18% como cristianas y el 4% restante mencionan otras o ninguna religión (Tabla 2). Tampoco encontramos relación estadísticamente significativa entre la religión profesada por las internas y el resultado de las pruebas para detección de TDAH ($p = 0.909$ para ASRS, y $p = 0.922$ para WURS). No obstante, llama la atención que en el análisis de regresión logística obtuvimos un resultado estadísticamente significativo con un valor de $p = 0.058$ (OR 12.84, Intervalo de confianza a 95% = 0.917) para la religión Cristiana en relación con el resultado positivo de ASRS, lo cual nos indica que las internas que profesan esta religión tienen más probabilidad de padecer el TDAH en la edad adulta, en comparación con las que tienen otra creencia. También es notable que se haya dado este hallazgo, dado que hubo una mayor proporción de sujetos con religión Católica, aunque tal vez clínicamente carezca de valor este resultado.

TABLA 2. FRECUENCIA DE RELIGION	
Religión	Frecuencia (%)
Católica	78
Cristiana	18
Testigo Jehová	1
Ninguna	2
Yoruba	1
TOTAL	100

Al comparar las creencias religiosas reportadas por las reclusas con la presencia de TDAH en la edad adulta (ASRS) no encontramos una relación estadística significativa ($p < 0.9$) no habiendo predominio de este trastorno en los diferentes cultos. Lo mismo sucedió con la presencia o ausencia de TDAH de la infancia ($p < 0.6$) no habiendo relación entre estas variables.

Ocupación previa al ingreso al Centro de Readaptación Social

En lo que concierne a la ocupación previa a su ingreso al penal, el 31% se dedicaban al comercio, 2% al comercio ambulante, 23% dedicadas al hogar, 16% como empleadas en diversas instituciones, y del restante 28% la ocupación más frecuente fue estudiante y secretariado (Tabla 3). No se encontró tampoco para esta variable una significancia estadística en cuanto a su comparación con el resultado de ASRS ($p = 0.832$) ni con el de WURS ($p = 0.539$). Solo es notable que la mayoría de las internas se dedicaran al comercio al momento en que fueron ingresadas al CFRSSMA.

TABLA 3. OCUPACIÓN PREVIA AL INTERNAMIENTO	
Ocupación	Frecuencia (%)
Comercio ambulante	2
Comerciante	31
Hogar	23
Lucha libre	1
Enfermería	1
Obrera	2
Empleada	16
Artesana	2
Militar	1
Empleada doméstica	2
Costurera	1
Secretaria	3
Abogada	2
Contadora	1
Estudiante	9

Mesera	1
Veterinaria	1
Profesora	1
TOTAL	100

Tampoco fue encontrada una relación significativa entre las ocupaciones de los sujetos de la muestra en lo que respecta a la presencia o ausencia de TDAH en la infancia (WURS), sin haber predominio de la presencia del trastorno en las distintas ocupaciones ($p < 0.32$). Lo mismo sucedió al comparar esta variable con el TDAH en el adulto (ASRS) mostrando un resultado de $p < 0.11$ que nos indica que no hay relación estadísticamente significativa.

Delitos que ocasionaron la reclusión

En cuanto a la frecuencia de los delitos cometidos por las internas que motivaron su ingreso al centro de readaptación encontramos que el robo, con un 29%, fue el más frecuente seguido por privación ilegal de la libertad con 22% y homicidio con un 14%. Siendo el menos frecuente lesiones con solo 1%, como se muestra en la tabla 4. Interesantemente, pudimos observar que esta variable se relacionó de forma estadísticamente significativa con la presencia del TDAH en el adulto (resultado de ASRS positivo) con un valor de $p = 0.024$; lo cual no sucedió en lo que respecta al antecedente de TDAH en la infancia ($p = 0.658$). Este último dato llama nuestra atención ya que suponíamos en las hipótesis iniciales que también habría relación con el resultado positivo de WURS.

TABLA 4. FRECUENCIA DE DELITOS	
Delito cometido	Frecuencia (%)
Robo	29
Lesiones	1
Homicidio	14
Delincuencia organizada	2
Abuso sexual	2
Privación ilegal de la libertad	22
Trata de personas	2
Extorsión	4
Delitos contra la salud	6
Fraude	11
Encubrimiento y receptación	2
Corrupción de menores y Lenocinio	5
TOTAL	100

Al comparar el tipo de delito con la presencia o ausencia de TDAH en la infancia (WURS) se encontró que el TDAH estuvo presente de manera semejante en la mayoría de los **tipos** de delitos y que el TDAH predominó en todos ellos ($p < 0.644$). Mientras que al comparar el tipo de delito con la presencia o ausencia de TDAH en la edad adulta (ASRS) se encontró que el TDAH no predominó sobre el **tipo** de delito toda vez que en los distintos tipos de delito el TDAH estuvo ausente ($p < 0.813$), con excepción del robo que fue el único delito donde sí predominó el TDAH ($p < 0.01$).

En relación a la presencia del TDAH de acuerdo a la etapa de la vida (infancia-adulta) relacionado con los delitos cometidos, se encontró que el TDAH está predominantemente presente en la infancia y ausente en la edad adulta ($p < 0.001$). El 62% de la población estudiada no cambia su condición de presencia o ausencia de TDAH de la infancia a la edad adulta mientras que el 38% restante sí lo hace. De tal manera que de quienes no tuvieron TDAH en la infancia, el 6% presentó TDAH en la edad adulta. Mientras que de quienes presentaron TDAH en la infancia, solo el 45% manifiesta TDAH en la edad adulta en tanto que el 55% no presenta TDAH.

2. Resultados de las escalas para detección de TDAH

De los resultados obtenidos en las escalas aplicadas para la detección de antecedentes de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia (WURS) y para la detección para Trastorno por déficit de atención en el adulto (ASRS) pudimos observar que solo el 15.5% (31 internas) de la muestra tuvo un resultado positivo para probable diagnóstico de TDAH en el adulto y el 32.5% obtuvo un resultado sugestivo de TDAH en la infancia. Se agrupó a los pacientes en 4 categorías de acuerdo a los resultados de estas pruebas, las cuales se muestran en la tabla número 5.

TABLA 5. FRECUENCIA DE RESULTADOS DE AMBAS ESCALAS

Grupos de acuerdo a resultados de las escalas	Frecuencia (%)
ASRS (-) / WURS (-)	33
ASRS (-) / WURS (+)	36
ASRS (+) / WURS (+)	29
ASRS (+) / WURS (-)	2
TOTAL	100

Asimismo de estos cuatro grupos se hizo una diferenciación entre los tipos de delitos más frecuentemente cometidos, entre los cuales se destaca el grupo ASRS(-)/WURS(-) en donde el delito más comúnmente encontrado fue el de privación ilegal de la libertad y el robo. En el grupo con antecedente de TDAH en la infancia sin síntomas en la edad adulta fue también el más frecuente encontrar la privación ilegal de la libertad; mientras que en el grupo en que ambos diagnósticos fueron probables se encontró una alta frecuencia de robo, como se detalla en las tablas 6, 7, 8 y 9.

TABLA 6. GRUPO ASRS (-)/WURS (-) Y TIPO DE DELITO

Delito	Frecuencia (%)
Encubrimiento y receptación	1
Fraude	4
Privación ilegal de la libertad	11
Robo	7
Homicidio	3
Corrupción de menores y Lenocinio	1
Extorsión	1
Delincuencia organizada	1
Delitos contra la salud	3
Lesiones	1
TOTAL	33

TABLA 7. GRUPO ASRS (-)/WURS(+) Y TIPO DE DELITO

Delito	Frecuencia
Corrupción de menores y Lenocinio	3
Fraude	5
Robo	5
Homicidio	7
Privación ilegal de la libertad	9
Abuso sexual	1
Encubrimiento y receptación	1
Extorsión	2
Trata de personas	1
Delitos contra la salud	1
Delincuencia organizada	1
TOTAL	36

TABLA 8. GRUPO ASRS (+)/WURS(+) Y TIPO DE DELITO

Delito	Frecuencia
Corrupción de menores y Lenocinio	1
Robo	15
Homicidio	4
Fraude	2
Delitos contra la salud	2
Privación ilegal de la libertad	2
Extorsión	1
Abuso sexual	1

Trata de personas	1
TOTAL	29

TABLA 9. GRUPO ASRS (+)/WURS(-) Y TIPO DE DELITO

Delito	Frecuencia
Robo	2
TOTAL	2

DISCUSIÓN

La presente investigación arroja numerosos resultados que son novedosos en esta área de investigación. Primeramente debido a que es llevado a cabo en nuestro país, donde no existía este tipo de investigaciones previas. Observamos gracias a los resultados que el diagnóstico probable de TDAH en población penitenciaria femenina alcanza niveles mayores que en la población general (2% - 5%), así como se demuestra en los estudios de Westmoreland (64), Cahill y cols. (65) y Sanz-Garza (66), quienes reportan prevalencias del 10.5% al 39%, siendo en nuestro estudio de 67%, correspondiendo 36% a aquellas que tuvieron solo el antecedente de TDAH en la infancia, 2% las que solo tuvieron síntomas en la edad adulta y 29% aquellas que mostraron resultados positivos en ambas características. Estos resultados, decía, son compatibles con los estudios ya mencionados, no obstante, debido al tipo de instrumentos que se utilizaron para esta investigación, los cuales son principalmente de cribado, (y aunque están validados y son aceptados) solo nos dan una probabilidad sobre el diagnóstico en este tipo de pacientes y no toma en cuenta la posibilidad de que los síntomas reportados en ellas se deban a otras patologías concomitantes, aun cuando fue llevado a cabo una selección de pacientes sin antecedentes de padecimientos psiquiátricos previos.

Podemos destacar de los resultados de esta investigación que encontramos relación significativa entre las mujeres que cometieron un delito y la presencia de síntomas de TDAH del adulto, lo que nos indica que efectivamente el TDAH del adulto es un problema de salud mental que tiene implicaciones en la conducta de las personas (en este caso mujeres) que pueden llevarlas a cometer actos criminales con una repercusión social importante, ya que son reclusas y alejadas de sus familias y la sociedad, lo cual conlleva a un estigma para estas mujeres y resalta la importancia de la identificación de estos síntomas desde edades tempranas para evitar tales consecuencias como lo demuestran otros estudios realizados en este tipo de población (64, 66, 70). Si bien no hubo relevancia estadística en lo que se refiere al antecedente de TDAH en la infancia, clínicamente pudimos observar que un gran número de internas (36%) reportó esta característica antes de cometer cualquier delito, lo cual debería alertarnos también en la identificación de este trastorno.

Por desgracia no pudo llevarse a cabo una caracterización adecuada en cuanto a la relación existente entre el tipo de delito con la presencia de cada síntoma de TDAH debido al modelo estadístico del estudio, sin embargo, pudimos observar en esta muestra que el delito de robo tuvo una significancia importante en relación con la presencia o ausencia del TDAH del adulto, lo cual refuerza la teoría inicial del estudio que este tipo de pacientes son más propensos a cometer este delito de robo por las características de distraibilidad y pobre control de impulsos que les caracteriza. Asimismo parece de gran importancia clínica el haber descubierto una gran proporción de pacientes que reportaron haber cometido robo (15%) y que se descubrieron con el antecedente positivo de TDAH en la infancia (aunque no hubo una significancia estadística manifiesta) lo que impresiona lógico debido a que los pacientes con este padecimiento presentan una falla notable en la atención, lo que podría relacionarse con este tipo de delito; aunque esto, claro, solo es la opinión del investigador. También es notable que entre los pacientes con solo presencia de WURS positivo, haya habido un número mayor de personas involucradas en la privación ilegal de la libertad, lo que también (nuevamente, en la opinión del investigador) parece congruente con el síntoma impulsividad que puede permanecer en las personas adultas, aun cuando no sea tan importante para cumplir con criterios diagnósticos para el TDAH del adulto (3).

Estos resultados nos permiten observar que los objetivos de este estudio fueron cumplidos en cuanto describir una alta frecuencia de TDAH en población penitenciaria femenina en México, la cual es infravalorada y no recibe tratamiento adecuado, lo cual podría en cierta medida mejorar la conducta de estos sujetos y ayudar a dar una atención médica más integral a este sector de la población. Los resultados que de ello podrían surgir es oscuro para este estudio, pero abre un campo de investigación interesante a este respecto, con lo cual también se cumple de forma parcial el objetivo de este trabajo en cuanto a ser un antecedente en la búsqueda de conocimiento a este respecto y hacer surgir más líneas de investigación que provean de nuevas directrices en el manejo del TDAH

Es notable este estudio el hallazgo realizado en lo que a escolaridad y religión se refiere. En el análisis de la primera de estas variables pudimos observar una relación significativa entre el grado de escolaridad de las mujeres recluidas y la presencia de síntomas de TDAH en el adulto, no obstante, debido a las características metodológicas del diseño de investigación no podemos definir claramente el tipo de relación entre estas dos variables, lo cual es una limitante importante de este trabajo. Se encontró también que la religión Cristiana es una variable más que significativa para padecer el TDAH del adulto, comparado con otras religiones, y aunque muestre esta relevancia estadística, clínicamente parece carecer de importancia.

Como se ha mencionado, este estudio tiene algunas limitantes importantes, entre las que destacan: 1) Nuestro estudio fue solo llevado a cabo en mujeres, aunque se trata de un sector poco estudiado hubiese sido conveniente hacer una comparación de estos resultados con varones en la misma situación y dar una descripción más detallada de lo que sucede en este grupo poblacional; 2) Las pruebas aplicadas solo son de cribado para

un posible diagnóstico del trastorno, lo cual sesga el resultado ya que no se contó con una prueba confirmatoria del mismo ni se descartó por otros métodos la concurrencia con otros padecimientos que pudieran ser diferenciales para el TDAH.

Aunque esta investigación no cumple por completo sus objetivos, podemos dilucidar la importancia de la detección del TDAH en la población adulta, así como en la penitenciaria para un correcto manejo integral y evitar las graves consecuencias sociales que de este padecimiento se desprenden. También nos sirve para sentar un precedente informativo en la literatura biomédica acerca de la importancia de continuar esta línea de investigación y delinear mejores y más variadas características sobre este tópico que nos sean de utilidad para prevenir en lo posible las múltiples discapacidades que derivan de la falta de atención a este trastorno y que plantean graves problemas para los individuos que lo padecen y aquellos a quienes afectan (3, 5).

CONCLUSIONES

La importancia en la detección de patologías dentro del espectro psiquiátrico cobra día a día relevancia en las distintas áreas funcionales dentro de la sociedad. Si tenemos en cuenta un diagnóstico temprano que genere a su vez tratamientos inmediatos que puedan prevenir de forma sustancial comorbilidades dentro de un sistema estructurado, tendremos entonces la certeza de un nivel preventivo adecuado y adaptado por ende a la sociedad (3).

Es el caso del TDAH en la infancia, el cual presenta una evolución tórpida y hasta desconocida por muchos clínicos hoy en día lo cual, conlleva de forma concomitante trastornos conductuales no diagnosticados en la edad adulta que pueden ser traducidos en francas conductas delictivas que deban ser contenidas en medios penitenciarios (3, 66).

Está documentado en múltiples estudios el alto grado de prevalencia tanto de antecedentes de TDAH en la infancia como de TDAH en el adulto en sujetos reclusos con algunas variantes relacionadas al delito cometido, sin embargo los datos no son del todo concluyentes en este sentido. En este estudio no existe una relación significativa de forma estadística en este sentido ni en la frecuencia y prevalencia con la que pudiera asociarse por género la presencia de TDAH en el adulto como predisponente para el hecho de la propia conducta delictiva ni con el tipo de delito que se cometió y que ha sido el motivo de la estancia penitenciaria de las reclusas (65, 66).

Es probable que debido a elementos de cribado y de las características de este estudio pudieran haber sido omitidos un seguimiento clínico que evidenciara de forma fehaciente las características conductuales previas de cada sujeto de estudio y con esto antecedentes de importancia no documentados.

Lo cual nos invita a tratar de dilucidar métodos de diagnóstico temprano como método preventivo y en el caso de nuestros sujetos de estudio, tratamiento que pudiera repercutir en la rehabilitación esperada y la reinserción social de las reclusas como metas

a mediano y largo plazo, evitando de esta forma la perpetuación de las conductas delictivas que pudieran volver a reincidir para su nueva reclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hill JC, Schoener EP: Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1996, 153(9):1143-1146.
2. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE: Diagnosis and treatment of minimal brain dysfunction in adults: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry* 1976, 33(12):1453-1460.
3. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A: European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010, 10:67.
4. 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. *J Abnorm Psychol* 2002, 111(2):279-289.
5. Faraone SV, Biederman J, Mick E: The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 2006, 36(2):159-165.
6. Biederman J, Mick E, Faraone SV: Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000, 157(5):816-818.
7. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M: Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996, 35(9):1213-1226.
8. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Curtis S, Chen L, Marris A, Ouellette C, Moore P, Spencer T: Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996, 35(3):343-351.
9. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC: Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. *Genetic epidemiology* 2000, 18(1):1-16.
10. Faraone SV, Doyle AE, Knoerzer JA: Heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Economics of Neuroscience* 2001, 3(5):54-57.
11. Foreman DM, Foreman D, Prendergast M, Minty B: Is clinic prevalence of ICD-10 hyperkinesia underestimated? Impact of increasing awareness by a questionnaire screen in an UK clinic. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001, 10(2):130-134.
12. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux MC: Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? *J Consult Clin Psychol* 2000, 68(5):830-842.
13. NICE: Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The NICE guideline on diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2008.
14. Brown TE: Brown Attention-Deficit Disorder Scales. Manual San Antonio: The Psychological Corporation 1996.
15. Buitelaar JK: [Discussion of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): facts, opinions and emotions]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001, 145(31):1485-1489.
16. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, et al: Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993, 150(12):1792-1798.
17. Stockl KM, Hughes TE, Jarrar MA, Secnik K, Perwien AR: Physician perceptions of the use of medications for attention deficit hyperactivity disorder. *J Manag Care Pharm* 2003, 9(5):416-423.
18. Kuntsi J, Rijdsdijk F, Ronald A, Asherson P, Plomin R: Genetic influences on the stability of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms from early to middle childhood. *Biol Psychiatry* 2005, 57(6):647-654.
19. Li D, Sham PC, Owen MJ, He L: Meta-analysis shows significant association between dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Human molecular genetics* 2006, 15(14):2276-2284.

20. Krause J: SPECT and PET of the dopamine transporter in attention deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2008, 8(4):611-625.
21. Volkow ND, Wang GJ, Newcorn J, Fowler JS, Telang F, Solanto MV, Logan J, Wong C, Ma Y, Swanson JM, et al: Brain dopamine transporter levels in treatment and drug naive adults with ADHD. *Neuroimage* 2007, 34(3):1182-1190.
22. Seidman LJ, Valera EM, Makris N, Monuteaux MC, Boriel D, Kelkar K, Kennedy DN, Caviness VS, Bush G, Alvardi M, et al: Dorsolateral Prefrontal and Anterior Cingulate Cortex Volumetric Abnormalities in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Identified by Magnetic Resonance Imaging. *Biol Psychiatry* 2006, 60(10):1071-1080.
23. Krause KH, Dresel SH, Krause J, Kung HF, Tatsch K, Ackenheil M: Stimulantlike action of nicotine on striatal dopamine transporter in the brain of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002, 5(2):111-113.
24. APA: American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, 1994.
25. Tripp G, Luk SL, Schaughency EA, Singh R: DSM-IV and ICD-10: a comparison of the correlates of ADHD and hyperkinetic disorder. *JAmAcadChild AdolescPsychiatry* 1999, 38(2):156-164.
26. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C: The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003, 2:104-113.
27. Young S, Gudjonsson G, Wells J, Asherson P, Theobald J, Oliver B, Scott C, Mooney A: Attention deficit hyperactivity disorder and critical incidents in a Scottish prison population *Personality and Individual Differences*. 2009, 46:265-269.
28. Mannuzza S, Klein RG, Moulton JL: Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Res* 2008, 160(3):237-246.
29. Foley HA, Carlton CO, Howell RJ: The relationship of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder to juvenile delinquency: legal implications. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996, 24(3):333-345.
30. Ziegler E, Blocher D, Bro J, Rosler M: Assessment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in prison inmates. [German]. *Recht & Psychiatrie* 2003, 21(1):17-21.
31. Young S, Gudjonsson G, Ball S, Lam J: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in personality disordered offenders and the association with disruptive behavioural problems. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2003, 14(3):491-505.
32. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mick E, Lapey KA: Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res* 1994, 53(1):13-29.
33. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E: Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004, 55(7):692-700.
34. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, Wilens TE, Frazier E, Johnson MA: Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002, 159(1):36-42.
35. Kooij JJS, Boonstra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, Noord Id, Buitelaar JK: Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adult patients. *Journal of Attention Disorders* 2008, 11(4):445-458.
36. Brown TE: Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education* 2006, 53(1):35-46.
37. Barkley R, Murphy KR, Fischer M: ADHD in adults: what the science says New York: Guilford Press 2007.
38. Hesslinger B, Tebartz van Elst L, Mochan F, Ebert D: Attention deficit hyperactivity disorder in adults - early vs. late onset in a retrospective study. *Psychiatry Res* 2003, 119:217-223.
39. Todd RD, Huang H, Henderson CA: Poor utility of the age of onset criterion for DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: recommendations for DSM-V and ICD-11. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49(9):942-949.
40. Asherson P, Brookes K, Franke B, Chen W, Gill M, Ebstein RP, Buitelaar J, Banaschewski T, Sonuga-Barke E, Eisenberg J, et al: Confirmation that a specific haplotype of the dopamine transporter gene is associated with combined-type ADHD. *The Am J Psychiatry* 2007, 164(4):674-677.

41. Wilson JJ, Levin FR: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2001, 3(6):497-506.
42. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R: ADHD Rating Scale-IV. Checklists, Norms and Clinical Interpretation. New York: The Guilford Press 1998.
43. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Scnik K, Spencer T, et al: The World Health Organization adult ADHD selfreport scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005, 35(2):245-256.
44. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, et al: The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005, 35(2):245-256.
45. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E: Conners Adult ADHD Rating Scales (CAARS). Technical Manual New York: Multi Health Systems Inc 1999.
46. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW: The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993, 150(6):885-890.
47. Rosler M, Retz W, Thome J, Schneider M, Stieglitz RD, Falkai P: Psychopathological rating scales for diagnostic use in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 256(Suppl 1):i3-i11.
48. Epstein JN, Johnson DE, Conners CK: CAADID. The Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV MHS Inc 2001.
49. Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. [<http://www.kenniscentrumadhdnbijvolwassenen.nl>]
50. Barkley RA, Murphy KR: Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Arch Clin Neuropsychol* 2010, 25(3):157-173.
51. Kalbag AS, Levin FR: Adult ADHD and substance abuse: diagnostic and treatment issues. *Substance use & misuse* 2005, 40(13-14):1955-1981, 2043-1958.
52. Adler LA, Spencer T, Brown TE, Holdnack J, Saylor K, Schuh K, Trzepacz PT, Williams DW, Kelsey D: Once-daily atomoxetine for adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a 6-month, double-blind trial. *J Clin Psychopharmacol* 2009, 29(1):44-50.
54. Wilens TE, Haight BR, Horrigan JP, Hudziak JJ, Rosenthal NE, Connor DF, Hampton KD, Richard NE, Modell JG: Bupropion XL in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebocontrolled study. *Biol Psychiatry* 2005, 57(7):793-801.
54. Turner D: A review of the use of modafinil for attention-deficit hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother* 2006, 6(4):455-468.
55. Kendall T, Taylor E, Perez A, Taylor C: Diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in children, young people, and adults: summary of NICE guidance. *Bmj* 2008, 337(337):a1239.
56. Kollins SH: Comparing the abuse potential of methylphenidate versus other stimulants: a review of available evidence and relevance to the ADHD patient. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(Suppl 11):14-18.
57. Madaan V: Lisdexamfetamine dimesylate for childhood ADHD. *Drugs Today (Barc)* 2008, 44(5):319-324.
58. Weisler RH, Biederman J, Spencer TJ, Wilens TE, Faraone SV, Chrisman AK, Read SC, Tulloch SJ: Mixed amphetamine salts extended-release in the treatment of adult ADHD: a randomized, controlled trial. *CNS Spectr* 2006, 11(8):625-639.
59. Markowitz JS, Patrick KS: Pharmacokinetic and pharmacodynamic drug interactions in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical pharmacokinetics* 2001, 40(10):753-772.
60. Retz W., Retz-Junginger P., Hengesch G., et.al. Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 254(4):201-208, 2004.
61. Ziegler E., Blocher D., Bross J., Rosler M. Assessment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in prison inmates. *Recht Psychiatrie*. 21(1):17-21, 2003.
62. Rosler M., Retz W. On the relations between attention deficit-/hyperactivity disorder, antisocial personality disorder, and delinquency. *Z. Psych. Psychol. Psychother*. 56(2):121-132, 2008.

63. Rosler M., Retz W., Yaqoobi K., et.al. Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *European Archives of Psychiatry* 259(2):98-105, 2009.
64. Westmoreland P, Gunter T, Loveless P, et.al. Attention deficit hyperactivity disorder in men and women newly committed to prison: clinical characteristics, psychiatric comorbidity, and quality of life. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 54(3):361-77, 2010.
65. Cahill BS, Coolidge FL, Segal DL, et.al. Prevalence of ADHD and its subtypes in male and female adult prison inmates. *Behav Sci Law.* 30(2):154-66, 2012.
66. Sanz-Garcia O., Duenas R.M., Domenech N, et.al. How do we treat patients with undiagnosed attention deficit hyperactivity disorder? Psychiatric population study in prison. *Eur Neuropsychopharmacol.* 20:623, 2010.
67. Rosler M., Retz W., Retz-Junginger P, et.al. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 254(6):365-371, 2004.
68. Ponde MP. Freire AC. Mendonca MS. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Journal of Forensic Sciences.* 56(3):679-82, 2011.
69. Sanz-Garcia O., Duenas R.M., Burges V, et.al. Comorbidity in patients with attention deficit hyperactivity disorder in psychiatric population in prison. *Eur Neuropsychopharmacol.* 20:616, 2010.
70. Black DW, Gunter T, Loveless P, et.al. Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Ann Clin Psychiatry.* 22(2):113-20, 2010.
71. Nardello R. Association of attention deficit/hyperactivity disorders and conduct disorders in juvenile correctional institution for adolescent inmates. *Acta Med. Mediterr.* 22(3):155-158, 2006.
72. Eisenbarth, H., Alpers, G.W., Conzelmann, A., et.al. Psychopathic traits in adult ADHD patients. *Personality and Individual Differences.* Vol.45 (6):468-472, 2008.
73. Vegue-González M, Álvaro-Brun E, Santiago-Sáez A, et.al. Retrospective evaluation of attention deficit hyperactivity disorder with the Wender Utah Rating Scale in a sample of Spanish prison inmates. *J Forensic Sci.* 56(6):1556-61, 2011.
74. Gordon V, Williams DJ, Donnelly PD. Exploring the relationship between ADHD symptoms and prison breaches of discipline amongst youths in four Scottish prisons. *Public Health.* 126(4):343-8, 2012.
75. Ginsberg Y, Lindefors N. Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo-controlled trial with open-label extension. *Br J Psychiatry.* 200(1):68-73, 2012.
76. Rodríguez-Jimenez R, Ponce G, Monasor R, et.al. Validacion en población española de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol.* 33(2):138-144, 2001.
77. Reyes ZE, Cárdenas GEM, García VKL, et.al. Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental* 32(1):343-350, 2009.
78. Lara-Munoz C, Herrera-Garcia S, Romero-Ogawa T, Torija L, Garcia ML: Psychometric Characteristics 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.
79. Martín Andrés, Luna del Castillo. *Bioestadística para las ciencias de la salud.* Ed. Capitel. Madrid, España. 2000.

ANEXOS

1. Carta de consentimiento informado



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



PROTOCOLO “EVALUACIÓN (CRIBADO) DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN MUJERES RECLUSAS EN UNA CÁRCEL DE MÉXICO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE DELITO”.

Este estudio de investigación corresponde a una tesis para obtener el título de especialidad en psiquiatría general cuyo objetivo es ampliar los conocimientos sobre la enfermedad al investigar la frecuencia de historia de TDAH en una muestra de prisioneras en una cárcel de México y describir si existe una relación entre la historia de TDAH con el tipo de delito que ocasionó la reclusión de la muestra.

El propósito del estudio es conocer ¿Cuál es la frecuencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la población penitenciaria femenina? ¿Existe alguna relación entre el diagnóstico de TDAH y el tipo de delito cometido por mujeres reclusas en una cárcel de México?

Su participación es voluntaria y no remunerada, usted puede rehusarse a participar en el estudio o suspender su participación en cualquier momento del mismo sin que ello afecte la atención médica que usted recibe.

Su participación será anónima por lo que su nombre no aparecerá en caso de que los resultados sean publicados. Es importante que usted sea completamente honesto con el médico sobre su historial médico.

Si usted decide participar en el estudio, su participación consistirá en responder 3 cuestionarios con ayuda del médico: una encuesta sociodemográfica donde se le preguntarán algunos datos generales, la Wender-Utah Rating Scale y la que es una escala para adultos para realizar una evaluación retrospectiva de la sintomatología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia y la Escala de cribado de TDAH en adultos (ASRS V.1.1) diseñada por la OMS para evaluar la presencia de los 18 síntomas del criterio A para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto según el DSM-IV. Al finalizar las pruebas se le entregarán los resultados. En caso de detección de riesgo del padecimiento estudiado se informará a las autoridades pertinentes con el número de cedula confidencial para referir al servicio de Psiquiatría y realizar el diagnóstico y proporcionar el tratamiento adecuado para cada caso.

La duración total aproximada será aproximadamente de 30 a 60 minutos. Si usted acepta participar en el estudio, firme en el lugar correspondiente.

_____	_____	_____	_____
Nombre y firma del paciente	Fecha	Nombre y firma del investigador	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre y firma del testigo	Fecha	Nombre y firma del testigo	Fecha

2. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

A. Introducción

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.
7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos

internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. Principios básicos para toda investigación médica

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo, y cuando sea oportuno, aprobación, a un comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso, y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.

15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público.

17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.

19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. Principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica

28. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico. Cuando la investigación médica se combina con la atención médica, las normas adicionales se aplican para proteger a los pacientes que participan en la investigación.

29. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no se dispone de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados. A fin de aclarar más la posición de la AMM sobre el uso de ensayos controlados con placebo, la AMM publicó en octubre de 2001 una nota de clarificación del párrafo 29, que figura al final de esta página.

30. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles, identificados por el estudio.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

32. Cuando los métodos preventivos, diagnósticos o terapéuticos disponibles han resultado ineficaces en la atención de un enfermo, el médico, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos nuevos o no probados, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales medidas deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, publicada. Se deben seguir todas las otras normas pertinentes de esta Declaración.

Nota de clarificación del párrafo 29 de la Declaración de Helsinki

La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y, en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente. Sin embargo, los ensayos con placebo son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada y si se cumplen las siguientes condiciones:

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico o
- Cuando se prueba un método preventivo, diagnóstico o terapéutico para una enfermedad de menos importancia que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo.

Se deben seguir todas las otras disposiciones de la Declaración de Helsinki, en especial la necesidad de una revisión científica y ética apropiada.

3. Instrumentos (ver más abajo)

10.1. Wender-Utah Rating Scale (WURS)

1

<i>De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):</i>	<i>Nada en absoluto (0)</i>	<i>Un poco (1)</i>	<i>Moderadamente (2)</i>	<i>Bastante (3)</i>	<i>Mucho (4)</i>
1. Activo, no paraba nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Miedo de las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas de concentración: me distraía con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ansioso, preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nervioso, inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poco atento, «en las nubes»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mucho temperamento: saltaba con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Timido, sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Explosiones de genio, rabietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Testarudo, cabezota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Triste, deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Imprudente, temerario: hacía travestras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Insatisfecho con la vida: no me gustaba hacer ninguna cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Desobediente con mis padres: rebelde, contestón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mala opinión de mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Extravertido, amigable: me gustaba la compañía de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Descuidado: me organizaba mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambios de humor frecuente: alegre, triste...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Enfadado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Popular: tenía amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me organizaba bien: ordenado, limpio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impulsivo: hacía las cosas sin pensar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tendencia a ser inmaduro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentimientos de culpa: remordimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Perdía el control de mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tendencia a ser o actuar irracionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Poco popular entre los demás chicos: los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás chicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Mala coordinación: no hacía deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Miedo a perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>De pequeño yo era (o temía) (o estaba):</i>	<i>Nada en absoluto (0)</i>	<i>Un poco (1)</i>	<i>Moderaadamente (2)</i>	<i>Bastante (3)</i>	<i>Mucho (4)</i>
32. Buena coordinación: siempre me escogían de los primeros para el equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Un chico (sólo si se es mujer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Me escapaba de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me metía en las peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Molestaba a otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Líder, mandón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Dificultades para despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Problemas con las autoridades, en la escuela: visitas al jefe de estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Problemas con la policía, condenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Problemas médicos en la infancia:</i>					
43. Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Dolor de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Me ocnaba en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>De niño, en la escuela yo era (o temía):</i>					
50. En general un buen estudiante: aprendía rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. En general un mal estudiante: me costaba aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Lento para aprender a leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Leía despacio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Dislexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Problemas para escribir, deletrear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Problemas con los números o las matemáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Mala caligrafía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Capaz de leer bastante bien, pero nunca me gustó hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. No alcancé todo mi potencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Repetí curso (¿Cuál? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Expulsado del colegio (¿Qué cursos? _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2. Escala de Cribado de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre y apellidos:	Fecha:				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor, entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.					
	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Muy frecuentemente</i>
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN A					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener la atención cuando está haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, aún cuando estén hablando con usted directamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Con qué frecuencia pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Con qué frecuencia se distrae por ruidos o actividades a su alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debe permanecer sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo para usted mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia se describe a sí mismo terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones en que debe hacerlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN B					

4. Oficio de permiso de entrada a Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla (CFRSSMA) para realización de la investigación



Secretaría de Salud

CENTRO FEMENIL DE READAPTACION SOCIAL
SANTA MARTHA ACATITLA

"2012 Año por la Cultura de la Legalidad"

ACUSE

México D.F. A 23 de noviembre de 2012

ASUNTO: ENTRADA DE PERSONAL

C. MARIA IRMA WONG LUJAN
SUBDIRECTORA DE SEGURIDAD
Y CUSTODIA

PRESENTE

Por medio de este conducto me permito solicitarle de no existir inconveniente, gire sus apreciables instrucciones a quién corresponda para permitir la entrada del PSIQUIATRA ANTONIO RESENDIZ VIZZUETT los días miércoles y jueves de 08:00 am. a 15:00pm a partir del 28 de Noviembre del 2012. a la Unidad Médica del Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.

Sin más por el momento y esperando su cooperación y colaboración aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. TEKUHTLI BAYARDI LANDEROS
ENCARGADO DE LA UNIDAD MEDICA
C.F.R.S.S.M.A.

3/11
LIC. BEATRIZ ORTIZ ESPINOSA
ENCARGADA DE LA DIRECCION EN
EL C.F.R.S.S.M.A.

C.C.P. BEATRIZ ORTIZ ESPINOSA DIRECTORA
C.C.P. SUPERVISOR DE ADUANA DE PERSONAS
C.C.P. SUPERVISORES DE ADUANAS
C.C.P. SUPERVISOR DE ADUANAS DE VEHICULOS
DIRECCION GENERAL DE ADUANAS Y FISCOS
SECRETARIA DE SALUD
CENTRO FEMENIL DE READAPTACION SOCIAL
SANTA MARTHA ACATITLA

2° T-5A
26/Nov/12
CENTRO FEMENIL DE READAPTACION SOCIAL
SANTA MARTHA ACATITLA
23 NOV 2012
15:0

Permitida AP
26/11/12
19:45
Secretaría de Salud