

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE
MÉXICO

11241

28

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL .

"PREVALENCIA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN
EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL
DISTRITO FEDERAL"

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA.

PRESENTA: LORENA GENOVEVA HERNÁNDEZ MUÑOZ

SEDE: INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA.

27665?

DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA
MUÑOZ

TUTOR METODOLÓGICO

DR. LUIS MÉNDEZ CÁRDENAS

TUTOR TEÓRICO

Vo. Bo.

PSICOLOGÍA
MÉDICA
DÉPTO. DE PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.

FEBRERO 2000.



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.

INDICE

	Página
Introducción.	1
Descripción del trastorno por déficit de atención.	2
Inatención.	3
Hiperactividad.	4
Impulsividad.	5
Etiología.	5
Consideraciones diagnósticas.	7
El punto de vista neuropsicológico.	8
Clasificación diagnóstica.	9
Prevalencia.	12
Comorbilidad.	14
Clinimetría.	16
La familia.	18
Aspectos psicosociales y factores de riesgo.	19
Diagnóstico por imágenes cerebrales.	22
Diagnóstico diferencial.	24
Objetivos del estudio.	25
Material y métodos.	25
Procedimiento.	27
Resultados.	28
Conclusiones.	31
Anexos.	
Bibliografía.	

DEDICATORIA

In Memoriam a mis padres, de los que recibí siempre el apoyo, el amor, el ejemplo de una vida digna y dedicada a sus hijas, la vida y la Fe en Dios. Gracias mil, solo puedo pagarles cumpliendo cabalmente mi deber de médico e hija de Dios.

A *mis hermanas*, que me han marcado el camino de mujeres comprometidas con sus hogares, y en el campo profesional. Sobre todo a ti María Eugenia, quien la prueba constante te ha acrisolado como la gran mujer, madre y profesionalista que eres. A ustedes mi admiración y cariño.

Ana, mi amiga y hermana, mi agradecimiento y cariño fraterno, los momentos difíciles de mi vida, siempre han tenido el enorme apoyo de tu amistad y el ejemplo de tu serenidad.

A *mis tutores*, gracias por su paciencia, ayuda y sobre todo, por compartir conmigo su enorme acervo de conocimientos.

Rocío, no por ser la última, eres la menos importante, "*los últimos serán los primeros*". Haciendo honor a la verdad, este trabajo es tan mío como tuyo, sin tu ayuda, apoyo, paciencia, cariño, estoy segura que no hubiera resultado tal y como es. Gracias hermana, mi deuda contigo es muy grande. Espero pagarte siendo una mujer tan desinteresada y generosa como tu, ahora y siempre Gracias.

Sinceramente

Lorena.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención (TDA) es un problema común cuyo diagnóstico incluye: inatención, hiperactividad, e impulsividad. Este trastorno ha sido conocido con varios sinónimos: síndrome de daño cerebral, daño cerebral mínimo y disfunción cerebral mínima.¹

El TDA suele presentarse antes de los 7 años, es de curso crónico, y se caracteriza principalmente por disminución en la atención, dificultad en el control inhibitorio, que se manifiesta por impulsividad en la conducta, y dificultad en la concentración.² Para realizar el diagnóstico, el trastorno debe estar presente al menos seis meses, deteriorar el funcionamiento social y escolar, además de la edad antes mencionada.³

El TDA con hiperactividad (TDAH) es reconocido ahora como el trastorno neuroconductual más común en la infancia, afecta todo el desarrollo de los niños, desde la edad preescolar y en ocasiones continúa hasta la edad adulta. Se calcula que el 50% de los niños atendidos por neurólogos, neuropsicólogos, y paidopsiquiatras, tienen datos sugestivos de TDAH.⁴

Heinrich Hoffman, describió el primer paciente con el apodo de "Phil el inquieto" en 1854, cuya descripción correspondió años más tarde muy cercanamente al TDAH, generalmente atribuido a George F. Still en 1902. Still reportó un grupo de 20 niños a quienes definió como poseedores de un déficit en la "inhibición volitiva" o un "defecto en el control moral", ya que su conducta se caracterizaba por ser agresiva, apasionada, no se sujetaban a las leyes, con inatención, impulsividad e hiperactividad, estas descripciones podrían utilizarse actualmente no solo para el TDAH, sino también para el trastorno oposicionista desafiante.⁵

La etiología del TDA es desconocida. Inicialmente se creía que era debida a un "daño cerebral". Esta idea fue derivada de los primeros estudios en niños que habían sufrido encefalitis, durante las epidemias de 1917 y 1918. Los niños que sobrevivieron estas neuroinfecciones mostraban algunos problemas conductuales similares a los del TDAH. Estos casos y otros, en donde los niños habían sufrido algún daño al nacimiento como traumatismos, exposición a toxinas o infecciones, dieron origen al concepto de "síndrome de daño cerebral", que con frecuencia se le relacionaba con retardo mental. Eventualmente fueron apareciendo niños con manifestaciones conductuales similares, pero que no mostraban evidencia de daño cerebral o retraso mental. Sartas 1947, en los Estados Unidos, hace énfasis en una hipótesis de etiología orgánica y los describe como: niños retrasados, con hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseveración y defectos cognoscitivos.⁶

En la década de los años 60, un grupo heterogéneo de niños con escasa coordinación, incapacidad de aprendizaje y desequilibrios emocionales, se describían como niños con lesión cerebral mínima. Desde entonces, se han planteado otras hipótesis para explicar los orígenes del problema como una alteración de base genética. En la actualidad, se considera que no existe una causa única del trastorno, donde contribuyen variables ambientales y hechos clínicamente predecibles.⁷

DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

El concepto de "atención" ha tenido una historia un tanto confusa desde su surgimiento en los inicios de la psicología experimental. Pasó de ser un tema fundamental en el ámbito psicológico a quedar prácticamente relegado con el advenimiento y consolidación del paradigma conductista. Volvió a resurgir con la publicación en 1958 del libro de Broadbent *Perception and Communication*.⁸

La etiología del TDA es desconocida. Inicialmente se creía que era debida a un "daño cerebral". Esta idea fue derivada de los primeros estudios en niños que habían sufrido encefalitis, durante las epidemias de 1917 y 1918. Los niños que sobrevivieron estas neuroinfecciones mostraban algunos problemas conductuales similares a los del TDAH. Estos casos y otros, en donde los niños habían sufrido algún daño al nacimiento como traumatismos, exposición a toxinas o infecciones, dieron origen al concepto de "síndrome de daño cerebral", que con frecuencia se le relacionaba con retardo mental. Eventualmente fueron apareciendo niños con manifestaciones conductuales similares, pero que no mostraban evidencia de daño cerebral o retraso mental. Sartas 1947, en los Estados Unidos, hace énfasis en una hipótesis de etiología orgánica y los describe como: niños retrasados, con hiperactividad, distractibilidad, impulsividad, perseveración y defectos cognoscitivos.⁶

En la década de los años 60, un grupo heterogéneo de niños con escasa coordinación, incapacidad de aprendizaje y desequilibrios emocionales, se describían como niños con lesión cerebral mínima. Desde entonces, se han planteado otras hipótesis para explicar los orígenes del problema como una alteración de base genética. En la actualidad, se considera que no existe una causa única del trastorno, donde contribuyen variables ambientales y hechos clínicamente predecibles.⁷

DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN.

El concepto de "atención" ha tenido una historia un tanto confusa desde su surgimiento en los inicios de la psicología experimental. Pasó de ser un tema fundamental en el ámbito psicológico a quedar prácticamente relegado con el advenimiento y consolidación del paradigma conductista. Volvió a resurgir con la publicación en 1958 del libro de Broadbent *Perception and Communication*.⁸

Tratando de definir lo que es atención, podemos mencionar que es la cantidad de esfuerzo que se ejerce para centrarse en determinada parte de la experiencia; habilidad para mantenerse focalizado en una actividad; habilidad para concentrarse.⁹

La característica esencial del TDAH generalmente incluye dos síntomas: inatención e hiperactividad, que son más frecuentes y severos, que lo observado habitualmente en sujetos de un mismo nivel de desarrollo. Constantemente presentan dificultades en la casa, con la familia y en el contexto escolar y social. Les es muy difícil terminar alguna tarea, y a pesar de tener un nivel intelectual normal, tienen un bajo rendimiento escolar. Las manifestaciones conductuales suelen presentarse en múltiples contextos; y para establecer un diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos lugares distintos, por ejemplo la escuela y la casa.

El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

INATENCIÓN.

Es la inhabilidad para mantener atención o responder a las tareas escolares, otros trabajos, o actividades de juego, por períodos de tiempo esperados en niños de su edad, no siguen reglas o instrucciones. Cometen errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos; al realizar el trabajo lo hacen sin pulcritud, y con evidente descuido. Los sujetos experimentan dificultad para mantener la atención en actividades laborales o de juego, les es difícil continuar una tarea hasta terminarla. Los padres y maestros comentan frecuentemente que no parecen escuchar cuando se les habla, no pueden concentrarse, se distraen fácilmente, fallan porque no terminan las tareas asignadas, parece que sueñan

Tratando de definir lo que es atención, podemos mencionar que es la cantidad de esfuerzo que se ejerce para centrarse en determinada parte de la experiencia; habilidad para mantenerse focalizado en una actividad; habilidad para concentrarse.⁹

La característica esencial del TDAH generalmente incluye dos síntomas: inatención e hiperactividad, que son más frecuentes y severos, que lo observado habitualmente en sujetos de un mismo nivel de desarrollo. Constantemente presentan dificultades en la casa, con la familia y en el contexto escolar y social. Les es muy difícil terminar alguna tarea, y a pesar de tener un nivel intelectual normal, tienen un bajo rendimiento escolar. Las manifestaciones conductuales suelen presentarse en múltiples contextos; y para establecer un diagnóstico, se precisa que exista alguna alteración en por lo menos dos lugares distintos, por ejemplo la escuela y la casa.

El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

INATENCIÓN.

Es la inhabilidad para mantener atención o responder a las tareas escolares, otros trabajos, o actividades de juego, por períodos de tiempo esperados en niños de su edad, no siguen reglas o instrucciones. Cometen errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos; al realizar el trabajo lo hacen sin pulcritud, y con evidente descuido. Los sujetos experimentan dificultad para mantener la atención en actividades laborales o de juego, les es difícil continuar una tarea hasta terminarla. Los padres y maestros comentan frecuentemente que no parecen escuchar cuando se les habla, no pueden concentrarse, se distraen fácilmente, fallan porque no terminan las tareas asignadas, parece que sueñan

despiertos y cambian de actividad continuamente. Las actividades que les exige esfuerzo mental, son experimentadas como desagradables, por lo que las evitan. No tienen capacidad de organizar su tiempo para trabajar ni el material escolar; en consecuencia estos materiales suelen estar dispersos, perdidos, descuidados y maltratados. Estos sujetos se distraen con facilidad ante cualquier estímulo, e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender ruidos y hechos triviales que comúnmente son ignorados por los demás. En situaciones sociales, el déficit de atención puede manifestarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchan a los demás, no atienden las conversaciones, y no siguen los detalles o normas de los juegos o actividades.¹⁰

HIPERACTIVIDAD.

La hiperactividad representa muy frecuentemente la manifestación más notoria del TDAH. El sujeto se encuentra en continuo movimiento, no pueden permanecer sentados cuando la actividad así lo exige, son impacientes, hablan y se mueven excesivamente, interrumpen las actividades de otros. Tienen dificultades para dedicarse tranquilamente a actividades recreativas.¹¹

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto. El diagnóstico debe establecerse con cuidado en niños pequeños y en preescolares, ya que difieren de los niños pequeños normalmente activos, por estar constantemente inquietos.

En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad toman la forma de inquietud y dificultad para dedicarse a actividades tranquilas y sedentarias.

despiertos y cambian de actividad continuamente. Las actividades que les exige esfuerzo mental, son experimentadas como desagradables, por lo que las evitan. No tienen capacidad de organizar su tiempo para trabajar ni el material escolar; en consecuencia estos materiales suelen estar dispersos, perdidos, descuidados y maltratados. Estos sujetos se distraen con facilidad ante cualquier estímulo, e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender ruidos y hechos triviales que comúnmente son ignorados por los demás. En situaciones sociales, el déficit de atención puede manifestarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchan a los demás, no atienden las conversaciones, y no siguen los detalles o normas de los juegos o actividades.¹⁰

HIPERACTIVIDAD.

La hiperactividad representa muy frecuentemente la manifestación más notoria del TDAH. El sujeto se encuentra en continuo movimiento, no pueden permanecer sentados cuando la actividad así lo exige, son impacientes, hablan y se mueven excesivamente, interrumpen las actividades de otros. Tienen dificultades para dedicarse tranquilamente a actividades recreativas.¹¹

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo del sujeto. El diagnóstico debe establecerse con cuidado en niños pequeños y en preescolares, ya que difieren de los niños pequeños normalmente activos, por estar constantemente inquietos.

En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad toman la forma de inquietud y dificultad para dedicarse a actividades tranquilas y sedentarias.

IMPULSIVIDAD.

Se manifiesta por impaciencia, el niño con este síntoma se precipita para dar respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. Frecuentemente tiene dificultad para guardar su turno, interrumpe o interfiere en las actividades de otros, al extremo de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales. Los sujetos hacen comentarios fuera de lugar, no atienden a las reglas que se les dan.

La impulsividad pueda dar lugar a accidentes, o a realizar actividades potencialmente peligrosas, sin considerar sus consecuencias.¹²

ETIOLOGÍA.

Algunas condiciones que se han visto relacionadas con la aparición del TDA son, el síndrome del X frágil, síndrome de alcohol fetal, bajo peso al nacimiento, y un padecimiento tiroideo genéticamente transmitido.

Innumerables estudios en niños adoptados y en gemelos en los pasados 50 años, han mostrado que parte de la conducta humana, normal o anormal, es genéticamente determinada.¹³

Se han estudiado los genes específicos del gen transportador de dopamina (responsables de la recaptación de la dopamina para la sinapsis), el gen receptor de la dopamina D4, la dopamina β -hidroxilasa (responsable de la conversión enzimática de la dopamina a norepinefrina), el gen receptor de la dopamina D2 (DRD2), el gen receptor de la serotonina 1A, el gen de la triptofano 2,3-dioxigenasa (responsable de la conversión del triptofano como precursor de la serotonina), los genes de la monoamino oxigenasa A y B (responsables de la conversión de la catecolamina en la sinapsis). Los nuevos estudios de biología molecular, parecen indicar que la afectación de los genes de la dopamina y

IMPULSIVIDAD.

Se manifiesta por impaciencia, el niño con este síntoma se precipita para dar respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. Frecuentemente tiene dificultad para guardar su turno, interrumpe o interfiere en las actividades de otros, al extremo de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales. Los sujetos hacen comentarios fuera de lugar, no atienden a las reglas que se les dan.

La impulsividad pueda dar lugar a accidentes, o a realizar actividades potencialmente peligrosas, sin considerar sus consecuencias.¹²

ETIOLOGÍA.

Algunas condiciones que se han visto relacionadas con la aparición del TDA son, el síndrome del X frágil, síndrome de alcohol fetal, bajo peso al nacimiento, y un padecimiento tiroideo genéticamente transmitido.

Innumerables estudios en niños adoptados y en gemelos en los pasados 50 años, han mostrado que parte de la conducta humana, normal o anormal, es genéticamente determinada.¹³

Se han estudiado los genes específicos del gen transportador de dopamina (responsables de la recaptación de la dopamina para la sinapsis), el gen receptor de la dopamina D4, la dopamina β -hidroxilasa (responsable de la conversión enzimática de la dopamina a norepinefrina), el gen receptor de la dopamina D2 (DRD2), el gen receptor de la serotonina 1A, el gen de la triptofano 2,3-dioxigenasa (responsable de la conversión del triptofano como precursor de la serotonina), los genes de la monoamino oxigenasa A y B (responsables de la conversión de la catecolamina en la sinapsis). Los nuevos estudios de biología molecular, parecen indicar que la afectación de los genes de la dopamina y

serotonina, contribuyen a desórdenes de la conducta tales como el TDAH y el Síndrome de la Tourette.¹⁴

En los últimos años se ha sugerido un mecanismo genético, relacionándolo con un gen transportador de dopamina y variaciones en el gen transportador de dopamina y en el receptor de D4. Así como el hallazgo del locus del TDA en el cromosoma 6.¹⁵ Los datos aportados por otros investigadores sugieren la asociación entre TDAH y el alelo 7 repetido del gen D4 de la dopamina a través de familias con adultos con TDAH.¹⁶ En estudios realizados a familias donde se comprobó el diagnóstico de TDA, se estableció un patrón de transmisión autonómico dominante. Las mujeres (madres y hermanas) pertenecientes a las familias con TDA presentan un aumento en el riesgo para este trastorno. Si uno de los padres es portador de TDA, el riesgo es de 6.6 veces para las hijas, y de 1.5 veces para los hijos. Además el riesgo de los hermanos es 4 veces mayor que el riesgo para las hijas que no tienen padres con este trastorno. Este modelo muestra que la expresión del trastorno en presencia de genes patógenos, es mayor en las mujeres que en los hombres.¹⁷

Los resultados en los estudios genéticos muestran la influencia de la herencia en el TDAH, comparada con otros trastornos de la conducta. Especialmente se ha observado en los tipos hiperactivo e impulsivo. El elevado grado de herencia y la alta penetrancia (visto en la concordancia entre gemelos homocigóticos), podría incrementar la oportunidad de encontrar un gen con mayor relación para el TDAH, si es que existe. La elevada herencia y la evolución natural de la enfermedad en los adolescentes, puede tener implicaciones en la personalidad adulta, o en el desarrollo de psicopatología.^{18, 19}

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS.

Como hemos descrito, el trastorno por déficit de atención (TDA), se caracteriza por una capacidad mínima de atención, inadecuado desde el punto de vista del desarrollo, o elementos de hiperactividad o impulsividad, o ambos a la vez, inapropiados para la edad cronológica.

En la última etapa de la infancia, y el inicio de la adolescencia los signos de actividad motora, tienden a disminuir. Los datos de impulsividad pueden provocar problemas en las normas familiares, interpersonales o escolares.

Los síntomas empeoran, especialmente en actividades que requieren de una mayor atención, o un esfuerzo mental continuo, o que no tienen atractivo para el sujeto. Los síntomas pueden ser mínimos o nulos cuando el sujeto se encuentra bajo un control muy estricto, en una situación nueva, actividades muy interesantes, o mientras se le refuerce positivamente por el comportamiento adecuado.

Generalmente, se realiza el diagnóstico de TDAH, al inicio de la escuela secundaria, cuando se hacen evidentes y causan deterioro en el rendimiento escolar, los síntomas del trastorno, se mantiene casi sin variaciones durante los años de la adolescencia. En la mayoría de los sujetos los síntomas se atenúan conforme se va llegando a la vida adulta, sin embargo, en un porcentaje menor son permanentes.²⁰

Realizar el diagnóstico de TDAH en los adolescentes es sencillo, cuando éste ha sido hecho desde la infancia. Cuando el TDAH está presente, los síntomas de inatención e inquietud provocan mayores dificultades en estos adolescentes, que en sus homólogos, en diferentes situaciones de la vida como: la conducta, el desarrollo de relaciones sociales, en la aceptación y pertenencia a un grupo y en el proceso de individuación y separación propios de la adolescencia. La inquietud común entre los padres de este grupo de edad es el pobre desempeño escolar, el

cual es provocado por la desorganización que muestran al realizar su trabajo académico. En estudios de seguimiento han demostrado que el 70% de los adolescentes de 15 años, con un TDAH desde la infancia tienen dificultades sociales, académicas y emocionales. La presencia de trastorno de la conducta y trastorno antisocial en adultos jóvenes con TDAH tiende a incrementar el riesgo de actividad criminal. Los factores de riesgo incluyen bajo nivel económico, coeficiente intelectual bajo, alto grado de conflictos con sus pares, la presencia de conductas agresivas y psicopatología en los padres. Estos problemas aunados al TDAH, ponen al adolescente en el alto riesgo de tener fracasos escolares, pobres relaciones sociales, accidentes automovilísticos, delincuencia, uso y abuso de alcohol y drogas, y escasa capacidad de elección vocacional.²¹

EL PUNTO DE VISTA NEUROPSICOLÓGICO.

Desde el punto de vista neuropsicológico se plantea que la disfunción motora genera hiperactividad y la disfunción cognoscitiva genera inatención e impulsividad.

En la actualidad existen tres postulados teóricos para explicar el déficit de atención: a) Barkley, postula que prevalece una disminución en la capacidad de respuesta conductual, lo que genera disminución en la capacidad de atención; b) Sergeant, plantea que es un defecto en el procesamiento de información desde el momento mismo en que ésta es recibida y c) Swanson, propone que el déficit en el TDAH es una combinación de deficiencia en el control ejecutivo y en la inhibición conductual, lo que provoca la atención disminuida.²²

En estudios retrospectivos se ha observado que los pacientes con TDAH con predominio de inatención, cursan con mayores dificultades académicas, mientras que los que tienen mayor hiperactividad y el tipo combinado (inatención e hiperactividad), tienen mayores problemas de comportamiento en casa, y de

cual es provocado por la desorganización que muestran al realizar su trabajo académico. En estudios de seguimiento han demostrado que el 70% de los adolescentes de 15 años, con un TDAH desde la infancia tienen dificultades sociales, académicas y emocionales. La presencia de trastorno de la conducta y trastorno antisocial en adultos jóvenes con TDAH tiende a incrementar el riesgo de actividad criminal. Los factores de riesgo incluyen bajo nivel económico, coeficiente intelectual bajo, alto grado de conflictos con sus pares, la presencia de conductas agresivas y psicopatología en los padres. Estos problemas aunados al TDAH, ponen al adolescente en el alto riesgo de tener fracasos escolares, pobres relaciones sociales, accidentes automovilísticos, delincuencia, uso y abuso de alcohol y drogas, y escasa capacidad de elección vocacional.²¹

EL PUNTO DE VISTA NEUROPSICOLÓGICO.

Desde el punto de vista neuropsicológico se plantea que la disfunción motora genera hiperactividad y la disfunción cognoscitiva genera inatención e impulsividad.

En la actualidad existen tres postulados teóricos para explicar el déficit de atención: a) Barkley, postula que prevalece una disminución en la capacidad de respuesta conductual, lo que genera disminución en la capacidad de atención; b) Sergeant, plantea que es un defecto en el procesamiento de información desde el momento mismo en que ésta es recibida y c) Swanson, propone que el déficit en el TDAH es una combinación de deficiencia en el control ejecutivo y en la inhibición conductual, lo que provoca la atención disminuida.²²

En estudios retrospectivos se ha observado que los pacientes con TDAH con predominio de inatención, cursan con mayores dificultades académicas, mientras que los que tienen mayor hiperactividad y el tipo combinado (inatención e hiperactividad), tienen mayores problemas de comportamiento en casa, y de

funcionamiento social, en donde además pueden desarrollar trastornos de conducta oposicionista.

La conducta impulsiva-hiperactiva generalmente, y el TDAH específicamente, han tenido una relación inherente con una disminución del Coeficiente Intelectual (CI), particularmente el CI verbal. Existe una pequeña pero significativa relación, con una disminución entre el 3% al 10% de menor CI entre los adolescentes con TDAH, en comparación con adolescentes de su misma edad sin TDAH. El impacto que tiene el hecho de tener una inteligencia menor, se observa día a día, en sus funciones adaptativas.

La existencia de déficit específicos en el procesamiento de información en pacientes con TDAH ha sido sujeto de investigaciones muy acuciosas durante la década pasada. Los estudios neuropsicológicos señalan que los déficits cognoscitivos en estos niños se deben a deficiencias en el funcionamiento del lóbulo frontal. En particular se han reportado consistentemente alteraciones en las tareas de ejecución. Barkley 1992, reporta que los pacientes con TDAH exhiben problemas en la atención selectiva misma. En este estudio se confirmó la hipótesis que los pacientes con TDAH son más vulnerables a los efectos disruptivos de estímulos irrelevantes cuando realizan sus tareas. Neuropsicológicamente se sugiere que existe alteración del lóbulo frontal porque exhiben impulsividad, fallas de autocrítica e inatención.²³

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es el último de varios términos para definir este padecimiento. Los nombres utilizados en las anteriores versiones del Manual Estadístico de Diagnóstico (DSM), hacían énfasis en las diferentes conceptualizaciones de este trastorno derivadas del principal síntoma. Por su desinhibición motora en el DSM-II se le llamó *reacción hiperquinética*.

funcionamiento social, en donde además pueden desarrollar trastornos de conducta oposicionista.

La conducta impulsiva-hiperactiva generalmente, y el TDAH específicamente, han tenido una relación inherente con una disminución del Coeficiente Intelectual (CI), particularmente el CI verbal. Existe una pequeña pero significativa relación, con una disminución entre el 3% al 10% de menor CI entre los adolescentes con TDAH, en comparación con adolescentes de su misma edad sin TDAH. El impacto que tiene el hecho de tener una inteligencia menor, se observa día a día, en sus funciones adaptativas.

La existencia de déficit específicos en el procesamiento de información en pacientes con TDAH ha sido sujeto de investigaciones muy acuciosas durante la década pasada. Los estudios neuropsicológicos señalan que los déficits cognoscitivos en estos niños se deben a deficiencias en el funcionamiento del lóbulo frontal. En particular se han reportado consistentemente alteraciones en las tareas de ejecución. Barkley 1992, reporta que los pacientes con TDAH exhiben problemas en la atención selectiva misma. En este estudio se confirmó la hipótesis que los pacientes con TDAH son más vulnerables a los efectos disruptivos de estímulos irrelevantes cuando realizan sus tareas. Neuropsicológicamente se sugiere que existe alteración del lóbulo frontal porque exhiben impulsividad, fallas de autocrítica e inatención.²³

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es el último de varios términos para definir este padecimiento. Los nombres utilizados en las anteriores versiones del Manual Estadístico de Diagnóstico (DSM), hacían énfasis en las diferentes conceptualizaciones de este trastorno derivadas del principal síntoma. Por su deshinibición motora en el DSM-II se le llamó *reacción hiperquinética*.

Tomando en cuenta principalmente la inatención, en el DSM-III se le clasificó como *trastorno por déficit de atención*, y posteriormente tomando también en cuenta la hiperactividad, tanto en el DSM-III-R y en el DSM-IV, se le llamó *trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Mientras que el DSM-III-R considera al TDAH como un solo trastorno, el DSM-IV conceptualiza a esta entidad con tres subtipos: combinado (hiperactividad-inatención), con predominio de inatención y con predominio de hiperactividad-impulsividad. Los subtipos están basados en análisis de factores consistentes, recabados de la literatura mundial, lo que facilita y define una mejor diferencia de los distintos trastornos. Con los criterios diagnósticos del DSM-IV se han incrementado los casos identificados sobre todo en los subtipos de hiperactividad-impulsividad y el de inatención, ya que en el caso del subtipo combinado, se siguen obteniendo el mismo porcentaje de pacientes diagnosticados que con los criterios del DSM-III-R.^{24, 25}

Los criterios vigentes en el DSM-IV para el diagnóstico de TDAH y sus subtipos se enumeran a continuación:

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. (1) o (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación al nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente en los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento

negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)

- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejem. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se mueve de su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno

- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejem. se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejem. en la escuela, o en el trabajo, y en la casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejem. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con tipo predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.²⁶

PREVALENCIA

Los niños y adolescentes con inatención, hiperactividad e impulsividad, constituyen una gran parte de los problemas de conducta vistos en pacientes pediátricos.

- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejem. se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejem. en la escuela, o en el trabajo, y en la casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejem. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad)

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses.

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con tipo predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.²⁶

PREVALENCIA

Los niños y adolescentes con inatención, hiperactividad e impulsividad, constituyen una gran parte de los problemas de conducta vistos en pacientes pediátricos.

La prevalencia reportada en la literatura internacional depende de varios factores: la población estudiada, el método de investigación y los criterios diagnósticos empleados.

En la población general, la frecuencia del TDA es de aproximadamente del 3 al 5% de los niños en edad escolar, de estos el 8% necesitan manejo médico. La proporción hombre mujer es de 9 a 1 en muestras clínicas, y de 4 a 1 en la población general. Las niñas tienen menos problemas de inatención primaria, alteraciones cognoscitivas, y menos cuadros de impulsividad/agresividad, sin embargo, es más severa la hiperactividad.²⁷

Hay pocos datos precisos de la prevalencia en adolescentes y en adultos, aunque se calcula que aproximadamente el 2% de los adolescentes requieren atención especializada.²⁸

Estudios prospectivos muestran que la persistencia de TDAH en la edad adulta es del 10 al 60%, de los casos diagnosticados en la infancia. Estos estudios sugieren también que en los adultos el TDAH puede ser un trastorno relativamente común y que puede ser también subdiagnosticado en adultos con trastornos psiquiátricos.²⁹ La proporción por grupos de edad parecen disminuir un 50% cada 5 años. Se calcula que aproximadamente el 2% de los adultos pueden padecer TDAH.^{30,31}

Algunos autores han encontrado una disminución exponencial de la prevalencia del TDAH con la edad. A los 20 años es de un 0.8%, a los 30 años del 0.21%, hacia los 40 años llega hasta el 0.05%, y finalmente a los 50 años del 0.01%.³²

El sexo y la edad, tienen un efecto en la prevalencia y el curso de este trastorno. Se ha demostrado que la prevalencia del TDAH en los varones disminuye entre los 10 y 20 años cerca de un 20%, mientras que la prevalencia entre las mujeres, tiende a ser relativamente constante a través de los mismos años.³³

Con la nueva clasificación de subtipos del DSM-IV, se ha incrementado la prevalencia del TDAH de 9.6% (DSM-III), al 17.8%, ya que se han diagnosticado nuevos casos de TDAH con predominio de inatención. La prevalencia según la clasificación del DSM-IV para los subtipos del TDAH son, para el de predominio de inatención del 9%, comparado con el de predominio de hiperactividad-impulsividad del 3.9%, y del tipo combinado del 4.8%. Notablemente, la prevalencia del TDAH según el DSM-IV (17.8%), fue cercanamente a lo doble con respecto al DSM-III-R (10.9%).³⁴

Aunque el TDAH está entre los trastornos psiquiátricos de la infancia mejor estudiados, la mayoría de la literatura se encuentra basada casi enteramente en estudios en preadolescentes de 6 a 12 años. Los estudios han documentado que los niños con TDAH continúan teniendo déficit conductual, emocional, académico y social durante la adolescencia. Se ha propuesto que cuando se diagnostica en la infancia el TDAH, podría ser más severo que cuando el diagnóstico se realiza hasta la adolescencia.³⁵

COMORBILIDAD

La heterogeneidad del TDAH hace difícil clasificarlo en forma absoluta en un espectro definido. De hecho, tiene una alta comorbilidad con numerosos trastornos en la infancia. Se han propuesto tres subtipos, basados en estudios genéticos de familia, que incluyen al TDAH con trastorno de conducta; TDAH más depresión mayor; y TDAH con trastorno de ansiedad. Estos subtipos tienen diferentes historias naturales, y diferentes respuestas al tratamiento.³⁶

El TDAH es un trastorno común que afecta a muchos pacientes y a sus familias. El impacto en la sociedad es enorme en términos de costos, tensión familiar, problemas escolares, y en el potencial para desarrollar criminalidad y abuso de sustancias. En años recientes, se ha incrementado el interés por los síntomas del

Con la nueva clasificación de subtipos del DSM-IV, se ha incrementado la prevalencia del TDAH de 9.6% (DSM-III), al 17.8%, ya que se han diagnosticado nuevos casos de TDAH con predominio de inatención. La prevalencia según la clasificación del DSM-IV para los subtipos del TDAH son, para el de predominio de inatención del 9%, comparado con el de predominio de hiperactividad-impulsividad del 3.9%, y del tipo combinado del 4.8%. Notablemente, la prevalencia del TDAH según el DSM-IV (17.8%), fue cercanamente a lo doble con respecto al DSM-III-R (10.9%).³⁴

Aunque el TDAH está entre los trastornos psiquiátricos de la infancia mejor estudiados, la mayoría de la literatura se encuentra basada casi enteramente en estudios en preadolescentes de 6 a 12 años. Los estudios han documentado que los niños con TDAH continúan teniendo déficit conductual, emocional, académico y social durante la adolescencia. Se ha propuesto que cuando se diagnostica en la infancia el TDAH, podría ser más severo que cuando el diagnóstico se realiza hasta la adolescencia.³⁵

COMORBILIDAD

La heterogeneidad del TDAH hace difícil clasificarlo en forma absoluta en un espectro definido. De hecho, tiene una alta comorbilidad con numerosos trastornos en la infancia. Se han propuesto tres subtipos, basados en estudios genéticos de familia, que incluyen al TDAH con trastorno de conducta; TDAH más depresión mayor; y TDAH con trastorno de ansiedad. Estos subtipos tienen diferentes historias naturales, y diferentes respuestas al tratamiento.³⁶

El TDAH es un trastorno común que afecta a muchos pacientes y a sus familias. El impacto en la sociedad es enorme en términos de costos, tensión familiar, problemas escolares, y en el potencial para desarrollar criminalidad y abuso de sustancias. En años recientes, se ha incrementado el interés por los síntomas del

TDAH, especialmente los altos niveles de comorbilidad, mostrado en las diferentes muestras epidemiológicas de pacientes con TDAH. Estos estudios muestran la comorbilidad psiquiátrica del TDAH con los trastornos antisociales, ansiedad y depresión. Considerando que tanto la ansiedad como la depresión, pueden ser acompañados por déficit cognitivos, se hace indispensable la evaluación del TDAH desde el punto de vista neuropsicológico.

El TDA puede tener comorbilidad con trastornos de ansiedad, de conducta, afectivos, problemas de aprendizaje, o continuarse como un TDA en el adulto. Con el trastorno de conducta Opositorista-Desafiante, tiene una comorbilidad del 35%. Con trastornos de conducta, el 50%, con alteraciones del estado de ánimo de 15 al 75%; con trastorno de ansiedad 25%, y con problemas de aprendizaje del 10 al 92%.⁷ En un estudio de seguimiento se encontró que la mitad de los niños en edad preescolar con diagnóstico de hiperactividad, tuvieron un diagnóstico claro de TDA a la edad de 9 años. En los pacientes con TDAH con predominio de inatención, se encontró mayor comorbilidad con trastorno de ansiedad generalizada^{37, 38}

Muchos estudios muestran que el TDAH y el riesgo de desarrollar comorbilidad, están asociadas con dificultades en las funciones de adaptación. Por ejemplo, los pacientes que muestran TDAH tienen mayores problemas en relacionarse con sus iguales, padres y hermanos, de ahí que muestren dificultades en las áreas de trastornos de conducta, distimia y depresión mayor. Faraone, ha encontrado frecuencia alta de enfermedad bipolar en pacientes con TDAH; se han reportado que del 57% al 98% de niños y adolescentes con trastorno bipolar tienen rasgos de TDAH.³⁹

Tanto los trastornos del estado de ánimo como el TDAH en los adolescentes pueden estar asociados con problemas cognitivos, pero pocos estudios han examinado las diferencias entre el TDAH de los adolescentes, con o sin comorbilidad con trastornos del estado de ánimo. Existe la posibilidad que los

adolescentes con TDAH, tengan una autopercepción poco realista, y de ahí que puedan exagerar los síntomas afectivos, y se encuentre mayor proporción de trastornos del estado de ánimo.⁴⁰

La comorbilidad reportada en la literatura internacional tiene mucho en común, y solo difiere del tipo de muestra clínica, la epidemiología, o si la muestra es pediátrica o psiquiátrica. Los trastorno de conducta, y oposicionista desafiante, tienen los más altos porcentajes dentro de los padecimientos psiquiátricos, y los trastornos del aprendizaje, en los de población pediátrica. Son frecuentes también los trastornos de comunicación y del lenguaje, del aprendizaje, y el síndrome de la Tourette o tics crónicos.⁴¹

CLINIMETRÍA

En la evaluación del TDAH se han empleado *escalas de calificación* de conductas (*rating scales*), en la que se pide a los informantes (maestros, padres) que marquen ciertas conductas del niño observadas. Las escalas de calificación de conductas son estrategias de evaluación indirecta. Se contestan en muy poco tiempo y de forma sencilla, pudiéndose obtener datos de muy diversas situaciones en las que el niño se manifiesta de modo más espontáneo y habitual.

Los métodos de análisis de datos, como el análisis factorial, han permitido identificar conductas intercorrelacionadas que se pueden interpretar formando una dimensión conductual de interés clínico. La medición de la hiperactividad a través de escalas de calificación de conductas ha sido ampliamente utilizada en investigaciones y en situaciones de aplicación clínica. Las calificaciones de los maestros han sido las más utilizadas, seguidas de las escalas de padres; y también se puede recabar el informe a los compañeros y al propio sujeto (autoaplicables).

adolescentes con TDAH, tengan una autopercepción poco realista, y de ahí que puedan exagerar los síntomas afectivos, y se encuentre mayor proporción de trastornos del estado de ánimo.⁴⁰

La comorbilidad reportada en la literatura internacional tiene mucho en común, y solo difiere del tipo de muestra clínica, la epidemiología, o si la muestra es pediátrica o psiquiátrica. Los trastorno de conducta, y oposicionista desafiante, tienen los más altos porcentajes dentro de los padecimientos psiquiátricos, y los trastornos del aprendizaje, en los de población pediátrica. Son frecuentes también los trastornos de comunicación y del lenguaje, del aprendizaje, y el síndrome de la Tourette o tics crónicos.⁴¹

CLINIMETRÍA

En la evaluación del TDAH se han empleado *escalas de calificación* de conductas (*rating scales*), en la que se pide a los informantes (maestros, padres) que marquen ciertas conductas del niño observadas. Las escalas de calificación de conductas son estrategias de evaluación indirecta. Se contestan en muy poco tiempo y de forma sencilla, pudiéndose obtener datos de muy diversas situaciones en las que el niño se manifiesta de modo más espontáneo y habitual.

Los métodos de análisis de datos, como el análisis factorial, han permitido identificar conductas intercorrelacionadas que se pueden interpretar formando una dimensión conductual de interés clínico. La medición de la hiperactividad a través de escalas de calificación de conductas ha sido ampliamente utilizada en investigaciones y en situaciones de aplicación clínica. Las calificaciones de los maestros han sido las más utilizadas, seguidas de las escalas de padres; y también se puede recabar el informe a los compañeros y al propio sujeto (autoaplicables).

Entre las medidas de atención se hallan las citadas *escalas de calificación* de conductas, las pruebas psicométricas, las medidas de *laboratorio*, así como los sistemas de *observación* directa. La preocupación por evaluar los problemas de atención es relativamente reciente, sin olvidar que la propia dificultad de definirla y los complejos sistemas cerebrales que la sustentan, hacen de su evaluación una tarea excesivamente complicada. Se puede decir que la atención no puede evaluarse con un único test. Inclusive, el verdadero problema, es que no hay test de atención.

Las limitaciones de las escalas pueden provenir de la ambigüedad de los reactivos, de los propios datos normativos y de su elaboración de la subjetividad del calificador. A pesar de tales limitaciones inherentes a las escalas, es indudable su utilidad, tanto en el ámbito clínico, como en el de la investigación.

Las *escalas de calificación* se derivan de la entrevista no estructurada. Representan una evolución de la entrevista en la dirección de una creciente estructura. Esta estructura adicional tiene varias ventajas, ya que las escalas de calificación hacen que la recolección de datos sea más sistemática y objetiva.

Las desventajas de las escalas de calificación sobre la entrevista se dan por la disminución en la flexibilidad, y posiblemente, por la menor extensión y profundidad en cada síntoma en particular. Se necesitan muchas fuentes de datos para una evaluación comprensiva del funcionamiento de un sujeto, así como escalas de calificación y entrevistas, además de observación directa y otras pruebas.

Las escalas de Conners son un conjunto de instrumentos para la determinación de psicopatología en niños y adolescentes que se empiezan a usar desde por lo menos 1960. Se cuenta con versiones para padres, maestros y autoaplicables en el caso de los adolescentes. Conners 1998, realizó una reestandarización de su propia escala. Para ello se utilizaron los datos obtenidos en 200 sitios de los

Estados Unidos y Canadá (en total cerca de 11 000 escalas, en aproximadamente 5 000 niños), seleccionados de áreas rurales, urbanas, de todos los estados y provincias, con una adecuada representación de clases sociales, etnias, edad y sexo. Así mismo se realizó la reestandarización del instrumento autoaplicable para adolescentes, mismo que se aplicó a 3486 adolescentes entre los 12 y 17 años de edad.^{42, 43}

La validez de un instrumento se basa en el peso de la evidencia acumulada a partir de un número de estudios de ésta empleando diferentes metodologías. La aplicación del instrumento a distintos grupos debe producir resultados similares o debe explicar las diferencias. Por su utilización en cientos de estudios clínicos y experimentales, la validez de las escalas de Conners ha sido establecida con diferentes metodologías. La escala de adolescentes cuenta con ocho subescalas a su vez: a) problemas de conducta; b) ansiedad-timidez; c) inquietud-desorganización; d) problemas de aprendizaje; e) síntomas psicósomáticos; f) obsesivo-compulsivo; g) antisocial y h) hiperactividad-inmadurez.^{44, 45, 46}

LA FAMILIA.

Por otra parte el papel de la familia de un individuo ha sido objeto de estudio por diversas disciplinas. En la psicología se hace notar su papel como agente socializador y la manera en que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento.

La familia es importante para la mayoría de los adolescentes, ya que su ajuste social y emocional es mejor cuándo éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía con los padres, sean influenciados por su

Estados Unidos y Canadá (en total cerca de 11 000 escalas, en aproximadamente 5 000 niños), seleccionados de áreas rurales, urbanas, de todos los estados y provincias, con una adecuada representación de clases sociales, etnias, edad y sexo. Así mismo se realizó la reestandarización del instrumento autoaplicable para adolescentes, mismo que se aplicó a 3486 adolescentes entre los 12 y 17 años de edad.^{42, 43}

La validez de un instrumento se basa en el peso de la evidencia acumulada a partir de un número de estudios de ésta empleando diferentes metodologías. La aplicación del instrumento a distintos grupos debe producir resultados similares o debe explicar las diferencias. Por su utilización en cientos de estudios clínicos y experimentales, la validez de las escalas de Conners ha sido establecida con diferentes metodologías. La escala de adolescentes cuenta con ocho subescalas a su vez: a) problemas de conducta; b) ansiedad-timidez; c) inquietud-desorganización; d) problemas de aprendizaje; e) síntomas psicósomáticos; f) obsesivo-compulsivo; g) antisocial y h) hiperactividad-inmadurez.^{44, 45, 46}

LA FAMILIA.

Por otra parte el papel de la familia de un individuo ha sido objeto de estudio por diversas disciplinas. En la psicología se hace notar su papel como agente socializador y la manera en que incide en el desarrollo sano y maduro del individuo, o bien, inhibe o desvía su crecimiento.

La familia es importante para la mayoría de los adolescentes, ya que su ajuste social y emocional es mejor cuándo éstas son cohesivas, expresivas y organizadas, y fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, tienden a desajustarse cuando perciben que en su familia hay muchos conflictos y demasiado control. De la misma manera, es menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía con los padres, sean influenciados por su

grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta. En México se han observado empíricamente pruebas de impacto de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo.⁴⁷

Resaltar la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que midan los diferentes aspectos de la vida familiar, ya que si bien hay numerosos instrumentos, la mayoría de éstos han sido desarrollados en y para otras culturas.

En México se aplicó la encuesta de *relación padres-hijos*, para corroborar su validez y confiabilidad de esta escala en la evaluación del ambiente familiar, con indicadores específicos de las áreas de comunicación, apoyo y hostilidad en los adolescentes. Con esta escala se puede evaluar el ambiente familiar y su relación con conductas problemáticas, como el uso de drogas, el abuso de alcohol, la delincuencia y el intento suicida. La escala es autoaplicable al adolescente. Sus resultados son válidos y confiables. Así mismo, los contenidos específicos de los reactivos de cada área son bastante homogéneos por lo que toca a los constructos a evaluar.⁴⁸

ASPECTOS PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO

Hay evidencias de la participación de los factores psicosociales en el TDAH. En los sujetos con TDAH con predominio de hiperactividad, se han observado padres ansiosos, matrimonios conflictivos, o psicopatología en los progenitores.

La gran mayoría de los adolescentes referidos con TDAH tienen dificultades con el aprovechamiento escolar, y un bajo rendimiento académico. El trastorno puede entorpecer la adquisición de habilidades académicas y los conocimientos que deberían tener antes de la educación secundaria, tales como manejo de las aritméticas, ortografía, internalización del lenguaje, lectura de comprensión, narraciones orales, y reportes por escrito.

grupo de amistades y se involucren en problemas de conducta. En México se han observado empíricamente pruebas de impacto de la familia en el desarrollo psicosocial del individuo.⁴⁷

Resaltar la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables que midan los diferentes aspectos de la vida familiar, ya que si bien hay numerosos instrumentos, la mayoría de éstos han sido desarrollados en y para otras culturas.

En México se aplicó la encuesta de *relación padres-hijos*, para corroborar su validez y confiabilidad de esta escala en la evaluación del ambiente familiar, con indicadores específicos de las áreas de comunicación, apoyo y hostilidad en los adolescentes. Con esta escala se puede evaluar el ambiente familiar y su relación con conductas problemáticas, como el uso de drogas, el abuso de alcohol, la delincuencia y el intento suicida. La escala es autoaplicable al adolescente. Sus resultados son válidos y confiables. Así mismo, los contenidos específicos de los reactivos de cada área son bastante homogéneos por lo que toca a los constructos a evaluar.⁴⁸

ASPECTOS PSICOSOCIALES Y FACTORES DE RIESGO

Hay evidencias de la participación de los factores psicosociales en el TDAH. En los sujetos con TDAH con predominio de hiperactividad, se han observado padres ansiosos, matrimonios conflictivos, o psicopatología en los progenitores.

La gran mayoría de los adolescentes referidos con TDAH tienen dificultades con el aprovechamiento escolar, y un bajo rendimiento académico. El trastorno puede entorpecer la adquisición de habilidades académicas y los conocimientos que deberían tener antes de la educación secundaria, tales como manejo de las aritméticas, ortografía, internalización del lenguaje, lectura de comprensión, narraciones orales, y reportes por escrito.

Entre el 19% y el 26% de los sujetos con TDAH tienen por lo menos un tipo de incapacidad en el aprendizaje, conservando definitivamente un significativo retraso en lectura, aritmética, o en ortografía. Una alta prevalencia en trastornos del lenguaje están documentados en estudios en sujetos con TDAH, oscilando los porcentajes de dichos estudios entre el 30% al 64% de la muestra total. Por otra parte los sujetos con problemas de trastornos del lenguaje tienen una alta prevalencia de TDAH, aproximadamente entre el 30% al 58%, junto con otros trastornos psiquiátricos. De los sujetos que presentan TDAH al menos el 40% tienen que recibir alguna forma de educación especial; entre el 25% al 35% o más, por lo menos repiten un grado escolar; entre el 10% al 25% tienen que ser expulsados, y 35% nunca completan la educación Preparatoria.⁴⁹

Es una constante en la literatura internacional, que los factores familiares contribuyen a la severidad del TDAH, así como a su pronóstico. Se ha observado que tanto las dificultades económicas, el divorcio de los padres, padres solteros, rompimiento de la familia, que los padres trabajen de tiempo completo, que los padres y maestros carezcan de tiempo para tratar los asuntos del adolescente, pueden ser grandes potenciales de riesgo para que se desarrolle un TDAH.⁵⁰

Como factores sociales adversos, están los indicadores de adversidad de Rutter, que consisten en seis factores ambientales: discordia marital severa, bajo nivel socioeconómico, familia numerosa (3 ó más hermanos), criminalidad paterna, trastorno mental en la madre y ser cuidados por una persona diferente a los padres. Los factores biológicos adversos son: historia familiar de TDAH y de otros trastornos psiquiátricos, e historia personal con daño cerebral a consecuencia de sufrir alguna patología importante en el período perinatal.⁵¹

Otros autores coinciden con los factores de riesgo ya mencionados, pero además mencionan que existen otros factores para desarrollar trastornos de conducta: a) en el adolescente, el temperamento, déficit neuropsicológicos, deficiencias académicas, signos de comportamiento antisocial; b) en los padres, conducta

antisocial y criminal, alcoholismo, castigos exagerados, inconsistencia en los castigos, escasa supervisión, pobre comunicación, mínimas manifestaciones de afecto; y c) de la familia, problemas maritales, familia numerosa, lugar que ocupa entre los hermanos, hermanos mayores con conductas antisociales y pocas actividades familiares. Estos son solo de los factores más estudiados. Otros autores mencionan además tener familiares con retraso mental, complicaciones en el período perinatal como bajo peso al nacimiento, el que los padres se casen a corta edad, carecer de interés por parte de los padres en la educación de sus hijos, exposición a programas televisivos violentos o agresivos, estos también se consideran factores de riesgo para desarrollar un trastorno de conducta.

No todos los factores de riesgo individuales pueden conducir a un trastorno de conducta. Por lo que existen factores protectores como ser el hijo primogénito, no hallar psicopatología en los progenitores, y tener un trato equitativo dentro de la familia, ayuda para no desarrollar conductas antisociales.^{52, 53}

En un estudio de Weinstein et al. 1998, realizado en madres portadoras de TDAH, se observó que estas mujeres tenían rasgos patológicos de personalidad, incluyendo mayor incremento en la incidencia de miembros de la familia con trastornos psiquiátricos, y más dificultades en la vida diaria, y mayor incidencia de hijos con TDAH también.⁵⁴

La relación entre criminalidad en la vida adulta e hiperactividad en los adolescentes ha sido estudiada utilizando la población en general y en muestras de niños hiperactivos, haciendo un seguimiento longitudinal. Solo existen dos estudios de seguimiento, longitudinales y controlados de niños clínicamente diagnosticados como hiperactivos y que fueron evaluados durante la adolescencia y posteriormente en la edad adulta. Un estudio fue realizado en Montreal (Weiss and Hechtman, 1986) y el otro en Nueva York (Klein and Mannuzza, 1991). Mannuzza y colaboradores, tuvieron una muestra de 103 hombres hiperactivos, entre los 16 a 23 años, y 100 sujetos control de la misma edad, y los siguieron. En

forma significativa, los sujetos hiperactivos fueron más veces arrestados, que los sujetos control por cualquier problema (39% contra 20%), convictos por cualquier falta (28% contra 11%), arrestados por pandillerismo (25% contra 7%), y encarcelados (9% contra 1%). Weiss y colaboradores, reportaron en un estudio de 15 años de seguimiento, a 63 sujetos hiperactivos y 41 controles, que fueron evaluados primeramente a los 19 años de edad. En este estudio, los sujetos tenían un promedio de edad de 25 años. Con resultados similares al estudio de Mannuzza y col. encontraron que el 18% de los sujetos hiperactivos tuvieron problemas legales, en comparación a tan solo el 5% de los sujetos control.⁵⁵

Teniendo en cuenta la población, su morbilidad, y la frecuencia con la que utiliza los servicios de salud, el TDAH es un problema de salud pública importante. La evaluación de la correlación entre los factores psicosociales con las características clínicas del TDAH, puede que ayuden para identificar subgrupos, para llevar una política de salud mental más racional, con el objetivo de diseñar estrategias preventivas y efectivas intervenciones de tratamiento. En el estudio de Scahill et al., 1999, se habla de formas subclínicas del TDAH, las cuales pueden estar asociadas con problemas psicosociales y comorbilidad psiquiátrica. Tomando como muestra a jóvenes entre los 6 y 12 años, estos sujetos, quienes tienen síntomas antes de los 7 años, al menos por debajo del diagnóstico umbral, puede considerarse de alto riesgo para desarrollar TDAH.⁵⁶

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES CEREBRALES.

El déficit de atención y la actividad motora anormal pueden tener una relación específica con las regiones cerebrales, y constituyen la base de la hipótesis que guía el estudio de imágenes cerebrales en el TDAH. Los síntomas del TDAH han sido comparados en las lesiones frontales sufridas tanto en seres humanos como en animales.

forma significativa, los sujetos hiperactivos fueron más veces arrestados, que los sujetos control por cualquier problema (39% contra 20%), convictos por cualquier falta (28% contra 11%), arrestados por pandillerismo (25% contra 7%), y encarcelados (9% contra 1%). Weiss y colaboradores, reportaron en un estudio de 15 años de seguimiento, a 63 sujetos hiperactivos y 41 controles, que fueron evaluados primeramente a los 19 años de edad. En este estudio, los sujetos tenían un promedio de edad de 25 años. Con resultados similares al estudio de Mannuzza y col. encontraron que el 18% de los sujetos hiperactivos tuvieron problemas legales, en comparación a tan solo el 5% de los sujetos control.⁵⁵

Teniendo en cuenta la población, su morbilidad, y la frecuencia con la que utiliza los servicios de salud, el TDAH es un problema de salud pública importante. La evaluación de la correlación entre los factores psicosociales con las características clínicas del TDAH, puede que ayuden para identificar subgrupos, para llevar una política de salud mental más racional, con el objetivo de diseñar estrategias preventivas y efectivas intervenciones de tratamiento. En el estudio de Scahill et al., 1999, se habla de formas subclínicas del TDAH, las cuales pueden estar asociadas con problemas psicosociales y comorbilidad psiquiátrica. Tomando como muestra a jóvenes entre los 6 y 12 años, estos sujetos, quienes tienen síntomas antes de los 7 años, al menos por debajo del diagnóstico umbral, puede considerarse de alto riesgo para desarrollar TDAH.⁵⁶

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES CEREBRALES.

El déficit de atención y la actividad motora anormal pueden tener una relación específica con las regiones cerebrales, y constituyen la base de la hipótesis que guía el estudio de imágenes cerebrales en el TDAH. Los síntomas del TDAH han sido comparados en las lesiones frontales sufridas tanto en seres humanos como en animales.

En los sujetos con TDAH, los datos obtenidos de las regiones implicadas en la atención, activación motora y en la excitación incluyen los lóbulos frontales en su región dorsolateral y medial, incluyendo el giro del cíngulo, lóbulo parietal, estriado, y regiones de la formación reticular, incluyendo tálamo y mesencéfalo. Hay reportes, donde las lesiones del hemisferio cerebral derecho, están asociadas con más problemas de atención que las lesiones del lado izquierdo. Los estudios de imágenes cerebrales nos dan dos tipos de información, estructural y funcional dependiendo de la técnica.⁵⁷

Es importante hacer una aclaración, en lo publicado en la literatura internacional, se encuentran bastantes estudios en adolescentes con TDAH puro, sin embargo, también hay múltiples estudios sobre TDAH con comorbilidad, así como en sujetos que ya han sido manejados con fármacos como el metilfenidato. Por lo que el tipo de alteraciones neuroanatómicas y de funcionamiento son distintas en estos adolescentes. Para los fines de este trabajo, solo nos referimos a los hallazgos en adolescentes con TDAH puro, y a los hallazgos más consistentes.

Se realizó un estudio por medio de SPECT (Topografía por emisión de positrón único) midiendo flujo sanguíneo y metabolismo. Se encontró que los pacientes con TDA presentaban una asimetría importante en las regiones temporales y frontales. También se encontró disminución en la actividad del lado izquierdo en los pacientes con TDA. La diferencia de edad puede afectar los resultados del SPECT, ya que el flujo sanguíneo y los cambios en el metabolismo, pueden ser diferentes dependiendo del desarrollo y madurez del cerebro.

En los estudios con SPECT se ha observado hipoperfusión de los lóbulos frontales, y de la región del núcleo caudado. Así mismo, por medio del PET (Tomografía por emisión de positrones), se ha observado en mujeres adolescentes con TDA, metabolismo reducido de glucosa, en comparación con un grupo control de mujeres y hombres, y comparados con hombres con TDA.⁵⁸ En

otros estudios también se ha observado en forma consistente la hiperperfusión en los lóbulos occipitales.

Los primeros estudios de Resonancia Magnética (RM) funcional en adolescentes, reportaron que los adolescentes con TDAH cursan con una activación anormal en áreas parietales y frontales. Sin embargo, estos estudios no se consideran concluyentes. Los estudios realizados con Tomografía por Emisión de Positrones (PET), reporta disminución del metabolismo cerebral de los ganglios basales. Estudios realizados por Russel y Barkley, 1997, postulan que el retraso en el tiempo de respuesta se debe a un hipofuncionamiento de la corteza orbitofrontal y consecuentemente de las conexiones del sistema límbico. El resultado es una hiperrespuesta a un estímulo lo que provoca hiperactividad y secundariamente inatención.⁵⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Los principales diagnósticos diferenciales son los mismos padecimientos, con los que tiene comorbilidad el TDAH.

Es necesario valorar la ansiedad, ya que esta puede ser un elemento secundario en el TDAH, o puede manifestarse en sí misma como hiperactividad y facilidad para distraerse.

Muchos adolescentes con TDAH tienen depresión como una reacción a la continua frustración por el fracaso en el aprendizaje y la consecuente baja autoestima. Esta depresión debe a sí mismo diferenciarse de un trastorno distímico, que suele identificarse por hipoactividad y anhedonia.

En ocasiones en el mismo sujeto podemos encontrar un trastorno de conducta propiamente, y TDAH.

otros estudios también se ha observado en forma consistente la hiperperfusión en los lóbulos occipitales.

Los primeros estudios de Resonancia Magnética (RM) funcional en adolescentes, reportaron que los adolescentes con TDAH cursan con una activación anormal en áreas parietales y frontales. Sin embargo, estos estudios no se consideran concluyentes. Los estudios realizados con Tomografía por Emisión de Positrones (PET), reporta disminución del metabolismo cerebral de los ganglios basales. Estudios realizados por Russel y Barkley, 1997, postulan que el retraso en el tiempo de respuesta se debe a un hipofuncionamiento de la corteza orbitofrontal y consecuentemente de las conexiones del sistema límbico. El resultado es una hiperrespuesta a un estímulo lo que provoca hiperactividad y secundariamente inatención.⁵⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Los principales diagnósticos diferenciales son los mismos padecimientos, con los que tiene comorbilidad el TDAH.

Es necesario valorar la ansiedad, ya que esta puede ser un elemento secundario en el TDAH, o puede manifestarse en sí misma como hiperactividad y facilidad para distraerse.

Muchos adolescentes con TDAH tienen depresión como una reacción a la continua frustración por el fracaso en el aprendizaje y la consecuente baja autoestima. Esta depresión debe a sí mismo diferenciarse de un trastorno distímico, que suele identificarse por hipoactividad y anhedonia.

En ocasiones en el mismo sujeto podemos encontrar un trastorno de conducta propiamente, y TDAH.

Los trastornos específicos en el aprendizaje también deben tomarse en cuenta como un diagnóstico diferencial, ya que un adolescente puede tener problemas en matemáticas o lectura como un trastorno de aprendizaje, y no como un problema de atención. Pero es innegable que el TDAH coexiste con uno o más trastornos de aprendizaje, como el trastorno de lectura, de matemáticas o de la expresión escrita.⁶⁰

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1. Determinar la prevalencia de TDA en adolescentes de educación secundaria.
2. Establecer el hallazgo de psicopatología con la relación de los adolescentes con sus padres.
3. Describir la relación de los adolescentes encuestados con sus padres

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron a adolescentes, hombres y mujeres, de cuatro escuelas secundarias mixtas, de la zona metropolitana de la Ciudad de México, elegidos por tener diferentes niveles socioeconómicos y académicos. Fueron considerados todos aquellos entre 12 y 18 años, y que aceptaran participar. En todas y cada una de ellas, los coordinadores solicitaron la autorización de los padres para aplicar los cuestionarios, y en una de ellas, además, se realizó por escrito. Solo se anularon las encuestas con menos de 80% de respuesta en los reactivos, o que no se recuperaron las escalas calificadas por los padres.

La evaluación, por cuestiones de tiempo y asistencia de los alumnos, se tuvo que realizar en varios días consecutivos, con el fin de captar la mayoría de los mismos.

Los trastornos específicos en el aprendizaje también deben tomarse en cuenta como un diagnóstico diferencial, ya que un adolescente puede tener problemas en matemáticas o lectura como un trastorno de aprendizaje, y no como un problema de atención. Pero es innegable que el TDAH coexiste con uno o más trastornos de aprendizaje, como el trastorno de lectura, de matemáticas o de la expresión escrita.⁶⁰

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1. Determinar la prevalencia de TDA en adolescentes de educación secundaria.
2. Establecer el hallazgo de psicopatología con la relación de los adolescentes con sus padres.
3. Describir la relación de los adolescentes encuestados con sus padres

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron a adolescentes, hombres y mujeres, de cuatro escuelas secundarias mixtas, de la zona metropolitana de la Ciudad de México, elegidos por tener diferentes niveles socioeconómicos y académicos. Fueron considerados todos aquellos entre 12 y 18 años, y que aceptaran participar. En todas y cada una de ellas, los coordinadores solicitaron la autorización de los padres para aplicar los cuestionarios, y en una de ellas, además, se realizó por escrito. Solo se anularon las encuestas con menos de 80% de respuesta en los reactivos, o que no se recuperaron las escalas calificadas por los padres.

La evaluación, por cuestiones de tiempo y asistencia de los alumnos, se tuvo que realizar en varios días consecutivos, con el fin de captar la mayoría de los mismos.

Los trastornos específicos en el aprendizaje también deben tomarse en cuenta como un diagnóstico diferencial, ya que un adolescente puede tener problemas en matemáticas o lectura como un trastorno de aprendizaje, y no como un problema de atención. Pero es innegable que el TDAH coexiste con uno o más trastornos de aprendizaje, como el trastorno de lectura, de matemáticas o de la expresión escrita.⁶⁰

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

1. Determinar la prevalencia de TDA en adolescentes de educación secundaria.
2. Establecer el hallazgo de psicopatología con la relación de los adolescentes con sus padres.
3. Describir la relación de los adolescentes encuestados con sus padres

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron a adolescentes, hombres y mujeres, de cuatro escuelas secundarias mixtas, de la zona metropolitana de la Ciudad de México, elegidos por tener diferentes niveles socioeconómicos y académicos. Fueron considerados todos aquellos entre 12 y 18 años, y que aceptaran participar. En todas y cada una de ellas, los coordinadores solicitaron la autorización de los padres para aplicar los cuestionarios, y en una de ellas, además, se realizó por escrito. Solo se anularon las encuestas con menos de 80% de respuesta en los reactivos, o que no se recuperaron las escalas calificadas por los padres.

La evaluación, por cuestiones de tiempo y asistencia de los alumnos, se tuvo que realizar en varios días consecutivos, con el fin de captar la mayoría de los mismos.

Cuestionario de Conners para padres en español, versión larga.

Este cuestionario está compuesto de 80 reactivos, que se relacionan con los síntomas más comunes de la psicopatología del adolescente.

Los 80 reactivos se califican en una escala de cuatro categorías: nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre; esta escala es similar a la traducción de la escala de Conners realizada por Villegas O.⁶¹

Esta escala consta de catorce subescalas:

AA. Oposicionista.	HH. Índice de Conners TDAH.
BB. Problema cognitivo distracción.	II. Índice Global Conners (IGC) Inquieto impulsivo.
CC. Hiperactividad.	JJ. IGC Inestabilidad emocional.
DD. Ansiosa tímida.	KK. IGC Total.
EE. Perfeccionista.	LL. DSM IV Desatento.
FF. Problemas sociales.	MM. DSM IV Hiperactividad impulsivo.
GG. Psicósomática.	NN. DSM IV Total.

Escala del Reporte Personal de Conners-Wellis en español versión larga.

Así mismo se aplicó la escala de Conners autoaplicada para el adolescente. Esta escala consta de 87 reactivos, buscando también los síntomas más comunes de la psicopatología del adolescente. Los reactivos se califican igual que la escala de padres. Esta escala contiene diez subescalas.

A. Problemas familiares.	F. Hiperactividad
B. Problemas emocionales.	G. Índice de TDAH.
C. Problemas de Conducta.	H. Síntomas DSM IV desatención.
D. Problema cognitivo distracción.	IMP. Síntomas DSMIV Hiperactividad / impulsividad.
E. Problema controlar enojo.	J. Índice Total DSM IV

Escala de Relación padres – hijos.

Por la importancia de la dinámica familiar con el riesgo de desarrollar TDAH, se aplicó la escala de Relación padres – hijos, diseñada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por Villatorio Velázquez J y col., evalúa el ambiente familiar de los adolescentes.

Esta escala consta de 43 reactivos, con cuatro opciones de respuesta: casi nunca, a veces, con frecuencia y con mucha frecuencia, y evalúa las áreas de comunicación, apoyo y cohesión. Así mismo, se realizaron reactivos en ambos sentidos, de manera que la escala estuvo formada en total por 78 reactivos, 39 positivos y 39 negativos.⁶² La escala se divide en nueve factores diferentes:

Hostilidad y rechazo.	Comunicación de los padres.
Comunicación del hijo.	Apoyo de la madre.
Apoyo de los padres.	Apoyo del padre.
Apoyo significativo del hijo.	Impulsividad (del hijo).
Apoyo cotidiano del hijo.	

PROCEDIMIENTO

Previas entrevistas con los distintos coordinadores de las escuelas secundarias, se les explicó la finalidad del estudio, mismos que dieron la autorización para la aplicación de los cuestionarios. Estas eran, tres escuelas secundarias privadas y una pública. Los cuestionarios se aplicaron en las aulas de clases, dando previamente las instrucciones necesarias. Los cuestionarios, cuatro en total, se entregaron en un sobre, y aparte en otro sobre la escala de Conners de Padres que fue contestada en el domicilio de los alumnos. En dos de ellas (n = 338), los cuestionarios fueron aplicados por dos examinadores. Y en las otras dos escuelas (n = 227), por los mismos maestros que recibieron instrucciones de los

Escala de Relación padres – hijos.

Por la importancia de la dinámica familiar con el riesgo de desarrollar TDAH, se aplicó la escala de Relación padres – hijos, diseñada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría por Villatorio Velázquez J y col., evalúa el ambiente familiar de los adolescentes.

Esta escala consta de 43 reactivos, con cuatro opciones de respuesta: casi nunca, a veces, con frecuencia y con mucha frecuencia, y evalúa las áreas de comunicación, apoyo y cohesión. Así mismo, se realizaron reactivos en ambos sentidos, de manera que la escala estuvo formada en total por 78 reactivos, 39 positivos y 39 negativos.⁶² La escala se divide en nueve factores diferentes:

Hostilidad y rechazo.	Comunicación de los padres.
Comunicación del hijo.	Apoyo de la madre.
Apoyo de los padres.	Apoyo del padre.
Apoyo significativo del hijo.	Impulsividad (del hijo).
Apoyo cotidiano del hijo.	

PROCEDIMIENTO

Previas entrevistas con los distintos coordinadores de las escuelas secundarias, se les explicó la finalidad del estudio, mismos que dieron la autorización para la aplicación de los cuestionarios. Estas eran, tres escuelas secundarias privadas y una pública. Los cuestionarios se aplicaron en las aulas de clases, dando previamente las instrucciones necesarias. Los cuestionarios, cuatro en total, se entregaron en un sobre, y aparte en otro sobre la escala de Connors de Padres que fue contestada en el domicilio de los alumnos. En dos de ellas (n = 338), los cuestionarios fueron aplicados por dos examinadores. Y en las otras dos escuelas (n = 227), por los mismos maestros que recibieron instrucciones de los

examinadores. En ambos casos se cuidó esmeradamente, que los alumnos no dejaran sin contestar todas las partes de los cuestionarios.

Las respuestas se capturaron en un archivo diseñado en *Fox – Base* y se analizaron con *Stata*.⁶³

Las variables de las escalas fueron analizadas según los criterios de los autores correspondientes, *Conners- Wellis* y *Villatoro*.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 565 cuestionarios, se devolvieron el mismo número, y se eliminaron 159, por no contar con el cuestionario de *Conners* para padres. El porcentaje de cuestionarios analizados en el estudio fue de 71.8%, en relación a los entregados.

Los adolescentes encuestados provenían de las siguientes escuelas secundarias clasificadas por su nivel académico y socioeconómico: escuela A, nivel socioeconómico medio, académico alto $n = 234$ (1ero, 2do y 3er años); escuela B, nivel socioeconómico medio, académico medio $n = 104$ (1ero, 2do y 3er años); escuela C, nivel socioeconómico medio, académico medio $n = 84$ (1ero, 2do y 3er años); y escuela D, nivel socioeconómico bajo y académico bajo $n = 143$ (1ero y 2do años).

De los cuestionarios recuperados, 281 (69.2%) fueron de hombres, y 125 (30.7%) de mujeres. La edad promedio fue de 13.8 años (desviación estándar 1.4).

En el estudio se incluyen 406 cuestionarios recuperados. Las n de algunas de las subescalas difieren, porque únicamente se analizaron los cuestionarios que fueron llenados en el 100% de su totalidad.

examinadores. En ambos casos se cuidó esmeradamente, que los alumnos no dejaran sin contestar todas las partes de los cuestionarios.

Las respuestas se capturaron en un archivo diseñado en *Fox – Base* y se analizaron con *Stata*.⁶³

Las variables de las escalas fueron analizadas según los criterios de los autores correspondientes, *Conners- Wells* y *Villatoro*.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 565 cuestionarios, se devolvieron el mismo número, y se eliminaron 159, por no contar con el cuestionario de *Conners* para padres. El porcentaje de cuestionarios analizados en el estudio fue de 71.8%, en relación a los entregados.

Los adolescentes encuestados provenían de las siguientes escuelas secundarias clasificadas por su nivel académico y socioeconómico: escuela A, nivel socioeconómico medio, académico alto $n = 234$ (1ero, 2do y 3er años); escuela B, nivel socioeconómico medio, académico medio $n = 104$ (1ero, 2do y 3er años); escuela C, nivel socioeconómico medio, académico medio $n = 84$ (1ero, 2do y 3er años); y escuela D, nivel socioeconómico bajo y académico bajo $n = 143$ (1ero y 2do años).

De los cuestionarios recuperados, 281 (69.2%) fueron de hombres, y 125 (30.7%) de mujeres. La edad promedio fue de 13.8 años (desviación estándar 1.4).

En el estudio se incluyen 406 cuestionarios recuperados. Las n de algunas de las subescalas difieren, porque únicamente se analizaron los cuestionarios que fueron llenados en el 100% de su totalidad.

En las subescalas del cuestionario de Conners calificado por el adolescente, las que tuvieron calificación sobre el punto de corte establecido por Conners y Wells, fueron: problemas familiares, problemas emocionales y en el índice total de síntomas del DSM IV. (cuadro 1)

En las subescalas del cuestionario de Conners calificado por los padres, las que tuvieron calificación sobre el punto de corte establecido por Conners y Wells, fueron: problemas psicosociales, síntomas psicossomáticos, en el índice global de Conners (IGC) inquieto/impulsivo, en el IGC inestabilidad emocional, en síntomas del DSM IV de hiperactividad, impulsividad, y en el total de síntomas del DSM IV. (cuadro 2)

Considerando el índice de Conners, el 25% de la población estudiada, tiene síntomas de TDAH.

Comparando los resultados de los factores de la escala de ambiente familiar con los obtenidos en el trabajo de Villatoro⁶⁴, observamos, que solo los factores de hostilidad y rechazo 1.50, y apoyo cotidiano del hijo 4.44 fueron más elevados, que los reportados por este autor, 1.42 y 2.96 respectivamente. (cuadro 3)

Las diferencias entre adolescentes hombres y mujeres en las subescalas del cuestionario de Conners calificada por el adolescente, fueron las siguientes, se mencionan solo las que obtuvieron un valor de p significativo. Los hombres tuvieron promedios mayores en las subescalas de problemas de conducta, problemas cognitivo distracción, hiperactividad, síntomas del DSM IV desatención y en el índice total del DSM IV. Por su parte las mujeres, mostraron mayor promedio en la subescala de problemas emocionales. (cuadro 4)

Por otra parte las diferencias entre adolescentes hombres y mujeres en las subescalas del cuestionario de Conners calificada por los padres que mostraron p

con valores significativos fueron las siguientes. Los hombres tuvieron mayores promedios en problemas del nivel cognitivo distracción, hiperactividad, índice Conners de TDAH, índice global de Conners inquieto/impulsivo, en síntomas del DSM IV desatención, síntomas DSM IV hiperactivo/impulsivo y en DSM IV. Las mujeres solo tuvieron promedio alto en relación a los hombres en la subescala de índice global de Conners inestabilidad emocional. (cuadro 5)

Finalmente en la escala de ambiente familiar, los adolescentes varones, tuvieron el mayor promedio con una p significativa, sobre las mujeres en el factor de impulsividad. (cuadro 6)

Encontramos elevadas correlaciones entre los síntomas de psicopatología calificada por el adolescente y los padres, en las siguientes subescalas:

Subescalas Padres	Subescalas Adolescentes
AA. Oposicional	E. Problema para controlar enojo.
BB. Problemas nivel cognitivo distracción	D. Problemas cognitivo distracción. H. Síntomas DSM IV desatención.
HH. Índice Conners de TDAH.	C. Problemas de conducta. D. Problema cognitivo distracción. E. Problema para controlar enojo. H. Síntomas DSM IV desatención.
II. Índice Global Conners inquieto impulsivo	E. Problemas para control enojo.
JJ. Índice Global Conners inestabilidad emocional.	E. Problema para control enojo.
KK. Índice Global Conners Total.	E. Problema para control enojo.
LL. DSM IV desatención.	D. Problemas cognitivo distracción. H. Síntomas DSM IV desatención.
MM. DSM IV hiperactivo/impulsivo.	E. Problema para control enojo.
NN. DSM IV Total.	D. Problema cognitivo distracción. E. Problema para control enojo

Las subescalas de problema de control de enojo, síntomas DSM IV desatención y problema cognitivo distracción, obtuvieron un valor de correlación de 0.30 o mayor y un valor de p significativo de <0.05 . (cuadros 7 y 8)

Los coeficientes de correlación entre las subescalas del Connors y las variables de ambiente familiar que obtuvieron mayor correlación y fueron altamente significativas con valores de $p = <0.05$ son las relacionadas con: 1) hostilidad y rechazo; 2) impulsividad; 3) comunicación de los padres; 4) apoyo significativo del hijo; 5) apoyo del padre; 6) comunicación del hijo y 7) apoyo de los padres. El factor hostilidad y rechazo, presentó mayor correlación en 21 subescalas, de 34 que componen el Connors, de adolescentes y de padres, y el factor impulsividad, le siguió en 16 subescalas. (cuadros 9, 10, 11, 12)

CONCLUSIONES.

Este estudio se realizó en población abierta en escolares de ambos sexos de educación secundaria, con la finalidad principal de determinar la prevalencia de TDAH.

Encontramos un porcentaje elevado entre los adolescentes encuestados, aproximadamente del 25% con síntomas de TDAH, que podrían recibir el diagnóstico de este trastorno si se les realizaran evaluaciones más centradas en la búsqueda de dicho padecimiento.

Las implicaciones sociales de tener un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad son graves.

En estos adolescentes se observa mayor porcentaje de deserción escolar, de comportamiento antisocial que incluye uso de sustancias, pandillerismo y hasta

Las subescalas de problema de control de enojo, síntomas DSM IV desatención y problema cognitivo distracción, obtuvieron un valor de correlación de 0.30 o mayor y un valor de p significativo de <0.05 . (cuadros 7 y 8)

Los coeficientes de correlación entre las subescalas del Conners y las variables de ambiente familiar que obtuvieron mayor correlación y fueron altamente significativas con valores de $p = <0.05$ son las relacionadas con: 1) hostilidad y rechazo; 2) impulsividad; 3) comunicación de los padres; 4) apoyo significativo del hijo; 5) apoyo del padre; 6) comunicación del hijo y 7) apoyo de los padres. El factor hostilidad y rechazo, presentó mayor correlación en 21 subescalas, de 34 que componen el Conners, de adolescentes y de padres, y el factor impulsividad, le siguió en 16 subescalas. (cuadros 9, 10, 11, 12)

CONCLUSIONES.

Este estudio se realizó en población abierta en escolares de ambos sexos de educación secundaria, con la finalidad principal de determinar la prevalencia de TDAH.

Encontramos un porcentaje elevado entre los adolescentes encuestados, aproximadamente del 25% con síntomas de TDAH, que podrían recibir el diagnóstico de este trastorno si se les realizaran evaluaciones más centradas en la búsqueda de dicho padecimiento.

Las implicaciones sociales de tener un Trastorno por déficit de atención con hiperactividad son graves.

En estos adolescentes se observa mayor porcentaje de deserción escolar, de comportamiento antisocial que incluye uso de sustancias, pandillerismo y hasta

criminalidad en la edad adulta. Lo que conlleva a menor adaptación social, por parte del adolescente, debido a sus conductas poco socializadoras.

Las correlaciones entre los adolescentes y los padres, son importantes en los aspectos de disfunción familiar, principalmente en las áreas de hostilidad y rechazo, impulsividad y pobre apoyo del padre. Los factores de apoyo de la madre y apoyo cotidiano del hijo no tuvieron calificaciones altas, así se puede ver una vez más que la madre sigue siendo un factor decisivo en el desarrollo de la familia.

Es importante hacer notar, que la variable de ambiente familiar no ha sido estudiada sistemáticamente en nuestro país con relación al TDAH. Por lo que es necesario la realización de investigaciones de ésta, para el diseño y aplicación de medidas preventivas y de tratamiento oportuno.

Al observar los resultados de este trabajo, resulta necesario seguir investigando la correlación entre los trastornos del adolescente y el ambiente familiar, en relación al TDAH, como factor de riesgo para la presentación de tal entidad psiquiátrica, principalmente por las implicaciones psicosociales presentes y futuras.

ANEXOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Escala del Reporte Personal de Conners-Wells (L)

C. Keith Conners, Ph.D. y Karen Wells, Ph. D.

Traducido por Orlando L. Villegas Ph.D.

de lista o credencial: _____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___ Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Grado: _____ Fecha de Hoy: ___/___/___

Mes Día Año
Mes Día Año

Instrucciones: En las frases a continuación tacha la opción que para ti sea la más adecuada. Las opciones son: "nunca", "ocasionalmente", "frecuentemente" y "siempre". "Nunca" significa que lo que describe la frase nunca ocurre. "Siempre" significa que siempre. Las respuestas "ocasionalmente" y "frecuentemente" son para respuestas intermedias. Por favor completa todas las frases.

	nunca	ocasionalmente	Frecuentemente	siempre
1. La disciplina de mis padres es muy severa	0	1	2	3
2. Siento deseos de llorar	0	1	2	3
3. Cada vez que puedo y si me conviene yo cambio las reglas	0	1	2	3
4. Aprendo más lentamente de lo que me gustaría	0	1	2	3
5. Me aburro con facilidad	0	1	2	3
6. No me puedo quedar tranquilo(a) en mi asiento por mucho tiempo	0	1	2	3
7. Mis padres prestan atención solamente a mi mala conducta	0	1	2	3
8. Por descuido yo cometo errores o tengo problemas prestando atención a detalles	0	1	2	3
9. Los castigos en mi casa no son justos	0	1	2	3
10. Me siento desanimado(a)	0	1	2	3
11. Tengo problemas para mantener mi atención cuando juego o estoy trabajando	0	1	2	3
12. Me meto en problemas con la policía	0	1	2	3
13. Tengo problemas organizando mi trabajo escolar	0	1	2	3
14. Exploto con facilidad	0	1	2	3
15. Tengo demasiada energía como para sentarme por un tiempo prolongado	0	1	2	3
16. Mis padres nunca se dan cuenta o nunca recompensan mi buena conducta	0	1	2	3
17. Tengo problemas para escuchar lo que la gente me dice	0	1	2	3
18. Mis padres son demasiado estrictos	0	1	2	3
19. Me siento triste y decaído(a)	0	1	2	3
20. Tengo problemas para terminar mi trabajo escolar u otras tareas	0	1	2	3
21. Rompo las reglas	0	1	2	3
22. Olvido cosas que ya he aprendido	0	1	2	3
23. Tengo mal carácter	0	1	2	3
24. Soy intranquilo(a) e inquieto(a)	0	1	2	3
25. Mis padres esperan demasiado de mí	0	1	2	3
26. Tengo problemas organizando mis tareas y actividades	0	1	2	3
27. Mis padres me critican	0	1	2	3
28. Me preocupo demasiado por cosas insignificantes	0	1	2	3
29. Me gusta herir a algunas personas	0	1	2	3
30. Me cuesta mucho trabajo terminar mi tarea	0	1	2	3
31. Me descontrolo con facilidad, pierdo la paciencia	0	1	2	3
32. Me siento inquieto(a) por dentro, incluso cuando estoy sentado(a) tranquilo(a)	0	1	2	3
33. Los ruidos me hacen perder la concentración cuando estoy estudiando	0	1	2	3
34. Me disgustan el trabajo escolar y las tareas para la casa cuando hay mucho que pensar	0	1	2	3
35. Todos gritan en mi casa	0	1	2	3
36. Muchas cosas me asustan aunque no quiera admitirlo	0	1	2	3
37. Me siento impulsado(a) a hacer cosas muy malas	0	1	2	3

8. Me es difícil concentrarme en algo por varios minutos	0	1	2	3
9. Mi mal carácter me crea muchos problemas	0	1	2	3
0. Me tengo que levantar y caminar mientras hago mis tareas escolares	0	1	2	3
1. Me equivoco en mis decisiones	0	1	2	3
2. Pierdo cosas que son necesarias para mis tareas o actividades (ej: las tareas escolares, lápices, libros, o herramientas)	0	1	2	3
3. Las reglas en mi casa no son muy claras	0	1	2	3
4. En presencia de otros yo me comporto como si nada pasara, pero por dentro me siento inseguro(a)	0	1	2	3
5. Destruyo cosas que pertenecen a otros	0	1	2	3
6. Tengo problemas para mantener organizados mis pensamientos	0	1	2	3
7. Me molestan muchas cosas	0	1	2	3
8. Tengo problemas para quedarme sentado(a) durante la comida	0	1	2	3
9. Tengo problemas para jugar o entretenerme sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
0. Me distraigo cuando ocurren cosas a mi alrededor	0	1	2	3
1. En mi familia hacemos muchas cosas divertidas	0	1	2	3
2. Me asusta estar solo(a)	0	1	2	3
3. Soy olvidadizo(a) con respecto a mis actividades cotidianas	0	1	2	3
4. Me gusta hacer cosas peligrosas	0	1	2	3
5. Pierdo la secuencia de las cosas que se supone tengo que hacer	0	1	2	3
6. La gente me fastidia y me enoja	0	1	2	3
7. Soy inquieto(a) (con mis manos o pies) o estoy intranquilo(a) en mi asiento	0	1	2	3
8. Prefiero estar moviéndome en vez de quedarme en un sitio	0	1	2	3
9. Estoy atrasado(a) en mis estudios	0	1	2	3
0. Dejo mi asiento cuando no se supone que deba hacerlo	0	1	2	3
1. Tengo una relación cercana con mi familia	0	1	2	3
2. Me pongo nervioso(a)	0	1	2	3
3. Soy incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
4. Me escapo de la escuela (me salgo de la escuela sin permiso)	0	1	2	3
5. Tengo problemas para concentrarme en una cosa a la vez	0	1	2	3
6. Todavía hago "berrinches" y "pataletas"	0	1	2	3
7. Soy una persona solitaria	0	1	2	3
8. A veces siento como que estoy impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
9. Me enoja y me fastidio con facilidad	0	1	2	3
0. Estoy haciendo algo	0	1	2	3
1. Mis padres se preocupan realmente por mí	0	1	2	3
2. Tengo esperanzas en el futuro	0	1	2	3
3. Agarro cosas que no me pertenecen	0	1	2	3
4. Soy muy desorganizado(a) haciendo tareas en mi casa	0	1	2	3
5. Hablo demasiado	0	1	2	3
6. Sufro de varios males y dolencias (dolores)	0	1	2	3
7. Tomo bebidas alcohólicas	0	1	2	3
8. Leo muy lentamente y haciendo un gran esfuerzo	0	1	2	3
9. Doy respuestas a preguntas que aún no se me han terminado de hacer	0	1	2	3
0. Uso drogas	0	1	2	3
1. Tengo problemas para leer y deletrear	0	1	2	3
2. Tengo problemas esperando en la fila o esperando mi turno	0	1	2	3
3. Tengo mala letra	0	1	2	3
4. Pierdo la secuencia cuando estoy leyendo algo	0	1	2	3
5. Con facilidad me meto en problemas por dejarme llevar por otros	0	1	2	3
6. Interrumpo a otros cuando están trabajando o jugando	0	1	2	3
7. Tengo pesadillas	0	1	2	3

Escala de Connors para Padres - Revisada (L)

C. Keith Connors, Ph.D.

Traducido por Orlando L. Villegas Ph.D.

de lista o credencial del alumno(a): _____ Sexo: **Masculino** _____

niño _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____
Mes Día Año

Fecha de Hoy: ____/____/____
Mes Día Año

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen. Por cada problema úntese a sí mismo(a) "¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes?" y tache la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca", usted tachará sobre el 0. Si la respuesta es "siempre", usted tachará el 3. Si la respuesta es "ocasionalmente", usted tachará el 1 para ocasionalmente y el 2 para frecuentemente. Por favor responda a todas las situaciones de la lista.

	nunca	ocasio nalme nte	frecuente mente	siempre	
Enojado(a)resentido(a)	0	1	2	3	
Tiene dificultad para hacer o completar sus tareas escolares en casa	0	1	2	3	
Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3	
Tímido(a), se asusta con facilidad	0	1	2	3	
Todo tiene que ser como él/ella dice	0	1	2	3	
No tiene amigos(as)	0	1	2	3	
Dolores de estómago	0	1	2	3	
Pelea	0	1	2	3	
Rehusa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa)	0	1	2	3	
0. Tiene dificultades para mantenerse atento(a) en tareas o actividades recreativas	0	1	2	3	
1. Discute con adultos	0	1	2	3	
2. No termina sus tarea	0	1	2	3	
3. Difícil de controlar en las tiendas o mientras se hacen las compras del mercado	0	1	2	3	
4. La gente le asusta	0	1	2	3	
5. Revisa las cosas que hace una y otra vez	0	1	2	3	
6. Pierde amigos(as) rápidamente	0	1	2	3	
7. Males y dolencias (dolores)	0	1	2	3	
8. Incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3	
9. Tiene problemas para concentrarse en clase	0	1	2	3	
0. Parece que no escucha lo que se le está diciendo	0	1	2	3	
1. Se descontrola, pierde la paciencia, se enoja	0	1	2	3	
2. Necesita supervisión constante para completar sus tareas	0	1	2	3	
3. Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3	
4. Se asusta en situaciones nueva	0	1	2	3	
5. Exigente con la limpieza	0	1	2	3	
6. No sabe cómo hacer amigos(as).	0	1	2	3	
7. Se queja de males o dolores de estómago antes de ir a la escuela	0	1	2	3	
8. Excitable, impulsivo(a)	0	1	2	3	
9. No sigue instrucciones y no termina sus asignaciones escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3	
0. Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades	0	1	2	3	

1. Irritable	0	1	2	3
2. Incansable en el sentido de no quedarse quieto(a)	0	1	2	3
3. Le asusta estar solo(a)	0	1	2	3
4. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma manera	0	1	2	3
5. Sus amigos(as) no lo(a) invitan a sus casas	0	1	2	3
6. Dolores de cabeza	0	1	2	3
7. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
8. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
9. Habla demasiado	0	1	2	3
10. Abiertamente desafiante y rehusa obedecer a los adultos	0	1	2	3
11. No presta atención a detalles o comete errores en su trabajo escolar, trabajo en general u otras actividades	0	1	2	3
12. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo	0	1	2	3
13. Tiene muchos temores, miedos	0	1	2	3
14. Tiene rituales que tiene que seguir rigurosamente	0	1	2	3
15. Distraído(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
16. Se queja de estar enfermo(a) incluso cuando no le pasa nada	0	1	2	3
17. "Berrinches", "pataletas"	0	1	2	3
18. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo	0	1	2	3
19. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
20. Olvidadizo(a) con respecto a actividades cotidianas	0	1	2	3
21. Le es difícil entender Aritmética	0	1	2	3
22. Corretea entre bocados durante las comidas	0	1	2	3
23. Le asusta la oscuridad, los animales y los insectos	0	1	2	3
24. Se propone metas demasiado elevadas	0	1	2	3
25. Inquieto(a) con las manos o pies, o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
26. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
27. "Quisquilloso", susceptible, se fastidia fácilmente con otros	0	1	2	3
28. Su escritura es ilegible (desordenada)	0	1	2	3
29. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
30. Tímido(a), introvertido(a)	0	1	2	3
31. Culpa a otros por sus errores y mala conducta	0	1	2	3
32. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
33. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela.	0	1	2	3
34. Se fastidia si alguien reorganiza sus cosas	0	1	2	3
35. Se apega a sus padres u otros adultos	0	1	2	3
36. Perturba a otros niños(as)	0	1	2	3
37. Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros	0	1	2	3
38. Sus demandas tienen que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
39. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
40. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
41. Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaciones escolares, lápices, libros, herramientas, juguetes)	0	1	2	3
42. Se siente inferior a otros(as)	0	1	2	3
43. A veces pareciera cansado(a) o lento(a)	0	1	2	3
44. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
45. Lloro con frecuencia y con facilidad	0	1	2	3
46. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3
47. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
48. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	2	3
49. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
50. Da respuestas a preguntas que aún no se le han terminado de hacer	0	1	2	3

No. de lista o credencial: _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha _____

Contesta las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que describa mejor la relación que tienes con tus padres.

1. Mis papas me rechazan
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
2. Mis papás me ignoran en sus pláticas
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
3. A mis papás les es indiferente la convivencia familiar
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
4. Me desagrada reunirme con mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
5. Mis papás me ignoran cuando necesito que me escuchen
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
6. Cuando mis papás tienen problemas, no me toman en cuenta
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
7. Mis papás piensan que sólo les doy problemas
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
8. En situaciones difíciles no cuento con mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
9. Mis papás muestran desinterés en lo que me sucede diariamente
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
10. Es aburrido platicar con mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
11. Cuando platico mis inquietudes con mis papás, terminamos peleados o enojados
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
12. Mis problemas personales pasan desapercibidos para mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
13. Cuando algo personal me preocupa, se lo comento a mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
14. Cuando tengo un problema recurro a mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
15. Platico con mis papás lo que me ocurrió durante el día
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
16. Me agrada hablar con mis papás de mis problemas personales
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

17. Platico con mis papás mis problemas personales
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
18. Platico con mis papás lo que hago en la escuela
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
19. Mis papás comprenden mis puntos de vista
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
20. Mis papás me dan confianza para hablar de mis problemas personales
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
21. Mis papás son lo más importante de mi vida
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
22. Mis papás me motivan a salir adelante cuando tengo problemas
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
23. Mis papás me apoyan en lo que emprendo
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
24. Mis papás me apoyan para hacer lo que considero importante
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
25. Siento que soy importante para mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
26. Me gusta convivir día a día con mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
27. Mis papás son afectuosos
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
28. Mis papás me platican sus problemas más importantes
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
29. Si hay una emergencia familiar, mis papás cuentan conmigo
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
30. Mis papás me platican lo que les ocurrió durante el día
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
31. Si mis papás tienen problemas procuro ayudarlos
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
32. Trato de apoyar a mis papás cuando tienen problemas
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
33. Cuando mis papás tienen problemas importantes me lo platican
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
34. Mis papás platican conmigo sobre su trabajo
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

35. Mis papás me comunican las decisiones importantes
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
36. Mis papás me comunican sus planes
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
37. Si mis papás me piden que les ayude en la casa, prefiero ignorarlos
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
38. Es agradable ayudar a mis papás a limpiar la casa
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
39. Cuando mis papás me envían a algún mandado, me hago el desentendido
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
40. Me siento feliz cuando estoy reunido con mis papás
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
41. Ayudo a mis papás arreglando mi cuarto
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
42. Me desagrada ayudar a mis papás en los quehaceres de la casa
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
43. Me agrada ayudar en lo que se necesite para la casa
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

No. de lista o credencial: _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha _____

Parte A (MADRE)

Conteste las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que describa mejor la relación que tiene tu madre contigo

1. ¿Te demuestra afecto?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
4. ¿Habla contigo de tus problemas?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
5. ¿Se muestra interesada en ayudarte?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
6. ¿Muestra que se preocupa por ti?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
7. ¿Trata de darte lo que necesitas?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
8. ¿Es justa contigo?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
15. ¿Dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

Parte B (PADRE)

Conteste las siguientes preguntas indicando con una X la respuesta que describa mejor la relación que tiene tu padre contigo

1. ¿Te demuestra afecto?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos, juegos)?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
4. ¿Habla contigo de tus problemas?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
5. ¿Se muestra interesado en ayudarte?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
6. ¿Muestra que se preocupa por ti?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
7. ¿Trata de darte lo que necesitas?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
8. ¿Es justo contigo?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia
15. ¿Dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

Parte C (TÚ MISMO)

Contesta las siguientes preguntas marcando con una X la respuesta que te describa mejor.

1. Hago cosas arriesgadas solo porque son emocionantes
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

2. Hago cosas arriesgadas impulsivamente
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

3. Corro riesgos
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

4. Hago lo que me gusta sin pensar en las consecuencias
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

5. Me impaciento fácilmente con la gente
1) Casi nunca 2) A veces 3) Con frecuencia 4) Con mucha frecuencia

Cuadro 1

Subescala del cuestionario Conners calificado por los adolescentes

Variable	N	Promedio	DS	Mínimo	Máximo
A. Problemas Familiares	404	16.0	4.9	2.0	30.0
B. Problemas Emocionales	404	12.0	5.6	0	33.0
C. Problemas de Conducta	404	7.0	5.0	0	29.0
D. Prob. Cognitivo Distracción	404	9.9	5.6	0	33.0
E. Prob. Controlar Enojo	404	8.5	4.8	0	24.0
F. Hiperactividad	404	8.6	4.1	0	21.0
G. Índice de TDAH	404	13.3	5.7	0	32.0
H. Síntomas DSM IV Desatención	404	8.6	4.6	0	26.0
I.P. Síntomas DSM IV Hiperactividad/Impulsividad	404	9.5	4.7	0	26.0
J. Índice Total DSM IV	404	18.1	8.2	1.0	50.0

Cuadro 2

Subescala del cuestionario Conners calificado por los padres

Variable	N	Promedio	DS	Mínimo	Máximo
AA. Oposicionista	399	8.8	5.8	0	30.0
BB. Prob. Cognitivo Distracción	399	10.8	6.8	0	33.0
CC. Hiperactividad	399	6.0	4.3	0	24.0
DD. Ansiosa Tímida	399	4.8	3.4	0	19.0
EE. Perfeccionista	399	6.4	3.4	0	20.0
FF. Problemas Sociales	399	4.2	2.6	0	15.0
GG. Psicósomática	399	3.8	2.7	0	15.0
HH. Índice Conners TDAH	399	11.2	7.1	0	35.0
II. Índice Global Conners (IGC) Inquieto Impulsivo	399	6.8	4.1	0	21.0
JJ. IGC Inestabilidad Emocional	399	2.2	1.8	0	9.0
KK. IGC Total	399	9.0	5.3	0	28.0
LL. DSM IV Desatento	399	8.1	5.6	0	27.0
MM. DSM IV Hiperactiva Impulsiva	399	6.9	4.7	0	26.0
NN. DSM IV Total	399	15.0	9.5	0	53.0
EDAD	403	13.8	1.4	10.0	19.0

Cuadro 3

Factores de la escala de ambiente familiar calificada por los adolescentes

VARIABLES	N	Promedio	DS	Mínimo	Máximo
Hostilidad y Rechazo	404	1.50	0.49	1.0	4.0
Comunicación del Hijo	404	2.37	0.67	1.0	3.7
Apoyo de los Padres	404	3.23	0.80	1.0	4.0
Comunicación de los Padres	404	2.56	0.80	1.0	4.0
Apoyo Significativo del Hijo	404	2.86	0.88	1.0	4.0
Apoyo Cotidiano del Hijo	404	4.44	0.95	2.0	8.0
Apoyo de la Madre	404	2.98	0.64	1.0	4.0
Apoyo del Padre	404	2.72	0.87	1.0	4.0
Impulsividad	404	1.99	0.73	1.0	4.0

Cuadro 4

Diferencias de género en las subescalas del cuestionario Conners calificada por los adolescentes

VARIABLE	Sexo	Promedio	DS	T	p
A. Problemas Familiares.	Hombres	15.9	4.92	-0.60	0.54
	Mujeres	16.2	4.95		
B. Problemas Emocionales.	Hombres	11.5	5.41	-2.67	0.007
	Mujeres	13.2	6.27		
C. Problemas de Conducta	Hombres	7.39	5.15	2.30	0.021
	Mujeres	6.13	4.83		
D. Prob. Cognitivo Distracción	Hombres	10.3	5.57	1.98	0.048
	Mujeres	9.14	5.99		
E. Problema Controlar Enojo	Hombres	8.35	4.76	1.08	0.27
	Mujeres	8.92	5.08		
F. Hiperactividad	Hombres	8.93	4.20	2.82	0.005
	Mujeres	7.69	3.79		
G. Índice de TDAH	Hombres	13.5	5.74	1.28	0.19
	Mujeres	12.7	5.74		
H. Síntomas DSM IV Desatención	Hombres	8.95	4.66	2.33	0.020
	Mujeres	7.78	4.52		
IMP. Síntom. DSMIV Hiperactividad/Impulsividad	Hombres	9.78	4.59	1.59	0.11
	Mujeres	8.97	4.86		
J. Índice Total DSM IV	Hombres	18.7	8.14	2.22	0.026
	Mujeres	16.7	8.35		

Hombres N = 278 Mujeres N = 123

Diferencias de género en las subescalas del cuestionario Conners
calificada por los padres

VARIABLES	Sexo	Promedio	DS	T	p
AA. Oposicional	Hombres	9.02	5.91	0.81	0.41
	Mujeres	8.50	5.82		
BB. Prob. Nivel Cognitivo/Distracción.	Hombres	11.5	6.91	3.14	0.001
	Mujeres	9.2	6.52		
CC. Hiperactividad	Hombres	6.4	4.54	3.08	0.002
	Mujeres	5.0	3.84		
DD. Ansioso/Tímido	Hombres	4.85	3.27	-0.21	0.83
	Mujeres	4.93	3.81		
EE. Perfeccionista	Hombres	6.64	3.52	1.22	0.22
	Mujeres	6.18	3.16		
FF. Problemas Sociales	Hombres	4.11	2.5	1.29	0.19
	Mujeres	4.48	2.94		
GG. Psicósomática	Hombres	3.71	2.61	-0.98	0.32
	Mujeres	4.00	3.06		
HH. Índice Conners TDAH	Hombres	11.9	7.22	2.69	0.007
	Mujeres	9.82	6.90		
II. Índice Global Conners (IGC) Inquieto/Impulsivo	Hombres	7.31	4.21	3.36	0.0008
	Mujeres	5.81	3.90		
JJ. IGC Inestabilidad Emocional	Hombres	2.02	1.76	2.98	0.003
	Mujeres	2.61	1.98		
KK. Índice Global Conners Total	Hombres	9.34	5.41	1.57	0.11
	Mujeres	8.43	5.18		
LL. DSM IV Desatenta	Hombres	8.56	5.68	2.60	0.009
	Mujeres	7.00	5.24		
MM. DSMIV Hiperac/Impulsivo	Hombres	7.28	4.77	1.99	0.04
	Mujeres	6.25	4.71		
NN. DSM IV Total	Hombres	15.8	9.72	2.52	0.01
	Mujeres	13.2	9.00		

Hombres N = 278

Mujeres N = 123

Cuadro 6

Diferencias de género en los factores de la escala ambiente familiar calificada por los adolescentes

VARIABLES	Sexo	Promedio	DS	T	p
Hostilidad y Rechazo	Hombres	1.49	0.47	-0.05	0.95
	Mujeres	1.50	0.55		
Comunicación del Hijo	Hombres	2.37	0.66	-0.19	0.84
	Mujeres	2.38	0.70		
Apoyo de los Padres	Hombres	3.24	0.77	0.27	0.77
	Mujeres	3.21	0.87		
Comunicación de los Padres	Hombres	2.54	0.81	-0.76	0.44
	Mujeres	2.61	0.80		
Apoyo Significativo del Hijo	Hombres	2.85	0.88	-0.35	0.71
	Mujeres	2.89	0.88		
Apoyo Cotidiano del Hijo	Hombres	4.45	0.97	0.42	0.67
	Mujeres	4.40	0.90		
Apoyo de la Madre	Hombres	2.95	0.61	-1.33	0.18
	Mujeres	3.04	0.70		
Apoyo del Padre	Hombres	2.72	0.87	-0.14	0.88
	Mujeres	2.73	0.86		
Impulsividad	Hombres	2.03	0.73	2.01	0.04
	Mujeres	1.87	0.68		

Hombres N = 276 Mujeres N = 123

Cuadro 7

Correlación entre los síntomas de psicopatología calificado por el adolescente y los padres

VARIABLE	AA	BB	CC	DD	EE	FF	GG
A. Problemas Familiares							
B. Problemas Emocionales							
C. Problemas de Conducta							
D. Prob. Cognitivo Distracción		r = 0.32					
E. Prob. Controlar Enojo	r = 0.32						
F. Hiperactividad							
G. Índice de TDAH							
H. Síntomas DSM IV desatención		r = 0.30					
IMP. Síntomas DSM IV hiperactividad/impulsividad							
J. Índice Total DSM IV							

p = <0.05 n = 399

Cuadro 8

Correlación entre los síntomas de psicopatología calificados
por el adolescente y los padres

VARIABLES	HH	II	JJ	KK	LL	MM	NN
A. Problemas Familiares							
B. Problemas Emocionales							
C. Problemas de Conducta	r = 0.30						
D. Prob. Cognitivo Distracción	r = 0.33				r = 0.31		r = 0.30
E. Prob. Controlar Enojo	r = 0.31	r = 0.31	r = 0.32	r = 0.35		r = 0.30	r = 0.31
F. Hiperactividad							
G. Índice de TDAH							
H. Síntomas DSM IV desatención	r = 0.30				r = 0.30		
IMP. Síntomas DSM IV hiperactividad/impulsividad							
J. Índice Total DSM IV							

p = <0.05 n= 399

Cuadro 9

Coeficiente de correlación entre las subescalas del Conners
y las variables de ambiente familiar

VARIABLES	A	B	C	D	E	F
Hostilidad y Rechazo	0.21 ***	0.43 ***	0.42 ***	0.35 ***	0.43 ***	0.36 ***
Comunicación del Hijo	0.01	-0.22 ***	-0.25 ***	-0.21 ***	-0.23 ***	0.14 **
Apoyo de los Padres	-0.03	-0.24 ***	-0.27 ***	-0.23 ***	-0.22 ***	0.20 ***
Comunicación de los Padres	0.0005	-0.26 ***	-0.25 ***	-0.27 ***	-0.26 ***	0.19 ***
Apoyo Significativo del Hijo	-0.008	-0.19 ***	-0.23 ***	-0.22 ***	-0.21 ***	0.15 **
Apoyo Cotidiano del Hijo	0.10 *	-0.01	-0.06	0.01	-0.05 *	0.05
Apoyo de la Madre	-0.004 *	-0.28 ***	-0.29 ***	-0.28 ***	-0.26 ***	0.25 ***
Apoyo del Padre	0.04	-0.18 **	-0.25 ***	-0.16 **	-0.17 **	0.14 *
Impulsividad	0.08 *	0.25 ***	0.48 ***	0.29 ***	0.34 ***	0.40 ***

* = <0.05

** = <0.01

*** = <0.001

n = 399

Cuadro 10

Coeficiente de correlación entre las subescalas del Conners
y las variables de ambiente familiar

VARIABLES	G	H	IMP	J	DSM Inatención	DSM Hiperactividad
Hostilidad y Rechazo	0.43 ***	0.34 ***	0.22 ***	0.32 ***	0.27 ***	0.12 **
Comunicación del Hijo	-0.22 ***	-0.20 ***	-0.05	-0.14 **	-0.09 *	0.08
Apoyo de los Padres	-0.25	-0.24 ***	-0.11 *	-0.20 ***	-0.19 ***	0.01
Comunicación de los Padres	-0.25 ***	-0.23 ***	-0.10 *	-0.19 ***	-0.17 **	0.04
Apoyo Significativo del Hijo	-0.21 ***	-0.21 ***	-0.08	-0.16 **	-0.12 **	0.02
Apoyo Cotidiano del Hijo	0.01	-0.07	-0.02	-0.05	-0.01	0.03
Apoyo de la Madre	-0.28 ***	-0.27 ***	-0.13 *	-0.23 ***	-0.17 **	0.02
Apoyo del Padre	-0.17 ***	-0.19 ***	-0.11 *	-0.16 ***	-0.17 ***	-0.0005
Impulsividad	0.24 ***	0.38 ***	0.32 **	0.40 ***	0.12 *	0.16 ***

* = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$ *** = $p < 0.001$ n = 399

Cuadro 11

Coeficiente de correlación entre las subescalas del Conners
y las variables de ambiente familiar

VARIABLES	AA	BB	CC	DD	EE	FF	GG
Hostilidad y Rechazo	0.18 ***	0.16 ***	0.10 *	0.04	0.10 *	0.20 ***	0.11 **
Comunicación del Hijo	0.13 **	-0.18	-0.05	-0.06	-0.04	-0.09	-0.12 **
Apoyo de los Padres	0.19 ***	-0.26 ***	-0.14 **	-0.06	-0.06	-0.17 ***	-0.18 ***
Comunicación de los Padres	0.15 **	-0.18 ***	-0.11 *	-0.10 *	-0.08	-0.14 **	-0.13 **
Apoyo Significativo del Hijo	0.15 **	-0.19 ***	-0.10 *	-0.05	-0.05	-0.14 **	-0.13 **
Apoyo Cotidiano del Hijo	0.02	0.05	-0.008	0.04	0.11 *	0.04	0.02
Apoyo de la Madre	0.13 **	-0.14 **	-0.09 *	-0.08	-0.07	-0.11 *	-0.06
Apoyo del Padre	0.15 **	-0.14 **	-0.11 **	-0.06	-0.04	-0.08	-0.12
Impulsividad	0.15 ***	0.10 *	0.15 **	0.01	0.03	-0.006	0.06

* = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$ *** = $p < 0.001$ n = 399

Cuadro 12

Coeficiente de correlación entre las subescalas del Connors
y las variables de ambiente familiar

VARIABLES	HH	II	JJ	KK	LL	MM	NN
Hostilidad y Rechazo	0.18 ***	0.16 ***	0.11 **	0.17 ***	0.16 ***	0.14 **	0.16 ***
Comunicación del Hijo	0.14 **	-0.06	-0.10 *	-0.08	-0.15 ***	-0.10 *	-0.14 **
Apoyo de los Padres	0.21 ***	-0.11 **	-0.17 ***	-0.15 **	-0.22 ***	-0.21 ***	-0.23
Comunicación de los Padres	0.17 ***	-0.10 *	-0.13 **	-0.12 **	-0.14 **	-0.15 **	-0.16 ***
Apoyo Significativo del Hijo	0.16 ***	-0.09	-0.17	-0.12 **	-0.16 ***	-0.14 **	-0.16 ***
Apoyo Cotidiano del Hijo	0.04	0.02	-0.03	0.007	0.02	0.02	0.03
Apoyo de la Madre	0.14 **	-0.05	-0.07	-0.06	-0.12 **	-0.10 *	-0.12 **
Apoyo del Padre	0.14 **	-0.10 *	-0.16 ***	-0.13 **	-0.12 **	-0.14 **	-0.14 **
Impulsividad	0.13 **	0.16 ***	0.07	0.15 ***	0.11 *	0.18 ***	0.15 ***

* = $p < 0.05$ ** = $p < 0.01$ *** = $p < 0.001$ n = 399

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Vélez H. Fundamentos de Medicina. Texto de Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia, 1997. Tercera Edición.
- ² Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook, Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1996.
- ³ Kaplan H. Comprehensive Textbook of Psychiatry VI. Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1992.
- ⁴ Bennett A. Shaywitz. Advances in Pediatrics, vol. 44. Year Book, Mosby, Inc. 1997.
- ⁵ Matson J.L. Handbook of Hyperactivity in Children. Ed. Allyn and Bacon, Massachusetts, 1993.
- ⁶ Mash E. Child Psychopathology. Guildford Press, New York, 1996.
- ⁷ Kaplan HI. Sinopsis de Psiquiatría, Panamericana, México, 1994.
- ⁸ Belloch A. Manual de psicopatología. Vol I. Ed Mc Graw Hill, Madrid, 1995.
- ⁹ Ibidem Referencia 7.
- ¹⁰ Jain U Hiperactivity in Children. Med North Am: 467-469, 1995.
- ¹¹ Ibidem Referencia 6.
- ¹² Ibidem Referencia 10.
- ¹³ Plomin R. The genetic basis of complex human behaviors. Science 264:1733-1739, 1994.
- ¹⁴ Comings D. Genetics Aspects of Childhood Behavioral Disorders. Child Psychiatry and Human Development 22:3:139-149, 1997.
- ¹⁵ Levy F. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Category or a Continuum? Genetic Analysis of a Large-Scale Twin Study. J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY, 36:737-744, 1997.
- ¹⁶ Faraone S Dopamine D4 Gene 7-Repeat Allele and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry 156:5:768-770, 1999.
- ¹⁷ Ernest M Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress. Cap 141. New York, 1995.
- ¹⁸ Cardon LR. Quantitative trait locus for reading disability in chromosome 6. Science 266:276-279, 1994.
- ¹⁹ La Hoste GJ. Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. Molecular Psychiatry 1:121-124, 1996.
- ²⁰ Wiener J. Textbook of Child Adolescent Psychiatry. American Psychiatry Pres, Inc. Washintong, 1991.
- ²¹ Laurence L. Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. J Clin Psychiatry 59:(suppl 7):31-41, 1998.
- ²² Barkley RA. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8 year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 29:546-557, 1990.
- ²³ Ibidem Referencia 6.
- ²⁴ Ibidem Referencia 21.
- ²⁵ Biederman J. Correspondence Between DSM-III-R and DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Child Adolesc Psychiatry, 36:12:1682-1687, 1997.
- ²⁶ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales. Masson, México, 1995.
- ²⁷ Baumgaertel A. J Am Child Adolesc Psychiatry, 34:629-638, 1995.
- ²⁸ Barkley R. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attentio-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:9:1204-1210, 1997.
- ²⁹ Spencer T. Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controversial Diagnosis.
- ³⁰ Ibidem Referencia 29.
- ³¹ Sandberg S. Hiperkinetic or Attention Deficit Disorder. British Journal Psychiatry, 169:10-17, 1996.
- ³² Hill J. Age-dependent decline of attention deficit hiperactivity disorder. Am J Psychiatry, 153:9:1143-1146, 1996.
- ³³ Gaub M. Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36:8:1036-1045, 1997.
- ³⁴ Ibidem Referencia 26.
- ³⁵ Biederman J. Diagnostic Continuity Between Child and Adolescent ADHD: Findings From a Longitudinal Clinical Sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 37:305-313, 1998.
- ³⁶ Ibidem Referencia 20.
- ³⁷ Ibidem Referencia 2.

- ³⁸ Hudziak JJ. Familial subtyping attention deficit hyperactivity disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 6:489-493, 1993.
- ³⁹ Faraone S. A Prospective Four-Year Follow-up Study of Children at Risk for ADHD: Psychiatric, Neuropsychological, and Psychosocial Outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35;11:1449-1459, 1996.
- ⁴⁰ Schmidt K. Cognitive Factors Differentiating Attention Deficit-Hyperactivity Disorder With and Without a Comorbid Mood Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66;4:673-679, 1998.
- ⁴¹ Cantwell D. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35;8:978-987, 1996.
- ⁴² Conners CK. Rating Scales in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Use in Assessment and Treatment Monitoring. *J Clin Psychiatry*, 59:suppl 7:24-30, 1998.
- ⁴³ Conners CK. Parent Symptom Questionnaire. *Psychopharmacology Bull.* 21:816-822, 1985.
- ⁴⁴ Kuehne C. Differences between children with attention deficit disorder, children with specific learning disabilities, and normal children. *J sch Psychol.* 25:161-166, 1987.
- ⁴⁵ Campbell SB. Comparison of rating scale of child psychopathology in clinic and non clinic samples. *J Consult Clin Psychol.* 46:358-359, 1978.
- ⁴⁶ Lara-Muñoz MC. Consistencia y validez de las subescalas del cuestionario de Conners para la evaluación de psicopatología en niños-versión larga para padres. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 55;12:712-720, 1998.
- ⁴⁷ Noller P. *The Adolescent in the Family*. Routledge, Londres, 1991.
- ⁴⁸ Villatorio JA. La relación padres - hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental*, 20;2:21-27, 1997.
- ⁴⁹ Ibidem Referencia 6.
- ⁵⁰ Ibidem Referencia 2.
- ⁵¹ Biederman J. Family-Environment Risk Factors for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Test of Rutter's Indicators of Adversity. *Arch Gen Psychiatry*, 52:464-470, 1995.
- ⁵² Verhulst FC. *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology*. Oxford Medical Publications, New York, 1995.
- ⁵³ Ibidem Referencia 38.
- ⁵⁴ Weinstein CS. Description of Mothers with ADHD with children with ADHD. *Psychiatry*, 61:12-19, 1998.
- ⁵⁵ Satterfield JH. A Prospective Study of Hyperactive Boys With Conduct Problems and Normal Boys: Adolescent and Adult Criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36;12:1726-1735, 1997.
- ⁵⁶ Scahill L. Psychosocial and Clinical Correlates of ADHD in Community Sample of School-Age Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38;88:976-983, 1999.
- ⁵⁷ Ernst M. The Interface of Genetics, Neuroimaging, and Neurochemistry in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Chapter 141. Raven Press, Ltd., New York, 1995.
- ⁵⁸ Sieg K. *Clinical Nuclear Medicine*, 20:55-60, 1995.
- ⁵⁹ Zametkin AJ. The Neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry*, 59:suppl 7:17-23, 1998.
- ⁶⁰ Ibidem Referencia 3.
- ⁶¹ Conners CK. *Escala de Conners para padres - revisada (L)*, traducida por Villegas OL. Toronto: Multi-Health System, Inc.; 1997.
- ⁶² Ibidem Referencia 48.
- ⁶³ Stata corporation. *Stata 4.0 for Windows*. Texas 1995.
- ⁶⁴ Ibidem Referencia 48.