



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

PRESENCIA DE TDAH EN LA INFANCIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN  
DEL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

DR. ISMAEL ZAMORA CASTANEDO

TUTOR TEÓRICO

Dra. Diana Molina Valdespino.

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Miguel Villavicencio Casildo.

México, D. F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES	6
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	14
MATERIAL Y MÉTODOS	15
RESULTADOS	18
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIÓN	29
ANEXOS	30
REFERENCIAS	37

## RESUMEN

Antecedentes. El trastorno por déficit de atención se encuentra asociado a comorbilidad, una de las principales es la depresión. Al parecer en el adulto la presencia de TDAH en la infancia aumentaría el riesgo de depresión. Objetivos. Describir la frecuencia con que se presenta el antecedente de TDAH en la infancia en pacientes adultos con diagnóstico de trastornos depresivos que acuden al HPFBA. Material y métodos. Se realizó un estudio transversal, descriptivo de una muestra de 41 pacientes con diagnóstico previamente establecido de depresión. Se realizó el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia con la escala Wender Utah Rating Scale (WURS). Se realizó un análisis de asociación entre las variables demográficas y la presencia o no de TDAH en la infancia y una comparación entre grupos con T de Student con el total de WURS y el sexo y los diagnósticos psiquiátricos. Resultados. La presencia de TDAH en la infancia en la muestra fue del 34%, se encontró asociado a problemas para manejar dinero, dificultades en las relaciones y haber sido despedido. Las mujeres mostraron una mayor puntuación en la subcategoría de inatención y los hombres en hiperactividad. Una mayor puntuación en inatención se asocio a distimia. Conclusión. La frecuencia de TDAH en la infancia es similar a la reportada en otros estudios, sin embargo es necesario ampliar la información.

Palabras clave. Depresión, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, WURS, Adultos, Comorbilidad.

## ABSTRACT

Background. The attention deficit disorder is associated with morbidity, is a major depression. Apparently in the presence of adult ADHD in childhood increases the risk of depression. Objectives. Describe the frequency with which it presents a history of childhood ADHD in adult patients diagnosed with depressive disorders who come to the HPFB. Material and methods. We performed a cross-sectional study, descriptive of a sample of 41 patients with previously established diagnosis of depression. Was diagnosed retrospectively in children with ADHD scale Wender Utah Rating Scale (WURS). An analysis of association between demographic variables and the presence of ADHD in children and a comparison between groups with Student's T with total WURS and gender and psychiatric diagnoses. Results. The presence of ADHD in children in the sample was 34%, was associated with handling money problems, difficulties in relationships and has been dismissed. Women showed higher scores on the subset of inattention and the man's on the subset of hyperactivity. A higher score on the subset inattention is associated with dysthymia. Conclusion. The frequency of ADHD in children is similar to that reported in other studies, however, need more information. Keywords. Depression, attention deficit disorder and hyperactivity, WURS, Adult comorbidity.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una entidad clínica con una prevalencia entre la población infantil y juvenil de un 5 al 7%, de los cuales el 50% mantiene los síntomas en edad adulta. Sus repercusiones son diversas, pero las más impactantes son alteraciones del aprendizaje escolar y de relación social.

Aunque el TDAH siempre ha existido, son dos los factores que están favoreciendo su conocimiento: la preocupación social, a nivel personal, familiar y de relaciones y el incremento de los conocimientos científico-cognitivos en todas sus disciplinas. Los profesionales expertos en TDAH al parametrizar los síntomas y signos dándoles estructura facilitan un diagnóstico sistemático, y a su vez transmiten a la sociedad que este cuadro es una entidad con un orden y sentido en sus manifestaciones clínicas que permiten un tratamiento.

Si se mira atrás lo avanzado es mucho, pero los profesionales sensibles a su entorno deben seguir dando respuestas a las demandas que diariamente se les plantean. Esta tarea de progreso se impone periódicamente una revisión y concreción de los conocimientos y prácticas. Existe aun escasa información sobre la presencia de TDAH en adultos en nuestra población, esto seguramente ocasionado por los recientes parámetros de diagnóstico, y aun más por que en la practica generalmente no se buscan antecedentes de este padecimiento. Obtener más información sobre el número de pacientes con depresión que mostraban datos de TDAH en la infancia nos aportan conocimiento de manera retrospectiva, además nos ayuda a realizar diagnóstico actual e intervenciones para mejorar la evolución del paciente. Con este fin se ha elaborado esta investigación que estudia la presencia de TDAH infantil en una muestra compuesta de pacientes adultos con depresión.

## ANTECEDENTES.

El trastorno por déficit de atención tiene una prevalencia de 4% a 9% en niños de edad escolar y de 4% en adultos a nivel mundial, en el pasado se mencionaba que el TDAH no continuaban en la adolescencia, en la actualidad, estudios controlados a largo plazo demuestran que este trastorno persiste en un gran número de adultos que fueron diagnosticados en la infancia<sup>i</sup>. Resultados longitudinales sugieren que el TDAH en la infancia persiste en los adultos jóvenes en un 60 a 70 % de los casos <sup>ii</sup>.

Estudios longitudinales han mostrado que en el TDAH en adultos los síntomas de hiperactividad e impulsividad podrían decaer, pero los síntomas de inatención continúan<sup>iii</sup>. Otros estudios muestran que en aproximadamente la mitad de los pacientes adultos con TDAH se observan niveles importantes de impulsividad e hiperactividad, pero más del 90 % muestran síntomas de inatención<sup>iv</sup>.

Los adultos con TDAH también tienen pobre tolerancia a la frustración, relaciones interpersonales inestables, por lo que las tasas de divorcios son más altas; estudios revelan que cambian a menudo de trabajo. Algunos adultos se automedican con el consumo de sustancias, el tabaquismo, consumo excesivo de cafeína, comen en exceso, y tales comportamientos tienen a menudo otras consecuencias médicas<sup>v, vi, vii</sup>.

Las primeras investigaciones acerca de esta patología, hablaban de una «disfunción cerebral mínima». Posteriormente, se hizo un mayor énfasis en la hiperactividad, por lo que se acuñó el término de «niño hiperquinético». Actualmente, se sabe que este síndrome puede o no acompañarse de hiperactividad<sup>viii</sup>. Este tipo de trastorno puede persistir en la edad adulta desde 40% hasta 79% de los casos, por lo que se obtiene una prevalencia estimada de 3 a 6% en la población general<sup>ix, x</sup>. La variabilidad de estos porcentajes se relaciona con los criterios diagnósticos empleados, quiénes fueron los informantes y los métodos que se consideraron para tomar la muestra de las diversas investigaciones.

Sin embargo, algunos adultos con TDAH quizá no se quejen de los síntomas de inatención porque aprenden a compensar hasta cierto punto el deterioro causado por el desorden, por ejemplo, dependiendo generalmente de una agenda digital personal (6).

El reconocimiento del trastorno en los adultos ha tenido muchos obstáculos, porque en comparación con los niños, la sintomatología es menos disruptiva, la identificación de los casos requiere una entrevista cuidadosa de los síntomas de inatención, intranquilidad, impulsividad y desorganización<sup>xi</sup>. Además puede ser oscurecido por los síntomas de los trastornos comórbidos, los cuales son sumamente comunes tanto en la infancia como en la edad adulta <sup>xii</sup>.

El trastorno por déficit de atención (TDAH) es una entidad multifactorial, en la que el factor genético ha mostrado ser un factor de peso. Se ha encontrado evidencia de algunos genes que están involucrados en la etiología del TDAH: el gen del receptor D<sub>2</sub> de dopamina, el gen de dopamina-beta-hidroxilasa, el gen transportador de dopamina, el SNAP 25, el gen del receptor D<sub>4</sub> de dopamina, y

otros<sup>xiii</sup>. Los datos del receptor de D4 son especialmente complicados porque la variante genética asociada con el TDAH es conocida mediante una respuesta de los neurotransmisores de norepinefrina y dopamina, los cuales también se han asociado importantemente en la patofisiología del TDAH<sup>xiv</sup>.

La mayoría de los adultos diagnosticados como TDAH tiene al menos un trastorno psiquiátrico comórbido, como ansiedad, abuso de sustancias, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor e incluso, algunos tienen dos o más de éstos (10). Algunos estudios indican que las condiciones comórbidas que coexisten a menudo en TDAH de la infancia continúan en la adultez, lo que da como resultado una carga médica y económica para la sociedad, y aunque estos costos son desconocidos, empeoran cuando el TDAH y los trastornos comórbidos no son tratados<sup>xv</sup>.

Estos datos se muestran en el cuadro 1.

Cuadro I. Frecuencia reportada de los diferentes tipos de comorbilidad en pacientes adultos con TDAH.

Tipo de trastorno	Frecuencia observada
Abuso y dependencia de alcohol	32-53%
Trastornos por ansiedad	25-50%
<b>Trastornos del ánimo</b>	<b>20-40%</b>
Conductas antisociales	18-38%
Alteraciones del aprendizaje (ej. Dislexia)	20%
Abuso y dependencia de sustancias (mariguana, cocaína, etc)	8-32%
<b>Trastornos de personalidad en general</b>	<b>10-20%</b>

Tomado de Roizblatt 2003<sup>xvi</sup>

En la actualidad existen múltiples reportes de asociación de patología co-mórbida o en torno a las dificultades del diagnóstico diferencial entre el TDAH y otras entidades nosológicas. Por lo que se ha planteado la posibilidad de un sobre diagnóstico de esta patología y otras enfermedades psiquiátricas. Cuando la presentación de un paciente sugiere la posibilidad de TDAH, una historia detallada del desarrollo, (corroborar las fuentes en lo posible, como registros escolares y recuerdos familiares) es necesario para establecer si los síntomas de TDAH estuvieron presentes desde la infancia. Una historia consistente del deterioro en la niñez es un requisito para el diagnóstico, lo cual también requiere que el adulto

tenga actualmente un deterioro considerable en dos o más situaciones: casa, escuela, trabajo, actividades sociales<sup>xvii</sup> (13).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TDAH EN EL ADULTO

Desde el DSM-III (1980) se entiende que el trastorno puede afectar a los adultos. A partir del DSM-III-R se describe formalmente la posibilidad de realizar el diagnóstico de TDAH en los adultos.

Para poder realizar un diagnóstico de TDAH en una persona adulta es preciso que el trastorno esté presente desde la infancia, como mínimo desde los siete años. El sujeto debe continuar presentando una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de dos áreas importantes de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar.

Los adultos con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad. Asimismo, los síntomas de hiperactividad en los adultos suelen tener una expresión clínica ligeramente diferente a la encontrada en los niños. Por ejemplo, un de los síntomas de los síntomas de hiperactividad en los niños puede ser el correr por todas partes, subirse a los muebles de forma constante, mientras que en la edad adulta el mismo síntoma se manifiesta como un sentimiento subjetivo de inquietud.

## EVOLUCION DEL TDAH EN EL ADULTO

En términos generales, los pacientes con TDAH logran una menor formación académica en comparación a los grupos control, aún presentando niveles de inteligencia similares. Los estudios refieren que los personas con un TDAH presentan una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno. Las dificultades en la adaptación social pueden persistir en los adultos con TDAH, incluso agravarse, si se tienen en cuenta las crecientes demandas sociales que se han de afrontar en la edad

## EVALUACIÓN DEL TDAH EN ADULTOS

Un protocolo estandarizado debería incluir una historia clínica del paciente, cuestionarios autoadministrados de síntomas, rendimiento neuropsicológico y evaluación de comorbilidad psicopatológica. A continuación se realizará un listado de aquellas medidas que estén traducidas y/o validadas en nuestro entorno. También existen entrevistas estructuradas con este objetivo.

Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID-Parte II) (Conners y cols., 1999)<sup>xviii</sup>.

Entrevista para TDAH de Barkley (Barkley y cols., 1998)<sup>xix</sup>.

ADHD Rating Scale-IV (DuPaul y cols., 1998).

ADHD Symptom Rating Scale (Barkley y cols, 1998).

Adult Self-Report Scale (ASRS) (WHO and Workgroup on Adults ADHD: Adler, Kessler y Spencer, 2003).

Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (Conners y cols., 1999)

ADHD Screening Checklist: Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward y cols., 1993; Rodriguez-Jimenez y cols., 2001).

ADHD Symptom Rating Scale (Barkley y cols., 1998).

## COMORBILIDAD DE TRASTORNOS DEPRESIVOS CON TDAH

La controversia sobre si la hiperactividad es un constructo con entidad propia o si, en realidad, se trata de un conjunto de síntomas que forman parte de otras entidades psicopatológicas, ha sido resuelta por un importante grupo de autores que acreditan la asociación de TDAH con otros diagnósticos comorbidos, con independencia sindrómica<sup>(xx)</sup>, considerando que son las propias características del TDAH las que incrementa la posibilidad de padecer otras alteraciones en el área de la salud mental. Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tiene TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja<sup>(xxi)</sup>.

El TDAH puede manifestar problemas de diagnóstico diferencial con la ansiedad o la depresión. La depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud; sin embargo, suele acompañarse de tristeza, apatía o pérdida de ilusión y ser frecuentemente episódica, por contraposición al TDAH. En resumen la patología de los trastornos afectivos suele tener un inicio posterior a los sueño años y es más episódica que la del TDAH y presentación clínica específica.

Como grupo, los niños con TDAH tienen una proporción mayor de síntomas de depresión que los niños normales o con dificultades de aprendizaje<sup>(xxii)</sup>, y su comorbilidad oscila entre un 12 y un 41% de los casos. Estudios epidemiológicos de niños y adolescentes reflejan que la comorbilidad promedio de TDAH con depresión oscila entre 15-30%<sup>(xxiii)</sup>, existiendo investigaciones que no aprecian riesgo superior de trastornos afectivos en jóvenes con TDAH, respecto al grupo control (hedí 1999). Los datos sugieren que la comorbilidad de la depresión y el TDAH no es benigna, produce una alta morbilidad, incapacitación y peor pronóstico a largo plazo<sup>(xxiv)</sup>.

Existen predictores de la persistencia de depresión y TDAH, en un estudio de seguimiento de cuatro años a 76 niños deprimidos con TDAH, sus hallazgos resultan interesantes ya que observaron que los niños que tenían depresión tenían a su vez algunos índices de trastorno bipolar y problemas interpersonales que hacían que la depresión perdurara, por otra parte los niños que tenían problemas en la escuela o altos síntomas de TDAH no mostraron ser un factor predictor para la presencia de TDAH. Así, los autores del estudio consideran que la depresión no es simplemente una desmoralización, secundario a la disfunción escolar o social que presentan estos niños, si no una verdadera depresión<sup>xxv</sup>.

Al parecer las mujeres tienen mayor riesgo de tener trastornos depresivos que los hombres con TDAH, probablemente por que las mujeres tienen una experiencia de

desregulación afectiva más importante que los hombres<sup>xxvi</sup>. En un estudio de seguimiento donde evaluaron a adolescentes y mujeres adultas la comorbilidad de depresión mayor y TDAH durante cinco años (140 mujeres con TDAH y 122 sin TDAH) encontraron que las mujeres con TDAH tenían 2.5 más riesgo de desarrollar depresión mayor que las mujeres sin TDAH. Las mujeres con depresión mayor se asociaban a una edad de inicio menor del padecimiento, mayor duración de la comorbilidad y una depresión con síntomas más importante, con altos rangos de suicidalidad, y que requirieron la mayor parte de las veces hospitalización. La presencia de depresión mayor y manía en los padres fue predictivo de que presentarían depresión mayor las mujeres con TDAH independiente de otros predictores<sup>xxvii</sup>.

Existen al parecer influencias familiares asociadas, ya que las mujeres con TDAH y depresión muestran una agregación familiar, a diferencia de los hombres, estos resultados pueden indicar que existe un subtipo de TDAH y depresión mayor que es más evidente en las mujeres y que existen susceptibilidades de género que no tienen que ver con otros factores de riesgo familiar para el inicio del TDAH y la depresión mayor<sup>xxviii</sup>.

Esto se ha observado también en niñas con madres deprimidas, aunque dado que la sintomatología la evaluaron las madres, existía un sesgo para evaluar adecuadamente a las hijas por lo que los resultados no fueron concluyentes<sup>xxix</sup>. Además se han encontrado altos rangos de síntomas afectivos en padres de niños con la comorbilidad de TDAH y depresión, así encontraron que los trastornos depresivos en madres y padres de niños con TDAH y depresión eran respectivamente del 48.1% y 43%<sup>xxx</sup>.

En cuanto a los adultos, en un estudio en 435 padres con TDAH encontraron que por lo menos el 87% había tenido por lo menos un trastorno psiquiátrico en su vida y un 56% había tenido más de un trastorno. En general mostraban una mayor prevalencia de trastornos afectivos como depresión y distimia, entre otros trastornos de conducta<sup>xxxi</sup>.

Respecto al riesgo suicida, una entidad altamente asociada a la depresión, se encontró que los niños con intentos suicidas con alta agresión y altos niveles de suicidalidad, pero que no tenían altos niveles de depresión fueron diagnosticados regularmente con TDAH, de estos niños los que eran agresivos, tenían antecedentes de madres deprimidas y altos niveles de enojo que explicaban el 33% de la variancia en la escala de suicidio<sup>xxxii</sup>.

## TRATAMIENTO

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDAH EN EL ADULTO

Los psicofármacos empleados en el tratamiento del TDAH en adultos son los mismos que los utilizados en el TDAH infantil. Los fármacos mejor estudiados en adultos son metilfenidato y atomoxetina.

#### 1. Eficacia de los psicoestimulantes

El metilfenidato en adultos, ha mostrado una efectividad significativa al mejorar la capacidad de atención, reducir la impulsividad y disminuir notoriamente la

hiperactividad motora<sup>xxxiii</sup>, aunque su uso ha sido cuestionado por sus efectos secundarios y riesgo de dependencia<sup>xxxiv</sup>, distintas investigaciones han confirmado su indicación en este trastorno<sup>xxxv</sup>. Incluso pacientes que presentaban comorbilidad con abuso de drogas o dependencia a cocaína en los cuales la adherencia al tratamiento es menor, mostraron mejoría<sup>xxxvi</sup>. Para iniciar el tratamiento, se recomienda una dosis de 5 mg al desayuno (se debe ingerir con las comidas ya que mejora su absorción), y luego ir aumentando cada 3 ó 4 días según la respuesta del paciente, hasta alcanzar una dosis máxima de 60 mg/día, dividida en 2-3 dosis de 20 ó 30 mg<sup>xxxvii</sup>, aunque debiera ser indicado sólo por especialistas.

En el meta-análisis sobre la eficacia y seguridad de Metilfenidato en adultos con TDAH, se incluyeron un total de 243 pacientes. De ellos, 140 recibieron Metilfenidato, mientras que 113 recibieron placebo. Los resultados mostraron que el Metilfenidato era más eficaz que el placebo en el tratamiento del TDAH, especialmente cuando la dosis era igual o superior a 0.9 mg/kg/d. Los psicoestimulantes no sólo no aumentan el riesgo de abuso o dependencia a sustancias sino que lo disminuyen en la edad adulta.

Las anfetaminas están contraindicadas en pacientes psicóticos, epilépticos (bajan el umbral convulsivo), con disfunción hepática, que presenten tics, , y aquellos que estén usando antidepresivos IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa). Los efectos secundarios al uso de metilfenidato en adultos son similares a los que presentan los niños, siendo los más frecuentes la disminución del apetito y el insomnio. Baja de peso, cefalea, náuseas, trastornos gastrointestinales y disforia se han descrito en forma excepcional<sup>xxxviii</sup>.

Los antidepresivos también han demostrado ser eficaces en el tratamiento de esta patología, con la ventaja adicional de cubrir la comorbilidad depresiva. Según el tipo de antidepresivo, pueden aumentar los niveles de dopamina y/o norepinefrina. Es importante recalcar que pese a ser efectivos, sus resultados son más modestos que con las anfetaminas. El bupropión es un antidepresivo dopaminérgico y noradrenérgico, está indicado en dosis diarias de 150 a 300 mg<sup>xxxix</sup>. Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina), se sugieren en dosis tan bajas como 10 mg o 25 mg por día. Si no hay respuesta, se pueden incrementar hasta alcanzar los 150-300 mg al día<sup>29</sup>. También se han usado antidepresivos IMAO, con una eficacia menor y se reservan para aquellos pacientes refractarios a otros medicamentos. Los inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram), estarían indicados en TDAH cuando -además de un trastorno afectivo- hay comorbilidad con ansiedad u obsesividad<sup>xl, xli</sup>.

La atomoxetina, un potente inhibidor presináptico del transportador de norepinefrina, ha sido recientemente aprobado por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos de Norteamérica (FDA) para el tratamiento de esta patología. Si bien existen pocos estudios en adultos, éstos demuestran que es superior a placebo en dosis de 76 a 90 mg/día, diferenciándose de las anfetaminas en que no produciría dependencia<sup>xlii, xliii</sup>. Sus efectos adversos más comunes son cefalea, disminución del apetito, sequedad bucal, náuseas y vómitos<sup>xliv, xlv</sup>.

## 2.5.2 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La aproximación más efectiva para tratar el TDAH en adultos, es la cognitivo-conductual, tanto en una intervención individual como grupal (Brown, 2000; McDermott, 2000; Young, 2002).

Los resultados referidos anteriormente demuestran que el TDAH en los adultos es una entidad clínicamente relevante. Como consecuencia del trastorno los pacientes sufren importantes alteraciones que afectan a su calidad de vida. La bibliografía actual ha aportado suficientes evidencias de la persistencia del TDAH en la edad adulta. Por todo ello, consideramos que la identificación del trastorno y su correcto tratamiento es de suma importancia.

Entre el 10 y el 60 % de los casos diagnosticados en la infancia, presentan síntomas en la adultez. Los investigadores alcanzando la madurez, usualmente en la adolescencia; otros postularon que el síndrome completo o una parte de sus síntomas principales persisten a lo largo de la adultez asociados con fracasos en muchas áreas, desmoralización y otras secuelas; un tercer modelo concebía al TDAH como precursor de otras condiciones psicopatológicas de la vida adulta. Hay evidencia clínica que soporta estas tres líneas de pensamiento. La persistencia del TDAH incrementa significativamente el riesgo de trastornos por uso de sustancias y de personalidad antisocial; hay altos niveles de fracaso escolar, pobre desempeño laboral, mala interacción social y autoestima baja; está asociado con altos niveles de morbilidad psiquiátrica y disfunción que persiste en la adultez en los individuos afectados.

El DSM-IV solamente presenta como síntomas cardinales la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Sin embargo algunos estudios incluyen dentro de sus criterios diagnósticos aspectos como labilidad afectiva, temperamento expansivo o explosivo, intolerancia al estrés, alteración de las relaciones interpersonales y la presencia de un trastorno disfórico.

En relación a la psicoterapia, las técnicas cognitivo-conductuales y la terapia sistémica tendrían efectos en la baja autoestima, en el control de la impulsividad, en el aprendizaje de destrezas para resolver problemas y disponer de nuevos repertorios para enfrentar conflictos en las relaciones interpersonales<sup>xlvi, xlvii34,35</sup>, mejorando la calidad de vida del paciente tanto familiar como laboral. El tratamiento en conjunto de terapia conductual y metilfenidato es más efectivo que cada uno por separado<sup>26</sup>. También será importante considerar una adecuada elección de la actividad laboral, la que debe ser compatible con las características que son propias de esta enfermedad.

En conclusión el TDAH del adulto es una entidad clínica frecuente; sin embargo, es subdiagnosticada y, por lo tanto, subtratada. Las consecuencias para la persona que lo sufre y su entorno pueden ser desastrosas (conflictos matrimoniales, laborales, accidentes). De este modo, el TDAH debe ser considerado en la práctica médica general, teniendo presente los criterios aportados por la American Psychiatric Association en el DSM-IV-TR. Una vez identificado el trastorno, debe ser derivado al médico especialista para su correcto tratamiento. Este debe estar basado en la farmacoterapia, principalmente a través

de estimulantes para mejorar la atención, la concentración y la hiperactividad si es que existe. También debe realizarse un tratamiento de psicoterapia cognitivo-conductual y sistémica (sea individual, matrimonial o familiar) que ayuden al paciente y a su entorno a desenvolverse en forma adecuada en su vida cotidiana, evitando que sintomatología no tratada afecte la vida laboral, familiar y social.

---

## JUSTIFICACIÓN.

Los resultados referidos anteriormente demuestran que el TDAH en los adultos es una entidad clínicamente relevante. Como consecuencia del trastorno los pacientes sufren importantes alteraciones que afectan a su calidad de vida. La bibliografía actual ha aportado suficientes evidencias de la persistencia del TDAH en la edad adulta. Por todo ello, consideramos que la identificación del trastorno y su correcto tratamiento son de suma importancia.

Se han realizado escasos estudios en pacientes psiquiátricos adultos sobre la presencia de TDAH en la infancia. La presencia de TDAH dificulta en forma sustancial el tratamiento de éstos, empeorando su evolución, ya que la mayor parte de las veces no recibe un tratamiento adecuado, y no se encontraron estudios en población mexicana que evalúen la presencia de TDAH en la infancia en pacientes psiquiátricos adultos con trastornos depresivos. Estos datos nos podrían ayudar a mejorar el conocimiento de la evolución del TDAH en la infancia, ser base para futuras investigaciones donde se pueda establecer factores pronóstico, elaborar estrategias de intervención temprana y diagnóstico precoz en niños con TDAH de otras alteraciones psiquiátricas. Establecer el diagnóstico en el adulto es también necesario para una adecuada evaluación del paciente y realizar algoritmos de manejo.

La importancia de estudiar en pacientes con depresión la presencia de TDAH en la infancia radica en que se han hecho múltiples estudios que demuestran que los niños con TDAH presentan sentimientos de minusvalía, tristeza y frustración además de frecuente comorbilidad con trastornos depresivos dada las dificultades que presentan en el área escolar y social por el trastorno, sin embargo existen pocos estudios que evalúen si esta asociación puede continuar en el adulto o los adultos con depresión presentaron el antecedente de TDAH en la infancia que pudiera hacerlos proclives a los cuadros afectivos. Lo que podría ampliar la información sobre la sicopatología y factores que podría aumentar el riesgo, siendo este un estudio de aproximación al fenómeno.

Planteamiento del problema.

¿Cuál es la presencia de TDAH en la infancia en una muestra de pacientes con trastorno depresivos del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA)?

Hipótesis.

La presencia de TDAH en la infancia será más alta ( 20%) en una muestra de pacientes deprimidos que acuden al HPFBA que lo referido en población abierta.

## OBJETIVO GENERAL.

Describir la frecuencia con que se presenta el antecedente de TDAH en la infancia en pacientes psiquiátricos adultos con depresión que acuden al HPFB.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características demográficas de la muestra
- Describir las características clínicas de la muestra
- Describir la presencia de TDAH en la infancia en paciente con trastornos depresivos.
- Describir si existe asociación entre variables sociodemográficas y presencia de TDAH en la infancia.

## METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO. Se considera un estudio descriptivo, transversal y observacional.

### 2. UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes que acudan al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con diagnóstico ya establecido de Ansiedad y depresión.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionaron a 41 pacientes con diagnóstico por trastornos depresivos que acudían a la consulta externa de la institución participante, con diagnóstico previamente establecido por el médico adscrito en base a los criterios del CIE-10.

### Material y métodos

#### Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años, ambos sexos, que sepan leer y escribir y que acepten voluntariamente responder la información solicitada.
2. Que sean pacientes de la institución participante
3. Que tengan el diagnóstico de depresión previamente establecido por su médico tratante

#### Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico médico conocido o patología sistémica que pudiera condicionar alteraciones cognitivas,
2. Con diagnóstico de patología psiquiátrica que impida la comprensión de los instrumentos o que no llenen en forma completa los cuestionarios

### 3. PROCEDIMIENTO.

El protocolo fue presentado ante el comité de ética e investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para su evaluación, posterior a su aprobación el titular de la investigación aplicó en la consulta externa del hospital el cuestionario sociodemográfico y la escala WURS, para evaluar el diagnóstico de TDAH en la infancia, a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y que contaron con el tiempo disponible para su realización en los meses de septiembre a diciembre del 2008. La aplicación de los instrumentos se realizó previo a la consulta en un tiempo aproximado de 30 minutos por paciente. Los datos obtenidos se vaciaron en una base de datos para su análisis y realización del formato tesis.

Variables.

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Tipo de variable</b>
Diagnóstico de TDAH en la infancia.	Alteración en la conducta y el comportamiento de base neurobiológica principalmente asociado a disfunción en el lóbulo frontal, de inicio en la infancia.	Presencia de los siguientes síntomas: 1) inatención, 2) hiperactividad, 3), labilidad emocional, 4) irritabilidad y temperamento explosivo, 5) pobre tolerancia a la frustración, 6) desorganización, e 7) impulsividad	WURS	Independiente  Dicotómica Presencia o ausencia de TDAH en la infancia.
Tipo de trastorno depresivo.	Alteración en el afecto caracterizado por tristeza, misnuvalía de manera continua afectando la funcionalidad.	Cumplir criterios para un trastorno depresivo.	Expediente médico	Dependiente  Categorica  Tipo de trastorno depresivo realizado por el médico tratante.

#### INSTRUMENTOS

A los pacientes se les realizara la aplicación de los siguientes instrumentos:

Encuesta sociodemográfica y clínica (se muestra en el Anexo 2). Se evaluaron variables clínicas como diagnóstico psiquiátrico, enfermedad médica, antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, uso de sustancias o alcohol, escolaridad y ocupación, además de variables individuales que se consideraron relevantes como inicio de vida sexual, número de parejas, problemas referidos en la familia, el trabajo o para manejar dinero y otras conductas como prácticas de riesgo sexuales (Es decir sexo sin protección), adicción al juego o ataques de ira.

WURS (Wender Utah Rating Scale)<sup>i</sup> (anexo 3).

Wender desarrolló en base a trabajo empírico, un cuestionario para el diagnóstico de TDAH en adultos. Es importante que la información sea obtenida mediante la entrevista del paciente, y de un informante adicional, preferentemente de un padre para hacer el diagnóstico retrospectivo de TDAH. Siete grupos de síntomas fueron propuestos para caracterizar la sintomatología del adulto con TDAH, y son los siguientes: 1) inatención, 2) hiperactividad, 3) labilidad emocional, 4) irritabilidad y temperamento explosivo, 5) pobre tolerancia a la frustración, 6) desorganización, e 7) impulsividad<sup>ii</sup>. Otros autores han encontrado una fuerte relación entre la sintomatología de los auto reportes de los adultos y la de sus familiares con TDAH<sup>iii</sup>.

La escala es un instrumento auto-aplicable de la sintomatología retrospectiva en la infancia. Se ha mostrado que este instrumento tiene una estructura confiable con una sensibilidad de 91.5%, especificidad de 90.8% y alta consistencia interna (alpha de Cronbach mayor a .80). Ha sido validada en varios idiomas, incluyendo el español en población mexicana<sup>iv,v</sup>. El punto de corte aceptado es de 36. El análisis factorial en la validación española muestra la presencia de cuatro factores: Factor 1 problemas emocionales subjetivos, Factor II impulsividad-trastornos de conducta, Factor III: impulsividad-hiperactividad, Factor IV: dificultades atencionales<sup>vi</sup>.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis de la muestra se realizó por medio de porcentajes, desviación estándar, frecuencias y medias. La frecuencia de TDAH se realizó con porcentaje en el total de la muestra. Las variables nominales se describieron con porcentajes y la comparación de dichas variables entre el grupo con TDAH en la infancia y el que no lo tenía, se hizo con chi cuadrada. Para la comparación de las variables numéricas entre los dos grupos obtenidos (pacientes con y sin TDAH en la infancia) se utilizó U de Mann-Whitney, observando que la muestra no cumplía los criterios de normalidad según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ( $Z=.794$ ,  $p=.646$ ). El valor de alpha se estableció en .05.

#### ÉTICA MÉDICA.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en México en Materia de Investigación para la Salud, Título 2; Capítulo 1, Artículo 17, Fracción III, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de Enero de 1987<sup>vii</sup>, el presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones. De cualquier manera cada uno de los sujetos que sean

susceptibles de participar en el estudio se les explicará detalladamente el motivo del mismo, cada uno de los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidirán libremente su participación, firmando un consentimiento informado que se muestra en el anexo 1.

---

## RESULTADOS

El estudio comprendió a 41 pacientes que acudían a la consulta externa del hospital psiquiátrico. La descripción de las variables demográficas se muestra en el cuadro I. Más de la mitad fueron mujeres y el resto hombres, la mayor parte eran solteros (43.9%), no predominó ninguna ocupación en la muestra.

Cuadro 1. Variables sociodemográficas de la muestra

Variable	Frecuencia (porcentaje)
Sexo	
F	27 (65.9%)
M	14 (34.1%)
Edad	Rango de 18 a 55 Promedio de 35.4 +/- 10.5 Std.
Estado civil	
Casado	8 (19.5%)
Separado	10 (24.4%)
Soltero	18 (43.9%)
Unión libre	5 (12.2%)
Ocupación	
Ama de casa	10 (24.4%)
Comerciante	6 (14.6%)
Desempleado	1 (2.4%)
Empleado	10 (24.4%)
Estudiante	5 (12.2%)
Profesionista	9 (21.9%)
<b>Escolaridad</b>	
<b>Bachillerato o técnico</b>	9 (21.9%)
<b>Licenciatura</b>	12 (29.3%)
<b>Primaria</b>	11 (26.8%)
<b>Secundaria</b>	9 (22.%)

En el cuadro 2, se muestran los antecedentes de patología psiquiátrica y el uso de sustancias tanto del paciente como del familiar. Podemos observar que casi un 30% de la muestra tenía algún antecedente psiquiátrico, más de una tercera parte (el 36.6%) refería alcoholismo en el padre, sólo un 7.3% refería uso de alcohol y un paciente refería uso de drogas.

Cuadro 2. Variables clínicas y antecedentes familiares en la muestra.

Presencia de patología psiquiátrica en familiares	Frecuencia (porcentaje)
Ansiedad	2 (4.9%)
Depresión	9 (22%)
Esquizofrenia	1 (2.4%)
Ninguna	29 (70.7%)
Antecedentes de alcoholismo en el padre	
No	26 (63.4%)
Si	15 (36.6%)
Antecedente de uso de alcohol en el paciente	
No	38 (92.7%)
Si	3 (7.3%)
Uso de drogas en el paciente	
No	40 (97.6%)
Si	1 (2.4%)

En cuanto a otras variables que se consideraron de interés evaluar fueron edad de inicio de vida sexual y conductas de riesgo o que podrían indicar presencia de algún problema en la conducta (cuadro 3), podemos observar que el promedio de inicio de vida sexual eran los 18.8, con un promedio de mas de 4 parejas, la mayor parte del grupo se refirió heterosexual y sólo un pequeño porcentaje refería conductas sexuales de riesgo (3.3%),

Cuadro 3. Variables sobre sexualidad y conducta en la muestra.

Inicio de vida sexual	Promedio de edad 18.8 Rango de 11 a 40 años, 4.8 dst.
Número de parejas sexuales	Promedio 4.4 Rango de 1 a 10
Preferencia sexual	
Heterosexual	30 (95.1%)
Bisexual	1 (2.4%)
Homosexual	1 (2.4%)
Conductas sexuales de riesgo	
No	38 (92.6%)
Si	3 (7.4%)
Adicción a juegos	
No	40 (97.6%)
Si	1 (2.4%)
Practica de deportes extremos	
No	39 (95.1%)
Si	2 (4.9%)
Problemas para manejar dinero	
No	22 (53.7%)
Si	19 (46.3%)
Problemas en la convivencia	
No	23 (56.1%)
Si	18 (43.9%)
Problemas con la pareja	
No	28 (68.3%)
Si	13 (31.7%)
<b>Ataques de ira</b>	
No	23 (56.1%)
Si	18 (43.9%)

En cuanto a otras enfermedades medicas, la muestra tenia casi un 40% de comorbilidad con otro padecimiento, siendo la más frecuente Hipertensión. La edad de inicio del padecimiento en promedio fue de 26.4 años, y la mayor parte no tenia un internamiento previo aunque un poco menos de la mitad tenia algún intento suicida (Cuadro 4).

Cuadro 4. Variables clínicas de la muestra

Variable clínica	Frecuencia porcentaje
Enfermedad médica	
Anorexia	1(2.4%)
Asma Bronquial	2 (4.9%)
Diabetes Mellitus 2	1 (2.4%)
Gastritis	2 (4.9%)
Hipertensión	3 (7.3%)
Migraña	2 (4.9%)
Ninguna	25 (61%)
Osteoporosis	1 (2.4%)
Sinusitis	1 (2.4%)
Vértigo	1 (2.4%)
Edad de inicio	<b>Promedio 26.4</b>
Del padecimiento psiquiátrico	<b>Rango de 13 a 50 años +/- 8.9 Std.</b>
Número de internamientos	
Ninguno	33 (80.5%)
1	7 (17.1%)
2	1 (2.4%)
Intentos suicidas previos	
Ninguno	22 (53.7%)
1	17 (41.5%)
2	1 (2.4%)
Mas de tres	1 (2.4%)
Psicoterapia en la infancia	
No	30 (73.2%)
Si	11 (26.8%)
<b>Psicoterapia en la actualidad</b>	
<b>No</b>	<b>33 (80.5%)</b>
<b>Si</b>	<b>8 (19.5%)</b>

El diagnóstico psiquiátrico de la muestra fue heterogéneo, siendo el trastorno con mayor frecuencia el episodio depresivo moderado.

Cuadro 5. Diagnóstico psiquiátrico de la muestra

Diagnóstico	Frecuencia (porcentaje)
Episodio depresivo moderado	18 (43.9%)
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	4 (9.8%)
Trastorno depresivo recurrente	11 (26.8%)
Distimia	3(7.3%)
Trastorno mixto ansioso depresivo	5 (12.2%)
<b>Total</b>	<b>41</b>

El promedio obtenido en el WURS tomando en cuenta los ítems que han mostrado una validez para detección de TDAH fue de 29.24 +/- 17.2 Std. con un rango de 6 a 65 puntos. El número de pacientes que obtuvieron una puntuación mayor al punto de corte fue de 16 (34%), los cuales se distribuyeron de la siguiente manera entre los diagnósticos (Cuadro 6).

Cuadro 6. Presencia de TDAH en la infancia dividida por diagnóstico

DIAGNÓSTICO	Diagnóstico de TDAH en la infancia	
	NO	SI
Episodio depresivo moderado	15	7
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	3	2
Trastorno depresivo recurrente	1	2
Distimia	7	4
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>16</b>

Al realizarse el análisis de asociación se observó que ningún diagnóstico se encontraba asociado a la presencia de TDAH en la infancia (Chi 5.202 , p=.158).

En cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas, se encontró asociación en los problemas para manejar dinero, estar puntual o terminar quehaceres domésticos (p=.021), haber sido despedido (Chi 8.89, p=.003) , problemas en el trabajo (Chi=3.82, p=.05) acercándose a la significancia la presencia de TDAH en el sexo masculino (Chi=2.93, p=.087) (cuadro 7), como podemos observar los

hombres tuvieron mayor presencia de TDAH que las mujeres (37.2% vs. 29.7%) . El resto de las variables no mostró significancia.

Cuadro 7. Porcentaje de mujeres y hombres con TDAH en la infancia.

		Antecedente de TDAH en la infancia		Total
		no	Si	
Sexo	Masculino	6 (42.8%)	8 (37.2%)	14
	Femenino	19 (70.3%)	8 (29.7%)	27
Total		25	16	41

Se obtuvieron los cuatro factores de la escala y el puntaje total de WURS , separando el promedio por pacientes con TDAH y sin TDAH, el diagnóstico psiquiátrico y el sexo. Se realizo U de Mann-Whitney(Cuadro 8 y 9) encontrando diferencias significativas entre la presencia de impulsividad e hiperactividad en mayor medida en los hombres que en las mujeres.

Cuadro 8. Comparación entre los puntajes obtenidos en cada subcategoría del WURS con la presencia de TDAH y el sexo.

Subescala	Problemas emocionales subjetivos	Impulsividad-trastornos de conducta	Impulsividad-hiperactividad	Dificultades atencionales	Puntaje total WURS
	Promedio (Desviación estándar)				
Masculino	12.92 (± 6.95)	8.42 (± 6.64)	8.14 (±4.5)	7.42 (±3.61)	36.92 (± 16.4)
Femenino	9.96 (±6.2)	3.92 (±4.01)	6.3 (±4.43)	5.03 (±4.21)	25.25 (±16.6)
<b>U de Mann Whitney (Significancia)</b>	<b>184.5 (.88)</b>	<b>115.5 (.043)</b>	<b>124.5 (.32)</b>	<b>178.5 (.21)</b>	<b>150.5 (.294)</b>

Al comparar entre diagnósticos no se obtuvo una diferencia significativa entre los puntajes por subcategorías del WURS y cada diagnóstico, excepto que los pacientes con distimia presentaban un mayor puntaje de manera significativa en las dificultades atencionales comparados con el trastorno depresivo recurrente.

Cuadro 9. Comparación entre el puntaje obtenido en cada subcategoría del WURS y el tipo de diagnóstico del paciente.

Variable	Problemas emocionales subjetivos	Impulsividad-trastornos de conducta	Impulsividad-hiperactividad	Dificultades atencionales	WURS TOTAL
Trastorno Depresivo Moderado	9.86 +/- 6.54	4.9 +/- 5.01	5.95 +/- 3.49	5.45 +/- 4.7	26.18 +/- 20.2
Trastorno depresivo mayor	10 +/- 5.7	5.6 +/- 9.23	6.4 +/- 6.8	6.2 +/- 3.9	28.2 +/- 9.20
Distimia	16 +/- 8.18	7.66 +/- 7.02	9.3 +/- 4.16	10 +/- 2.64	43 +/- 16.6
Trastorno depresivo recurrente	12.27 +/- 6.64	5.9 +/- 4.3	8.54 +/- 5.08	5.3 +/- 2.69	32.09 +/- 16.2
U	.425	.592	.811	.021	
Significancia					

Se realizó una comparación entre grupos con U de Mann-Whitney en las variables numéricas dividiendo a la muestra en dos grupos, pacientes con TDAH en la infancia y pacientes sin TDAH en la infancia. Podemos observar que únicamente resulto significativo el número de despidos, siendo mayor número en el grupo con antecedente de TDAH.

**Cuadro 10. Comparación entre los pacientes con y sin TDAH con las variables cuantitativas.**

Variable cuantitativa	U	Sig.
Edad	154.5	.347
Edad de inicio de vida sexual	142.5	.820
Números de parejas sexuales	47	.613
Edad de inicio del padecimiento	185	.924
Numero de internamientos	130	.197
Numero de intentos suicidas	156	.58
Numero de trabajos	188	.989
Numero de despidos	102	.019
Numero de accidentes de trafico	188.5	.989

## DISCUSIÓN

El TDAH es un padecimiento neuropsiquiátrico crónico, poco reconocido en el adulto. Existe reportada una prevalencia en la población general de 4%. Más de la mitad de los pacientes que presentan TDAH presentan alguna comorbilidad psiquiátrica. Los datos sugieren que la comorbilidad con los trastornos afectivos y la presencia de TDAH no es benigna, produce una alta morbilidad, incapacitación y peor pronóstico a largo plazo <sup>(i)</sup>. De ahí la importancia de evaluar esta comorbilidad en este tipo de pacientes.

Se encuentra demostrado que los niños con TDAH tienen una proporción mayor de síntomas de ansiedad y depresión que los niños normales o con dificultades de aprendizaje (Biederman 1996), y su comorbilidad oscila entre un 12 y un 41% de los casos.

Nuestra muestra se caracterizó por ser un mayor número de mujeres, solteros que coincide en general con los reportes de depresión, que reporta una mayor prevalencia en mujeres, probablemente secundario a factores sociales y hormonales<sup>ii</sup>.

Existen pocos reportes sobre la prevalencia de TDAH en la infancia en población psiquiátrica adulta; la presencia de TDAH en la infancia obtenido por el WURS fue del 34.1%, un porcentaje alto comparado con la prevalencia reportada para población en general pero coincidiendo con los reportes de Roizzoblat (16), que reporta una presencia de TDAH que van desde el 25 hasta el 50% en los trastornos depresivos

La mayor parte de las variables sociodemográficas no mostraron una asociación estadísticamente significativa, entre estas fue sobresaliente el sexo <sup>(1)</sup>, ya que se encuentra referido que la presencia de TDAH se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino, si bien existió una mayor frecuencia en los hombres esto no alcanzó la significancia estadística, esto lo podemos atribuir a que la muestra no es de población abierta si no población psiquiátrica, lo que implicaría un sesgo en la selección y de ahí que no se replicaran estos resultados y que la muestra tuvo una mayor proporción de mujeres por lo que es necesario realizar más estudios para observar si permanece esta tendencia, si bien en la subcategoría de la escala que evalúa impulsividad encontramos que los hombres si mostraban una puntuación mayor, lo que podría deberse, como se mencionó, que los hombres presentan una mayor presencia de estos síntomas a diferencias de las mujeres que presentan predominio inatento <sup>(1)</sup>. Una variable que si mostró diferencias significativas con la calificación del WURS total fue la presencia de número de despidos lo que puede ser una indicación indirecta de la funcionalidad, sin embargo existen múltiples factores que pueden crear confusión en este aspecto por lo que sería deseable medir la funcionalidad con un instrumento validado. Sin embargo, es claro que la patología afecta la funcionalidad en múltiples maneras <sup>(19,20)</sup>.

Aunque debemos tomar también en cuenta que en los reportes de comorbilidad con trastornos depresivos, al parecer las mujeres tienen más propensión a desarrollarlos que los hombres (<sup>26-28</sup>), esto ocasionaría que encontráramos un mayor número de mujeres adultas con depresión con el antecedente de haber cursado con TDAH en la infancia, sin embargo en nuestra muestra, desafortunadamente no fue así, pues 29% de mujeres lo presentaron contra el 37% de los hombres.

Los adolescentes y jóvenes adultos que presentan el trastorno y no reciben tratamiento, han sido reportados con alto riesgo para desarrollar depresión, baja autoestima, abuso de sustancias, fallas académicas, dificultades ocupacionales, problemas legales, relaciones conflictivas y accidentes automovilísticos (<sup>iii</sup>, <sup>iv</sup>). Nuestro estudio coincide con estos reportes ya que los pacientes con TDAH en la infancia tenían mayor número de despidos y dificultades para manejar dinero. Es claro que la disfunción en la atención tiene graves repercusiones en el entorno laboral, así que podría ser un motivo para los despidos. Es importante que esta área tomada en cuenta en el tratamiento, ya que puede condicionar la presencia de mayor número de trastornos afectivos.

La dificultad para manejar dinero puede estar condicionado por esta falta de atención y finalmente los ataques de ira pueden ser explicadas por las altas tasas de impulsividad. Aún así, sería interesante realizar un estudio exploratorio para observar disfunciones ejecutivas más específicas

Existen pocos estudios en adultos que evalúen comorbilidad en adultos, pero se encuentra demostrado que los niños con TDAH tienen una proporción mayor de síntomas de depresión que los niños normales o con dificultades de aprendizaje (Biederman 1996), y su comorbilidad oscila entre un 12 y un 41% de los casos. Nuestros resultados coinciden con estos datos, desafortunadamente, probablemente secundario al tamaño de la muestra, los resultados no mostraron una asociación significativa.

Al observar las diferentes subcategorías obtenidas en el WURS, podemos observar que una mayor puntuación en la subescala de impulsividad se encontraba en los hombres esto coincide con los reportes previos<sup>v</sup> donde se ha reportado una presentación clínica diferente, ya que las mujeres presentarían un predominio de síntomas de inatención y los hombres mayor hiperactividad, al parecer incluso se postula que esta diferencia en presentación clínica también provoque un infradiagnóstico en las mujeres, dado que tendrían una menor problemática en la escuela o pasarían más fácilmente desapercibidas. Si bien, la puntuación total de la escala fue mucho mayor en el hombre, pareciera que el cuadro en la infancia fuera mucho más sintomático en los hombres, como lo reporta Brent.

Aunado a esto, se observa que los sujetos con distimia tienen mayor puntuación en la escala de inatención, como se menciona <sup>23-35</sup>, la mayor parte de los sujetos con sintomatología de TDAH tienen mayor riesgo de depresión y esta puede ser crónica, es probable que la distimia pueda ser una consecuencia a largo plazo de un TDAH no atendido en la infancia, que ocasiono altos grados de disfuncionalidad.

No queda clara la relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la conducta suicida. Existen algunos estudios, aunque no todos, que apoyan una asociación entre el diagnóstico de TDAH y los intentos de suicidio o el suicidio. Con el fin de identificar los factores psiquiátricos de riesgo para las adolescentes suicidas, Brent y cols<sup>vi</sup>. Utilizaron datos de autopsias psicológicas para emparejar 67 adolescentes que murieron por suicidio a sujetos control de la comunidad. En el momento de la muerte, el 89,6% de los que se suicidaron presentaba algún trastorno psiquiátrico, con mayores tasas de depresión mayor, trastorno bipolar (episodios mixtos), trastorno por consumo de sustancias y trastorno disocial que los sujetos control. Por el contrario, la tasa de TDAH en aquellos que murieron por suicidio fue el 13.4%, una tasa que no difería de la obtenida en los sujetos control, nuestro estudio no coincide con tales hallazgos ya que no se encontró una asociación estadísticamente significativa con mayor número de intentos suicidas en los pacientes con antecedente de TDAH en la infancia. Esto podría deberse a un sesgo en la selección de la muestra, ya que estamos observando pacientes que actualmente tiene tratamiento, es posible que la muestra de los sujetos con TDAH con mayor patología no lleguen al tratamiento o quizás en algún grado extremo, hayan consumado el suicidio sin llegar a la adultez.

El estudio tuvo varias limitaciones, entre ellas que el número de pacientes obtenidos por grupo diagnóstico fue variable y con una n muy pequeña, lo que pudo haber originado la falta de asociación estadística de ahí que las conclusiones que puedan sacarse son limitadas. Otras de las limitaciones fue la corroboración de manera sistematizada del diagnóstico de trastorno depresivo por medio de un instrumento diagnóstico y finalmente tomar en cuenta la severidad del cuadro depresivo de manera cuantitativa, pues quizás dado el cuadro afectivo pudiera existir alguna alteración cognitiva que afectara la prueba, tomando en cuenta que pueda tener un sesgo en la evocación. Por lo que es necesario ampliar el número de pacientes o avocarnos a un solo padecimiento, si bien es un estudio valioso como aproximación al fenómeno de estudio en población mexicana, resulta necesario estas correcciones en futuros estudios.

---

## Conclusiones

La presencia de TDAH en la infancia en pacientes con trastornos depresivos fue del 34.1%, mayor al reportado en población abierta.

Se encontró asociación entre ser despedido, problemas para manejar dinero y tener problemas de convivencia con la presencia de TDAH en la infancia.

Existieron limitaciones en el estudio como el tamaño de la muestra y la ausencia de corroboración sistematizada del diagnóstico.

Anexo 1. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación clínica.

Titulo: DIAGNOSTICO RETROSPECTIVO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LA INFANCIA EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO.

Se le esta invitando a participar voluntariamente en un estudio de investigación para conocer si los pacientes con diagnóstico de Trastorno bipolar que acuden al HPFBA tuvieron Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia.

Para esta investigación, solicitamos a ustedes su autorización y colaboración para responder una entrevista clínica semiestructurada y dos cuestionarios para diagnosticar trastorno por déficit de atención en adultos, lo cual toma un tiempo aproximado de 30 minutos.

No hay compensación financiera o reembolso por su participación en este estudio de investigación y su participación es voluntaria, por lo que puede elegir no participar, en el entendido de que aun cuando se niegue a hacerlo esto no afectará la atención que recibe en este Hospital.

Su información médica será tratada con carácter de confidencialidad por el médico encargado del estudio y su equipo de trabajo.

Al firmar este consentimiento, usted autoriza la revisión de los registros, el archivo de la información y la transferencia de los datos arriba descritos.

Usted tiene derecho de realizar cualquier pregunta respecto al estudio en cualquier momento y en caso de encontrar que alguno de los pacientes tiene síntomas de trastorno por déficit de atención, se le comunicará este resultado y se les dará la opción de ser canalizados para recibir atención especializada si así lo deseen.

Nombre y firma de consentimiento del paciente\*

Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo\*

\_\_\_\_\_

No de expediente \_\_\_\_\_

Anexo 2. HOJA DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN.

## ANEXO 2 FICHA DE IDENTIFICACION.

Edad:

Sexo ( ) 0= masculino 1= femenino

Edad estado civil actual ( ) 0=soltero 1=casado 2=unión libre 3=divorciado  
4=separado

Matrimonios previos ( ) 0= no 1=si

Número ( )

Hijos sin matrimonio ( )

Ocupación \_\_\_\_\_

Escolaridad ( ) 0=primaria incompleta 1=primaria completa 2= secundaria  
3=bachillerato 4= licenciatura

AHF. 0= ausente 1= presente

Patología psiquiátrica diagnosticada en familiares de 1er grado:

Padre ( ) cual \_\_\_\_\_

Madre ( ) cual \_\_\_\_\_

Hermanos ( ) cual \_\_\_\_\_

Abuso de alcohol

Padre ( )

Madre ( )

Hermanos ( )

Abuso de otras sustancias ilegales :

Padre ( )

Madre ( )

Hermanos ( )



¿Qué clase de problemas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuantos accidentes automovilísticos y multas de tráfico ha tenido? (núm.) ( )

¿Tiene dificultades para manejar dinero, terminar los quehaceres domésticos o estar a tiempo? ( )

¿Tiene problemas para vivir con otros? ( )

¿Tiene problemas como padre o esposo? ( )

¿Tiene ataques de rabia? ( )

ANEXO 3. WENDER UTAH RATING SCALE (WURS), TRADUCCIÓN AL CASTELLANO.

De pequeño yo era, tenía o estaba.	Nada o casi nada	un poco	moderado	bastante	Mucho
1. Activo, inquieto, siempre a la carrera					
2. Miedoso, temeroso					
3. Problemas de concentración, me distraía fácilmente					
4. Ansioso, preocupado					
5. Nervioso, no dejaba de moverme					
6. Falta de atención, soñaba despierto					
7. Irascible, de mal genio, siempre a punto de explotar.					
8. Tímido, sensible					
9. Explosivo, berrinchudo					
10. Inconstante, las cosas que empezaba no las terminaba					
11. Necio, voluntarioso					
12. Triste, deprimido, infeliz					
13. Poco precavido, maldoso, travieso					
14. Insatisfecho con la vida, no me interesaban las cosas					
15. Desobediente con mis padres, rebelde, insolente					
16. Pobre opinión de mi mismo					
17. Irritable					
18. Sociable, amigable, disfrutaba de la compañía de la gente					
19. Flojo, desordenado					
20. Malhumorado, con ánimo cambiante					

21. Enojón					
22. Amigüero, Popular					
23. Bien organizado, ordenado, limpio					
24. Impulsivo, hacia las cosas sin pensar					
25. Tendía a ser inmaduro					
26. Sentimientos de culpa, arrepentimientos					
27. Perdía el control de mi mismo					
28. Tendía a ser o a actuar irracionalmente					
29. Poco popular con otros niños, los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con otros niños					
30. Mala coordinación, no participaba en deportes					
31. Miedo a perder el control de mí mismo					
32. Buena coordinación, destacaba en los juegos					
33. "Marimacha" (solo en caso de mujeres)					
34. Me escapaba de casa					
35. Buscapleitos					
36. Molestaba a otros niños					
37. Líder, mandón					
38. Dificultad para despertarme					
39. Seguidor de los demás, manipulado fácilmente					
40. Problemas para ver las cosas desde el punto de vista de los demás					
41. Problemas con las autoridades, en la escuela, reportes a la dirección					

42.Problemas con la policía, arrestos, consignaciones					
PROBLEMAS MEDICOS EN INFANCIA					
43.Dolor de cabeza					
44.Dolor de estomago					
45.Estreñimiento					
46.Diarrea					
47.Alergia a alimentos					
48.Otras alergias					
49.Me orinaba en la cama					
DE NIÑO, EN LA ESCUELA YO ERA (O TENIA)					
50.En general un buen estudiante, aprendía rápido					
51.En general un mal estudiante, lento para aprender					
52.Lento para aprender a leer					
53.Leía despacio					
54.Invertía o confundía las letras					
55.Mala ortografía					
56.Problemas con los números o las matemáticas					
57.Mala letra					
58.Capaz de leer bastante bien, pero nunca me gusto hacerlo					
59.No desarrollé todo mi potencial					
60.Repetí años (cuales)					
61.Expulsado del colegio (que años)					

## Referencias

- 1.- Wilens, Timothy E. MD; Faraone, Stephen V. Phd; Biederman, Joseph MD Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder In Adults. JAMA. 292(5):619-623, August 4, 2004.
- 2.-Mcgough, James J. M.D.; Barkley, Russell A. Ph.D. Diagnostic Controversies In Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Am J Psychiatry. 161(11):1948-1956, November 2004.
3. - Murphy K, Barkley RA. Prevalence Of *DSM-IV* Symptoms Of ADHD In Adult Licensed Drivers: Implications For Clinical Diagnosis. J Atten Disord. 1996; 1:147-161.
4. - Millstein RB, Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Presenting ADHD Symptoms And Subtypes In Clinically Referred Adults With ADHD. J Atten Disord. 1997; 2:159-166.
5. - Barkley Russell A. Ph.D. Mayor Life Activity And Health Outcomes Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Clin Psychiatry 2002; 63(Supl. 12): 10-15
6. - Montano Brendan, M.D. Diagnosis And Treatment Of ADHD In Adults In Primary Care. J Clin Psychiatry 2004; 65(Supl. 3): 18-21
- 7.-Weiss M, Murray C. Assessment And Manegement Of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder In Adults. CMAJ 2003; 16:715-722
8. - CLEMENTS SED, PETERS JE. Minimal Brain Disfunction In The School Age Child. Arch Gen Psychiatry 1962; 6: 185-97.
9. - Barkley Ra, Fisher M, Edelbrock Cs, Smallish L. The Adolescent Outcome Of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria. An 8 Years Prospective Follow Up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 546-57
10. - Barkley Ra, Fisher M, Edelbrock Cs, Smallish L. The Adolescent Outcome Of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria. An 8 Years Prospective Follow Up Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 546-57.
- 12.- Faraone, Stephen V. Phd; Spencer, Thomas J. MD; Montano, C. Brendan MD; Biederman, Joseph MD Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder In Adults: A Survey Of Current Practice In Psychiatry And Primary Care. Arch Intern Med. 164(11):1221-1226, June 14, 2004.
- 13.- Adler Leonard A, MD. Clinical Presentations Of Adult Patients With ADHD. J Clin Psychiatry 2004; 65(Sup. 3):8-11
14. - Faraone SV. Report From The Third International Meeting Of The Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Molecular Genetics Network. Am J Med Genet. 2002; 114: 272-276.
15. - Lanau F, Zenner MT, Civelli O, Hartman DS. Epinephrine And Norepinephrine Act As Potent Agonists At The Recombinant Human Dopamine D4 Receptor. J Neurochem. 1997; 68: 804-812.
16. - Biederman Joseph, M.D. Impact Of Comorbidity In Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65(Supl. 3):3-7  
Roizblatt AS, Bustamante F, Bacigalupo F. Trastorno Por Déficit Atencional Con Hiperactividad En Adultos. Rev Med Chile 2003; 131:1195-1201
17. - American Psychiatric Association Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994
18. - Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners Adult ADHD Rating Scales. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems. 1999.

- 19.- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L . The Adolescent Aoutcome Of Hyperactive Children Diagnosed By Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-Up Study. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 546-57Barkley RA. Attention-Deficit
20. - *Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment, Second Ed.* New York: Guilford Press. 1998.
21. - Kalaperumal VG, Khalilian AR, Channasbasavanna SM. Structural equations models in child behavior *NIMHANS Journal* 1994, 12: 125-134.
- 22.- Michanie C. Comorbilidad en el ADHD, En E. Joselevich. *Síndrome de Déficit de atención con o sin hiperactividad ADHD, en niños adolescentes y adultos.* Barcelona: Paidós.
- 23.- Biederman J, Faraone S, Mick E, Moore P, Lelon E. Child behavior checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996, 35: 734-742.
24. - Neuman RJ, Todd RD, Heath AC, Reich W, Hudziak J, Bucholz K, Madden P, Begleiter H, Porjesz B, Kuperman S, Hesselbrock V, Reich T. Evaluation of ADHD typology in three contrasting samples: A latent class approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1999; 67 (6): 881-893.
25. - Biederman j. A ten-year follow-up of ADHD subjects. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 156<sup>th</sup> Annual Meeting; may 17-2, San Francisco California.
- 26.- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "true" depression or demoralization? *J Affect Disord.* 1998 Jan;47(1-3):113-22
- 27.- Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone SV, Adler LA, West SAGender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry.* 2008 Feb;69(2):213-21
- 28.- Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Mick E, Spencer TJ, McCreary M, Cote M, Faraone SV. New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Feb 27
- 29.- Mick E, Biederman J, Santangelo S, Wypij D. The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2003 Nov;191(11):699-705
- 30.- Mick E, Santangelo SL, Wypij D, Biederman J. Impact of maternal depression on ratings of comorbid depression in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000 Mar;39(3):314-9
- 31.- Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Moini Comorbidity of Psychiatric Disorders and Parental Psychiatric Disorder of ADHD Children *RJ Atten Disord.* 2008 Mar 4
- 32.- McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, Loo S. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry.* 2005 Sep;162(9):1621-7
- 33.- Goodman G, Gerstadt C, Pfeffer CR, Stroh M, Valdez A.ADHD and aggression as correlates of suicidal behavior in assaultive prepubertal psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav.* 2008 Feb;38(1):46-59.
34. - Wender Ph, Reimherr F, Wood D, Ward Ma. Control Study Of Metilphenidate In The Treatment Of Attention Deficit Disorder, Residual Type, In Adults. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 547-52.

- 35.- Gawin Fh, Riordan C, Kleber Hd. Metilphenydate Treatment Of Cocaine Abusers Without Attention Deficit Disorder. A Negative Report. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1985; 11: 193-7
- 36.- Spencer T, Wilens T, Biederman J, Faraone Sv, Ablon Js, Lapey K. A Double Blind, Crossover Comparison Of Metilphenidate And Placebo In Adults With Childhood Onset Of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 434-43
37. - Khantzian Ej, Gawin F, Kleber Hd, Riordan Ce. Methylphenidate (Ritalin) Treatment Of Cocaine Dependence: Preliminary Report. *J Subst Abuse Treat* 1984; 1: 107-12
- 38.- Elia J, Ambrosini P, Rapoport JI. Treatment Of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med* 1999; 340: 781-8
39. - Wender Ph, Reimherr Fw, Wood Dr. Attention Deficit Disorder, Minimal Brain Damage In Adults. A Replication Study Of Diagnosis And Drug Treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 449-56.
40. - Pliszka Sr. The Serotonin Re-Uptake Blockers; Do They Have A Role In The Treatment Of ADHD? *The ADHD Report* 1995; 3: 3-5
41. - Wilens Te, Spencer Tj, Biederman J. Pharmacotherapy Of Adult ADHD. En K.G. Nadeau Ed. *A Comprehensive Guide To Attention Deficit Disorder In Adults: Research, Diagnosis And Treatment*. New York: Brunner/Mazel, 1995; 168-88.
42. - Michelson. D, Allen Aj, Busner J, Casat C, Dunn D, Kratochvil C Et Al. Once Daily Atomoxetine Treatment For Children And Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo Controlled Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1896-901
43. - Spencer T, Biederman J, Wilens T, Prince J, Hatch M, Jones J Et Al. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 693-5.
44. - Michelson D, Adler L, Spencer T, Reimherr F, West S, Allen A Et Al. Atomoxetine In Adults With ADHD: Two Randomized Placebo-Controlled Studies. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 112-20
45. - Buck M. New Agents And Second-Line Therapies For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatr Pharm* 2002; 8: 11-16.
46. - Michelson. D, Allen Aj, Busner J, Casat C, Dunn D, Kratochvil C Et Al. Once Daily Atomoxetine Treatment For Children And Adolescents With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized, Placebo Controlled Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1896-901
47. - Weinstein C. Cognitive Remediation Strategies. *J Psychother Pract Res* 1994; 3: 44-57.
48. - HALLOWELL EM, RATEY JJ. *Driven To Destruction*. New York: Pantheon Books, 1994: 30-5.
- 49.- Rodriguez Jimenez CR, Ponce Alfaro G, Monasor Sanchez R, Jimenez Gimenez M, Perez Rojo JA, Rubio Valladolid G, Jimenes Arriero MNM, Palomo Alvarez T: [Validation In The Adult Spanish Population Of The Wender Utah Rating Scale For The Retrospective Evaluation In Adults Of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder In Childhood.] *Rev Neurol* 2001; 33:138–144
50. - Wender PH: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder In Adults*. New York, Oxford University Press, 1995
- 51.- Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ. Prevalence Of ADHD And Conduct Disorder Among Substance Abusers. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(4):244-51
52. - Mccann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P: Discriminant Validity Of The Wender Utah Rating Scale For Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder In Adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12:240–245
- 53.- Lara-Munoz C, Herrera-Garcia S, Romero-Ogawa T, Torija L, Garcia ML: Psychometric Characteristics Of The Spanish Version Of The Wender Utah Scale Of Retrospective Evaluation Of ADHD. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1998; 26:165–171

54.- Jiménez R, Pones R Monasor G, Jiménez-Gimenez JA, Pérez Rojo G, Rubio MA, Jiménez-Arriero T- Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol* 2001; 33 (2): 138-144.

55.- Secretaria De Salud. Ley General De Salud. México 2004.

56. - Biederman j. A ten-year follow-up of ADHD subjects. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 156<sup>th</sup> Annual Meeting; may 17-2, San Francisco California.

57.- Blehar, M. D. y Oren, D. A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 23. Revisado de: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995; 3:3-12.

58. - Smith JR, Everett V, Johnson B. Factor structure of DSM-IV criteria for college students using the adult behavior checklist. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development* 1998; 31: 164-20.

59. - Barkley R, DuPaul G, Bush T. Driving in young adults with ADHD: Knowledge, performance, adverse outcomes and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society* 2002; 8: 665-672.

60. - Robinson, L.M., Sker, T.L. & Galin, R.S. Is attention deficit hyperactivity disorder increasing among girls in the US? Trends in diagnosis and the prescribing of stimulants. *CNS Drugs* 2002 16:129-37