

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS

Estudio de asociación entre el funcionamiento ejecutivo de padres y el diagnóstico de TDAH en adolescentes de alto riesgo para la enfermedad.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Ana Yris Silvestre Sosa.

TUTORA

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Ana Yris Silvestre Sosa.

Correo electrónico dra.anaysilvestre@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores.

Correo electrónico: eulloa@hotmail.com

Institución donde labora: Hospital psiquiátrico infantil "Dr. Juan N. Navarro".

Nombre del Asesor:

Dr. Lino Palacios Cruz.

Correo electrónico: palacioslino@gmail.com

Institución donde labora: Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz".

Resumen.

Antecedentes. Aproximadamente 5% de los niños menores de 18 años tienen TDAH, continuando hasta en un 4,5% de los adultos; aunque algunos estudios explican que los síntomas y los efectos negativos suelen remitir en la adolescencia; la investigación longitudinal claramente indica que este no es siempre el caso, indicando que los problemas en los procesos cognitivos a menudo permanecen, y que de hecho la llegada de la edad adulta trae nuevas áreas de deterioro potencial. El TDAH es un trastorno fuertemente heredable (70-75%), se ha reportado entre un 40%-60% de los padres de pacientes con TDAH también tienen el diagnóstico, siendo además un trastorno del neurodesarrollo que a menudo se acompaña por deficiencias en las funciones ejecutivas. **Objetivos: Principal:** Indagar la Asociación entre el Diagnóstico De TDAH y Funcionamiento Ejecutivo en los Padres de adolescentes con TDAH. **Material y métodos:** La muestra estuvo constituida por 74 padres de pacientes adolescentes de edades comprendidas entre 12 a 17 años 11 meses, con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que acudieron a la consulta de adolescencia y servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y que contaron con los criterios de inclusión **Resultados:** La psicopatología más frecuentemente, fue la depresión con un 31.1%, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 28.4%. Se identificó a 18 sujetos (24.3%) que tenían un puntaje ≥ 12 en la escala ASRS, lo cual sugería la presencia de TDAH. En 37.8% no se encontró ningún trastorno. En el desempeño de las funciones ejecutivas evaluada por el BRIEF se evidenció que el 35.1 % presentaba disfunción en el control emocional, el 24.3% en el índice de regulación de conducta y el 21.6% en la memoria de trabajo. Solo el 12.2 % presentó disfunción en el índice global. **Conclusiones:** Nuestro estudio muestra que los padres de adolescentes con TDAH tienen un porcentaje importante de TDAH y otros trastornos afectivos, así como dificultades en la regulación emocional.

Palabras Claves: TDAH, Funciones ejecutivas, Padres y Adolescentes.

ÍNDICE GENERAL.

Hoja de datos.....	1
Resumen.....	3
1. Introducción.....	5
2. Marco Teórico.....	6
3. Planteamiento del Problema.....	10
4. Justificación.....	11
5. Hipótesis.....	11
6. Objetivo general.....	11
7. Material y Métodos.....	12
7.1 Tipo de diseño.....	12
7.2 Muestra.....	12
7.3 Variables.....	12
7.4 Procedimiento.....	13
7.5 Instrumentos de Medición.....	14
7.6 Análisis estadístico.....	16
7.7 Consideraciones éticas.....	16
8. Resultados.....	17
9. Discusión.....	19
10. Conclusiones.....	21
11. Limitaciones y Recomendaciones.....	21
12. Referencias.....	21
13. Anexos.....	29

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es el trastorno más frecuente en la infancia y se estima que afecta al 3-7% de los niños en edad escolar. Aunque los estudios clásicos señalaban la remisión clínica al llegar a la edad adulta, los estudios de seguimiento de cohortes han mostrado en un alto porcentaje de casos el mantenimiento de los síntomas durante la adolescencia y la edad adulta. Dada la naturaleza altamente heredable del TDAH, la coocurrencia de este en niños y los padres es relativamente común. Más de la mitad de los adultos con TDAH tienen al menos un hijo con el trastorno. Se ha explicado el TDAH como un trastorno de las funciones ejecutivas, estas son procesos cognitivos superiores que se encargan de optimizar y esquematizar otros procesos cognitivos de menor rango para su adecuado desempeño.

Por otra parte, la presencia de TDAH en la infancia y su mantenimiento durante la edad adulta se considera un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de otros trastornos mentales, además de asociarse a una mayor proporción de problemas de ansiedad, depresión y patologías graves que la población general. Por todo ello, el diagnóstico del TDAH en el adulto y las posibles implicaciones en sus hijos son de especial importancia.

2. MARCO TEORICO.

Epidemiología del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (en adelante TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia. En este sentido, si bien las tasas de prevalencia del trastorno según los diferentes estudios iría desde el 1.5 al 18%, quizá el dato más aceptado en este sentido es el que proporciona el DSM-IV-TR (APA, 2002), según el cual entre el 3% y 7% de los niños en edad escolar presentarían este trastorno, diagnosticándose aproximadamente tres veces más en niños que en niñas. Este manual reconoce así mismo tres subtipos de TDAH (con predominio de déficit de atención, con predominio hiperactivo impulsivo y combinado) de acuerdo a la presencia o ausencia de síntomas de inatención, impulsividad o hiperactividad. A un ritmo acelerado en las últimas dos décadas, el TDAH ha sido reconocido como no restringido a la infancia, sino un trastorno que aparece a través de la vida útil ⁴³. Lo principal para entender la naturaleza del TDAH en adultos es la medida en que el trastorno interfiere o perjudica el funcionamiento.

Aproximadamente 5% de los niños menores de 18 años tienen TDAH, continuando hasta en un 4,5% de los adultos; aunque algunos estudios explican que los síntomas y los efectos negativos suelen remitir en la adolescencia; la investigación longitudinal claramente indica que este no es siempre el caso, Indicando que los problemas en los procesos cognitivos a menudo permanecen, y que de hecho la llegada de la edad adulta trae nuevas áreas de deterioro potencial, como problemas en la autosuficiencia y auto- monitoreo ⁶. El TDAH predice un patrón altamente disperso de deterioro en los dominios: académico, conductual, social y afectivo en jóvenes y adultos por igual.

Etiología y Heredabilidad del TDAH.

La etiología del TDAH es multi-factorial mediante el cual los factores genéticos son una predisposición al trastorno, pero la activación de esta susceptibilidad es modulada por factores de riesgo adquiridos: tanto biológicos como ambientales. Los acontecimientos recientes en el campo del TDAH han dado lugar a un renovado interés en la relación entre la psicopatología de los padres y funcionamiento del hijo. En efecto, la familia es un aspecto importante del entorno del niño que se ha vinculado a la variabilidad en comorbilidad, al rendimiento académico y dificultades sociales para los niños con TDAH. En un estudio de revisión, reportaron que la presencia de TDAH en niños se asocia en diversos grados con perturbaciones en la familia dentro de ellas al funcionamiento conyugal y las relaciones entre padres e hijos ⁷. Los niños con TDAH a menudo ignoran las peticiones de los padres, luchan con sus hermanos y compañeros y provocan reacciones negativas de los profesores, a su vez, los padres de los niños con TDAH tienden a ser más controladores, rechazar y desaprobar a sus hijos, dar más direcciones verbales, órdenes repetidas, son menos gratificante y sensibles en relación a los padres de niños sin TDAH⁷⁻³⁵.

El TDAH es un trastorno fuertemente heredable (70-75%), se ha reportado que aproximadamente 10% de los padres de pacientes con TDAH también tienen el diagnóstico, y que 20% tiene algún trastorno internalizado, otros estudios han reportado hasta 48%, en la prevalencia de depresión y 87% en abusos de sustancias, siendo además un trastorno del neurodesarrollo que a menudo se acompaña por deficiencias en las funciones ejecutivas²⁶.

Funciones Ejecutivas.

Las funciones ejecutivas se definen como "las capacidades mentales necesarias para la formulación de objetivos y la planificación de estrategias idóneas para alcanzar dichos objetivos, optimizando el rendimiento. Representan el nivel mayor

del funcionamiento cognitivo y están vinculado a la actividad de la corteza prefrontal y a las conexión ²⁶.

Las funciones ejecutivas abarcan principalmente planeación, control conductual, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, fluidez verbal y fluidez de diseño, las cuales serán definidas a continuación:

La planeación se entiende como la determinación y organización de los pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una acción o la consecución de una meta. El plan debe concebir en su estructura posibles alternativas, la importancia de las mismas, y el poder realizar cambios si es necesario. Toda esta actividad conceptual implica a su vez la participación de la atención sostenida. El área rostral anterior del cortex frontal parece estar especialmente implicada en las tareas de planeación ¹⁵.

La Inhibición o los procesos inhibitorios, representan la capacidad para frenar y/o retirar una respuesta saliente o una respuesta en marcha, no memorizar información irrelevante, inhibir interferencias mediadas por eventos previos y reducir la distractibilidad. Desde el punto de vista neuroanatómico, dichos procesos se asocian a la actividad de la región ventrolateral derecha del córtex prefrontal. Los errores en pruebas que miden inhibición muestran que los pacientes con diagnóstico de TDAH comparados con controles cometen más errores³⁷.

La Flexibilidad Cognitiva se entiende como la capacidad de cambiar el curso del pensamiento o la acción que estamos llevando a cabo en función de las demandas del medio. Aunque los resultados no son concluyentes, parece ser que el sustrato neural que se asocia a esta función integra el giro cingulado izquierdo, el cual se activa durante las tareas de formación o cambio de categorías; y las áreas dorsolaterales izquierdas, las cuales se activarían durante el transcurso de toda la tarea, se den o no cambios de categorías²⁵.

La Fluidez Verbal y Fluidez de Diseño representan un componente importante de las funciones ejecutivas. Se definen como la capacidad para evocar respuestas apropiadas ante un estímulo determinado en un tiempo concreto. Los procesos cognitivos que demanda esta tarea, incluyen: velocidad de procesamiento, conocimiento de vocabulario, memoria semántica, memoria de trabajo, inhibición y atención sostenida.

El Dr. Russell A. Barkley explicó El TDAH como un trastorno de las funciones ejecutivas, particularmente un fallo en su sistema de inhibición. Hoy se tiene claridad en cuanto que el TDAH es, o se conceptualiza, como una condición que no está limitada o restringida a la infancia y adolescencia. La persistencia de los signos-síntomas del TDAH en la vida adulta se estima, dependiendo del tipo de estudio, que puede oscilar entre 58 a 70% de los casos ⁴⁷⁻⁴⁸. La falta de criterios específicos contribuye a considerar que 2 a 3% de la población adulta presenta TDAH.

Muchos casos de TDAH han sido funcionales en la infancia y las manifestaciones propias del TDAH pudieran haber quedado ocultas por condiciones particulares de la estructura de casa o del centro escolar, se expresa cuando se imponen nuevos retos que demandan recursos ejecutivos que no son lo suficientemente eficaces para permitir adaptarse y ser exitosos frente a esas nuevas demandas. Los adultos tienen espacios mucho más amplios de acción que la casa o la escuela, en su caso la casa y el trabajo aunque en realidad estos dos ambientes son en donde más puede impactar la disfuncionalidad.

Diversos artículos documentan que los déficit de la función ejecutiva (DFE) definidos mediante pruebas psicométricas se asociaron selectivamente con un mayor riesgo de déficit académicos en jóvenes y de déficit tanto académicos como profesionales en adultos con TDAH, en comparación con otros individuos portadores del trastorno sin DFE. Recientemente, se documentó que un número significativa mente mayor de adultos con el trastorno experimentan DFE en comparación con adultos sin él; los individuos con TDAH más DFE asociados se

caracterizan por una posición socioeconómica más desfavorable y menores logros académicos y profesionales que otros adultos con TDAH sin estos déficits comórbidos. Estos resultados sugirieron que los DFE definidos psicométricamente podrían contribuir a identificar a un subgrupo de adultos con TDAH en alto riesgo de logros insuficientes, tanto académicos como profesionales¹⁻⁴⁴⁻⁴⁷.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El TDAH tiene un grado elevado de heredabilidad³⁹. Estudios demuestran que la familia es un aspecto importante del entorno del niño que se ha vinculado a la variabilidad en comorbilidad, el rendimiento académico y dificultades sociales para los niños con TDAH. Otro acontecimiento estudiado es la psicopatología de los padres y el papel en el desarrollo del TDAH; de cómo los padres influyen en este desarrollo del niño afectado de forma directa o indirecta^{39- 42-44}.

Recientemente se documentó que un número significativamente mayor de adultos con el trastorno experimenta DFE en comparación con adultos sin él. Existe amplia literatura que describe las dificultades para las familias de niños con TDAH, lo que pudiera reflejar en cierta medida, la presencia de TDAH en los padres, así como en los niños⁷.

Algunos aspectos clave en la relación entre TDAH y las Funciones ejecutivas son todavía poco explorados, incluyendo sí el déficit de funciones ejecutivas y TDAH co-segregan desde padres a hijos. Estudios recientes reconocen que el TDAH es una limitación compleja del desarrollo de las funciones ejecutivas; sin embargo literaturas que den relevancia al funcionamiento ejecutivo y la posible relación de esta con el TDAH de los padres (tomando en cuenta la heredabilidad), sigue sin ser explorado¹³⁻¹⁴.

En base a lo expuesto se plantea la pregunta:

¿Presentan los padres de los pacientes con TDAH este trastorno y/o alteraciones en las funciones ejecutivas?

4. JUSTIFICACIÓN.

La determinación del funcionamiento ejecutivo de los padres de los pacientes con TDAH, permitirá sentar las bases, para apoyar las intervenciones psicoeducativas que permitan a los padres desarrollar un mejor patrón de crianza⁴⁶.

5. HIPOTESIS.

Varios estudios demuestran que un porcentaje importante de los padres de niños con TDAH comparten esta psicopatología, arrojando cifras que van desde un 25 a 50%; por otro lado y teniendo en cuenta cómo define el Dr. Russell A. Barkley el TDAH, nombrándolo como un trastorno de las funciones ejecutivas sumado a otros estudios que claramente explican dicha correlación, se plantea que: Los padres de los pacientes con TDAH presentan este trastorno y alteraciones en las funciones ejecutivas.

6. OBJETIVOS.

Principal:

1-Indagar la Asociación entre el Diagnostico De TDAH y Funcionamiento Ejecutivo en los Padres de adolescentes con TDAH.

Secundarios:

1-Describir las características clínicas y sociodemográficas en los padres de adolescentes en alto riesgo, tales como la edad, sexo, funcionamiento ejecutivo.

2-Determinar la frecuencia de TDAH en los padres.

3-Determinar las funciones ejecutivas de los padres.

4-Evaluar la presencia de disfunción de las funciones ejecutivas en los padres de adolescentes con TDAH, y asociar dicha disfunción a la gravedad de los síntomas de TDAH de sus hijos adolescentes.

7. MATERIAL Y METODOS.

7.1 Diseño:

Estudio analítico, no experimental de corte trasversal.

7.2 Muestra:

La muestra estuvo constituida por 74 padres de pacientes adolescentes de edades comprendidas entre 12 a 17 años 11 meses, con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que acudieron a la consulta de adolescencia y servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” y que contaron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- 1- Adolescentes entre los 12 a 17 años de edad de ambos sexos.
- 2- Con diagnóstico de TDAH de acuerdo a DSM- IV, que cuenten con al menos uno de los padres biológicos con quien hayan convivido,
- 3- Que tanto el adolescente como el padre sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

- 1- Pacientes que tengan síntomas psicóticos activos.
- 2- Que se encuentren en un episodio maniaco activo.
- 3- Discapacidad intelectual.
- 4- Trastornos Generalizados del desarrollo.
- 5- Pacientes que no completen la entrevista.

7.3 Variables:

TDAH.

- Definición conceptual: Es un trastorno neurobiológico de carácter crónico, sintomáticamente evolutivo, para el DSM IV TR "...la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad/impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar".

Funciones Ejecutivas.

- Definición conceptual: define a un conjunto de habilidades cognitivas que permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad de llevarlas a cabo eficientemente.
- Definición operacional: medida a través del instrumento Brief-A versión observador.

Variabes cualitativas: a) Sexo, b) Diagnósticos del adolescentes, c) Desempeño ejecutivo de los padres, d) Psicopatología de los padres, f) Trastornos mentales comórbidos.

Variabes cuantitativas: Edad de los participantes, Severidad del TDAH y Severidad de la disfunción ejecutiva.

7.4 Procedimiento:

El Presente estudio se deriva del proyecto, nombrado "Asociación de la inteligencia emocional en probandos con TDAH y sus hermanos adolescentes", el investigador responsable es la Dra. Rosa Elena Ulloa, cuenta con el registro IT2-15-0712 ante el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

(anexo 1). El trabajo que se presenta, nombrado “Estudio de asociación entre el funcionamiento ejecutivo de padres y el diagnóstico de TDAH en adolescentes de alto riesgo para la enfermedad” fue aprobado por el mismo comité, bajo el registro IT2-15-0712-Tb. Las cartas de consentimiento y asentimiento fueron aprobadas por el Comité de Ética en investigación (anexo 2). Certificado de curso de capacitación “Protección de los participantes humanos de la investigación” de los Institutos Nacionales de Salud (NIH).

Posterior a contar con el asentimiento y consentimiento del adolescente y padre, al firmar el documento correspondiente (anexo 4 y 5) se procedió a la entrevista para la aplicación de los instrumentos. Se obtuvo la certeza diagnóstica de TDAH a través de los criterios del DSM – IV, La Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y adolescentes (BPRS-CA-29) versión mexicana y La escala de evaluación de TDAH (ADHD RS). La evaluación de los padres fue mediante la aplicación del MINI-MENTAL para la detección de psicopatologías y la escala de auto-reporte de síntomas de TDAH (ASRS v1.1, OMS 2003), la evaluación del funcionamiento ejecutivo de los padres fue a través de Inventario de Comportamiento BRIEF- A VERSION OBSERVADOR llenado por el adolescente. Cada evaluación tuvo en promedio de duración de 1 hora y 40 minutos aplicada por médico psiquiatra entrenado. Los resultados de cada participante se anexaron a cada expediente clínico una semana después con los diagnósticos y recomendaciones de lugar.

7.5 Instrumentos de evaluación.

Instrumentos para la evaluación del adolescente:

La escala Breve de apreciación psiquiátrica para niños y adolescentes (BPRS-CA-29) versión mexicana (anexo 8). Escala diseñada para aportar un perfil descriptivo de síntomas que es aplicable a un amplio rango de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. En la versión mexicana, los 29 reactivos se agrupan en seis dimensiones que explican el 49.3% de la varianza: I. Conducta, II.

Depresión, III. Ansiedad, IV. Manía, V. Psicosis, VI. Misceláneos. La confiabilidad ínter evaluador y test-retest es de $r=0.824$ y $r=0.661$ respectivamente. La entrevista tiene una duración de 30 minutos en promedio, siendo necesario un entrenamiento para su aplicación²⁰.

Escala de evaluación de TDAH (ADHD RS - IV). (Anexo 10) (Du Paul y cols 1998) es una escala de 18 reactivos que evalúa cada uno de los criterios citados en el DSM-IV para el diagnóstico de TDAH. El nivel definitivo de presencia o ausencia del síntoma y su severidad será a partir del mejor estimado clínico determinado por el profesional de salud que está evaluando.

Instrumentos para la evaluación de los padres:

M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview por sus siglas en inglés) (Sheehan y cols. 1998, 1997) (anexo 6) es una entrevista corta diagnóstica estructurada, desarrollada conjuntamente por psiquiatras y médicos en los Estados Unidos y Europa, para los trastornos psiquiátricos nombrados en el DSM-IV y el CIE-10. Con un tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos, fue diseñado para satisfacer la necesidad de una corta pero exacta entrevista psiquiátrica estructurada para ensayos clínicos multicéntricos y estudios epidemiológicos y ser usada como un primer paso en el rastreo de resultados en marcos clínicos sin fines de investigación.

La escala de auto-reporte de síntomas de TDAH (ASRS v1.1, OMS 2003). (Anexo 7) Es un instrumento breve auto-aplicado para el cribado inicial de sujetos con síntomas actuales del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) propuesto por la OMS. La estructura factorial del ASRS-v1.1 está marcada por dos factores referentes a inatención e hiperactividad/ impulsividad que explican el 67,7% de la varianza. El ASRS-v1.1 presenta una sensibilidad del 87,5% y una especificidad del 68,8%.

Inventario de comportamiento BRIEF- A VERSION OBSERVADOR.

El Inventario de Comportamiento Función Ejecutiva Versión para adultos (Breve-A) (Anexo 9) es una escala de clasificación estandarizada desarrollada para proporcionar una ventana a los comportamientos cotidianos asociados a dominios específicos de las funciones ejecutivas en adultos de entre 18 y 90 años. El Brief- A consiste en formas de auto-informe con 75 reactivos distribuidos en nueve escalas. Se compone de cuatro escalas: Inhibición, Cambio, Control emocional, y Auto-Monitoreo. El Índice de meta-cognición (MI) se compone de cinco escalas: Iniciativa, Memoria de Trabajo, el Planear/Organizar, Monitoreo de tareas y organización de materiales. Este instrumento será contestado por el adolescente o los padres en referencia a la pareja evaluada.

7.6 Análisis Estadístico:

Para todos los análisis, se utilizó el programa PASW versión 22. Se utilizó estadística descriptiva (medias y porcentajes), se medias y porcentajes) y prueba de Pearson para determinar correlaciones. El valor de significancia se estableció con una $p < 0.05$.

7.7 Consideraciones Éticas:

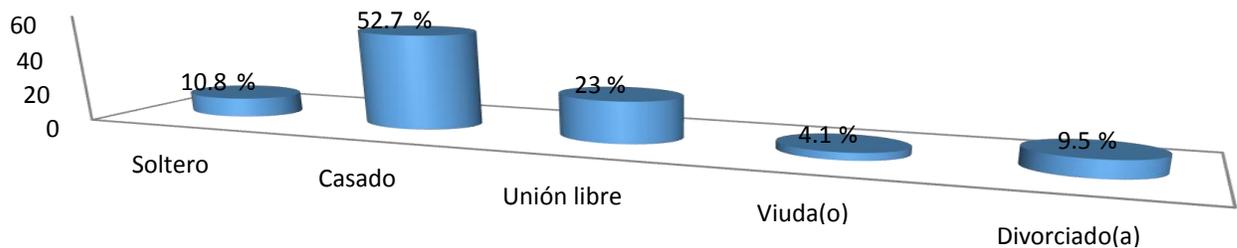
El tesista recibió la capacitación en Internet con el curso de protección de los participantes humanos de la investigación cual aborda los principios utilizados para definir la investigación ética que involucra a humanos y las regulaciones, políticas, y pautas que describen la implementación de dichos principios (anexo 3). Una vez que se identificó al adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad(TDAH) y uno o ambos padres que acudieron a valoración al servicio de urgencias así como a consulta de adolescencia del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, se contactó y explicó los objetivos del estudio, al decidir participar se firmó un consentimiento informado por el tutor y un asentimiento por el paciente (anexo 4 y 5) para posteriormente comenzar con el estudio y la

evaluación de los padres del adolescentes. Se dio inicio con la evaluación clínica de los pacientes para la confirmación diagnóstica de TDAH y/o otros trastornos mentales. Esta evaluación clínica fue hecha a través de los criterios diagnósticos DSM IV y entrevista clínica BPRS C-25 (Brief Psychiatric Rating Scale). (Anexo 9).

8. RESULTADOS.

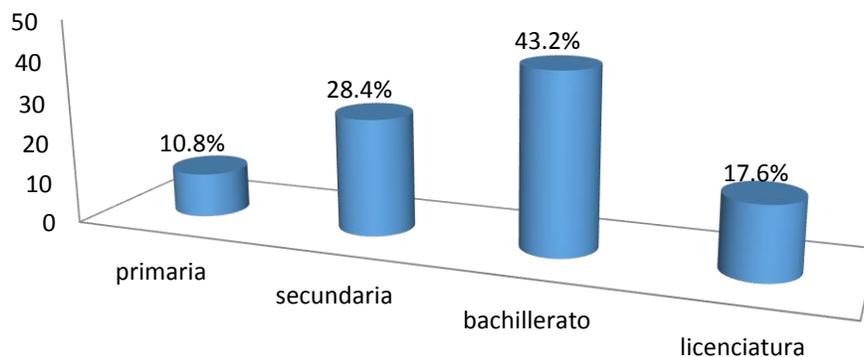
La muestra estuvo constituida por 74 sujetos: 85% era de sexo femenino (64) y un 15% sexo masculino (11). Estado civil: El 52.7% de la muestra estaba casado y un 23% se encontraba en unión libre (figura No. 1).

Figura No.1 Estado civil de los padres.



La escolaridad más predominante fue: bachillerato con un 43.2% y el 28.4 % terminó secundaria (fig. No.2).

Figura No.2 Escolaridad de los padres.



La psicopatología más frecuentemente determinada por la entrevista diagnóstica MINI, fue la depresión donde el 31.1% de la muestra se encontraba actualmente en depresión y el 8.1% de la muestra había tenido un episodio en el pasado, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada donde un 28.4% presentaba un episodio actual y un 1.4% presentó un episodio previo. El 22% presentó riesgo de suicidio. Estos trastornos no son mutuamente excluyentes, es decir, los padres pueden tener más de un diagnóstico. Se identificó a 18 sujetos (24.3%) que tenían un puntaje ≥ 12 en la escala ASRS (anexo 7), lo cual sugería la presencia de TDAH. La entrevista diagnóstica MINI confirmó este diagnóstico. En 37.8% no se encontró ningún trastorno. La frecuencia de psicopatología en padres se muestra en la tabla 1.

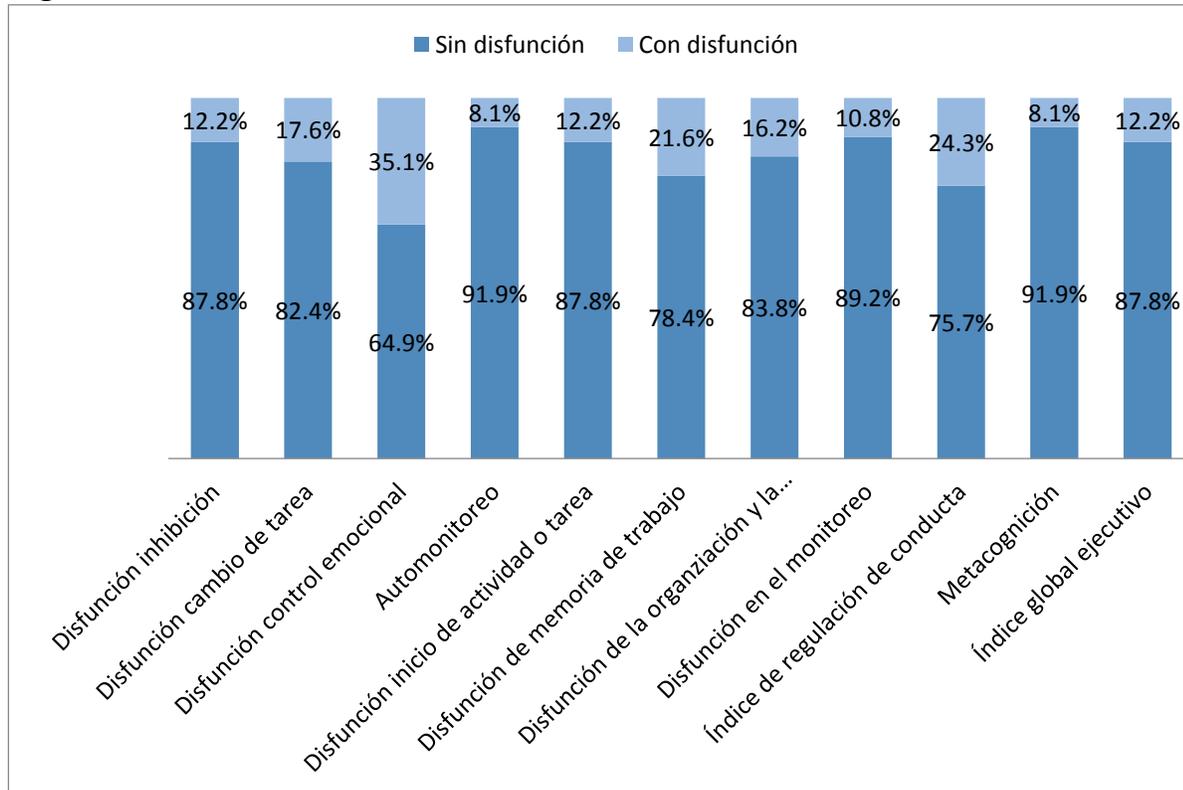
Tabla No.1 Diagnósticos de los padres

Diagnósticos	Episodio actual	Episodio Previo
T. Depresivo	35.1 %	8.1%
T. de Ansiedad Generalizada	28.4%	1.4%
TDAH	24.3%	0%
Distimia	17.6%	0%
T. Angustia	8.1%	10.8%
Agorafobia	8.1%	1.4%
Ansiedad Social	8.1%	0%
T. Bipolar	2.7%	1.4%
T. Obsesivo Compulsivo	0%	1.4%
T. de Estrés post traumático	1.4%	1.4%
Consumo de alcohol, Sustancias psicoactivas.	1.4%	1.4%
Trastorno de alimentación.	1.4%	0%

En el desempeño de las funciones ejecutivas evaluada por el BRIEF (anexo 9) se evidenció que el 35.1% presentaba disfunción en el control emocional, Donde 65 o

más=1 para un valor positivo; 64 o menos =0 para un valor negativo, ajustado a un CI de 0.95, el 24.3% en el índice de regulación de conducta y el 21.6% en la memoria de trabajo, en la (Figura No. 3) se muestra el porcentaje de disfunción de cada reactivo.

Figura No. 3 BRIEF.



No se encontró correlación entre el índice global ejecutivo de los padres y el puntaje de la escala de evaluación de TDAH (ADHD RS - IV) de los adolescentes ($r=0.003, p= 0.98$).

9. DISCUSIÓN.

El objetivo principal del presente estudio era Indagar la Asociación entre el Diagnostico De TDAH y Funcionamiento Ejecutivo en los Padres de

adolescentes con TDAH. Los hallazgos principales revelaron que solo un 12% de la muestra tenía disfunción global del desempeño ejecutivo y un 24.3% diagnóstico de TDAH. La muestra se compuso por mujeres en un porcentaje de 85%.

Dentro de las psicopatologías más frecuentes encontradas en este estudio destacan los trastornos afectivos: 31.1% (depresión) y un 28.4% para trastorno de ansiedad; porcentaje que es compatible con otros estudios ⁴¹⁻⁴² que muestran que un 61% de las madres que llevaban a sus hijos a valoración por diagnóstico psiquiátrico cumplían con criterios para algún diagnóstico del Eje I, siendo los trastornos de depresión y ansiedad los más frecuentes, el 31% de estas madres tenía un trastorno depresivo y cerca de 45% un trastorno de ansiedad, lo que indica la necesidad de la evaluación de la presencia de psicopatología en los padres.

La prevalencia del TDAH en la muestra estudiada (24.3%) es menor a la reportada en estudios previos (41.3% en las madres y para los padres de 51%)³⁹ en aquellos donde no se hizo diferencia de sexo oscilo entre el 35% y 47% dependiendo el subtipo de TDAH⁴³, otros reportan prevalencias que van del 25 al 50%^{45,46}. Las diferencias en la prevalencia pueden deberse al uso de diferentes instrumentos diagnósticos. En el presente estudio, se observó prevalencia similar cuando se hizo el diagnóstico con la entrevista MINI y cuando se aplicó el punto de corte de 12, señalado para la escala ASRS cuando se utiliza como tamizaje diagnóstico, lo cual confirma la utilidad de dicha escala.

La evaluación de las funciones ejecutivas mostró que sólo el 12.2 % presentó disfunción en el índice global, el 35.1% presentaba disfunción en el control emocional, el 24.3% en el índice de regulación de conducta y el 21.6% en la memoria de trabajo. Es importante tomar en cuenta que la muestra presentaba diversas psicopatologías (siendo las más frecuentes la depresión y ansiedad), en las que la información sobre disfunción ejecutiva es limitada y una proporción importante (37.8%) eran sanos.

Con respecto a la regulación y expresión de las emociones, que fue la disfunción ejecutiva más frecuentemente encontrada, las teorías tradicionales sobre el TDAH

defienden que estas personas tendrán importantes dificultades para modular sus estados afectivos, ya que en este caso están implicados distintos procesos de control ejecutivo, en el caso de nuestro estudio los adolescentes calificaron a sus padres con dificultades en control emocional y regulación de conducta lo que sería explicable considerando el porcentaje de padres con TDAH reportados. Algunos autores citan que las disfunciones ejecutivas, especialmente las vinculadas con el control emocional y de impulsos, son las responsables de los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración observados en algunos niños y adultos con TDAH ³⁷.

Todo lo antes pautado tendría implicaciones en diversos aspectos, ya que los adultos con TDAH tienen menos habilidad como padres para controlar las actividades de sus hijos, distribuyen o gastan mal el dinero, presentan problemas en la planificación de las tareas domésticas, dificultades en las relaciones sociales y de pareja, problemas en el trabajo además mayores dificultades en la relación padre-hijo. Asimismo, la presencia de psicopatología en los padres puede influir en el apego al tratamiento del hijo y en su capacidad para aplicar las medidas conductuales coadyuvantes⁴⁴.

10. CONCLUSIONES.

- 1- El principal hallazgo de este estudio, es que los padres de adolescentes con TDAH tienen un porcentaje importante de TDAH y otros trastornos afectivos.
- 2- En el desempeño de las funciones ejecutivas de los padres, se evidenció que existe disfunción en el control emocional principalmente, seguido, aunque en menor porcentaje, de disfunción en el índice de regulación de conducta y en la memoria de trabajo.
- 3- No se encontró correlación entre el índice global ejecutivo de los padres y el puntaje de la escala de evaluación de TDAH (ADHD RS - IV) de los adolescentes.

4- La falta de correlación entre la gravedad de los síntomas del TDAH de los adolescentes y el índice de funcionamiento global del BRIEF en los padres indicaría que otras variables biológicas o ambientales podrían modular la gravedad del TDAH durante la adolescencia.

11. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

Limitaciones.

Los resultados de este estudio deben examinarse tomando en cuenta el tamaño de la muestra, el hecho de que en la mayoría de los casos sólo pudo examinarse a la madre y que el funcionamiento ejecutivo fue evaluado mediante la percepción del desempeño por un tercero.

Recomendaciones.

1-La identificación de los síntomas actuales de los padres es importante porque la presencia de psicopatología en ellos da lugar a una menor respuesta al tratamiento en sus hijos y el aumento de la psicopatología más adelante en su vida. Estudios recientes sugieren que el tratamiento con éxito de madres deprimidas mejora el resultado del niño ⁴⁰.

2- Al existir el riesgo de psicopatología en los padres de los adolescentes con TDAH el conocimiento acerca de estas en el momento en que un niño y/o adolescente está sufriendo de un trastorno psiquiátrico es también importante, quedando de manifiesto la necesidad de examinar a dichos padres y crear programas de tratamiento específicos, lo que es compatible con el desarrollo de los servicios de salud mental que se ocupa ante las necesidades psiquiátricas de toda la familia dentro de un entorno clínico.

3- Debido a las implicaciones para la salud pública de los resultados, se justifica un estudio de mayor dimensión donde se examine la relación precisa entre los síntomas de padres e hijos y el efecto diferencial en los padres ante el tratamiento (farmacológico o psicoterapéutico).

12. REFERENCIAS.

1. Biederman J, Mick E, Fried R, Wilner N. Are stimulants effective in the treatment of executive function deficits? Results from a randomized double blind study of OROS-methylphenidate in adults with ADHD: European Neuropsychopharmacology 2010; 13:508-515.
2. López S, Albert J, Fernández A, Carretié L. Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras: Escritos de Psicología. 2009; 2 (3): 17- 29.
3. Gonzalez ML, Baez S, Torralva T, Castellanos F, Rattazzi A, Bein V, et al. Cognitive variability in adults with ADHD and AS: Disentangling the roles of executive functions and social cognition. Research in Developmental Disabilities 2013; 34: 817–830.
4. Bron T, Bijlenga D, Boonstra AM, Breuk M, Pardoën W, Beekman A, et al. OROS methylphenidate efficacy on specific executive functioning deficits in adults with ADHD: A randomized, placebo-controlled cross-over study European Neuropsychopharmacology. 2013; 1:519-528.
5. Gong J, Xie J, Chen G, Zhang Y., S. Neurological soft signs in children with Attention deficit hyperactivity disorder: Their relationship to executive function and parental neurological soft signs: Psychiatry Research. 2015; 1-29.
6. Woltering S, Liu Z , Rokeach A, Tannock R, Neurophysiological differences in inhibitory control between adults with ADHD and their peers: Neuropsychologia. 2013; 51: 1888–1895.
7. Johnston C., Mash E., Miller N., Ninowski J. Parenting in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Clinical Psychology Review. 2012; 32: 215–228.
8. Vásquez J, Cárdenas E. M., Feria M, Benjet C, De la Peña F. Guía para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz". 2010.
9. Margari F, Craig F, Petruzzelli M, Lamanna A, Matera E, Margari L. Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder:

Research in Developmental Disabilities. 2013; 34: 1036–1043.

10. Yuan P, Raz N, Prefrontal cortex and executive functions in healthy adults: A meta-analysis of structural neuroimaging studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2014; 42: 180–192.

11. García T, González-Castro P, Rodríguez C, Álvarez D, Álvarez L. Alteraciones del funcionamiento ejecutivo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus subtipos. *Psicología Educativa*. 2014; 20:23-32.

12. Edwards C, Howlett E, Putting knowledge to trial: ‘ADHD parents’ and the evaluation of alternative therapeutic regimes: *Social Science & Medicine*. 2013; 81: 34-41.

13. Thissen A, Luman M, Hartman C, Hoekstra P, Lieshout M, Franke B. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Motor Timing in Adolescents and Their Parents: Familial Characteristics of Reaction Time Variability Vary With Age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; 53: 1010-1019.

14. Thissen J. A. M, Rommelse N. J, Hoekstra P.J, Hartman C, Heslenfeld D, Luman M, et al. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and executive functioning in affected and unaffected adolescents and their parents: challenging the endophenotype construct. *Psychological Medicine*. 2014; 44, 881–892.

15. Flores-Lázaro JC, Ostrosky-Solís F. *Neuropsicología de Lóbulos Frontales, Funciones Ejecutivas y Conducta Humana*. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2008; 8, 47-58.

16. Woerner W, Becker A, Rothenberger A. Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13 Suppl 2:s3s10.

17. Wood A. C, Buitelaar J, Rijdsdijk F, Asherson P, Kuntsi J. Rethinking shared environment as a source of variance underlying attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: comment on Burt (2009). *Psychol Bull*, 2010; 136(3), 331-340.

18. Wood A. C, Rijdsdijk F, Johnson K. A, Andreou P, Albrecht B, Arias-Vasquez A, et al. The relationship between ADHD and key cognitive phenotypes is not mediated by shared familial effects with IQ: *Psychol Med*, 2011; 41(4), 861-871.
- 19-Yang L. K, Shang C. Y, Gau S.S. Psychiatric comorbidities in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder and their siblings: *Can J Psychiatry*, 56(5), 281-292.
20. De la Peña F, Cortés J, Palacios L, Ulloa R. Validity of Mexican Modified Children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C-25). Toronto, Canada: Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2005.
21. Faraone S.V, Perlis R.H, Doyle A. Molecular Genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: *Biol Psychiatry* 2005; 57:1313–1323.
- 22-Fabregat-Ferrer E, Palomares-Gimeno M.J. Cribado de problemas psicosociales en Atención Primaria: *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11:425-37.
22. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychology Psychiatry*. 1997; 38:581-6.
23. Hawes DJ, Dadds MR. Australian data and psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire: *Australian and New Zealand J Psychiatry*. 2004; 38:644-51.
24. Koskelainen M, Sourander A, Kaljonen A. The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school aged children and adolescents: *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 9(4):277-84.
25. Bonatto S J ,Kerner M, Merelles S, Pereira M. The prevalence of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in parents of children with autism spectrum disorder. 2016; (240):1–3 2016.
26. Ulloa R, De la Peña F, Palacios, Ortiz S, Palacios JD. *Salud Mental* 2009;32:S55-S62.

27. Casas-Brugué M, Bru-Cormand R. TDAH en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico [tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psiquiatría de Medicina Legal; 2009.
28. Ramos-Quiroga J.A, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. REV NEUROL 2006; 42 (10): 600-606
29. Aragonès E , Lluís-Piñol J, Ramos-Quiroga J.A, López-Cortacans G, Caballero A, Bosch R Prevalence in Adults of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Using the Medical Records of Primary Care. Rev. Esp. Salud Publica 2010; 84 (4).
30. Caye A, Rocha TB, Anselmi L, Murray J, Menezes AM, Barros FC, et al Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-onset Syndrome. AMA Psychiatry. 2016 May 18. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0383.
31. Rodríguez-Jiménez R, Cubillo A.I, Jiménez-Arriero M.A, Ponce G, Aragüés-Figuero, Palomo T. Executive dysfunctions in adults with attention deficit hyperactivity :Rev Neurol 2006; 43 (11): 678-684.
32. Boonstra A, Oosterlaan J, Sergeant J, Buitelaar J. Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. Psychol Med 2005; 35: 1097-108.
33. Navarro M, García-Villamizar D. An ecological perspective of the differential profiles between the combined and the inattentive types. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2011;16:113-124.Doi.10.5944/rppc. vol.16.num .2.2011.10355.
34. Raya-Trenas A, Herreruzo-Cabrera J, Pino-Osuna M.J. El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad: Psicothema 2008; 20: 691-696
35. Saarni C. The development of emotional competence: Can Child Adolesc Psychiatr Rev. 2004 Nov; 13(4): 121.

36. Albert J, López-Martín S , Fernández-Jaén A, Carretié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Rev Neurol* 2008; 47 (1): 39-45
37. Middeldorp C, Wesseldijk W, Hudziak J, Verhulst F, Lindauer R, Dieleman G. Parents of children with psychopathology: psychiatric problems and the association with their child's problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; Jan 13. doi: 10.1007/s00787-015-0813-2
38. Starck M, Grünwald J, Schlarb A. Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12: 581–588.
39. Vidair H, Reyes A, Shen S, Parrilla-Escobar M, Heleniak C, Hollin I. Et al. Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 May; 50(5): 441–450. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.002.
40. Swartz HA, Shear MK, Wren FJ. Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic. *Psychiatr Serv*. 2005 Sep; 56(9): 1077–1083.
41. Oyserman D, Bybee D, Mowbray C. Influences of maternal mental illness on psychological outcomes for adolescent children. *J Adolesc*. 2002 Dec; 25(6): 587–602.
42. Kessler C.R, Greif- Green J, Adler L, Barkley R, Chatterji S, Faraone S, et al. The Structure and Diagnosis of Adult ADHD: An Analysis of Expanded Symptom Criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS). *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Nov; 67(11): 1168–1178. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.146.
43. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Impact of exposure to parental attention-deficit hyperactivity disorder on clinical features and dysfunction in the offspring. *Psychol Med*. 2002; 32: 817–827. doi: 10.1017/S0033291702005652.

44. Shameem-Agha S, Zammit S, Thapar A, and Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD?: *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Jun; 22(6): 369–377. doi: 10.1007/s00787-013-0378-x.
45. Johnston C, Mash E, Miller N, Ninows J. k. Parenting in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): *Clin Psychol Rev*. 2012 Jun; 32(4): 215– 228. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.007
46. Barkley RA, Gordon M. Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implication for a clinical practice. In Goldstein S, Ellison AT, ed. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002. p. 43-69.
47. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 1996; 6: 1089-94.
48. Biederman J, Faraone SV. The Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Employment and Household Income: Published online 2006 Jul 19.

Anexo 1. Carta de aprobación del Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil para el proyecto general y actual.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

Oficio: DI/CI/953/0516
Asunto: registro de tesis derivada
México, D.F., a 2 de Mayo de 2016

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: **Asociación de la inteligencia emocional en probandos con TDAH y sus hermanos adolescentes**

No. de registro: **IT2-15-0712**

Aprobación CI: **7 agosto 2012**

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: **Estudio de asociación entre el funcionamiento ejecutivo de padres y el diagnóstico de TDAH en adolescentes de alto riesgo para la enfermedad**

No. Registro: **IT2-15-0712-Tb**

Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**

Tesista: **Ana Yris Silvestre Sosa**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad
Archivo

70 San Buenaventura 90 • Ciudad de México • México • Tel: (52 55) 5700 4000
55 57 00 40 00 • 55 57 14 62 40 • informacion@hpicomisioninvestigacion.com.mx

Anexo 2. Carta de aprobación del Comité de Ética en investigación de consentimiento y asentimiento.



Comité de Ética en Investigación

"2016, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Ciudad de México, 09/03/2016

Oficio 11

Dra. Rosa E. Ulloa Flores
Investigadora principal

Por medio de la presente le comunico que posterior a constatar que se realizaron las modificaciones sugeridas en la última revisión a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto **"Características clínicas y cognitivas que predicen trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes en alto riesgo"**, se aprueban estos documentos para su uso en el proyecto.

Le deseamos éxito, y le recordamos que debe supervisar de forma constante que sus colaboradores cumplan con las normativas éticas en materia de investigación.

Atentamente

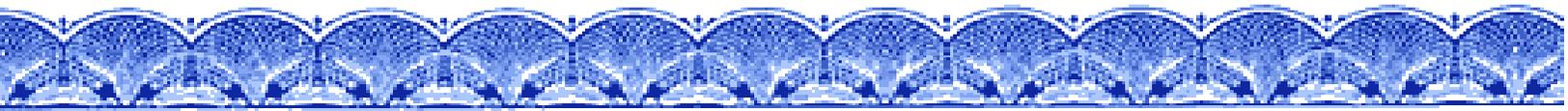
Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DJNN



C.c.p. División de Investigación, HPI/DJNN
C.c.p. Comité de Investigación, HPI/DJNN
30

Anexo 3. Certificado de curso de capacitación “Protección de los participantes humanos de la investigación” de los Institutos Nacionales de Salud (NIH).



Certificado de finalización

La Oficina para Investigaciones Extra institucionales de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) certifica que **Ana Yris Silvestre Sosa Silvestre Sosa** ha finalizado con éxito el curso de capacitación de NIH a través de Internet “Protección de los participantes humanos de la investigación”.

Fecha de finalización: 03/13/2015

Número de certificación: 346898

Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado

Título de la investigación:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COGNITIVAS QUE PREDICEN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES EN ALTO RIESGO

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Justificación: El estudio de las características clínicas y cognitivas en adolescentes con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y sus hermanos, pensando que comparten sus genes y su medio ambiente; nos podría ayudar a saber qué factores los hacen distintos entre sí y encontrar estrategias de intervención para prevenir o reducir los efectos del padecimiento.

Antes de continuar queremos compartirles algunos términos que usaremos dentro de esta investigación y que nos interesa que conozcan:

La **adversidad psicosocial** es un término que define una serie de situaciones a las que probablemente se han enfrentado o se enfrentan y que influyen en la posibilidad de presentar algún padecimiento en salud mental, en este caso TDAH. Los factores de adversidad que queremos estudiar son: el nivel socioeconómico, el nivel educativo de los padres, la buena o mala relación que tengan los miembros de la familia, y/o la posibilidad de que al menos uno de los padres tenga algún padecimiento en salud mental.

El **desempeño ejecutivo** es la capacidad de cada persona para organizarse y enfrentar dificultades.

La **psicopatología**, comprende distintos síntomas relacionados con los padecimientos en salud mental, por ejemplo, depresión, ansiedad o TDAH.

Objetivos: Determinar qué características de los adolescentes hermanos de pacientes con TDAH pueden predecir que también tengan el diagnóstico. Como parte de este estudio también evaluaremos la presencia de psicopatología y el desempeño ejecutivo en los padres para poder entender si existe alguna relación con el TDAH y la gravedad de los síntomas que presentan los hijos.

Procedimiento: Se le pedirá que participe en una entrevista clínica en la que se preguntará sobre las características del o de los posibles trastornos mentales de mis hijos adolescentes y que responda algunos cuestionarios sobre su desempeño ejecutivo y sus síntomas. Además, los padres serán evaluados para detectar algún padecimiento de salud mental y en su capacidad para organizarse. Si se llegara a detectar cualquiera de estos trastornos psiquiátricos en los padres o en los hijos no pacientes de este hospital, se les explicará de qué se trata y si se requiere, se canalizarán para recibir atención médica, la cual se realizará de acuerdo a los tiempos y procedimientos de cada institución. Los costos de tal atención correrán por su cuenta.

Riesgos y/o molestias del procedimiento: Es posible que algunas de las preguntas les hagan sentir incómodos o cansados. En este caso, tendrán la opción de detener la evaluación en cuanto lo necesiten. La duración de la evaluación será de aproximadamente 2 horas.

Confidencialidad: Su identidad no será revelada en ninguna parte del estudio o en sus resultados. Para salvaguardar la confidencialidad de la información que nos proporcione y su privacidad, a sus datos se les asignará un número, de tal forma que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificado correspondiente. Sin su autorización, la información que nos brinde no podrá ser comunicada a ninguna persona ajena a este estudio.

Beneficios: Un profesional de la salud les realizará una valoración clínica completa totalmente gratis. Es cierto que no recibirán ninguna compensación de tipo económica ni en especie por su participación en el estudio, sin embargo el beneficio potencial es mejorar las condiciones clínicas de personas con el

padecimiento que tiene su hijo (TDAH). Con la información que nos proporcionen nos ayudarán a conocer si existen diferencias en los factores clínicos y cognitivos en los hermanos de adolescentes con este padecimiento para así poder tener más herramientas con las cuales podamos proveer mejor atención. Además el diagnóstico preciso y temprano de la psicopatología en los hermanos de esta población resulta muy importante para poder intervenir oportunamente y de esta manera ayudar a reducir el impacto negativo en el desempeño escolar, la autoestima y las relaciones sociales.

Contacto:

Si tiene alguna pregunta, puede contactar a los investigadores responsables de este estudio la Dra. Rosa Elena Ulloa al teléfono 55734844 ext. 233; o el Dr. Lino Palacios Cruz al teléfono 41605310 o contactar al Dr. Julio Flores Lázaro, Presidente del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en la siguiente dirección electrónica: juliofnp@gmail.com.

Consentimiento y Firmas

He hablado con el personal de investigación y éstos han contestado cordialmente todas y cada una de mis preguntas o dudas en términos que he podido entender. Entiendo y se me ha explicado claramente que mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que mi hijo recibe. También entiendo que en cualquier momento puedo volver a consultarlos para aclarar dudas que me pudieran surgir respecto al estudio y que es mi derecho tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico y atención que estoy recibiendo.

Luego de leer y entender este documento, estoy de acuerdo en proporcionar la información que se me solicite en las escalas clínicas para poder contribuir al conocimiento científico que los médicos tendrán acerca del trastorno que se investiga (TDAH).

Fecha, nombre y firma del Paciente.	Fecha, nombre y firma del Padre o Tutor.
Fecha, nombre y firma del Investigador (Tesisista).	Fecha, nombre y firma del Investigador Responsable.
Fecha, nombre y firma de Testigo 1.	Fecha, nombre y firma de Testigo 2.



Anexo 5. Carta de asentimiento para el adolescente

Título de la investigación:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COGNITIVAS QUE PREDICEN TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN ADOLESCENTES EN ALTO RIESGO

CARTA DE ASENTIMIENTO PARA EL ADOLESCENTE

Justificación: El estudio de las características clínicas y cognitivas en adolescentes con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y sus hermanos, pensando que comparten sus genes y su medio ambiente; nos podría ayudar a saber qué factores los hacen distintos entre sí y encontrar estrategias de intervención para prevenir o reducir los efectos del padecimiento.

Antes de continuar queremos compartirles algunos términos que usaremos dentro de esta investigación y que nos interesa que conozcan:

La **adversidad psicosocial** es un término que define una serie de situaciones a las que probablemente se han enfrentado o se enfrentan y que influyen en la posibilidad de presentar algún padecimiento en salud mental, en este caso TDAH. Los factores de adversidad que queremos estudiar son: el nivel socioeconómico, el nivel educativo de los padres, la buena o mala relación que tengan los miembros de la familia, y/o la posibilidad de que al menos uno de los padres tenga algún padecimiento en salud mental.

El **desempeño ejecutivo** es la capacidad de cada persona para organizarse y enfrentar dificultades.

La **psicopatología**, comprende distintos síntomas relacionados con los padecimientos en salud mental, por ejemplo, depresión, ansiedad o TDAH.

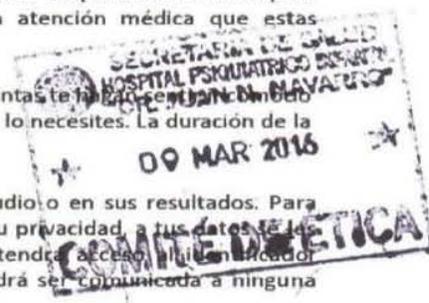
Objetivos: Determinar qué características de los adolescentes hermanos de pacientes con TDAH pueden predecir que también tengan el diagnóstico. Como parte de este estudio también evaluaremos la presencia de psicopatología y el desempeño ejecutivo en tus padres para poder entender si existe alguna relación con el TDAH y la gravedad de los síntomas que presentas.

Procedimiento: Se te va a incluir como parte de un grupo de adolescentes que han sido diagnosticados con TDAH. Tu participación consistirá en una entrevista clínica, en la cual se te preguntará sobre las características de tu trastorno; así mismo, llenaras cuestionarios sobre tus experiencias acerca del medioambiente en donde te desenvuelves y sobre tu relación familiar. Tu participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que no desees participar en ella, o que decidas suspenderla en cualquier momento, de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que estas recibiendo.

Riesgos y/o molestias del procedimiento: Es posible que algunas de las preguntas te hagan sentir cansado o cansado. En este caso, tendrás la opción de detener la evaluación en cuanto lo necesites. La duración de la evaluación será de aproximadamente 2 horas.

Confidencialidad: Tu identidad no será revelada en ninguna parte del estudio o en sus resultados. Para salvaguardar la confidencialidad de la información que nos proporcionas y su privacidad, tus datos se les asignará un número, de tal forma que sólo el investigador responsable tendrá acceso a la información correspondiente. Sin tu autorización, la información que nos brinde no podrá ser comunicada a ninguna persona ajena a este estudio.

Beneficios: Un profesional de la salud les realizará una valoración clínica completa totalmente gratis. Es cierto que no recibirás ninguna compensación de tipo económica ni en especie por tu participación en el estudio, sin embargo el beneficio potencial es mejorar las condiciones clínicas de personas con el padecimiento que tienes (TDAH). Con la información que nos proporcionas nos ayudarás a conocer si existen diferencias en los factores clínicos y cognitivos en los hermanos de adolescentes con este padecimiento para así poder tener más herramientas con las cuales podamos proveer mejor atención. Además el diagnóstico



preciso y temprano de la psicopatología en los hermanos de esta población resulta muy importante para poder intervenir oportunamente y de esta manera ayudar a reducir el impacto negativo en el desempeño escolar, la autoestima y las relaciones sociales.

Contacto: Si tienes alguna pregunta, puedes contactar a los investigadores responsables de este estudio, al Dr. Lino Palacios Cruz al teléfono 41605310; a la Dra. Rosa Elena Ulloa al teléfono 55734844 ext. 233; o contactar al Dr. Julio Flores Lázaro, Presidente del Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, en la siguiente dirección electrónica: juliofnp@gmail.com.

Asentimiento y Firmas: *He hablado con el personal de investigación y éstos han contestado cordialmente todas y cada una de mis preguntas o dudas en términos que he podido entender. Entiendo y se me ha explicado claramente que mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que reciba. También entiendo que en cualquier momento puedo volver a consultarlos para aclarar dudas que me pudieran surgir respecto al estudio y que es mi derecho tomar la decisión de suspender en cualquier momento mi participación sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico y atención que estoy recibiendo.*

Luego de leer y entender este documento, estoy de acuerdo en proporcionar la información que se me solicite en las escalas clínicas para poder contribuir al conocimiento científico que los médicos tendrán acerca del trastorno que se investiga (TDAH).

Fecha, nombre y firma del Paciente.
Fecha, nombre y firma de la Madre
Fecha, nombre y firma del Padre



Anexo 6.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Anexo 7.

Escala de auto---reporte de síntomas de TDAH en adultos (ASRS v1.1 , OMS 2003)

Nombre del Paciente	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 médico para discutirla en la sesión de hoy.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
SECCIÓN A					
1. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?					
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, con cuánta frecuencia evitas o retrasas empezarla?					
5. ¿Con cuánta frecuencia mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con cuánta frecuencia te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
SECCIÓN B					
7. ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?					
10. ¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. ¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. ¿Con cuánta frecuencia te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?					
14. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. ¿Cuando estás en una conversación, con cuánta frecuencia te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. ¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?					

Anexo 8.

Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes

Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents Reviewed (BPRS-CA-29)

Versión de la Clínica de Adolescentes 2014, Instituto Nacional de Psiquiatría RFM, México

Nombre del Paciente _____ Sexo: _____ Edad _____

Entrevistado: _____ Fecha _____ Expediente No. _____

Instrucciones: Se requieren 50 minutos para completar la escala. Se recomienda iniciar con una entrevista no estructurada de 15 minutos para saber dónde vive, con quién, a qué se dedica el paciente y el motivo de consulta conjuntamente el menor y el padre. En los siguientes 25 minutos los criterios no evaluados se consignarán propositivamente, con los adolescentes se solicitará al padre salga del consultorio; los últimos 10 minutos se integrará el diagnóstico y se explicará al familiar y paciente. Cada criterio será evaluado en gravedad que se califica de 0 a 3: 0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave, conforme al *mejor estimado clínico*. Se evalúa el **episodio actual durante los últimos tres meses**.

No.	Criterios	0	1	2	3
1	Falta de cooperación: Negativista, reservado, evade respuestas, resistencia pronunciada a la entrevista o al manejo (ODD). 0. Ausente: Cooperador, tranquilo. 1. Leve: Ocasionalmente se rehúsa a cumplir normas y expectativas, en un lugar o situación (casa, escuela, deportivo, etc.). 2. Moderado: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en dos lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento. 3. Grave: Falla persistente en el cumplimiento de reglas en todos los lugares o situaciones, discute con adultos; genera deterioro en el funcionamiento global.				
2	Hostil: Afecto suspicaz, poco tolerante, beligerante, acusa a otros, acciones violentas contra otros (bullying), (CD). 0. Ausente: Cooperador, tranquilo. 1. Leve: Ocasionalmente sarcástico; gritón; cauteloso; pendenciero. Causa ligera disfunción en un lugar o situación. 2. Moderado: Con frecuencia causa deterioro en algunos lugares o situaciones. 3. Grave: Insulta, destructivo. Causa grave deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los lugares o situaciones.				
3	Manipulador: Mentiras, trampas, explota a los demás para obtener ganancias, (CD). 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente se mete en problemas por mentir; a veces hace trampa. 2. Moderado: Frecuentemente miente o manipula a personas que conoce. Causa frecuente deterioro en el funcionamiento de algunos lugares o situaciones. 3. Grave: Constantemente se relaciona con otros con una conducta explotadora y manipuladora; defrauda a extraños con dinero/situaciones. Causa grave deterioro en el funcionamiento diferentes lugares y situaciones.				
4	Explosivo Intermitente: Conductas agresivas de tipo impulsivo, pérdida del control (IED). 0 Ausente: Niega explosiones. 1 Leve: explosiones verbales ocasionales menos de dos veces por semana. 2 Moderado: explosiones verbales o físicas (sin destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) dos veces por semana en el último año. 3 Grave: explosiones verbales o físicas (con destrucción de la propiedad o agresión a personas o animales) todos los días en el último año.				
5	Conductas Disruptivas: Berrinches y afecto irritable crónico (DMDD) 0: Ausente: ocasionalmente; rápidamente desaparece. 1 Leve: Irritabilidad crónica con berrinches verbales ocasionales menos de 3 veces por semana. 2 Moderado: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales ocasionales hasta tres veces por semana en uno o dos escenarios (casa, escuela, amigos) en el último				

	año, es percibido por otros. 3 Grave: Irritabilidad constante con berrinches verbales y conductuales todos los días en más de dos escenarios en el último año, es percibido por otros.				
6	Deprimido: Tristeza, llanto, labilidad, desamparo. (Considerar irritabilidad y anhedonia) (MDD). 0. Ausente: A veces; rápidamente desaparece. 1. Leve: Periodos sostenidos, excesivos para el evento desencadenante. 2. Moderado La mayor parte del tiempo se siente infeliz, sin factor precipitante. 3. Grave: Todo el tiempo infeliz/dolor psíquico. Causa grave deterioro en el funcionamiento.				
No.	Criterios	0	1	2	3
8	Autolesiones No suicidas: Daño intencional cortes, golpes, escoriaciones en la superficie del cuerpo, con la intención de disminuir sentimientos negativos, dificultades interpersonales o inducir sentimientos positivos o sensación de alivio, (NSSI). 0. Ausente 1. Leve: Una autolesión no suicida superficial y sólo en brazos en el último año. 2. Moderado: de dos a cinco días con autolesiones superficiales o intermedias en brazos en el último año. 3. Grave: cinco o más días con autolesiones profundas en otra parte del cuerpo además de los brazos.				
9	Conducta suicida: Ideas de muerte, de suicidio (amenazas o planes), intentos suicidas, (MDD) 0. Ausente: No del todo 1. Leve: Lo piensa cuando está enojado. 2. Moderado: Recurrentes pensamientos o planes de suicidio o intento hace más de un mes. 3. Grave: Intento suicida en el último mes.				
10	Hipertimia: Animo exageradamente elevado, expansivo, irritable, autoestima exagerada, aumento en la actividad intencionada. (Considerar disminución de las horas de sueño) (BD) 0. Ausente: A veces, asociado sólo a fiestas. 1. Leve: Periodos sostenidos, anormales percibidos por los demás, sin perder funcionalidad. 2. Moderado: La mayor parte del tiempo, con ánimo aumentado claramente diferente del habitual, causa deterioro. 3. Grave: Todo el tiempo, deterioro en el funcionamiento.				
11	Fantasías peculiares: Ideas o historias inusuales, raras o autísticas. (Debe considerarse el desarrollo conforme a la edad en la evaluación de este reactivo), (Psychotic). 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente ha elaborado fantasías. Compañía imaginaria. 2. Moderado: Frecuentemente ha elaborado fantasías (excluye amigos imaginarios). Interfiere ocasionalmente con la percepción de la realidad. 3. Grave: Con frecuencia está absorto por sus fantasías. Tiene dificultad para distinguir la realidad de la fantasía.				
12	Ideas delirantes: De control, referencia, celos, persecutorias religiosas, expansivas, sexuales, (Psychotic). 0. Ausente: No delirios ni ideas de referencia. 1. Leve: En ocasiones siente que extraños pueden estar viéndolo, riéndose o hablando de él. 2. Moderado: Frecuente distorsión del pensamiento; desconfiado, suspicacia hacia otros.				

	3. Grave: Desconfiado, suspicaz de cualquier persona o cosa. No puede distinguir las ideas de la realidad.				
13	Alucinaciones: Auditivas, visuales, olfatorias, somáticas, etc. (Psychotic). 0. Ausente: Sin experiencias visuales, auditivas o sensoriales. 1. Leve: Escucha su nombre; experiencias después de un evento; imaginación vívida/activa. 2. Moderado: Definitiva experiencia auditiva (voces comentadas o de comando); visuales (durante el día o en repetidas ocasiones); sensoriales (de tipo específico). 3. Grave: Experiencias auditivas constantes (voces de comando); visuales (las imágenes están presentes durante la entrevista); u otras experiencias o percepciones.				
14	Hiperactividad: Inquietud, cambios frecuentes de postura, levantarse de su asiento, movimientos continuos. (Evaluar Impulsividad), (ADHD). 0. Ausente: Ligera inquietud; movimientos aislados. No interfiere en el funcionamiento. 1. Leve: Ocasional inquietud; movimiento más notorio; frecuentes cambios de postura; perceptible, pero no causa deterioro en el funcionamiento. 2. Moderado: Energía excesiva, movimiento constante; no puede estar quieto o sentado; causa disfunción en numerosas circunstancias; busca ayuda para sus conductas. 3. Grave: Excitación motora continua; no puede estar quieto; ocasiona gran interferencia en su funcionamiento en la mayoría de las situaciones.				
15	Distractibilidad: Pobre concentración, periodos cortos de atención, distracción ante estímulos irrelevantes, (ADD). 0. Ausente: Se desempeña consistentemente con habilidad. 1. Leve: Ocasionalmente distraído; fácilmente se distrae; capaz de concentrarse prontamente. 2. Moderado: Frecuentemente tiene problemas de concentración; evade las pruebas mentales; disruptivo; necesita asistencia constante para estar atento. Le ocasiona deterioro. 3. Grave: Constante. Necesita asistencia 1:1 para estar atento.				
16	Discurso o lenguaje acelerado: Habla muy fuerte o apresuradamente, habla en exceso. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Perceptible; mayor verbalización que lo normal; la conversación no es forzada. 2. Moderado: Muy verborreico o rápido; es difícil mantener la conversación. 3. Grave: Habla rápidamente de forma continua y no puede ser interrumpido. La conversación es extremadamente difícil o imposible.				

No.	Criterios	0	1	2	3
17	Lenguaje poco productivo: Mínimo, discurso escaso, parco, voz baja. 0. Ausente: No del todo. 1. Leve: Ocasionalmente expresa cierta información, con discurso vago, disperso, voz débil. 2. Moderado: La voz es persistentemente vaga, baja o débil; al menos ¼ ó ½ de la conversación no se comprende o está deteriorada. 3. Grave: En numerosas ocasiones o situaciones la comunicación está deteriorada.				
18	Retraimiento emocional: Relación poco espontánea con el entrevistador, falta de interacción con los compañeros, hipoactividad. 0. Ausente: No del todo 1. Leve: Ocasionalmente no responde; algunas veces rehúsa la interacción con compañeros. 2. Moderado: Frecuentemente no responde; evita la interacción; hipoactivo. Interfiere con las relaciones. 3. Grave: Constantemente no se percata de quienes le rodean; expresión facial de preocupación. No responde a las preguntas ni mira al entrevistador.				

19	<p>Afecto aplanado: Expresión emocional deficiente o vacía; afecto aplanado.</p> <p>0. Ausente: No del todo, o explicable por ánimo depresivo.</p> <p>1. Leve: Afecto algo aplanado. Ocasionalmente muestra respuesta emocional durante la entrevista (sonrisa, risa, llanto).</p> <p>2. Moderado: Aplanamiento considerable; con frecuencia no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p> <p>3. Grave: Aplanamiento constante; no muestra respuesta emocional (no sonríe, ríe, mira o llora).</p>				
20	<p>Tensión: Nerviosismo, inquietud; movimientos nerviosos de manos y pies. (síntomas somáticos de la ansiedad)</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente se siente nervioso o inquieto. No puede relajarse o tranquilizarse.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día se siente nervioso o inquieto. Causa estrés mental o físico.</p> <p>3. Grave: Nerviosismo e inquietud extremos. Movimientos nerviosos de manos y/o pies.</p>				
21	<p>Ansiedad: Dificultad para separarse de la figura de apego, se "aferra" de ella; preocupación con síntomas de ansiedad, miedos o fobias, así como obsesiones y compulsiones (Síntomas cognitivos de la ansiedad).</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente preocupado (por lo menos 3 veces a la semana) anticipadamente o durante la separación, miedos o fobias. Las preocupaciones parecen excesivas al evento.</p> <p>2. Moderado: La mayor parte del día/tiempo se preocupa por lo menos en dos circunstancias de la vida, o por eventos donde anticipa la separación o durante ésta.</p> <p>3. Grave: Preocupación extrema y grave por todas las cosas, reales o imaginarias.</p>				
22	<p>Alteraciones del dormir: Insomnio inicial, despertares intermitentes, reducción del tiempo de sueño, ronquido, conductas anormales (sonambulismo, terrores nocturnos), movimientos anormales (mioclonias, inquietud en las piernas, movimientos periódicos de las extremidades), noctilalia. Evaluar hipersomnias y somnolencia diurna.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Cierta dificultad (al menos una hora inicial, no insomnio intermedio o terminal).</p> <p>2. Moderado: Definitivamente tiene dificultad (al menos dos horas de insomnio inicial, algo de insomnio intermedio o terminal, superior a media hora). Sentimiento de sueño no reparador, evidencia leve de ciclo circadiano invertido.</p> <p>3. Grave: Nunca consigue dormir; se siente exhausto durante el día; severa inversión del ciclo circadiano.</p>				
23	<p>Desorientación: Confusión sobre personas, lugares o cosas.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente parece confuso o desconcertado; reacciona fácilmente cuando se le orienta.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente luce desconcertado, confuso; le desconciertan situaciones familiares, personas o cosas.</p> <p>3. Grave: Constantemente confuso; perplejo.</p>				
24	<p>Alteraciones del habla: Nivel de desarrollo del lenguaje inferior al esperado, vocabulario subdesarrollado, pronunciación deficiente.</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Lenguaje ocasionalmente distorsionado o idiosincrático; ligera dificultad para comprenderle.</p> <p>2. Moderado: Frecuentes eventos distorsionados, con deterioro definitivo de la comprensión.</p> <p>3. Grave: Constante distorsión del habla, casi incomprensible.</p>				

25	<p>Estereotipias: Posturas, movimientos y manierismos rítmicos y repetitivos, (Tics).</p> <p>0. Ausente: No del todo.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta manierismos, movimientos o posturas rítmicas, repetitivas</p> <p>2. Moderado: Frecuentes movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p> <p>3. Grave: La mayor parte del tiempo (> 50 %) presenta movimientos rítmicos, repetitivos, manierismos o posturas.</p>				
26	<p>Problemas de eliminación: Se orina o se defeca sin control, fuera del lugar indicado de día o de noche después de los cinco años.</p> <p>0. Ausente: controla esfínteres antes de los cinco años y nunca ha perdido el control.</p> <p>1. Leve: Ocasionalmente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche menos de dos veces a la quincena.</p> <p>2. Moderado: Frecuentemente presenta micciones y/o evacuaciones de día o de noche tres a seis veces a la quincena.</p> <p>3. Grave: Presenta micciones y/o evacuaciones más de seis veces a la quincena.</p>				

Anexo 9. Inventario de Comportamiento BRIEF- A VERSION OBSERVADOR.

Nombre de la persona evalúa a:

Sexo Masculino Femenino

Nombre del informante

Fecha de hoy / /

Su relación con el/ella Padre/madre Cónyuge Hermano(a) Amigo(a) Otra

¿Qué tan bien conoce a esa persona? No muy bien Moderadamente bien Muy bien

Conoce a esta persona desde hace años.

Durante el mes pasado ¿con que frecuencia el/ella ha tenido problemas con las siguientes conductas? N = Nunca 0 = Ocasionalmente F = Frecuentemente			
1. Tiene arranques de ira.	N	0	F
2. Comete errores simples cuando realizo alguna tarea.	N	0	F
3. Es desorganizado(a).	N	0	F
4. Tiene dificultad para concentrarse en las tareas (labores domésticas, lectura, trabajo, etc.).	N	0	F
5. Golpetea con los dedos o no dejo-de mover las piernas.	N	0	F
6. Deben recordarle que empiece una tarea, aunque tenga disposición a hacerla.	N	0	F
7. Su armario está desordenado.	N	0	F
8. Tiene dificultad cambiar de una actividad o tarea a otra.	N	0	F
9. Las grandes tareas le abruman.	N	0	F
10 . Se le olvida su propio nombre.	N	0	F
11. Tiene dificultad hacer trabajos o tareas que tengan varios pasos.	N	0	F
12. Tiende a exagerar emocionalmente.	N	0	F
13. No se da cuenta de que hace que los demás se sientan mal o molestos hasta que ya es demasiado tarde	N	0	F
14. Tiene dificultad para prepararse para el día.	N	0	F
15. Tiene dificultad para decidir el orden de prioridad de sus actividades.	N	0	F
16. Tiene dificultad para estar quieto(a).	N	0	F
17. Se le olvida de lo que está haciendo a la mitad de las cosas.	N	0	F
18. No revisa su trabajo para detectar si hay errores.	N	0	F
19. Tiene arranques emocionales por pequeñeces.	N	0	F
20. Pasa mucho tiempo en la casa sin hacer nada.	N	0	F
21 . Empieza tareas (por ejemplo, una receta de cocina) sin contar con los materiales necesarios.	N	0	F

22. Tiene dificultad para aceptar otros métodos para solucionar problemas del trabajo, los amigos o las tareas.	N	O	F
23. Habla en el momento menos oportuno.	N	O	F
24. Se le hace difícil juzgar la dificultad de las tareas.	N	O	F
25. Tiene dificultad comenzar a hacer algo yo solo(a).	N	O	F
26. Tiene dificultad no cambiar de tema cuando hablo.	N	O	F
27. Se cansa fácilmente.	N	O	F
28. Reacciona con mas emotividad que sus amigos ante las situaciones.	N	O	F
29. Tiene dificultad para esperar mi turno.	N	O	F
30. Los demás dicen que es desorganizado(a).	N	O	F
31. Se le pierden las cosas (las llaves, el dinero, la cartera, los deberes, etc.).	N	O	F
32. Tiene dificultad para pensar diferente si se bloquea frente a un problema.	N	O	F
33. Reacciona exageradamente frente a problemas pequeños.	N	O	F
34. No planea sus actividades con anticipación.	N	O	F
35. No logra prestar atención por mucho tiempo.	N	O	F
36. Hace comentarios sexuales inapropiados.	N	O	F
37. No entiende por qué las personas parecen enojarse con él/ella.	N	O	F
38. Tiene dificultad para contar hasta tres.	N	O	F
39. Sus metas son poco realistas.	N	O	F
40. Deja el baño desordenado.	N	O	F
41. Comete errores simples.	N	O	F
42. Se molesta con gran facilidad.	N	O	F

43. Las decisiones que toma le causan problemas (legales, financieros, sociales).	N	O	F
44. Lo molesta tener que enfrentar cambios.	N	O	F
45. Tiene dificultad para emocionarse con las cosas.	N	O	F
46. Tiene dificultad recordar instrucciones.	N	O	F
47. Tiene buenas ideas, pero no logro materializarlas.	N	O	F
48. Comete errores.	N	O	F
49. Tiene dificultad para empezar una tarea.	N	O	F
50. No piensa antes de hablar.	N	O	F
51. Su enojo es intenso, pero desaparece con rapidez.	N	O	F
52. Tiene dificultad para finalizar las tareas (por ejemplo, labores domésticas, trabajo).	N	O	F
53. Empieza las actividades en el último minuto (por ejemplo, asignaciones, labores domésticas. tareas).	N	O	F
54. Tiene dificultad para terminar una tarea por si mismo(a).	N	O	F
55. Los demás dicen que se distrae con facilidad.	N	O	F
56. Tiene dificultad para recordar las cosas (como direcciones y números de teléfono), aun durante algunos minutos.	N	O	F
57. Los demás dicen que es demasiado sensible.	N	O	F
58. Hace todo aceleradamente.	N	O	F
59. Se molesto.	N	O	F
60. Su recámara o su casa están desordenadas.	N	O	F
61. Le molesta que haya cambios inesperados en su rutina diaria.	N	O	F
62. No se le ocurre qué hacer con mi tiempo libre.	N	O	F
63. No planea sus tareas de antemano.	N	O	F

64. Los demás dicen que no piensa antes de actuar.	N	O	F
65. Tiene dificultad para encontrar sus cosas en su recámara, armario o escritorio.	N	O	F
66. Tiene dificultad para organizar sus actividades.	N	O	F
67. Después de tener un problema, no lo supera fácilmente.	N	O	F
68. Tiene dificultad para hacer más de una cosa al mismo tiempo.	N	O	F
69. Cambia de estado de ánimo con mucha frecuencia.	N	O	F
70. No analiza previamente las consecuencias de sus actos.	N	O	F
71. Tiene dificultad para organizar su trabajo.	N	O	F
72. Se molesto por pequeñeces rápidamente o con mucha facilidad.	N	O	F
73. Es impulsivo(a).	N	O	F
74. No ordena mis cosas.	N	O	F
75. Tiene dificultad para finalizar mi trabajo.	N	O	F

Anexo 10.

Escala de evaluación del TDAH de evaluación del TDAH (ADHD RATING SCALE) Versión CLÍNICO

ADHD RS Evaluación Inicial	Nombre _____ Fecha _____ Llenado por _____
--------------------------------------	--

RESPONDE a las siguientes preguntas BASÁNDOTE en tu funcionamiento NORMAL, cuando no has estado tomando medicamento

1	Problemas para poner atención en los detalles o comete errores por descuido en las labores escolares, el trabajo u otras actividades
----------	--

Parte A

Parte B

<p>✓ Todas las que apliquen</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cometes muchos errores en la escuela o el trabajo debido a que eres descuidado?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Haces tu tarea o trabajo lo más rápido posible?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Tienes problemas al realizar trabajos que requieren detalle?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿No revisas tu trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿La gente se queja de tí y dice que eres descuidado?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Entregas tareas o trabajos que están sucios o descuidados?</p>	<p>Circula el número que describa la frecuencia con que esto es un problema para ti.</p> <p>Nunca/ Muy Rara vez <u>A veces</u> Frecuente <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

2	Menea las manos o pies o se mueve constantemente en su asiento
----------	--

Parte A

Parte B

<p><input type="checkbox"/> ¿Tienes problemas para quedarte sentado y quieto?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Constantemente estas moviendo tus manos o pies, o jugueteando en tu asiento?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Golpeteas con tu lápiz (pluma) o con tus pies?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿La gente se da cuenta de esto?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Constantemente estas jugando con tu cabello o ropa?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿De manera consciente te resistes al jugueteo de tus manos/pies o al movimiento constante?</p>	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy Rara vez <u>A veces</u> Frecuente <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	---

3	Tiene dificultad para mantener la atención cuando realiza tareas o actividades de ocio
----------	--

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿Tienes problemas para poner atención cuando estas leyendo? ¿o durante las actividades de ocio tales como los deportes, juegos de mesa o al estar viendo una película? <input type="checkbox"/> ¿Se te dificulta mantener la atención en el trabajo o la escuela? <input type="checkbox"/> ¿Tienes una dificultad inusual para mantener tu atención en tareas aburridas o repetitivas? <input type="checkbox"/> ¿Te toma más tiempo del que debería completar tus deberes debido a que te la pasas pensando en otras cosas? <input type="checkbox"/> ¿Tienes problemas para recordar lo que leíste y necesitas volver a leer varias veces el mismo párrafo?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

4	Se para de su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
----------	---

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿Tienes problemas para permanecer en tu asiento? (en el trabajo, en clases, en casa, mientras ves t.v. o estas comiendo, en la iglesia) <input type="checkbox"/> ¿Prefieres estar caminando cuando se supone que deberías estar sentado? <input type="checkbox"/> ¿Tienes que forzarte para poder permanecer sentado? <input type="checkbox"/> ¿Te es inusualmente difícil permanecer sentado durante una reunión larga o lectura? <input type="checkbox"/> ¿Evitas de manera intencional situaciones en las que se requiere que permanezcas sentado durante un largo periodo de tiempo?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

5	Parece que no escucha cuando se le habla
----------	--

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿La gente se queja de que no escuchas o no respondes cuando te están hablando? (pareja, jefe, colegas, amigos, padres) <input type="checkbox"/> ¿Las personas tienen que repetirte las instrucciones? <input type="checkbox"/> ¿Te pierdes de partes clave de una conversación debido a que tu mente se encuentra divagando?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy</p> <p><u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

6	Corre o trepa excesivamente en situaciones en las cuales es inapropiado (en adolescentes o adultos, se puede limitar a una sensación subjetiva de inquietud)
----------	--

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿Se te dificulta hacer las cosas con calma? <input type="checkbox"/> ¿A menudo sientes que tienes mucha energía y sientes que te tienes que estar moviendo? <input type="checkbox"/> ¿Siempre estás en movimiento? <input type="checkbox"/> ¿Sientes como si te “impulsara un motor”? <input type="checkbox"/> ¿Te sientes incapaz de relajarte?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

11	Le disgustan, evita o es renuente a realizar actividades o tareas que requieren de esfuerzo mental sostenido
-----------	--

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> Evitas tareas largas o que requieren de mucho esfuerzo mental (tarea, trabajo, leer, juegos de mesa) debido a que se te dificulta mantener la atención? <input type="checkbox"/> ¿Te tienes que forzar para realizar estas actividades? <input type="checkbox"/> ¿Postergas estas actividades hasta el último momento?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

12	Habla en exceso
-----------	-----------------

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿Sientes que hablas mucho más que otras personas? <input type="checkbox"/> ¿La gente se queja de que hablas demasiado? <input type="checkbox"/> ¿A menudo hablas más fuerte que las otras personas con las que estás platicando?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
---	--

13	Pierde cosas que son necesarias para realizar sus tareas o actividades
-----------	--

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿A menudo pierdes cosas (papeles importantes, llaves, cartera, abrigo, celular, etc.)? <input type="checkbox"/> ¿A menudo estás buscando artículos o cosas importantes porque no sabes dónde las dejaste? <input type="checkbox"/> ¿Necesitas colocar tus artículos siempre en el mismo lugar para evitar que se te pierdan? <input type="checkbox"/> ¿Los materiales que necesitas para realizar tú trabajo o tareas escolares están regados, dañados o mal utilizados?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <p>Nunca/ Muy <u>Rara vez</u> <u>A veces</u> <u>Frecuente</u> <u>frecuente</u></p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3</p>
--	--

14	Responde abruptamente a las preguntas antes de que se terminen de realizar
-----------	--

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿Das respuesta a las preguntas antes de que alguien termine de realizarla? <input type="checkbox"/> ¿Dices cosas antes de que sea tu turno? <input type="checkbox"/> ¿Dices cosas que no tienen nada que ver con la conversación? <input type="checkbox"/> ¿Realizas cosas sin pensar en las consecuencias?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Rara vez A veces Frecuente Muy frecuente 0 1 2 3
---	--

15	Se distrae con facilidad
-----------	--------------------------

Parte A	Parte B
<input type="checkbox"/> ¿Te distraes fácilmente por cosas que suceden a tu alrededor, tales como ruido (televisión, radio, conversaciones), movimiento o bullicio? <input type="checkbox"/> ¿Necesitas estar relativamente aislado para poder realizar tu trabajo? <input type="checkbox"/> ¿A menudo inicias una tarea, después pasas a otra, y posteriormente a otra sin que termines de realizar cualquiera de ellas? <input type="checkbox"/> ¿Te es difícil reiniciar una actividad?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Rara vez A veces Frecuente Muy frecuente 0 1 2 3

16	Tiene dificultades para esperar su turno
-----------	--

Parte A	Parte B
<input type="checkbox"/> ¿Te es difícil esperar tu turno en conversaciones, filas o mientras estas conduciendo? <input type="checkbox"/> ¿Te frustras extremadamente con los retrasos? <input type="checkbox"/> ¿Evitas situaciones en las que probablemente tendrás que esperar? <input type="checkbox"/> ¿Te sientes incapaz de relajarte cuando estas esperando? (p. ej. cuando estas esperando una cita)	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Rara vez A veces Frecuente Muy frecuente 0 1 2 3

17	Es olvidadizo en las actividades diarias
-----------	--

Parte A	Parte B
<input type="checkbox"/> ¿A menudo olvidas cosas de tu rutina diaria? ¿Tareas, trabajo, citas u obligaciones? <input type="checkbox"/> ¿Olvidas llevar cosas al trabajo o escuela, tales como material para el trabajo o tareas, que requerías para ese día? <input type="checkbox"/> ¿Necesitas que te recuerden o escribirte recordatorios para que puedas realizar la mayoría de tus actividades?	Con qué frecuencia es esto es un problema para ti? Nunca/ Rara vez A veces Frecuente Muy frecuente 0 1 2 3

--	--

18	Interrumpe a los demás, es entrometido
-----------	---

Parte A

Parte B

<input type="checkbox"/> ¿Hablas cuando otros se encuentran hablando, sin que se te invite a la conversación <input type="checkbox"/> ¿Te entrometes en las conversaciones de otros antes de que se te invite? <input type="checkbox"/> ¿Interrumpes las actividades de otros? <input type="checkbox"/> ¿Tomas cosas de los demás?	<p>Con qué frecuencia es esto es un problema para ti?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nunca/ Rara vez</td> <td style="width: 25%;">A veces</td> <td style="width: 25%;">Frecuente</td> <td style="width: 25%;">Muy frecuente</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	Nunca/ Rara vez	A veces	Frecuente	Muy frecuente	0	1	2	3
Nunca/ Rara vez	A veces	Frecuente	Muy frecuente						
0	1	2	3						

Desempeño:	Excelente	Más que el Promedio	Promedio	Casi un problema	Es un problema
1. Desempeño en la escuela (en general)	1	2	3	4	5
2. Lectura	1	2	3	4	5
3. Escritura	1	2	3	4	5
4. Matemáticas	1	2	3	4	5
5. Relación con los padres	1	2	3	4	5
6. Relación con sus hermanos/as	1	2	3	4	5
7. Relación con sus compañeros	1	2	3	4	5
8. Participación en actividades organizadas	1	2	3	4	5

Si usted calificó seis o más de las preguntas numeradas 1 a 9 ó 10 a 18, con 2 ó 3; ¿Cuántos años tenía su hijo cuando se dio cuenta por primera vez de estos comportamientos? _____