

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

*Características clínicas y sociodemográficas del
TDAH del adulto: un estudio comparativo en
pacientes adultos del Instituto Nacional de
Psiquiatría Ramón de la Fuente*

Tesis

PRESENTA:

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA GENERAL



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Introducción1
Marco Teórico2
Planteamiento del Problema3
Justificación, Hipótesis y Objetivos9
Material y Método10
Resultados y Discusión11
Bibliografía15
19

Palabras clave: TDAH adulto, estudio en adultos, características clínicas, sociodemográficas, déficit de atención, estudio comparativo, instituto nacional de psiquiatría, ramón de la fuente.

Características clínicas y sociodemográficas del TDAH del adulto: un estudio comparativo en pacientes adultos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

INTRODUCCION

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un síndrome conductual con bases neurobiológicas y un fuerte componente genético. Esta disfunción neurobiológica fue reconocida primero en la edad infantil. Sin embargo, en la medida en que fue mejor comprendida, se reconoció su carácter crónico, ya que persiste y se manifiesta más allá de la adolescencia y hasta la vida adulta. Se han generado diversas reacciones ante la aceptación del TDAH como entidad diagnóstica en cualquier grupo de edad, algunas de estas reacciones han sido el manifiesto de que el trastorno es sobrediagnosticado, que se basa en observaciones comportamentales, que las diferencias neurológicas podrían no ser patológicas, incluso hay quien lo define como un constructo social de acuerdo a lo que se considera como comportamiento normal y anormal, por otro lado y desde una perspectiva evolucionista, ha sido considerado como comportamiento ventajoso para la especie en combinación con otros elementos del medio ambiente, es decir formaría parte de un proceso evolutivo. Sin embargo hasta la fecha se siguen postulando teorías y el conocimiento del trastorno es cada vez mayor finalmente se puede decir que toda patología debe ir por fuerza ligada a modificaciones (detectables o no hasta la fecha). En términos de funcionalidad es una realidad, entonces, este es un esfuerzo por contribuir a la descripción y entendimiento del trastorno por déficit de atención en la vida adulta.

La presente tesis se trata de un estudio en pacientes adultos del Instituto Nacional de Psiquiatría los cuales fueron evaluados en búsqueda de trastorno por déficit de atención, previo consentimiento informado se les pidieron datos sociodemográficos y se les evaluó en búsqueda de psicopatología además del motivo que los llevó al instituto, posteriormente se registraron los datos para realizar los análisis estadísticos correspondientes, se reportan los resultados y finalmente se hace una discusión de los mismos en el afán de generar respuestas y en todo caso aún más preguntas acerca del trastorno por déficit de atención en la vida adulta.

Juan Manuel Quijada Gaytán

MARCO TEORICO

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es un padecimiento que ha sido de interés clínico desde hace tiempo y en fechas recientes se ha reconocido su importancia clínica en los adultos desde hace veinte años aproximadamente al observar la demanda de los padres de hijos con TDAH los cuales presentaron y/o seguían presentando los mismos síntomas pero con algunas diferencias. En la actualidad se estima que aproximadamente el 4% de la población de la población adulta en los Estados Unidos padece de TDAH¹, el cual impacta directamente en las diferentes áreas de funcionamiento de los pacientes.

La descripción en la historia del TDAH inicia a principios del siglo pasado con los trabajos de G. Still², en 1902, cuando presentó una serie de trabajos en la Real Academia de Médicos en donde describió a 43 niños con una serie de problemas de atención y de conducta que describían fenotípicamente al TDAH. Fue entonces cuando propuso la etiología multifactorial del TDAH tomando en cuenta la genética y su interacción con el medio ambiente para el desarrollo de este trastorno, como el daño cerebral in útero, la hipoxia neonatal, el traumatismo craneo encefálico o secuelas postencefalíticas (como fue descrito inicialmente). Una de las conductas que Still remarcaba era la inquietud que tenían los niños y que aunque en el adulto esta conducta no se observa, el paciente tiene que hacer un gran esfuerzo para permanecer largo tiempo tranquilo y sin moverse.

Ebaugh en 1923³ describió un síndrome clínico caracterizado por inatención, distractibilidad, inquietud, conducta explosiva y fatigabilidad, en algunos sujetos que habían padecido encefalitis letárgica epidémica durante la Primera Guerra Mundial.

Actualmente el TDAH del adulto tiene una base biológica cerebral anormal manifestada por una falla o déficit en la capacidad para mantener la atención en un estímulo de manera voluntaria y eficaz y en las funciones ejecutivas las cuales regulan la expresión de la conducta (inhibición o control de impulsos, memoria de trabajo verbal y no verbal, flexibilidad cognitiva, planeación y organización) y que se modulan en los lóbulos frontales de la corteza cerebral que da sus importantes manifestaciones clínicas antes de los 7 años de edad⁴. De esta manera nos enfrentamos con la dificultad de precisar el diagnóstico del TDAH en adultos dada la alta comorbilidad con psicopatología por ejemplo los trastornos de lectura, los trastornos de razonamiento aritmético, los trastornos del afecto, los trastornos de ansiedad, el abuso y dependencia a polisustancias (cannabis y/o cocaína) y los trastornos del carácter (antisocial, evitativo, limítrofe, obsesivo, etc.) Este tipo de psicopatología puede dificultarnos el reconocimiento de las variables de evaluación neuropsicológicas de la población adulta en donde se sospecha TDAH⁵.

Anteriormente se tenía noción de que este tipo de problema tendía a revertir conforme pasaban los años hasta alcanzar la etapa inicial de la madurez (etapa adulta temprana), desapareciendo a su vez conforme el organismo envejecía. Actualmente se sabe que esto no es cierto. Uno de los primeros reportes médicos que sugerían la presencia de TDAH en la población adulta fue la publicación realizada por Turnquist y Rosenfeld en 1983 en un paciente alcohólico el cual fue tratado con pemolina. Posteriormente Miller escribió un editorial en el Wall Street Journal en el año de 1993, en ese editorial se escribió como muchas personas adultas estaban buscando ayuda debido a padecer importantes problemas de distractibilidad e inquietud, lo que repercutía en su trabajo y relaciones interpersonales. Este artículo produjo inquietud definitiva con respecto a la existencia o no este trastorno en la edad adulta⁶. Actualmente se reconoce la existencia del trastorno por déficit de atención en la edad adulta y se ha llegado a estimar que de todos los niños que padecen un TDAH en la actualidad, entre un 20 a un 90% de ellos lo padecerán en la edad adulta. El DSM-IV y el DSM-IV-TR⁷ se refieren ya al trastorno por déficit de atención como un padecimiento que puede seguir manifestándose en la edad adulta. Las manifestaciones clínicas más relevantes del trastorno por déficit de atención en la edad adulta y que son empíricamente validas, se describen a continuación:

1. La inatención o fácil distractibilidad, esto es fallar en darle la apropiada atención a los detalles, cometer errores importantes en el trabajo sin tomarles la debida importancia, estar como ausente o ensimismado cuando se les habla y evitar trabajos o tareas en donde se requiera de mucha atención o concentración.

2. Evidente inquietud motora manifestada primordialmente por tener un particular movimiento de frotamiento en las manos o pies, retorcer el cuerpo mientras se está sentado, no poder permanecer sentado en situaciones donde se espera que se permanezca sentado, no poder guardar silencio por tiempos prolongados en lugares públicos como bibliotecas, sanatorios, cines y teatros.

3. Tendencia a actuar de forma impulsiva donde la verborrea, la impaciencia para mantenerse formado en una fila, la tendencia a responder antes de que se termine la pregunta formulada, la tendencia a interrumpir cuando otros están hablando y sentirse impulsado por un motor que les impide permanecer quietos mas allá de unos segundos lo cual predomina en la forma de ser del paciente. Los pacientes con este problema son habitualmente incapaces de organizarse en el trabajo o en sus actividades del quehacer cotidiano, son muy olvidadizos y se les dificulta seguir instrucciones así como terminar sus trabajos u objetivos.

También se han considerado otra serie de síntomas agregados que frecuentemente se asocian a los anteriormente descritos los cuales deben estar presentes para diagnosticar con precisión, estos incluyen importante labilidad emocional, temperamento explosivo, problemas en el autocontrol y la regulación de la propia conducta, baja capacidad de perseverar en el esfuerzo para realizar una tarea asignada, dificultad importante para regular sus emociones,

motivaciones e intereses, marcada intolerancia a estrés que condiciona problemas de relación laboral, pobre percepción del tiempo, marcada tendencia al aburrimiento, lo que condiciona a fallar en mantener un trabajo por largo tiempo, vida sentimental inestable, una vida social adaptativa con el consecuente estado de ánimo depresivo.

Los pacientes con un trastorno por déficit de atención en la edad adulta generalmente manejan altos niveles de ansiedad y tienen baja la autoestima en consecuencia, con frecuencia estos pacientes se comportan de una manera errática, en ocasiones impredecible, se les encuentra comúnmente relacionados a actividades denominadas de alto riesgo, donde se incluyen las indiscreciones sexuales y el abuso de polisustancias.

Características sociodemográficas

Las dificultades que estos pacientes tienen dependerán de la gravedad del trastorno, ya que el mismo se puede llegar a manifestar dentro de un espectro que va desde las formas leves y casi imperceptibles desde un punto de vista clínico, hasta las formas más severas, en donde la inadaptación a la vida laboral, social, interpersonal y familiar es incapacitante. Por otro lado, se debe tener presente que estos síntomas no son exclusivos del trastorno por déficit de atención, y que otras condiciones medicas y psiquiátricas pueden manifestarse con signos y síntomas que de algún modo sugieren un problema de inatención, hiperactividad o impulsividad. Es importante mencionar que la presentación por género en la población adulta es de dos varones por una mujer. El trastorno se ha encontrado presente en diferentes regiones del planeta en donde se ha estudiado y esto incluye Norte y Sudamérica, Europa, Japón, China, Turquía y el Medio Oriente⁸.

Rendimiento académico

Los estudios de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes con un TDAH diagnosticado en la infancia muestran diferencias significativas en el rendimiento académico respecto a los sujetos sin el trastorno. Los pacientes tienden a lograr una menor formación académica en comparación con los grupos control, aun con niveles de inteligencia similares. Así mismo, los adultos con TDAH presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar.

Adaptación al medio laboral y conducción de vehículos

Los estudios refieren que los adultos con TDAH tienen una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno. Los problemas laborales pueden derivarse de las dificultades en el control de los impulsos y la inatención. Se ha observado que la habilidad en la conducción de vehículos se altera con el TDAH, lo que ocasiona graves consecuencias desde un punto de vista social y personal. Los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y éstos son más graves.

Relaciones interpersonales y de pareja

Existen numerosas descripciones del peor ajuste social de los niños y adolescentes con TDAH en comparación con los grupos de control. Estos problemas pueden persistir en los adultos con TDAH, incluso agravarse, si se tienen en cuenta las crecientes demandas sociales que han de afrontar en la edad adulta. Se han descrito mayores dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en las relaciones de pareja.

Persistencia del TDAH en la edad adulta, trastornos

Psiquiátricos comórbidos y consumo de sustancias tóxicas

En una revisión realizada por Goldstein de los estudios sobre la evolución del TDAH en la edad adulta, se halló que el 10-20% de los adultos con historia de TDAH experimenta escasos problemas, mientras que el 60% continúa presentando síntomas de TDAH así como alteraciones en la adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos. El 10-30% desarrollan problemas de conducta antisocial asociados a las alteraciones producidas por el TDAH y otros trastornos comórbidos. En un estudio prospectivo con una muestra de 128 niños con TDAH, se halló que a la edad de 19 años el 38% de los sujetos cumplían los criterios diagnósticos del TDAH (DSM-III-R), el 72% presentaba como mínimo un tercio de los síntomas requeridos para el diagnóstico y el 90% mostraba evidencias de un deterioro clínicamente significativo, con una puntuación en la escala para la evaluación global del funcionamiento (GAF) inferior a 60. Este estudio evidenció lo variables que pueden llegar a ser los porcentajes de persistencia del TDAH en la vida adulta, pues pueden depender del criterio de remisión aplicado. Por eso no es de extrañar que el rango de persistencia del TDAH en los adultos entre los diferentes estudios sea tan amplio (4-80%). De cualquier forma, diferentes estudios han puesto de manifiesto que el TDAH persiste en la edad adulta. Al igual que en la infancia, la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH es frecuente en los adultos. Se considera que un 60-70% de adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica. Los trastornos comórbidos en adultos son similares a los hallados en la infancia, con la diferencia de que existe una mayor prevalencia de consumo de sustancias y que aparecen trastornos de la personalidad. En los estudios prospectivos y controlados de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, los trastornos comórbidos más frecuentes son el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23%), los trastornos por consumo de sustancias (hasta un 19%) y, en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo. Murphy et al sugieren que existen diferencias respecto a la comorbilidad psiquiátrica entre los subtipos TDAH combinado y TDAH inatento. El combinado mostró mayor probabilidad de presentar un trastorno desafiante oposicionista, de realizar tentativas de suicidio y de experimentar en el

cuestionario SCL-90-R mayor hostilidad interpersonal y paranoia. El uso de sustancias constituye uno de los trastornos asociados al TDAH más frecuentes. El riesgo de desarrollarlas es mayor en aquellos pacientes en los que el TDAH se mantiene en la edad adulta. La presencia de un TDAH repercute de forma negativa sobre la evolución de la dependencia a sustancias, pues existe mayor riesgo de recaídas en su consumo.

El origen exacto del TDAH se desconoce. Hasta hoy, no hay marcador biológico, social, genético o fisiológico que claramente distinga a los pacientes con TDAH. Lo que se sabe con certeza es que el sustrato biológico del trastorno tiene un peso importante en la fisiopatología del padecimiento. El sustrato genético es el que muestra mayor consistencia dentro del campo de investigación. Otras condiciones tales como las lesiones pre y postnatales en las regiones prefrontales de la corteza cerebral pueden contribuir al desarrollo del padecimiento.

En los adultos, para llegar a un diagnóstico certero, se requiere de un equipo médico con conocimiento en el campo del TDAH. Se requiere de la evaluación clínica de un neurólogo, un psiquiatra y un psicólogo clínico. La evaluación debe de incluir una historia clínica completa interrogando específicamente sobre síntomas actuales y pasados del trastorno, el desarrollo neurológico y emocional del paciente, los antecedentes escolares y laborales, los antecedentes patológicos médicos y psiquiátricos de importancia, los antecedentes heredo-familiares en relación al trastorno, la historia de adaptabilidad social y familiar, los antecedentes de uso y abuso de sustancias, así como antecedentes de medicación prescrita, también se debe de describir la forma en que el paciente se adapta a los problemas de la vida cotidiana, como maneja emocional e intelectualmente los problemas cotidianos y como reacciones ante estresores psicosociales importantes. Es importante tener la certeza de que estos síntomas hayan estado presentes desde la infancia. Este tipo de evaluación habitualmente requiere de por lo menos de dos a tres horas para ser completo y detallado. Es recomendable que la información sea corroborada por los familiares, para lo cual se puede hacer uso de la entrevista clínica y/o cuestionarios con este fin dirigidos a la familia del paciente (padres por ejemplo).

Comorbilidad en los adultos con tdah

Actualmente se sabe que una alta proporción de pacientes con TDAH del adulto también presentan síntomas compatibles con otra psicopatología. Se ha calculado que alrededor del 75% de los adultos con TDAH tienen un trastorno psiquiátrico comórbidos. Se ha encontrado que alrededor de un 33% de pacientes con trastorno antisocial de personalidad también tienen un trastorno por déficit de atención. Así mismo un 50% de los pacientes con TDAH del adulto padecen algún trastorno afectivo o de ansiedad, y aproximadamente un 20% abusan o dependen a una o más sustancias psicoactivas.

Se ha llegado a concluir por los estudios longitudinales realizados en los Estados Unidos, que alrededor del 10 al 60% de los niños que padecieron el trastorno, lo siguen padeciendo en la edad adulta. En los niños que padecen TDAH, una proporción importante de ellos, padecen otros trastornos psiquiátricos comórbidos, sobre todo trastornos de conducta de tipo oposicionista así como trastornos del aprendizaje⁵.

En los adultos con TDAH, el trastorno antisocial de la personalidad es frecuente, sobretodo si estos pacientes tuvieron un trastorno de conducta oposicionista durante su infancia. Esta asociación se ha descrito en estudios publicados por Borland¹⁰, Weiss¹¹, Mannuzza¹² y Biederman¹³. También se ha encontrado una importante proporción de abusadores de alcohol y drogas en los adultos con déficit de atención. El riesgo de tener un problema de uso de sustancias en el grupo de pacientes con TDAH es de dos a tres veces mayor que las de grupos control. Se ha encontrado también, que las sustancias más consumidas son la marihuana y la cocaína. Lambert¹⁴ ha encontrado que los adultos con TDAH tienen el doble de probabilidad de ser adictos al tabaco.

Otra comorbilidad frecuente en los adultos con TDAH es la referente a los trastornos de afecto y de ansiedad. Shekim¹⁵, Biederman¹³ y Mannuzza¹² reportaron altas tasas de asociaciones entre trastornos distímicos, ciclotímicos y bipolares. Dentro de los trastornos por ansiedad reportados se encuentran la fobia social y el trastorno por ansiedad generalizada. El estudio mas reciente publicado por Mannuzza¹⁶ no encuentra una mayor prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad entre los adultos con TDAH y los controles que él evaluó. La prevalencia de este padecimiento en la población mexicana es desconocida, pero puede ser inferida sobre la base de traspolar las prevalencias en otras regiones del mundo previamente estudiadas.

Consideraciones terapéuticas

Actualmente existe una gran controversia sobre la necesidad de continuar o no con el tratamiento farmacológico en los pacientes portadores de TDAH que han llegado a la etapa adulta. Teniendo especial relevancia la posible prevención y/o disminución de la comorbilidad con psicopatología previamente descrita²⁵. Uno de los principales problemas que enfrenta el psiquiatra que trata adultos surge cuando llega un paciente con problemas de abuso o dependencia a sustancias a consulta y tiene un TDAH. En una revisión de la literatura científica a este respecto, Wilens señala que el uso de psicoestimulantes en el TDAH del adulto y que tiene una adicción comórbida, no agrava el trastorno por adicción y mejora modestamente los síntomas del TDAH²⁶.

Es de relevancia señalar la importancia de tener un diagnóstico preciso del TDAH dada la alta comorbilidad que existe con otra psicopatología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA O LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe diferencias clínicas y sociodemográficas entre pacientes adultos del INPRF con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

- I. Hasta la fecha no se encuentra una descripción de las características clínicas y sociodemográficas en población mexicana (hispanoparlantes).
- II. Es necesario desarrollar una perspectiva de diagnóstico en población adulta y la elaboración de los algoritmos de tratamiento para el TDAH en el adulto (finalidad/ utilidad).

HIPOTESIS

 Hipótesis alterna (comparación):

1. Las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que acuden al INPRF con TDAH del adulto son diferentes a aquellas de pacientes sin TDAH

OBJETIVOS

 Principal

1. Comparar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes adultos que acuden al INPRF con y sin TDAH.

2. Específicos

2.1 Describir y comparar las características clínicas y sociodemográficas de los sujetos estudiados.

2.2 Evaluar la presentación clínica, describirla y compararla en el grupo de sujetos en estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS

1. Evaluar el estado clínico actual de los pacientes identificados con TDAH y establecer un tratamiento el cual será determinado y supervisado por el médico tratante cuando este sea necesario.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

- Transversal, retrolectivo, comparativo y homodémico.

Universo de estudio:

El universo de estudio esta conformado por pacientes adultos con TDAH de acuerdo a las evaluaciones reportadas y a pacientes adultos sin TDAH, es decir los pacientes que se diagnosticó TDAH y a los que no se les diagnosticó TDAH.

Participaron los pacientes adultos 19 a 40 años (hombres y mujeres) atendidos en el servicio de preconsulta y que aceptaron de forma voluntaria llenar un autoregistro de tamizaje (ASRS v 1.1) para la identificación de síntomas y la severidad y una hoja de datos sociodemográficos. Se solicitó consentimiento por escrito a los adultos participantes.

1.1. Los pacientes que calificaron como probables casos fueron evaluados posteriormente a través de una entrevista clínica estructurada MINI PLUS (TDAH infancia y edad adulta)

- 1.2 Los pacientes que fueron positivos, recibieron una nota médica con el resultado de las evaluaciones para el consiguiente manejo individual por su médico tratante, en función de la patología que presentaron.
- 1.3 Los pacientes que fueron negativos al tamizaje se los considero como sin TDAH y continuaron su tratamiento con su médico tratante.

ANALISIS ESTADISTICO

Se hizo descripción de los datos demográficos y clínicos a través de estadística de tendencia central. Se hicieron las comparaciones de las variables expresadas en medias a través de la prueba de t de Student, se hicieron las comparaciones de los porcentajes a través de la prueba X^2 . Se realizaron análisis de medidas repetidas para la comparación global de los grupos en los diferentes momentos de la investigación. La significancia estadística fue determinada a través de una $P \leq 0.05$

INSTRUMENTOS

La Escala de Auto-reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-v1.1)

La lista de síntomas es un instrumento consistente con dieciocho criterios del DSM-IV. Seis de las dieciocho preguntas fueron basadas en los más predictivos síntomas consistentes con el TDAH. Estas seis preguntas son la base para el ASRS v1.1 tamizaje y también son la parte A de la lista de síntomas para orientar el diagnóstico. La parte B contiene las 12 preguntas restantes, que valoran la severidad y subtipo del trastorno.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes con las características antes descritas que llegaron a los servicios del instituto a solicitar servicios en el área de preconsulta y consulta externa durante los meses de septiembre y octubre del 2007 y que consintieron participar se les pidió que completaran las hojas con datos sociodemográficos y el ASRS v 1.1, posterior a ello se les evaluó mediante entrevista clínica semi-estructurada (M.I.N.I.) a los que resultaron positivos para el tamizaje se les realizó entrevista clínica para corroborar el TDAH. Se vaciaron los resultados en SPSS y se analizaron, posterior a lo cual se obtuvieron los resultados los cuales dan lugar a las conclusiones y discusión como se verá adelante.

M.I.N.I. PLUS

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 ± 11.6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados.

Hoja de registro y datos sociodemográficos

VARIABLES

1. Pacientes con trastorno por déficit de atención (más de tres reactivos en parte A de cuestionario ASRS v1.1)
2. Pacientes sin trastorno por déficit de atención (menos de tres reactivos en parte A de cuestionario ASRS v1.1)

Variables sociodemográficas

1. Edad
2. Sexo
3. Ocupación actual: trabajar, estudiar, ambas, otras
4. Empleo: estado actual, si tienen empleo o no tienen empleo
5. Número de empleos en el último año: uno, dos o más de tres
6. Ingreso en el último año (en pesos): menos de \$50 mil, entre \$50 mil y \$100 mil o más de \$100 mil
7. Personas que trabajan en casa: número de personas que trabajan dentro de la familia nuclear
8. Dificultades con compañeros de trabajo en el último año: si o no
9. Número de visitas a Psiquiatría o Psicología en el último año
10. Uso de servicios de emergencia en el último año: si o no
11. Número de internamientos en Hospital en el último año
12. Número de incapacidades medicas en el último año
13. Edad de inicio de vida sexual activa
14. Número de parejas sexuales
15. Problemas legales: si o no
16. Infracciones de tránsito: si o no
17. Edad de la madre en al nacer
18. Edad del padre al nacer
19. Ultimo año escolar completo en la escuela: no asistió a la escuela, primero a sexto de primaria, primero de secundaria. Segundo de secundaria, tercero de secundaria, primero de preparatoria, segundo de preparatoria, tercero de preparatoria, educación superior.
20. Calificaciones obtenidas durante el último año cursado en la escuela: promedio, inferiores al promedio, superiores al promedio
21. Repetición de grados escolares alguna vez en la vida escolar: si o no
22. Uso de clases especiales por problemas de aprendizaje: si o no
23. Suspensiones en la escuela durante la vida escolar: si o no
24. Dificultad familiar para realizar pagos mensuales: muy difícil, algo difícil, no muy difícil o nada fácil
25. Casado: si o no
26. Edad al momento de casarse
27. Relaciones interpersonales: muy bien, más o menos, no tan bien o nada bien
28. Calificación de propia habilidad en situaciones sociales en escala del 1 al 10
29. Tiempo ocupado en pasatiempos y actividades recreativas en horas

Diagnósticos (MINI PLUS)

1. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
2. TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MEDICA

3. TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
4. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SINTOMAS MELANCOLICOS TRASTORNO DISTIMICO
5. RIESGO DE SUICIDIO
6. EPISODIO MANIACO
7. EPISODIO HIPOMANIACO
8. BIPOLAR II DISORDER
9. EPISODIO MANIACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MEDICA
10. EPISODIO HIPOMANIACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MEDICA
11. EPISODIO MANIACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
12. EPISODIO HIPOMANIACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
12. TRASTORNO DE ANGUSTIA
13. TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MEDICA
14. TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA INDUCIDO POR SUSTANCIAS
15. AGORAFOBIA
16. FOBIA SOCIAL
17. FOBIA ESPECIFICA
18. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
19. TOC DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA
20. TOC INDUCIDO POR SUSTANCIAS
21. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO
22. DEPENDENCIA DE ALCOHOL
23. ABUSO DE ALCOHOL
24. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS
25. ABUSO DE SUSTANCIAS TRASTORNOS PSICOTICOS
26. TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO CON SINTOMAS PSICOTICOS
27. ESQUIZOFRENIA
28. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
29. TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME
30. TRASTORNO PSICOTICO BREVE
31. TRASTORNO DELIRANTE
32. TRASTORNO PSICOTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MEDICA
32. TRASTORNO PSICOTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
33. TRASTORNO PSICOTICO NO ESPECIFICADO
34. TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO CON SINTOMAS PSICOTICOS
35. TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO NO ESPECIFICADO
36. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SINTOMAS PSICOTICOS
37. TRASTORNO BIPOLAR 1 CON SINTOMAS PSICOTICOS
38. ANOREXIA NERVOSA
39. BULIMIA NERVOSA
40. BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO

41. BULIMIA NERVOSA TIPO NO PURGATIVO ANOREXIA
NERVOSA TIPO COMPULSIVO PURGATIVO
42. ANOREXIA NERVOSA TIPO RESTRICTIVO
43. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
44. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO A UNA
ENFERMEDAD MEDICA
45. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA INDUCIDO POR
SUSTANCIAS
46. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
47. TRASTORNO DE SOMATIZACION
48. HIPOCONDRIA
49. TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL
50. TRASTORNO POR DOLOR
51. TRASTORNO DE LA CONDUCTA DISOCIAL
52. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD
(Niños/Adolescentes)
53. TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD
(Adultos)
54. TRASTORNOS ADAPTATIVOS
55. TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL
56. TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD y DEPRESION
57. TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD

Resultados

Análisis total de la muestra

Mediante el análisis de los datos demográficos y clínicos se hizo descripción a través de estadística (tendencia central). Se realizaron las comparaciones de las variables expresadas en medias a través de la prueba de t de Student, se hicieron las comparaciones de los porcentajes a través de la prueba χ^2 . Se obtuvo el análisis de medidas repetidas para la comparación global de los grupos.

La muestra consistió en 105 pacientes, 40 hombres, 17 sin diagnóstico de TDAH y 23 con diagnóstico de TDAH y 65 mujeres, 19 sin diagnóstico de TDAH y 69 con diagnóstico de TDAH para un total de 69 pacientes con diagnóstico de TDAH y 36 sin diagnóstico de TDAH.

La edad promedio de la muestra fue de 29.3 años +/- 6.5 años (19-40), fueron diagnosticados con Episodio depresivo mayor 61.1 % sin TDAH y 71% con TDAH (n=71, p=0.303), Trastorno del ánimo debido a una enfermedad médica 5.6% sin TDAH y 0% con TDAH (n=2, p=0.48, Fisher=0.115), Trastorno bipolar tipo 2 0% sin TDAH y 1.4% con TDAH (n=1, p=0.98, Fisher 1.0), Trastorno de angustia 27.8% sin TDAH y 7.2% con TDAH (n=15, **p=0.004**), Fobia Social 0% sin TDAH y 1.4 % con TDAH (n=1, p=0.468, Fisher=1.0), Trastorno obsesivo compulsivo 2.8% sin TDAH y 1.4% con TDAH (n=2, p=0.636, Fisher=1.0), Trastorno por estrés postraumático n=5, p=0.499, Fisher=0.658), Dependencia al alcohol 8.3 %sin TDAH y 4.3 % con TDAH (n=6, p=0.404), Dependencia a sustancias 5.6% sin TDAH y 8.7% con TDAH (n=8, p=0.565), Bulimia 2.8% sin TDAH y 4.3% con TDAH (n=4, p=0.690, Fisher=1.0), Trastorno de ansiedad generalizada 33.3% sin TDAH y 21.1% con TDAH (n=30, **p=0.435**), Trastorno adaptativo 2.8% sin TDAH y 0% con TDAH (n=1, p=0.104, Fisher 0.343), Trastorno límite de la personalidad 5.6% sin TDAH y 7.2% con TDAH (n=7, p=0.742). El resto de los diagnósticos no fueron encontrados.

Los resultados de los datos sociodemográficos son los siguientes empleos en el último año p=.319, ingreso último año p=.850, personas que trabajan en casa p=.165, servicios de emergencia p=.658, internado en hospital p=.274, incapacidad médica p=.152, inicio de vida sexual activa p=.180, parejas sexuales p=.382, calidad de vida p=.152, edad de mamá al nacer p=.514, último año escolar p=.022, clases especiales p=.512, tiempo ocupado en pasatiempos p=.677, se corrieron las pruebas de análisis estadístico a todas las variables y no se encontraron diferencias significativas en la comparación de los pacientes sin TDAH y con TDAH.

Al comparar los datos no se encontraron significancias estadísticas, el episodio depresivo mayor, el trastorno de angustia, la dependencia al alcohol, el

trastorno de ansiedad generalizada son los diagnósticos que se encontraron con tendencia a la significancia.

Análisis por grupos diagnósticos

Diagnóstico	% sin TDAH	% con TDAH	Estadística
Episodio depresivo mayor	61.1%	71%	n=71 p=0.303
Trastorno del ánimo debido a causa medica	5.6%	0%	N=2 p=0.48
Trastorno bipolar tipo 2	0%	1.4%	N=1 P=0.468
Trastorno de angustia	27.8%	7.2%	N=15 P=0.004
Fobia social	0%	1.4%	N=2 P=0.468
Trastorno obsesivo compulsivo	2.8%	5.8%	N=5 P=0.636
Trastorno por estrés postraumático	2.8%	5.8%	N=5 P=0.658
Dependencia a alcohol	8.3%	4.3%	N=6 P=0.404
Dependencia a sustancias	5.6%	8.7%	N=8 P=0.565
Bulimia	2.8%	4.3%	N=4 P=0.690
Trastorno de ansiedad generalizada	33.3%	21.1%	N=30 P=0.435
Trastorno adaptativo	2.8%	0%	N=1 P=0.104
Trastorno límite de la personalidad	5.6%	7.2%	N=7 P=0.742

Discusión

El objetivo del presente estudio fue describir y comparar las características clínicas y sociodemográficas de pacientes con y sin TDAH en la edad adulta y evaluar los casos para determinar el diagnóstico.

Las características sociodemográficas de los pacientes no difirieron significativamente entre los grupos de pacientes con y sin TDAH en la edad adulta que fueron evaluados. Los rangos de las variables estuvieron dentro de lo esperado para las patologías, ya que las características clínicas y sociodemográficas son conocidas hasta la actualidad.

El número de pacientes con TDAH y sin TDAH no fue de acuerdo a la prevalencia esperada incluso para la variable de sexo.

Dado que se encontraron datos acerca de la comorbilidad más frecuente en los pacientes con TDAH en el caso de la muestra no se encontraron diferencias significativas al comparar ambos grupos, sin embargo se encontraron datos con tendencia a la significancia como la dependencia a sustancias, la dependencia a alcohol, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor.

En lo que respecta a los datos sociodemográficos los pacientes con TDAH muestran tendencia a la significancia en la calidad de vida pues la perciben más deteriorada en comparación con los pacientes sin TDAH. También se mostró tendencia a la significancia al evaluar la habilidad para aceptar a la gente en situaciones sociales utilizando una escala del 1 al 10.

Es sabido que los pacientes con TDAH tienen una alta comorbilidad psiquiátrica los cuales los hacen compartir características clínicas y sociodemográficas con pacientes con otro diagnóstico psiquiátrico.

El presente estudio incluyo pacientes con uno a más diagnósticos psiquiátricos, con trastorno por déficit de atención con y sin comorbilidad, debido a que este último no fue en su gran mayoría el diagnóstico principal en la evaluación psiquiátrica.

Individuos adultos con TDAH no diagnosticado manifiestan significativamente mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial comparados con aquellos que fueron negativos al tamizaje para el trastorno, lo cual sugiere que el TDAH confiere una seria carga a los adultos incluso cuando estos permanecen sin reconocer el trastorno clínico³¹.

Conclusiones

- *Las características clínicas y sociodemográficas no difieren en pacientes adultos del Instituto Nacional de Psiquiatría con TDAH y sin TDAH*
- *Los padecimientos comórbidos en los pacientes con TDAH pueden dificultar la identificación de las características clínicas de los pacientes adultos con y sin TDAH*
- *Los pacientes adultos con y sin TDAH del Instituto Nacional de Psiquiatría no presentan diferencias significativas en la severidad de sus padecimientos*
- *Son necesarios futuros estudios y un análisis de acuerdo a las evaluaciones posteriores de los pacientes con y sin diagnóstico de TDAH en el adulto*
- *Futuros estudios nos permitirán reconocer, evaluar, tratar y describir las características clínicas y sociodemográficas del TDAH en el adulto en nuestra población.*

El TDAH se inicia en la infancia y, en más del 50% de casos, persiste también en la edad adulta. Se dispone de evidencias que sustentan la validez del diagnóstico en adultos. Los estudios epidemiológicos refieren una prevalencia del 4% en la edad adulta. Estos resultados indican que en la práctica clínica habitual el TDAH en adultos está infradiagnosticado, y por tanto, incorrectamente tratado. Una de las posibles causas de esta situación es que la sintomatología experimenta cambios en los adultos respecto a la infancia. La hiperactividad es el síntoma que más se reduce, seguido de la impulsividad, y la inatención se mantiene prácticamente igual.

En adultos, se asocia a graves problemas académicos, laborales, legales, en la conducción de vehículos, familiares y a la presencia de otras patologías psiquiátricas. Existen instrumentos de evaluación útiles en español, que facilitan su detección y diagnóstico diferencial.

Se disponen de diversos tratamientos como el metilfenidato y la atomoxetina, y tal revisión rebasa los objetivos de la presente tesis, sin embargo los datos obtenidos colaboran a aumentar lo que hasta hoy se conoce del trastorno por déficit de atención en adultos.

De acuerdo con la literatura publicada hasta el momento los resultados obtenidos difieren en varios aspectos, a pesar de no encontrar significancia estadística en la mayoría de los resultados el funcionamiento clínico y las características sociodemográficas de los pacientes con trastorno por déficit de

atención muestran un menor funcionamiento y ciertas características que los hacen descriptibles por sí mismos.

Finalmente es importante la comunicación del conocimiento en virtud el objetivo primordial: la generación de conocimiento.

Existen diversas razones que explican el infradiagnóstico del TDAH en nuestro país: la escasez de equipos y profesionales adecuadamente formados y actualizados, la inexistencia de una especialidad o subespecialidad médica a cuyo campo de conocimiento la Organización Mundial de la Salud atribuye el diagnóstico y tratamiento integrales de la enfermedad, o la excesiva influencia de doctrinas que atribuyen al TDAH causas dispares, son algunas de ellas.

Asimismo, en nuestro país se detecta una inadecuada derivación de estos casos y, como consecuencia, un tratamiento incorrecto. La mayoría de los casos se detectan en la escuela y, sin embargo, no siempre se deriva a los servicios de salud. Además, muchas veces se interpreta como un trastorno exclusivamente neurológico, cuando en el diagnóstico y tratamiento siempre deben intervenir otros profesionales.

Limitaciones

Las principales limitaciones del estudio radican en el reducido número de pacientes incluidos así como el hecho de que fueron captados de un servicio de preconsulta, lo que conlleva a que los resultados no puedan ser extrapolados a la población general. En una segunda fase se espera lograr una muestra mayor y posiblemente se requiera un estudio multicéntrico a fin de determinar si los resultados presentados en el presente son semejantes a los encontrados en otros grupos de poblaciones. Otra limitación importante es el uso del instrumento de tamizaje con punto de corte de 3 (positivo) lo cual aumenta la sensibilidad de los resultado dificultando el análisis y la interpretación de los mismos.

Referencias bibliográficas

- 1.-Faraone SV. Biological Psychiatry. 48:9-20. 2000
- 2.-The Goulstonian lectures on some abnormal conditions in children. Lecture 1, Lancet, 1:1008-1082. 1902.
- 3.-Ebaugh F. Neuropsychiatric sequelae of acute epidemia encephalitis in children. Am. J. Dis. Child. 25:89-97. 1923
- 4.-Denckla MB. Executive function, the overlap zone between attention deficit/hyperactivity disorder and learning disabilities. Int. Pediatrics. 4:155-160, 1989.
- 5.-Seidman L. y cols. Neuropsychological functioning in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Biol. Psychiatry. 44:260-8, 1998
- 6.-Spencer T. Biederman J. et. al. Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Controversial Diagnosis. J. Cli. Psychiatry. Vol. 59, supl 7, 59-68. 1998.
- 7.-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. American Psychiatric Press. 2000.
- 8.-Barkley R.A. et al Young adult outcome of hyperactive children as a function of severity of childhood conduct problems. www.chadd.org. 2003.
- 9.-Marks D. et al Comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactive disorder. Annals New York Academy of Sciences. Vol. 931, 216-238. junio 2001.
- 10.-Borland B. et al. Hyperactive boys and their brothers. A 25 year follow-up study. Arch. Gen. Psychiatry Vol. 33 669-675. 1976.
- 11.-Weiss G. et al. Psychiatric Status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15 year follow-up of 63 hyperactive children. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. Vol. 24 211-220. 1985.
- 12.-Mannuzza S. et al. Adult outcome of hyperactive boys : educational achievement, occupational rank and psychiatric status. Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 50 565-576. 1993.
- 13.-Biederman J. et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am. J. Psychiatry. Vol. 150, 1792-1798. 1993.

14.-Lambert N.M. et al. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J. Learning Disabilities*. Vol. 31, 533-544. 1998.

15.-Shekim W. et al. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention hyperactivity disorder, residual state. *Comp. Psychiatry*. Vol. 31, 416-425. 1990.

16.-Mannuzza J. et al. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am. J. of Psychiatry*. Vol. 155, 493-498. 1998.

17.-Practice Parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. AACAP Official Action. *J. Am. Child, Adolesc. Psychiatry. Suppl*. Vol. 41, 26s-50s. 2002

18.-Taylor F. Russo J. Efficacy of Modafinil Compared to Dextroamphetamine for the Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in Adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Vol. 10, 4, 311-320. 2000

19.-Spencer T. Biederman J. et. al. Efficacy of a Mixed Amphetamine Salts Compound in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. Vol. 58, 775-782. agosto 2001.

20.-Wilens T. Spencer T. et. al. A Controlled Clinical Trial of Bupropion for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders in Adults. *Am. J. Psychiatry*. Vol. 158:2. 282-288. febrero 2001.

21.-Spencer T et al. Effectiveness and tolerability of atomoxetine in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am. J. Psychiatry*. Vol. 155, 693-695. 1998.

22.-Spencer T et al. Efficacy and safety of atomoxetine in adults with ADHD. Póster presentado en la 156 Reunión Anual de la APA. San Francisco California. Mayo 17-22. 2003.

23.-Biederman J. Psychopharmacology of adults with Attention-deficit/Hyperactive Disorder. *Primary Psychiatry*. Vol. 11:7, 57-62. 2004.

24.-Niederhofer H. An open trial of buspirone in the treatment of attention deficit disorder. *Human Psychopharmacology*. Vol. 18:6, 489-92. 2003.

25.-Ashton CH y cols. The adult psychiatrist's dilemma: psychostimulant use in attention deficit/hyperactivity disorder. *J. Psychopharmacology*, Feb. 14. 2006.

26.- Schweitzer JB, et al. *Med Clin North Am*. 2001;85(3):10-11, 757-777.

27.- Barkley RA. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 2nd ed. 1998.

- 28.- Biederman J, et al. Am J Psychiatry.1993;150:1792-1798.
- 29.- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. 2000: 85-93.
- 30.- Lenard, Cohen, Psychiatr Clin N Am; 27 (2004) 187-201
- 31.- Stephen L. Able, et al. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. Psychological Medicine, 2007; 37, 97-107
- 32.- Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. J Atten Disord 1996; 1: 147-61.
- 33.- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatry comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 1993; 150: 1792-98.
- 34.- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 2000; 157: 816-18.
- 35.- Murphy K, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. J Nerv Ment Dis 2002; 190: 147-57.