



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

CONDUCTAS AUTOLESIVAS E IMPULSIVIDAD COMO INDICADORES DE PRESENCIA DE TDAH EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en
Psiquiatría

Dra. Ana Rosa García Berdeja
Médico residente 4º año Psiquiatría

Dra. Nashyiela Loa Zavala
Asesor Teórico

Mta. Juana Freyre Galicia
Asesor Metodológico

CDMX, México, junio de 2016



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:

A mis padres y hermana por acompañarme e impulsarme en éste, mi camino, por siempre confiar en mí y ser mi más grande motivación y ejemplo de amor.

A mis amigos, por ser ejemplo y guía.

A mis profesores, por enseñarme más que Medicina y Psiquiatría.

A todos los pacientes, médicos, asesores y compañeros, por formar eslabón a eslabón el camino para llegar hasta aquí.

Índice

	Página
i. Índice	3
ii. Lista de cuadros, tablas, gráficas y abreviaturas	4
iii. Resumen	5
iv. Introducción	6
v. Marco teórico	7
▪ TDAH en edad adulta	13
▪ Instrumentos de medición	16
▪ TDAH y TLP	19
vi. Método	24
▪ Justificación	24
▪ Planteamiento del problema	24
▪ Pregunta de investigación	26
▪ Objetivos general y específicos	26
▪ Hipótesis	27
▪ Variables	27
▪ Tipo de estudio	29
▪ Muestra	29
▪ Muestreo	29
vii. Criterios de sección	30
viii. Instrumentos	31
ix. Procedimiento	36
x. Consideraciones éticas	37
xi. Análisis estadístico y resultados	39
xii. Discusión	49
xiii. Conclusiones	52
xiv. Limitaciones	53
xv. Referencias bibliográficas	53
xvi. Anexos	56

Lista de cuadros, tablas y gráficos

TABLA/GRÁFICO	PÁGINA
Tabla 1. Criterios diagnósticos CIE 10 para el trastorno hiperactivo	9
Tabla 2: Criterios diagnósticos DSM-V para el TDAH	9
Tabla 3. Descripción general de la muestra de pacientes por sexo, con TLP con y sin TDAH	40
Tabla 4. Puntuaciones de SCID II en relación con presencia de TDAH	41
Tabla 5. Edad de inicio de las conductas autolesivas	42
Tabla 6. Frecuencia de autolesiones al inicio	42
Tabla 7. Letalidad de autolesiones al inicio	43
Tabla 8. Frecuencia de autolesiones en los últimos 12 meses	44
Tabla 9. Letalidad de autolesiones en los últimos 12 meses	44
Tabla 10. Presencia de autolesiones en los últimos 12 meses	45
Tabla 11. Intencionalidad de las autolesiones en los últimos 12 meses	45
Tabla 12. Número de intentos suicidas a lo largo de la vida	46
Tabla 13. Antecedente de consumo de sustancias durante los intentos suicidas	46
Tabla 14. Puntuaciones totales de la escala de impulsividad de Barratt	47
Tabla 15. Puntuaciones de la subescala de impulsividad cognitiva	48
Tabla 16. Puntuaciones de la subescala de impulsividad motora	48
Tabla 17. Puntuaciones de la subescala de impulsividad no planeada	48
Gráfico 1. Descripción general de la muestra de pacientes por sexo, con TLP con y sin TDAH	40
Gráfico 2. Puntuaciones de SCID II en relación con presencia de TDAH	41
Gráfico 3. Edad de inicio de las conductas autolesivas	42
Gráfico 4. Letalidad de autolesiones al inicio	43
Gráfico 5. Presencia de autolesiones en los últimos 12 meses	45
Gráfico 6. Número de intentos suicidas a lo largo de la vida	46
Gráfico 7. Puntuaciones totales de la escala de impulsividad de Barratt	47

Abreviaturas

TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

TLP. Trastorno límite de personalidad

APA. Asociación Psiquiátrica Americana

CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades, decima edición

DSM V. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, en su quinta edición

Resumen

CONDUCTAS AUTOLESIVAS E IMPULSIVIDAD COMO INDICADORES DE PRESENCIA DE TDAH EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Dra. Ana Rosa García Berdeja. Médico residente 4º año de Psiquiatría, HPFBA § Mta. Juana Freyre Galicia. Servicio de Investigación HPFBA § Dra. Nashyela Loa Zavala. Médico Psiquiatra HPFBA

Introducción. El TDAH es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por falta de atención sostenida, deficiente control de impulsos e hiperactividad, inicia durante la infancia y tiende a permanecer durante la edad adulta (40-60%). Se estima una comorbilidad de TDAH y TLP del 11-18% a nivel mundial y del 78% en nuestra institución (2012). Se ha postulado que este grupo de pacientes muestran un mayor nivel de impulsividad, abuso/dependencia de sustancias y autoagresiones, sin embargo no existen evidencias estadísticas. Ambas patologías presentan similitudes clínicas, por lo que se han postulado teorías respecto a la etiología, así como un continuum o comorbilidad.

Objetivos. El objetivo de esta investigación fue identificar la diferencia entre las conductas autolesivas e impulsivas en pacientes con y sin comorbilidad entre TLP y TDAH, buscando indicadores que orienten al personal médico sobre la conducta diagnóstica y terapéutica. **Material y métodos.** Se realizó un estudio Observacional, Comparativo y Transversal, aplicándose la Escala ASRS-V1.1 y DIVA 2.0, la escala de impulsividad de Barratt, el SCID-II y una cédula de registro de conductas autolesivas. Para el análisis de datos se utilizó el SPSS-20. **Resultados.** En cuanto a las características de las conductas autolesivas, se observó una edad de inicio más temprana y mayor frecuencia de presentación en el grupo con TDAH, si bien estos datos no tuvieron una significancia estadística, si se identificaron diferencias porcentuales importantes. Los resultados de la evaluación de la impulsividad mostraron diferencia estadísticamente significativa en las subescalas de impulsividad cognitiva y motora, mostrando distribuciones polares entre ambos grupos.

Palabras clave: autolesiones, impulsividad, TDAH, TLP, escala de Barratt.

CONDUCTAS AUTOLESIVAS E IMPULSIVIDAD COMO INDICADORES DE PRESENCIA DE TDAH EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

1. Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por tres grupos de alteraciones, la falta de atención sostenida, un pobre o nulo control de impulsos e hiperactividad, lo cual condiciona disfunción o mal adaptación del individuo en su entorno, afectándolo en diversas áreas. Se ha descrito su inicio en la infancia, sin embargo también se ha investigado su persistencia en la edad adulta, condicionando de la misma manera disfunción en la esfera social y laboral principalmente, se ha estimado una prevalencia de TDAH a nivel mundial de 8 a 12% en niños y adolescentes, así como de 1.2 a 7.3% en edad adulta^{7,8}, sin embargo se ha reportado en la literatura una persistencia de sintomatología hasta en un 40-60%^{1,9}, con alteraciones en estudios de neuroimagen, cognitivos y respuesta a manejo farmacológico similares a la de los niños con diagnóstico de TDAH.

Dentro de los síntomas persistentes de TDAH en la edad adulta se ha descrito, principalmente, la impulsividad e inatención, mostrada principalmente en la toma de decisiones sin tener en cuenta los riesgos o consecuencias, el incremento en el consumo de sustancias, conductas desadaptativas y patrones de relaciones inestables, llegando a condicionar diversos trastornos afectivos, de personalidad y por consumo de sustancias.

En épocas recientes se ha investigado más sobre la persistencia del TDAH en la edad adulta, así como su relación con otros trastorno psiquiátricos, dentro de ellos los trastornos de personalidad, ya que se ha descrito un continuum entre los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbados (DSM V)⁵ o trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (CIE 10)⁶ con alteraciones

de la personalidad y/o el temperamento presentes desde la infancia, principalmente el trastorno límite de personalidad y el trastorno disocial.

El trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es un trastorno caracterizado principalmente por impulsividad, relaciones inestables y autoagresiones, siendo de especial importancia los múltiples intentos suicidas que llegan a presentar los pacientes, por lo que el control de los impulsos y consecutivamente el número y letalidad de las autoagresiones e intentos suicidas se vuelven el foco de atención y principal diana del tratamiento; en ello repercute la importancia de esclarecer el origen de la impulsividad, detectando si se trata exclusivamente de un trastorno de personalidad, de un TDAH con persistencia en la edad adulta o una patología concomitante de trastorno límite de personalidad y TDAH, para con base en un diagnóstico certero, establecer el tratamiento indicado que pueda mejorar la evolución del padecimiento, y por ende, mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

En el desarrollo del presente trabajo se pretende identificar si existe o no una diferencia sustancial en la presentación e intensidad tanto de las conductas autolesivas como impulsivas en pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin comorbilidad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, con la finalidad de proponer indicadores funcionales en el abordaje clínico y diagnóstico de la población de pacientes con trastorno límite de personalidad, y por ende, proporcionar una orientación terapéutica en la elección del tipo de fármaco que nos brindaría una mayor reducción en la tasa de conductas autolesivas e impulsivas.

2. Marco teórico

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para

mantener la atención, hiperactividad y/o impulsividad, que puede persistir hasta la edad adulta, condicionando disfunción o mal adaptación en diferentes áreas, como la académica, familiar, laboral y social ⁷. Representa el trastorno psiquiátrico más frecuentemente diagnosticado en la población infantil, siendo reconocido como un problema de salud mundial desde el Siglo XX⁸ hasta la actualidad.

Sistemas de clasificación

Actualmente existen dos clasificaciones de los trastorno mentales más ampliamente utilizados, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud en su decima edición y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, en su quinta edición (DSM-V); en ambas clasificaciones se describe el TDAH de forma similar, presentando algunas variaciones sobre los criterios requeridos para su diagnóstico, así como los diferentes tipos (tabla 1 y 2)^{7,8}; en la CIE-10 se señalan los 7 años como el límite superior para el inicio de los síntomas⁶, sin embargo uno de los cambios realizados en el DSM V es que los síntomas se presenten antes de los 12 años⁵, lo que condiciona un rango más amplio para realizar el diagnóstico. En ambas clasificaciones se menciona que los síntomas deben de cursar con una frecuencia e intensidad excesiva para la edad y el nivel mental del niño, debiendo persistir al menos 6 meses y con repercusión clínicamente significativa sobre la actividad social, académica o laboral, así mismo, los síntomas deben de estar presentes en al menos dos situaciones, no se diagnostica de forma simultánea en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o cuando los síntomas se expliquen mejor por otro trastorno mental, como el trastornos afectivo ^{7,8}.

Tabla 1. Criterios diagnósticos CIE 10 para el trastorno hiperactivo (OMS, 1992)⁶.

Criterios diagnósticos CIE 10 para el trastorno hiperactivo (OMS, 1992) F90
<p>Por lo menos 6 de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos 6 meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <p>Déficit de atención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades. 2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego. 3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice 4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones. 5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades. 6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental mantenido. 7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc. 8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos. 9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias
<p>Por lo menos 3 de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten al menos 6 meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <p>Hiperactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o moviéndose en su asiento. 2. Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado. 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas. 4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas. 5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
<p>Por lo menos 1 de los siguientes síntomas de impulsividad persisten al menos 6 meses, en un grado que es mal adaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:</p> <p>Impulsividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas. 2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo. 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros. 4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.
<p>El inicio del trastorno no es posterior a los siete años Los criterios deben cumplirse en más de una situación Los síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral. No cumple los criterios para trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio-Depresivo o trastorno de ansiedad</p>

Tabla 2: Criterios diagnósticos DSM-V para el TDAH (APA, 2013)⁵.

Criterios diagnósticos DSM-V para el TDAH (APA, 2013)
<p>A. patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracterizan por (1) y/ó (2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo: <p>NOTA: los síntomas no son una manifestación del comportamiento oposicionista, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 y mas años de edad), se requieren un mínimo de 5 síntomas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades. b. a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas. c. a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente. d. a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de

<p>trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).</p> <p>e. a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</p> <p>f. a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).</p> <p>g. a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).</p> <p>h. a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.</p> <p>i. a menudo es descuidado en las actividades diarias.</p>
<p>2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p>NOTA: los síntomas no son una manifestación del comportamiento oposicionista, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes y adultos (17 y mas años de edad), se requieren un mínimo de 5 síntomas</p> <p>Hiperactividad:</p> <p>a. a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.</p> <p>b. a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.</p> <p>c. a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).</p> <p>d. a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.</p> <p>e. a menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.</p> <p>f. a menudo habla en exceso.</p> <p>Impulsividad:</p> <p>g. a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.</p> <p>h. a menudo tiene dificultades para guardar turno.</p> <p>i. a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).</p> <p>B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 12 años de edad.</p> <p>C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).</p> <p>D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).</p>
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses. • Tipo predominantemente con falta de atención: si se satisface el criterio A1, pero no el A2 durante los últimos 6 meses. • Tipo predominantemente Hiperactivo-Impulsivo: si se satisface el criterio A2, pero no el A1 durante los últimos 6 meses.
<p>Especificar si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En remisión parcial: cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral
<p>Especificar si: leve, moderado, grave</p>

Epidemiología

La estimación de la prevalencia de TDAH varía dependiendo en gran medida de las técnicas diagnósticas y de la edad y naturaleza de la población estudiada. Se ha reportado una prevalencia a nivel mundial de 8% a 12% en niños y adolescentes, así como de 1.2% a 7.3% en adultos, estimándose de 3 a 5 niños de cada 100 presenta TDAH en edad

escolar, en la adolescencia se estima que de 1 a 6 hombres y de 1 a 2 mujeres por cada 100 presentan este trastorno⁷. En una muestra representativa de adultos estadounidenses entre 18 y 44 años de edad, el 5.4% de hombres y 3.2% de las mujeres cumplieron con los criterios para TDAH. En algunas series clínicas, la relación de hombres: mujeres con TDAH es cercana a 1:1, mientras que la proporción entre niños y niñas con TDAH es 4:1¹. En nuestra institución no se cuenta con datos epidemiológicos de pacientes con diagnóstico de TDAH.

La población infantil en México se estima en aproximadamente 33 millones de niños, de los que el 15% presenta algún problema de salud mental, sin embargo no se cuenta con reportes estadísticos a nivel nacional de la prevalencia de TDAH. En el 2007 el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, reportó que el 29.87% de los pacientes atendidos por primera vez en el servicio de Admisión y Urgencias presentaron dicho diagnóstico.

Etiología

La etiología del TDAH es multifactorial, actualmente se cuenta con conocimiento de la influencia de factores genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, fisiológicos y psicosociales⁷. Los estudios observacionales han demostrado que el riesgo de TDAH se duplica o se triplica entre hijos de madres que fumaron durante el embarazo y entre las personas con exposición a plomo en la infancia. Hijos de madres con obesidad o diabetes durante el embarazo, también se han reportado con un mayor riesgo de TDAH¹.

Genético

El TDAH tiene un fuerte componente genético, con heredabilidad de aproximadamente 0.8, lo que sugiere que factores genéticos representarían alrededor del 65% de la variación

fenotípica. Sin embargo pocos genes se han identificado en la presentación de TDAH. Al menos 18 genes se han asociado con mayor susceptibilidad en TDAH (incluidos los receptores de la dopamina D4 (DRD4) y D5, transportador de dopamina (DAT1), el receptor de la serotonina 1B, y asociada a sinaptosomas proteína de 25), pero sin especificidad¹.

Neuroanatómicos

Se ha detectado menor volumen cerebral total (incluido el lóbulo frontal, el núcleo caudado, y cerebelo), así como un espesor reducido de pre frontal y otras regiones corticales. En el trastorno por déficit de atención con hiperactividad existe un déficit básico en el control inhibitorio, el cual permite a los individuos suprimir las respuestas inapropiadas y evadir los estímulos irrelevantes, la evidencia de los déficits en el control inhibitorio se han identificado tanto en niños, jóvenes y adultos con TDAH; éste se valora a través de medidas neuropsicológicas y neurofisiológicas (diferencias en la respuesta neural evidentes en EEG)¹⁴.

Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico de TDAH está basado principalmente en la evaluación clínica, tomando en cuenta los criterios diagnósticos descritos previamente (*tabla 1 y 2*), en un sistema de multiinformantes, que incluye la entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, un examen directo con el menor y el informe que proviene del profesor, requiriéndose una historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo). En el adolescente la evaluación es similar a la que se realiza en el niño, sin embargo en ellos la

entrevista juega un papel más importante, ya que éste tiene mayor conocimiento de sus problemas sociales, escolares y de comportamiento^{7, 8}.

Es importante especificar que no existen pruebas diagnósticas para el TDAH, el EEG y los estudios neuropsicológicos son complementarios ante la sospecha de compromiso en algunas funciones cerebrales e identificar problemas de aprendizaje⁷.

Existen diferentes escalas de evaluación para el TDAH que tiene el objetivo de cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre las personas que tiene una alta probabilidad de padecerlo, otros sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que esto sustituya el criterio clínico. En niños y adolescentes las escalas de evaluación más utilizadas son: Escala CEPO (versión de auto aplicación y escala para tutores) para valorar pacientes con TDAH y su severidad en la adolescencia; escalas de Conners, valora cambios en la conducta de niños bajo tratamiento (en México fueron adaptadas para aplicación a padres y profesores)⁷.

Tratamiento multimodal

El manejo de pacientes con TDAH requiere un abordaje multidisciplinario, actualmente los tratamientos están enfocados a disminuir los síntomas clave. Las intervenciones que han mostrado ser más efectivas son: farmacoterapia, psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres y profesores⁷.

TDAH en la edad adulta

Estudios de seguimiento a largo plazo revelaron que en 40 a 60% de los niños con TDAH, persiste en la edad adulta. La presentación de TDAH en adultos es diferente de la de los niños, ya que muestran una disminución de los síntomas de hiperactividad y predomina la

falta de atención. En la transición de la niñez a la edad adulta, los síntomas de hiperactividad pueden manifestarse como inquietud, mientras que los síntomas persistentes de falta de atención puede manifestarse como dificultades en la realización de tareas (por ejemplo, las citas de mantenimiento, cumplimiento de los plazos, o centrarse en una sola tarea) y puede afectar a las funciones importantes en varios aspectos de la vida, entre ellos el empleo y dificultades financieras (por ejemplo, los frecuentes cambios de empleo, desempleo y menor nivel socioeconómico), problemas interpersonales (inadaptación social, problemas maritales, divorcio) y trastornos psiquiátricos coexistentes (por ejemplo, depresión, ansiedad). También es un mayor riesgo de abuso de sustancias, incluido el tabaquismo^{1, 9}. Se ha estimado que hasta el 70% de los pacientes con TDAH presentan algún otro trastorno mental⁹.

Aunque los síntomas parecen disminuir con la edad, un número considerable de casos muestra problemas en el funcionamiento en distintas áreas de su vida¹⁰, por el contrario, los problemas en los procesos cognitivos a menudo permanecen y en la edad adulta provocan deterioro en nuevas áreas, como problemas en la autosuficiencia y automonitoreo¹⁴. Esto refleja las limitaciones de los criterios diagnósticos actuales para realizar el diagnóstico en la vida adulta y demuestra la necesidad de considerar que el TDAH es un padecimiento de toda la vida, quizá dependiente del contexto donde se desenvuelve el individuo afectado; incluir el diagnóstico en muestras clínicas y epidemiológicas, por el impacto en distintas áreas del individuo no precisamente evaluadas en adultos (problemas de pareja, familiares, laborales, académicos y/o en consumo de sustancias y alcohol) y el diagnóstico de tamizaje de TDAH en los servicios de Consulta Externa, Urgencias Psiquiátricas y de Atención Primaria, para su posterior confirmación¹⁰.

La prevalencia del TDAH en adultos es cercana a 4.4%, según el reporte del censo de comorbilidad nacional de Estados Unidos, así como 25% de los casos de TDAH en muestras clínicas de adultos se diagnosticaron en la infancia o en la adolescencia¹⁰, indicando que el 75% de la población con TDAH en edad adulta no recibió un adecuado diagnóstico ni tratamiento oportuno.

Los adultos con TDAH pueden elegir trabajos que requieren altos niveles de actividad, pueden trabajar por largas horas y tener varios trabajos, se aburren con facilidad y evaden situaciones en las que requieren permanecer inactivos por largos periodos de tiempo y buscan tener saturación de horarios. Los adultos con impulsividad pueden exhibir baja tolerancia a la frustración, pierden el control fácilmente, realizan elecciones de forma rápida e irresponsable; esto los puede llevar a la terminación de relaciones interpersonales, presentar conductas de riesgo como conducir a exceso de velocidad o la pérdida del trabajo⁸. Las consecuencias del TDAH en adultos también se evidencian en diferentes áreas, estos pacientes tienen más riesgo de presentar bajo rendimiento y fracaso escolar, de ser despedidos o de no adaptarse a las exigencias del trabajo. Presentan peor ajuste social, pobres habilidades sociales, mayores dificultades maritales y parentales. Sufren más accidentes de tráfico, siendo éstos más graves y presentan mayores dificultades con la ley⁹.

Tanto en el DSM IV como en el DSM V se consideran los mismos criterios diagnósticos de TDAH para adultos que para niños o adolescentes, sin embargo en el DSM V se requieren únicamente 5 criterios para el diagnóstico, a diferencia de los niños en donde se requieren 6⁵; maneja una categoría denominada remisión parcial para aquellos pacientes adultos que presentan síntomas de TDAH, pero que no satisfacen completamente los criterios

requeridos para hacer el diagnóstico (*tabla 2*). La evaluación del TDAH en adultos es un proceso que requiere adecuar los criterios diagnósticos que originalmente fueron propuestos para niños, y que se incluya un diagnóstico diferencial mucho más extenso que en el caso de niños y adolescentes, pues algunos síntomas del TDAH son los mismos que los de otros trastornos psiquiátricos comunes en la adultez¹⁰.

Actualmente existen diferentes instrumentos que ayudan a la detección de los síntomas de TDAH en el adulto y que han demostrado ser herramientas efectivas para el diagnóstico y la medición de su impacto en el funcionamiento social, como son:

- 1) **Escala de TDAH en adultos de Wender-Reimherr.** Incluye 61 ítems; pensada para medir los síntomas principales del adulto con TDAH de acuerdo con los criterios de Utah, desarrollados por Wender. Mide síntomas en siete categorías: dificultades en la atención, inquietud/ hiperactividad, humor, labilidad afectiva, sobre reactividad emocional, desorganización e impulsividad. La escala parece diferenciar entre el adulto con TDAH, el adulto con depresión y el sujeto sano; sin embargo, no utiliza los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, por lo cual ha caído en desuso.
- 2) **Forma de autorreporte de síntomas en la infancia.** Recaba información sobre la historia laboral, el área social, la salud en general y el desempeño laboral.
- 3) **Escala de evaluación de TDAH en adultos de Connors (CAARS).** Es un instrumento de 42 ítems del que existe una adaptación al castellano, pero sólo se ha validado en población anglosajona. Cubre seis áreas del funcionamiento que incluyen los síntomas del TDAH según el DSM-IV-TR y también incluye ítems clave

para la detección de ansiedad y depresión que son las condiciones comórbidas diagnosticadas más comunes en adultos que reciben por primera vez el diagnóstico de TDAH.

- 4) **Escala de trastorno por déficit de atención de Brown.** Tiene en el mismo formato de un auto - reporte y un reporte por “otra persona significativa”, y mide los síntomas de TDAH y varios déficits en el funcionamiento ejecutivo.

- 5) **Escala de Auto -reporte de Tamizaje del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la vida adulta v1.1 (ASRS, por sus siglas en inglés: *Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist*).** Esta escala fue formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. La ASRS fue creada en conjunto con la revisión de la Entrevista Compuesta Internacional de Diagnóstico de la OMS. Es una escala tipo Likert que mide la frecuencia con la que se presentan los síntomas (0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3= frecuentemente, 4 = muy frecuentemente). Para desarrollar esta escala se replicaron las entrevistas a 154 sujetos de 18 a 44 años de edad que participaron en la replicación del escrutinio nacional de comorbilidad. Después de una rigurosa revisión la versión final de la ASRS incluyó 18 preguntas autoaplicables que, a consideración de los autores, valoran adecuadamente los síntomas del criterio A del DSM IV (ASRSVL). De esta versión larga, con base en un análisis de regresión logística, se seleccionaron seis preguntas para formar una versión corta (ASRSVC) con el fin de optimizar la concordancia con la clasificación clínica, lo que generó que el promedio no ponderado de la ASRSVC fuera superior al promedio no ponderado de la ASRSVL en cuanto a: sensibilidad (68.7% vs. 56.3%), especificidad

(99.5% vs. 98.3%), precisión en la clasificación total (97.9% vs. 96.2%) y concordancia entre las respuestas dicotomizadas de los síntomas según el ASRS y según las evaluaciones clínicas medidas a través de kappa de Cohen ($k = 0.76$ vs. 0.58)^{9,10}.

6) **Escala de tamizaje FASCT para el trastorno por déficit de atención en adultos.**

La FASCT se diseñó en el Departamento de Investigación del Centro Comunitario de Salud Mental de los Servicios de Salud del estado de Querétaro con el objetivo de contar con un instrumento sencillo, de bajo costo, breve y con propiedades psicométricas conocidas para el tamizaje de adultos mexicanos con TDAH. Consta de dos versiones, una autoaplicada con 12 preguntas y una aplicada a un observador con 13 preguntas, todas en escala Likert con cinco opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3 = la mayor parte del tiempo y 4 = todo el tiempo. Si el sujeto obtiene 23 puntos o más en cualquiera de las dos versiones, se considera que existe una alta probabilidad de que tenga el diagnóstico y amerite una evaluación más rigurosa. La FASCT ha demostrado ser una escala válida y confiable relacionada con el diagnóstico obtenido a través de una entrevista estructurada ($r = 0.82$); además, posee valores adecuados de sensibilidad (80.36%) y especificidad (97.9%). Sin embargo, una de las deficiencias de esta escala es que las preguntas (a diferencia de la ASRS) fueron diseñadas para evaluar las características fenomenológicas y de evolución del TDAH en adultos⁶ y no los síntomas del trastorno¹⁰.

7) **Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos DIVA 2.0 (Diagnostisch Interview Voor ADHD).** Consiste en una entrevista estructurada a fin de simplificar la

evaluación de cada uno de los 18 síntomas que forman parte de los criterios necesarios para el diagnóstico del TDAH, durante la infancia y la edad adulta.

Los ensayos aleatorizados muestran mejorías clínicamente significativas en los síntomas del TDAH y en todas las áreas del funcionamiento con el uso de medicamentos aprobados para el manejo de TDAH en adultos (estimulantes y la atomoxetina). Los ensayos clínicos de medicamentos para el TDAH han sido en gran medida a corto plazo y han incluido principalmente a adultos jóvenes y de mediana; por lo que se carece de datos sobre los beneficios y riesgos a largo plazo entre los pacientes de edad avanzada, reportándose que el riesgo absoluto de eventos adversos cardiovasculares graves asociados con los medicamentos para el TDAH parece ser muy bajo. Sin embargo, con el uso de estimulantes se ha observado un aumento en la frecuencia del pulso y la presión arterial, por lo que la prescripción de estos fármacos en los pacientes con enfermedad cardiovascular debe de ser cautelosa¹.

Es oportuno enfatizar que los instrumentos de cribado sólo sirven como herramienta de guía y en ningún caso reemplazan la valoración clínica a la hora de realizar un diagnóstico definitivo y normar conductas terapéuticas.

TDAH y el trastorno límite de personalidad

El trastorno de inestabilidad emocional de personalidad se describe acorde a la CIE 10 (OMS, 1992)⁶, como una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo, sin tener en cuenta las consecuencias, con un ánimo impredecible y caprichoso, con arrebatos de ira y violencia, comportamiento pendenciero e impulsivo, distorsiones de la imagen corporal y los propios objetivos, sentimiento crónico de vacío, relaciones interpersonales intensas e

inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo. Inicia durante la adolescencia y persiste en la edad adulta, manifestado como respuestas inflexibles ante un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Para su diagnóstico es clínico y debe cumplir los siguientes criterios:

- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad
- B. Deben estar presentes al menos 3 síntomas de los mencionados en el criterio B (1. Marcada predisposición a actuar en forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias; 2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y tener conflictos con los demás; 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar propias conductas explosivas; 4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan reconocimiento inmediato; 5. Humor inestable y caprichoso) , a los que se han de añadir al menos 2 de los siguiente:
 1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y las preferencias íntimas
 2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables que a menudo terminan en crisis emocionales
 3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonado
 4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión
 5. Sentimiento crónico de vacío⁵

En el trastorno límite de la personalidad existe una importante desregulación emocional junto a una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo, sobre todo en un contexto estresante. Diversos estudios con técnicas de neuroimagen funcional en pacientes con trastorno límite de personalidad han demostrado la implicación de la corteza

prefrontal y, más específicamente, de las regiones orbitofrontales, en las respuestas impulsivas y agresivas que caracterizan la conducta de estos pacientes. Los estudios llevados a cabo en este grupo de pacientes con pruebas de neuroimagen reflejan un significativo hipometabolismo en regiones frontales y prefrontales e hiperactivación en el funcionamiento de la amígdala. El estudio de las alteraciones cognitivas en estos pacientes ha mostrado una disfunción cerebral en regiones prefrontales dorsolaterales y orbitarias relacionadas con déficits neuropsicológicos en la toma de decisiones y en la capacidad de planificación²¹.

Pacientes con trastorno límite de personalidad han mostrado déficit en una amplia gama de áreas neurocognitivas, como la atención sostenida, procesos de recuperación de la memoria diferida, memoria de trabajo, control de los impulsos y capacidad inhibitoria, flexibilidad cognitiva, abstracción, planificación, organización y velocidad de procesamiento de la información, síntomas en gran medida compartidos con el TDAH. Estos déficits se han evidenciado ya en niños que posteriormente han desarrollado personalidad tipo límite, y que durante la infancia manifestaron más disfunciones neuropsicológicas y diagnóstico de TDAH que en aquellos que desarrollaron otros trastornos de personalidad. Se ha descrito que el 16,1% de pacientes con trastorno límite de personalidad presenta también el diagnóstico de TDAH en la edad adulta, y su asociación ensombrece el pronóstico. La comorbilidad entre TLP y el TDAH alcanza el 20% en poblaciones de abuso de drogas²¹.

Daigre y colaboradores (2009) publicaron un artículo sobre comorbilidad entre TDAH, trastorno por consumo de sustancias, trastornos depresivos y de personalidad, en el cual sus resultados arrojaron que existe una comorbilidad de TDAH y trastorno límite de personalidad del 18,8% frente a un 10,9% de pacientes con trastorno límite de

personalidad sin TDAH, siendo plausible que la alta comorbilidad entre ambos trastornos se explique porque en los criterios diagnósticos del DSM-IV la impulsividad es entendida como un síntoma de gran relevancia⁹.

Para la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013), en los trastornos que tienen como característica principal la deficiencia en el control de los impulsos, los individuos presentan una incapacidad para resistir los deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para sí mismos o para los demás, condicionando una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto, así como posterior a ello, una experiencia placentera, de gratificación o alivio inmediato, alejándose de las definiciones generales de impulsividad, en la que se le refiere únicamente como una inclinación súbita a actuar, conformando de esta manera un constructo y no exclusivamente un sintoma¹⁸. Para la valoración de la impulsividad se han diseñado diversas escalas, entre ellas la Escala de Impulsividad de Barratt (descrita en el apartado de instrumentos), que consta de 30 reactivos, divididos en tres factores que miden: 1) la inatención e inestabilidad cognitiva, 2) impulsividad motora y carencia de perseverancia y 3) carencia de autocontrol e intolerancia de complejidad cognitiva²⁰.

Comorbilidad entre TDAH y TLP

Existen dos hipótesis respecto a la comorbilidad del TDAH y el trastorno límite de personalidad, una de ellas postula que el TDAH es una etapa temprana del desarrollo del trastorno límite de personalidad, mientras que la segunda refiere que los dos trastornos comparten una etiología genética y ambiental. Además, uno de los trastornos parece dar un efecto sinérgico, reforzando a la otra o complicándola. Basado en ello, también se establece que el tratamiento oportuno del TDAH que pueda impedir el desarrollo posterior del trastorno límite de personalidad¹¹.

En estudios de neuroimagen se ha encontrado una sorprendente convergencia de alteraciones neuropatológicas entre ambos trastornos, lo que puede indicar una superposición neurobiológica, lo que orienta a pensar que el TDAH y el TLP pueden constituir diferentes dimensiones del mismo trastorno, en el cual se incluyen alteraciones en el desarrollo psicopatológico. Se ha llegado a establecer que el 49% de la correlación podría explicarse por factores genéticos en comparación con el 51% respecto a factores del medio ambiente^{11, 13}.

En un estudio realizado por Philipsen en 2011, sesenta pacientes adultos con TDAH fueron comparados con igual número de pacientes con trastorno límite de personalidad y 60 personas sanas, encontrándose que el grupo de TDAH tenía significativamente, más síntomas del trastorno límite que el grupo control. En un estudio realizado por Speranza (2014), se encontró una comorbilidad de 11% en paciente de TDAH con trastorno límite de personalidad¹¹.

Dado que ambas patologías presentan algunas características clínicas básicas a veces son difíciles de distinguir uno de otro, principalmente porque en ambos la impulsividad, ira y agresión son rasgos característicos. Los pacientes con comorbilidad entre TDAH y el trastorno límite de personalidad muestran un mayor nivel de impulsividad, niveles más altos de abuso/dependencia de sustancias y mayores niveles de agresión y autoagresiones, lo que constituye una característica que debe llamar la atención de los médicos sobre la necesidad de proporcionar un diagnóstico preciso².

El TDAH en adultos sin tratamiento tiene un impacto importante en las relaciones personales, la carrera profesional y hasta la seguridad personal, lo cual se ve aun más comprometido si se padece concomitantemente un trastorno de personalidad⁹.

METODO

3. Justificación

En varios estudios realizados en Estados Unidos de América y España se ha mencionado una frecuente asociación del TDAH en adultos con otros trastornos psiquiátricos, entre ellos el trastorno depresivo mayor (16-31%) y los trastornos límite y antisocial de la personalidad (20%), ya que son trastornos que comparten sintomatología referente a las dificultades de atención, hiperactividad e impulsividad⁹, sin embargo en México no se cuenta con una estimación real tanto de la prevalencia de TDAH en edad adulta, únicamente existe un reporte de comorbilidad entre TDAH y el trastorno de personalidad tipo límite del 78% en nuestra unidad. En nuestra institución no existe el registro de TDAH en edad adulta, mientras que en el 2013 se registró a 195 pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, de ellos 28 pacientes eran hombres y 167 mujeres; pudiendo llegar a no diagnosticarse TDAH en aquellos pacientes que se atiende en nuestra institución con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, pero en quienes llama la atención el nulo control de impulsos desde la infancia, por lo que el abordaje integral y la realización de un diagnóstico certero, conllevarían al establecimiento de un tratamiento adecuado que repercutiría directamente en la calidad de vida de los pacientes.

4. Planteamiento del problema (delimitación espacio temporal)

Al abordar a un paciente con probable diagnóstico de trastorno límite de personalidad, se realiza una entrevista principalmente dirigida hacia el control de los impulsos, indagando

sobre conductas de riesgo (consumo de sustancias, relaciones inestables, exposición a lugares o situaciones peligrosas) y conductas autolesivas, permitiéndonos establecer la severidad de la impulsividad y englobándose dentro del diagnóstico de personalidad, sin embargo, es poco frecuente que se indague más sobre este rasgo, siendo importante buscar propositivamente síntomas sugerentes de otros trastornos con los que comparte similitudes debido a las implicaciones terapéuticas y pronósticas que conlleva, particularmente puede acompañarse de otras características clínicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pudiendo presentarse aún en la edad adulta el trastorno completo, una remisión parcial o el antecedente de su presentación en la infancia. Debido a la importancia que representa el manejo farmacológico y la orientación conductual en pacientes con TDAH, en fundamental su diagnóstico y tratamiento, en búsqueda del control de los impulsos y la recuperación de la funcionalidad, objetivos que se lograrán al contarse con un adecuado abordaje diagnóstico, logrando diferenciar cada patología como entidad única, o bien, su comorbilidad.

En diversos estudios se ha establecido la comorbilidad de TDAH con otros trastorno psiquiátricos, entre ellos los trastornos de personalidad del cluster B, trastornos afectivos y de consumo de sustancias, sin embargo a nivel mundial no se dispone de datos estadísticos exactos, al igual que en nuestro país e institución, por ende, tampoco se cuenta con indicadores clínicos que orienten a su búsqueda intencionada. Fue por ello que la presente investigación buscó identificar dentro del grupo de pacientes que se encontraban en seguimiento en el servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” con diagnóstico de trastorno límite de personalidad, si existía o no una diferencia sustancial en la presentación e intensidad tanto de las conductas autolesivas como impulsivas en pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin comorbilidad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, realizándose un estudio

observacional, comparativo, transversal y prospectivo; con la finalidad de proponerse como indicadores funcionales en el abordaje clínico y diagnóstico de la población de pacientes con trastorno límite de personalidad, buscando como objetivo final, proporcionar una orientación terapéutica temprana en la elección del tipo de fármaco que nos brindaría una mayor tasa de reducción en las conductas autolesivas e impulsivas.

5. Pregunta de investigación

¿Las conductas autolesivas y la impulsividad son significativamente diferentes ante la presencia de TDAH en pacientes con trastorno límite de personalidad?

6. Objetivos

GENERAL.

Investigar la comorbilidad entre el trastorno límite de personalidad y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, buscando como posibles indicadores las conductas autolesivas y el nivel de impulsividad en la detección oportuna.

ESPECIFICO:

- Identificar pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad con y sin comorbilidad con TDAH.
- Identificar diferencias en las características de las conductas autolesivas e impulsivas en pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin comorbilidad con TDAH.

A LARGO PLAZO:

- Proponer algoritmos diagnósticos y esquemas farmacológicos adecuados para el manejo integral de los pacientes con impulsividad.
- Identificar, con base en la prueba terapéutica, posibles modificaciones en las conductas autolesivas del paciente.

7. Hipótesis

Hi1. Existen diferencias significativas en las conductas autolesivas y la alta impulsividad entre los pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin comorbilidad con TDAH.

H01. No existen diferencias significativas en las conductas autolesivas y la alta impulsividad entre los pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin comorbilidad con TDAH.

Hi2. La conducta impulsiva y las conductas autolesivas son más severas cuando se asocian el TDAH y el trastorno límite de personalidad.

H02. La conducta impulsiva y las conductas autolesivas no son más severas cuando se asocian el TDAH y el trastorno límite de personalidad.

8. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Edad cronológica en años	Cuantitativa	Independiente
	Características	Cualitativa.	

Sexo	fenotípicas	Nominal dicotómica (hombre-mujer)	Independiente
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Trastorno caracterizado por: intención, hiperactividad e impulsividad	Cualitativa nominal (presente/ausente)	Independiente
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo limite	Trastorno caracterizado por impulsividad, patrón de relaciones inestables, sentimiento crónico de vacío, autoagresiones y distorsión de la imagen corporal	Cualitativa nominal (presente/ausente)	Independiente
Impulsividad	Rasgo de la conducta que lleva a hablar o proceder sin reflexionar ni tener cautela, dejándose llevar por la impresión del momento	Cualitativa nominal (presente o ausente)	Dependiente
Conductas autolesivas	Acción realizada por un individuo, cuya finalidad puede o no ser el terminar con la vida, sin embargo ocasiona un daño al estado de salud	Cuantitativa discreta (numero de intentos)	Dependiente

9. Tipo de estudio

Se realizó un estudio: Observacional, Comparativo, Transversal (se van a comparar los resultados obtenidos respecto a impulsividad y conductas autolesivas en pacientes con trastorno límite de personalidad con y sin TDAH).

10. Muestra y muestreo

Se recabó la información de los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que acudieron a su cita programada en el servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, quienes aceptaron participar en el estudio, aplicándose la SCID-II para corroboración del diagnóstico de TLP, los casos que no cubrieron los criterios diagnósticos, no se incluyeron en el estudio; posteriormente se recabó información sobre los datos de impulsividad mediante la aplicación de la Escala para impulsividad de Barratt, se aplicó la escala de auto-reporte de síntomas de TDH en edad adulta ASRS-V1.1 y la entrevista diagnóstica del TDAH en adultos DIVA 2.0 (la cual fue utilizada para diferenciación de subtipos de TDAH), así como la cédula de recolección de información de conductas autolesivas, en un periodo de aplicación del 1° de septiembre del 2015 al 15 de abril de 2016.

Universo: Pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, con y sin TDAH.

Población de Estudio: Pacientes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” captados en el servicio de consulta externa.

Muestra y Muestreo: Se incluyó un total de 62 pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, de los cuales 30 contaron con diagnóstico de TDAH y 32 con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad sin TDAH, desde septiembre de 2015 hasta el 15 de abril de 2016, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico, por cuota de tiempo (8 meses) e intencional.

11. Criterios de Selección

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes en un rango de edad entre 18 y 59 años de edad.
- Pacientes captados en el Servicio de Consulta Externa del hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
- Hombres o mujeres.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno límite de personalidad corroborado mediante el SCID II.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el formato de consentimiento informado posterior a explicárseles el procedimiento y garantizarles la confidencialidad de la información recabada.

× CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no cumplan con criterios diagnósticos de trastorno límite de personalidad (corroborado mediante el SCID II).
- Pacientes con dificultad o incapacidad para responder las pruebas.

- Pacientes que presenten otros diagnósticos psiquiátricos registrados en su expediente clínico en los últimos 3 meses (dependencia o abstinencia a sustancias psicoactivas, trastornos psicóticos).
- × CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
- Pacientes que no CONCLUYAN LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (no se excluyó ningún paciente).

12. Instrumentos

Cédula de recolección de información sobre conductas autolesivas (Anexo 1)

Se define como una conducta autolesiva toda acción realizada por un individuo de forma voluntaria, con la finalidad de ocasionar un daño a su estado de salud, pudiendo o no terminar con su vida. Para la recolección de información sobre estas conductas en nuestra población de estudio se realizó un formato que incluye los siguientes puntos:

1. Edad de inicio de conductas autolesivas.
2. Intervalo entre las conductas autolesivas al inicio (diario, semanal, mensual, de ser necesario especificar).
3. Tipo de conductas autolesivas al inicio, dividiéndose en conductas de alta letalidad (sobre ingesta de medicamentos, ingesta de sustancias químicas, cortes profundos que ameriten sutura, heridas por arma de fuego, ahorcamiento, arrojar al vacío, accidentes automovilísticos) y conductas de baja letalidad (dermoabrasiones, cortes superficiales, pilotracción, quemaduras, contusiones en extremidades).

4. Intervalo entre las conductas autolesivas en los últimos 12 meses (diario, semanal, mensual, de ser necesario especificar).
5. Tipo de conductas autolesivas en los últimos 12 meses, dividiéndose en conductas de alta letalidad (sobre ingesta de medicamentos, ingesta de sustancias químicas, cortes profundos que ameriten sutura, heridas por arma de fuego, ahorcamiento, arrojar al vacío, accidentes automovilísticos) y conductas de baja letalidad (dermoabrasiones, cortes superficiales, pilotracción, quemaduras, contusiones en extremidades).
6. Fecha de la última conducta autolesiva.
7. Intencionalidad de la conducta autolesiva (ansiolítica, suicida, ambas, otra).
8. Contexto (impulsivo, planeado).
9. Consumo de sustancias previo (presente, ausente, tipo de sustancia).

ASRS V1.1 y entrevista diagnóstica de TDAH en adultos DIVA 2.0 (Anexo 2 y 3)

El diagnóstico de TDAH en adultos resulta difícil por la necesidad de hacer un diagnóstico retrospectivo, por no contar con criterios diagnósticos diseñados especialmente para adultos en el DSM-V y por la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial debido a que muchos síntomas son compartidos con otra psicopatología. Por otro lado, se han descrito factores que pueden inducir al sobre diagnóstico, como son las condiciones médicas y psiquiátricas que tengan síntomas similares y que puedan mimetizarse con el TDAH o la utilización de instrumentos de cribado sin posterior diagnóstico clínico. Es por el que el realizar el diagnóstico de TDAH en pacientes con otros trastornos psiquiátricos es un proceso complejo, en el cual un instrumento de cribado resulta de gran utilidad, para ello se ha analizado la validez del cuestionario auto informado de cribado de TDAH en adultos ASRS-v1.1 en pacientes con comorbilidad en adicciones, trastornos depresivo, antisocial y límite de la personalidad⁹.

El cuestionario auto informado de cribado de seis preguntas ASRS-v1.1 (Adult ADHD Self-Report Scale, en su versión abreviada) fue desarrollado en forma conjunta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los doctores Kessler, Adler y Spencer en 2005, sin embargo este es solo un subgrupo de la lista de verificación de síntomas del cuestionario de 18 preguntas formulado por la OMS. Está basado en los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Las propiedades psicométricas encontradas en la versión americana, realizada en una muestra representativa de la población general fueron las siguientes: sensibilidad 68,7%, especificidad 99,5%, precisión de la clasificación total 97,9% y kappa 0,76⁹.

La versión en español fue validada en una población adulta con adicciones y en población que acudió a consulta por síntomas de TDAH; ambas validaciones se realizaron en España. Ramos-Quiroga, *et al* (2013)., reclutaron 90 sujetos adultos con el diagnóstico de TDAH y 90 sujetos sin el diagnóstico, y encontraron que cuando el individuo evaluado sumaba 12 puntos o más en cuatro de los ítems del ASRSVC, la probabilidad de presentar el diagnóstico de TDAH se multiplicaba hasta 99 veces, con una sensibilidad de 82.2%; a partir de ellos, se concluyó que el ASRS en su versión en español es un instrumento adecuado para la detección de pacientes adultos con TDAH¹⁰. En dicho estudio del instrumento realizado en España, se concluyó que el ASRS-v1.1 es un instrumento eficaz para el cribado inicial y que sus ítems miden una dimensión inespecífica de compulsividad/impulsividad⁹.

En población mexicana sólo existe un estudio realizado en 2009 por Reyes y colaboradores, titulado *Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud*, en el cual se evaluó la validez de constructo de la ASRSVL mediante un análisis factorial. En dicho artículo se reportó que la estructura factorial del instrumento coincide con la estructura de tres factores que propone el DSM-IV: inatención, hiperactividad e impulsividad; concluyendo que la ASRS parece ser una escala con adecuada validez concurrente; sin embargo, se recomienda analizar su eficacia frente a entrevistas semi-estructuradas o altamente estructuradas¹⁰.

La entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos DIVA 2.0 consiste en una entrevista estructurada a fin de simplificar la evaluación de cada uno de los 18 síntomas que forman parte de los criterios necesarios para el diagnóstico del TDAH, durante la infancia (abarcando sintomatología entre los 5 y 12 años) y la edad adulta (sintomatología presente en los últimos 6 meses o más), la entrevista proporciona una lista de ejemplos concretos y realistas, sobre conductas actuales y retrospectivas (infancia), proporcionando ejemplos de los tipos de disfunción comúnmente asociados a los síntomas en cinco áreas de la vida diaria: trabajo y educación, relaciones y vida en familia, contactos sociales, tiempo libre y hobbies, y seguridad en sí mismo y autoimagen. La DIVA 2.0 se divide en tres partes que son aplicables cada una de ellas en la infancia y en la etapa adulta: 1) Criterios para el Déficit de Atención (A1), 2) Criterios para la Hiperactividad-Impulsividad (A2), 3) El Inicio y la Disfunción causada por los síntomas TDAH^{19,22}, proporcionando información sobre el inicio y evolución del padecimiento, así como la disfunción condicionada por el mismo y los subtipos de TDAH.

Siempre que sea posible se debe entrevistar al adulto en presencia de la pareja o familiar, a fin de poder evaluar al mismo tiempo la información colateral (heteroanamnesis) y retrospectiva²².

Escala de Impulsividad de Barratt (Anexo 4)

Consta de 30 reactivos divididos en tres sub escalas tipo Likert. La suma total de las respuestas muestra el nivel de impulsividad para cada una de las tres subescalas: 1) impulsividad motora y carencia de perseverancia (se refiere a una tendencia a actuar sin pensar); 2) inatención e impulsividad cognitiva (se relaciona con una propensión a tomar decisiones rápidamente); 3) impulsividad no planificada (se identifica con una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada). Cuenta con un alfa de Crobach de 0.79 (Leshem & Glicksohn, 2007)²⁰.

SCID-II (Anexo 5)

Es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de 10 trastornos de la personalidad del Eje II del DSM IV, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo. La SCID II, al igual que otras entrevistas estructuradas, ha sido desarrollada para aumentar la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación, y para aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

Puede usarse para formular diagnósticos tanto categoriales (presente o ausente) como dimensionales (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como 3). Generalmente se utiliza la versión completa de la SCID II, sin embargo también es posible emplear solo aquellas secciones

que se refieren a trastornos de la personalidad que sean de especial interés, en el caso de la presente investigación únicamente se aplicara la sección de Trastorno límite de la personalidad que comprende 15 cuestionamientos (pregunta 90 a 104).

13. Procedimiento

1. Se presentó el protocolo de estudio a los Comités de ética en Investigación y del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para la realización de correcciones y su aprobación.
2. Posterior a ser aprobado el protocolo, se solicitó al Jefe del servicio de Consulta externa su autorización para la realización del estudio (aplicación de la entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad SCID II, aplicación del instrumento ASRS-V1.1, DIVA 2.0, escala de impulsividad de Barrat y cédula de recolección de datos sobre conductas suicidas) en dicho servicio, proporcionándosele una copia del protocolo, informándose el procedimiento de manejo de la información, así como los resultados del estudio. Al término de la evaluación, se integró al expediente clínico del paciente una nota donde se comentaron los resultados de la entrevista, un breve análisis del padecimiento y en su caso, la sugerencia de ajustes del manejo farmacológico.
3. El proceso de evaluación se llevó a cabo en una entrevista de aproximadamente 30 a 60 minutos. de manera sistemática.
4. Se explicaron los objetivos del estudio y se firmó el consentimiento informado previo a la aplicación.
5. Se realizó la entrevista clínica estructurada para trastornos de personalidad SCID-II para corroborar el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, en los casos en

que el resultado no confirmó el diagnóstico de TLP el paciente se excluyó del estudio.

6. Se aplicó la Escala de Auto-reporte de síntomas de TDAH en adultos (ASRS-V1.1).
7. Se realizó la entrevista diagnóstica de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos DIVA 2.0 para subdivisión de la muestra (TDAH inatento, impulsivo, mixto).
8. Se aplicó la escala de impulsividad de Barrat.
9. Se recabó información sobre las conductas autolesivas en el formato prediseñado.
10. Se realizó la recolección de los datos obtenidos.
11. Para el análisis de datos se utilizó el SPSS 20 con el que se calculó tanto la estadística descriptiva como la correlación y la diferencia entre grupos con TDAH y sin él, las variables se sometieron a análisis no paramétrico mediante chi cuadrada.

14. Consideraciones éticas

La información fue obtenida directamente del paciente, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información, acorde a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El presente trabajo corresponde a una investigación riesgo mínimo, acorde a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, título segundo (De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos), capítulo I, que define a tales estudios como sigue: II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al

sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Además, se cumplió con lo dispuesto en la **Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y para el** manejo de información, la nota médica e instrumentos aplicados se realizarán acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. También, esta investigación se realizará acorde a lo dispuesto en la Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Por tanto:

Se mantuvo y mantendrá en el anonimato el nombre de los pacientes a quienes pertenecen los expedientes incluidos en el estudio.

La información fue manejada con confidencialidad, para el uso exclusivo del desarrollo del estudio.

Se dio a conocer los resultados de los instrumentos aplicados a los pacientes.

No existió conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo.

Los resultados obtenidos se informaran a los Psiquiatras del hospital y se intentará realizar su publicación para difusión y uso de los resultados a favor del bienestar de los pacientes.

Se trató al paciente, se recabó y procesó la información acorde a las legislaciones y convenciones internacionales vigentes.

No se gratificó monetariamente ni se le cobró a los pacientes que participaron en el estudio.

El presente estudio no representó un riesgo para el estado de salud del paciente.

Los gastos de papelería fueron cubiertos por la investigadora.

15. Análisis y resultados

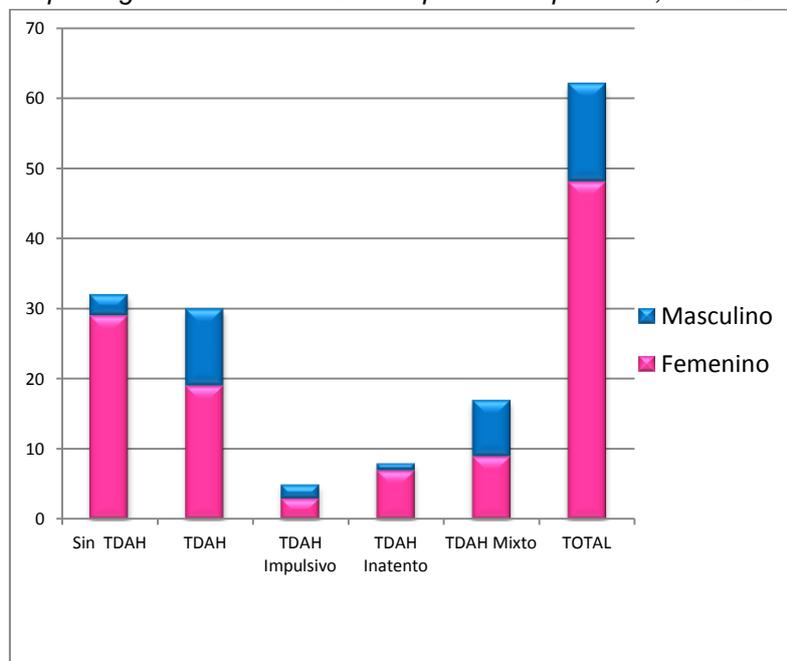
Se incluyó un total de 62 pacientes, de los cuales todos cumplieron criterios para diagnóstico de Trastorno límite de personalidad, 48 mujeres y 14 hombres entre los 18 y 56 años, con un promedio de edad de 31.7 años, de este grupo 30 pacientes (48.4%) cumplieron criterios para trastorno límite de personalidad y TDAH, así como 32 pacientes (51.6%) con diagnóstico exclusivo de Trastorno límite de personalidad.

Del total de la muestra, el 51.6% (32 pacientes) correspondió a pacientes con diagnóstico exclusivo de trastorno límite de personalidad, 46.8% del sexo femenino (29 pacientes) y 4.8% del masculino (3 pacientes); el 48.4% (30 pacientes) correspondió al grupo de pacientes con Trastorno límite de personalidad y TDAH, donde el 30.6% fue del género femenino y 17.7% (tabla 3, Gráfico 1), obteniéndose $p 0.016$, siendo significativo en la diferencia de presentación de patología por sexo, donde las mujeres son el grupo más representativo en el trastorno límite de personalidad, con y sin comorbilidad con TDAH.

Tabla 3. Descripción general de la muestra de pacientes por sexo, con TLP con y sin TDAH ($p 0.016$)

SEXO	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto	TOTAL
Femenino	29 (46.8%)	19 (30.6%)	3 (4.8%)	7 (11.3%)	9 (14.5%)	48 (77.4%)
Masculino	3 (4.8%)	11 (17.7%)	2 (3.2%)	1 (1.6%)	8 (12.9%)	14 (22.6%)
TOTALES	32 (51.6%)	30 (48.4%)	5 (8.1%)	8 (12.9%)	17 (27.4%)	62 (100%)

Gráfico 1. Descripción general de la muestra de pacientes por sexo, con TLP con y sin TDAH

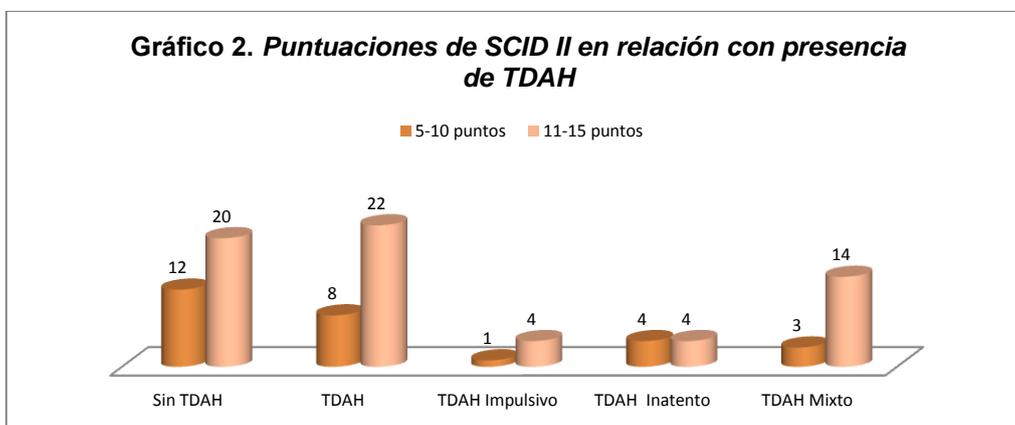


En cuanto a las puntuaciones de SCID II estas se dividieron en dos grupos, con puntuación de 5 a 10 y de 11 a 15, encontrándose en nuestros resultados dentro del grupo

de mayor gravedad (11 a 15) los pacientes con trastorno límite de personalidad y TDAH, así como dentro de este grupo el subtipo mixto represento el mayor porcentaje (*tabla 4, gráfico 2*), sin embargo no corresponde a un resultado significativo ($p 0.779$).

Tabla 4. Puntuaciones de SCID II en relación con presencia de TDAH (p 0.779)

PUNTUACION SCID II	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
5-10 puntos	12 (19.4%)	8 (12.9%)	1 (1.6%)	4 (6.5%)	3 (4.8%)
11-15 puntos	20 (32.3%)	22 (35.5%)	4 (6.5%)	4 (6.5%)	14 (22.6%)



En el análisis de las características de las conductas autolesivas, se encontró que la edad de inicio de las conductas autolesivas en pacientes con comorbilidad con TDAH es menor, iniciando entre los 7 y 9 años (9.7%), en comparación con la edad de inicio de las conductas autolesivas en el grupo de paciente sin TDAH que fue mayor, entre los 10 y 12 años (8.1%), sin embargo sin significancia estadística ($p 0.644$).

Así mismo se observa que a mayor edad se incrementa el inicio de autolesiones en pacientes sin comorbilidad con TDAH, siendo inverso en el grupo con TDAH, el subgrupo de TDAH mixto represento el mayor porcentaje a menor edad (*tabla 5, Gráfico 3*).

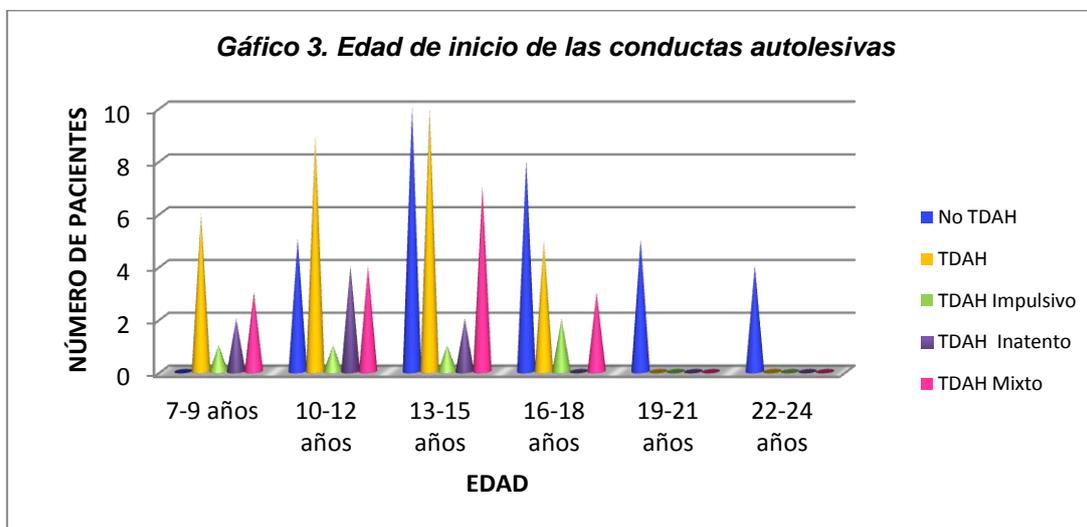
La frecuencia de las conductas al inicio en forma semanal fue mayor en el grupo de pacientes con TDAH (25.8%), igual en frecuencia mensual (14.5%) y menor en frecuencia ocasional (8.1%), en esta característica nuevamente el subgrupo de TDAH mixto representó el mayor porcentaje en cuanto a la frecuencia semanal (tabla 6), sin embargo sin ser significativo estadísticamente ($p 0.415$).

Tabla 5. Edad de inicio de las conductas autolesivas ($p 0.644$)

EDAD	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
7-9 años	0 (0.0%)	6 (9.7%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)	3 (4.8%)
10-12 años	5 (8.1%)	9 (14.5%)	1 (1.6%)	4 (6.5%)	4 (6.5%)
13-15 años	10 (16.1%)	10 (16.1%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)	7 (11.3%)
16-18 años	8 (12.9%)	5 (8.1%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	3 (4.8%)
19-21 años	5 (8.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
22-24 años	4 (6.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Tabla 6. Frecuencia de autolesiones al inicio ($p 0.415$)

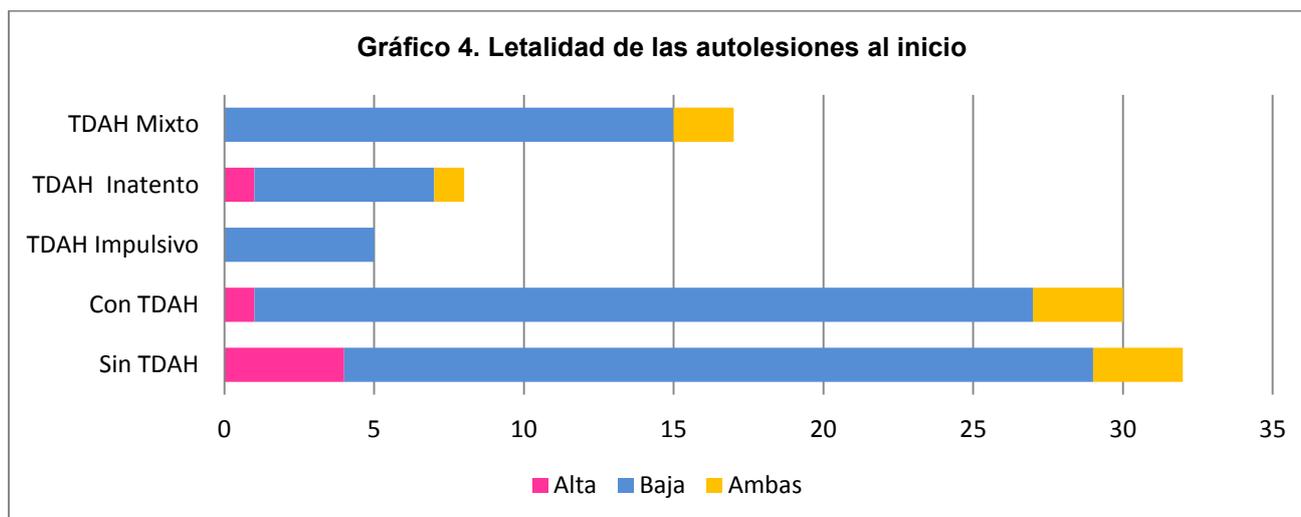
FRECUENCIA	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
Semanal	11 (17.7%)	16 (25.8%)	4 (6.5%)	3 (4.8%)	9 (14.5%)
Mensual	9 (14.5%)	9 (14.5%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)	5 (8.1%)
Ocasional	12 (19.4%)	5 (8.1%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)	3 (4.8%)



La letalidad de las conductas autolesivas al inicio fue prevalentemente baja en la mayoría de ambos grupos (40.3% sin TDAH, 41.9% con TDAH), igual en la presentación de letalidad alta y baja (presentación combinada 4.8%) y predominantemente alta en el grupo de pacientes sin TDAH (6.5%), sin embargo nuevamente sin significancia estadística (p 0.709, tabla 7, Grafico 4).

Tabla 7. Letalidad de autolesiones al inicio (p 0.709)

LETALIDAD	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
Alta	4 (6.5%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)
Baja	25 (40.3%)	26 (41.9%)	5 (8.1%)	6 (9.7%)	15 (24.2%)
Ambas	3 (4.8%)	3 (4.8%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)



En cuanto a las características de las conductas autolesivas en los últimos 12 meses, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de pacientes con TLP con y sin TDAH. (p 0.761) (Tabla 8). Sin embargo, llama la atención que se encontró un mayor porcentaje de remisión en pacientes con comorbilidad con TDAH, sin embargo las frecuencias semanal y mensual continúan siendo mayores en el mismo grupo.

Tabla 8. Frecuencia de autolesiones en los últimos 12 meses (p 0.761)

FRECUENCIA	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
Semanal	2 (3.2%)	3 (4.8%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)
Mensual	7 (11.3%)	8 (12.9%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)	5 (8.1%)
Ocasional	10 (16.1%)	3 (4.8%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)
Remitido	13 (21%)	16 (25.8%)	3 (4.8%)	5 (8.1%)	8 (12.9%)

La letalidad de las autolesiones en los últimos 12 meses se torno equiparable entre baja y alta/baja en ambos grupos, persistiendo con un mayor porcentaje de letalidad alta en el grupo de pacientes sin comorbilidad con TDAH (tabla 9), se calculó $p 0.442$, ambas sin significancia estadística. En la presencia de conductas autolesivas en los últimos 12 meses, ambos grupos presentan igual porcentaje en los últimos 3 meses (1.6%) y de 4 a 6 meses en mayor en el grupo con TDAH (16.1%), siendo mayor en el subgrupo de TDAH mixto, mientras que en grupo con mayor porcentaje de remisión de autolesiones fue el de comorbilidad con TDAH (25.8%), sin embargo no cuentan con significancia estadística ($p 0.816$, tabla 10, Gráfico 5).

Tabla 9. Letalidad de autolesiones en los últimos 12 meses (p 0.442)

LETALIDAD	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
Alta	2 (3.2%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Baja	17 (27.4%)	13 (21%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)	9 (14.5%)
Ambas	13 (21%)	16 (25.8%)	3 (4.8%)	5 (8.1%)	8 (12.9%)

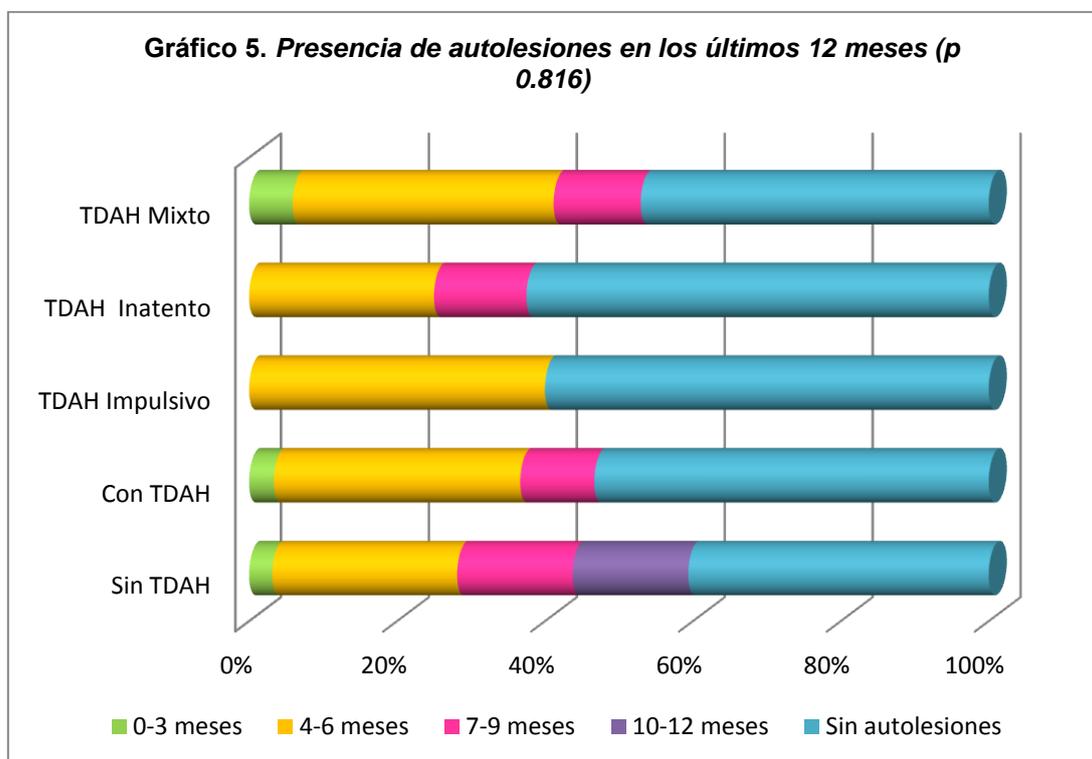
La intencionalidad de dichas conductas fue predominantemente ansiolítica en el grupo con comorbilidad con TDAH, representando el 17.7% en comparación con el 8.1% del otro grupo, el mayor porcentaje corresponde al grupo de intencionalidad suicida/ansiolítica en pacientes sin comorbilidad con TDAH (24.7%); se calculó $p 0.488$ (tabla 11).

Tabla 10. Presencia de autolesiones en los últimos 12 meses (p 0.816)

MESES	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
0-3 meses	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)
4-6 meses	8 (12.9%)	10 (16.1%)	2 (3.2%)	2 (3.2%)	6 (9.7%)
7-9 meses	5 (8.1%)	3 (4.8%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)
10-12 meses	5 (8.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sin autolesiones	13 (21%)	16 (25.8%)	3 (4.8%)	5 (8.1%)	8 (12.9%)

Tabla 11. Intencionalidad de las autolesiones en los últimos 12 meses (p 0.488)

INTENCIONALIDAD	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
Suicida	10 (16.1%)	5 (8.1%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	4 (6.5%)
Ansiolítica	5 (8.1%)	11 (17.7%)	2 (3.2%)	3 (4.8%)	6 (9.7%)
Ambas	17 (24.7%)	14 (22.6%)	3 (4.8%)	4 (6.5%)	7 (11.3%)



En la comparación total de intentos suicidas a lo largo de la vida, se observó que el grupo que presentó mayor número de intentos (7 a 8) fue el grupo sin comorbilidad con TDAH

(9,7%); mientras que el grupo con mayor número de pacientes sin intentos suicidas fue el que presenta TDAH (17.7%), se obtuvo $p 0.699$ (tabla 12, Gráfico 6). Su relación con el consumo durante el intento fue mayormente ausente en ambos grupos (46.9% y 37.1%), sin embargo el grupo de mayor relación con consumo durante los intentos fue el de comorbilidad con TDAH (11.3%), calculándose $p 0.699$ (tabla 13). En la población total con consumo se refirió alcohol en 11.3%, alcohol y solventes 3.2%, alcohol y cocaína 3.2%, cannabis 1.6% y cocaína 1.6%.

Tabla 12. Número de intentos suicidas a lo largo de la vida ($p 0.699$)

NUMERO DE IS	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
0 IS	5 (8.1%)	11 (17.7%)	2 (3.2%)	3 (4.8%)	6 (9.7%)
1-2 IS	10 (16.1%)	4 (6.5%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)	0 (0.0%)
3-4 IS	7 (11.3%)	8 (12.9%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	7 (11.3%)
5-6 IS	4 (6.5%)	5 (8.1%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)	2 (3.2%)
7-8 IS	6 (9.7%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)

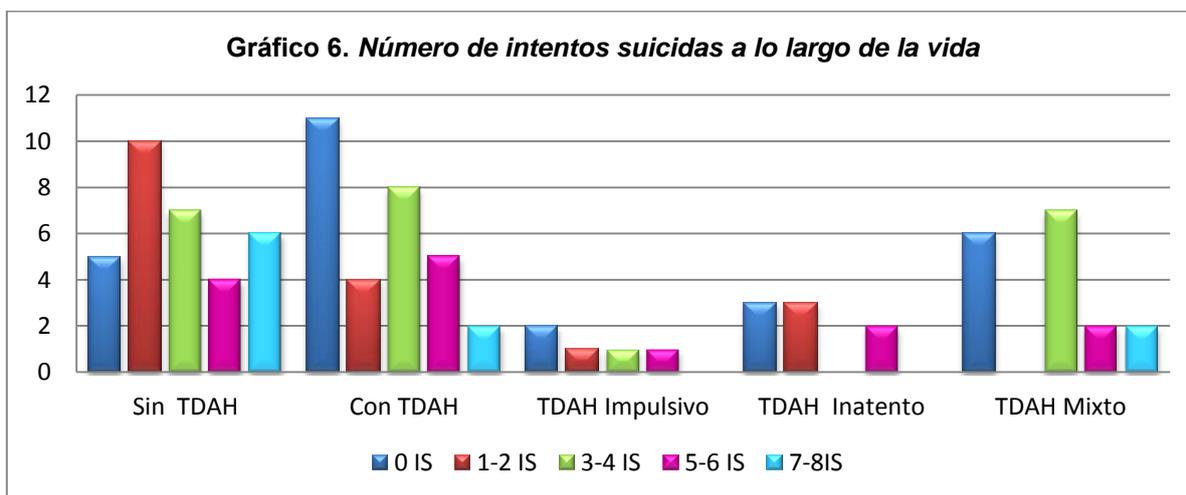


Tabla 13. Antecedente de consumo de sustancias durante los intentos suicidas ($p 0.257$)

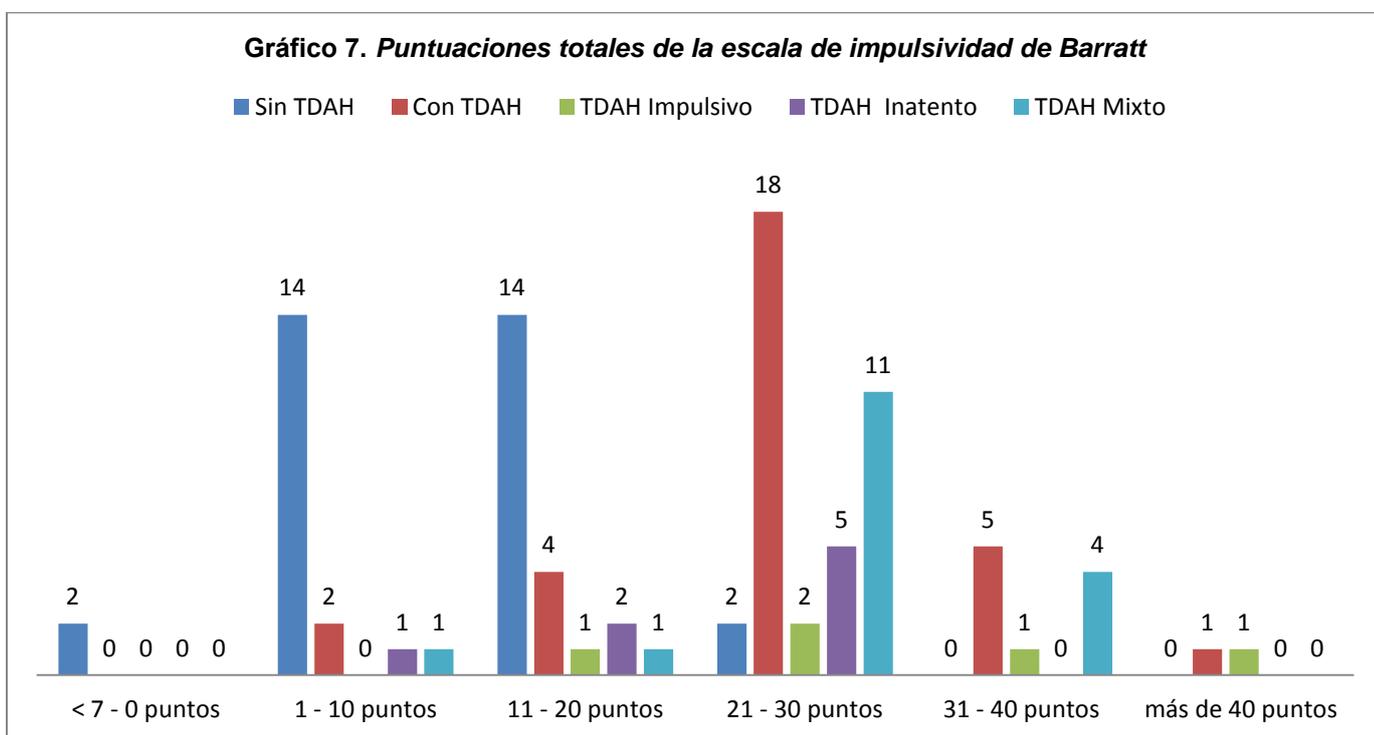
CONSUMO	Sin TDAH	Con TDAH	TOTAL
Presente	6 (9.7%)	7 (11.3%)	13 (21.0%)
Ausente	26 (46.9%)	23 (37.1%)	49 (79.0%)

En los resultados de las puntuaciones totales de la escala de impulsividad de Barratt, se obtuvieron puntuaciones mayores (21-41) en el grupo de pacientes con TDAH, principalmente el subgrupo de TDAH mixto, en contraparte las puntuaciones menores (1-20) correspondieron al grupo de pacientes sin comorbilidad (*tabla 14*, Gráfico 7), calculándose $p 0.069$, valor correspondiente a una tendencia.

Tabla 14. Puntuaciones totales de la escala de impulsividad de Barratt (p 0.069)

PUNTUACION E. I. BARRATT	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
menos 7 - 0 puntos	2 (3.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
1 - 10 puntos	14 (22.6%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
11 - 20 puntos	14 (22.6%)	4 (6.5%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)	1 (1.6%)
21 - 30 puntos	2 (3.2%)	18 (29.0%)	2 (3.2%)	5 (8.1%)	11 (17.7%)
31 - 40 puntos	0 (0.0%)	5 (8.1%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	4 (6.5%)
más de 40 puntos	0 (0.0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Gráfico 7. Puntuaciones totales de la escala de impulsividad de Barratt



En las subescalas de Barratt, se encontró que la impulsividad cognitiva es menor en el grupo de pacientes sin comorbilidad (-6 a 0 puntos), en contraparte con el grupo con TDAH

donde se obtuvo un mayor porcentaje (35.5% de 1 a 6 puntos), con una $p 0.000$, es decir, con diferencia estadística significativa (tabla 15). Es decir que de forma significativa los pacientes con TLP sin comorbilidad con TDAH tienen menos severidad en la impulsividad cognitiva en comparación con los pacientes con TLP y comorbilidad con TDAH. Así mismo, en la subescala de impulsividad motora se obtuvieron puntuaciones más altas (13-25 puntos) en el grupo con TDAH, principalmente en TDAH mixto, nuevamente con significancia estadística, con $p 0.025$ (tabla 16). En la subescala de impulsividad no planeada se encontraron valores mayor en el grupo con TDAH (37.1%), así como valores negativos en el grupo sin comorbilidad, con $p 0.351$ (tabla 17).

Tabla 15. Puntuaciones de la subescala de impulsividad cognitiva ($p 0.000$)

PUNTUACION EIBC	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Imp.	TDAH Inatento	TDAH Mixto
menos 6 - 0 puntos	30 (48.4%)	3 (4.8)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)
1 - 6 puntos	2 (3.2%)	22 (35.)	3 (4.8%)	6 (9.7%)	13 (21%)
7 - 12 puntos	0 (0.0%)	5 (8.1)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)

Tabla 16. Puntuaciones de la subescala de impulsividad motora ($p 0.025$)

PUNTUACION EIBM	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Imp.	TDAH Inat.	TDAH Mixto
0 - 6 puntos	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
7 -12 puntos	8 (12.9)	2 (3.2%)	0 (0.0%)	2 (3.2%)	0 (0.0%)
13 - 18 puntos	21 (33.9%)	9 (14.5)	1 (1.6%)	4 (6.5%)	4 (6.5%)
19 - 24 puntos	2 (3.2%)	18 (29%)	3 (4.8%)	2 (3.2%)	13 (21%)
más de 25	0 (0.0%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Tabla 17. Puntuaciones de la subescala de impulsividad no planeada ($p 0.351$)

PUNTUACION EIBNP	Sin TDAH	Con TDAH	TDAH Impulsivo	TDAH Inatento	TDAH Mixto
menos 11- 0 puntos	17 (24.7%)	7 (11.3%)	0 (0.0%)	3 (4.8%)	4 (6.5%)
1 - 10 puntos	15 (24.2%)	23 (37.1%)	5 (8.1%)	5 (8.1%)	13 (21%)

16. Discusión

Se ha estimado una prevalencia de comorbilidad de TDAH y TLP entre el 11-18% a nivel mundial y del 78% en nuestra institución (2012). En nuestro estudio se encontró un total de 51.6% (32 pacientes, 29 mujeres y 3 hombres) con diagnóstico exclusivo de trastorno límite de personalidad, así como un 48.4% (30 pacientes, 19 mujeres y 11 hombres) correspondió al grupo de pacientes con Trastorno límite de personalidad y TDAH, resultados concordantes con los estudios previos¹, coincidiendo en una mayor prevalencia de trastorno límite de personalidad en el género femenino, así como un mayor porcentaje de población masculina en el grupo de TDAH.

En los pacientes con TDAH existe un déficit básico en el control inhibitorio (el cual permite a los individuos suprimir las respuestas inapropiadas y evadir los estímulos irrelevantes)¹⁴, condicionando disfunción o mal adaptación en diferentes áreas⁷, características compatibles en nuestra investigación el identificarse una mayor puntuación en el SCID II en los pacientes con comorbilidad con TDAH, resultados similares a los obtenidos en un estudio realizado por Philipsen en 2011, donde se encontró que un grupo de pacientes con TDAH tenía significativamente, más síntomas del trastorno límite que el grupo control (sano)¹¹.

En cuanto a las características de las conductas autolesivas, se identificó que la edad de inicio es menor en pacientes con comorbilidad con TDAH, así mismo presentaban una mayor frecuencia de las conductas al inicio (semanal), esto secundario a la mayor impulsividad y déficit inhibitorio reportado en los pacientes con TDAH, principalmente a menor edad^{1,7,14}.

Reafirmando esta tendencia se observó que en los últimos 12 meses existió un mayor porcentaje de remisión en pacientes con comorbilidad con TDAH, postulándose como un factor protector, esto explicado debido a la tendencia a la disminución o remisión de la impulsividad con la edad en pacientes con TDAH, en contraparte se encontró que el grupo de pacientes con TDAH que persistían presentando autolesiones, estas eran de mayor frecuencia y alta letalidad, así como mayor relación con el consumo de sustancias durante los intentos suicidas. Si bien las características de las autolesiones no mostraron diferencias estadísticamente significativas, estas si presentaron en los resultados, números crudos, diferencias compatibles con la caracteropatía propia de ambos trastornos y su comorbilidad (hipótesis 1).

Así como Storeb y Simonsen (2014) postularon que existen dos hipótesis respecto a la comorbilidad del TDAH y el trastorno límite de personalidad (una de ellas se sostiene que el TDAH es una etapa temprana del desarrollo del trastorno límite de personalidad, mientras que la segunda refiere que los dos trastornos comparten una etiología genética y ambiental)¹¹, los resultados obtenidos en nuestro estudio sugieren un *continuum* de ambos trastornos, así como un efecto sinérgico, complicando la evolución y ensombreciendo el pronóstico¹¹. Así mismo se ha reportado en estudios de neuroimagen una sorprendente convergencia de alteraciones neuropatológicas entre ambos trastornos (corteza prefrontal, regiones orbitofrontales e hiperactivación en el funcionamiento de la amígdala), lo que puede indicar una superposición neurobiológica, lo que orienta a pensar que el TDAH y el TLP pueden constituir diferentes dimensiones del mismo trastorno, en el cual se incluyen alteraciones en el desarrollo psicopatológico^{11,21}.

Las observaciones obtenidas en cuanto a la impulsividad fueron aún más contundentes, en los resultados de las puntuaciones totales de la escala de impulsividad de Barratt, se obtuvieron puntuaciones mayores en el grupo de pacientes con TDAH, en contraparte las puntuaciones menores correspondieron al grupo de pacientes sin comorbilidad, reafirmando una mayor presentación y gravedad de la impulsividad en pacientes con comorbilidad; comprobando nuestra segunda hipótesis.

En las subescalas de Barratt, se encontró que la impulsividad cognitiva, motora y no planeada fueron mayores en el grupo de comorbilidad con TDAH, las dos primeras (cognitiva y motora) con significancia estadística, ya que como se ha reportado en la literatura, la impulsividad motora y carencia de perseverancia, se refiere a una tendencia a actuar sin pensar, la impulsividad cognitiva e inatención se relacionan con una propensión a tomar decisiones rápidamente, ambas piedras fundamentales en ambos trastornos, así como la impulsividad no planificada, en la cual se identifica una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada ^{14,20}.

Al igual que Daigre y colaboradores (2009)⁹, coincidimos en que la comorbilidad entre TDAH y trastorno límite de personalidad está determinada por la impulsividad acorde a los resultados obtenidos en esta investigación, respaldados por mayores alteraciones cognitivas, niveles más altos de abuso/dependencia de sustancias y mayores niveles de agresión y autoagresiones².

Debido a la importante comorbilidad, pero principalmente al agravamiento de las conductas impulsivas, autolesivas y disfunción global que presentan este grupo de pacientes con trastorno límite de personalidad y TDAH, se debe realizar un diagnóstico

temprano y diferencial (se estima que el 75% de la población con TDAH en edad adulta no recibió un adecuado diagnóstico ni tratamiento oportuno)¹⁰, buscando establecer intervenciones adecuadas (farmacoterapia, psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a familiares)⁷ generando mejoría en todas las áreas del funcionamiento de un paciente.

17. Conclusiones

Se encontró una adecuada correlación respecto a estudios previos en la distribución por género respecto al trastorno límite de personalidad y TDAH, siendo el primero de mayor frecuencia en mujeres y el segundo en población masculina.

En cuanto a las características de las conductas autolesivas, se observó una edad de inicio más temprana y mayor frecuencia de presentación en el grupo con comorbilidad con TDAH, así como una mayor remisión en las autolesiones en este grupo en los últimos 12 meses, postulando al TDAH como un factor protector ante la presentación de autolesiones en pacientes con trastorno límite de personalidad, esto posiblemente secundario a las modificaciones (disminución o remisión) de la impulsividad en la evolución de los pacientes con TDAH a lo largo de la vida. Si bien estos datos no tuvieron una significancia estadística, sí se identificaron diferencias porcentuales importantes en la descripción de las características de las conductas autolesivas.

Los resultados de la evaluación de la impulsividad mediante la escala de Barratt mostraron una diferencia estadísticamente significativa en las subescalas de impulsividad cognitiva y motora, así como diferencias porcentuales importantes en el resultado total y de

impulsividad no planeada, mostrando distribuciones polares entre ambos grupos, por lo que pueden ser utilizados como un posible indicador de TDAH en pacientes con trastorno límite de personalidad y puntuaciones altas en dichas escalas, enfatizando que los instrumentos de cribado sólo sirven como herramienta de guía y en ningún caso reemplazan la valoración clínica al realizar un diagnóstico definitivo y normar conductas terapéuticas.

18. Limitaciones

La presente investigación se realizó en un periodo breve de tiempo, con una muestra pequeña, recabada por cuota de tiempo, por lo que se sugiere ampliar la muestra, ya que si bien se obtuvieron únicamente algunos datos de significancia estadística (calculada por chi cuadrada), si se identificaron diferencias porcentuales importantes en la descripción de los resultados tanto en las características de las conductas autolesivas, como en las escalas de impulsividad.

19. Referencias bibliográficas

1. Volkow N, Swanson J. Adult Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *NEJM*. 2013; 369 (20):1935-45
2. Prada P, Hasler R, Baud P, Bednarz G, Ardu S, Krejci I. Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: A clinical and dimensional perspective. *Psychiatry Research*. 2014; 217:107–14
3. Philipsen A, Limberger M, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, Barth J. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192:118-23

4. Shah P, Morton M. Adults with attention-deficit hyperactivity disorder - diagnosis or normality?. *The British Journal of Psychiatry*. 2013; 203:317-19.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5o Edition*. Washington: American Psychiatric Association; 2013:359-64
6. World Health Organization. *Internacional Classification of Diseases, 10th Revision*. Geneva: World Health Organization; 1992:204-7
7. Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz". *Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente Muñiz"; 2010.
8. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". *Guía clínica: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro";2009:5-34
9. Daigre C, Ramos-Quiroga J, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalvo R. Cuestionario autoinformado de cribado de TDAH ASRS-v1.1 en adultos en tratamiento por trastornos por uso de sustancias. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37(6):299-305
10. Reyes E, García K, Palacios-Cruz L. Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*. 2013; 65(1):30-8
11. Storeb O, Simonsen E. Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder?. *Nord J Pssychiatry*. 2014; 68 (5): 289-296.
12. Slachevsky A, Pérez C, Silva J, Ruiz A, Mayol R. Prognostic heterogeneity of attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 379-85

13. Goodman M, Mascitelli K, Triebwasser J. The Neurobiological Basis of Adolescent-onset Borderline Personality Disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22 (3): 212-20.
14. Woltering S, Liu Z, Rokeach , Tannock R. Neurophysiological differences in inhibitory control between adults with ADHD and their peers. *Neuropsychologia*. 2013; 51:1888–95
15. Dijk F, Schellekens A, Broek P, Kan C, JanVerkes R, Buitelaar J. Do cognitive measures of response inhibition differentiate between attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder?. *Psychiatry Research*. 2014; 215:733–39
16. Bowen M. Borderline personality disorder: clinicians' accounts of good practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013; 6 (20): 491 – 8
17. Howe E. Five Ethical and Clinical Challenges Psychiatrists May Face When Treating Patients with Borderline Personality Disorder Who Are or May Become Suicidal. *Innov Clin Neurosci*. 2013; 10(1):14–19
18. Páez F, Jiménez A, López A, Ariza J, Ortega H, Nicolini H. Estudio de la validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividda de Plutchik. *Salud Mental*. 1996; 5 (19):10-13.
19. Kooij J, Francken M. Fundación DIVA. Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos DIVA 2.0. *Pearson Assessment and Information*. 2010; 1-20
20. Cuevas E, Hernández M. impulsivity assessment in smokers: A systematic review. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 2008; 34(2): 291-309.
21. Andreu C, Letosa J, López M, Mínguez V. Implicaciones forenses en adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Esp Med Legal*. 2015; 1-7.

22. Ramos J, Chalita P, Vidal R, Bosch R, Palomar G, Prats L, Casas M. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. Rev Neurol.2012; 54 (1):105-115

20. Anexos

1. CÉDULA DE REGISTRO DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS

	Nombre:		No. Expediente:		
	Edad:		Fecha de aplicación:		
1	Edad de inicio de conductas auto lesivas:				
2	Intervalo entre las conductas autolesivas al inicio	Diario	Semanal	Mensual	Especificación:
3	Tipo de conductas autolesivas al inicio:	Alta letalidad ^a	Baja letalidad	Especificar:	
4	Intervalo entre las conductas autolesivas en los últimos 12 meses	Diario	Semanal	Mensual	Especificación:
5	Tipo de conductas autolesivas en los últimos 12 meses:	Alta letalidad ^a	Baja letalidad ^b	Especificar:	
6	Fecha de la ultima conducta autolesiva:				
7	Intensionalidad de la conducta autolesiva	Ansiolítica	Suicida (No. IS ____)	Ambas	Otras
8	Contexto	Impulsivo		Planeado	
9	Consumo de sustancias previo:	Presente	Ausente	Tipo de sustancia	

^a Alta letalidad: Sobre ingesta de medicamentos, Ingesta de sustancias químicas, cortes profundos que ameriten sutura, heridas por arma de fuego, ahorcamiento, arrojarse al vacío, accidentes automovilísticos

^b Baja letalidad: dermoabrasiones, cortes superficiales, pilotracción, quemaduras, contusiones

2. Escala de auto reporte de síntomas de TDAH en adultos (ASRS –V1.1)

Nombre:		No. Expediente:				
Edad		Fecha de aplicación:				
Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses.						
		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuente mente
1	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?					
2	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?					
4	Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?					
5	¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?					
6	¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?					
						SECCION A
7	¿Con qué frecuencia comete errores por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener la atención cuando está haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, aún cuando estén hablando con usted directamente?					
10	¿Con qué frecuencia pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11	¿Con qué frecuencia se distrae por ruidos o actividades a su alrededor?					
12	¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debe permanecer sentado?					
13	¿Con qué frecuencia se siente inquieto o nervioso?					
14	¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo para usted mismo?					
15	¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?					
16	Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia se descubre a sí mismo terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17	¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones en que debe hacerlo?					
18	¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?					
						SECCION B

3. Entrevista diagnóstica de TDAH en adultos DIVA 2.0 (en archivo adjunto)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Sexo: H / M

Fecha de la entrevista:

Nombre del entrevistador:

MF de paciente:

Parte 1: Síntomas del Déficit de Atención (Criterio A1 del DSM-IV)

Instrucciones previas: los síntomas en la edad adulta deben estar presentes al menos durante un periodo de seis meses. Los síntomas en la infancia deben referirse al periodo entre los cinco y los doce años. Para que un síntoma sea atribuido al TDAH, debería presentar un curso crónico, no episódico.

A1 ¿A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Comete errores por descuido
- Debe trabajar más despacio para evitar cometer errores
- No lee debidamente las instrucciones
- Dificultad para trabajar con detalle
- Necesita dedicar demasiado tiempo a los detalles
- Se atasca en los detalles
- Trabaja demasiado rápido y por eso se equivoca
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Errores por descuido en sus tareas escolares
- Errores por no leer bien las preguntas
- Preguntas sin contestar por no poder leerlas bien
- Dejar sin contestar el reverso del examen
- Recibir comentarios de otros por presentar un trabajo descuidado
- No comprobar las respuestas de los deberes
- Demasiado tiempo para completar tareas muy detalladas
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

A2 ¿A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades útiles? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- No puede mantener la atención durante mucho tiempo en las tareas*
- Se distrae fácilmente por asociaciones y pensamientos propios
- No se puede concentrar bien*
- Necesita mucha estructura para no distraerse
- Se cansa rápidamente de las cosas*
- Hace preguntas sobre temas que ya se han discutido
- Otros:

* Al menos que el tema le interese mucho (p. ej. el ordenador o una afición)

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Dificultad para mantener la atención en las tareas escolares
- Dificultad para mantener la atención en el juego*
- Se distrae fácilmente
- No se podía concentrar bien*
- Necesitaba mucha estructura para no distraerse
- Se cansaba fácilmente de las actividades*
- Otros:

* Al menos que el tema le interese mucho (p. ej. un juego de ordenador o una afición)

Síntoma presente: Sí / No

A3 ¿A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Está ausente o distraído
- Le resulta difícil concentrarse en una conversación
- Después de una conversación no sabe decir de qué iba
- Cambia a menudo el tema de una conversación
- Los demás dicen a menudo que está distraído
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- No sabía lo que sus padres o profesores le acababan de decir
- Estaba ausente o distraído
- Escuchaba solo si había contacto visual o levantaba la voz
- A menudo tenían que dirigirse a usted varias veces para llamar su atención
- Debían repetir las preguntas varias veces
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

A6 ¿A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o deberes)? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Intenta hacer primero lo que le parece más fácil o entretenido
- Apataza a menudo las tareas difíciles o aburridas
- Postpone las tareas de modo que no cumple en el tiempo acordado
- Evita hacer el trabajo mundano como por ejemplo las tareas administrativas
- No le gusta leer debido al esfuerzo mental
- Evita hacer tareas que le exigen mucha concentración
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Evitaba o le disgustaba hacer los deberes
- Leta pocos libros o no tenía ganas de leer porque le suponía un esfuerzo mental
- Evitaba hacer cosas que le exigían mucha concentración
- Le disgustaban las asignaturas que exigían mucha concentración
- Apatazaba las tareas difíciles o aburridas
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

A7 ¿A menudo extraña los objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Pierde la cartera, las llaves o la agenda
- Se deja a menudo las cosas
- Pierde los papeles del trabajo
- Pierde mucho tiempo buscando las cosas
- Se angustia al otros cambian de lugar las cosas
- Guarda las cosas en lugares inadecuados
- Pierde listas, números de teléfonos o notas
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Perdía agendas, bolígrafos, bolsa de deporte u otras cosas
- Perdía las prendas de ropa, los juguetes o los deberes
- Perdía mucho tiempo buscando las cosas
- Se angustaba si otros cambiaban de lugar las cosas
- Sus padres o profesores le decían a menudo que perdía las cosas
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

A4 ¿A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el caso de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Hace varias cosas al mismo tiempo sin terminar nada
- Le resulta difícil terminar algo cuando ya no es una novedad
- Necesita tener una fecha límite para terminar algo
- Le cuesta trabajo terminar las tareas de tipo administrativo
- Le cuesta seguir las instrucciones
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Le costaba seguir las instrucciones
- Le resultaba difícil hacer las tareas que consistían de más de un paso
- No terminaba las cosas
- No acababa los deberes o no los entregaba
- Necesitaba mucha estructura para terminar las tareas
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

A5 ¿A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Le cuesta trabajo planificar las tareas diarias
- Su hogar y/o su lugar de trabajo están desordenados
- Parece desatendido o no parece de forma eficiente
- Tiene a menudo dos citas al mismo tiempo
- Llega tarde
- No es capaz de utilizar su agenda de forma consistente
- Es inflexible porque necesita seguir esquemas
- No es consciente del tiempo
- Hace esquemas que no sigue
- Necesita de otros para estructurar las cosas
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Le costaba estar listo a tiempo
- Su habitación o su escritorio estaban desordenados
- Le costaba jugar de forma adecuada
- Le costaba planificar las tareas o los deberes
- Hacía varias cosas al mismo tiempo
- Llegaba tarde
- No era consciente del tiempo
- Le costaba entretenerse solo
- Otros:

Simbora presente: Sí / No

Parte 2: Síntomas de hiperactividad-impulsividad
(Criterio A2 del DSM-IV)

Instrucciones previas: los síntomas en la edad adulta deben estar presentes al menos durante un periodo de seis meses. Los síntomas en la infancia deben referirse al periodo entre los cinco y los doce años. Para que un síndrome sea atribuido al TDAH debería presentar un curso crónico, no episódico.

H/I 1 ¿A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- No puede estar quieto
- Mueve las piernas
- Juega con el bolígrafo o con algún objeto
- Se mueve las uñas o juega con el cabello
- Puede dominar estos movimientos, pero le causa tensión
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Sus padres le decían a menudo que se estuviera quieto o algo similar
- Mueve las piernas
- Juega con el bolígrafo o con algún objeto
- Se mueve las uñas o juega con el cabello
- No podía estar sentado tranquilamente
- Podía dominar estos movimientos, pero le causaba tensión
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 2 ¿A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- En los simposios, conferencias, la iglesia, etc.
- Prefiere desambular que estar sentado
- No está sentado durante mucho tiempo, siempre está en movimiento
- En tensión, porque le cuesta quedarse quieto
- Da excusas para poder moverse
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Se levanta a menudo de la mesa o durante la clase
- Le resulta muy difícil estar quieto durante las clases o en las comidas
- Le mandaban quedarse sentado
- Daba pretextos para poder caminar un poco
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

A8

¿A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Le cuesta atender de los estímulos externos
- Le cuesta recordar el fin después de haberse distraído
- Los ruidos o lo que pasa a su alrededor le distrae fácilmente
- Sigue las conversaciones de otros
- Le cuesta trabajo filtrar o seleccionar información
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Miraba a menudo por la ventana estando en clase
- Se distraía fácilmente con los ruidos o con lo que pasaba a su alrededor
- Le costaba recordar el fin después de haberse distraído
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

A9

¿A menudo es descuidado en las actividades diarias? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Olvida las citas u otras obligaciones
- Se le olvidan las llaves, la agenda, etc.
- Necesita que le recuerden a menudo los compromisos
- Vuelve a menudo a casa para recoger las cosas olvidadas
- Tiene esquemas rígidos para no olvidar las cosas
- Olvida escribir o consultar su agenda
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Se le olvidaba a menudo lo acordado o las tareas
- Necesitaba que le recordaran a menudo las cosas
- Olvidaba lo que tenía que hacer a media tarde
- Se olvidaba llevar a la escuela las cosas que necesitaba
- Se olvidaba las cosas en la escuela o en casa de los amigos
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 3 ¿A menudo surge o sale excesivamente en situaciones en que es requerido hacerlo en adolescentes o adultos puede irritarse a sentimientos subjetivos de injusticia? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Se siente tranquilo o agitado internamente
- Tiene la sensación de que debe mantenerse ocupado constantemente
- Se resista con dificultad
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Estaba siempre contenido
- Se subía a los muebles o saltaba encima del sofá
- Se subía a los árboles
- Se sentía agitado internamente
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 4 ¿A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Hacia durante actividades que exigen silencio
- En compañía de otros, quiere tener la voz cantante
- Es nervioso en todo tipo de situaciones
- No puede hacer las actividades con tranquilidad
- No puede hablar bajo
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Era ruidoso al jugar o en casa
- No podía ver una película o la televisión con tranquilidad
- Le molestaban estar más callado y más tranquilo
- Se agitaba rápidamente en compañía de otros
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 5 ¿A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Siempre está ocupado haciendo algo
- Tiene mucha energía, siempre está haciendo cosas
- No respeta sus límites
- Le resulta difícil dejar que pasen las cosas, es demasiado controlador
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Siempre estaba haciendo algo
- Era muy activo en clase y en casa
- Tenía mucha energía
- No dejaba de insistir, de dar la lata
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 6 ¿A menudo habla en exceso? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Habla tanto que llega a cansar a la gente
- Le conocen por ser muy hablador o charlatán
- Le resulta difícil dejar de hablar
- Tiene la tendencia a hablar demasiado
- No da lugar a que otros participen en la conversación
- Necesita muchas palabras para explicar algo
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Le conocían por ser muy hablador
- Los profesores y los padres le pedían a menudo que se callara
- En las notas, había anotaciones sobre que era muy hablador
- Le castigaban por hablar demasiado
- No debía trabajar a sus compañeros porque hablaba demasiado
- No daba lugar a que otros participaran en la conversación
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 7

¿A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Tiene problemas para mantener la boca callada
- Dice cosas sin pensar
- Da una respuesta antes de que la gente termine de hablar
- Termina las frases de otros
- No tiene tacto
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Tiene problemas para mantener la boca callada
- Siempre quiere ser el primero en dar la respuesta en la clase
- Saltaba la respuesta el primero, aunque fuera entronca frase
- Interrumpía a los demás antes de que terminaran la frase
- Resultaba hiriente
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 8

¿A menudo tiene dificultades para guardar turno? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Le cuesta trabajo esperar su turno en la cola, se cuele en un abasco
- Le resulta difícil esperar su turno en una conversación
- Es impaciente
- Inicia o deja relaciones/trabajos por impaciencia
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Le costaba esperar su turno jugando o haciendo deporte
- Le resulta difícil esperar su turno en clase
- Siempre estaba el primero
- Se impacientaba rápidamente
- Cruzaba la calle sin mirar
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

H/I 9

¿A menudo interrumpe o se interrumpe en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)? ¿Es inoportuno? ¿Y cómo era en su infancia?

Ejemplos en la edad adulta:

- Se entromete fácilmente con los demás
- Deja a los demás con la palabra en la boca
- Interrumpe sin que se lo pidan cuando los demás están ocupados
- Recibe comentarios de los demás que le acusan de entrometido
- Le resulta difícil respetar los límites que le imponen los demás
- Tiene una opinión sobre todo y no se la calla
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Ejemplos en la infancia:

- Interrumpe el juego de los demás
- Interrumpe las conversaciones de los demás
- Reaccionaba ante todo
- No podía esperar
- Otros:

Síntoma presente: Sí / No

Complemento al criterio A

Edad adulta

¿Presenta más de estos síntomas anteriores de hiperactividad-impulsividad que otras personas o con más frecuencia que otras personas? Sí / No

Infancia

¿Presentaba más de estos síntomas anteriores de hiperactividad-impulsividad que otros niños de su edad o con más frecuencia que otros niños de su edad? Sí / No

4. Escala de Impulsividad de Barratt

Nombre:	No. Expediente:			
Edad	Fecha de aplicación:			
Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).				
	Raramente o nunca (0)	Ocasional-mente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (3)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo período de tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

5. SCID II

6. Formato de consentimiento informado

 <p style="text-align: center;">SECRETARIA DE SALUD COORDINACION DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ" COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> 	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	CONDUCTAS AUTOLESIVAS E IMPULSIVIDAD COMO INDICADORES DE PRESENCIA DE TDAH EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
Lugar y fecha:	Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". INICIO: 1º abril 2015, TERMINO: 1º septiembre 2015
Justificación y objetivo del estudio:	Identificación de indicadores para búsqueda intencionada de TDAH en pacientes con TLP
Procedimientos:	Se aplicará el instrumento Escala de auto reporte de síntomas de TDAH en adultos (ASRS –V1.1), DIVA, escala de impulsividad de Barratt, SCID II a aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, en el servicio de consulta externa en un período aproximado de 60 minutos
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el estado actual de Salud Mental, así como el manejo farmacológico y conductual de las patologías detectadas, para incidir en el proceso de salud-enfermedad
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la aplicación del instrumento se le dará a conocer al participante el resultado
Participación o retiro:	Cada integrante tendrá la libertad de retirarse si así lo deseara
Privacidad y confidencialidad:	Todos los resultados se tratarán con confidencialidad
Disponibilidad de tratamiento médico en pacientes:	Se comentarán los resultados con su médico tratante y se integrará una nota al expediente con los resultados de los instrumentos aplicados y un análisis del caso para valoración de ajuste de tratamiento farmacológico
Beneficios al término del estudio:	Conocer el resultado de la aplicación de los instrumentos, así como orientación sobre el resultado, posibles tratamientos y factores modificables que influyan en su estado de salud.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Ana Rosa García Berdeja. Médico residente de 3º años de Psiquiatría
Colaboradores:	Dra. Nashiyela Loa Zavala, Médico especialista en Psiquiatría / Soc. Juana Freyre
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse directamente con el investigador responsable, la Dra. Ana Rosa García Berdeja al teléfono 044 55 34 67 93 91 o al Correo electrónico: anna.7799@hotmail.com	
<p>_____ Nombre y firma del paciente</p> <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>_____ Nombre y firma del Testigo</p>	

7. Solicitud de aprobación para lo aplicación de los instrumentos a los jefes de servicio (Consulta externa)

Carta de información al jefe de servicio.

México, D.F., a ____ de ____ de 20__.

Dr. José Ibarreche Beltrán
Jefe de la Consulta Externa.
Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio "**CONDUCTAS AUTOLESIVAS E IMPULSIVIDAD COMO INDICADORES DE PRESENCIA DE TDAH EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD** .", mismo que pretende llevarse a cabo seis meses por la residente Ana Rosa García Berdeja, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El estudio consistirá en la aplicación de las escalas SCID-II, ASRS V1, DIVA 2.0, escala de impulsividad de Barratt y cédula de registro de autolesiones a uno de los pacientes de los que atiende diariamente la médico residente.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dra. Ana Rosa García Berdeja
Residente de tercer año de Psiquiatría