

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**



**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TESIS:**

Frecuencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria en  
pacientes con TDAH del Hospital Psiquiátrico Infantil  
“Dr. Juan N. Navarro”

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Diana Helena Ramírez Carrizales

**TUTOR:**

Dr. Juan Antonio Díaz Pichardo

---

**ASESORA:**

Dra. Mirna Esthela Brenes Prats

---

**CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2012**



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.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Quisiera dar un agradecimiento muy especial a una persona que siempre confió en mí, que siempre me dio todos sus ánimos para poder realizar este proyecto, a veces cuando creía que no podría me daba fuerzas para terminarlo y avanzar, esa persona soy yo misma, este trabajo es una muestra de todo lo que puedo llegar a realizar con mi esfuerzo y concentración.

Agradezco a una persona, que aunque no sabía cómo, ahí estuvo, a veces regañándome, a veces alentándome, es parte de este proyecto porque a pesar de todas las situaciones difíciles estuvo a mi lado y le agradezco por su amor, este agradecimiento es para ti, muñe, gracias por todo lo que me enseñaste, gracias a ti creí en mí y terminé este proyecto, te amo mucho.

Otro de mis agradecimientos es para mis asesores que aunque de pronto parecía que no tenía al final del camino siempre hay personas que están dispuestas a enseñar y a ayudar.

Finalmente a mis padres que son una pieza básica en que yo haya terminado este proyecto, créanme que siempre están en mi inspiración y en mi corazón, los amo mucho, gracias por todo, gracias por todo su apoyo son mi mejor base, mi mejor fuerza, Dios los bendiga y los mantenga siempre unidos a pesar de los conflictos y las dificultades que pueda haber en el camino.

## **I. RESUMEN**

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es una entidad que presenta alta comorbilidad, sobretodo con trastornos internalizados y externalizados entre los primeros destacan los trastornos de ansiedad, y trastornos depresivos, sin embargo existe una comorbilidad aún no bien estudiada, la de los Trastornos Alimentarios.

En nuestro país cada vez con mayor frecuencia los niños de menos de 12 años presentan algún trastorno alimentario, sin embargo existen pocos estudios hechos en dicha población, información de la ENSANUT del 2006 reportó que aproximadamente el 18.3% de los adolescentes presentaba un miedo a engordar o a perder la figura tres meses previos a la realización de la encuesta. (Biederman, 1999)

Algunos estudios han reportado importante prevalencia de Trastornos de la Alimentación (atracones) en pacientes con diagnóstico de TDAH.

Considerando estos antecedentes en este estudio se analizó una población clínica de entre 8 y 17 años del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” que acudieron a preconsulta por diagnóstico presuntivo de TDAH, el cual se corroboró mediante la entrevista estructurada K-SADS, misma con la que se determinó la presencia o no de trastornos de la alimentación.

Se encontró que los pacientes con TDAH presentaron una alta comorbilidad con Trastornos Alimentarios no especificados y además que el TDAH tipo combinado tuvo la mayor frecuencia de presentación en estos pacientes.

## II. INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	4
3. JUSTIFICACIÓN.....	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
5. OBJETIVOS.....	12
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	12
7. RESULTADOS.....	16
8. DISCUSIÓN.....	22
9. CONCLUSIONES.....	23
10. PERSPECTIVAS.....	23
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
12. ANEXOS.....	27

## **1. INTRODUCCIÓN.**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno caracterizado por atención inapropiada, impulsividad e hiperactividad; es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes que se manifiestan en el comportamiento de la niñez, con una sintomatología múltiple y una etiología heterogénea (Ptacek, 2010).

Se admite que el TDAH “puro” no es muy frecuente, estimándose la comorbilidad en más de 60%. Tener en cuenta esta realidad clínica es de suma importancia, no solo para el tratamiento farmacológico, sino también para la intervención psicológica y psicosocial (Díaz, 2006).

La mayoría de los pacientes con TDAH presentan alguna comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, entre los más frecuentes tenemos trastornos de la conducta, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias; en la mayoría de los estudios donde se evalúan las comorbilidades en pacientes con TDAH no se toman en cuenta los Trastornos Alimentarios, TA (Palazzo, 2008).

La comorbilidad psiquiátrica dificulta tanto el tratamiento como la evolución del padecimiento, ya que en muchos de los casos sólo se trata la comorbilidad dejando de lado la patología de base por no presentar en ese momento exacerbaciones importantes que determinen su priorización.

Sin embargo hay estudios que avalan el hecho de que los pacientes con TDAH presentan comorbilidad con TA, pero debido a los pocos estudios que existen al respecto no se ha podido porcentualizar esta información. Cambios en el peso y el crecimiento de los pacientes con TDAH se han visto en base a la medicación que se utiliza para estos pacientes por lo que se piensa que estos cambios se deben al padecimiento per sé, que propiamente al tratamiento farmacológico empleado (Ptacek, 2010).

Los pacientes con TDAH y TA comparten características comunes, como diversos grados de impulsividad, baja autoestima y un perfil neuropsicológico que incluye déficits en atención y funciones ejecutivas (Palazzo, 2008).

Se sabe que los pacientes con TDAH se encuentran en mayor riesgo de tener problemas en las relaciones padres-hijos y familiares, mismos dominios que se encuentran también alterados en los pacientes con trastornos alimentarios sobretodo la bulimia nervosa. Este tipo de problemas en este tipo de pacientes es predictor de altos grados de insatisfacción corporal ( Zúñiga, 2009).

Finalmente los niños con TDAH son propensos a desarrollar trastornos internalizados y trastornos externalizados, lo que incrementa el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios e insatisfacción corporal. Los problemas internalizados particularmente el afecto negativo, ha demostrado ser predictor de bulimia nervosa ( Zúñiga, 2009).

Como es sabido, el TDAH es una enfermedad de tipo crónico y sólo es controlable a lo largo del tiempo, esto es importante debido a que se han hecho estudios en los que se afirma que pacientes pediátricos con enfermedades crónicas tales como diabetes, asma, en este caso el TDAH, pueden presentar mayores índices de insatisfacción corporal y preocupación por el peso.

Lo anterior puede verse afectado además por las propias preocupaciones de la pubertad y la adolescencia ( Zúñiga, 2009).

Dentro de los antecedentes que se tienen en cuanto a la comorbilidad existente entre los TA y el TDAH, se observan diferentes explicaciones mismas que por sí mismas no son concluyentes.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **LA IMPULSIVIDAD COMO CARACTERÍSTICA.**

Otra de las posibles explicaciones, es que el TDAH y los TA como la bulimia nervosa y el trastorno por atracón comparten la característica de la impulsividad, es por esto mismo que al encontrarse en desregulación esta característica los pacientes con TDAH irónicamente se pensaría que por su hiperactividad se encuentran librados de presentar TA, al contrario la mala regulación de la impulsividad los hace vulnerables a los TA ya mencionados. 8

El pobre control de impulsos, puede ser lo que se encuentre relacionado con el

exceso en el consumo de alimentos y que resulta en la ingestión de comida sin tener hambre o la ingestión en base al atracón (Ptacek, 2010).

## **GENÉTICA**

Se tiene evidencia de que existen algunas bases genéticas en la asociación de el TDAH con los TA; por ejemplo existe una hipótesis en la que los polimorfismos en la enzima COMT incrementan el riesgo de presentar trastorno por atracón, la relación se explica ya que la COMT es una enzima que se encarga de metabolizar las catecolaminas, en el TDAH tipo impulsivo se encuentra en grandes cantidades, por lo que el hecho de tener este polimorfismo incrementaría el riesgo de TDAH y TA así como su comorbilidad. (Shaleindra, 2008).

Adicionalmente existen proteínas que codifican para del gen del transportador de la dopamina (DAT) que se hayan en altas concentraciones en los ganglios basales. Como se sabe los ganglios basales son responsables entre otras cosas de determinar que tan rápido el cerebro de una persona “idles”. Por lo que esto podría estar relacionado con el TDAH, ya que los niveles de este gen transportador están elevados en este padecimiento y también en pacientes con bulimia nervosa.

## **NEUROTRANSMISORES.**

Otra de las explicaciones que se ofrecen es que la comida que los pacientes con TDAH ingieren de manera impulsiva puede tener relación con la disfunción dopaminérgica a la que se encuentran expuestos, por lo que la comida serviría como automedicación para ellos (Ptacek, 2010).

Así como en el TDAH en los TA como la bulimia existen desequilibrios que involucran otro tipo de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina. Es posible pensar que durante la pubertad pueden incrementarse los desequilibrios de la serotonina especialmente en mujeres, por lo que estos desequilibrios pueden estar relacionados con la incapacidad para poder regular las sensaciones de plenitud y saciedad e interferir con los patrones de alimentación.

## **NEUROFUNCIONES**

Los pacientes con TDAH presentan alteraciones en las funciones ejecutivas tales como la planeación, la memoria de trabajo lo cual predispone a planes de alimentación poco estables, además de la dificultad de adherirse a planes de alimentación, se comenta también que los pacientes con TDAH presentan dificultad para estar atentos a las sensaciones de saciedad, o pueden usarlo como medida compensatoria en cuanto a las deficiencias de atención y organización (Cortese, 2007).

Una de las posibilidades para la alta predisposición a la sobreingestión de alimentos en los pacientes con TDAH se encuentra determinada por el déficit en la capacidad de planeación lo que da como resultado que estos pacientes ingieran lo que en ese momento se encuentra a mayor disposición como es la comida rápida o comida que es rica en azúcares y grasas (Ptacek, 2010).

## **DISFUNCIÓN EN SISTEMA DE RECOMPENSA**

Pudiera existir una deficiencia en el sistema de recompensa, explicado por una disfunción en los receptores DRD2 Y DRD4 que corresponden al sistema dopaminérgico, y que se ha observado que en pacientes obesos con patrones de alimentación anormales se presenta y que en este caso funcionaría como una de las tantas hipótesis que se han planteado para explicar la relación entre el TDAH y los TA (Biederman, 2006).

De todos los posibles TA podemos entonces afirmar que tanto la bulimia nervosa como el trastorno por atracón pudieran ser los TA que con mayor frecuencia se presenta en el TDAH, cobrando interés por dos razones una de ellas es que el estudiar a fondo estas relaciones permitiría comprender los mecanismos que subyacen al TDAH y el trastorno por atracón, además de que otra de las razones sería el avance en el tratamiento farmacológico de estos pacientes (Biederman, 2006).

Estudios a lo largo de la historia evidenciando que los síntomas de bulimia nervosa o de trastorno por atracón pueden ser más frecuentes debido a las características que comparten en cuanto a la presencia de impulsividad y falta

de control de impulsos (Cortese, 2007).

Los estudios que se han hecho para porcentualizar los TA en pacientes con TDAH, en realidad son pocos, sin embargo al ser pocos todavía no se ha podido esclarecer con certeza si el TDAH presenta una real comorbilidad con TA, esto debido a que las muestras de los estudios han sido la mayor parte con mujeres y además de que se cree que los hombres presentan menor incidencia de TA, por lo que esto ha dificultado el estudio de esta relación (Cortese, 2007).

A continuación se detallan algunos de los estudios que se han hecho a lo largo de la historia para poder relacionar al TDAH con los trastornos alimentarios: En estudios de casos y controles, se reporta que la bulimia nervosa como tal es más frecuente en pacientes femeninos con TDAH, y en hombres no se encuentra presente como tal (Biederman, 2006 y 2007).

Los trastornos alimentarios en niños y adolescentes se han asociado a diversos factores tales como la insatisfacción corporal, los hábitos alimenticios que establezcan los padres, la figura estéticamente aceptable que los padres le inculquen a sus hijos además del sobrepeso, índice de masa corporal y autoestima (Yang, 2010).

En nuestro país las cuestiones de los trastornos alimentarios en niños ha cobrado gran interés, debido a que en las últimas décadas lo que se ha visto es que este tipo de trastornos se ha presentado de novo en edades más tempranas. Sin embargo dadas las características de gran dificultad que tienen los trastornos alimentarios para ser establecidos como diagnóstico en niños menores de 11 años, no es posible que en nuestro país se cuente con instrumentos que valoren como tal un diagnóstico de TA.

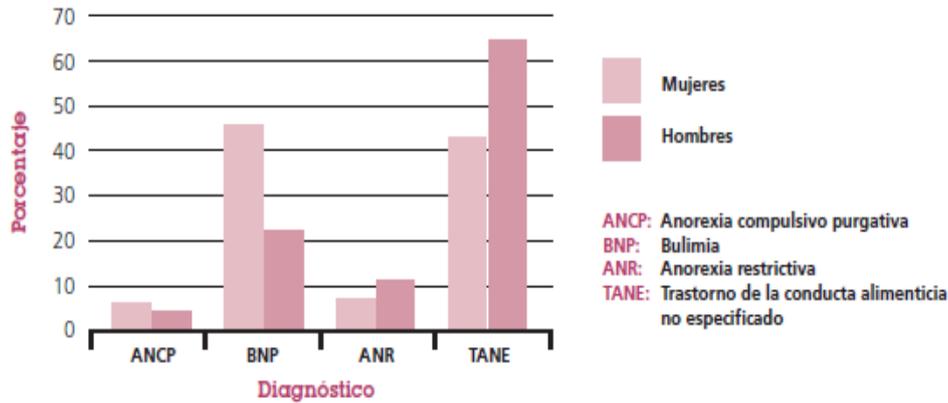
Además de que debemos eliminar el pensamiento dicotómico de sólo pensar en bulimia y anorexia que son trastornos que se dan en la adolescencia, ya que existe evidencia, que este tipo de trastornos se puede dar en la actualidad con mayor frecuencia en etapas más tempranas, además de que en la actualidad ya no sólo se tiene que pensar en la dicotomía de la bulimia y la anorexia sino en los trastornos alimentarios no especificados (Barriguete, 2009).

Este tipo de trastornos alimentarios no especificados (TANE) son padecimientos que se encuentran dentro de la clasificación del DSM-IV TR, como un tipo de trastornos divididos en 6 tipos, compuestos de la siguiente manera:

1. Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que, sin embargo, presentan una menstruación regular.
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso se encuentra dentro de los límites de la normalidad (p. ej., pacientes obesos y que tras realizar dietas intensas han bajado marcadamente de peso).
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo que se encuentra en un peso normal (p.ej., provocación del vómito después de haber comido tan sólo dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastornos por ingesta compulsiva (denominadas *binge eating*): se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.
7. Fobia a la mayoría de alimentos y/o conducta de vómitos que, según el paciente, justifiquen el bajo peso y la escasa ingesta alimentaria, pero que, sin embargo, no exista un miedo intenso a aumentar de peso (Chinchilla, 1996).

A continuación presentamos datos que se tienen de los ingresos por primera vez en la Clínica de Trastornos Alimentarios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente:

**Tabla 1. Ingresos de primera vez a la Clínica de TCA del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”**



Fuente: Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria, División de Servicios Clínicos, INPRFM, 2003.

Por lo que observamos en esta gráfica, los mayores ingresos se dieron en los diagnósticos de bulimia y TANE, además de que existe un dato interesante que es que se observa una mayor incidencia de hombres en cuanto a trastornos alimentarios no especificados que en comparación con mujeres, esto nos da la pauta para no pensar que sólo las mujeres pueden presentar con mayor frecuencia TA (Hernández, 2003).

De lo que se tiene reportado es que los trastornos alimentarios en niños y adolescentes se encuentran en proporción de 1%, cada vez más en la actualidad necesitamos de investigaciones que nos permitan medir este tipo de trastornos, ya que también en México nos enfrentamos con este tipo de problemas pues no se tienen instrumentos suficientes y validados en poblaciones mexicanas que nos permitan evaluar tales alteraciones; que tal vez pasen desapercibidas ya que los clínicos no piensan que si puede haber estas alteraciones aunque sean pacientes de edades que ellos considerarían no adecuadas ( Zúñiga, 2009).

Como resultado de esta carencia de investigación, se tiene que muchos de estos niños que presentan alteraciones en sus conductas alimentarias únicamente son diagnosticados con Trastornos alimentarios sin especificación sin poder categorizarlos adecuadamente. Esto ha llamado la atención de los

clínicos y es que se han puesto a indagar cómo realizar modificaciones a los criterios diagnósticos para poder ofrecer en el DSM-V una categorización adecuada y que no sólo queden como TANES, ya que estos trastornos aparentemente sin especificación pueden ser el inicio de algún otro trastorno que en algún momento pueda perjudicar seriamente al paciente (Fairburn, 2011).

Otro de los problemas a los que se enfrentan los investigadores en cuanto a los estudios de trastornos alimentarios es que pocos son los estudios que han evaluado a hombres y a mujeres con estos trastornos, sin embargo estudios aquí en México han demostrado que los hombres también sufren de insatisfacción corporal pero a diferencia de las mujeres su insatisfacción está dirigida al deseo de un cuerpo más corpulento y mantener algunas conductas de riesgo como la práctica excesiva de ejercicio y comer compulsivamente ( Barriguete, 2009).

Además, otro estudio indica que mientras más afectado se encuentre un adolescente o un niño en las áreas emocionales menos soportará su apariencia física y por ende será más susceptible a desarrollar psicopatologías relacionadas a los trastornos alimentarios ( Barriguete, 2009).

El poder analizar la relación entre los trastornos de la alimentación y el TDAH, nos puede abrir las puertas a múltiples posibilidades de nuevos tratamientos ya sea farmacológicos y no farmacológicos, ya que tanto el TDAH obedece a un tipo de tratamiento diferente al de los trastornos alimentarios (Biederman, 2006).

Otro aspecto importante radica en que la mayor parte de los estudios que se tienen en cuanto a la comorbilidad de los trastornos de alimentación en los pacientes con TDAH han sido realizados en mujeres con el diagnóstico de TDAH y en esto si se ha visto que al menos las mujeres tienen un riesgo de 3.6 veces más de desarrollar un trastorno alimentario (Biederman, 2007).

### **3. JUSTIFICACIÓN.**

Los pacientes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad presenta rasgos compartidos como la impulsividad, baja autoestima y alteraciones en las funciones ejecutivas y la atención con pacientes con Trastornos de la alimentación. (Cortese, 2007)

En nuestro medio no se encuentran estudios que puedan determinar con exactitud la relación entre estos padecimientos propios de la infancia y adolescencia o si alguno puede predisponer a otro.

Por lo que el presente estudio pretende dar información acerca de que tipos de trastornos alimentarios son los más frecuentes en esta población mexicana de niños con TDAH para poder sentar algunas de las bases que nos permitan establecer si existe o no relación entre los dos trastornos.

### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la frecuencia de Trastornos de la alimentación en pacientes con TDAH de un Hospital Psiquiátrico Infantil?

¿Cuál subtipo de TDAH es más frecuente en pacientes con Trastornos de la alimentación?

### **5. OBJETIVOS.**

#### **Objetivo general**

Determinar la presencia de trastornos alimentarios en pacientes con TDAH.

#### **Objetivos específicos**

1. Describir las variables sociodemográficas de la población a estudiar.
2. Establecer que tipo de trastornos alimentarios son los más frecuentes en los pacientes con TDAH.
3. Definir que tipo de TDAH es el más propenso a desarrollar trastornos alimentarios.

### **6. METODOLOGÍA.**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, realizado en población infantil del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", donde previo consentimiento informado firmado se evaluó la presencia de Trastornos alimentarios en pacientes con TDAH( y sus subtipos)estableciendo cuáles de

estos son los más frecuentes, con el suplemento de la entrevista semiestructurada K-SADS.

### **Universo de trabajo.**

Población conformada por población infantil y adolescente que acuda al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con diagnóstico de TDAH. El muestreo será por cuota en un periodo que abarca desde octubre del 2011 a marzo del 2012.

### **Criterios de inclusión.**

- Pacientes de 8-17 años de edad que acudieron por primera vez al servicio de preconsulta del Hospital.
- Sin tratamiento previo.
- Con diagnóstico de TDAH.
- Que supieran leer y escribir.
- Que aceptaran participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión.**

- Trastorno psicótico de cualquier tipo.
- Tener cualquier tipo de comorbilidad médica( diabetes, asma, etc).
- Encontrarse bajo tratamiento para TDAH.

### **Criterios de eliminación.**

- Ser mayor de 18 años.
- Descartarse TDAH con la entrevista K-SADS.

### **Variables**

Trastornos alimentarios.- anorexia, bulimia, trastorno por atracón, Trastorno alimentario no especificado.

TDAH.- predominio inatento, predominio hiperactivo/impulsivo o combinado

### **Definición conceptual:**

Trastornos alimentarios.- anorexia, bulimia, trastorno por atracón, Trastorno alimentario no especificado.

Anorexia.- es un trastorno de la conducta alimentaria. Su definición establece como característica principal la pérdida auto-inducida de peso, provocada por una preocupación anómala por la forma y el peso del propio cuerpo, que más tarde se manifiesta mediante el control excesivo de la ingesta de alimentos.

Bulimia.- Es un comportamiento durante el cual el individuo se aleja de las pautas de alimentación saludable consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos (lo que le genera una sensación temporal de bienestar), para después buscar eliminar el exceso de alimento a través de ayunos, vómitos, purgas o laxantes.

Trastorno por atracón.- se define como la ingestión de comida en un periodo corto de tiempo, en cantidad de lo que sería para más de una persona, con sensación de culpa después del episodio.

Trastorno alimentario no especificado.- Pacientes que si bien presentan un trastorno de la conducta alimentaria no cumplen todos y cada uno de los criterios necesarios para ser diagnosticados de un trastorno típico de la conducta alimentaria (Anorexia o Bulimia).

**Definición operacional.**- criterios definidos en la CIE-10 o DMS-IV TR para los trastornos alimentarios.

Indicador de la variable.- puntaje positivo obtenido en el suplemento para trastornos alimentarios de la entrevista semiestructurada K-SADS-PL.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

**Definición conceptual.**- es un trastorno que se inicia en la infancia y se caracteriza por dificultades para mantener la atención, hiperactividad o exceso de movimiento e impulsividad o dificultades en el control de los impulsos.

**Definición operacional.**- criterios definidos en la CIE-10 O DSM-IV TR.

**Indicador de la variable.**- puntaje obtenido en la entrevista semiestructurada K-SADS-PL.

**Instrumentos de medición.**

Se hará el tamizaje completo de la entrevista semiestructurada K-SADS-PL; posteriormente se aplicarán los suplementos para TDAH y Trastornos Alimentarios. Este instrumento se basa en una entrevista semiestructurada la cual permite diagnosticar entre episodios pasados y presentes de psicopatología en el niño y adolescente basado en los criterios del DSM-IV TR.

Dentro de los diagnósticos que se evalúan con esta entrevista tenemos: depresión, distimia, manía, hipomanía, ciclotimia, trastornos bipolares, trastornos esquizoafectivos, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, psicosis activa, trastorno de pánico, agorafobia, ansiedad de separación, trastornos evitativos, fobia simple, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, TDAH, trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante, enuresis, encopresis, anorexia nervosa, bulimia, trastorno por tics, trastorno de Tourette, trastornos por tics motores o vocales, abuso de alcohol, abuso de sustancias, trastorno por estrés postraumático, trastornos adaptativos.

Esta entrevista se realiza al familiar, al niño y finalmente al mejor estimado clínico que en este caso es el médico que lo trata. Esta entrevista cuenta con una primera parte de entrevista que no se encuentra estructurada donde se cuestiona acerca de variables, demográficas, salud, relaciones familiares, funcionamiento escolar, pasatiempos. Esta entrevista consecutiva es de tamizaje para poder hacer un estimado de las posibles patologías que tendríamos que evaluar en base a los suplementos de la entrevista.

Para las calificaciones de la entrevista cada uno de los ítems se califica en base a una escala de 0-3, 0 indica que el síntoma no está presente, 1 indica también que el síntoma no está presente, 2 significan subniveles de la patología y un 3 significa un nivel del síntoma presente.

### **Procedimiento.**

Se recabaron pacientes del servicio de preconsulta del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, con diagnóstico de TDAH, a los cuales se les aplicó el K-SADS, para corroborar el diagnóstico de TDAH. De los pacientes con diagnóstico de TDAH, se les aplicó el suplemento para trastornos alimentarios, para detectar psicopatología de estos mismos. Además de esto se tomó peso y talla de los pacientes para obtener su Índice de Masa Corporal.

Se acudió durante el turno matutino y vespertino al servicio de preconsulta externa, a realización de la entrevista a los pacientes, por un espacio desde el mes de octubre hasta el mes de marzo del 2012, posteriormente ya obtenida la muestra se vaciaron los resultados en una base de datos y de acuerdo a un programa estadístico se hizo la evaluación de los mismos.

### **Análisis estadístico**

El análisis de los datos se realizará con pruebas de resumen (media, desviación estándar y porcentajes), además de reportar frecuencias de los trastornos realizado con el programa Excel.

### **Recursos**

Un residente de psiquiatría infantil, una computadora para el vaciado de los datos, entrevista semiestructurada y pacientes de la preconsulta del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr Juan N.Navarro”.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación no implicó riesgos ni peligros para los pacientes. Los datos recabados son confidenciales (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de atención médica, Art 133 y 134). Este estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, con registro número IT2/15/0911, además de que también fue aprobado por el comité de investigación del Hospital.

## **7. RESULTADOS**

La muestra se conformó con un total de 112 pacientes, de los cuales 12 fueron eliminados del estudio debido a que dentro del tamizaje no cumplían criterios completos para TDAH quedando finalmente 100.

En este estudio el promedio de edad fue de 12.26 años, en cuanto a las diferencias de género fueron en total 53 hombres y 47 mujeres; de estos pacientes el promedio de hermanos fue de 1.54 de acuerdo a los resultados.

**Tabla 2.- Variables Sociodemográficas.**

Sexo	Escolaridad %			Sexo %	Tipo de familia %		Edad(años)								
	Primaria	Secundaria	Preparatoria		Integrada	Desintegrada	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Hombres	26	20	7	49	23	29	6	2	7	6	11	5	0	7	5
Mujeres	16	13	17	51	26	22	1	3	7	6	9	1	0	6	14
Total	42	33	24	100	49	51	7	5	14	12	20	6	0	13	19

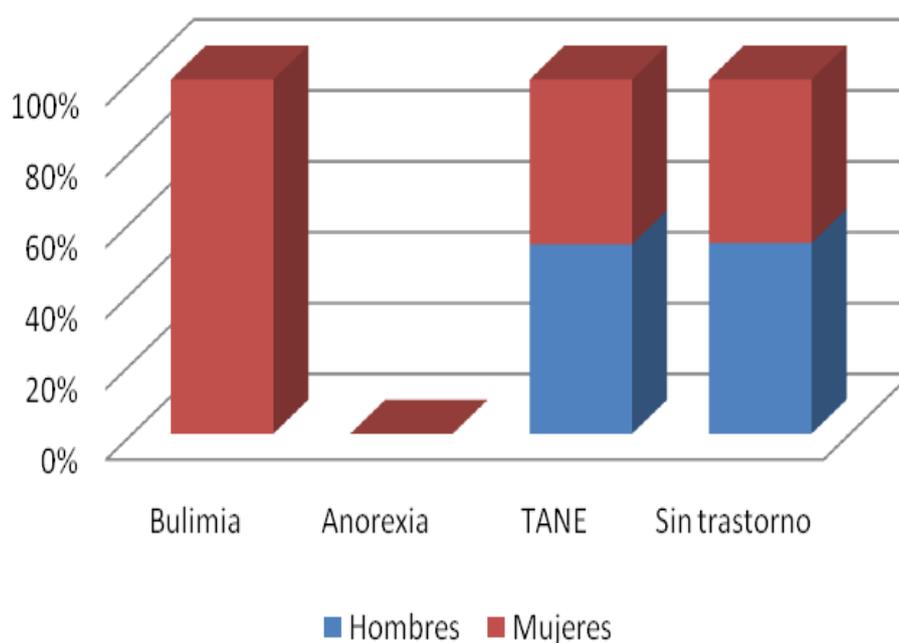
En relación a los resultados obtenidos en la tabla 2 tenemos que en los grupos por edades la mayor proporción de pacientes se registraron en los 12 años, por otro lado la mayor proporción de mujeres se encontró en los 16 años y la de hombres en los 12 años.

En cuanto a la escolaridad se tuvo una mayor proporción de escolaridad primaria en hombres y escolaridad preparatoria en mujeres. El mayor porcentaje de pacientes fueron hombres con 51%. En cuanto al tipo de familia el 51% de los pacientes contaba con una familia desintegrada.

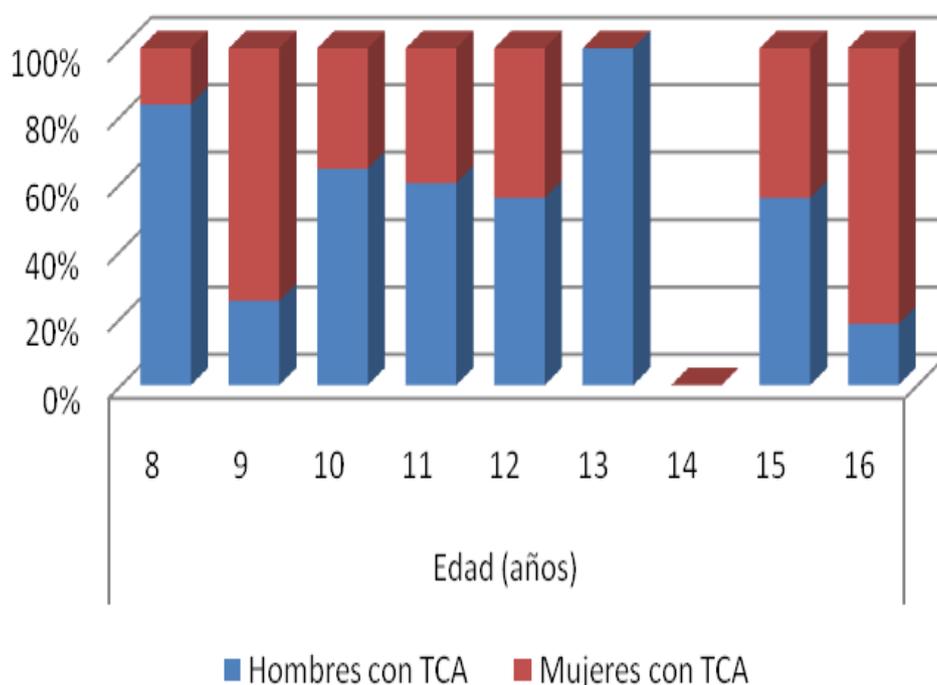
En cuanto a los tipos de TCA (Gráfica 1), los TANEs son los que tuvieron mayor frecuencia de presentación, lo que observamos es que en hombres los TANEs se hicieron más frecuentes en comparación con las mujeres, sin embargo los 3 casos de bulimia que se tuvieron en el estudio sólo se dieron en mujeres.

Del grupo anteriores, el 42% de los pacientes que presentaban un TANE se encontraban con peso normal, y de los 3 casos de bulimia sólo uno de ellos tenía sobrepeso; de los pacientes que no reportaron ningún tipo de trastorno alimentario el 16% tenía peso normal y un 13% de estos pacientes sin trastorno alimentario presentaba sobrepeso.

**Gráfica 1.-Trastornos de la Conducta Alimentaria en hombres y mujeres.**



**Gráfica 2.- Distribución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria según edad.**



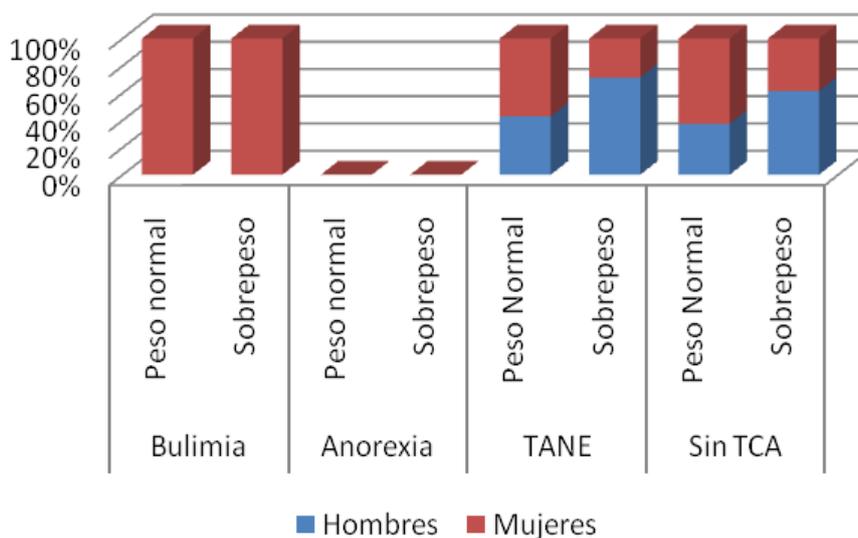
**Tabla 3.- TCA con IMC.-Sobrepeso y Peso normal**

Sexo	Bulimia		Anorexia		TANE		Sin TCA	
	Peso Normal	Sobrepeso						
<b>Hombres</b>	0	0	0	0	18	20	6	8
<b>Mujeres</b>	2	1	0	0	24	8	10	5
<b>Total</b>	2	1	0	0	42	28	16	13

En la tabla 3 observamos los datos correspondientes a los porcentajes de pacientes que presentaron sobrepeso por cada uno de los trastornos alimentarios, lo que no da que los pacientes con TANEs sólo los varones tuvieron un mayor índice de sobrepeso con un 20% en contraste con el 8% de las mujeres.

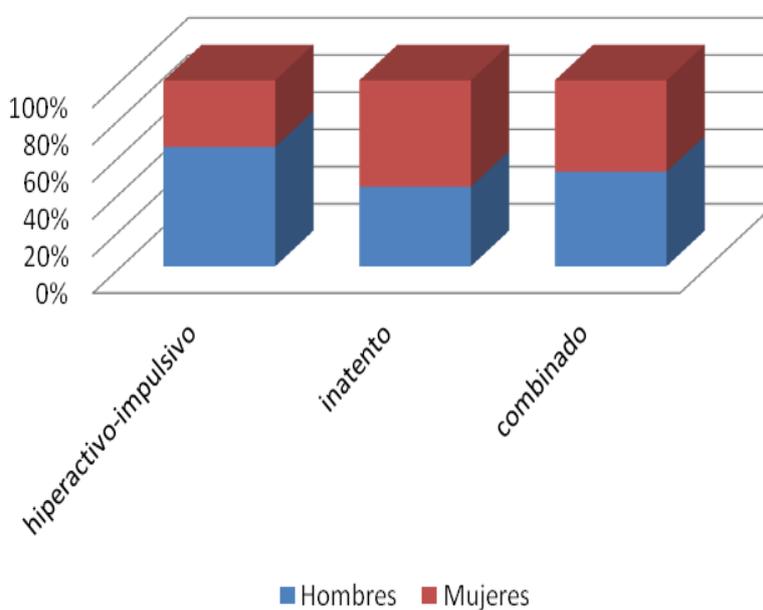
De los pacientes que no presentaron ningún tipo de trastorno alimentario sólo el 8% de los hombres presentaron sobrepeso y un 5% de las mujeres presentó sobrepeso.

**Gráfica 3.-Trastornos de la Conducta Alimentaria e Índice de Masa Corporal**



De los tipos de TDAH el combinado fue el más frecuente fue el de tipo combinado habiéndose repartido de igual manera tanto en hombres como en mujeres, el de tipo inatento fue el menos frecuente en un total del 7%, y el hiperactivo-impulsivo con una proporción del 13% (Gráfica 4).

**Gráfica 4 .- Porcentaje de Hombres y Mujeres y Subtipos de TDAH.**



El mayor porcentaje de los TANE tenía TDAH de tipo combinado con el 27% de los hombres y 19% de las mujeres. De los pacientes que no presentaron ningún tipo de trastorno alimentario el mayor porcentaje fueron mujeres con tipo de TDAH combinado en un 12%.

Los atracones fueron más frecuentes en los pacientes con TDAH de tipo combinado en hombres con 35% y mujeres en un 26%. Los hombres dentro del rango de edad de 12años presentaron mayor frecuencia de Trastornos alimentarios del tipo TANE en un 10%.

**Tabla 4.- Frecuencia de TCA en Subtipos de TDAH.**

Sexo	Hiperactivo-Impulsivo			Inatento			Combinado		
	Bulimia	Anorexia	TANE	Bulimia	Anorexia	TANE	Bulimia	Anorexia	TANE
Hombres	0	0	7	0	0	2	0	0	27
Mujeres	0	0	4	1	0	1	1	0	19

La tabla 4 nos muestra la frecuencia de TCA en cada uno de los subtipos de TDAH, el tipo combinado presentó el mayor porcentaje de prestación de TCA en hombres en un 27% y en mujeres en un 19%, los 3 casos de bulimia se encontraron distribuidos en igual proporción tanto en el tipo impulsivo, inatento y combinado y sólo lo presentaron mujeres.

En los pacientes con TDAH pero sin TCA (tabla 4) en donde nos muestra un porcentaje de 12% de mujeres con TDAH combinado pero sin TCA y 9% de hombres con TDAH combinado pero sin TCA, los del tipo hiperactivo-impulsivo en hombres fue de un 4% y en mujeres de un 2%, lo cual muestra que los de menor porcentaje fueron los de tipo inatento con 1% tanto para hombres como para mujeres.

**Tabla 5.- Pacientes con TDAH sin TCA.**

Sexo	Hiperactivo-Impulsivo	Inatento	Combinado
	Sin TCA	Sin TCA	Sin TCA
Hombres	4	1	9
Mujeres	2	1	12

En la tabla 6, tenemos que en un 35% en hombres fueron más frecuentes los atracones que en comparación con el 26% de la mujeres en ambos del tipo de TDAH combinado , en orden de seguimiento el tipo hiperactivo-impulsivo en un porcentaje de 11% en hombres y 6% en mujeres respectivamente, en el tipo inatento las mujeres con mayor porcentaje de un 4% y en hombres de 2%.

**Tabla 6.- Frecuencia de Atracones en TDAH**

Sexo	Atracones		
	Hiperactivo-Impulsivo	Inatento	Combinado
Hombres	11	2	35
Mujeres	6	4	26

La tabla 7 nos muestra los métodos más utilizados para perder peso, de los cuales la inducción del vómito fue la que con más frecuencia se presentó en hombres con un 38% y en mujeres el de mayor frecuencia fue el ejercicio con 29%, llama la atención que ninguno de los pacientes presentó tanto uso de laxantes como ingesta de grandes cantidades de agua.

**Tabla 7.- Frecuencia de Métodos para perder peso por género.**

Sexo	Vómito	Ejercicio	Laxantes	Agua	Ninguno	Total
Hombres	38	14	0	0	0	52
Mujeres	19	29	0	0	0	48
Total	57	43	0	0	0	100

## **8. DISCUSION.**

En cuanto al género en esta muestra se tiene que existió mayor frecuencia de mujeres con TDAH en un 51%, y hombres con un porcentaje de 49%, lo cual contrasta con lo dicho en la mayor parte de los estudios ya que comentan que una buena proporción de los pacientes con TDAH es predominantemente del género masculino, sin embargo esta situación no ocurrió en nuestro estudio lo cual pudo deberse a que gracias al instrumento clinimétrico se pudo corroborar el diagnóstico del TDAH en todos los pacientes de la muestra.

Las diferencias en cuanto al género podrían deberse a que muchos autores mencionan que el TDAH se encuentra subdiagnosticado en mujeres.

Se tiene particular importancia en los resultados referentes al tipo de familia, ya que en un estudio realizado por Mikami en adolescentes mujeres con TDAH se encontró que las pacientes con historia de mala dinámica familiar, presentaban mayores índices de riesgo de presentar un trastorno alimentario, esto es debido a que pueden presentar mayores trastornos internalizados, en este estudio lo que obtuvimos fue que la familia desintegrada fue la que con mayor frecuencia se presentó, apoyándonos en esta hipótesis.

El subtipo de TDAH de tipo combinado fue el que se presentó con mayor frecuencia lo que se apoya en diversos estudios realizados en otros países tales como el que realizó Ptacek donde afirma que el TDAH del tipo combinado es el más propenso a desarrollar trastorno alimentario, lo que podríamos suponer que se debe a la combinación entre la impulsividad que lleva a conductas como el atracón y la inatención e hiperactividad, en donde se hayan alteradas las funciones ejecutivas tales como la planeación que ya mencionábamos que puede verse alterada para los horarios establecidos de comidas.

En cuanto al tipo de trastornos alimentarios más frecuente tenemos que los trastornos alimentarios no especificados fueron los más frecuentes en los pacientes con TDAH siendo la bulimia nervosa sólo 3 casos, esto último concuerda con la mayoría de los estudios que se han realizado en los que mencionan que las mujeres con TDAH son las más propensas a desarrollar bulimia nervosa en tanto que en los hombres no se confirma este diagnóstico misma situación que tenemos en nuestro estudio.

## **9. CONCLUSIONES.**

En este estudio pudimos observar que en efecto la comorbilidad del Trastorno por déficit de atención con los Trastornos alimentarios es alta, además de que el subtipo de TDAH que con mayor frecuencia se relacionó con esta comorbilidad fue el de tipo combinado.

Sin embargo sería interesante que se hubiesen podido calificar por categorías separadas a los trastornos alimentarios no especificados, ya que en el DSM-IV se tiene por separado sin embargo en esta escala, así como en el resto de las escalas no existen como categorías sino simplemente como Trastornos alimentarios no especificados.

## **10. PERSPECTIVAS.**

Estudios posteriores podrían realizarse para poder obtener la información de los Trastornos alimentarios no especificados, así como la validación en nuestro país de nuevas escalas que sean diagnósticas para trastornos alimentarios, ya que a pesar de que teníamos una entrevista diagnóstica muy acertada, debido a la dicotomía que manejaba en base a los trastornos alimentarios no nos daba un panorama más extenso.

Se debe de instar a la realización de mayores estudios enfocados en la comorbilidad de los trastornos alimentarios en pacientes con TDAH para poder porcentualizar que la comorbilidad es muy frecuente y que se necesita de mayor cantidad de estudios en nuestro país que sustenten estos datos.

## 11. BIBLIOGRAFIA.

1. Barriguete-Meléndez Jorge Armando, et al ; Prevalence of abnormal eating behaviors in adolescents in Mexico. Mexican National Health and Nutrition Survey 2006). *Salud Pública de México* 2009. 51(4), 1-7.
2. Biederman J, Monuteaux M, Mick E, et al. Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biol Psychiatry*. 2006;60:1098–11.
3. Biederman J, Ball W.S, Monuteaux M, et al. Are Girls With ADHD at Risk for eating disorders? Results from a Controlled, Five-Year Prospective Study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2007;28:302-307.
4. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:728–738.
5. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large groups of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:966–975.
6. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large groups of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:966–975.
7. Cortese Samuele, D. B. B., Mouren Marie-Christine. Attention-Deficit-Hiperactivity Disorder and Binge Eating. *Nutrition Reviews* 2007. 65(9): 404-411.
8. Chinchilla Moreno, A. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona. Ed. Masson. 1996; pag. 1-56.
9. Davis C, Levitan RD, Smith M, Tweed S, Curtis C. Associations among overeating, overweight, and attention deficit/hyperactivity disorder: A structural equation modelling approach. *Eat Behav*. 2006;7: 266–274.
10. Díaz A. Joaquín; Comorbilidad del TDAH. *Revista de Psiquiatría y*

Psicología del niño y del adolescente 2006. 6(1): 44-55

11. Fairburn Christopher G., Zafra Cooper, Kristin Bohn, Marianne E. O'Connor, Helen A. Doll, and Robert L. Palmer . Eating Disorders, DSM-5 and Clinical Reality. British Journal of Psychiatry 2011. 198(1) : 8-10.
12. Guía de Trastornos Alimenticios [en línea] . Disponible en la Web : [www.generoysaludreproductiva.gob.mx](http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx)
13. Hernández Escalante Victor, Trava-García Manuel, Bastarrachea Sosa Raúl, Laviada Molina Hugo. Trastornos bioquímicos y metabólicos en la bulimia nervosa y los trastornos compulsivos. Salud Mental junio 2003. 26 (3): 9-15.
14. "ADHD Treatments", [en línea] Enero 2009. Disponible en la Web: <http://adhd-treatment-options.blogspot.mx>
15. Mattos P, Saboya E, Ayrao V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26:248–250.
16. Mikami A.Y, et al. Eating Pathology among Adolescent Girls with ADHD. J Abnorm Psychol. 2008 Febrero; 117(1): 225-235.
17. National Resource Center on ADHD. Lo que sabemos. El TDAH y las mujeres 2004. [www.help4adha.org](http://www.help4adha.org)
18. Neumark-Stainer D., Story M., Resnick D.M., Garwick Ann., Blum R. Body Dissatisfaction and Unhealthy weight control practices among adolescents with and without chronic illness: A population based-study. Arch. Pediatr Adolesc Med 1995. 149:1330-1335.
19. Olaiz Gustavo. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. 1-132.
20. Palazzo Nazar Bruno, Moreira De Sousa Pinna Camila, Coutinho Gabriel, Segenreich Daniel, Duchesne Mónica, Apolinario José Carlos. Review of ADHA with comorbid eating disorders. Revista Brasileña de Psiquiatría 2008. 30(4): 384-389.
21. Ptacek R, K. H., Papezova H, Stepankova T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Eating Disorders. Prague Medical Report

2010. 111(3): 175-181.
22. Rafael Linares Aurelia. Teorías del desarrollo cognitivo según Piaget y Vigotsky. Universidad Autónoma de Barcelona 2009: 1-62.
  23. Sokol MS, Gray NS, Goldstein A, Kaye WH. Methylphenidate treatment for bulimia nervosa associated with a cluster B personality disorder. *Int J Eat Disord.* 1999; 25:233–237.
  24. Shaleindra, K. Genetics Basis of the relationship between attention deficit hyperactivity disorder and binge eating. *Nutrition Reviews* 2008). 66(6): 357.
  25. Surman CB, Randall ET, Biederman J. Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimia nervosa: analysis of 4 case-control studies. *J Clin Psychiatry.* 2006;67:351–354.
  26. Turón Gil Vicente, Turón Viñas Laia. ¿Qué son los Trastornos de la Alimentación?. [www.aeetca.com](http://www.aeetca.com).
  27. Yang Su-Jin, Kim Jae-Min, Yoon Jin-Sang Disturbed Eating Attitudes and Behaviors in South Korean Boys and Girls : A School-Based Cross-Sectional Study. *Yonsei Med.Journal* 2010. 51(3): 1-8.
  28. Zúñiga O, Padrón E. Translation and psychometric properties of the Kid's Eating Disorders Survey (KEDS) Spanish Version. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009. 37(6): 326-329.

## **Anexo 1.- Consentimiento Informado.**

### **Carta de Consentimiento Informado**

#### **Título de la investigación.**

Trastornos alimentarios en pacientes con Trastornos por déficit de atención e hiperactividad

#### **Justificación y objetivos de la investigación.**

Mi hija(o) ha sido invitada a participar voluntariamente en un estudio de investigación para evaluar la presencia de trastornos alimentarios, ya que en los pacientes con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad se ha visto que son frecuentes este tipo de trastornos.

#### **Procedimientos del estudio.**

Mi hija(o) fue valorada en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y fue diagnosticada con uno de los siguientes trastornos: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad por lo que fue referida a este estudio.

Se hará una entrevista en la que se aplicarán preguntas referentes a si el paciente presenta datos del Trastorno por déficit de atención, posteriormente si el paciente presenta datos de este último se harán más preguntas para hacer el diagnóstico exacto y finalmente se harán preguntas acerca de los hábitos alimenticios del paciente.

#### **Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.**

Si mi hija(o) y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos podremos en contacto con la Dra. Diana Helena Ramírez Carrizales residente de segundo año de psiquiatría infantil y de la adolescencia en la División de Enseñanza del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

#### **Derecho a retirarse del estudio.**

Mi hija(o) y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura de mi hija en el hospital. Si deseo retirar a mi hija del estudio debo notificarlo a la Dra. Diana Helena Ramírez Carrizales

#### **Confidencialidad.**

La información obtenida de mi hija(o) se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hija(o) pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue su identidad y, la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.\*Esta evaluación la realizará la Dra Diana Helena Ramírez Carrizales.

### **Firmas del Consentimiento Informado**

Mi hija(o) y yo hemos leído la información anterior, se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente aceptamos participar en este estudio. Si mi hija no puede dar el consentimiento informado, mi propia firma a continuación indica que ha dado su aprobación para participar en este estudio.

---

**Nombre y firma o huella de la participante**

---

**Nombre y firma de la madre, padre o tutor**

---

**Nombre y firma de la investigadora**

---

**Fecha**

---

**Nombre y firma del testig@**

**Relación con la participante**

---

## Anexo 2.- K-SADS PARA TDAH Y TCA.

### Suplemento de anorexia nerviosa

Hace un momento, mencionaste tu temor a engordar, aunque en la actualidad te encuentres delgado.....

#### 1.- Distorsión de la Imagen Corporal

P N S

¿Te sientes obeso aún cuando los demás te dicen que no es así? ¿Te gustaría ser más delgado? ¿Algunas partes de tu cuerpo te parecen especialmente obesas? ¿Te molesta haber perdido demasiado peso y aún así sentirte obeso? ¿Piensas que actualmente has perdido peso o solo que otras personas lo piensan, pero que están equivocadas? ¿Cómo están equivocadas?

0 0 0 Sin información.  
 1 1 1 Ausente  
 2 2 2 Subumbral: Reporta que se siente obeso, y que continuamente se preocupa por estos pensamientos, aunque está consciente de que no es obeso de acuerdo a los estándares.  
 3 3 3 Umbral: Las percepciones que tiene con respecto a su obesidad no pueden ser alteradas por evidencia objetiva de lo contrario.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

#### 2.- Amenorrea

P N S

¿Qué edad tenías cuando comenzaste tus períodos menstruales (regla)? ¿Con qué frecuencia tienes tu período? ¿Cuántas semanas han pasado desde tu último período?

0 0 0 Sin información  
 1 1 1 Ausente  
 2 2 2 Subumbral: Anormalidades ocasionales (ejem.. en ocasiones a perdido períodos o su ciclo menstrual es corto)  
 3 3 3 Umbral: Ha perdido 3 o más períodos menstruales de forma consecutiva.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

	<b>Sumario EA</b>			<b>Sumario EMSP</b>		
<b>3.- Evidencia de Anorexia (DSM-III-R y DSM-IV)</b>						
Cumple los siguientes criterios:	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
1. Demacrado, pérdida de peso por debajo del 15% del peso esperado.						
2. Temor intenso de ser obeso.						
3.- Distorsión de la imagen corporal.						
• En mujeres, ausencia de 3 períodos menstruales consecutivos.						
<b>Tipo Restrictivo</b>						
La persona no tiene períodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse durante el episodio.	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Tipo con Episodios de Comer Demasiado / Purgarse.</b>						
Durante el episodio la persona tiene períodos regulares de conductas como comer demasiado o purgarse (ejem.. se provoca vómito o consume diuréticos, laxantes o enemas).	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

## Suplemento de bulimia nerviosa

Hace un momento, mencionó que tiene ataques o períodos en los que come demasiado, cuando tiene estos ataques.....

	P	N	S	
<b>1.- Pérdida de Control</b>				
	0	0	0	Sin información
<i>¿Sientes que no tienes control sobre estos ataques?</i>	1	1	1	Ausente
<i>¿Puedes dejar de comer una vez que has iniciado?</i>	2	2	2	Subumbral: Con frecuencia puede controlar su urgencia por comer (ejem.. al menos el 50% del tiempo).
	3	3	3	Umbral: Algunas veces puede controlar sus urgencias, usualmente no puede.
				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____
<b>2.- Preocupación excesiva por el peso</b>				
	0	0	0	Sin información
<i>¿Con qué frecuencia piensas acerca de tu peso o de ser obeso? ¿Estos pensamientos vienen a tu mente cuando estás en la escuela, con amigos o cuando estás ocupado haciendo otras cosas?</i>	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Preocupación excesiva por su peso, el valor que adjudica a ser delgado excede los valores culturales, pero no interfiere con su funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Pensamientos continuos acerca de su peso. Los pensamientos tienen un impacto moderado en sus actividades cotidianas (ejem.. falta de concentración por los pensamientos intrusivos acerca de su peso).
				Duración del síntoma: _____
				Pasado: P (___) N (___) S (___)
				Duración del síntoma: _____

3.- Duración	Criterios	Padre EA			Padre EMSP			Niño EA			Niño EMSP			Sumario EA			Sumario EMSP		
		0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
<i>¿Por cuanto tiempo has tenido estos ataques por comer?</i>	Tres meses o más																		

4.- Evidencia de Bulimia Nerviosa	Sumario EA			Sumario EMSP		
<b>a. Criterios del DSM-III-R</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
1. Tiene ataques por comer al menos dos veces por semana durante 3 meses o más.						
2. Pérdida de control sobre sus conductas alimenticias.						
3. Se involucra regularmente en conductas tales como purgarse o en métodos fáciles para el control de peso.						
4. Preocupación excesiva por su imagen corporal.						
<b>b. Criterios del DSM-IV</b>						
Igual a los criterios del DSM-III-R, excepto que la Bulimia Nerviosa no puede ser diagnosticada si ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

## Suplemento de Trastornos de Conducta K-SADS-PL-Mex

### Suplemento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

(Si el niño se encuentra medicado por TDAH, evalúe el comportamiento cuando se encontraba sin medicamento)

	P	N	S	
<b>1. Comete demasiados errores por descuido</b>				
<i>¿Cometes muchos errores por descuido en la escuela?</i>	0	0	0	Sin información
<i>¿Frecuentemente tienes errores en los exámenes por no leer bien las instrucciones?</i>	1	1	1	Ausente
<i>¿Con frecuencia dejas sin contestar preguntas por accidente? ¿Olvidas contestar preguntas que están en ambos lados de una página? ¿Con qué frecuencia ocurren estas cosas? ¿Tu maestra te ha dicho que debes poner más atención a los detalles?</i>	2	2	2	Subumbral: Ocasionalmente comete errores por descuido. El problema tiene efectos mínimos sobre el funcionamiento
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia comete errores por descuido. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**2.- No Escucha**

P N S

0 0 0 Sin Información

*¿Se te dificulta recordar cosas que tus padres o maestros te dicen? ¿Tus padres o maestros se quejan de que no los escuchas cuando te hablan? ¿Ignoras a las personas? ¿Has tenido problemas por no escuchar?*

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: Ocasionalmente no escucha. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3

**Evalúe de acuerdo a los datos que proporcione el informante o por lo observado**

Umbral: Con frecuencia no escucha. El problema tiene efectos moderados en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

3.- Dificultad para seguir instrucciones P N S

<i>¿Tus maestros se quejan porque no sigues instrucciones? ¿Cuando tus padres o maestros te dicen que hagas algo, en ocasiones es difícil recordar lo que te dijeron que hicieras? ¿Esto te provoca problemas? ¿Has perdido puntos en tus materias por no seguir las instrucciones o por no completar el trabajo? ¿Se te ha olvidado hacer la tarea o ponerla en la mochila? ¿Has tenido problemas en tu casa por no terminar con lo que tus padres te piden hacer? ¿Con qué frecuencia?</i>	0	0	0	Sin información
	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones tiene dificultades para seguir instrucciones. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia tiene dificultades para seguir instrucciones. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

**4.- Dificultad para organizar tareas o labores**

P N S

	0	0	0	Sin información
<i>¿Tu escritorio (pupitre) o mochila de la escuela está desordenado? ¿Se te dificulta encontrar las cosas que necesitas? ¿Tu maestro se queja de que tus tareas están desorganizadas? ¿Cuando haces tus tareas, usualmente comienzas por el principio y haces los problemas en orden, o los haces de forma saltada? ¿Se te olvida hacer algunos problemas? ¿Se te dificulta estar listo en las mañanas para ir a la escuela?</i>	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: Desorganizado en ocasiones. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia desorganizado. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**5.- Le disgusta / evita tareas que requieren atención**

P N S

	0	0	0	Sin información
<i>¿Existe alguna actividad de la escuela que te disguste hacer más que otras actividades? ¿Qué cosas? ¿Por qué? ¿Tratas de evitar hacer r_____? ¿Pretendes olvidar que tienes tarea de _____ para no hacerla? ¿Cuántas veces a la semana no haces tu tarea de _____?</i>	1	1	1	Ausente
	2	2	2	Subumbral: En ocasiones evita tareas que requieren su atención y/o expresa cierto disgusto por hacerlas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.
	3	3	3	Umbral: Con frecuencia evita tareas que requieren su atención, y/o expresa un disgusto moderado por hacerlas. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

6.- Pierde cosas

P N S

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

¿Pierdes cosas con frecuencia? ¿Tus lápices en la escuela? ¿Tareas? ¿Cosas de tu casa? ¿Con qué frecuencia ocurre?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones pierde cosas. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia pierde cosas (ejem. una vez por semana o más) El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

7.- Olvidadizo en actividades cotidianas

P N S

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

¿Con frecuencia olvidas tu tarea en casa o tus libros o chamarra en el camión? ¿Dejas tus cosas afuera por accidente? ¿Con qué frecuencia ocurren estas cosas? ¿Alguna vez alguien se ha quejado porque eres muy olvidadizo?

2 2 2 Subumbral: En ocasiones es olvidadizo. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia es olvidadizo. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**8.- Inquietud**

P N S

0 0 0 Sin información

*¿Con frecuencia la gente te dice que estés quieto, que dejes de moverte o dejes de retorcerte en tu asiento?*

1 1 1 Ausente.

*¿Tus maestros? ¿Tus padres? ¿Has tenido problemas por retorcerte en tu asiento o por jugar con pequeñas cosas en tu escritorio? ¿Se te dificulta tener quietos las piernas y/o los brazos? ¿Con qué frecuencia?*

2 2 2 Subumbral: En ocasiones está inquieto con sus manos o pies o se retuerce en su asiento. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3

Umbral: Con frecuencia está inquieto con sus manos o pies o se retuerce en su asiento (ejem. Por lo menos el 50% del tiempo). El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

**Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado**

Duración del síntoma:

---

**Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)**

Duración del síntoma:

---

**9.- Corre o trepa excesivamente**

P N S

*¿Has tenido problemas por correr en los pasillos de la escuela? ¿Con frecuencia tu mamá te recuerda que debes caminar en lugar de correr cuando salen juntos? ¿Tus padres o maestros se quejan cuando te subes o trepas a las cosas que no deberías? ¿Qué clase de cosas?*

0 0 0 Sin información.

*¿Con qué frecuencia ocurre esto?*

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones corre o trepa excesivamente. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento (En adolescentes, puede estar limitado a un sentimiento subjetivo de inquietud).

**Adolescentes:** *¿Te sientes demasiado agitado/inquieto? ¿Sientes que debes moverte o te es muy difícil estar en un solo lugar?*

3 3 3

Umbral: Con frecuencia corre o trepa excesivamente. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento. (En adolescentes, puede estar limitado a un sentimiento subjetivo de inquietud).

**Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado.**

Duración del síntoma:

---

**Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)**

Duración del síntoma:

---

10.- Siempre en movimiento. actúa como si tuviera un motor interno. P N S

0 0 0 Sin información.

*¿Se te dificulta hacer las cosas con calma? ¿Puedes estar en un solo lugar por mucho tiempo o tienes que moverte continuamente? ¿Cuánto tiempo puedes estar sentado viendo TV o jugando? ¿La gente te dice con frecuencia que te calmes?* 1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones, con efectos mínimos en el funcionamiento

3 3 3 Umbral: Con frecuencia actúa como si tuviera un motor interno. Efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

11.- Dificultad para Jugar en Silencio P N S

0 0 0 Sin información.

*¿Tus padres o maestros con frecuencia te dicen que te calles cuando estás jugando? ¿Se te dificulta jugar en silencio?* 1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se le dificulta jugar en silencio. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

\* **Adolescentes:** *¿Puedes estar relajado y tranquilo en juegos de mesa?*

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se le dificulta jugar en silencio. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

12.-Contesta atropelladamente antes que termine la pregunta P N S

0 0 0 Sin información

*¿En la escuela, das ocasionalmente respuestas antes de que te lo indiquen? ¿Hablas cuando no debes en tu casa? ¿Contestas preguntas que tus padres le hacen a tus hermanos? ¿Con qué frecuencia?* 1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones habla cuando no debe. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia habla cuando no debe (ejem. diario o casi diario). El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

13.- Dificultad para esperar su turno P N S

0 0 0 Sin información

*¿Se te dificulta esperar tu turno en los juegos? ¿Se te dificulta esperar tu turno al estar en la fila, en la tienda, en la cooperativa, en la cafetería o en el bebedero?* 1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones se le dificulta esperar su turno. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se le dificulta esperar su turno. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento.

Duración del síntoma:

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

**14.- Interrumpe** P N S

0 0 0 Sin información.

*¿Has tenido problemas en la escuela por hablar cuando no debes? ¿Tus padres, maestros o algún niño se ha quejado porque los interrumpes cuando están hablando? ¿Los niños se quejan porque interrumpes cuando ellos juegan? ¿Esto ocurre con frecuencia?*

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: En ocasiones interrumpes a otros.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia interrumpes a otros.

**Evalúe de acuerdo a los datos reportados por el informante o por lo observado**

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**15.- Cambia actividades** P N S

0 0 0 Sin información.

*¿Cuando estás jugando o haciendo alguna cosa, con frecuencia te detienes porque piensas en algo que sería mejor que hicieras? ¿Se te dificulta quedarte haciendo una sola cosa? (Evalúe diversos reactivos; ejem. poner la mesa, tareas escolares, vídeo juegos, etc.) ¿Otras personas te han dicho que haces esto? ¿Tu maestro? ¿Tu mamá?*

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones cambia actividades y no las finaliza

3 3 3 Umbral: Con frecuencia cambia actividades y no las finaliza.

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

**16.- Habla en exceso** P N S

0 0 0 Sin información.

*¿La gente dice que hablas demasiado? ¿Has tenido problemas en la escuela por hablar cuando no deberías hacerlo? ¿Tu familia se queja porque hablas demasiado?*

1 1 1 Ausente.

2 2 2 Subumbral: En ocasiones habla en exceso.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia habla en exceso.

**Evalúe de acuerdo a lo reportado por el informante o por lo observado**

Duración del síntoma:

---

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

---

17.- Se involucra en actividades físicas peligrosas P N S

0 0 0 Sin información.  
*¿En ocasiones corres por las calles sin fijarte? ¿Se te olvida fijarte en el tránsito cuando andas en bicicleta? ¿Haces cosas que tus padres consideran peligrosas, como brincar de lugares muy altos? ¿Haces esto con frecuencia? ¿Alguien te ha dicho que eres muy atrevido? ¿Por qué te lo dijeron?*

1 1 1 Ausente.  
2 2 2 Subumbral: En ocasiones se involucra en actividades que son físicamente peligrosas.

3 3 3 Umbral: Con frecuencia se involucra en actividades que son físicamente peligrosas.

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Pasado: P (\_\_\_) N (\_\_\_) S (\_\_\_)

Duración del síntoma:

\_\_\_\_\_

Código: 0=sin información, 1=no, 2=si

	Criterios	Padre EA	Padre EMSP	Niño EA	Niño EMSP	Sumario EA	Sumario EMSP
<b>18.- Duración</b>							
	¿Por cuánto tiempo has tenido problemas (enliste los síntomas que fueron positivos)	6 meses o más	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
<b>19.- Edad de Inicio</b>							
	¿Qué edad tenías cuando empezaste a tener problemas (enliste síntomas)? ¿Tenías estos problemas en el jardín de niños? ¿En primer año?	Inicio antes de los 7 años	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Especifique:							
<b>20.- Deterioro</b>							
	a: Social (con compañeros):		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	b: Con la Familia:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
	c: En la Escuela:		0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2

<b>21.- Evidencia de TDAH (DSM-III-R)</b>	Sumario EA			Sumario EMSP		
A. Cumple los criterios de al menos 8 de los siguientes síntomas:	0	1	2	0	1	2
1.- Dificultad para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.						
2.- No escucha.						
3.- Dificultad para seguir instrucciones						
4.- Pierde cosas.						
5.- Se distrae fácilmente.						
6.- Inquietud.						
7.- Dificultad para permanecer sentado						
8.- Dificultad para jugar en silencio.						
9.- Contesta impulsivamente.						
10.- Dificultad para esperar su turno.						
11.- Interrumpe.						
12.- Cambia actividades.						
13.- Habla en exceso.						
14.- Se involucra en actividades físicamente peligrosas.						
B. Duración de los síntomas por 6 meses o más.						
C. Inicio antes de los 7 años						
1 No cumple los criterios para un Trastorno Profundo del Desarrollo						
<b>22.- Evidencia de TDAH (DSM-IV)</b>						
A. Ya sea i ó ii.	0	1	2	0	1	2
Falta de Atención:						
i. Cumple los criterios de al menos 6 de los siguientes 9 síntomas:						
1.- Comete errores por descuido.						
2.- Dificultad para mantener su atención en tareas o actividades recreativas.						
3.- No escucha.						
4.- Dificultad para seguir instrucciones.						
5.- Dificultad para organizar tareas.						
6.- Le disgusta/evita actividades que requieren su atención						
7.- Pierde cosas.						
8.- Se distrae con facilidad.						
9.- Olvidadizo en actividades cotidianas.						

**Hiperactividad/Impulsividad**

ii. Cumple los criterios de al menos 6 o más de los siguientes 9 síntomas:

- 1.- Inquietud
- 2.- Dificultad para permanecer sentado.
- 3.- Corre o trepa excesivamente.
- 4.- Dificultad para jugar en silencio.
- 5.- Actúa como si tuviera un motor interno.

6.- Habla en exceso.

7.- Contesta impulsivamente.

8.- Dificultad para esperar su turno.

9.- Con frecuencia interrumpe

B. Duración de los síntomas por 6 meses o más.

C. Algunos síntomas que causaron deterioro están presentes antes de los 7 años de edad.

D. El deterioro por los síntomas debe estar presente en dos o más situaciones (ejem. escuela y hogar).

E. Deterioro clínico significativo.

F. No cumple los criterios para un Trastorno profundo del Desarrollo

**23. Subtipo Predominantemente Inatento**

Cumple los criterios Ai, pero no los criterios Aii en los pasados 6 meses

0 1 2

0 1 2

**24.- Subtipo Predominantemente Hiperactivo**

Cumple los criterios Aii, pero no los criterios Ai en los pasados 6 meses.

0 1 2

0 1 2

**25.- Tipo Combinado**

Se cumplen los criterios Ai y Aii en los pasados 6 meses.

0 1 2

0 1 2

**26.- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad No Especificado**

Síntomas prominentes de falta de atención o hiperactividad-impulsividad que no cumplen los criterios para el Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención e Hiperactividad

0 1 2

0 1 2