



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Correlación de las Escalas Wender Utah Rating Scale (WURS)
y ADHD Symptom Rating Scale (ASRS) para la detección de
TDAH en adultos”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Uriel Gallardo Gómez

Directora: Dra. Ma. Guillermina Yáñez Téllez

Dictaminadores: Dra: Dulce María Belén Prieto Corona

Dra. Cristina Alejandra Mondragón Maya



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 25/05/2017



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.

ÍNDICE

Introducción

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN EL ADULTO. Pag. 5

1.1 ¿Qué es el TDAH? Pag. 5

1.2 Criterios Diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) Pag. 6

1.3 Diferencias entre los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el DSM-5 en el diagnóstico del TDAH en adultos Pag. 8

1.4 Epidemiología Pag. 9

1.5 Etiología Pag. 10

1.6 Características Cognitivas del TDAH en los Adultos. Pag. 13

1.6.1 Problemas de Atención

1.6.2 Problemas al Administrar el Tiempo

1.6.3 Deficiencias en la Solución de Problemas

1.6.4 Impulsividad

1.7 Comorbilidad en el TDAH Pag. 17

1.7.1 Trastorno de Ansiedad

1.7.2 Dificultades en las Relaciones Sociales

1.7.3 Depresión

1.7.4 Abuso de Sustancias

1.8 Evaluación y Diagnóstico del TDAH Pag. 22

1.8.1 Entrevistas Diagnósticas

1.8.2 Escalas Autoadministradas

1.8.3 Escalas Heteroadministradas

2. JUSTIFICACIÓN	Pag. 28
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	Pag. 31
4. METODOLOGÍA	Pag. 32
4.1 Diseño	
4.2 Participantes	
4.3 Instrumentos	
4.4 Procedimiento	
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS	Pag. 35
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	Pag. 40
7. REFERENCIAS	Pag. 43
8. ANEXOS	Pag. 46

INTRODUCCIÓN

El objetivo del trabajo fue evaluar si existe correlación entre dos escalas neuropsicológicas para detectar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos universitarios mexicanos, estas escalas son la ADHD Symptom Rating Scale (ASRS) y el Wender Utah Rating Scale (WURS). Además, el trabajo también pretende otorgar información acerca del TDAH, específicamente, en la etapa adulta, información acerca de qué es el trastorno, las primeras descripciones del mismo, su origen, las principales características, así como los criterios para la evaluación y diagnóstico, epidemiología, entre otros.

La tesis está conformada por cuatro capítulos teóricos y descriptivos. En el primer capítulo se tocan generalidades y antecedentes del trastorno, se da una breve definición de lo que es el trastorno, se revisan y comparan los criterios diagnósticos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales tanto en su versión IV-R como en la última versión (5), así como la etiología, donde se revisarán los posibles orígenes que se conocen hasta ahora del trastorno (genéticos, neurobiológicos, ambientales, educativos o sociales). También se revisan las características principales que se presentan en el TDAH como los problemas de atención, problemas al administrar el tiempo, deficiencias en la solución de problemas y, la impulsividad, cómo estas características se presentan en los pacientes con el trastorno y cómo afectan en el desarrollo del mismo. Otro de los apartados revisados en este capítulo describe aquellas comorbilidades que usualmente se presentan en los pacientes con TDAH. En primer lugar, se describe el trastorno de ansiedad, las dificultades en las relaciones sociales, la depresión y el abuso de sustancias como las comorbilidades más frecuentes y cómo es que imposibilitan e incluso dificultan la vida de una persona con este trastorno. Por último en el primer capítulo se hará un breve abordaje de las escalas y entrevistas más usadas para la evaluación y diagnóstico del TDAH en los adultos.

En el segundo capítulo se abordará la justificación que fundamenta la elaboración de la tesis. Se tocan temas importantes como la importancia de realizar más investigación en cualquier aspecto del TDAH, pero específicamente en adultos;

ya que en niños el tema está más desarrollado y respecto a los adultos, falta información debido a que el tema es más reciente. Por otra parte, el aspecto epidemiológico es más que suficiente para justificar la importancia de realizar investigación acerca del TDAH en adultos, en este apartado se brindarán algunas de las cifras que sustentan el porqué de su importancia. También al elaborar más investigación, en el ámbito de la neuropsicología, acerca del trastorno se pueden desarrollar, estandarizar y validar más instrumentos que apoyen en la evaluación y el diagnóstico del mismo, lo cual aporta bases fundamentales en la intervención del TDAH en su segunda oportunidad.

Por último, en el tercer y cuarto capítulo se abordan los objetivos, hipótesis y la metodología empleada. La descripción de los objetivos específicos así como el objetivo general y el planteamiento de la hipótesis son redactados cuidadosamente en este apartado. El diseño empleado, la descripción de los participantes, los instrumentos usados y el procedimiento que se llevó a cabo conforman la metodología para el desarrollo de la tesis.

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN EL ADULTO.

1.1 ¿Qué es el TDAH?

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad por sus siglas TDAH, es uno de los trastornos neuropsicológicos más comunes y por lo tanto más importantes durante la niñez y la adolescencia. A pesar de que el trastorno se conoce desde siempre, algunos autores como Fernández (2007) dicen que el Dr. Heinrich Hoffman en el siglo XIX fue el primer autor en describir claramente a un niño con déficit de atención e hiperactividad. Pero Pascual (2008) comenta que las bases científicas del conocimiento de sus peculiaridades clínicas se establecieron a principios del siglo pasado (s. XX). Las primeras investigaciones sobre el trastorno se centraron principalmente en niños porque no se lograba entender cómo éste se manifestaba en adultos. Fue hasta los años 70's que se comenzaron a realizar los primeros estudios sobre TDAH en adultos.

Pascual (2008) menciona que los trastornos por déficit de atención e hiperactividad vienen definidos por la presencia de tres síntomas esenciales como: disminución de la atención, impulsividad y la hiperactividad. Comenta que este trastorno es mucho más que eso, considera que es un síndrome de dimensiones enormes y el cual tiene bastantes facetas, también asegura que se debería de denominar "Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad". Barragán, de la Peña, Ortiz, Ruiz, Hernández, Palacios y Suárez (2007) coinciden y añaden que estas características de inatención, hiperactividad e impulsividad impactan en el desarrollo del aprendizaje y rendimiento escolar (principalmente en niños) así como en los procesos adaptativos del individuo a su medio ambiente.

El TDAH es un trastorno que, aunque es más frecuente en la etapa infantil, no sólo afecta esta etapa del desarrollo, sino también suele presentarse en la edad adulta. Poca gente cree que los adultos pueden padecerlo, principalmente por la característica de hiperactividad, pues no es común ver a un adulto con este síntoma, de tal manera que no hay que ser hiperactivo para padecer TDAH.

El TDAH es uno de los aspectos de mayor importancia para la psicología en general, neuropsicología, la psicopatología y para la neurología infantil. Se puede afirmar que el TDAH es un desorden que comienza en la infancia y que usualmente es detectado en la edad escolar. Sin embargo, dado que es un trastorno que persiste hasta la edad adulta, como lo mencionan Anderson y Burns (1989 en García, 2009), los pacientes que lo presentan tienen efectos negativos sobre su vida, en casa, escuela, trabajo y a nivel social.

1.2 El TDAH en el DSM5

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, (DSM-5, por sus siglas en inglés), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) define los criterios a ser usados por los médicos, profesionales de la salud mental y otros profesionales clínicos de la salud calificados cuando realizan un diagnóstico de TDAH. El DSM-5 fue actualizado en el 2013 y traducido al español en 2014. Esta nueva edición presenta cambios en la definición del TDAH, estos criterios determinan cómo el trastorno se diagnostica en niños y adultos. En la tabla 1 se describen los síntomas característicos del trastorno.

Tabla 1. Definición de Síntomas del TDAH de acuerdo al DSM-5 (2014)

A- Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por:
1. Inatención: Seis (o más) de los síntomas, durante al menos 6 meses, afectando directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
Presentación clínica de falta de atención.
No presta atención a los detalles o comete errores por descuido.
Tiene dificultad para mantener la atención.
Parece no escuchar.
Tiene dificultad para seguir las instrucciones hasta el final.
Tiene dificultad con la organización.
Evita o le disgusta las tareas que requieren de un esfuerzo mental sostenido.

Pierde las cosas.
Se distrae con facilidad.
Es olvidadizo para las tareas diarias.
2. Hiperactividad e Impulsividad: Seis (o más) de los síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses, afectando directamente las actividades sociales y académicas/laborales:
Mueve o retuerce nerviosamente las manos o los pies, o no se puede quedar quieto en una silla.
Tiene dificultad para permanecer sentado.
Corre o se trepa de manera excesiva; agitación extrema en los adultos.
Dificultad para realizar actividades tranquilamente.
Actúa como si estuviera motorizado; el adulto frecuentemente se siente impulsado por un motor interno.
Habla en exceso.
Responde antes de que se hayan terminado de formular las preguntas.
Dificultad para esperar o tomar turnos.
Interrumpe o importuna a los demás.
B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (ej.: en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren en el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (ej.: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).
F. Existen tres subtipos del trastorno

a) Uno en el que predomina la hiperactividad
b) Otro en el que predomina el Déficit de Atención
c) Por último en el que existe una combinación de déficit atención y de hiperactividad

1.3 Diferencias entre el DSM-IV y el DSM-5 en el diagnóstico del TDAH en adultos

Para llevar a cabo un diagnóstico del TDAH es usual recurrir al Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. Hasta antes del 2013 se encontraba vigente el DSM-IV-TR, posteriormente se actualizó y en la actualidad se encuentra vigente la quinta edición del manual, el DSM-5.

Con la actualización del manual y su adaptación al español, también se renuevan algunas de las definiciones de los trastornos mentales (Tabla 2).

Tabla 2. Cambios más importantes del TDAH entre DSM-IV-TR y DSM-5

Algunos de los principales cambios que han surgido para el diagnóstico del TDAH en el DSM-5 (2014) respecto al DSM-IV-TR (2002) son:
Se ha modificado la definición y ahora tanto los adultos como los adolescentes pueden ser diagnosticados formalmente con el trastorno. Los criterios con los que se diagnostica hacen mención y dan algunos ejemplos de cómo el trastorno se presenta en niños y adultos.
Para poder diagnosticar el TDAH en los adultos, los profesionales clínicos de la salud mental actualmente examinan la infancia media (12 años de edad) y durante todo el transcurso de la adolescencia para localizar el momento en el que aparecen los síntomas, sin llegar hasta la niñez temprana (7 años de edad).
En la edición anterior (DSM-IV-TR) al TDAH se le subclasificaba en tres “subtipos”. Esto se ha modificado y el DSM-5 a los subtipos ahora se les denomina “presentaciones clínicas”. Además, las “presentaciones clínicas” de la persona pueden variar en el transcurso de su vida. Esta modificación describe de mejor manera el efecto del trastorno en el individuo durante las diferentes etapas del ciclo vital.
Un individuo con TDAH ahora puede padecer TDAH en grado leve, moderado o severo. Esto se basa en el número de síntomas que la persona experimenta y cuán dificultosos dichos síntomas hacen la vida cotidiana.

Para diagnosticar TDAH en la infancia los niños deben de presentar 6 síntomas, mientras que en la edad adulta se deben de identificar por lo menos 5 síntomas.
--

Se ha incluido el TDAH dentro del apartado de los “Trastornos del neurodesarrollo”.

Incluye el diagnóstico de comorbilidad del TDAH con el espectro autista.
--

Se han incluido ejemplos para facilitar el reconocimiento de los síntomas en diferentes etapas de la vida.
--

1.4 Epidemiología

Autores como Fernandez (2007), han mencionado que hablar de la prevalencia en el TDAH es un tanto complicado por la diferencia entre los criterios diagnósticos empleados, los métodos y las fuentes de información. Comenta que de acuerdo a los métodos diagnósticos empleados, la prevalencia de este trastorno se situaría entre el 1% y el 24%. Agrega además que este comentario va dirigido a aquellas observaciones basadas en entrevistas estructuradas y pobremente confirmadas. De acuerdo con esta postura, Cruz, Ramos, Gutiérrez, Gutiérrez, Márquez, Ramírez, Razo, et.al. (2010), han comentado que existen estándares de prevalencia bastante diferentes, y argumentan que puede deberse a criterios diagnósticos bastante variados, así como al rigor metodológico que los investigadores hayan empleado.

Autores como Brown, Freeman, Perrin, Stein, Amler, Feldman, et.al. (2001), por otra parte, sitúan la prevalencia del trastorno en la población general de 6 a 12 años de edad entre un 4 a 12%. La National Institute of Mental Health (2003) publicó que el TDAH hasta hace algunos años tenía una prevalencia entre el 3 a 5 por ciento de niños con este padecimiento, aproximadamente 2 millones de niños tan solo en los Estados Unidos. Lo cual, en su momento significaba que en un salón donde se encontraban alrededor de 25 a 30 niños, por lo menos, uno de ellos tenía TDAH. En México se estima que existen aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. Y en el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que asisten a valoración por primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de

inatención, hiperactividad o impulsividad, (Secretaría de Salud, 2002). Hoy en día se conoce que del 4 al 12% de los niños tienen TDAH, y de estos niños, cuando menos, dos tercios de ellos continuarán con la sintomatología en la edad adulta: un 15% mantendrá el diagnóstico completo y un 50% de ellos lo hará en remisión parcial (Young y Bramhan, 2009).

Hasta el día de hoy se dispone de menos información epidemiológica sobre el TDAH en adultos de lo que se puede obtener en otras etapas del desarrollo, como en la niñez. Los estudios que se han realizado nos permiten saber que dicho trastorno no es únicamente propio de la niñez, sino que se puede prolongar hasta la vida adulta en una proporción importante de pacientes. Algunos autores como Murphy y Barkley (1996) y Faraone, Spencer, Montano y Biederman (2004, revisado en Ramos, 2006) mencionan que los primeros trabajos reportan prevalencias en adultos entre el 4 y el 5%. Ramos (2006) menciona que se elaboraron algunos estudios sobre una muestra de 9.282 sujetos en poblaciones de EU, donde se encontró una prevalencia de 4,4% y otro estudio en Holanda reportó una prevalencia de entre 1-3%.

De acuerdo a Barkley (2013), tanto hombres como mujeres que en su etapa infantil padecieron TDAH, en su etapa adulta también es posible que presenten el trastorno y sigan padeciendo muchos de los síntomas y a su vez, estas personas realizan menos actividades de las que son capaces, frecuentemente, hasta la vejez. Así mismo este autor menciona que por lo menos dos tercios de los niños con TDAH seguirán padeciéndolo en la edad adulta, lo cual supone más de 11 millones de adultos, únicamente en Estados Unidos. Por otra parte Young y Bramhan (2009), mencionan que aproximadamente un tercio de los niños que padecen TDAH continuarán siendo sintomáticos al llegar a la edad adulta (por lo que continúan padeciendo el trastorno), el resto conserva algunos problemas residuales, los cuales, requieren de tratamiento (pero no necesariamente padecen el trastorno).

1.5 Etiología

La etiología del TDAH es básicamente biológica, pero aún no se conocen las causas específicas. Se ha descrito la interrelación de múltiples factores genéticos y

neurobiológicos (neuroquímicos y cambios en estructuras anatómicas cerebrales) las cuales pueden contribuir a que el trastorno se desarrolle. Por otro lado, pueden interferir los factores ambientales tanto perinatales (prematurez, encefalopatía hipóxico-isquémica, bajo peso al nacer, consumo de tabaco y alcohol durante la gestación) como educativos y sociales, que a su vez interactúan con los factores biológicos y modulan la patogénesis, la expresión clínica y la evolución del trastorno (Martínez y Graell, 2013).

Martínez y Graell (2013) mencionan que el origen del TDAH puede ser principalmente una disfunción de un área específica del cerebro: la corteza prefrontal, aunque algunos de los estudios actuales sitúan la disfunción en las redes de conexiones frontales con áreas corticales y subcorticales relacionadas con procesos de memoria, de las emociones y lo sensoriomotriz. Además, añaden que dentro de la neurobiología y neuropsicología la corteza prefrontal es la principal región cerebral responsable de la función ejecutiva y las estructuras subcorticales (ganglios basales) son los principales encargados del control de impulsos e inhibición de respuestas automáticas. Los neurotransmisores más importantes en estas áreas cerebrales son la dopamina y noradrenalina, y se puede comprobar esta hipótesis etiopatogénica gracias a los fármacos y estimulantes que contienen dichos neurotransmisores.

Autores como Asherson, Kuntsi y Teylor (2005 en Young y Bramham, 2009) comentan que por lo que se sabe hasta ahora, su causa es por alteraciones a nivel cerebral, y por otra parte hereditaria. Se tienen cálculos de heredabilidad de 60 a 90%, gemelos idénticos presentan una concordancia importante en los síntomas de inatención e hiperactividad en comparación con gemelos no idénticos. También si un padre tiene el trastorno hay 57% de probabilidades de que su hijo lo padezca. Aunque también se debe a causas como factores de riesgo ambientales, los cuales incluyen factores de riesgo prenatales y perinatales, que pueden ser por ejemplo: prematurez, problemas durante el nacimiento, así consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo.

Por su parte, Martínez y Graell (2013) mencionan que la probabilidad de padecer TDAH cuando lo sufren los padres es entre 2 y 8 veces mayor, es decir, aproximadamente un 40%. El riesgo va en aumento entre 3 y 5 veces (presente en el 25% de los hermanos) si el hermano lo padece y en un gemelo homocigoto el riesgo puede aumentar entre 12 y 16 veces. Estas autoras también mencionan el peso del ambiente que se puede evaluar más en estudios de niños adoptados. Al respecto refieren que los hermanos no biológicos de una persona con TDAH, los cuales comparten ambiente, tienen menor riesgo de sufrir el trastorno que los hermanos biológicos que no comparten el ambiente. Por último comentan respecto a la heredabilidad, la cual definen como la proporción de la enfermedad que corresponde a causas genéticas, corresponde a un 77% (Quintero, 2009 revisado en Martínez y Graell, 2013).

Siguiendo con las mismas autoras, en cuanto a las alteraciones conductuales y cognitivas que se reportan en el TDAH, se les asigna su causa a una disfunción en la neurotransmisión y el metabolismo catecolaminérgico en áreas de la corteza prefrontal y otras estructuras corticales y subcorticales asociadas. Los neurotransmisores implicados principalmente en el control ejecutivo son especialmente ricos en catecolaminas (noradrenalina, dopamina y adrenalina) y estos neurotransmisores son los principales responsables en los mecanismos de atención, motivación y también en la planificación y ejecución de la acción o funciones ejecutivas. En cuanto a la expresión del TDAH y su transmisión dopaminérgica se encuentran involucrados otros neurotransmisores como la serotonina.

Así mismo, los factores psicosociales pueden afectar el desarrollo del TDAH, ejemplo de ello serían: negligencia, manejo parental deficiente, discordia familiar, etc. Y por último los factores de riesgo neurobiológicos también puede ser que contribuyan a la presencia del TDAH, como pudiera ser un traumatismo craneoencefálico y la exposición al plomo, entre otros.

1.6 Características Cognitivas del TDAH en los Adultos.

De acuerdo a las investigaciones que se han llevado a cabo entre el siglo pasado y el presente siglo, se sabe que el TDAH tiene tres características principales: la falta de atención, la incapacidad para inhibir movimientos (hiperactividad) y la impulsividad. Sin embargo, Weyandt y Willis (1994 en Portellano, 2005), mencionan que existen también otros síntomas no nucleares que suelen ser muy frecuentes, como dificultades de aprendizaje, alteraciones emocionales y trastornos de conducta. Mientras que para Barkley (2013) suelen agruparse en tres categorías, por lo que el TDAH parece ser una combinación de: falta de inhibición, autocontrol deficiente y por último problemas en las funciones ejecutivas. Menciona que la falta de inhibición lleva a un autocontrol deficiente, y los problemas con las funciones ejecutivas pueden producir carencia en autocontrol. Para el mismo autor la falta de inhibición significa que el paciente presenta dificultades para frenar una conducta durante unos instantes y poder pensar o repensar en lo que se está a punto de hacer. Sin esa pausa no es posible ejercer autocontrol, el cual, para el mismo autor engloba cualquier respuesta o serie de respuestas que el propio paciente se dirige a sí mismo y a su comportamiento y que le llevan a hacer algo distinto de lo que su primer impulso le dicta.

Por último, las funciones ejecutivas se refieren a las habilidades cognitivas dirigidas a una meta. Son aquellas habilidades mentales que todos usamos, gracias a ellas podemos evocar nuestro pasado y dirigirnos a poder anticipar el futuro, y así, poder dirigir nuestro comportamiento hacia éste. Incluyen habilidades como la inhibición, la memoria de trabajo, el control emocional, la atención y la planificación. Se debe puntualizar que para poder hacer uso de ellas se requiere de voluntad y esfuerzo, pues no son fáciles ni mucho menos automáticas. Así mismo, estas funciones ejecutivas nos ayudan a decidir qué hacer cuando ejercemos autocontrol (Barkley, 2013).

Autores como Young y Braham (2009), describen los principales síntomas del trastorno, así como las características cognitivas más importantes presentes en el

mismo: los problemas de atención y de la memoria, problemas con la administración del tiempo u organización, la resolución de problemas y la impulsividad.

1.6.1 Problemas de Atención

La inatención o déficit de atención puede describirse según la APA (2002, revisado en Morais, 2014), como la dificultad para mantener la atención en un mismo estímulo o tarea sin distraerse, con una disminución significativa de la capacidad atencional del individuo respecto a la que corresponde de acuerdo a su nivel de desarrollo. Aquellas tareas que requieren de concentración en la lectura u otras actividades las cuales demandan atención sostenida, olvidos y despistes frecuentes, son las manifestaciones más comunes de los problemas de atención. Sin embargo otros autores citados por la misma autora, indican que las dificultades en la organización, la tendencia a postergar el inicio de las tareas y la dificultad para concluir las también son consideradas como síntomas de falta de atención (Wilens y Dodson, 2004). Así mismo, aquellas personas con TDAH suelen ser desordenados al planificar y ejecutar tareas o trabajos, tienden a pasar de una tarea a la otra sin haber terminado la anterior.

El trastorno de atención puede causar bastantes problemas a lo largo del funcionamiento cotidiano, como pueden ser: dificultades para escuchar, incapacidad para terminar las tareas y distraerse con facilidad.

1.6.2 Problemas al Planificar y Administrar el Tiempo

Tirapu, Muñoz, Pelegrín y Albéniz (2005) comentan que tanto planificar como organizar significan plantear un objetivo, realizar un ensayo mental, aplicar la estrategia elegida y valorar el logro o no logro del objetivo pretendido. Planificar implica la capacidad para identificar y organizar los pasos y elementos necesarios para llevar a cabo una intención o lograr un objetivo, para lo cual se deben de concebir cambios a partir de las circunstancias presentes, analizar las posibles alternativas, sopesar y realizar una elección. Así mismo la planificación, consta de analizar los posibles resultados o consecuencias a obtener de una respuesta, imponiendo demandas adicionales a los procesos de inhibición y a la memoria de

trabajo (Papazian, Alfonso, Luzondo, 2006); también requiere de un buen funcionamiento de la memoria operativa en general y en específico del sistema ejecutivo central, implicando un paso más complejo que estos procesos en forma aislada.

Aquellos adultos que presentan TDAH tienen dificultades para poder realizar estas actividades cognitivas, pues para estos pacientes los problemas atencionales los inducen a una falta de concentración en la tarea en cuestión. Tienden a ser personas que presentan problemas a la hora de priorizar tareas y que por ende no suelen terminarlas exitosamente. Suelen tener dificultades en aquellas tareas que deben de cumplir en plazos determinados y se les complica mantener el interés en terminar un trabajo o actividad. Lo cual ocasiona problemas con tareas que suelen ser cotidianas y necesarias pero que a ellos les genera aburrimiento. Son personas que normalmente quieren realizar bastantes actividades, tareas y trabajos a la vez, pero que no suelen concluir con éxito la mayoría. Es más probable que si alguien les organiza el tiempo y las tareas o actividades a realizar las concluyan satisfactoriamente, ya que el problema es administrarlas para sí mismos.

Borrego (2010) ha comentado que esta deficiencia o dificultad se debe a que los neurotransmisores dopamina y noradrenalina están involucrados en el TDAH, y los lóbulos frontales son ricos en receptores dopaminérgicos, los cuales parecen ser más pequeños en pacientes con este trastorno. Menciona que el circuito frontoestriatal parece ser disfuncional, lo que justifica déficit cognitivos, la disfunción en el córtex prefrontal implica dificultades en el pensamiento complejo y en la memoria de trabajo, a su vez, la planificación y organización de las tareas se ve afectada como consecuencia de estos problemas en la corteza prefrontal.

1.6.3 Deficiencias en la Solución de Problemas

La solución de problemas se desarrolla desde los tres años de edad, en donde el niño comprende la base preparatoria de un plan y es capaz de planificar propósitos verbales simples relacionados con eventos familiares cotidianos, lo cual permite que el individuo solucione problemas y desarrolle ciertas estrategias para poder prever y por lo tanto prevenir problemas en el futuro. A los cuatro años de

edad se desarrolla una función prospectiva temporal, que tiene como objetivo preparar al organismo para las acciones de acuerdo a la información sensorial que posee, mejora progresivamente hasta los 15 años (Papazian y cols, 2006). Tanto la planeación como la solución de problemas no se limitan a la organización de conductas motoras, también se planifican los pensamientos con el fin de desarrollar un argumento, y los procesos de recuperación de la información almacenada en la memoria declarativa. Para que el sujeto obtenga la meta final o la solución de un conflicto o problema se debe de elaborar y llevar a cabo un plan estratégicamente organizado de secuencias de acción.

Un adulto con TDAH suele presentar dificultades en los procesos antes mencionados, por lo que darle solución eficaz a determinado problema representa un conflicto. Suelen responder de manera impulsiva y no detenerse a pensar en una solución y los posibles resultados. También tienden a preocuparse por situaciones de menor importancia y más inmediatas y, suelen perder de vista el panorama completo. El generar opciones o soluciones a los problemas o situaciones, incluso cotidianas suele representar un problema para ellos.

Para los individuos que presentan TDAH las habilidades de solución de problemas normalmente se ven afectadas por las dificultades en el funcionamiento ejecutivo, como ejemplo tenemos aquellas dificultades al organizar y secuenciar la información y dificultades para inhibir una respuesta dominante o ambas. Se podría entonces afirmar que sus habilidades de resolución de problemas se ven afectadas y sobre todo obstaculizadas por discapacidades cognitivas esenciales, como los déficits en la inhibición de la respuesta, la memoria operativa y la atención (Mateo y Vilaplana, 2007).

1.6.4 Impulsividad

Como último síntoma principal del TDAH tenemos la impulsividad, la cual tiene relación con la desinhibición conductual y la cognitiva, que a su vez son características del TDAH y se asocian con la falta de habilidad para controlar la conducta, el habla o ciertos procesos de pensamiento. Autores como Faraone, Spencer, Montano y Biederman (2004), puntualizan que la impulsividad se define

como una incapacidad por parte del individuo para inhibir la respuesta conductual ante un estímulo y actuar sin ponderar las consecuencias respecto a esa conducta. Comúnmente a los individuos con TDAH les cuesta retrasar la respuesta sin sentirse incómodos. El contestar abruptamente, interrumpir en las conversaciones, dificultades para poder esperar su turno o tolerar la espera, así como la toma de decisiones bastante rápida y apresurada, algunas de ellas basadas en información insuficiente y, por lo tanto, poco reflexionadas, son algunas de las manifestaciones de la falta de autocontrol y la impulsividad. Son personas que dicen lo primero que se les viene a la mente, como expresar sentimientos, ideas y opiniones, todo lo anterior sin prever aquellas consecuencias que pueden derivar de ello. Así mismo, actúan sin tomar en cuenta, como se ha mencionado, los resultados o consecuencias de su propia conducta. De alguna manera podemos decir que carecen de ese “freno” que les permite analizar, evaluar y por ende descartar aquellas conductas o respuestas que son inapropiadas. Como consecuencia puede derivar en problemas con sus relaciones sociales, porque tienden a hacer comentarios inapropiados y ofender a la gente sin darse cuenta de lo que ya está hecho. Por otra parte, en algunas ocasiones suele ser ventajosa aquella actitud de euforia o de impulsividad, pues se atreven a tomar riesgos que las demás personas sin TDAH no harían y que podrían llegar a tener buenos resultados. Son personas que no tienden a involucrarse en toma de decisiones y no consideran alternativas (Barkley, 2013).

1.7 Comorbilidad en el TDAH

Una de las primeras referencias del concepto de comorbilidad de acuerdo a Avila (2007) fue la que efectuó Alvan Feinstein en 1970 en un artículo para la Universidad de Yale. En ese artículo el concepto se definió como la ocurrencia de más de una patología en la misma persona. El objetivo del concepto era usarlo en estudios clínicos para indicar patologías coexistentes. Sin embargo la forma en la que se puede describir y entender de manera más simple el concepto de comorbilidad es la de: presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos (Artigas, Garcia y Rigau, 2003). Para poderlo

explicar un poco mejor y darle un significado más útil al término se requiere de dos condiciones: En primer lugar, que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada uno de los procesos comórbidos. La segunda característica para aceptar que dos procesos son comórbidos, es la condición de que la frecuencia con la que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general (Artigas, 2003, p. 68).

En el caso del TDAH, un tercio de ellos pueden llegar a obtener un progreso satisfactorio ya en la etapa adulta, pero lamentablemente otro tercio continúa experimentando cierto nivel de problemas. Y el último tercio de ellos sigue padeciendo y a menudo desarrollan problemas significativos relacionados con el TDAH, así como otros padecimientos comórbidos. En algunos de los estudios realizados por Barkley (2013) respecto al trastorno, se ha concluido que entre el 10 y el 20% de los adultos con TDAH experimentan pocos problemas; 60% sigue manifestando síntomas del trastorno y a su vez experimentan problemas académicos, emocionales y sociales en un grado de leve a moderado y entre 10 y 30% desarrollan problemas antisociales además de dificultades con el propio trastorno y otras comorbilidades.

En el caso de las personas que padecen de TDAH suelen desarrollar enfermedades secundarias debido a que perciben o tienen la noción de haber tenido una vida de fracasos y frustraciones relacionados con el TDAH (Murphy, 1995; Young, 2002 en Young y Bramham, 2009). Varios estudios han mostrado resultados en donde se puede notar que existe un amplio rango de estados comórbidos relacionados con el TDAH, como puede ser el trastorno por ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias y la ira disfuncional. Es bastante común que los terapeutas no quieran intervenir de la misma forma con pacientes que padezcan TDAH, ya que temen la existencia de factores que causen complicaciones, aun cuando estas enfermedades reciban un tratamiento efectivo mediante intervenciones psicológicas para aquellos individuos que no presenten TDAH.

Para el TDAH en adultos existen diferentes comorbilidades reportadas en algunos estudios realizados en los últimos años. Uno de los autores que ha dedicado alrededor de 20 años al estudio del trastorno es Barkley, y en el 2002 presenta diversas publicaciones donde menciona que la principal comorbilidad presente en los adultos que padecen TDAH es el Trastorno de Ansiedad, el cual se reporta en alrededor de un 25 a 30% de los pacientes. La siguiente comorbilidad importante sería la drogodependencia con un porcentaje entre 25 y 50% de prevalencia, posteriormente el trastorno de personalidad con 12 a 28% y por último la depresión con el 10 a 30% (Ramírez, 2009).

1.7.1 Trastorno de Ansiedad como comorbilidad del TDAH

Distinguir y sobre todo reconocer cuando se sufre ansiedad puede ser bastante complicado. Normalmente se define de manera sencilla como un comportamiento anormal dominado por las preocupaciones y los miedos, suelen ser en su mayoría irreales y generalmente jamás pasarán. Sin embargo ellos encuentran razonables esos miedos y preocupaciones debido a que ellos evitan repetir aquellas conductas o acciones en las que se les vio humillados anteriormente. Aproximadamente una cuarta parte de los niños que presentan TDAH también presentan ansiedad, pero en el caso de los adultos el índice de ansiedad puede llegar a crecer considerablemente, se calcula que entre el 17 a 52% (Barkley, 2003). El propio Barkley y sus colaboradores realizaron un seguimiento a los niños con TDAH durante algunos años hasta que llegaron a la edad adulta y mostraron que cuanto más tiempo llevaran padeciendo el trastorno, más propensos eran de adultos a desarrollar además un trastorno de ansiedad.

En el caso de las personas con TDAH, la ansiedad puede que se desarrolle de distintas maneras de acuerdo a las categorías principales del propio trastorno, como el trastorno por pánico, la ansiedad generalizada, la ansiedad social, y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

1.7.2 Dificultades en las Relaciones Sociales como comorbilidad del TDAH

Otro de los problemas comórbidos que se presentan con frecuencia en los pacientes con TDAH son las dificultades en las relaciones sociales, las cuales pueden ser la causa u origen de muchos de los problemas que se encuentran asociados con el trastorno principal, como la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, y el abuso de sustancias (Biederman, et. al. 1993, en Scandar y Scandar, 2010). Por otra parte, también es bastante frecuente que estos problemas comórbidos estén relacionados con los síntomas principales del TDAH y por ende pueden afectar en la conducta social, por medio de la inatención, el problema para poder controlar sus impulsos de una manera adecuada y la inquietud o el dejarse dominar en ocasiones por el sentimiento de nerviosismo. Es bastante común que los individuos con TDAH se sientan de alguna manera incomprendidos o incluso aislados, pero en ocasiones demuestran totalmente lo contrario, dominar situaciones sociales en las que se les puede notar seguros de sí mismos (Barkley, 2013). Este mismo autor también menciona que los problemas en las relaciones sociales tienen una estrecha relación con el trastorno del comportamiento (TC), pues cuando se encuentran en la etapa infantil son niños que violan los derechos de los demás y las leyes y normas sociales. Es probable que si al llegar a la etapa adulta continúan haciéndolo sean diagnosticados con el trastorno de personalidad antisocial (TPA), y menciona que esencialmente es una “evolución” del trastorno de la conducta. Por último comenta que el abuso de las drogas y el comportamiento antisocial suelen tener una relación bastante estrecha.

1.7.3 La Depresión como comorbilidad del TDAH

La depresión y el estado anímico bajo es una enfermedad comórbida común en los adultos con TDAH. En las muestras clínicas de los pacientes de edad adulta atendidos por Young y Bramham (2009), que presentaban el trastorno, de 16 a 31% presentaron depresión mayor. Además, algunos de los pacientes adultos (19 a 37%) con TDAH tenían distimia, la cual es una forma de depresión, sólo que un tanto más leve, pero es persistente.

Las personas con depresión tienen síntomas que refieren un estado anímico bajo, suelen tener pérdida de energía y también de la motivación y a su vez suelen tener un sentido de desesperanza por el futuro. A su vez, cuando estos síntomas mantienen una comorbilidad con el TDAH los individuos presentan síntomas adicionales, más problemas a la hora de concentrarse y se sienten aletargados o comúnmente cansados. Aunque son personas que se sienten inquietas, existe una falta de motivación importante y de energía, su optimismo y creatividad están atrapados en pensamientos o reflexiones depresivas. La frecuencia con la que la depresión suele presentarse en los pacientes con TDAH se le atribuye a algunos otros problemas ocasionados por el propio trastorno, Benito (2008) explica que estos pueden ser: dificultades en sus relaciones sociales, la ansiedad, los problemas adquiridos en la escuela así como en el trabajo y la incapacidad para poder realizar tareas con facilidad así como poder concluir las.

1.7.4 El abuso de Sustancias como Comorbilidad del TDAH

Los adultos o adolescentes con TDAH, a diferencia de las personas sin el trastorno, presentan mayor abuso de sustancias dentro de las que se encuentran principalmente la nicotina, el alcohol, el cannabis, las anfetaminas y la cocaína. Esto se debe a que el consumo de ciertas sustancias (reportado por pacientes con TDAH) suele en algunas ocasiones mejorar los síntomas del mismo trastorno, como consecuencia de tener un efecto similar a la medicación psicoestimulante. Otras sustancias como el alcohol y el cannabis no reducen o mejoran los síntomas del trastorno, pero los consumen debido a la sensación de minimizar la inquietud y ayudarse a estar más tranquilos.

Las personas que se vuelven adictas a sustancias se encuentran inmersos en un círculo vicioso, en el que algunas características asociadas con el TDAH pueden desempeñar un papel importante en el abuso de sustancias y viceversa. Por ejemplo: la ansiedad y el estado anímico bajo llevan al abuso o consumo de sustancias, el consumo de éstas a un empeoramiento en los síntomas del TDAH y esto a su vez nuevamente al consumo, lo que provoca problemas financieros,

médicos y sociales, esto genera depresión o ansiedad y comienza nuevamente el ciclo (Martínez, y Graell, 2013).

1.8 Evaluación y Diagnóstico del TDAH

Dos de los grandes problemas del TDAH en adultos suelen ser su evaluación y diagnóstico, los cuales en ocasiones se tornan un tanto complejos debido a la escases de pruebas o escalas en nuestro país que permiten su detección, y también se dificulta como consecuencia del gran repertorio de síntomas que suelen presentarse, por lo que diferentes autores hablan principalmente de problemas para concentrarse, para prestar atención, problemas a la hora de organizarse, dificultades para planificar, resolver problemas y controlar sus emociones.

En los últimos años se ha dicho que una evaluación precisa para el diagnóstico del TDAH en adultos debe de responder a cuatro preguntas esenciales. La primera de ellas consiste en conocer si existen evidencias clínicas de la presencia de síntomas relacionados con el TDAH en la infancia y un deterioro significativo y crónico en diferentes ámbitos. La segunda cuestión es conocer si existe una relación entre los síntomas del TDAH actuales y un deterioro sustancial, el cual debe ser consistente en diferentes ámbitos (sería útil disponer tanto de la información del propio paciente, como de aquella que sea brindada por algún familiar directo). La tercera cuestión se trata sobre indagar y verificar que los síntomas que presenta y reporta el paciente no se expliquen mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico. Finalmente, la cuarta cuestión se enfoca en valorar la posible presencia de algunos trastornos comórbidos con el propio TDAH. Una vez que el clínico obtenga respuesta a estas cuatro cuestiones, se le podrá brindar una mayor fiabilidad en el diagnóstico del TDAH en la edad adulta (Ramos, Chalita, Vidal, Bosch, Palomar, Prats et al., 2012).

Para poder llevar a cabo una evaluación pertinente del TDAH en la etapa adulta es necesario que el clínico a cargo haga uso de las escalas autoadministradas y del diagnóstico clínico abierto o entrevistas semiestructuradas, estas últimas pueden ser autoinformes del sujeto e informes de un observador, ya sean los padres o la pareja, por ejemplo.

De acuerdo con Ramos y cols. (2012) existen tres tipos de Instrumentos para llevar a cabo la evaluación del TDAH en adultos: 1. Las entrevistas diagnósticas, 2. Entrevistas auto-administradas y 3. Las entrevistas heteroadministradas, los cuales se encuentran disponibles en español.

1.8.1 Entrevistas Diagnósticas

A continuación se hará una breve descripción de las entrevistas o escalas más utilizadas para el diagnóstico y evaluación del TDAH en los adultos, los cuales están traducidos y/o validados al español. Se trata tanto de entrevistas como de cuestionarios que permiten valorar la sintomatología en la etapa actual, pero también, permiten evaluar retrospectivamente la presencia de los síntomas, así como del trastorno en la infancia y a lo largo de la vida del paciente.

- Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID-parte II) de Epstein, Johnson y Conners (1999)

Este instrumento es la segunda parte de una entrevista semiestructurada que incluye los criterios diagnósticos del TDAH de acuerdo al DSM-IV-TR. Esta entrevista permite la evaluación de los criterios en la infancia y en la edad adulta. Da algunos ejemplos sobre las manifestaciones de los diferentes síntomas. Incluye una valoración del deterioro causado por el trastorno durante la etapa infantil y en la edad adulta. Tiene buenas propiedades psicométricas.

- Entrevista diagnóstica del TDAH en adultos (DIVA 2.0) (Ramos y cols., 2012).

Esta entrevista realizada por Kooij y Francken en 2007 se divide en tres partes, que son aplicables cada una de ellas en la infancia y en la etapa adulta: criterios para el déficit de atención, criterios para la hiperactividad-impulsividad, así como el inicio y la disfunción causada por los síntomas del TDAH. Se proporcionan ejemplos de los tipos de disfunción comúnmente asociados a los síntomas en cinco áreas de la vida diaria: trabajo y educación, relaciones y vida en familia, contactos sociales, tiempo libre y pasatiempos y, por último, seguridad en sí mismo y autoimagen.

- Entrevista para TDAH de Barkley (1998, revisado en: Ramos y cols., 2012)

Entrevista semiestructurada que incluye numerosos signos y síntomas del TDAH, y cuyas áreas clínicas incluyen síntomas que constituyen los criterios de TDAH en el DSM. También incluye diferentes síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que pueden incidir en la gravedad del trastorno. El autor aporta una traducción al castellano de dicha entrevista.

1.8.2 Escalas autoadministradas

Se trata de escalas o entrevistas en las que el propio paciente puede leer y a su vez responder de acuerdo a su criterio o percepción. Hacen una evaluación de la presencia de los síntomas tanto en la etapa actual como de la infancia y a lo largo de la vida del paciente. Normalmente son entrevistas que brindan información complementaria.

- ADHD Rating Scale-IV (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 1998, revisado en: Ramos y cols., 2012)

Escala que incluye 18 reactivos referidos a los síntomas recogidos en el DSM-IV-TR. Cada reactivo se puntúa de 0 a 3 y se utiliza para determinar la presencia de cada uno de los síntomas en un individuo en el momento actual. Esta escala puede ser administrada por un clínico experto o ser autoadministrado tanto al paciente como a un familiar directo. Inicialmente, se diseñó para administrarlo en pacientes infantiles, pero se ha adaptado para pacientes adultos.

- ADHD Symptom Rating Scale (ASRS), (OMS, 2004).

Sus siglas en inglés significan Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist. El cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 6 preguntas en su Versión 1.1 (ASRS-V1.1), es un subgrupo de la lista de verificación de síntomas del cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto de 18 preguntas de la OMS-Versión 1.1 (Adult ASRS-V1.1). Este pequeño pero importante instrumento es un cuestionario autoinformado y su sistema de calificación fue

elaborado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el grupo de trabajo sobre el TDAH del adulto, el Dr. Lenard Adler, Dr. Ronald Kessler y el Dr. Thomas Spencer. Los profesionales de la salud pueden hacer uso de la ASRS v1.1 como una herramienta para apoyarse en la detección del TDAH en pacientes adultos. Aquellos resultados que sean obtenidos por medio de esta prueba sugieren la necesidad de realizar una entrevista clínica más detallada. Es importante mencionar que esta escala contiene preguntas que coinciden con los criterios del DSM-IV-TR y tratan sobre las manifestaciones de los síntomas del TDAH en adultos. Para poder presentar el cuestionario son necesarios menos de cinco minutos y puede brindar información complementaria, la cual es crucial para el proceso del diagnóstico.

Ya que la escala pretende ser utilizada en distintos países del mundo, existen diferentes traducciones en muchos idiomas. La versión en español fue validada en población adulta con problemas de adicciones y en población que acudió a consulta por problemas de TDAH. Ambas validaciones se realizaron en España. En población mexicana se realizó únicamente un estudio en el que se evaluó la validez de constructo de la ASRS mediante un análisis factorial. En el artículo publicado se reporta que la estructura factorial de la escala coincide con la estructura de tres factores que propone el DSM-IV: Inatención, hiperactividad e impulsividad (Reyes et. al, 2009, en Reyes, 2013).

- Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward, Wender y Reimherr, 1993, revisado en: Ramos y cols., 2012)

Este instrumento suele ser utilizado para la evaluación retrospectiva de pacientes adultos con TDAH. Es un cuestionario de carácter autoaplicado que consta de 61 ítems, entre los que se han seleccionado 25 por su capacidad para discriminar a los pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia. La escala ha demostrado una consistencia interna y una estabilidad temporal que parecen ser satisfactorias. Se ha traducido y adaptado al idioma español y se ha estudiado su aplicación y características psicométricas en la población universitaria mexicana.

Sobre sus 61 reactivos, 42 dan información sobre conductas, estado de ánimo, problemas familiares, problemas tanto con los compañeros y figuras de autoridad, los siete subsecuentes evalúan problemas médicos, y los últimos 12 determinan problemas escolares y académicos. Así mismo de los 61 reactivos que contiene la escala, 25 fueron determinados para discriminar síntomas propios del TDAH de manera retrospectiva, es decir, cada sujeto indica la gravedad con la que padecía cierto síntoma en la niñez.

- Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (Ramos y cols., 2012).

Ya que es una escala tanto autoadministrada como heteroadministrada, con el fin de no repetir, se describirá más adelante.

1.8.3 Escalas heteroadministradas

Se trata de escalas o entrevistas en las que tanto el paciente como el evaluador las pueden contestar. Ya sea que el evaluador la lea y el paciente conteste o que el paciente realice ambos ejercicios. Como las demás escalas, realizan una evaluación de la presencia de los síntomas tanto en la etapa actual como de la infancia y a lo largo de la vida del paciente. También es importante mencionar que brindan información complementaria, la cual puede apoyarse de la entrevista

- Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (Ramos y cols., 2012).

La CAARS está conformada por seis escalas, tres de ellas autoadministradas y tres valoradas por un observador. Cada una de las escalas consta de una serie de reactivos que han de ser puntuados de 0 a 3. El número de reactivos de cada una de las escalas depende de la versión: larga (66 reactivos), corta (26 reactivos) y de cribado (30 reactivos). También existe una versión del investigador para la escala de cribado, que muestra una buena fiabilidad y validez con la versión autoadministrada. Se ha validado al castellano la versión larga autoadministrada de la CAARS, y se han observado buenas propiedades psicométricas y una sólida estructura factorial de cuatro factores, con una buena consistencia interna.

- Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS), (Ramos y cols., 2012).

La AISRS se compone de 18 reactivos que se corresponden con los 18 síntomas del DSM-IV-TR. Cada reactivo se puntúa de la siguiente manera: 0, nunca; 1, leve; 2, moderado; 3, grave. La puntuación máxima de la escala son 54 puntos, con 27 puntos para cada subescala. Para minimizar la variabilidad, dispone de un apéndice en que se proponen ejemplos de cada uno de los reactivos. Las propiedades psicométricas de la AISRS hacen de ésta un instrumento adecuado para evaluar los síntomas del TDAH y la eficacia del tratamiento, tanto en ensayos clínicos como en la práctica clínica.

2. JUSTIFICACIÓN

Hace algunos años se pensaba que solamente en la niñez se presentaba el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), era un alivio pensar que el problema se solucionaría con el tiempo y que a su vez, con tratamiento no llegaría el trastorno a afectar aún más el día a día de manera progresiva, y por ende no causaría una adversidad para los niños con este trastorno en etapas posteriores de su desarrollo. Hace unos 15 años se tenía la creencia de que al llegar la adolescencia tardía los síntomas de TDAH que presentaban los pacientes disminuirían o reducirían con la edad y por ende el trastorno desaparecería por completo, sin embargo, en algunos casos se veía que los pacientes seguían presentando estos síntomas aun cuando la etapa adolescente había concluido, por lo que posteriormente se empezó a cuestionar acerca de si el TDAH es solamente un trastorno presente en la etapa infantil y al concluir dicha etapa el niño sana, o si el TDAH puede continuar afectando en la edad adulta (Young y Bramhan, 2009).

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más estudiados en los últimos años, y por ende, uno de los más conocidos. Se le ha brindado mayor importancia en el ámbito de la investigación, incluso en la clínica, cuando se presenta en niños o adolescentes respecto del que se le ha otorgado cuando se presenta en adultos. No deja de ser un tema bastante interesante para aquellos profesionales de la neuropsicología, que a lo largo del tiempo han tenido avances en el tratamiento y en el diagnóstico en niños, pero cuando nos referimos al trastorno presente en adultos, faltan herramientas para evaluar, diagnosticar y poder brindar un tratamiento de calidad.

Es importante poder evaluar y diagnosticar a los pacientes con TDAH a tiempo para brindarles un tratamiento adecuado y que el trastorno disminuya en su sintomatología, sin embargo, no siempre se diagnostica a tiempo y es inevitable que existan casos del trastorno en adultos, como ya se mencionó, dos tercios de esos niños que padecen el trastorno continuarán presentándolo en la etapa adulta.

Si se continúa realizando investigación del TDAH en adultos, podemos obtener resultados que los beneficien en esta etapa del desarrollo. Parece ser que

no es tarde, existen casos en los que adultos jóvenes han llegado incluso a la universidad aun cuando no se detectó y trató en la etapa infantil, se tiene una segunda ocasión bastante oportuna para poder ser diagnosticado. Por otra parte, si se continúa con el estudio de este trastorno en la edad adulta, se podrá brindar atención a aquellos que incluso hayan avanzado con mayor facilidad en diferentes ámbitos de su vida, por ejemplo, en lo académico, aun cuando presenten dificultades en otras áreas importantes de su vida. Se debe de identificar y ayudar a los adultos con TDAH para que aprovechen sus fortalezas como un medio de encontrar un equilibrio en sus vidas y aprender a enfrentar sus síntomas y sus discapacidades. Es una edad potencial en la que tienen la opción y la oportunidad de desarrollar sus aptitudes y capacidades para así adaptarse al entorno y poder satisfacer sus necesidades en el ámbito en el que se desarrollan.

También es relevante el aporte de la neuropsicología en el estudio del TDAH para continuar con el desarrollo de instrumentos o escalas que aporten a la evaluación y por ende al diagnóstico del trastorno. En México existen pocas escalas validadas con las que se puedan realizar evaluaciones pertinentes en adultos, como lo son: la escala de Tamizaje FASCT (elaborada en México), la Forma de Autorreporte de Síntomas en la Infancia, La Escala de Evaluación de TDAH en Adultos de Conners, La Escala de Trastorno por Déficit de Atención de Brown, por mencionar algunas (Reyes et. al, 2009, en Reyes, García y Cruz, 2013). Sin embargo es muy difícil llevar a cabo un diagnóstico porque no se cuenta con una diversidad amplia de herramientas o escalas para la evaluación del trastorno. Si brindamos un aporte en el ámbito de la evaluación para el TDAH en adultos se abrirá una brecha importante para tener la posibilidad de mejores diagnósticos.

Estos instrumentos neuropsicológicos antes mencionados como el FASCT, Autorreportes de Síntomas en la Infancia, Escala de Evaluación de TDAH en Adultos de Conners y La Escala de Trastorno por Déficit de Atención de Brown son de gran importancia porque ayudan en la detección del TDAH. Su evaluación y diagnóstico se basa principalmente en la identificación de los síntomas y signos clínicos que la caracterizan. Así mismo la evaluación neuropsicológica puede ser de

utilidad para excluir otros diagnósticos, como lo pueden ser las discapacidades de aprendizaje o la lesión cerebral difusa que conduce a una discapacidad general. También este tipo de evaluación puede usarse para proporcionar una expectativa funcional o hipótesis con respecto a la habilidad del paciente para desempeñarse en las áreas de la vida diaria, como lo pueden ser: logros académicos, actividades ocupacionales o incluso domésticas.

El tener herramientas como las escalas que logran detectar el TDAH en adultos de alto desempeño, es sumamente importante. Es por esto que se busca que una escala tan breve pero que aparenta ser suficiente como la ASRS, pueda detectar el TDAH en la etapa adulta y que quizás pueda sustituir una escala que es más utilizada y bastante completa como lo es la WURS para la detección del TDAH, es bastante larga en comparación con la primera, sin embargo, ambas podrían detectar el trastorno y quizás sea más efectivo aplicar una escala más corta y rápida en lugar de una que requiera de mayor tiempo.

Como ventajas principales de la ASRS tenemos que es autoaplicada, es decir, el propio paciente puede contestar la escala de acuerdo como haya vivido los síntomas en la etapa infantil. Esto nos puede beneficiar en la veracidad de la información obtenida, ya que es el propio paciente quien lo vivió y él mismo lo reporta. Así mismo esta escala es bastante corta, de tan sólo seis reactivos que permiten que el paciente no se fastidie o canse de tan sólo imaginar leer bastantes reactivos. Al ser corta permite que el paciente no conteste de manera azarosa y también que preste mayor interés en la propia escala.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

- Objetivo General:

Identificar si las escalas ADHD Symptom Rating Scale (ASRS) y la Wender Utah Rating Scale (WURS) utilizadas para la detección del TDAH en adultos, tienen validez concurrente entre sí en una muestra de universitarios mexicanos.

- Objetivos específicos:

Determinar si existe validez concurrente entre ambas escalas (WURS y ARSR).

Validar la escala ASRS para detectar el TDAH en jóvenes universitarios.

Determinar si es posible sustituir la escala WURS por la escala ARSR, debido a que la segunda es más corta y se cree que ambas tienen el mismo poder de detección del TDAH.

- Hipótesis

Las escalas WURS y ASRS presentarán una correlación positiva, por lo que se podrá decir que existe validez concurrente entre ambas.

La escala ASRS podrá sustituir a la escala WURS en la detección del TDAH en adultos, ya que existirá validez concurrente entre ambas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

El diseño de investigación utilizado para el presente proyecto fue No Experimental con alcance Correlacional y de corte Transversal. No experimental ya que no se manipularán ninguna de las variables de la investigación. De alcance correlacional por que se busca saber si existe alguna relación o grado de asociación entre las escalas que evalúan retrospectivamente el TDAH en adultos Wender Utha Ratin Scale (WURS) y el cuestionario de síntomas de TDAH en el adulto ADHD Symptom Rating Scale (ASRS). Finalmente de corte Transversal puesto que las variables se miden dentro de un tiempo específico y no a lo largo del tiempo, es decir, no se mide como ha cambiado o alterado una variable a través del tiempo.

4.2 Participantes

Se aplicaron ambas escalas a una muestra de 103 participantes, los cuales fueron elegidos de manera no probabilística; ya que escoger a los participantes no dependió de la probabilidad, a su vez, no es necesario tomar una muestra significativa de la población, sino únicamente conocer si dos instrumentos mantienen una relación entre sí. La muestra elegida consta tanto de hombres como mujeres, de variados estratos socioeconómicos y que cumplieran con criterios de inclusión como: tener de 20 a 29 años de edad, ser estudiantes de nivel licenciatura en cualquier institución mexicana y ser mexicanos.

4.3 Instrumentos

Wender Utha Rating Scale (WURS)

Se trata de un cuestionario autoaplicado que consta de 61 reactivos. Todos los reactivos tienen como encabezado “de pequeño yo era o yo tenía o estaba”. Cada uno de los reactivos pueden ser puntuados en: 0 (No, o muy poco), 1 (Poco), 2 (Algo), 3 (Bastante) y 4 (Mucho). Los primeros 42 reactivos recopilan información sobre estados de ánimo, conductas, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad; los siete reactivos que le siguen recogen información acerca de los problemas médicos; y los últimos 12, problemas escolares

y académicos. Algunos de los ítems fueron modificados y adaptados, pues contenían palabras en castellano y se modificaron al español latino.

- **ADHD Symptom Rating Scale (ASRS)**

Esta escala de autoreporte de síntomas del TDAH en adultos consta, en su versión reducida, de seis ítems, los cuales fueron seleccionados de una lista de 18 síntomas principales, descritos en el DSM-IV-TR, puesto que estos seis reactivos eran aquellos síntomas más consistentes y frecuentes con el TDAH, fueron seleccionados y extraídos para conformar la ASRS v1.1. Los seis reactivos pueden ser puntuados en: Nunca (0), Raramente (1), A veces (2), Frecuentemente (3) y Muy Frecuentemente (4). Al parecer, esta versión breve de 6 ítems se ha reportado igualmente válida que la versión larga.

En la Tabla 3 se presenta una comparación entre diferentes características de las escalas.

Tabla 3. Comparativo de WURS y ASRS.

Instrumentos	WURS	ASRS
Ítems	61	6
Aplicación	Autoaplicado	Autoaplicado
Tipo de instrumento	Retrospectivo	Retrospectivo
Escala de puntuación	Likert No o muy poco (0) – Mucho (4)	Likert Nunca (0) – Muy Frecuentemente (4)
Los ítems abordan...	Estados de ánimo, conductas, relaciones familiares, compañeros, situaciones médicas y escolares.	Conductas, dificultades para terminar y aplazar tareas.

4.4 Procedimiento

Se acudió a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Universidad de las Américas, dos instituciones universitarias de la Ciudad de México y Área Metropolitana para poder aplicar las respectivas escalas y cuestionarios. Inicialmente se acudió a las diferentes aulas de las instituciones y se les solicitó a los profesores tiempo de su clase para poder aplicar los instrumentos. Una vez obtenido el consentimiento de los profesores se les hizo saber a los alumnos que se trataba de una investigación y que sus datos son estrictamente confidenciales, por lo que sus datos personales previamente solicitados como: nombre, edad, correo y teléfono, se utilizarían únicamente con fines de investigación. Es importante mencionar que no se les notificó lo que evalúan las escalas, ya que de haberlo hecho, las escalas y por ende los datos se hubiesen visto sesgados. En las escalas se colocó un consentimiento informado en el que se les pedía que lo leyeran con atención y colocaran su firma si estaban de acuerdo en participar en el estudio y en ser localizados para participar en otro estudio en caso de ser necesario.

Al finalizar la aplicación de las escalas, ya con los 103 datos obtenidos por cada uno de los mismos se analizaron los datos con estadística descriptiva, principalmente las variables edad y género (Tabla 3) y posteriormente se llevó a cabo un el análisis de correlación de Spearman.

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos al correr el Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) y hacer correlaciones entre los datos obtenidos de las 103 aplicaciones de ambas escalas del WURS y la ASRS. Los resultados se muestran tanto en tablas como en gráficas y se describe cada una de ellas.

Tabla 3. Estadísticos de Edad

N	Válido	103
	Perdidos	0
Media		21.13
Mediana		21.00
Moda		20
Desviación estándar		1.433

Los primeros datos que se analizaron fueron derivados de la variable edad. En la tabla 3 anterior podemos observar que el número total de participantes fue de 103, de los cuales la edad promedio o media es de 21.13, la mediana con valor de 21.00 representa que la mitad de los participantes tiene una edad de 21 años o menos, y la otra mitad 21 años o más. La mayoría de los participantes cuenta con una edad de 20 años, lo cual se representa con la moda. Y la desviación estándar que se ha obtenido de estos datos es de 1.433, lo cual nos indica que los datos están dispersos de la media con ese valor.

En la Tabla 4 es posible notar la frecuencia con la que se presentan las diferentes edades de los participantes. Donde evidentemente la edad más frecuente con 42 participantes (40.8% de la muestra) fue de 20 años. La segunda edad más frecuente con 34 participantes (33%) fue de 21 años, en tercer lugar con 12

participantes (11.7%) 22 años, 9 participantes (8.7%) con 23 años, 4 participantes (3.9%) con 24 años y 27 y 28 años con únicamente un participante respectivamente.

Tabla 4. Frecuencia de Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20	42	40.8	40.8	40.8
	21	34	33.0	33.0	73.8
	22	12	11.7	11.7	85.4
	23	9	8.7	8.7	94.2
	24	4	3.9	3.9	98.1
	27	1	1.0	1.0	99.0
	28	1	1.0	1.0	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

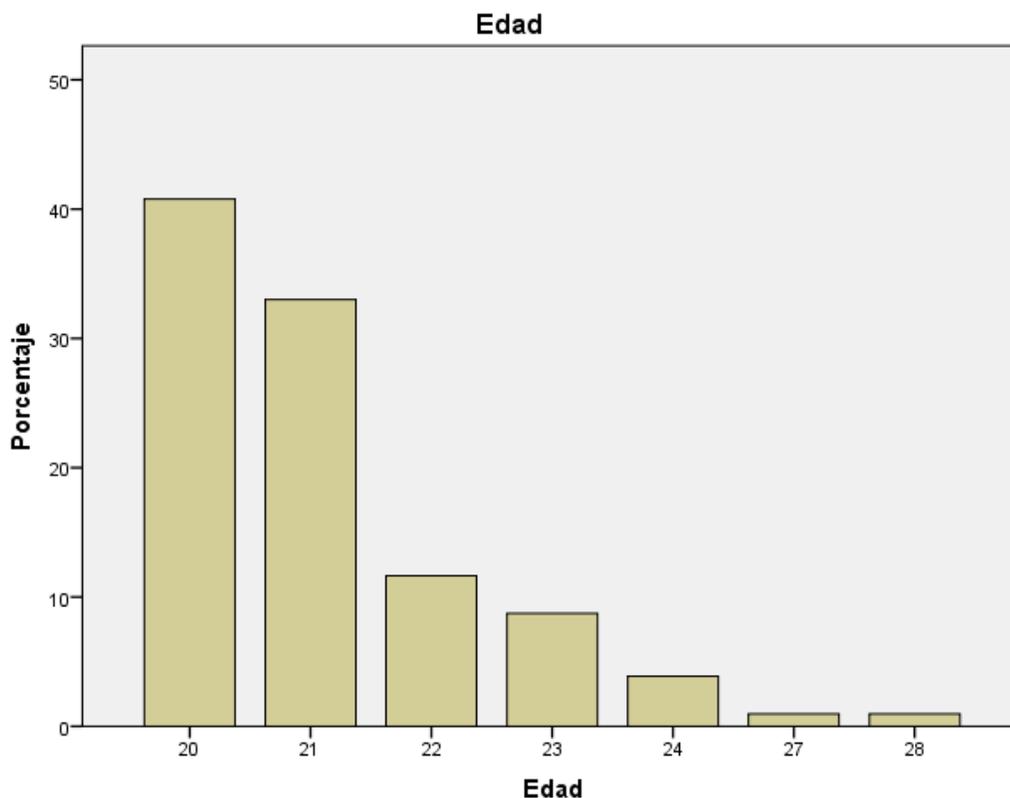


Figura 1. Se muestra la frecuencia de edad de los participantes.

Otra de las variables que se evaluó fue el género, donde los participantes fueron tanto hombres como mujeres (Tabla 5).

Tabla 5. Frecuencia de Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Mu	75	72.8	72.8	72.8
jer				
Ho	28	27.2	27.2	100.0
mbre				
Tot	103	100.0	100.0	
al				

En la tabla anterior se puede ver que de los 103 participantes, 75 (72.8%) fueron mujeres y tan solo 28 (27.2%) hombres.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de correlación de Spearman entre las pruebas WURS y ASRS. En primer lugar se aplicó el estadístico de rangos ordenados Rho de Spearman (r_s) con los datos de ambas escalas agrupados. Y posteriormente se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, igualmente ya con los datos agrupados de ambas escalas.

A continuación se muestra una tabla que simplifica los datos obtenidos de la primera prueba aplicada Rho de Spearman (r_s).

Tabla 6. Correlaciones Rho de Spearman

			WURS (agrupado)	ASRS (agrupado)
Rho de Spearman	WURS (agrupado)	Coefficiente de correlación	1.000	.047
		Sig. (bilateral)	.	.641
		N	103	103
	ASRS (agrupado)	Coefficiente de correlación	.047	1.000
		Sig. (bilateral)	.641	.
		N	103	103

En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos al aplicar Rho de Spearman, donde se conoce que el resultado va de -1.00 que indica una correlación negativa perfecta a +1.00 donde indica que existe una correlación positiva perfecta, y si los valores se encuentran en 0.00, nos dice que no existe correlación alguna entre las variables.

En esta tabla se puede ver que la escala WURS respecto a la escala ASRS mantienen una correlación de $r_s=.047$; este valor significa que no existe correlación alguna entre las variables de ambas escalas, ya que para que existiera siquiera una correlación cuando menos muy débil, tendrían que acercarse los valores de r_s a 0.10 positivo o negativo.

Así mismo se aplicó el análisis estadístico r de Pearson (r), donde se muestran en la siguiente tabla los valores obtenidos.

Tabla 7. Correlaciones r de Pearson

		WURS (agrupado)	ASRS (agrupado)
WURS (agrupado)	Correlación de Pearson	1	.044
	Sig. (bilateral)		.658
	N	103	103
ASRS (agrupado)	Correlación de Pearson	.044	1
	Sig. (bilateral)	.658	
	N	103	103

Al llevar acabo el análisis estadístico con r de Pearson, sabiendo que el resultado debe de variar de -1.00 a +1.00, donde -1.00 indica que existe una correlación negativa perfecta y +1.00 nos indica que existe una correlación positiva perfecta, y si los valores oscilan en 0.00 indica que no existe correlación entre las variables de ambas escalas. En la tabla de resultados se puede observar que el valor de r en ambas escalas es de $r = .044$, lo cual indica que no existe correlación alguna entre las variables de ambas escalas; pues oscilan entre 0.00. y 1.00.

6. CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo como principal objetivo dar a conocer si existe validez concurrente entre las dos escalas Wender Utha Rating Scale y la escala ADHD Symptom Rating Scale, ambas son retrospectivas y fueron diseñadas para detectar el TDAH en la etapa adulta. Al decir que se tiene como propósito determinar si existe una correlación entre ambas escalas, donde una correlación es aquella relación que mantienen dos variables, en este caso, las dos escalas se consideran como las variables a correlacionar. Se pueden dar dos tipos de correlación, tanto positiva como negativa. La negativa quiere decir que mientras una variable sube la otra baja y viceversa, mientras que la positiva indica que ambas variables ascienden o descienden mutuamente. Así mismo puede no existir relación alguna entre las variables, para ser así el valor de las pruebas estadísticas debe de oscilar en el valor de cero.

Al llevar a cabo el análisis estadístico se obtuvieron valores de cero, lo que nos indica que no existe relación alguna entre las variables, en este caso, entre las escalas.

Ahora que se conoce que no existe relación alguna entre ambas escalas, se puede concluir que al no existir relaciones entre las variables de cada una, no se puede afirmar que miden lo mismo, en este caso, no podemos decir que ambas escalas son para diagnosticar retrospectivamente el TDAH en adultos.

Así mismo podemos concluir que el ASRS no puede sustituir al WURS en el diagnóstico del TDAH en adultos, a pesar de que se creía que sí. Cuando menos no en su versión reducida de seis ítems. También podemos afirmar que una escala tan pequeña como la ASRS por ahora no puede medir exactamente lo mismo que una escala de 42 ítems. Por lo tanto aquellos especialistas que han llevado a cabo esta sustitución no pueden estar por completo seguros de que el paciente padezca el trastorno. Sería un error dar por hecho este diagnóstico si se aplica únicamente el ASRS. Ya que el WURS es mucho más amplio y cuenta con validez y

confiabilidad, es mucho más recomendable y fiable llevar a cabo un diagnóstico del TDAH con esta escala.

En la presente tesis se formularon dos hipótesis de investigación, la primera de ellas se refieren a que las escalas WURS y ASRS presentarán una correlación positiva y la segunda referida a que la escala ASRS podrá sustituir a la escala WURS en la detección del TDAH en adultos. Es evidente que ambas hipótesis de investigación se refutan, no se cumplieron, pero esto no nos lleva a pensar que por ende no existe un hallazgo importante, sino por el contrario, nos ayuda a determinar que en este caso específico no es posible la sustitución de una escala de tan sólo seis ítems con respecto a una de 42. Así mismo se concluye que el TDAH es un trastorno bastante amplio y difícil de detectar con una escala tan básica y pequeña como el ASRS, habría que realizar otra investigación para saber si en su versión de 18 ítems es posible que exista una correlación entre ambas escalas.

Una de las razones que justifica el porqué de la invalidez del ASRS para la detección del TDAH se puede encontrar en Ramos et. al. (2012), ya que él y sus colaboradores comentan que para que exista un diagnóstico confiable del trastorno deben de coexistir cuatro variables a medir o identificar en un instrumento o escala que pretenda diagnosticar el TDAH: la primera es conocer si existen evidencias clínicas de la presencia de síntomas relacionados con el TDAH en la infancia y un deterioro significativo y crónico en diferentes ámbitos. La segunda es conocer si existe una relación entre los síntomas del TDAH actuales y un deterioro sustancial, el cual sea consistente en diferentes ámbitos. La tercera es indagar y verificar que los síntomas que presenta y reporta el paciente no se expliquen mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico. Finalmente, la cuarta cuestión se enfoca en valorar la posible presencia de algunos trastornos comórbidos con el propio TDAH. La WURS se apega más a estos criterios, por lo que se puede coincidir con estos autores y se afirma que un buen instrumento que pretenda diagnosticar el TDAH en adultos debe de considerar medir dichas variables. En sus seis ítems del ASRS es casi imposible que pueda medirlas.

Para finalizar se debe de mencionar que la muestra a la que se le aplicaron ambas escalas, en su mayoría fueron mujeres, lo cual se considera un limitación del propio estudio ya que el TDAH se presenta con mayor frecuencia en hombres.

7. BIBLIOGRAFÍA CITADA EN EL PROYECTO

- ◆ American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), 1ª Ed. Barcelona: Editorial MASSON.
- ◆ American Psychiatric Association (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- ◆ Artigas, P. J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*. 36 (1), 68-78.
- ◆ Artigas, P. J., Garcia, K. N., y Rigau, E. R. (2003). Comorbilidad en el TDAH. Recuperado de <http://www.cnimaresme.com/publicaciones/Comorbilidad%20en%20el%20TDAH.pdf>
- ◆ Avila, S. (2007). ¿Qué es la comorbilidad? *Revista Chilena de Epilepsia*. 8(1), 49-51.
- ◆ Barragán, E., de la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L. y Suárez, A. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Mediagraphic Artemisa*. 64(1), 326-343.
- ◆ Barkley, R. A. (2013). Tomar el control del TDAH en la edad adulta. Barcelona. Octaedro.
- ◆ Benito, M, R. (2008). Evolución en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Draft Editores. Madrid, España.
- ◆ Borrego, O. (2010). Actualización Terapéutica del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en el Adulto. *IT del Sistema Nacional de Salud*. 34(4). 107-116.
- ◆ Cruz, L., Ramos, A., Gutiérrez, A., Gutiérrez, D., Márquez, A., Ramírez, D., Razo, R., et.al. (2010). Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en escolares de tres poblaciones del estado de Jalisco. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 11-(1): 15-19.

- ◆ Epstein, J.N., Johnson, D.E. y Conners C.K. (1999). Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV Multi-Health Systems.
- ◆ Fernández, A. (2007). Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención. Definición. Aspectos Históricos. Recuperado de: <http://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/12/secciones/140/contenidos/2507/hiperactividad.pdf>
- ◆ García, S. (2009). Detección de niños con trastorno de inatención con y sin hiperactividad. Recuperado de <http://www.ciad.mx/archivos/desarrollo/publicaciones/Tesis%20asesoradas/Tesis%20Maestria/Garcia%20Sanchez.pdf>
- ◆ Mateo, V. y Vilaplana, A. (2007). Estrategias de Identificación del Alumno inatento e impulsivo desde el contexto escolar. *Quaderns Digitals*. 5, 13-28.
- ◆ Martínez, M. y Graell, M. (2013). Todo sobre el TDAH. Guía para la vida diaria. Barcelona. Alfaomega.
- ◆ Morais, N. M. (2014). *Instrumentos de Evaluación y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Adultos: Clínica y estudio de la Comorbilidad con los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS)*. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- ◆ National Institute of Mental Health. (2003). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Boston. NIH.
- ◆ OMS. (2004). Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad) del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1). Recuperado de: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/adhd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)_final.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftplib/adhd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)_final.pdf)
- ◆ Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, R. (2006). Trastornos de las Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*. 42(3). 45-50.
- ◆ Pascual, I. (2008). Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad. Recuperado de: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20-tdah.pdf>
- ◆ Portellano, J. (2005). Introducción a la Neuropsicología. Madrid. Mc Graw Hill.

- ◆ Ramirez, L. [ca. 2009]. TDAH y trastornos de ansiedad. [Mensaje de Blog]. Recuperado de http://www.patologiadual.es/tdah/docs/ponencias/juan_ramirez_aepd_tdah2009.pdf
- ◆ Ramos, Q. J., Chalita, P., Vidal, R., Bosch, R., Palomar, G., Prats, L, et al. (2012). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*. 54(1), S105-115
- ◆ Ramos, Q. J., Bosch, M. R., Castells, C. X., Nogueira, M. M., García, G. E. y Casas, B. M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*. 42 (10) 600-610
- ◆ Reyes, E., García, V., y Cruz, L. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*. 65(1). 30-38.
- ◆ Scandar, R. y Scandar, M. (2010). Tratamiento de adultos y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). *Fundación de Neuropsicología Clínica*. Recuperado de: http://www.fnc.org.ar/pdfs/scandar_scandar.pdf
- ◆ Secretaria de Salud. (2002). Programa de acción en salud mental. México.
- ◆ Tirapu, J., Muñoz, J., Pelegrín. C., Albéniz. A. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*; 41 (3), 177-186.
- ◆ Young, S. y Bramham, J. (2009). TDAH en adultos: una guía psicológica para la práctica. México. Editorial el Manual Moderno.

8. ANEXOS

Escala Wender Utha Ratin Scale (WURS)

Objetivo: Identificar a personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

Datos	
Edad	<input style="width: 100%;" type="text"/> introduzca edad
Sexo (V o M)	<input style="width: 100%;" type="text"/> introduzca V o M

Marque con una "x" en la columna más adecuada (solo una contestación por fila)					
De niño, yo era (o tenía):	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Activo, inquieto, siempre haciendo cosas					
Miedoso					
Problemas para concentrarme, me distraía fácilmente					
Ansioso, me preocupaba en exceso					
Nervioso, inquieto					
No prestaba atención, estaba a mis cosas					
De los que se enfadaba con facilidad					
Tímido, susceptible					
Estallaba violentamente					
De los que no acababa las cosas					
Terco					
Desanimado, depresivo, infeliz					
Incauto, con facilidad para hacer travesuras					
No sacaba nada de provecho, insatisfecho con la vida					
Desobediente con los padres, descarado, rebelde					
Baja autoestima					
Irritable					
Con facilidad para hacer amigos y disfrutar con los amigos					
Descuidado, desorganizado					
Con altibajos en mi ánimo					
Con mal carácter					

Popular, con muchos amigos					
Bien organizado, hacendoso					
Impulsivo, hacía las cosas sin pensar					
Tendencia a ser inmaduro					
Con sentimientos de culpa					
Con facilidad para perder el control					
Con tendencia a hacer cosas sin pensar mucho					
No tener amistad con otros niños, perder fácilmente los amigos					
Torpe, no participaba en actividades deportivas					
Miedo a perder el control					
Bien coordinado, bueno en deportes					
Poco aspecto femenino (solamente para mujeres), muy varonil (solamente para hombres)					
Con ganas siempre de estar fuera de casa					
Metido en peleas					
Molestando a otros niños					
un líder, mandón					
Dificultad para levantarme por la mañana					
Los niños me seguían en lo que hacía					
De los que tenía dificultad para ver los puntos de vista de otros					
Problemas con la autoridad, problemas en la escuela y visitas constantes a la oficina del director					
Problemas con la policía					
De niño tuve problemas médicos:	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Dolores de cabeza					
Dolor de estómago					
Estreñimiento					
Diarrea					
Alergias a alimentos					
Otras alergias					
Mojar la cama (enuresis)					

	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
De niño en la escuela, yo era (o tenía)					
En general un buen estudiante					
En general un mal estudiante					
Lento para leer					
Lento aprendizaje					
Dificultad para escribir					
Dificultad para deletrear					
Dificultad con las matemáticas o con los números					
Escribía con mala letra					
Capaz de leer bien pero no disfrutaba la lectura					
No rendía lo que podía					
Reprobé años (¿cuáles?)					
Suspendido o expulsado (¿cuáles grados?)					

Escala ADHD Symptom Rating Scale (ASRS)

Este cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) es para individuos mayores de 18 años.

Cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1)

de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS © Organización Mundial de la Salud

Nombre _____ Fecha _____

Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia agita o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					