



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Epidemiología del Trastorno de Déficit de Atención con
Hiperactividad (TDAH) en estudiantes universitarios.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

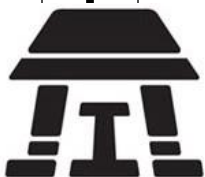
Lira García Dulce Karina

Con apoyo del proyecto PAPIIT DGAPA IN303018

Directora: Dra. Ma. Guillermina Yáñez Téllez

Dictaminadores: Dra. Dulce María Belén Prieto Corona

Dra. Cristina Alejandra Mondragón Maya



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 23/10/2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la vida

Por ponerme en el momento y espacio correcto, todas las oportunidades que me ha dado.

A mi hermano

Por ser siempre el apoyo emocional y psicológico al que puedo recurrir.

A mis padres

Por brindarme su apoyo durante el camino.

A mi novio

Por estar todo el tiempo apoyándome en cada decisión que tomo.

A la Dra. Guillermina

Por su infinita paciencia, dedicación y confianza para brindar su conocimiento.

Reconocimientos

A PAPIIT DGAPA UNAM IN303018

Por la beca para realización de tesis con la que fue posible realizar esta investigación.

Apoyado por el proyecto PAPIIT DGAPA UNAM IN303018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. NEUROPSICOLOGÍA	3
1.1 Definición.....	3
1.1 Aplicaciones de la neuropsicología.....	3
1.2 Trastornos adquiridos y del neurodesarrollo.....	4
2. GENERALIDADES DEL TDAH	6
2.1 Definición.....	6
2.2 Antecedentes históricos.....	7
3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS	9
3.1 Epidemiología.....	9
3.2 Comorbilidades.....	12
3.3 Criterios diagnósticos del DSM-5.....	13
3.4 Tratamiento.....	17
4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN LA ETAPA ADULTA	18
4.1 Evaluación.....	18
4.2 Wender Utah Rating Scale (WURS).....	20
4.3 Adult Self-Report Scale (ASRS v.1.1).....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
JUSTIFICACIÓN	24
OBJETIVO	25
HIPÓTESIS	25
MÉTODO	25
• Diseño del estudio.....	25
• Participantes.....	25
• Instrumentos de evaluación.....	26
• Procedimiento.....	26
• Análisis de datos.....	26
RESULTADOS	27
BIBLIOGRAFÍA CITADA	35

ANEXOS	39
Anexo 1. Wender Utah Rating Scale (WURS)	39
Anexo 2. Adult Self-Report Scale v.1.1 (ASRS)	41

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente tesis fue investigar la epidemiología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos universitarios mexicanos, mediante la utilización de las escalas Wender Utah Rating Scale WURS y la Adult Self-Report Scale v.1.1 (ASRS v.1.1 en su versión corta y larga) para detectar el trastorno. La investigación otorga información sobre el TDAH durante la etapa adulta así como sus características, los criterios de evaluación, diagnóstico y epidemiología.

La tesis se conforma por cuatro capítulos, el primero se centra en la neuropsicología, la cual se posiciona como una reciente rama de la psicología, se ofrece una breve definición, además de explicar a grandes rasgos el trabajo que realizan los expertos del área.

El segundo capítulo es introductorio para el tema central de esta tesis, en él se abordan las generalidades del TDAH, su definición de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición, así como los primeros hallazgos científicos que sentaron las bases para su estudio.

El tercer capítulo aborda el TDAH en adultos, donde se ofrece la justificación que fundamenta la elaboración de la presente investigación, se tocan temas de importancia para la realización de más investigaciones en población adulta y se evidencian las cifras epidemiológicas de investigaciones previas. Se pone de relieve la falta de atención a aquellos niños con TDAH, que se convirtieron en adultos sin un tratamiento, así como las posibles comorbilidades que pueden presentarse y que abonan a la gravedad del trastorno, además se señalan los criterios diagnósticos con base en el DSM-5, por último se describen los posibles tratamientos para el trastorno.

En el cuarto capítulo se muestra el planteamiento del problema, donde se describe el objetivo del trabajo, el cual es investigar la epidemiología del TDAH en adultos mexicanos universitarios mayores de 18 años de edad, mediante la utilización de la Wender Utah Rating Scale (WURS) y la Adult Self-Report Scale v.1.1 (ASRS v.1.1). Por último se describen los resultados de la investigación, reportando que se encuentra una prevalencia del 14.96% de casos de TDAH en adultos universitarios. Contrastando este dato, los

antecedentes mencionan una prevalencia entre el 1-6%, si bien existe disparidad en las prevalencias reportadas de casos de TDAH a nivel general, da una muestra clara de que la prevalencia en adultos es un dato importante que se debe investigar más a fondo.

1. NEUROPSICOLOGÍA

1.1 Definición

La neuropsicología es una ciencia moderna que estudia la relación entre la conducta y el cerebro, tanto en individuos que han sufrido algún tipo de daño cerebral como en individuos sanos. Centra su conocimiento en las bases neurales y en los procesos mentales complejos, las conductas más estudiadas son específicas de nuestra especie, como el pensamiento, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y formas más complejas de motricidad y percepción (Portellano, 2005). De acuerdo con Mora y Sanguinetti (1996, citado en Portellano, 2005) la neuropsicología parte de un ámbito interdisciplinar, ya que estudia aspectos del sistema nervioso como la anatomía, el funcionamiento, la patología, el desarrollo, la genética, la farmacología y la química, con el fin de comprender en profundidad los procesos cognitivos y el comportamiento del ser humano. Además de las funciones mentales superiores referidas anteriormente, la neuropsicología estudia las consecuencias del daño cerebral en la conducta emocional (Carrión, 2015; Portellano, 2005).

Como parte de las neurociencias, la neuropsicología se interesa por el daño presente en el cerebro para comprender mejor la conducta, por ende utiliza técnicas y herramientas para evidenciar sus hallazgos; como las pruebas neurofisiológicas o de neuroimagen, que en ocasiones no llegan a ser suficientes, ya que muchos de los casos que presentan alguna patología, no existe una lesión anatómica pero sí funcional, ejemplos de esto son los trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje, cuadros amnésicos, demencias en fase inicial, y numerosos trastornos psiquiátricos. En estos casos la neuropsicología utiliza pruebas neuropsicológicas para la evaluación. La exploración y el análisis del comportamiento se dirige hacia las características generales y culturales, así como a la organización cerebral particular del individuo (Portellano, 2005; Carrión, 2015).

1.1 Aplicaciones de la neuropsicología

La neuropsicología ha podido despegar como una nueva especialidad encargada de la evaluación y el estudio de las funciones cognitivas, dentro del complejo terreno de las neurociencias (Ustarróz et. al, 2011).

El trabajo del neuropsicólogo es la evaluación, la intervención, la prevención, la investigación y la orientación en las relaciones conducta-cerebro en pacientes sanos y con algún tipo de daño cerebral. Su trabajo se relaciona con diversos contextos del área sanitaria, educativa, social y de investigación. Es así que la neuropsicología desarrolla una metodología de intervención que le permite dirigir la restauración de las funciones psíquicas superiores deterioradas por la lesión o disfunción cerebral del modo más personalizado, aprovechando de la mejor forma la plasticidad cerebral, tomando en cuenta, además, las variables personales al momento de intervenir con los programas de rehabilitación (Portellano, 2005).

Blázquez et al. (2011) mencionan que la evaluación neuropsicológica corresponde a un método bastante metódico, ya que permite examinar el funcionamiento cerebral superior mediante el estudio del comportamiento con base en técnicas, modelos teóricos y procedimientos psicológicos, como los test, entrevistas, escalas estandarizadas y cuestionarios, los cuales poseen índices sensibles y precisos de comportamiento. Ustároz et al. (2011) definen al método lesional y la estimulación cortical como parte de las evaluaciones neuropsicológicas, las cuales han permitido un entendimiento del cerebro como un conjunto de áreas responsables de diversos aspectos de la cognición.

1.2 Trastornos adquiridos y del neurodesarrollo

El neuropsicólogo, como se mencionó anteriormente, estudia las relaciones entre la cognición y la anatomía cerebral tanto en personas sanas como con lesión o disfunción cerebral, su estudio se enfoca en las consecuencias que se manifiestan sobre la conducta como en los trastornos del pensamiento, síndrome disejecutivo, afasias, amnesias, agnosias, apraxias y alteraciones neuroconductuales; son algunos de los trastornos que se encuentran y que se diferencian a partir del origen que presentan.

En la clínica el neuropsicólogo se encuentra con la necesidad de realizar pronósticos de las personas que desarrollaron algún trastorno derivado de lesiones neurológicas o bien con un riesgo biológico alto por parte de su entorno, lo que divide de manera importante los trastornos, estamos hablando entonces de trastornos del neurodesarrollo y trastornos adquiridos (Zuluaga, 2001).

Los trastornos del neurodesarrollo bajo el enfoque del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-5; APA, 2013) son las alteraciones o dificultades cognoscitivas y conductuales que se manifiestan por primera vez en etapas tempranas, referidas a la primera infancia, la niñez o la adolescencia, a su vez éstas pueden tener repercusiones hasta etapas posteriores e incluso en la vida adulta. Estos trastornos aparecen como un desarrollo inapropiado en uno o varios dominios cognoscitivos o conductuales, lo que se manifiesta como una falta importante en las habilidades de los niños, las cuales pueden ser deficientes. Los trastornos que abarca esta categoría son desde los muy generales en casi todos los dominios del desarrollo como es la discapacidad intelectual, así como las más específicas como el trastorno de la comunicación, el de espectro autista, TDAH, el específico del aprendizaje y el de coordinación motora, un punto importante a denotar dentro de estos trastornos es que poseen una alta comorbilidad entre ellos, esto quiere decir que el TDAH suele encontrarse con el trastorno del aprendizaje y el del espectro autista; el del desarrollo de la coordinación con el lenguaje, el del aprendizaje de la lectura, el trastornos del espectro autista y el TDAH, entre otros. El origen de estas alteraciones se deriva de alteraciones neurobiológicas en el desarrollo temprano del sistema nervioso central, además de las influencias modeladoras y moduladoras del ambiente de los individuos (Yáñez & Prieto, 2016).

Así mismo Yáñez (2016) menciona que los trastornos definidos como del neurodesarrollo tienen su origen en la etapa gestacional, afectan directamente al desarrollo del sistema nervioso, deteniendo su maduración y correcto funcionamiento, haciendo evidente su manifestación en etapas más tardías como en las edades claves del desarrollo, cuando el niño no presenta algunas habilidades o se presentan de manera inapropiada. Por otro lado, los trastornos adquiridos son aquéllos que cuando una persona ha presentado un desarrollo normal de sus habilidades cognoscitivas y conductuales, sufre alguna lesión cerebral que causa la pérdida temporal o permanente de alguna habilidad.

Este proyecto se centrará en uno de los trastornos del neurodesarrollo, específicamente el TDAH en adultos, particularmente en población universitaria.

2. GENERALIDADES DEL TDAH

2.1 Definición

De acuerdo con el DSM-5, el TDAH es una cadena de síntomas de desatención y/o hiperactividad-impulsividad persistentes, la cual puede aparecer antes de los 12 años de edad. Estos síntomas en general son los más frecuentes, en otros casos pueden ser más graves que los que pudieran observarse en individuos que poseen el mismo nivel de desarrollo, por otro lado los síntomas deben presentarse en dos o más escenarios diferentes, como puede ser la casa o la escuela y en el caso de adultos y adolescentes en el trabajo o escuela. Dentro de estos escenarios debe haber pruebas de que existe interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo de la persona. Es importante especificar que no debe existir algún otro trastorno del desarrollo, esquizofrenia o trastorno psicótico (APA, 2013).

Desde los años noventa, el creciente interés sobre el TDAH ha permitido revisar su diagnóstico. Mediante la utilización de criterios diagnósticos homogéneos se han encontrado tasas de incidencias de TDAH elevadas en diversas naciones y culturas, con problemas crónicos de atención, los cuales impiden el buen desempeño social, escolar, familiar y laboral de hombres y mujeres que no fueron atendidos en su debido tiempo (Brown, 2010).

Ruiz (2004) menciona que el trastorno es considerado un problema psiquiátrico que se desarrolla durante la niñez y en algunos casos continúa durante la adolescencia y la etapa adulta, éste se manifiesta con serios problemas de inatención, de hiperactividad y bajo nivel en el control de impulsos sobre sus actividades, se estima que la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y 5% en los niños de edad escolar y Brown (2010) menciona que la prevalencia del trastorno en adultos es de 4,4%.

En México se registran cerca de 1 millón 500 mil niños con TDAH, estos datos representan un reto muy grande para la sociedad mexicana, ya que se requiere de una sensibilización sobre la epidemiología del trastorno denotando la existencia de un número importante de casos, lo que permitiría la implementación de programas interdisciplinarios de difusión, capacitación e intervención educativa, médicos y pedagógicos con objetivos a

largo plazo, lo que ayude y permita una identificación temprana y tratamiento oportunos, así como la disminución del efecto que tiene el TDAH en lo social, escolar, laboral y familiar. A causa del trastorno y su falta de tratamiento se han registrado casos de inicio temprano de tabaquismo, aumento en el uso y abuso del consumo de sustancias tóxicas y conductas antisociales y delictivas tanto en adolescentes como adultos, con base en diversos estudios se sabe que la prevalencia en adultos es de 4.4%, y ésta debe considerarse como un signo de alerta para el diagnóstico y tratamiento en esta población (Ortiz & Jaimes, 2016).

El origen del TDAH aún es desconocido, no existen marcadores biológicos, genéticos o fisiológicos que lo distingan, pero la base biológica del trastorno tiene un peso muy importante sobre la fisiopatología del padecimiento, se han registrado situaciones, las cuales definen la aparición de estos síntomas como las complicaciones perinatales, la exposición al tabaco y alcohol durante el periodo de gestación, el nacimiento prematuro y las lesiones posnatales en las áreas pre frontales de la corteza cerebral (Brown, 2010).

Diferentes investigaciones han concordado que el origen biológico del TDAH apunta a una disfunción de la corteza prefrontal, los ganglios basales y el cerebelo con sus respectivos circuitos. Estas zonas cerebrales a su vez están relacionadas con las funciones ejecutivas como la inhibición y la memoria de trabajo, así como el procesamiento temporal (Yáñez y Prieto, 2016).

Parellada (2009) refiere que los síntomas del TDAH son consecuencia de alteraciones en las funciones ejecutivas, ya que los diversos estudios realizados con niños con diagnóstico de TDAH revelan tener similitudes con pacientes con daño frontal adquirido.

2.2 Antecedentes históricos

Desde el siglo XX el TDAH se registra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Los pioneros en encontrar datos que demostraran relevante esta patología como parte de los trastornos del neurodesarrollo, fueron Maudsley y Bourneville quienes realizaron las primeras descripciones del TDAH durante el siglo XIX. Still y Tregold en 1902, ofrecieron un informe acerca de 20 niños que fueron

diagnosticados con un “defecto del control moral” o una especie de agenesia moral (Ruíz, 2004).

En 1908 se describieron casos de niños con hiperactividad y daño cerebral mínimo, a quienes se les consideraba como pacientes con un “alto grado de debilidad mental” y mínima tendencia a la criminalidad, el daño se localizaba en las áreas de evolución humana, en otras palabras, donde se localizaba el sentido de la moralidad, el concepto de “control moral” fue descrito por Still, quien señaló que dicha deficiencia ocurre con los trastornos del intelecto, nombrado como idiocia, imbecilidad o insanidad, lo que tiene que ver con la capacidad cognitiva de distinguir lo bueno de lo malo (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Ruíz (2004) menciona que durante 1917 y 1918 se registraron epidemias de encefalitis viral donde se demostró la relación entre el lugar del área de la lesión cerebral y los síntomas que presentaban los niños, la conducta de hiperactividad desinhibida, los problemas de aprendizaje, los cambios catastróficos de personalidad fueron los que permitieron darle el nombre de “trastorno de conducta posencefálico”.

Durante la primera mitad del siglo XX ésta fue la principal hipótesis para detectar la hiperactividad en los niños, la cual partía de una disfunción cerebral, es así que en 1960 se introducen otros términos, síndrome del niño hiperactivo, éste era considerado un diagnóstico de tipo evolutivo, donde al inicio de la adolescencia se resolvía. Hasta los años setenta es que fue considerado un trastorno propio de la infancia y el cual desaparecía con la maduración de las estructuras cerebrales (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

El TDAH, al ser un padecimiento del neurodesarrollo, se presenta principalmente en edad pediátrica y en algunos casos continúa durante la adolescencia y edad adulta. La edad en que se presenta el trastorno es variable, los síntomas habitualmente aparecen entre los tres y cinco años de edad y se exacerban cuando los niños ingresan al último año de preescolar o a la escuela primaria; esta situación se relaciona con un incremento en la exigencia de autocontrol así como mayor dificultad académica, lo cual, torna evidentes las diferencias de comportamiento entre congéneres (Ruiz, 2004).

Los diversos estudios realizados sobre el TDAH eran específicamente en población infantil, sugiriendo que era un padecimiento específico de la infancia. Las recientes investigaciones han demostrado que los síntomas prevalecen aún en la etapa adulta, el principal problema detectado en adultos es que los síntomas cambian conforme el trastorno avanza. La mayoría de los clínicos se enfocan en la asistencia de pacientes infantiles, ya que carecen de la correcta información y entrenamiento para la evaluación y tratamiento en adultos (Young y Bramham, 2009).

3. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS

3.1 Epidemiología

En la actualidad se dispone de poca información epidemiológica del trastorno en adultos en comparación con las tasas de prevalencia que se pueden encontrar durante la niñez, dichos estudios permiten saber que el TDAH no es propio de la niñez, sino que se prolonga hasta la vida adulta; esta información poco certera se debe a los diferentes criterios diagnósticos empleados, los métodos y las fuentes de información utilizados. Fernández (2007) comenta que de acuerdo con las investigaciones, la prevalencia del TDAH se situaría entre el 1% y 24%, por lo que se recomienda utilizar criterios con alto rigor metodológico.

El hecho de que el TDAH aparezca en distintas culturas, nos direcciona hacia un origen biológico, por lo que la disparidad epidemiológica tienen más que ver con las diferentes metodologías utilizadas para calcular dicha prevalencia, que con diferencias reales entre países (Parellada, 2009).

Con respecto a ello, a mediados de la década de los setenta del siglo pasado se comenzó a vislumbrar la posibilidad de que algunos de los síntomas pertenecientes al TDAH durante la infancia persistieran hasta la etapa adulta. En un estudio llevado a cabo en Utah, seleccionaron a un grupo de personas que durante la infancia presentaron síntomas de inatención, hiperactividad, impulsividad y labilidad emocional y cuyos padres de la misma forma habían presentado los síntomas, a este grupo de personas seleccionadas se les administró metilfenidato, los resultados arrojaron que en al menos el 60% de los casos la

respuesta fue adecuada, encontrando los mismos patrones terapéuticos que en niños (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Bajo el mismo enfoque, Soutullo y Díez (2007) estipulan que la evolución del trastorno es variable en relación con el desarrollo de los pacientes, especificando que el TDAH era un trastorno propio de la infancia y desaparecía cuando el individuo crecía, actualmente se sabe que algunos de los síntomas solo disminuyen y otros no, por lo que causan problemas significativos en la vida adulta.

Tenemos entonces que entre el 50-80% de la población de niños que presentó TDAH durante la infancia y que recibieron un tratamiento, tuvieron un desarrollo favorable durante la adolescencia y posteriormente en la etapa adulta; pero aún se desconoce el porcentaje real de niños con presencia del trastorno y que posteriormente se convirtieron en adultos con TDAH. Barkley et al. en 2002 encontraron que del 66% de los casos de niños diagnosticados, el 2% de esa población durante la etapa adulta presentaron los síntomas más severos y el 46% presentan solo una parte de los criterios del DSM, con base en el estudio se estimó que la prevalencia de TDAH en adultos es del 4-5% (Barkley, 2006).

A partir de dichos estudios se sabe que la prevalencia del trastorno se mantiene a lo largo del desarrollo conforme se alcanza la adolescencia y la madurez. Se registra una prevalencia entre el 2 al 8% de casos por medio de autorreporte y cuando la información es recibida por parte de los padres el porcentaje de casos aumenta. La National Comorbidity Survey Replication realizó una encuesta a 3.199 personas de entre 19 y 44 años, obteniendo una prevalencia del 4.4% (Miranda, 2011).

Los datos de prevalencia varían mucho y de acuerdo con investigaciones realizadas, los datos encontrados van del 3 al 9% de los jóvenes y es posible que 2% de los adultos cumplan con los criterios diagnósticos. En un estudio canadiense de seguimiento longitudinal señalan que hasta dos tercios de los jóvenes conservan, por lo menos, un síntoma discapacitante del TDAH. Asumiendo así que la prevalencia es del 4% durante la infancia, la tasa estimada para los adultos sería del 0.8% hasta 0.05%, pero esta supuesta estimación de tasas, ha sido duramente criticada por diversos autores (Young y Brahma, 2009).

Parella (2009) reporta una prevalencia de casos de TDAH en adultos del 1 al 5%. Brown (2010) por su parte estima que al menos dos tercios de los niños con TDAH que no recibieron tratamiento seguirán presentando deterioro durante la edad adulta, el cual dependerá de la gravedad de los síntomas y la comorbilidad de los trastornos. En estudios epidemiológicos, se encontró que en una población de 10.000 adultos la prevalencia del trastorno es del 4,4%.

En cuanto a la prevalencia por género se encuentra que durante la infancia los niños superan en una proporción de hasta 10:1, durante la edad adulta este cambia a 2:1 por esta razón se determina que las mujeres presentan síntomas más claros durante la edad adulta que durante la infancia, pero suele ser más común encontrar el diagnóstico de TDAH en hombres que mujeres, en proporciones se encuentra que por cada dos mujeres hay nueve hombres con diagnóstico de TDAH, dependiendo éste del subtipo y del contexto. En términos generales los problemas del neurodesarrollo aparecen con más frecuencia en hombres que en mujeres (Guerrero, Bascones & Pérez, 2014).

Confirmando la misma tasa de prevalencia encontramos que de los niños diagnosticados en la infancia, 76% mantiene el trastorno durante la etapa adulta, lo que ha incrementado el interés por parte de los clínicos para poder identificarlo y establecer un diagnóstico y tratamiento en esta edad. Diversos estudios internacionales han estimado que la prevalencia de TDAH en la edad adulta oscila entre 2.5% y 4.4% en población abierta (Ortiz y Jaimes, 2016).

Por otro lado Yougman y Brahman (2009) mencionan que la proporción del género se reequilibra de acuerdo con la edad, mientras que prevalencia en los niños se reduce 20% cuando llegan a la edad adulta, para las niñas se mantiene constante durante la edad adulta.

Durante los años 90 surgieron los primeros estudios llevados a cabo en población universitaria, dichos estudios han ido en aumento. Guerrero, Bascones y Pérez (2014) pese a que no disponen de cifras exactas, estiman que el TDAH en población universitaria de los Estados Unidos es del 2 a 8%, consecuentemente se informa que el 25% de los estudiantes que reciben servicios educativos son identificados con TDAH.

Los adultos que presentan este trastorno desarrollan altos niveles de ansiedad, depresión y abuso de sustancias, por esta razón la medicación en ellos puede ser por un tiempo prolongado y no específicamente de modo terapéutico al TDAH, generalmente el trastorno se presentará con alguna comorbilidad psicopatológica (Quintero, Correas y Quintero, 2009) lo cual se abordara con más detalle en el siguiente capítulo.

3.2 Comorbilidades

Los procesos cognoscitivos en el TDAH están relacionados con la disfunción de las estructuras y los procesos que integran la función ejecutiva, no solo se presentan síntomas cardinales del trastorno, sino otros déficits asociados con la función ejecutiva como planeación, organización, control inhibitorio, manejo del tiempo y procrastinación que pueden afectar las áreas académicas, laborales, relaciones sociales, familiares y actividades cotidianas, lo que disminuye la calidad de vida de las personas (Ortiz y Jaimes, 2016).

Por esta razón los pacientes con TDAH tienen un estilo de vida complicado ya que tienen dificultad para la concentración, inatención, inquietud, labilidad emocional, son impulsivos y tienen dificultad para organizar sus tareas, su tiempo, su agenda, etc. Éstas son las diferentes problemáticas presentes en la etapa adulta y tienen repercusiones a nivel social y educativo, las cuales se manifiestan a nivel psicológico como depresión, abuso de sustancias e insatisfacción personal. Los pacientes suelen hablar en demasía y escuchar poco, con tendencia a interrumpir con impaciencia. La inatención es uno de los síntomas más frecuentes y puede manifestarse como la incapacidad para recordar, cumplir con las citas, medir y organizarse (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

Se debe resaltar la importancia de las repercusiones en la edad adulta, estas problemáticas se asocian con bajo aprovechamiento escolar, repetición de grados escolares, suspensiones y expulsiones, relaciones deficientes con la familia, compañeros, trastornos de la personalidad, agresividad y delincuencia, abuso de sustancias y accidentes automovilísticos, así como dificultades en el matrimonio, empleo y en el manejo de la economía, por esta razón es necesario realizar un buen diagnóstico y tratamiento en etapas tempranas del desarrollo (Yáñez, 2016).

Cerca del 80% de los pacientes adultos con diagnóstico de TDAH, poseen antecedentes de problemas conductuales comórbidos, lo cual va aumentando con la edad. Dentro de las comorbilidades podemos encontrar el tabaquismo y el abuso de consumo de sustancias, en diversas muestras se registra que al menos 35.8% tiene el antecedente de consumo de sustancias. El consumo de alcohol por otro lado varió del 32 al 53%; mientras que otras enfermedades comórbidas importantes de los pacientes adultos son la depresión y distimia (19-37%), en 25-50% trastornos de ansiedad, en 10% trastorno antisocial, en 20% dificultades en el aprendizaje y en 10% el trastorno bipolar (Brown, 2010).

De acuerdo con Quintero, Correas y Quintero (2009) pocos son los estudios que se han enfocado en encontrar otro tipo de trastornos asociados con el TDAH, éstos son las parafilias y la conducta sexual impulsiva, así como la adicción a internet y los trastornos alimentarios. Se debe tomar en cuenta que el TDAH afecta de manera global a la vida personal del paciente.

Es de gran relevancia el hecho de que estos pacientes presenten algún trastorno asociado con el TDAH, pues no solo complica el cuadro clínico sino que plantea un desafío para el diagnóstico, pues habrá que tomar en cuenta si los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad o el deterioro acompañante se deben al TDAH y no a otro trastorno. De los retos más importantes con respecto al diagnóstico del TDAH en adultos, son los síntomas que presentan en su vida diaria, ya que el DSM-5 se validó para diagnosticar principalmente a niños y la sintomatología que presentan ellos no es la misma que presentan los adultos (Brown, 2010).

3.3 Criterios diagnósticos del DSM-5

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que empieza en la infancia, éste se caracteriza por inatención, excesiva actividad cuando se requiere un cierto nivel de ajuste y además con limitado control de la conducta, puede prolongarse en la adolescencia y aún en la vida adulta (Campbell y Figueroa, 2000).

El DSM-5 (APA, 2013) describe la categoría de TDAH, el cual presenta un patrón persistente de síntomas de desatención y/o hiperactividad-impulsividad. Dicho patrón puede aparecer antes de los 12 años de edad, siendo estos síntomas más frecuentes y graves

que los que pudieran observarse en individuos que poseen el mismo nivel de desarrollo. Estos criterios deben presentarse en dos o más escenarios diferentes como puede ser la casa o la escuela; en el caso de adultos y adolescentes en el trabajo. Dentro de estos escenarios debe haber pruebas de que existe interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo de la persona. Es importante identificar que no exista algún otro trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

El DSM-5 (APA, 2013) estipula que el diagnóstico del TDAH es complejo, pues los indicadores de los criterios con frecuencia se producen en situaciones de grupo, por esto el clínico debe investigar el comportamiento del individuo en distintas circunstancias dentro de cada situación. En el DSM-5 se estipulan criterios para dar un diagnóstico certero. Como primer criterio de diagnóstico se debe presentar un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, se caracteriza por presentar inatención durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales, esta inatención debe presentarse a través de seis o más de los síntomas descritos más adelante. El segundo criterio es que debe presentarse hiperactividad e impulsividad durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales, en seis o más de los síntomas estipulados en el manual.

El uso del DSM-5 para la evaluación en adultos se encuentra limitado, ya que los síntomas se obtuvieron de estudios de campo en niños, por tanto los criterios no llegan a ser totalmente adecuados para los adultos, ya que ambos difieren en sus fases del desarrollo en áreas como el autocontrol, la motivación, la planificación, la persistencia en tarea y la conducta dirigida a objetivos. Estas áreas suelen ser las más deterioradas durante la edad adulta, por lo que los criterios expresados en el DSM-5 como “interrumpe o molesta a otras personas” o “tiene dificultad para esperar su turno” no expresarían una sintomatología correcta en adultos. En la Tabla 1 se muestran síntomas del criterio 1 y 2 referidos en el DSM-5, además de un comparativo de los posibles síntomas que se pueden encontrar en adultos (Brown, 2010).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH en niños y adultos			
Inatención		Hiperactividad/impulsividad	
Niños (DSM-V, 2006)	Adultos (Brown, 2010)	Niños (DSM-V, 2006)	Adultos (Brown, 2010)
Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o comete descuidos, se cometen errores en las tareas escolares, o durante otras actividades.	Con frecuencia tiene dificultad para persistir en las tareas. Con frecuencia se le olvidan las cosas.	Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento	Se encuentran en actividad constante
Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas	Con frecuencia tiene problemas de atención y concentración.	Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado	Eligen trabajos que requieran de una mayor ocupación. Con frecuencia termina sus relaciones prematuramente
Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.	Con frecuencia pierde la paciencia	Con frecuencia pierde la paciencia	Se sobrecargan los horarios de diferentes actividades
Con frecuencia olvida las actividades cotidianas	Consumo de sustancias tóxicas.	Con frecuencia habla excesivamente	Dificultades para la gestión de su tiempo.
Con frecuencia tienen dificultad para organizar tareas y actividades.	Con frecuencia tiene dificultades para iniciar y finalizar proyectos.	Con frecuencia está “ocupado” actuando como si lo “impulsara un motor”.	Cambian de trabajo constantemente.

Con frecuencia no sigue instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.	Dificultades en su autocontrol	Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.	Carece de paciencia para distintas actividades
Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.	Se distrae constantemente.	Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros	Conduce sin medir los riegos.

Como se puede observar, los síntomas y/o criterios son inespecíficos para la edad adulta. El 99% de adultos evaluados con el DSM-5 caería por debajo y solo el 1% cumpliría con los criterios mencionados, siendo una razón más para investigar la prevalencia del TDAH durante la edad adulta (Brown, 2010).

Siguiendo los criterios del DSM-5, el tercero tiene en cuenta que los síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos deben estar presentes antes de los 12 años. El cuarto criterio señala que varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estén presentes en dos o más contextos. El quinto criterio refiere que deben existir pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos. Finalmente el sexto criterio señala que 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.

Se debe especificar si el trastorno se presenta en las siguientes formas:

1. Combinada: Durante 6 meses o más, síntomas de desatención y síntomas de hiperactividad-impulsividad, la mayor parte de diagnósticos se incluyen en esta categoría.

2. Predominante con falta de atención: Durante 6 meses o más, síntomas de desatención, pero no se cumplen los criterios de hiperactividad-impulsividad.
3. Predominante hiperactivo-impulsivo: Durante 6 meses o más síntomas de hiperactividad-impulsividad, pero no se cumplen los criterios de desatención. Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

3.4 Tratamiento

Debido a las diferencias metodológicas en la prevalencia del TDAH, existe la necesidad de establecer una misma forma de proceder con adultos, dado que dicha población presenta pacientes con enfermedades comórbidas, por lo que el tratamiento suele ser más complejo (Pedrero y Puerta, 2007).

Ruíz y Saucedo (2012) especifican que el tratamiento del trastorno debe ser multidisciplinario, individualizado, a largo plazo y es necesario que de manera paralela se incluyan estrategias psicoeducativas en casa y en la escuela, así como el uso de fármacos. El tratamiento tiene como principal objetivo el control de los síntomas del TDAH y de sus posibles comorbilidades.

La mayoría de los casos de TDAH con presencia de trastornos comórbidos son complejos. El tratamiento farmacológico es uno de los componentes dentro del plan terapéutico para los pacientes dependerá del estado de los trastornos comórbidos, la forma en que los pacientes responderán, pueden ser de manera favorable o negativa a los fármacos del TDAH, ya que afectan de forma favorable a un trastorno comórbido o por el contrario, un trastorno comórbido puede atenuar la mejoría que ofrece el tratamiento del trastorno, para que esta situación no se presente. Es de importancia tratar el TDAH y los trastornos comórbidos de forma independiente, por lo que la farmacología se debe enfocar al trastorno que cause mayor deterioro en la vida cotidiana de los pacientes (Brown, 2010).

Dentro de los ensayos clínicos farmacológicos llevados a cabo en adultos con diagnóstico de TDAH, el de Wilens (2003 en Terán, 2013) evaluó la eficacia de fármacos

estimulantes en 15 individuos, mientras que en 28 de ellos se examinaron los resultados con fármacos no estimulantes, estos ensayos arrojan los mismos resultados descritos en niños; por lo que el Consenso Europeo sobre el Diagnóstico y Tratamiento del TDAH estableció que el tratamiento debe ser multimodal similar al que se aplica a niños, adaptando a las necesidades de desarrollo de la etapa adulta, la intensidad del trastorno y tomando en cuenta los trastornos comórbidos asociados, por ende no se han registrado diferencias en la respuesta del tratamiento con metilfenidato en adultos.

4. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN LA ETAPA ADULTA

4.1 Evaluación

Representa un gran reto detectar pacientes adultos con TDAH ya que no existen suficientes pruebas o escalas en nuestro país que evalúen confiablemente el repertorio de los síntomas del TDAH, por esta razón se han definido cuatro ejes esenciales para el diagnóstico del TDAH en adultos: (1) Deben existir pruebas clínicas de la presencia de los síntomas del trastorno relacionados con la infancia y un deterioro significativo y crónico en diferentes ámbitos; (2) Encontrar una relación entre los síntomas del TDAH actuales y deterioro consistente en diferentes ámbitos de la vida; (3) Los síntomas no deben explicarse mejor por la presencia de algún otro problema psiquiátrico o médico; (4) Y por último se valora la posible presencia de trastornos comórbidos con el TDAH (Ramos, Chalita, Vidal, Bosch, Palomar, Prats et al, 2012).

Durante la evaluación clínica del paciente con TDAH se recomienda realizar una detallada historia clínica, recogiendo datos biográficos de interés en el desarrollo psicológico infantil, además de explorar los antecedentes psiquiátricos personales y familiares en relación con el TDAH, así como la presencia de tics, abuso/dependencia de tóxicos o conductas y/o rasgos antisociales. Uno de los obstáculos de la evaluación en adultos es que sean buenos observadores de su propia conducta, además de que se reportan pocos casos de pacientes que acudan a consulta por este tipo de problemática (Quintero, Correas y Quintero, 2009 y Brown, 2010).

Realizar un tamizaje rápido en poblaciones adultas que posiblemente presenten algunos de los síntomas del TDAH, podría ayudar a identificar cuáles son las problemáticas

que desarrollan los estudiantes universitarios en ámbitos escolares y laborales. Para este fin el uso de escalas es el más recomendado, los instrumentos elaborados ofrecen información útil, fiable y válida que respalda la entrevista clínica. Los cuestionarios de tamizaje que ayudan a detectar el TDAH en adulto son: La Adult Self Report Scale (ASRS) de la Organización Mundial de la Salud, La Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS), la Escala de Déficit de Atención para Adultos (ADSA), la Escala de Déficit de Atención de Brown y la Wender Utah Rating Scale (WURS). Estas escalas realizan un cribado de una amplia variedad de problemas sociales, emocionales y psiquiátricos (Brown, 2010 y Ruíz y Saucedo, 2012).

La CAARS es una escala para adultos con TDAH, consta de 6 escalas, 3 auto-administradas y 3 para el observador. Las respuestas se puntúan de 0 a 3 y el número de reactivos depende de la versión que se aplica, la versión larga con 66 reactivos, la corta con 26 reactivos y de cribado de 30 reactivos; la versión larga se ha validado y traducido al castellano, observando buenas características psicométricas, sólida estructura factorial en cuatro factores con buena consistencia interna (Ramos et al., 2012).

El ADSA es un instrumento con 54 reactivos, que enumera síntomas asociados de manera habitual con el TDAH, está compuesto por 9 subescalas, las cuales son el foco atencional, la concentración y la conducta, la actividad desorganizada, la consistencia, el desarrollo interpersonal, la coordinación, el área académica, el desarrollo emotivo e infancia (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

La Escala de Déficit de Atención de Brown es un auto-reporte junto con un reporte por parte de una persona cercana al paciente, mide los síntomas del TDAH además de diferentes déficits en las funciones ejecutivas como la organización, la concentración, la emoción, la memoria, la memoria de trabajo y el razonamiento (Reyes, García y Palacios, 2013).

La evaluación neuropsicológica permite realizar un adecuado diagnóstico. Generalmente en adultos con presencia de TDAH se encuentran alteraciones en funciones ejecutivas (memoria de trabajo, atención, inhibición conductual, impulsividad y fluidez verbal) y memoria y fluidez verbal. Conners y Jett (1999, citado en Quintero, Correas y

Quintero, 2009) sugieren que con la edad los déficits de las funciones ejecutivas están más presentes que los problemas de atención. Mediante la evaluación neuropsicológica es posible valorar la gravedad de las dificultades de cada uno de los pacientes, logrando un mejor diagnóstico y un posterior tratamiento (Abad, Caloca, Mulas y Ruíz, 2017).

Para esta investigación se seleccionaron las escalas auto aplicables ASRS v.1.1 y WURS, dos de las escalas de cribado para la evaluación de los síntomas del TDAH en adultos. Estas escalas se usaron con el objetivo de obtener un tamizaje rápido sobre la prevalencia del TDAH en adultos universitarios. A continuación se describirán dichas escalas.

4.2 Wender Utah Rating Scale (WURS)

Desde los años 70, el grupo de Wender se oponía a que el TDAH desaparecía con la edad, por lo que se centraron en desarrollar una aproximación diagnóstica para el trastorno durante la etapa adulta. Se enfocaron en los siguientes síntomas (Moráis, 2014): 1. Inatención; 2. Labilidad emocional; 3. Irritabilidad e irascibilidad; 4. Disminución de la tolerancia al estrés; 5. Desorganización y 6. Impulsividad. Dicha aproximación diagnóstica se implementó para la evaluación retrospectiva del TDAH en pacientes adultos. Pese a su utilidad se han encontrado limitaciones ya que no nos permite descartar las comorbilidades del TDAH, así como otros trastornos psiquiátricos que puedan tener los mismos síntomas (Parellada, 2009).

Esta escala tiene diferentes versiones de acuerdo con el número de ítems aplicados. En la versión de 61 ítems se encuentran 25 delimitados para discriminar de otras poblaciones, a los pacientes adultos con antecedentes de TDAH en la infancia. Se encuentra introducida y adaptada al español y se conocen las características psicométricas en población universitaria mexicana (Rodríguez-Jiménez et. al, 2001).

Cuenta con una fiabilidad del .90, los 25 ítems delimitados para evaluar de manera retrospectiva el TDAH tienen una consistencia interna del .86 al .92; los síntomas en adultos comprenden los de inatención y de impulsividad, puesto que la hiperactividad disminuye con la edad además de que suele encontrarse con una expresión clínica completamente diferente a la encontrada en niños. De los 61 ítems, los primeros 42 recogen

información de conductas, el estado de ánimo, los problemas de relación con familiares compañeros y figuras de autoridad, los 7 ítems siguientes recogen información sobre problemas médicos y los últimos 12 extraen datos sobre problemáticas escolares-académicas (Acosta et. al, 2013).

Todos los ítems hacen referencia al encabezado de “de niño yo era (o tenía)”, usando las siguientes puntuaciones: 0 (no, o muy poco), 1 (poco), 2 (algo), 3 (bastante) ó 4 (mucho). En un estudio realizado por Pineda (2001) en Colombia se demostró que con un punto de corte del 35.5 se obtiene una especificidad superior al 90%. Mientras que en la investigación llevada a cabo por Rodríguez-Jiménez et al. (2001) en población universitaria mexicana en la cual se utilizó un punto de corte de 36 se determinó que el WURS presenta las características psicométricas de sensibilidad del 96%, y especificidad del 96%, lo que indica un valor predictivo que da certera validez para la detección de pacientes con antecedentes infantiles de TDAH, además de arrojar menos falsos positivos al tamizaje, por lo que con base en dicha investigación se consideró correcto utilizar el punto de corte de 36 puntos para el presente estudio.

4.3 Adult Self-Report Scale (ASRS v.1.1)

El ASRS v. 1.1 es un auto-reporte desarrollado en 2004 por un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud y el grupo de Kessler, se ha traducido y adaptado a diferentes idiomas. Es una escala tipo Likert que mide la frecuencia con la que se presentan los síntomas (OMS, 2004).

La ASRS fue creada en conjunto con la revisión de la Entrevista Compuesta Internacional de Diagnóstico de la OMS, se desarrolló a partir de entrevistar a 154 pacientes de 18 a 44 años de edad, la versión final del ASRS incluyó 18 preguntas auto-aplicables que valoran adecuadamente los síntomas del criterio A del DSM IV. Puntúa en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuente), la evaluación se realiza de manera dicotómica y se considera un resultado positivo para TDAH cuando el sujeto marca en cuatro o más casillas dentro del área sombreada. Los resultados de la investigación llevada a cabo por Ramos et al. (2009) demuestran que el

ASRS es un instrumento eficiente para el paciente, por su rápida aplicación e interpretación.

Para la versión corta del ASRS v.1.1 fueron seleccionadas seis preguntas con el fin de optimizar la clasificación clínica. Durante las pruebas llevadas a cabo para medir la confiabilidad de dicha versión se obtuvieron datos de sensibilidad del 68.5% contra 56.3% que se obtuvo de la versión larga, la especificidad de 99.5% contra 98.3% respectivamente, mientras que en la precisión obtuvo 97.9% contra 96.2%. Con base en los índices se confirma que la versión corta tiene ventajas sobre la larga en casos de tamizaje rápido, principalmente en la búsqueda de casos en contextos comunitarios y clínicos. Posee un adecuado desempeño, discriminando los casos de TDAH en adultos (Pedrero y Puerta, 2007; Reyes, García y Palacios, 2013).

Se llevó a cabo un estudio en población mexicana en el cual se evaluó la validez de constructo de la ASRS v.1.1 en su versión corta con la ayuda de un análisis factorial, el cual reportó que la estructura del ASRS v.1.1 coincide con la estructura de tres factores propuestos en el DSM-IV los cuales son la inatención, hiperactividad e impulsividad, dicha versión fue validada en población que acudió a consulta por síntomas de TDAH y 90 pacientes sin diagnóstico, encontrando que cuando el paciente sumaba 4 puntos o más en seis de los ítems del ASRS 6, la probabilidad de presentar el diagnóstico se multiplicaba hasta 99 veces (Reyes, García y Palacios, 2013).

La aplicación de la WURS y ASRS v.1.1 en su versión corta en esta investigación se remite a las pruebas estadísticas llevadas a cabo por Reyes, García y Palacios (2013) quienes mencionan que la ASRS v.1.1 confiere un claro desempeño en casos de tamizaje rápido, discriminando correctamente los casos de TDAH sobre todo en estudios epidemiológicos en poblaciones universitarias, de esta forma al ser aplicado junto con el WURS con un punto de corte de 36 confiere un valor predictivo certero para la validez en la detección de pacientes con antecedentes de TDAH en la infancia. Rodríguez-Jiménez (2001) mencionan que se miden tanto los síntomas retrospectivos de la infancia como los síntomas de la etapa adulta, permitiendo una mayor claridad en el tamizaje de los casos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de información que existe con respecto al TDAH en etapa adulta, se debe principalmente al hecho de que se pensaba que era un trastorno exclusivo de la niñez, era provechoso saber que el problema se solucionaría con el paso del tiempo, y el tratamiento solo se enfocaría a la vida diaria del niño sin tener repercusiones en etapas posteriores del crecimiento. Hace una década se creía que al llegar a la adolescencia los síntomas presentes del TDAH disminuirían y en definitiva desaparecía durante la edad adulta. A pesar de esto, se observó que algunos adultos aún presentaban algunos síntomas característicos del TDAH, lo que permitió un mayor interés sobre el trastorno y sus afectaciones en la vida adulta.

El TDAH no deja de ser un tema interesante para los expertos en el campo de la neuropsicología. En este campo, ha habido un gran número de avances en cuanto al diagnóstico y tratamiento de esta población en la etapa infantil, por ello, en cuanto se habla de adultos, es necesario desarrollar nuevas herramientas para la evaluación, diagnóstico y tratamiento. Es de suma importancia poder evaluar pacientes con TDAH lo más tempranamente posible, ya que el trastorno suele asociarse con otros trastornos, por lo que durante la etapa adulta no solo se tratan los síntomas, sino, a las posibles comorbilidades que presenten. Se tiene registro de que al menos dos tercios de los niños que fueron diagnosticados durante la infancia, cuando se convierten adultos, aún presentan la sintomatología del trastorno.

Si continúan las investigaciones del TDAH en etapa adulta se podrán mejorar y encontrar nuevas herramientas que ayuden a un diagnóstico y tratamiento completo, brindando atención a aquellas personas que enfrentan dificultades en su vida, por ejemplo en lo laboral o lo académico, ya que se encuentran en una etapa productiva.

En México son pocas las escalas existentes que ayudan a identificar la presencia del TDAH en etapa adulta, como lo son la Forma de autorreporte de síntomas de la infancia (FASCT) que fue elaborada en México, la Escala de Evaluación de TDAH en Adultos de Conners y la Escala de Trastorno por Déficit de Atención de Brown (Reyes et. al, 2009, en Reyes, García y Palacios, 2013).

A pesar de contar con estas escalas, todavía hay un reto importante que debe resolverse, el cual se enfoca en mejorar las herramientas que ayuden a evaluar los síntomas del TDAH y nos acerque más hacia un diagnóstico certero, ya que no todas las escalas existentes cumplen con los criterios necesarios para considerar los síntomas del TDAH durante la etapa adulta, algunas de ellas solo consideran la etapa del desarrollo en que se encuentra la persona o no toman en cuenta algún otro trastorno psiquiátrico o las posibles comorbilidades, entre otros. Por ello al realizar esta investigación se podría abrir una brecha para mejorar las herramientas para la evaluación del TDAH en adultos, de esta forma no solo se ve beneficiada el área de la neuropsicología, sino la población adulta que creció sin el debido tratamiento o sin un diagnóstico, y que ahora se enfrenta a una sociedad que exige su debida participación laboral, académica y social.

JUSTIFICACIÓN

El contar con herramientas que cumplan con los criterios necesarios, nos permitirá sustituir aquellas herramientas que se ven sesgadas y con bajo rendimiento estadístico. Por ende se busca que una escala breve como la ASRS v.1.1 en su versión corta, la cual evalúa de manera eficaz los síntomas de la etapa adulta, y que junto con la escala WURS la cual evalúa retrospectivamente los síntomas en la infancia, sean establecidas como un primer tamizaje para detectar posibles participantes que presenten TDAH en la etapa adulta, ambas escalas miden la presencia e intensidad de los síntomas del trastorno y quizás sea más rápido y efectivo como lo mencionan Ramos; et al. (2012) quienes comentan que para el diagnóstico de TDAH es necesario cumplir criterios necesarios para una buena evaluación, el primero de ellos es conocer si existen evidencias clínicas de la presencia de síntomas relacionados con el trastornos durante la infancia y que éste haya causado un deterioro significativo y crónico en los distintos ámbitos de la persona y conocer si existe relación entre dicho deterioro y los síntomas de TDAH, lo que ambas escalas nos proporcionan de manera clara y concisa.

La ASRS v.1.1 en su versión corta y la WURS poseen además varias ventajas para su aplicación, ambas son auto aplicables, lo que significa que el paciente puede contestarla de acuerdo a cómo experimentó los síntomas en la infancia así como los síntomas en la

etapa adulta. De esta forma tenemos una mejor perspectiva, pues el paciente mismo es quien nos reporta los síntomas en las diferentes etapas de su vida.

OBJETIVO

-Investigar la prevalencia del TDAH en adultos mexicanos universitarios mayores de 18 años, mediante la utilización de la Wender Utah Rating Scale (WURS) y la Adult Self-Report Scale v.1.1 en su versión corta y larga (ASRS v.1.1).

-Comparar los resultados obtenidos a partir de los puntos de corte de la escala Adult Self-Report Scale v.1.1) en sus versiones corta y larga (ASRS v.1.1) y la WURS.

HIPÓTESIS

-Mediante la aplicación de la WURS y la ASRS v.1.1 se encontrará una tasa de prevalencia del TDAH en población adulta mexicana universitaria mayor a 18 años, menor a la reportada en la literatura.

-Al utilizar el punto de corte de la ASRS versión corta junto con la WURS, el porcentaje de casos de TDAH será menor, en comparación al que se obtendrá con respecto a la ASRS versión larga junto con la WURS.

MÉTODO

- **Diseño del estudio**

El diseño de investigación utilizado para el presente proyecto fue no experimental de tipo transversal exploratorio. No experimental ya que no se manipularon ninguna de las variables presentes y de tipo transversal exploratorio puesto que las variables se midieron en un tiempo específico y no a lo largo del tiempo, es decir no se midió si la variable cambió a lo largo del tiempo, en cambio se buscó una correlación con los datos registrados en investigaciones anteriores (Sampieri, 2012).

- **Participantes**

Para este proyecto se aplicaron las escalas a 675 participantes, los cuales fueron elegidos de forma no probabilística siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión; los cuales fueron ser hombres y mujeres de 18 años de edad en adelante,

mexicanos, que se encontraran estudiando en universidades dentro de la CDMX y el área metropolitana.

- Instrumentos de evaluación

- 1) Escala Wender Utah Rating Scale (WURS) elaborada por Ward, Wender y Reimher (1993).
- 2) Adult Self-Report Scale (ASRS) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (2004).

- Procedimiento

Para la aplicación de escalas WURS Y ASRS v1.1 se acudió a los siguientes planteles universitarios: Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FESZ), Universidad Autónoma de México plantel Xochimilco (UAMX), Universidad del Valle de México plantel Lomas Verdes (UVMLM), la Facultad de Ciencias de la UNAM (FC), la Facultad de Psicología de UNAM (FP), la Facultad de Derecho de la UNAM (FD), la Facultad de Filosofía de la UNAM (FF), Universidad Autónoma del estado de México (UAEM) y el Tecnológico Universitario de Naucalpan (TECN). Se acudió a pedir permiso a los directivos de cada plantel, obteniendo de forma favorable un tiempo específico para cada uno de los grupos que se evaluaron, una vez frente al grupo se procedió a explicar en rasgos generales de lo que trataba la investigación y que sus datos serían completamente confidenciales, finalmente se aplicaron un total 675 escalas a estudiantes de las universidades antes mencionadas.

- Análisis de datos

Una vez aplicadas las escalas se procedió a analizarlas mediante el Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Mediante estadística descriptiva, se seleccionaron a aquéllos con punto de corte 36 para WURS como lo menciona Rodríguez-Jiménez (2001) y 4 y 8 para ASRS v.1.1 versión corta y larga, respectivamente, como lo mencionan Reyes, García y Palacios (2013). El uso combinado de ambas escalas permitió un tamizaje del TDAH.

RESULTADOS

A partir de la investigación realizada se obtuvieron datos de interés en la detección de casos de TDAH en adultos. Se trabajó con 675 estudiantes a quienes se les aplicaron las escalas WURS y la ASRS v1.1 (versión corta y larga). En la Tabla 2 se muestran las estadísticas descriptivas de la muestra estudiada. En total fueron 61.2 % mujeres y 38.8% hombres. El número de mujeres incrementa debido a que en las carreras en las que se aplicaron las escalas, existía un número mayor de mujeres inscritas.

Tabla 2. Descripción del género de los participantes de la muestra estudiada

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombres	262	38.8	38.8	38.8
	Mujeres	413	61.2	61.2	100.0
	Total	675	100.0	100.0	

En relación con la edad, en la Tabla 3 se muestra que de los 675 participantes el rango de edad fue de 18 a 49 años.

Tabla 3. Estadísticas descriptivas de edad de la muestra estudiada

Edad		
N	Válido	675
Media		21.08
Mediana		21.00
Moda		20
Desviación estándar		2.805
Mínimo		18
Máximo		49

En la Figura 1 se puede observar la distribución de la frecuencia de edad de los participantes.

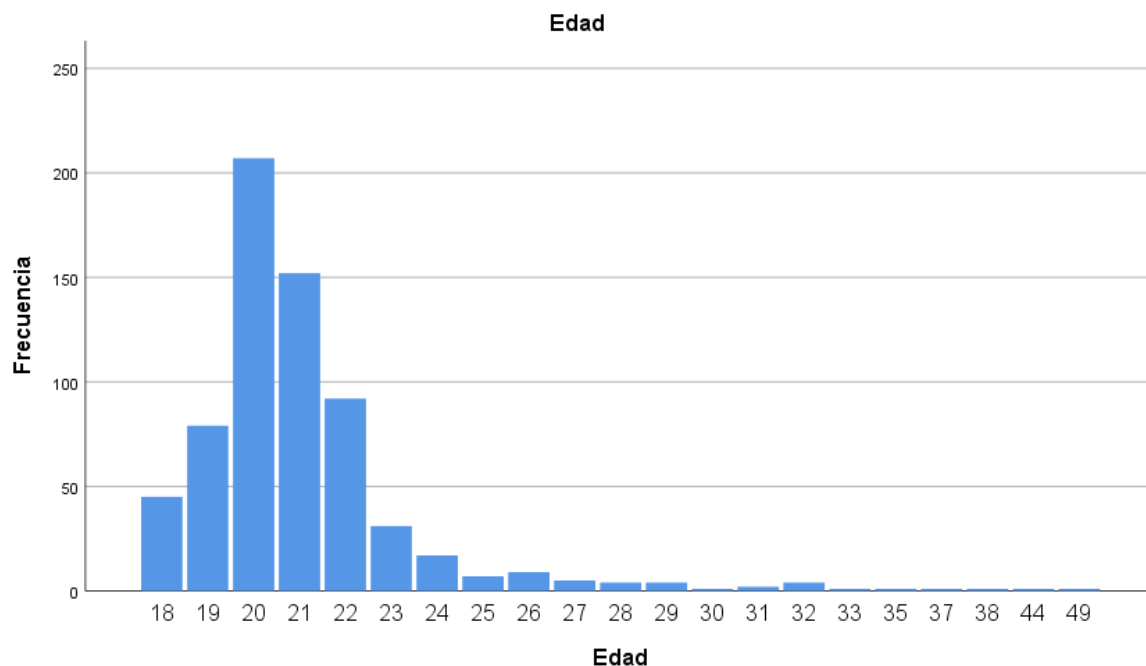


Fig. 1. Distribución de frecuencia de edad en la muestra de estudio

Para el diagnóstico de los casos de TDAH se tomaron en cuenta el punto de corte 36 para WURS y de 4 y 8 en su versión corta y larga respectivamente para la ASRS v.1.1. En la Tabla 4 se reportan estos datos.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las escalas WURS, ASRS (versión corta y larga)

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
WURS	675	89	1	90	30.27	14.929
ASRS-8	675	18	0	18	6.24	4.088
ASRS-4	675	6	0	6	2.52	1.587

ASRS 4=Adult Self Report Scale versión corta; ASRS 8=Adult Self Report Scale versión larga WURS=Wender Utah Rating Scale.

Para el análisis de los casos de TDAH se examinaron en cuestión del género los datos descriptivos de la WURS y la ASRS v.1.1 (versión corta). De la muestra total se encontraron 101 (14.96%) participantes como posibles casos de TDAH, de los cuales 50 (49.50%) fueron hombres y 51 (50.49%) mujeres. Además se reportan por separado los datos descriptivos de la WURS, la ASRS v.1.1. en ambas versiones. Estos resultados se describen en la Tabla 5.

Tabla 5. Casos de TDAH por género

	WURS		ASRS V.1.1 (4)		ASRS V.1.1 (8)		WURS&ASRS V.1.1 (4)		WURS&ASRS V.1.1 (8)	
	SS	CS (%)	SS	CS (%)	SS	CS (%)	SS	CS (%)	SS	CS (%)
Hombres	147	115(52.99%)	184	78(42.40%)	163	99(39.44%)	212	50(49.50%)	197	65(48.50%)
Mujeres	311	102(47%)	307	106(57.60%)	261	152(60.55%)	362	51(50.49%)	344	69(51.50%)
N	458	217(100%)	491	184(100%)	424	251(100%)	574	101(100%)	541	134(100%)

ASRS v.1.1 (4) =Adult Self Report Scale versión corta de 4 ítems; ASRS v.1.1 (8): Adult Self Report Scale versión larga de 8 ítems WURS= Wender Utah Rating Scale; N= Muestra; SS= Sin síntomas de TDAH; CS= Con síntomas de TDAH.

Se analizó la frecuencia de participantes por escuela, con un total de 675 participantes en 10 escuelas, la UAEM se distingue por la mayor cantidad de participantes con 145 (21.48%), la siguiente con mayor cantidad fue UVMLV con 131(19.40%) participantes, el TECN con 121(17.95%) participantes, mientras que las escuelas con menos participantes fueron FF con 3 (.44%) participantes, la UAMX con 10 (1.48%), la FD con 12 (1.77%) participantes y el TECN con 17 (2.51%) participantes. Los casos detectados con síntomas de TDAH en cada una de estas universidades se describen en la Tabla 6.

Tabla 6. Casos TDAH diagnosticados por universidad

		N	Con síntomas TDAH (%)	Sin Síntomas TDAH
Universidad	FC	79	15(18.98%)	64
	FD	12	1(8.33%)	11
	FESI	92	16(17.39%)	76
	FESZ	59	8(13.33%)	51
	FF	3	3(100%)	0
	TECN	121	17(14.04%)	104
	FP	23	5(21.73%)	18
	UAEM	145	15(10.34%)	130
	UAMX	10	5(50%)	5
	UVMLV	131	16(12.21%)	115
	Total	675	101 (14.96%)	574

ASRS=Adult Self Report Scale; WURS= Wender Utah Rating Scale; N= Muestra total; FESI: Facultad de Estudios Superiores Iztacala; FESZ: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; UAMX: Universidad Autónoma de México plantel Xochimilco; UVMLM: Universidad del Valle de México plantel Lomas Verdes; TECN: Tecnológico Universitario de Naucalpan; FC: UNAM la Facultad de Ciencias; FP: UNAM la Facultad de Psicología; FD: UNAM la Facultad de Derecho; FF: UNAM la Facultad de Filosofía; UAEM: Universidad Autónoma del estado de México.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la prevalencia del TDAH en adultos universitarios, mediante la utilización de las escalas WURS (Ward, Wender y Reimher, 1993) y ASRS v.1.1 versión corta y larga (Organización Mundial de la Salud, 2004). Con el cálculo de estadística descriptiva se encontró que la prevalencia de TDAH en universitarios fue de alrededor del 15%, que es muy superior a la reportada en otros estudios, la cual va del 1 al 6% durante la edad adulta (Barkley, 2006; Quintero, Correas y Quintero, 2009; Parellada, 2009; Young y Brahma, 2009; Brown, 2010; Miranda, 2011; APA, 2013; Ortiz y Jaimes, 2016) o del 2 al 8% (Guerrero, Bascones y Pérez, 2014). Solo uno de los autores revisados ha reportado porcentajes que van del 1 al 24% (Fernández, 2007), la cifra alta es más cercana a la obtenida en nuestro estudio.

Inicialmente partimos del supuesto de que se encontraría una prevalencia menor que la reportada en la literatura revisada en general, dado que se asumió la premisa de la que parten investigaciones que mencionan que el TDAH desaparece conforme se alcanza la madurez, y que los adultos al enfrentarse a las demandas académicas o laborales muy probablemente habrían logrado compensar sus dificultades y tener un buen desempeño, lo cual con respecto a los resultados obtenidos, la premisa fue refutada al igual que nuestra hipótesis de investigación, ya que mediante la aplicación del WURS y ASRS v.1.1 se encontraría una tasa de prevalencia del TDAH en población adulta mexicana universitaria mayor de 18 años, menor a lo reportado de la literatura revisada; debido a los resultados obtenidos se puede confirmar que la prevalencia del trastorno se mantiene constante a lo largo del desarrollo, conforme se alcanza la adolescencia y la madurez.

De esta forma la incidencia de casos de TDAH en adultos del 14.96% es muy superior a la reportada por Barkley (2006), Quintero, Correas y Quintero (2009), Parellada (2009), Young y Brahma (2009), Brown (2010), Miranda (2011), APA (2013), Guerrero, Bascones y Pérez (2014) y Ortiz y Jaimes (2016). Si bien existe disparidad en las prevalencias reportadas con el uso de diferentes metodologías en los estudios, así como diferentes criterios diagnósticos utilizados, la prevalencia de casos de TDAH a nivel general da una

muestra clara de que la prevalencia en adultos es un dato importante que se debe investigar más a fondo.

Dos de las razones por la que se justifica el uso de ambas escalas es lo mencionado por Ramos et al. (2012), quienes comentan que para el diagnóstico de TDAH es necesario cumplir cuatro criterios, el primero de ellos es conocer si existen evidencias clínicas de la presencia de síntomas relacionados con el TDAH durante la infancia y que éste haya causado un deterioro significativo y crónico en los distintos ámbitos de la persona. Como segundo criterio es conocer si existe relación entre dicho deterioro y los síntomas de TDAH. Estos dos primeros criterios se confirman al utilizar la WURS, ya que dicha prueba analiza retrospectivamente los síntomas de los pacientes, lo que nos proporciona una mayor capacidad de análisis y elección de casos de TDAH, y que, junto con la utilización de la ASRS v.1.1 en su versión corta, nos brinda un marco sintomatológico actual del paciente, detectando así los casos en los cuales el TDAH se presenta en ambas etapas de la vida.

Por otro lado, el tercer criterio que consiste en indagar y verificar que los síntomas no se expliquen mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico, y el cuarto que se enfoca a valorar la posible presencia de los trastornos comórbidos con el TDAH, los cuales no lograron ser verificados, ya que la investigación se enfocó en obtener la prevalencia del TDAH en adultos, por ende las herramientas utilizadas solo evaluaron la presencia de los síntomas, para lograr un primer acercamiento a posibles pacientes.

Un punto importante a señalar es la comparación realizada en cuanto a los puntos de corte utilizados en diversas investigaciones, dentro de nuestro estudio retomamos lo realizado por Rodríguez-Jiménez et al. (2001) con respecto al WURS, quienes evaluaron población adulta española utilizando un punto de corte de 36, el cual indica un valor predictivo alto y que da certera validez para la detección de pacientes con antecedentes infantiles de TDAH, además de arrojar menos falsos positivos al tamizaje y que junto con la investigación realizada por Reyes, García y Palacios (2013) con la utilización del ASRS v.1.1 en su versión corta de 6 ítems, la cual fue validada en 90 pacientes sin diagnóstico que acudieron a consulta por síntomas de TDAH se encontró que cuando el paciente sumaba 4 puntos o más en seis de los ítems del ASRS v.1.1 versión corta, la probabilidad de presentar

el diagnóstico se multiplicaba hasta 99 veces, esto se confirma con los datos descriptivos que se obtuvieron. Se puede observar que la utilización de la ASRS versión larga y corta junto con el WURS, nos arroja un porcentaje mucho más alto de participantes que pudieran cumplir con el diagnóstico de TDAH, que el de la ASRS versión corta junto con el WURS, con respecto a esto, como menciona Reyes, García y Palacios (2013) se puede correr el riesgo de tener un cierto número de falsos positivos. Aparte el porcentaje obtenido a partir de las escalas por separado, de manera similar, nos aumenta considerablemente el porcentaje de casos de TDAH.

Con respecto a lo anterior, la hipótesis que se utilizó, sobre la comparación de los porcentajes obtenidos con respecto a los puntos de corte de la ASRS versión corta junto con la WURS contra la ASRS versión larga junto con la WURS fue en efecto menor, por lo que basado en evidencia, se indica un valor predictivo alto y de certera validez en la detección de casos de TDAH (Rodríguez-Jiménez et al., 2001).

De acuerdo con el género el 50% de hombres y 51% de mujeres sobrepasaron el punto de corte en ambas escalas, denotando que el porcentaje de mujeres es más bajo que el de los hombres. Estos hallazgos se refutan con lo encontrado en la literatura, Brown (2010) menciona que los niños superan en una proporción de 8:1 o hasta 9:1 a las mujeres, por ende suele ser más común encontrar el diagnóstico de TDAH en hombres que mujeres, en proporciones se encuentra que por cada dos mujeres hay nueve hombres con diagnóstico de TDAH, dependiendo este del subtipo y del contexto. En términos generales los problemas del neurodesarrollo aparecen con más frecuencia en hombres que en mujeres.

De acuerdo con nuestros resultados concordamos con lo mencionado por Yougman y Brahmán (2009) y Brown (2010), en relación con la proporción por sexo se reequilibra de acuerdo con la edad, pues mientras la prevalencia en los niños se reduce el 20% cuando llegan a la edad adulta, para las niñas se mantiene constante hasta la edad adulta.

Con respecto a los resultados obtenidos se identificaron casos por universidades, dichos resultados nos indican que los casos registrados de estudiantes con TDAH deben ser estudiados más a fondo para descartar algún otro trastorno psiquiátrico y así ofrecerles un tratamiento especializado. Se debe señalar que de acuerdo a la prevalencia encontrada del

14.96%, los datos obtenidos por universidad refieren una prevalencia muy variable, ya que el número de estudiantes no fue el mismo en cada universidad, pero podemos observar un porcentaje alto de alumnos con criterios del TDAH; como nos mencionan Guerrero, Bascones y Pérez (2014) a partir de los años 90's surgieron los primeros estudios llevados a cabo en población universitaria.

Pese a que no se disponen de cifras exactas, se estima que el TDAH en población universitaria de los Estados Unidos es del 2 a 8%, estos son los estudiantes que reciben servicios educativos especiales, y son identificados con TDAH, desde ese entonces se notaba una cifra alta a comparación de investigaciones posteriores.

En cuanto a las limitaciones presentes en la investigación se distingue que la muestra fue elegida de manera no aleatoria, ya que se les explicaba a los estudiantes en lo que consistía la investigación y ellos tenían la opción de participar o no, esto nos impide generalizar los resultados, además de que la muestra estuvo conformada por más mujeres que hombres, por ello es necesario que para futuras investigaciones, se use mayor rigor metodológico al escoger la muestra. Por otro lado la selección de casos de TDAH solo se llevó a cabo mediante el uso de escalas, lo que no nos permite descartar las comorbilidades del TDAH así como otros trastornos psiquiátricos que puedan tener los mismos síntomas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Acosta, et. al. (2013) Uso de una escala comportamental Wender Utah para evaluar en retrospectiva trastorno de atención-hiperactividad en adultos de la ciudad de Barranquilla. Univ. Salud. 2013; 15(1):45.
- Abad-Mas L, Caloca-Catalá O, Mulas F, Ruíz-Andrés R. (2017). Comparación entre el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/Hiperactividad con el DSM-V y la valoración neuropsicológica de las funciones ejecutivas. Rev Neurol; 64 (supl 1): S95-100.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. New York: The Guilford Press.
- Brown, T. (2010). Comorbilidades del TDAH. Manual de las complicaciones del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adultos. España: Elsevier Masson.
- Carrión, J. (2015). Fundamentos de neuropsicología humana. España: Síntesis.
- Campbell, O. & Figueroa, A. (2000). Trastorno del Déficit de Atención-Hiperactividad (TDAH), Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento. Revista Bol Clin Hosp Infant Edo Son, 49-67.
- 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>
- Guerrero, J., Bascones, M. y Pérez, R. (2014). El lado oculto del TDAH en la edad adulta. Una propuesta inclusiva desde lo profesional y la experiencia. Málaga: Aljibe

- Miranda, A. (2011) Manual práctico de TDAH. Madrid. Síntesis.
- Moráis, N. M. (2014). Instrumentos de evaluación y diagnóstico del Trastorno por déficit de atención e 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.
- OMS. (2004). Cuestionario autoinformado de cribado del TDAH (trastorno por déficit de atención/hiperactividad del adulto V.1.1 (ASRS V.1.1). Recuperado de: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/6Q_Spanish%20\(for%20Spain\)iinal.pdf](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/6Q_Spanish%20(for%20Spain)iinal.pdf)
- Ortiz S. & Jaimes, A. (2016). Trastornos por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 6-15.
- Parellada, M. (2009). TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. Madrid. Alianza.
- Pineda, D., Lopera, F., Henao, G., Palacio, J. y Castellano, F. (2001) Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32 (3), 217-222.
- Pedrero, E. & Puerta, C. (2007). El ASRS v. 1.1. como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Revista Adicciones*, 393-407.
- Portellano, J. (2005). Introducción a la neuropsicología . Madrid: Mc Graw Hill.
- Quintero, F., Correas, J. & Quintero F. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Barcelona, España: Elsevier Masson.

- Ramos, Q. J, Munsó, B. R., Cervelló, C. X., Moraís, N. M., Giménez, G. E., Brugué, C. M. (2006) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de neurología*. 42(10): 600-606
- 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-Quiroga J, Bosch-Munsó R, et al. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: Caracterización clínica y terapéutica. *Rev. Neurológica*. 600-606.
- Reyes, E., García, V. y Cruz, L. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escuela de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*. 65 (1) 30-38
- Rodríguez-Jiménez R, Ponce G, et al. (2001). Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol*. 138-144.
- Ruiz, M. (2004). Trastorno por déficit de atención . México, D.F.: Textos mexicanos.
- Ruíz, M. & Saucedo, J. (2012). Trastorno por déficit de atención a lo largo de la vida. México, D.F.: Alfil.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Terán, A. (2013). TDAH en adultos Todo sobre el TDAH. Guías para la vida diaria. Avances y mejoras como labor de equipo. Tarragona; España: Altaria Publicaciones. 303-336.
- Tirapu-Ustárrroz, et.al. (2011). Manual de neuropsicología. España, Barcelona: Viguera.

- Yáñez, M. y Prieto, B. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En Yáñez, M. (2016). Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: Diagnóstico, evaluación e intervención (1° edición) México D.F.: El Manual Moderno.
- Young, S. y Brahmán, J. (2009). TDAH en adultos: una guía psicológica para la práctica. México. Editorial el Manual Moderno.
- Zuluaga, J. (2015). Neurodesarrollo y estimulación. México: Médica Panamericana

ANEXOS

Anexo 1. Wender Utah Rating Scale (WURS)

Datos	
Edad	introduzca edad
Sexo (V o M)	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, me movía mucho					
Miedoso					
Problemas para concentrarme, me distraía fácilmente					
Ansioso, preocupado					
Nervioso, inquieto					
No prestaba atención, soñaba despierto					
De los que se enfadaba con facilidad					
Tímido, susceptible					
Explosivo, berrinchudo					
De los que dejaban las cosas inconclusas					
Terco					
Desanimado, triste, deprimido					
Arriesgado, temerario, hacía travesuras					
Insatisfecho con la vida					
Desobediente con mis padres, descarado, rebelde					
Baja autoestima					
Irritable					
Extrovertido, amigable, disfrutaba de la compañía de la gente					
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, remordimientos					
De los que perdían el control con facilidad					

Con tendencia a hacer cosas sin pensar mucho					
"Impopular", perdía fácilmente los amigos					
Torpe, no participaba en actividades deportivas					
Temeroso a perder el control de mi mismo					
Bien coordinado, bueno en deportes					
Actitud o conductas de rudeza					
Con ganas de estar fuera de casa					
Metido en peleas					
Molestando a otros niños					
un líder, el que mandaba					
Dificultad para levantarme por la mañana					
Me dejaba llevar por los demás					
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)					
De niño en la escuela, yo era (o tenía)	No, o muy poco	Poco	Algo	Bastante	Mucho
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?)					

Anexo 2. Adult Self-Report Scale v.1.1 (ASRS)

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?					