



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Título: Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
y el trastorno límite de personalidad (TLP), y su relación
con las mediciones de impulsividad en mujeres.

Presenta la Tesis para obtener el

Diploma de Especialista en Psiquiatría

Nombre: María Fernanda Zúñiga Aguilar

Nombre del Asesor:

Dra. Xóchitl Duque Alarcón

Ciudad de México, 10 de junio de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por siempre estar conmigo y recorrer este camino juntos.

A mi abue Sofí, por siempre creer en mí y tenerme toda la paciencia.

A Lau y a Vale, porque son las mejores hermanas, cómplices y consejeras.

A Luneta, porque me acompaña hasta en las desveladas y me salva todos los días.

A Edgar, por escuchar desde la primera hasta la última idea de esta tesis y apoyarme a terminarla.

A mi asesora, la Dra. Xóchitl Duque, por orientarme y ayudarme cuando todo en mi cabeza era un caos.

Al Dr. Rodrigo Figueroa, por la contención en algunas de mis crisis y por resolver muchas de mis dudas.

A mis pacientes, por compartirme sus historias y permitirme aprender un poco más cada día.

Por último, pero no menos importante, a mi otra familia, mis compañeros de la guardia 3: Ale, Cantú, Fer, Daniela, Jorge y Tania, porque son el mejor equipo y los mejores amigos con los que me pude topar en la residencia. Por no dejarme morir cuando la saladez era demasiada.

¡GRACIAS!

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE	3
RESUMEN	5
LISTA DE CUADRO, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS	6
I. INTRODUCCIÓN:	7
II. MARCO TEÓRICO	8
❖ Epidemiología	9
❖ Etiología	10
❖ Manifestaciones clínicas	14
❖ Criterios diagnósticos	16
❖ Herramientas de evaluación	19
❖ TDAH en mujeres	22
❖ Diagnóstico diferencial del TDAH	25
❖ Tratamiento	26
❖ Trastorno límite de personalidad (TLP)	35
❖ Comorbilidad TDAH y TLP	39
❖ Impulsividad en TDAH y TLP	40
III. MÉTODO	42
❖ Justificación	42
❖ Planteamiento del problema y pregunta de investigación	43
❖ Objetivos	44
❖ Hipótesis	44
❖ Operacionalización de variables	45
❖ Muestra y muestreo	46
❖ Sujetos	47
❖ Criterios de selección	47
❖ Tipo de estudio	48
❖ Instrumentos	48
❖ Procedimiento	50

❖ Consideraciones éticas	51
IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
V. RESULTADOS	53
VI. DISCUSIÓN	60
VII. CONCLUSIÓN	64
VIII. CRONOGRAMA	65
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
X. ANEXOS	70

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El TDAH es un trastorno caracterizado por inatención, impulsividad e hiperactividad; siendo uno de los principales problemas neuro – conductuales que persisten hasta la edad adulta. En cuanto al TLP, las características para su diagnóstico se basan en la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como impulsividad, presente en diversos contextos. El estudio de la comorbilidad desde el punto de vista dimensional permite entender el fenómeno de la sobreposición de síntomas y la asociación en la neurobiología de ambas entidades. Además, su identificación resulta clave para evitar consecuencias en el funcionamiento global de las mujeres.

OBJETIVO: Este estudio pretende estimar la frecuencia de TDAH, así como su relación con impulsividad, en las pacientes con TLP del HPFBA.

MATERIAL Y MÉTODOS: El diagnóstico de TDAH se estableció mediante la escala ASRS como método de cribado; el diagnóstico de TLP se realizó con la aplicación de la entrevista SCID-II. Se llevó a cabo una comparación de medias en los puntajes de la prueba Go-NoGo y la escala de impulsividad de Barratt para ambos grupos.

RESULTADOS: Se incluyeron 54 mujeres con diagnóstico de TLP, de las cuales el 61.1% presentó diagnóstico de TDAH de acuerdo con el punto de corte sugerido en la literatura. Se encontraron diferencias significativas en las pacientes con comorbilidad TDAH/TLP, puntuando con mayores niveles de impulsividad en comparación con el grupo sin TDAH.

CONCLUSIONES: La comorbilidad TDAH/TLP es frecuente en mujeres, expresándose clínicamente en niveles altos de impulsividad, de modo que, se debe contemplar un manejo dirigido del TDAH como parte de las estrategias terapéuticas encaminadas a un mejor tratamiento y pronóstico.

PALABRAS CLAVE: TDAH, TLP, impulsividad, impulsividad en mujeres, Go/NoGo.

LISTA DE CUADRO, GRÁFICAS Y ABREVIATURAS

- **Abreviaturas:**

- **TDAH** – Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- **TLP** – Trastorno Límite de Personalidad.
- **HPFBA** – Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- **CIE 10** – Clasificación Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10ma edición.
- **DSM 5** – Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales, 5ta edición.
- **DSM 4** – Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales, 4ta edición.
- **DSM 3** – Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales, 3ra edición.
- **RMN** – Resonancia Magnética Nuclear.
- **OMS** – Organización Mundial de la Salud.
- **ISRS** – Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina.
- **INEGI** – Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- **INPRFM** – Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz.
- **ASRS** – Adult ADHD Self-Report Scale Symptom.
- **DE** – Desviación estándar.
- **UNAM** – Universidad Nacional Autónoma de México.

- **Tablas y figuras:**

- **Tabla 1.1** – Síntomas cardinales del TDAH.
- **Tabla 1.2** – Criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-V.
- **Tabla 1.3** – Criterios diagnósticos del trastorno hiperactivo según el CIE-10.
- **Tabla 1.4** – Fármacos estimulantes en México.
- **Tabla 1.5** – Fármacos no estimulantes en México.
- **Tabla 1.6** – Criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad límite, según el DSM-V
- **Tabla 1.7** – Criterios diagnósticos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite F60.31, según el CIE-10.
- **Tabla 3.1** – Operacionalización de variables.
- **Tabla 5.1** – Características demográficas.
- **Tabla 5.2** – Niveles de impulsividad medidos con la escala de Barratt.
- **Tabla 5.3** – Niveles de impulsividad medidos con la prueba Go/NoGo.
- **Tabla 8.1** – Cronograma de actividades.
- **Figura 1.1** – Modelos clínicos de las mujeres con TDAH según Nadeau.
- **Figura 1.2** – Algoritmo latinoamericano de tratamiento para TDAH en adultos.
- **Figura 5.1** – Mujeres con TDAH.
- **Figura 5.2** – Distribución de trastornos de personalidad presentados con frecuencia.
- **Figura 5.3** – Conducta suicida.
- **Figura 5.4** – Niveles de impulsividad mediado con la escala de Barratt.
- **Figura 5.5** – Prueba Go/NoGo. Aciertos NoGo.
- **Figura 5.6** – Prueba Go/NoGo. Valor medio de respuesta NoGo.

I. INTRODUCCIÓN:

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), es un trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por la presencia de inatención, impulsividad e hiperactividad; siendo uno de los principales problemas neuro – conductuales en la población entre 6 a 17 años, y persistiendo hasta la edad adulta. (1,2)

Se trata de un padecimiento altamente heterogéneo en el que la comorbilidad con otros trastornos es alta. Uno de los diagnósticos comórbidos que se observa de manera frecuente es el trastorno límite de personalidad (TLP), debido a la sobreposición de síntomas y la evidencia de asociaciones en la neurobiología de ambas entidades, incluso se ha planteado que pudiera tratarse de la expresión de dos dimensiones del mismo trastorno; teniendo consecuencias en el funcionamiento global de las personas en quienes no se realiza una identificación oportuna. (3)

El estudio de diagnóstico desde un punto de vista dimensional muestra que que ciertas dimensiones pueden asociarse a determinadas características, un ejemplo de esto es la impulsividad, la cual se relaciona con actividades de riesgo que generan un alto impacto en la salud pública, como son los accidentes vehiculares, promiscuidad sexual (incremento del embarazo en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual), abuso de sustancias y problemas con la ley. (2)

Por otro lado, desde la perspectiva de género, sabemos que existe una predominancia en la detección de TDAH en hombres, de modo que tal entidad pudiera pasar desapercibida en las

mujeres, dificultando la aplicación de intervenciones para su tratamiento y rehabilitación; deviniendo en discapacidad social y problemas emocionales a largo plazo.

El presente estudio pretende hacer visible la problemática antes expuesta, al estimar la frecuencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como su relación con niveles de impulsividad, en las mujeres con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que acuden a la consulta externa o que se encuentran en el servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA).

II. MARCO TEÓRICO

El trastorno por déficit de atención, ha sido definido por la Clasificación Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud, en su décima revisión (CIE-10), dentro de los trastorno hiperkinéticos, los cuales se caracterizan por su inicio dentro de los primeros cinco años de vida, en los que se identifica falta de persistencia para las tareas que requieren de un esfuerzo intelectual sostenido, manifestando una actividad desorganizada irregular y excesiva; siendo niños descuidados e impulsivos, teniendo como consecuencia, un comportamiento disocial y baja autoestima. ⁽⁵⁾ . El Manual Estadístico y Diagnóstico de los trastornos mentales, en su quinta edición (DSM-5), lo clasifica dentro de los trastornos del neurodesarrollo, con un inicio precoz en el periodo de desarrollo (generalmente antes de los 12 años de edad), describiéndolo por un patrón persistente de inatención, hiperactividad y/o impulsividad, que interfiere con el funcionamiento del individuo en diversos entornos. ⁽⁶⁾

A nivel fisiopatológico y respecto a su presentación clínica el TDAH muestra una marcada heterogeneidad, por lo que, al realizar evaluaciones, se deben tomar en cuenta las combinaciones en los síntomas cardinales, nivel de discapacidad, comorbilidades, factores individuales, familiares y sociales. (7)

En cuanto a los avances y aportaciones que se han obtenido en los últimos años, contrastando con sus primeras descripciones en el siglo XIX, cabe destacarse el reconocimiento de anormalidades en la estructura y funcionamiento cerebral, las cuales actualmente se sustentan en estudios genéticos y de neuroimagen. De igual forma ha existido un progreso en lo referente a los criterios establecidos para su identificación, desde su introducción inicial en 1968 a la segunda versión del manual estadístico y diagnóstico, como un trastorno hiperkinético, con sus respectivas modificaciones a través del tiempo, determinándose progresivamente a la falta de atención como característica central; de modo que, en 1980, con la publicación de la tercera versión de dicho manual, se establecieron los criterios que conocemos en el presente. (8)

❖ Epidemiología

El TDAH muestra una alta prevalencia a nivel mundial, observándose en estudios epidemiológicos que aproximadamente el 5% de los niños en edad escolar pueden recibir este diagnóstico, estimándose la cantidad de 1.5 millones de casos para México, así como en el 4.4% de los adultos; con síntomas que continuarán presentándose después de la adolescencia hasta en el 65% de los pacientes y de forma marcada en al menos el 30% de ellos. (9,10)

Otro aspecto importante que resaltar es la distribución de dicha entidad por sexo, la cual favorece a los varones, con una relación en comparación con las mujeres de 4:1 en niños, diferencia que disminuye conforme aumenta la edad de las muestras, determinándose en 2,4:1 cuando se trata de adolescentes. (10,11)

Cuando el TDAH persiste en la edad adulta, su evolución es adversa si se compara con casos controles, al ser sujetos con mayor propensión a presentar otros trastornos como son la dependencia o abuso de sustancias, trastornos de personalidad, del afecto y de ansiedad; con el consecuente riesgo de tener deficiencias académicas, menos éxito ocupacional, problemas legales y lesiones accidentales, representando un serio problema de salud pública. (9)

A pesar de la evidencia epidemiológica y científica que se tiene en la actualidad, el TDAH sigue generando controversia en lo referente a su existencia y tratamiento; describiéndose en algunos estudios que únicamente el 25% de los padres de individuos con problemas de conducta y del afecto, consideran la búsqueda de atención especializada, acudiendo sólo el 13% de ellos a servicios de salud mental (12); de modo que aún queda mucho trabajo por realizar en cuanto a intervenciones y herramientas de educación en la población general.

❖ Etiología

Para comprender mejor las características del TDAH, es importante conocer los factores que intervienen en su desarrollo. De lo que sabemos actualmente, éste trastorno tiene un alto grado de heredabilidad, el cual se hace visible alrededor del 80% de los casos; sin omitir que

existe también un 10 a 40% de probabilidad en que factores ambientales contribuyan a su génesis. (13,14)

Factores genéticos

La sospecha acerca de los factores genéticos que se relacionan con el TDAH, surgió primordialmente de las evaluaciones clínicas, ya que los individuos en los que se ha identificado dicha patología, se ha observado una elevada comorbilidad con otros trastornos, como son el autismo, obesidad, trastorno bipolar, depresión, ansiedad y abuso de sustancias. Otro aspecto importante es la heredabilidad mostrada en estudios con gemelos, la cual se estima en un 77 a 80%, similar a la obtenida en otras enfermedades en las cuales se ha demostrado la participación clara de genes. (14)

Las zonas del genoma afectadas por el TDAH a menudo intervienen en el funcionamiento general de áreas como el crecimiento de neuritas, plasticidad sináptica o señalización de la transmisión glutamatérgica (14). Las primeras investigaciones se centraron en genes candidatos que han arrojado evidencia de tener un pequeño efecto en la predicción del TDAH, los ejemplos a destacar son los relacionados con el funcionamiento de noradrenalina, dopamina y serotonina, debido a la evidencia farmacológica para el tratamiento de este padecimiento, tal es el caso del polimorfismo en el gen del receptor de dopamina DRD4, DRD5, DAT1, HTR1B, SLC64 y SNAP 25; siendo el primero de estos el que se ha reproducido con mayor frecuencia en cuanto a hallazgos positivos. Otro de los genes más prometedores ha sido CDH13, el cual codifica para la proteína cadherina 13, implicada en la regulación de la migración neuronal en el periodo de desarrollo. (14,15)

Factores ambientales

Dada la aparición del TDAH durante etapas tempranas de la vida, se ha dado especial atención a los factores prenatales, encontrándose que la prematuridad (recién nacido antes de las 37 semanas de gestación) y especialmente la prematuridad extrema (menos de 28 semanas de gestación), es la situación con mayor correlación en la aparición del trastorno, comparada con otras circunstancias como son bajo peso al nacer, complicaciones perinatales y/o neonatales, uso de sustancias durante el embarazo (particularmente alcohol y tabaco), y edad materna. Sin embargo, ninguno de estos elementos representa un factor suficiente para considerarse causal. (13)

Por otra parte, los factores postnatales también juegan un papel importante en el desarrollo de la patología, de modo que no podemos omitir componentes como las situaciones sociales adversas, el estado de salud de ambos padres, problemas en la crianza y deprivación materna temprana. (13)

Neurobiología del TDAH

Los conocimientos respecto al funcionamiento cerebral en pacientes con TDAH, se fundamentan en las observaciones por medio de estudios de neuroimagen, siendo más específicos RMN (Resonancia Magnética Nuclear), encontrándose disminución en el volumen o funcionalidad de la materia gris, con estudios que muestran una reducción total de la masa cerebral (3-5% menos que en controles sanos), teniendo como consecuencia déficits en el procesamiento cognitivo, atención, planeación, velocidad del procesamiento de respuesta, entre otros. (1, 16)

Estudios más recientes han demostrado la existencia de áreas elementales, relacionadas con las alteraciones que caracterizan al trastorno, como son la corteza prefrontal, el caudado y el cerebelo; se sabe que dichas áreas se encuentran interconectadas en una red neuronal que regula los procesos de atención, emociones, conducta y acción. (2) Se ha hallado también menor actividad subcortical, particularmente en el cuerpo estriado ventral, relacionado con una menor capacidad de espera y pobre anticipación; así mismo, tal dato se ha asociado con hiperactivación del sistema somatomotor y el visual, lo cual compensaría el mal funcionamiento a nivel frontal y de la corteza anterior del cíngulo. (1)

Otro punto por considerar es que algunas de las alteraciones volumétricas en estos pacientes se van normalizando con la edad, mientras que otras permanecerán sin cambios. Se ha descrito que, en los pacientes con TDAH, la maduración de la corteza prefrontal tiende a ser más lenta, en comparación con sujetos sanos, alcanzando el espesor cortical óptimo en aproximadamente 10.5 años y 7.5 años respectivamente. (1, 17). Sin embargo, se ha encontrado que la actividad cerebral es sumamente sensible al ambiente neuroquímico, particularmente a los neurotransmisores dopamina y noradrenalina. (18)

Tomando en cuenta de forma más específica a los neurotransmisores involucrados en la patología, se ha reportado que la densidad de receptores de dopamina es menor en estos sujetos, con la consecuente disminución en la funcionalidad del sistema dopaminérgico; lo cual es consistente con los hallazgos en investigaciones que han detectado polimorfismos en los genes que codifican para ello, como ya se había descrito con anterioridad. (2, 14)

En relación con el sistema noradrenérgico, no se cuenta con estudios que determinen de forma clara la disminución en la densidad de receptores o situaciones genéticas asociadas, sin embargo, se han encontrado alteraciones en el receptor α_{2A} , lo cual podría explicar el deterioro en la atención, el pobre control de impulsos y la hiperactividad. (18)

En conjunto, se puede asumir que la hipótesis que nos orienta a la disfunción en la neurotransmisión monoaminérgica, como es el caso de la dopamina y norepinefrina, justificaría el mecanismo de acción a través del cual actúan los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH, sin embargo, aún se están realizando más investigaciones para determinar otros posibles mecanismos que ayuden a llevar a cabo diversas intervenciones en estos pacientes. (2)

Cabe aclarar que ninguno de los déficits identificados hasta el momento es crucial para el desarrollo del trastorno, de modo que no pueden ser vinculados de manera causal al TDAH, y no pueden ser utilizados todavía con fines diagnósticos.

❖ Manifestaciones clínicas

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el TDAH se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad y/o impulsividad, de inicio en la infancia, y distinguiéndose de lo que se espera en un desarrollo típico. Según la literatura, puede comenzar durante la lactancia, siendo lactantes más activos en la cuna, que duermen poco y lloran mucho; aunque se reconoce hasta que el niño o niña alcanza la deambulación, siendo más evidente en la etapa escolar ante la incapacidad de esperar turnos, permanecer quietos o diferir la gratificación,

haciéndose más propensos a sufrir accidentes. Aunado a esto, es común apreciar déficit perceptual motor (presencia de signos neurológicos blandos), labilidad emocional y dificultad para el desarrollo de la coordinación. ⁽¹⁹⁾ En la tabla 1.1 se señalan los tres síntomas cardinales que conforman el trastorno.

Tabla 1.1 Síntomas cardinales del TDAH

Inatención	Definida como la incapacidad para iniciar, mantener y completar una tarea; incluyendo a su vez distraeabilidad, olvidos y pérdida frecuente de objetos. En niños es usual que se identifiquen problemas para organizar tareas y actividades, seguir indicaciones, así como planificar y ejecutar acciones; mientras que en adolescentes y adultos se altera la percepción del tiempo para realizar actividades, teniendo como consecuencia el procrastinar. ⁽²⁰⁾
Hiperactividad	Se refiere a la actividad motora excesiva y aparentemente innecesaria para lograr los fines que se desean, lo cual se acompaña del sentimiento constante de inquietud, observable en el movimiento constante de las manos, manipulación de objetos pequeños, levantarse de su asiento y caminar sin un objetivo, incapacidad para jugar tranquilamente, o hablar en exceso en situaciones que no resultan apropiadas. Es posible que esta situación tienda a disminuir con la edad. ^(11, 20)
Impulsividad	Caracterizada por la dificultad para postergar una acción a pesar de las consecuencias negativas y asociada a la necesidad de gratificación inmediata. Es frecuente que actúen sin pensar, difícilmente respetan turnos, cambian abruptamente de actividades e interrumpen, derivando en ocasiones en el quebrantamiento de normas sociales y conflictos. ^(11,20)

Cambios según la edad

Aunque las manifestaciones clínicas en los pacientes con TDAH se encuentran presentes desde la etapa preescolar, su evaluación en estos casos es más difícil, puesto que muchos de los síntomas cardinales llegan a ser esperados en este grupo de edad y solamente se perciben cuando causan impacto en el funcionamiento y/o malestar significativo. (20)

Una de las características que se deben considerar al llevar a cabo su diagnóstico en la edad adulta son las consideradas por Wender en su estudio de los años noventa, las cuales se encuentran asociadas a las funciones ejecutivas como la planeación, organización y regulación emocional. (10) En un estudio realizado en Nueva York en 2008, se describe la sintomatología observada en los adultos con TDAH, dentro de las cuales se destacan la dificultad para mantener la concentración en clases o en el trabajo, problemas para iniciar proyectos, fallas en la memoria, distracción fácil con pensamientos irrelevantes, toma de decisiones impulsiva, dificultad para mantenerse alerta o despierto en situaciones aburridas e impaciencia para tolerar la espera. (21)

❖ Criterios diagnósticos

No existe una prueba biológica para la detección de TDAH, por lo que su diagnóstico se lleva a cabo a partir de las manifestaciones clínicas ya comentadas, obtenidas a partir de la información proporcionada por los familiares, maestros y cuidadores cercanos al paciente, así

como la elaboración de la historia clínica que incluya detalles acerca de su desarrollo. (11,22).
Los criterios para su establecimiento deben estar basados en el CIE-10 y el DSM-V.

En el caso del DSM-V, además de los criterios que se expresan en la tabla 1.2, se debe especificar el tipo de presentación, para lo cual se toma en cuenta el predominio de síntomas durante los últimos seis meses, obteniéndose los subtipos: combinado, predominio de falta de atención o predominio hiperactivo/impulsivo. Así mismo se especifica si es leve, moderado o grave, dependiendo del deterioro en el funcionamiento. (6)

En cuanto a los criterios mencionados en el CIE-10 para trastornos hiperkinéticos detallados en la tabla 1.3, contrasta además del requerir una menor edad para su diagnóstico, la caracterización de un trastorno de actividad, cuando no se cumplen los criterios de anomalías en la atención; y a su vez se hace una diferenciación clara de los dominios que evalúan hiperactividad e impulsividad. (5)

Tabla 1.2 Criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad según el DSM-V. (6)

<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad – impulsividad que interfiere en el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</p> <p>1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas / laborales:</p> <p>Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Con frecuencia falla al prestar la debida atención a detalles, o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades. b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas. c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente. d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales. e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades. f. Con frecuencia evita, se disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido. g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades. h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos. i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas. <p>2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas / laborales.</p> <p>Nota: Los síntomas no son solo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de 5 síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Con frecuencia juguetea o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento. b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado. c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas. e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como “si lo impulsara un motor”. f. Con frecuencia habla excesivamente. g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta. h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno. i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.
<p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo – impulsivos están presentes antes de los 12 años.</p>
<p>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo – impulsivos están presentes en dos o más contextos (casa, escuela, trabajo, amigos, parientes u otras actividades).</p>
<p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p>
<p>E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.</p>

Tabla 1.3 Criterios diagnósticos del trastorno hiperactivo según el CIE-10. (5)

El diagnóstico para la investigación del trastorno hiperactivo requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:

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. Frecuente incapacidad para cumplimentar las tareas asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo.
 5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita o se siente marcadamente incomodo ante tareas tales como las domésticas, que requieran un esfuerzo mental sostenido.
 7. A menudo pierde objetos necesarios para determinadas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.
 8. Fácilmente distraíble por estímulos externos.
 9. Con frecuencia olvidadizo en el curso de las actividades diarias.
-

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en el asiento.
 2. Abandona el asiento en clase o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado.
 3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
 4. Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
 5. Exhibe permanentemente un patrón de actividad motora excesiva, que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.
-

G3. Impulsividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de impulsividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel del desarrollo del niño:

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
 2. A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo.
 3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de los demás.
 4. Con frecuencia habla en exceso, sin una respuesta adecuada a las limitaciones sociales.
-

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. Carácter generalizado. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado, como pudiera ser la consulta médica.

G6. Los síntomas G1 a G3 ocasionan malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maníaco, episodio depresivo o trastornos de ansiedad.

❖ Herramientas de evaluación

Aunque el diagnóstico del TDAH es fundamentalmente clínico las escalas estandarizadas ayudan a la evaluación social y de los problemas de conducta, permitiendo comparaciones con la población general, grupos específicos o ambos panoramas; así como sirviendo de tamizaje y comprobando los cambios en los síntomas a través del tratamiento. (22)

La mayoría de los instrumentos utilizados en niños incluyen entrevistas dirigidas a los padres, profesores y un examen directo con el menor, con la intención de minimizar el sesgo que surge de las expectativas de su comportamiento. En el caso de los adolescentes y adultos, se considera que éstos ejercen un papel más importante en la evaluación, al tener mayor conocimiento de sus problemas sociales y escolares. A continuación, se presentarán las escalas más frecuentemente utilizadas en México para la evaluación de TDAH en adultos. (23)

Escalas de Conners (CAARS)

Introducidas en 1970, son instrumentos autoaplicables que originalmente fueron diseñados para evaluar los cambios asociados al tratamiento con fármacos estimulantes. Existen diversas versiones y en México se han realizado adaptaciones para su aplicación a padres y maestros; los autores recomiendan el uso de las versiones cortas para tamizaje y evaluación periódica de pacientes con TDAH. (24,25) En el caso de los adultos, la versión de cribado consta de 30 ítems que evalúan la frecuencia y gravedad de los síntomas, tomando en cuenta los criterios del DSM-IV, con versiones para el observador y autoinforme. (26)

Escala de TDAH en adultos Wender- Utah (WURS)

Diseñada para medir los síntomas de TDAH acorde con los criterios de Utah desarrollados por Wender, en 61 ítems que se dividen en siete categorías: dificultades para la atención, hiperactividad/agitación, humor, labilidad afectiva, hiperreactividad emocional, desorganización e impulsividad. Puede ser utilizada para evaluar el estado de ánimo y los

cambios emocionales que se dan por el TDAH; sin embargo, no utiliza los criterios diagnósticos del DSM. (26)

Escala de TDAH de Brown

Consta de un formato de autorreporte y un reporte por otra persona significativa, logrando medir los síntomas del TDAH y varios déficits en el funcionamiento ejecutivo; consta de 40 ítems que agrupan cinco dominios de síntomas asociados a esta condición. (27)

ADHD Rating Scale (AISRS)

Se compone de 18 ítems, los cuales corresponden a los síntomas agrupados en el DSM IV. Sus propiedades psicométricas lo hacen un instrumento adecuado para evaluar los síntomas de TDAH y la eficacia del tratamiento en ensayos y en la práctica clínica. (28)

Escala de autorreporte del TDAH en el adulto (ASRS)

Se trata de un cuestionario autoaplicable desarrollada por la OMS, que toma en cuenta 18 ítems, igualmente basados en los criterios del DSM IV, utilizada para evaluar la gravedad de la sintomatología del TDAH; así mismo existe una versión de seis ítems (ASRS versión 1.1), con mayor utilidad para el cribado, en la que los cuatro primeros evalúan inatención y los últimos dos, hiperactividad. Fue validada para población mexicana en 2009. (27)

❖ TDAH en mujeres

Cuando hablamos de las características clínicas del TDAH, sabemos que para establecer su diagnóstico requerimos de la presencia en menor o mayor cantidad de los tres dominios que conforman esta entidad; sin embargo, hay una pobre identificación del trastorno en mujeres, especialmente en las más jóvenes, en quienes, de hacerse el diagnóstico, se tiende a otorgar el subtipo inatento. Lo anterior resulta particularmente preocupante, puesto que, únicamente las mujeres con deterioro importante de la funcionalidad son referidas para su atención médica, retrasando las intervenciones que pudieran evitar problemas psicosociales relacionados con las atribuciones negativas y la culpa que genera en este grupo poblacional el padecer TDAH. (4)

Diversos estudios han demostrado que la evolución de la enfermedad es similar en ambos sexos, debido a que las dificultades cognitivas son ocasionadas por las mismas alteraciones estructurales en lóbulo frontal, ganglios de la base y cerebelo; con diferencias que se basan mayormente en sus comorbilidades. (4, 29) Partiendo de este aspecto, se ha encontrado que las mujeres con TDAH tienden a presentar problemas internalizados, como son ansiedad y depresión, siendo más evidentes en la etapa de la adolescencia; contrastando con los problemas externalizados, mayormente aceptados en los hombres, destacándose en este rubro los trastornos de la conducta, como el opositor desafiante. (4)

Por otra parte, hablando en concreto de los criterios para establecer el diagnóstico de TDAH, la literatura existente se centra en muestras obtenidas predominantemente en cohortes masculinas, situación que puede jugar un rol importante en cuanto a la expresión de síntomas

a favor de la identificación en hombres, subestimando la prevalencia real en mujeres, sobre todo cuando se trata de chicas con problemas conductuales incipientes. Lo anterior abre el debate respecto a modificaciones que pudieran considerarse al momento de la evaluación clínica, implementando diferencias basadas en el género, ya que los síntomas de hiperactividad e impulsividad también son frecuentes en mujeres, aunque se presenten con menor intensidad cuando se comparan con los cuadros que manifiestan los hombres. (29)

Si bien, lo reportado hasta el momento orienta hacia una mayor prevalencia de déficit en el dominio de la atención cuando se trata de las mujeres (2.2 mayor probabilidad que en hombres), (29) los estereotipos de género juegan un papel importante en la expresión de la impulsividad; de modo que las niñas suelen manifestarla en conductas más aisladas, al haber aprendido que no es un comportamiento del todo aceptable, mientras que en los varones puede ser un elemento a mostrar sin que represente tanto problema en el ámbito social. (30)

Uno de los trabajos que aporta características útiles a tomar en cuenta en la diferenciación por género del TDAH, es el publicado por la Dra. Kathleen Nadeau, directora del “Chesapeake Center for ADHD” en Estados Unidos en 1999, donde expone cuatro subtipos de presentaciones clínicas en las menores con TDAH, las cuales se incluyen a continuación en la figura 1.1. (31)

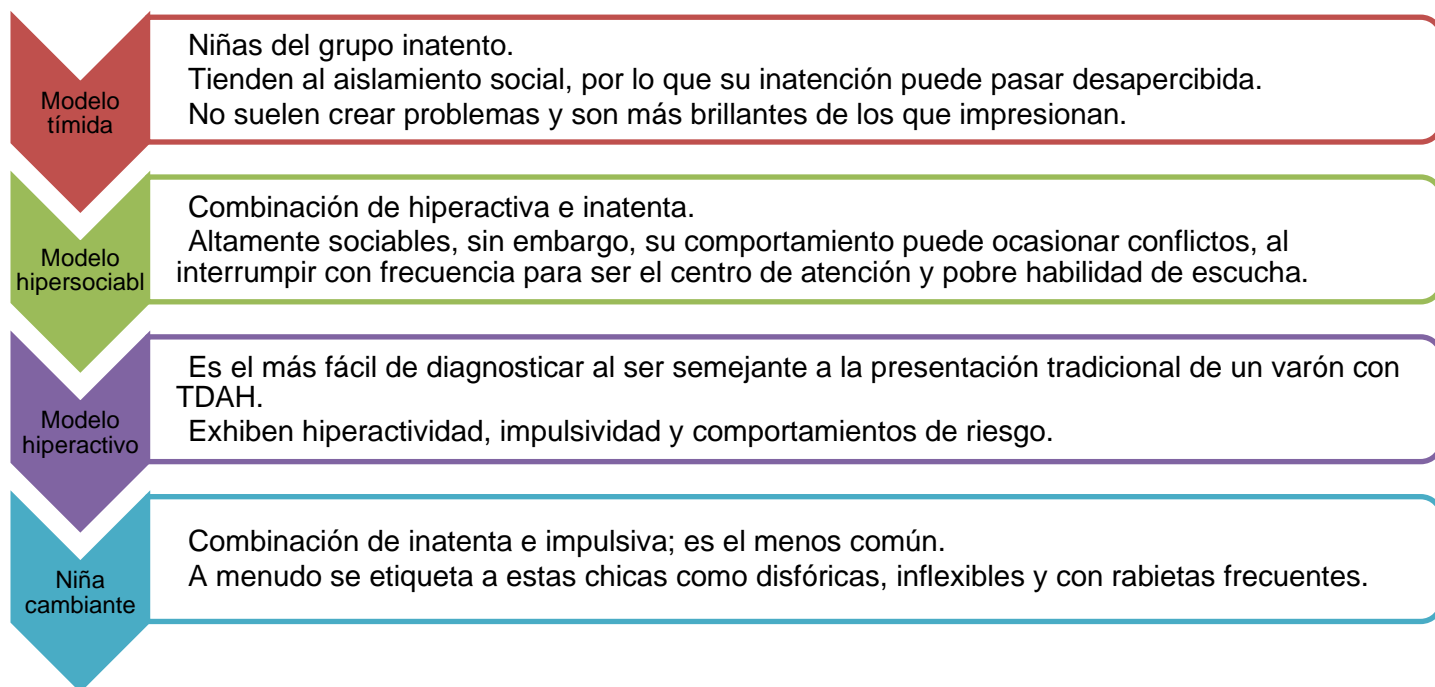


Figura 1.1 Modelos clínicos de las mujeres con TDAH según Nadeau. (31)

Las consecuencias de un diagnóstico deficiente en las mujeres resultan en un impacto significativamente negativo en las jóvenes que padecen el trastorno, lo cual se ve reflejado primordialmente en problemas de baja autoestima, habilidades interpersonales deficientes, disminución en la capacidad para retener información, dificultad para la planeación y organización sin sentirse abrumadas, así como un incremento marcado en la reactividad emocional. (32)

Hay que mencionar, además, que en el ámbito social las mujeres en quienes predominan datos de impulsividad e hiperactividad tienden a mostrar respuestas agresivas y menos premeditadas; confiriendo un peor pronóstico en la evolución de la enfermedad, al resultar un factor predictor para consumo de sustancias, incluso encontrándose mayor riesgo de dependencia comparado con los hombres; con las respectivas consecuencias derivadas de

este hecho, como pueden ser la deserción escolar, conductas antisociales y conflictos con la ley. (2, 29)

La identificación oportuna del padecimiento es la pieza fundamental para prevenir la morbilidad asociada y debe estar dirigida tanto a hombres como a mujeres. De igual forma los subtipos clínicos de la enfermedad se tienen que considerar únicamente como datos de alerta para mejorar las alternativas de tratamiento según los síntomas que estén presentes, sin hacer distinciones por género. (4)

❖ Diagnóstico diferencial del TDAH

Al considerar las alteraciones cognitivas encontradas en el TDAH, es evidente la proximidad y el solapamiento que existe con otras entidades clínicas, por lo que para su identificación es preciso descartar otras etiologías.

Para el diagnóstico diferencial es importante tomar en cuenta puntos específicos de cada trastorno. En el caso de los trastornos de ansiedad y depresión, aunque existe dificultad para mantener la atención, el comportamiento no es impulsivo ni agresivo, siendo en el primer caso, individuos frecuentemente inhibidos o con dificultad para socializar, así mismo en lo referente al estado de ánimo, pueden mostrar irritabilidad, trastornos del sueño y llanto fácil; cuestiones que no son características del TDAH. (33,34) Por otra parte, cuando hablamos del trastorno bipolar, aunque existen explosiones de ira y agresividad, con alteraciones evidentes en la atención; se debe de poner especial enfoque en el ánimo, el cual se encuentra expansivo y con datos de autoestima elevada. (11)

El uso de sustancias tanto médicas como de abuso, son también factores para considerar al momento de la indagación clínica del TDAH, pudiendo provocar sintomatología similar a la descrita en este trastorno. De igual forma se debe descartar que el cuadro se deba a una enfermedad médica, como puede ser el hipertiroidismo, o intoxicaciones por agentes como el plomo. (11,33)

❖ Tratamiento

Debido a la evidencia de repercusiones individuales y sociales en pacientes con TDAH, aunado al objetivo de mejorar su pronóstico, el tratamiento dirigido se encuentra justificado y se sustenta tanto en las bases neurobioquímicas que se conocen hasta ahora, como en intervenciones conductuales y psicosociales; sin embargo, se considera que alrededor del 90% de los niños con TDAH requerirá de fármacos eventualmente. (35)

Mecanismo de acción de los fármacos para el tratamiento de TDAH

Como ya se ha sugerido en diversos estudios, la desregulación de dopamina y norepinefrina en la corteza prefrontal afecta áreas de respuestas a tareas cognitivas de atención y funcionamiento ejecutivo, lo que induce a un procesamiento ineficiente de la información; situación que se ve reflejada en los síntomas clásicos del TDAH.

Es de resaltar que, en el caso específico de las neuronas dopaminérgicas y noradrenérgicas, su activación normal sigue un mecanismo lento y “tónico”, teniendo como resultado la estimulación de pocos receptores en las neuronas postsinápticas y optimizando la transmisión

de señal. En el caso de la dopamina, la función principal es la de reducir el ruido, impidiendo conexiones inadecuadas; mientras que la noradrenalina aumenta la señal entrante permitiendo una mejor conectividad.

Por lo tanto, la liberación modesta de noradrenalina debiera mejorar la función cortical prefrontal, al estimular los receptores postsinápticos α_{2A} , aunque paradójicamente, los niveles altos de noradrenalina ocasionarían la activación de otros receptores como son los α_1 y β_1 . Por su parte la liberación de dopamina a dosis bajas ocasionará la estimulación de los receptores más sensibles, en este caso los D_3 , sin embargo, se requiere de una estimulación de moderada a baja del receptor D_1 , para lograr la optimización de la corteza prefrontal. De modo que, al no lograr niveles adecuados de neurotransmisión, todas las señales resultarán iguales con repercusión en la atención dirigida, es decir que el sujeto no podrá centrar su atención en una tarea única.

Tomando en cuenta tales mecanismos, se puede inferir que, para lograr una respuesta eficiente del sistema prefrontal, debemos obtener una estimulación moderada de receptores α_{2A} por noradrenalina y de D_1 por dopamina; haciendo presente también que la activación descontrolada o fásica de estos receptores dará lugar a señales entrantes mezcladas y falta de dirección en la atención; así como los fenómenos de abuso de fármacos y conducta impulsiva, ya que la sobreestimulación actuaría de forma directa sobre circuitos de recompensa. Los fármacos empleados en el tratamiento del TDAH están dirigidos a la regulación de ambos sistemas. ⁽³⁶⁾

Estimulantes

Los estimulantes aprobados para su uso en todas las edades son el metilfenidato y las anfetaminas, siendo el grupo farmacológico mayormente estudiado en cuanto a perfiles de eficacia y seguridad, con resultados favorables a corto plazo. (35)

Su mecanismo de acción va dirigido a la inhibición de los transportadores de dopamina y noradrenalina DAT1 y NET, impidiendo la recaptura de dichos neurotransmisores. A su vez, las anfetaminas tienen efecto en la liberación presináptica de ambas sustancias, por lo que su efecto resulta más potente que el del metilfenidato, sin embargo, ambos fármacos están indicados para su uso a largo plazo pacientes con TDAH. (7)

Existen presentaciones de liberación inmediata y de liberación prolongada, estas últimas siendo preferidas para su empleo en adolescentes y adultos al tener menos probabilidad de ser usadas como sustancias de abuso; destacándose respecto a este último tema, que la inhibición de transportadores con estos medicamentos, a diferencia de las drogas recreativas, no se lleva a cabo en el núcleo accumbens cuando son prescritas a en las dosis adecuadas, por lo que no se favorece la activación del sistema de recompensa. (7)

En la tabla 1.4 se exponen los fármacos estimulantes que se comercializan en México, explicando brevemente sus principales características y efectos adversos.

Tabla 1.4 Fármacos estimulantes en México

Fármaco	Presentaciones y nombre comercial	Efectos adversos
Metilfenidato	Liberación inmediata: Ritalin o Tradea de 5 a 10 mg Liberación prolongada: Ritalin LA de 20, 30 y 40 mg, Tradea LP de 20, 27, 36 y 54 mg o Concerta de 18, 27, 36 y 54 mg	Insomnio, anorexia, dolor abdominal, pérdida de peso, dolor de cabeza, irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad, aumento de la presión arterial, boca seca, náuseas, vómito y diarrea.
Anfetaminas/ Lisdexanfetamina (no aprobadas para su uso en menores de 6 años de edad)	Liberación prolongada: Vyvanse de 30, 50 y 70 mg	

No estimulantes (noradrenérgicos)

Los fármacos no estimulantes están indicados para los pacientes que no toleran de forma adecuada los estimulantes, o que muestran pobre respuesta con su administración, lo cual representa aproximadamente al 30% de los individuos con TDAH, considerándose la segunda línea de tratamiento. Dentro de este grupo podemos encontrar la atomoxetina y los agonistas α_2 de liberación prolongada. (2)

La atomoxetina funciona como un inhibidor selectivo de la recaptura de noradrenalina y respecto a su mecanismo terapéutico, sabemos que la recaptura de este neurotransmisor en conjunto con dopamina en corteza prefrontal está dada por los transportadores de noradrenalina, de modo que su inhibición propicia la concentración de estos en el espacio sináptico.

En lo que respecta a los agonistas α_{2A} adrenérgicos, se conoce que en específico estos receptores están distribuidos ampliamente por el sistema nervioso central, con niveles altos de los mismos en corteza y en el locus coeruleus. Existen dos agonistas directos empleados para el tratamiento del TDAH, los cuales son la guanfacina, con mayor selectividad para los receptores antes mencionados; y la clonidina, cuyo mecanismo no es selectivo α_{2A} , por lo que su acción tiene efectos también acción sobre α_{2B} y α_{2C} , aumentando los efectos secundarios derivados de su administración. (36)

Algunas de las desventajas del uso de no estimulantes cuando se compara con los tratamientos estimulantes son el inicio del efecto terapéutico retardado de 4 a 6 semanas, con los consecuentes datos de discontinuación tras suspenderlos de forma abrupta; sin embargo, son una buena alternativa en los casos de comorbilidades cardiovasculares, enfermedad por tics o trastornos de ansiedad. (2, 35)

En tabla 1.5 se describen las presentaciones y efectos adversos de la atomoxetina. La guanfacina y la clonidina de liberación prolongada no se incluyen al no estar disponibles en el país.

Tabla 1.5 Fármacos estimulantes en México

Fármaco	Efectos adversos
Atomoxetina (Strattera) Disponible en presentaciones de 10, 18, 25, 40, 60, 80 y 100 mg	Disminución del apetito, náuseas, vómito, fatiga, insomnio, dolor abdominal, boca seca, constipación, somnolencia, retención urinaria, disuria, disfunción eréctil y dismenorrea. Riesgo de hepatotoxicidad. No aprobada para su administración en menores de 6 años.

Antidepresivos

Los antidepresivos que han sido estudiados para el tratamiento del TDAH son bupropión y el grupo de tricíclicos, debido a la acción que ejercen sobre receptores dopaminérgicos y noradrenérgicos; encontrándose en ensayos clínicos que su eficacia es menor a la de los estimulantes y llegando a ser similar o incluso inferior a la demostrada con fármacos no estimulantes. (35)

El bupropión, al igual que la atomoxetina, inhibe la recaptura de dopamina y noradrenalina sin producir riesgo de abuso, con la ventaja agregada de presentar efectos dentro de las primeras dos semanas de su inicio. Sin embargo, su uso debe de evitarse en los pacientes que padecen epilepsia, debido a que se tiene evidencia acerca de la disminución del umbral convulsivo con su administración. (2,36)

Los antidepresivos tricíclicos han quedado relegados a ser la cuarta línea de tratamiento para el TDAH como consecuencia de los pocos estudios que existen en relación con su perfil de

seguridad, observándose que sus principales efectos adversos son de tipo cardiovascular, neurológicos y anticolinérgicos, así mismo presentando múltiples interacciones farmacológicas, por lo que se requiere de monitoreo con electrocardiograma previo a su inicio; sin embargo, han sido considerados debido a su potencial antidepresivo y uso en sujetos que presentan tics. Dentro de los fármacos específicos usados con este fin encontramos la desimipramina, imipramina y nortriptilina, siendo el primero de estos el menos preferido por reportes que lo asocian a muerte súbita. (2,35)

Tratamiento no farmacológico

Las intervenciones no farmacológicas utilizadas en el manejo del TDAH son principalmente las de carácter conductual. En estas sesiones los temas a tratar deben ser referentes al proceso psicoeducativo que implica el reconocimiento de síntomas y la necesidad de un tratamiento multimodal. (37)

En el ámbito psicosocial, las estrategias incluyen el entrenamiento de habilidades sociales y manejo de emociones. La psicoterapia, en caso de ser utilizada, debe ser personalizada y enfocada en mejorar los hábitos y la autoestima del paciente, dentro del diverso tipo de terapia existentes, la de corte cognitivo conductual es la que ha obtenido mayor evidencia de mejoría en los pacientes con TDAH. (35)

Finalmente, una de las opciones terapéuticas más recientes en el manejo del TDAH es la neuroestimulación transcraneal superficial con corriente directa o tDCS (transcranial Direct Current Stimulation), por sus siglas en inglés. Dicho procedimiento consiste en estimulación no invasiva (a través del cuero cabelludo) de la corteza cerebral, induciendo cambios en la

excitabilidad neuronal con efectos significativos en la duración de la neuroplasticidad. Aunque este método ha sido probado en otros trastornos entre los que se mencionan depresión, problemas en la neurocognición, alteraciones motoras en Parkinson y manejo del dolor; específicamente en el TDAH, su uso únicamente se ha implementado en población adulta y adolescente, para la estimulación de la corteza prefrontal dorsolateral, logrando la reducción significativa de los síntomas de inatención e impulsividad, observables a los siete días posteriores a su aplicación y con efectos identificables a largo plazo, por lo que puede ser considerada una opción adecuada en los pacientes con pobre respuesta a las intervenciones farmacológicas y conductuales. (38)

Algoritmo de tratamiento en adultos

Pese a la amplia evidencia obtenida en la terapéutica del TDAH, existen pocos consensos en la literatura o guías clínicas actualizadas y adaptadas a la población latinoamericana, de modo que cada caso se debe personalizar y ser de tipo multidisciplinario.

Aun así, se conoce que el pronóstico de los pacientes mejora cuando se combinan y complementan las medidas psicosociales con el tratamiento farmacológico, prefiriéndose en general la monoterapia con estimulantes en la primera línea del manejo, independientemente de la etapa de la vida en la que se encuentre el individuo, con evaluaciones periódicas (4 a 6 semanas) en las que se deben establecer los ajustes necesarios en la dosis de fármacos o el cambio a otro grupo farmacológico en los casos de pobre respuesta o intolerancia. (37)

A continuación, se presenta el algoritmo adaptado para Latinoamérica en el año 2009, para el manejo multimodal del TDAH en adultos. (39)

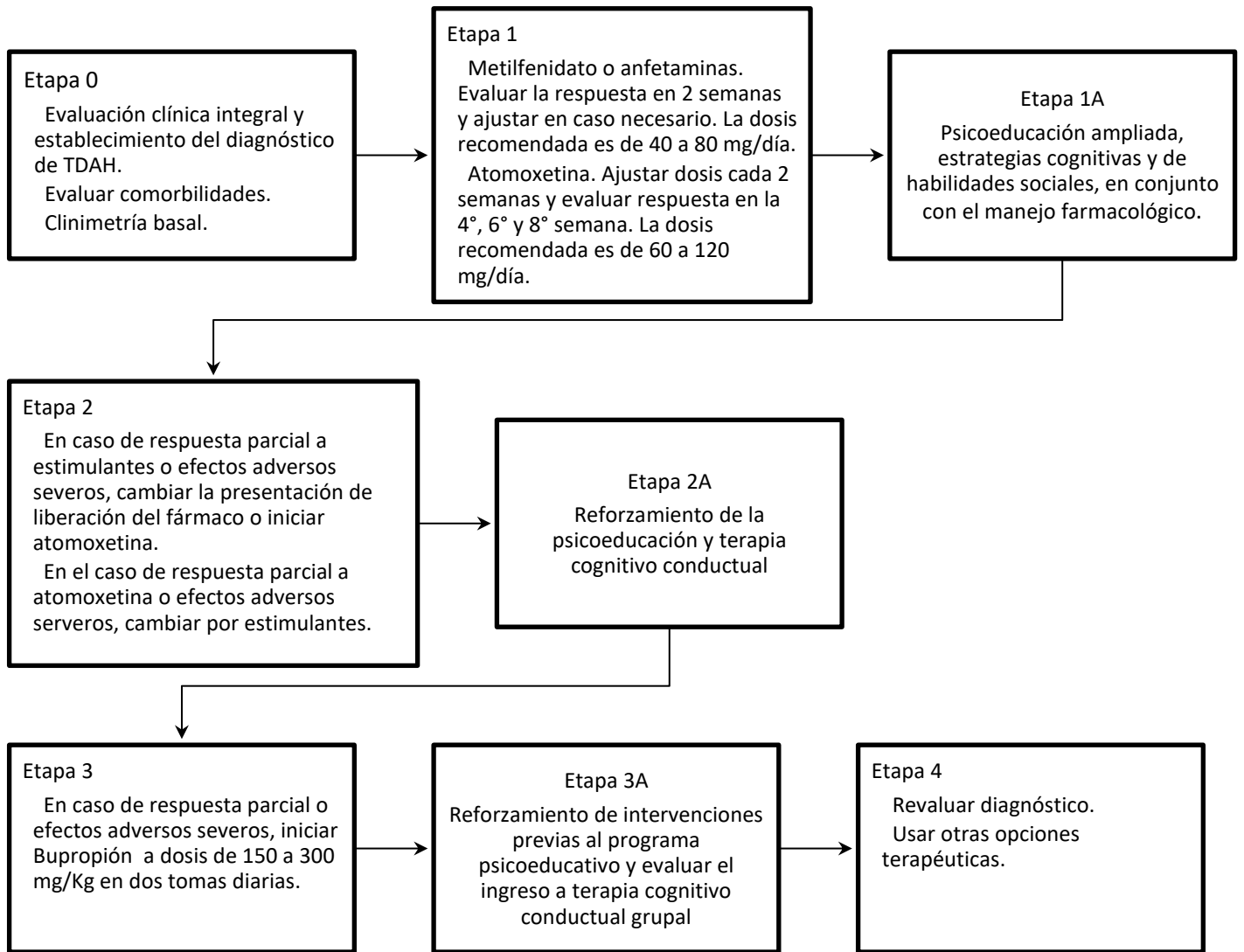


Figura 1.2 Algoritmo latinoamericano de tratamiento para TDAH en adultos

❖ Trastorno límite de personalidad (TLP)

Acorde con el DSM-5, los trastornos de personalidad se caracterizan por mantener un patrón de experiencia interna y de comportamiento que se aparta de las expectativas culturales del sujeto; siendo un fenómeno generalizado, poco flexible y estable en el tiempo, con un inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, dando lugar a malestar significativo y deterioro de la persona. En cuanto al TLP, las características esenciales para su diagnóstico se basan en la inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una impulsividad notable, presente en diversos contextos. ⁽⁶⁾

El TLP fue primordialmente definido dentro del psicoanálisis, siendo descrito por primera vez en 1890 por Rosse, aunque adquiriendo su primera denominación como tal en 1938, cuando Stern lo sitúa como el límite entre la neurosis y la psicosis, implementándose sus criterios de forma variada dentro de los sistemas de clasificación, hasta su introducción formal en el DSM-3, publicado en 1980. ⁽⁴⁰⁾

Existen una gran cantidad de estudios epidemiológicos dedicados al estudio de dicho trastorno, reportado como el cuarto más prevalente entre los diez trastornos de personalidad que se encuentran delineados en los manuales diagnósticos, específicamente para México, se estima que alrededor del 1.5 de la población, presenta el trastorno, según lo reportado por el Dr. José Ibarreche Beltrán, jefe de la consulta externa del HPFA; dando a conocer además que entre el 76 al 80% de las personas con esta condición son del género femenino. ⁽⁴¹⁾

En cuanto a su neurobiología, se propone que el fenotipo del TLP es el producto de interacciones genéticas y ambientales, que afectan el desarrollo cerebral por medio de hormonas (cortisol) y neuropéptidos. Se ha documentado la existencia de una disfunción prefrontal, la cual se sabe que es área mayormente afectada en los pacientes con TLP, sin embargo, la mayor evidencia encontrada en algunos estudios de RMN, es la disminución del volumen de la amígdala en comparación con controles sanos, teniendo como una posible causa mecanismos de excitotoxicidad. Así mismo existen hallazgos de reducción en el volumen de la materia gris en la corteza dorsolateral y prefrontal izquierda, en estadios tempranos del trastorno. (42,43)

Los estudios genéticos demuestran la heredabilidad de este trastorno al mostrar una concordancia de 35% en gemelos monocigóticos y del 7% en dicigóticos, encontrándose asociaciones entre ciertos genes y algunos rasgos del trastorno, tales como la impulsividad, tal es el caso de los polimorfismos en la enzima MAO-A, metabolizadora de neurotransmisores como norepinefrina, dopamina y serotonina, similar a lo descrito en el TDAH. (44)

Respecto a los factores ambientales, se reconoce que el trauma psicológico o social, especialmente durante la infancia, como pueden ser situaciones de maltrato o abuso, producen cambios en ciertas áreas del cerebro involucradas en funciones cognitivas y afectivas, gracias a mecanismos epigenéticos y de neuroplasticidad, con lo cual se pueden entender las manifestaciones psicopatológicas del TLP. (43,44)

El diagnóstico del TLP se fundamenta en el reconocimiento de síntomas de inestabilidad interpersonal, alteraciones cognitivas y de la autoimagen, desregulación emocional y afectiva,

así como alteraciones del comportamiento que incluyen la impulsividad y las conductas autolesivas que pueden incluso tener intencionalidad suicida. Los criterios enumerados en el DSM-5 y el CIE-10 se muestran a continuación en las tablas 1.6 y 1.7.

Tabla 1.6 Criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad límite, según el DSM-V. (6)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.)
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia en los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el criterio 5.)
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves.
-

Tabla 1.7 Criterios diagnósticos del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite F60.31, según el CIE-10. (5)

A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad.

B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el trastorno emocional de la personalidad de tipo impulsivo:

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.
3. Tendencia a presentar arrebatos de ira o violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
5. Humor inestable y caprichoso.

● A los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:

1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).
 2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
 3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 5. Sentimientos crónicos de vacío.
-

La psicoterapia en diferentes tipos de modalidades se considera una pieza fundamental en el manejo de los pacientes con TLP, entre las más sobresalientes se encuentran la terapia cognitivo conductual, interpersonal y psicodinámica. En conjunto, los fármacos utilizados son principalmente dirigidos al tratamiento de síntomas cognitivos – perceptuales (con antipsicóticos), afectivos (ISRS), así como impulsividad (ISRS y antipsicóticos a dosis bajas).

(43)

Por último, un elemento que no se debe omitir en la evaluación del TLP es su asociación con el riesgo suicida, ya que la literatura nos menciona que alrededor del 4.5% de los individuos con este trastorno llegan a concretarlo, situación que resulta alarmante al compararse con otros trastornos de personalidad en los que la cifra alcanzada es del 1.4%. Así mismo se estima que la muerte por causas diferentes al suicidio, pero derivadas de la impulsividad característica de esta entidad es igualmente del 4.5%, con una edad promedio al momento de su defunción de 39 años, indicando una disminución de casi 40 años en la esperanza de vida, acorde con los datos aportados por el INEGI. (42, 45)

En consecuencia, dentro del abordaje se debe considerar que los pacientes con TLP frecuentemente son víctimas de un estigma severo, no únicamente por la sociedad en general, sino también dentro del ámbito médico, debido a la falsa consideración de ser una patología hostil e intratable, por lo que su identificación y tratamiento adecuado son de suma importancia en su pronóstico. (42)

❖ Comorbilidad TDAH y TLP

Respecto a las comorbilidades, entendidas como la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos, se sabe que, en el TDAH como diagnóstico primario, del 50 al 85% de los sujetos cumplirán simultáneamente con criterios para otras patologías. ⁽¹¹⁾ En la práctica clínica, es raro encontrar pacientes que presenten este padecimiento de forma aislada, puesto que usualmente tendrán síntomas compatibles con otros cuadros clínicos, incluso sin cumplir todos los criterios para establecer un diagnóstico. ⁽⁶⁾

Un trastorno que cobra relevancia en cuanto a su presentación simultánea con el TDAH es el TLP, especialmente en el caso de las mujeres, con síntomas que pueden presentarse de forma similar en ambos padecimientos, como son el comportamiento impulsivo y la dificultad para entablar relaciones interpersonales. Hablando específicamente de la impulsividad, se ha reportado que, en las pacientes con predominio de dicha dimensión, existe mayor riesgo de que presenten dificultades afectivas, teniendo como consecuencia conductas de tipo violento como son las autoagresiones y el riesgo suicida. ⁽⁴⁶⁾

Algunas de las diferencias entre estas condiciones son que, en el caso del TDAH, la falta de atención se puede presentar incluso en ausencia de factores emocionales externos, mientras que, en el TLP, los pacientes suelen experimentar eventos disociativos que repercuten directamente en la cognición cuando se enfrentan a situaciones de estrés. ⁽⁶⁾

Pese a lo anterior, se han encontrado asociaciones genéticas entre ambos trastornos hasta en el 49% de los casos, así como relación entre factores ambientales en el 51% de estos. (47) También es de resaltar que se han reportado alteraciones en el sistema dopaminérgico y noradrenérgico para ambas entidades, por lo que el tratamiento farmacológico con estimulantes y agonistas del receptor $\alpha 2$ ha resultado efectivo en el manejo de la impulsividad de forma indistinta en estos padecimientos. (3)

Debido a los datos aportados hasta el momento, con características neurobiológicas similares en los dos trastornos, se ha llegado a hipotetizar que el TDAH y el TLP pudieran no ser condiciones distintas, sino que forman parte de dos dimensiones de un mismo trastorno, tal como lo plantea el estudio realizado en 2011 en el HPFA por el Dr. Rodrigo Figueroa, a 76 pacientes de la consulta externa y del servicio de urgencias de dicho hospital, en el que se corroboró la presencia de TDAH en el 70.3% de las mujeres y el 75% de los hombres con TLP. (48)

❖ Impulsividad en TDAH y TLP

Existen diversos conceptos teóricos acerca de la impulsividad, sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que dicha cualidad se caracteriza por el actuar rápido y de forma no premeditada debido a una baja conciencia de las consecuencias o una subestimación de estas. De igual forma, se establece que tal conducta está definida por la búsqueda de refuerzos positivos, así como la evitación activa de la frustración. (49)

Desde el punto de vista neurobiológico, la impulsividad se explica mayormente por “el sistema de respuesta a amenazas”, que involucra de forma inicial al circuito que va desde la amígdala al hipotálamo medial y de ahí a la sustancia gris periacueductal; el cual se ha demostrado mediante estudios de RMN funcional, que en los humanos también forma parte de la reacción a la provocación social y a la frustración. A su vez, la respuesta a dichos estímulos es dada por la corteza frontal ventromedial, la cual se encuentra implicada en la toma de decisiones basada en refuerzos, de modo que, si existen alteraciones en el funcionamiento de dicha área, se obtiene como resultado una conducta impulsiva y posiblemente violenta. (50)

Así mismo, se han encontrado genes candidatos implicados en la conducta impulsiva, tales como polimorfismos en los receptores de proteína G que se encuentran relacionados con el fenómeno de sinapsis en las vías dopaminérgicas, y que han sido propuestos como factor de riesgo para padecer TDAH. (51)

Como se ha planteado antes, el TDAH y TLP comparten como una de sus características principales la impulsividad, encontrándose en la literatura que las mujeres con diagnóstico de TLP en quienes se ha identificado TDAH de forma retrospectiva, tienden a presentar rasgos de personalidad más severos que aquellos en los que no se presentó esta patología. Tal situación se expresa frecuentemente por conductas auto dañinas, violencia, abuso de sustancias, destrucción de la propiedad e intentos suicidas. (52)

Una posible justificación a lo ya expuesto, la encontramos al estudiar la impulsividad del TDAH desde el punto de vista neuropsicológico, establecida como la dificultad para inhibir una respuesta, situación que se ha demostrado en diversos estudios mediante la realización de tareas que requieren reaccionar a señales visuales, ante las cuales se tiene que ejecutar o evitar una respuesta motora, observándose que los individuos con TDAH tienden a mostrar tiempos de respuesta inhibitoria más lentos a las señales de “parada”, obteniendo como consecuencia mayor número de errores. Por otra parte, los resultados generados a partir de los pacientes con TLP han sido más variados y poco concluyentes, identificándose algunos en quienes la respuesta inhibitoria es también lenta, aunque puntuando con mayor impulsividad únicamente cuando se ha encontrado de forma comórbida con TDAH. (47)

III. MÉTODO

❖ Justificación

El TDAH es una patología multifactorial caracterizada por tres síntomas clásicos que son inatención, hiperactividad e impulsividad; este último punto cobra especial relevancia debido a la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos psiquiátricos como el TLP, pudiendo derivar en diversas situaciones de riesgo, que representan un problema de salud pública en México.

Se cuenta con pocos estudios sobre TDAH e impulsividad, especialmente cuando se trata de mujeres, esto posiblemente asociado a una perspectiva de género en la que tiende a subestimarse la frecuencia de esta patología.

La detección del TDAH en las pacientes con diagnóstico de TLP del HPFBA, y su correlación con niveles de impulsividad, pretende hacer visible la problemática existente, con el fin de establecer mejores estrategias para su diagnóstico oportuno, adecuado tratamiento e intervención temprana, así como la creación de programas dirigidos a la orientación y psicoeducación de estas mujeres.

❖ Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Los estudios que existen actualmente al respecto de TDAH son predominantemente dirigidos a la identificación de síntomas en varones. Pese a lo anterior se ha demostrado que la evolución del trastorno es similar en hombres y mujeres, por lo tanto, en el presente trabajo se determinará la frecuencia de TDAH en las pacientes con TLP del HPFBA, estableciendo su perfil sintomatológico y la correlación que presentan con niveles de impulsividad.

Preguntas de investigación:

¿Cuál es la frecuencia del TDAH en las pacientes con diagnóstico de TLP que acuden a la consulta externa o que se encuentran hospitalizadas en el HPFBA?

¿Existe mayor impulsividad en las mujeres con comorbilidad de TDAH y TLP, comparado con aquellas en quienes se encuentra el diagnóstico de TLP de forma aislada?

❖ Objetivos

General: Determinar la frecuencia de TDAH en pacientes con diagnóstico de TLP que acuden a la consulta externa del HPFA, así como, describir la relación entre ambas patologías con los niveles de impulsividad de la población muestra.

Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Corroborar el diagnóstico de TLP mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada SCID-II.
- Obtener el cribado de TDAH en pacientes con TLP mediante la aplicación de la escala ASRS.
- Determinar el grado de impulsividad a través de la escala de Barratt y la prueba Go-NoGo, la cual mide, además, tiempos de respuesta y atención sostenida.
- Correlacionar las variables, a fin de establecer si las pacientes con TDAH y TLP muestran mayor impulsividad.
-

❖ Hipótesis

- Hipótesis de investigación: Existe una frecuencia elevada* de TDAH en las pacientes con TLP del HPFBA, que no ha sido diagnosticada.
- Hipótesis nula: No existe una frecuencia elevada de TDAH en las pacientes con TLP del HPFBA, que no ha sido diagnosticada.

- Hipótesis alterna H1: Las pacientes en quien se encuentra de forma comórbida TDAH y TLP, mostrarán mayores niveles de impulsividad.
- Hipótesis nula H0: Las pacientes en quien se encuentra de forma comórbida TDAH y TLP, NO mostrarán mayores niveles de impulsividad.

*Comparado con prevalencia en población general.

❖ Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Definición operacional	Indicador
Sexo	Según la OMS, son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos.	Cualitativa	Nominal	Sexo al que pertenece el participante, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico	Mujer Hombre Intersexual
Género	Según la OMS, se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Cualitativa	Nominal	Género al que pertenece el participante, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico	Masculino (Cis) Femenino (Cis) Masculino (Trans) Femenino (Trans) No binario (Queer) Otro
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento en concreto.	Cuantitativa	Discreta De intervalo	Edad del participante, expresada en años, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Años
Escolaridad	De acuerdo con el programa de la Secretaría de Educación Pública y de acuerdo con los años aprobados desde el primer grado de primaria hasta el último año que curso el sujeto.	Cuantitativa	Ordinal	Nivel académico máximo al que llegó el participante, que se obtendrá con la aplicación de un cuestionario sociodemográfico.	Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Preparatoria o estudios técnicos incompleta Preparatoria o estudios técnicos completa

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Trastorno del neurodesarrollo, caracterizado por la presencia de inatención, impulsividad e hiperactividad.	Cuantitativa	Nominal dicotómica	Presencia de síntomas expresados mediante la aplicación la escala ASRS, por sus siglas en inglés.	Escala de 18 preguntas que se contestan por medio de una escala tipo Likert que va del 0 al 4, acerca de la frecuencia en la vida adulta de los síntomas de TDAH según el criterio A del DSM-IV. Los primeros 6 ítems son útiles para el cribado, considerándose positivo cuando se obtienen 12 puntos o más, en 4 de los ítems.
Impulsividad	Actuar rápido y de forma no premeditada debido a una baja conciencia de las consecuencias o una subestimación de estas.	Cuantitativa	Dimensional	Identificación de datos de impulsividad basados en un pobre control inhibitorio a través de la prueba Go/NoGo y la escala de impulsividad de Barratt.	Experimento en el cual a partir de estímulos visuales se solicita al individuo el ejecutar una respuesta motora (go) con respecto a una señal, mientras se inhibe dicha respuesta en consecuencia a otra (no go), se espera que a mayor impulsividad se obtengan más errores ante estímulos NoGo. La escala de impulsividad de Barratt no posee punto de corte, sin embargo, se toma en cuenta la mediana de su distribución.
Trastorno límite de personalidad	Patrón de experiencia interna y del comportamiento que se aparta de las expectativas culturales; caracterizado por inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una impulsividad notable, presente en diversos contextos	Cuantitativa	Nominal Dicotómica	Diagnóstico de TLP establecido por medio de la aplicación del cuestionario SCID-II y corroborado mediante la determinación de un psiquiatra, consignada en el expediente clínico mediante historia clínica, notas de evolución o notas de ingreso.	Subescala de 15 preguntas, la puntuación de 3 (sí), en al menos 5 ítems da el diagnóstico de TLP.

Tabla 3.1 Variables

❖ Muestra y muestreo

Aunque se tomaron en cuenta estudios nacionales previos como el realizado en el HFBA en el cual se mostró la presencia de TDAH en 76 pacientes con TLP del HPFBA (48); un trabajo

académico en el que se mide niveles de impulsividad y agresividad en pacientes con TLP y TDAH a través de escalas en 57 pacientes del INPRFM ⁽⁵³⁾¹; así como datos del modelo integrador de la terapia de grupo en el HFBA donde además establece el diagnóstico de TDAH en 57 pacientes ⁽⁵⁴⁾; se realizó un muestreo intencional, por conveniencia, con la inclusión de un total de 54 pacientes.

❖ Sujetos

Pacientes mujeres con el diagnóstico de TLP que se encuentran recibiendo tratamiento en la consulta externa del HPFBA.

❖ Criterios de selección

➤ Inclusión:

- Mujeres de 18 a 59 años:

- ✓ Que cuenten con el diagnóstico de TLP consignado en su expediente.
- ✓ Nacionalidad mexicana.
- ✓ Que acepten participar en el estudio por medio del consentimiento informado.

➤ Exclusión:

- Pacientes que cursen con síntomas psicóticos al momento de la aplicación de los cuestionarios.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico establecido en el eje I.

¹ No publicado, comunicación personal.

- Pacientes en quienes se identifique patrón de abuso de sustancias consignado en su expediente.
- Pacientes con algún déficit sensorial (visual, auditivo) o motor, que dificulte la lectura y escritura.
- Pacientes que no hablen español o tengan dificultad para comunicarse.

➤ Eliminación:

- ☒ Pacientes que decidan abandonar el protocolo.

❖ Tipo de estudio

Diseño no experimental, transversal y correlacional.

❖ Instrumentos

Escala de autorreporte del TDAH en el adulto ASRS ⁽²⁷⁾

Cuestionario desarrollado en conjunto con la OMS que consta de dos versiones, una de ellas con 18 preguntas que se contestan por medio de una escala tipo Likert que va del 0 al 4, acerca de la frecuencia en la vida adulta de los síntomas de TDAH según el criterio A del DSM-IV, y una versión de 6 preguntas (versión 1.1) que resulta útil para el cribado en muestras amplias.

La consistencia interna de la escala es de 0.88 y su coeficiente de correlación es de 0.84, siendo validada en 2009 para su aplicación en población mexicana. El punto de corte en la versión amplia es de trece, considerándose las puntuaciones mayores como casos probables de TDAH; así mismo en la versión corta se toma un punto de corte de cuatro.

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV.

SCID-II ⁽⁵⁵⁾

Se trata de una entrevista semiestructurada de tipo heteroaplicable, que consta de 119 ítems que evalúan de manera categorial o dimensional los trastornos de la personalidad según criterios del DSM-IV. Cada uno de los criterios se valora a partir de la siguiente puntuación: 1= Ausente, 2= Subclínico, 3= Presente o verdadero, 4=Información Inadecuada. Así mismo existe un cuestionario de screening autoaplicable con 119 preguntas de respuesta dicotómica SÍ/NO, que disminuye el tiempo de aplicación de la prueba. Para el caso del TLP se emplea una subescala de 15 preguntas, donde la puntuación de 3 (sí), en al menos 5 ítems, establece el diagnóstico.

Prueba Go/No-Go ⁽⁵⁶⁾

Se trata de una prueba que requiere al individuo el ejecutar una respuesta motora (go) con respecto a una señal, mientras se inhibe dicha respuesta en consecuencia a otra (no go). Los estímulos utilizados son imágenes, tales como figuras geométricas (triángulos o círculos), o letras. Permite evaluar variables como la impulsividad, atención sostenida, control inhibitorio, tiempo de reacción, entre otras.

El experimento consta de dos fases, en donde los estímulos Go se presentan en un 75% y los No-Go en un 25%, distribuidos de forma aleatoria con una duración total aproximada de 7 minutos. En la literatura existen variaciones respecto al número de ensayos con estímulos Go/No-Go a aplicar, sin embargo, en pacientes con TLP se han utilizado hasta 300 de estos. ⁵⁷ Una vez que el participante termina el experimento se crea de forma

automática un archivo que presenta las mediciones de tiempo de reacción expresado en milisegundos, que representan el tiempo que tarda el individuo en responder ante cada estímulo y el número de errores por comisión. En este estudio se utilizó el programa PsyToolkit. (58,59)

Escala de impulsividad de Barratt (60)

Constituye uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de impulsividad. Consta de 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas: 1) Impulsividad cognitiva, 2) Impulsividad motora, e 4) Impulsividad no planeada; teniendo cuatro opciones de respuesta tipo likert para cada ítem. La puntuación total se obtiene con la suma de todos los ítems y aunque no existe un punto de corte, se ha propuesto la mediana de distribución. Ha sido validada en países de habla hispana, reportándose una consistencia interna de 0,8 y una fiabilidad test-retest de 0,89.

❖ Procedimiento

- La investigación se llevó a cabo mediante la aplicación de escalas clinimétricas y una prueba de reacción a estímulos visuales en las pacientes con diagnóstico de TLP del HPFBA, que cumplieron con los criterios de inclusión solicitados.
- La invitación para participar en el estudio constó de la explicación de este mediante una carta de consentimiento informado.
- Se otorgó un número de cédula a cada participante, a fin de guardar su confidencialidad.

- Se aplicó la entrevista SCID-II en su versión categorial que consta de 119 reactivos a las pacientes en quienes se determinó clínicamente TLP; así mismo se recabó una cédula con información sociodemográfica.
- El diagnóstico de TDAH se estableció por medio de la aplicación de la escala ASRS en su versión extendida, tomando en cuenta los 6 primeros ítems, los cuales se consideran un método fiable para su cribado.
- A partir de ello, se formaron dos grupos de pacientes diferenciando entre las mujeres en cuyas pruebas se haya obtenido el diagnóstico de TLP comórbido con TDAH y sin TDAH.
- Se correlacionaron los resultados obtenidos en la prueba Go-NoGo, la cual evalúa niveles de impulsividad a través de tiempos de respuesta a estímulos visuales y con la escala de impulsividad de Barratt.
- En caso de obtener cribado positivo para TDAH, se informó al médico tratante para su seguimiento y tratamiento.
- Se evaluaron los instrumentos, se tabularon los datos obtenidos y se realizó el análisis estadístico.

❖ Consideraciones éticas

- La participación de las pacientes en el estudio fue completamente voluntaria.
- No hubo ninguna consecuencia desfavorable para las pacientes en caso de no aceptar la invitación.

- Las participantes del estudio pudieron retirarse en el momento que lo desearon, -aun cuando la investigadora responsable no se lo solicitó-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual fue respetada en su integridad.
- Las participantes no tuvieron que hacer gasto alguno a causa del estudio.
- Las participantes no recibieron pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, fue mantenida con estricta confidencialidad.
- El estudio realizado se consideró de mínimo riesgo según el artículo 39 en el capítulo III de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Se le aplicaron tres pruebas con el objetivo de establecer el diagnóstico de TLP, para la detección de TDAH, y la evaluación de impulsividad; las cuáles consistieron en una serie de preguntas a responder. Todo lo anterior sin realizar intervenciones terapéuticas en las pacientes.
- El presente trabajo no implicó daño, malestar o dolor a las participantes, por lo que se consideró un estudio de riesgo mínimo.
- El trato a las participantes fue digno y con respeto.
- Se resolvieron las dudas que surgieron durante el proceso a las participantes del estudio y/o a sus familiares.
- Se otorgó una carta de consentimiento informado previo a su participación.
- En caso de obtener cribado positivo para TDAH, se informó a su médico tratante para su seguimiento y tratamiento.

IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos sociodemográficos obtenidos se describieron por medio de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para evaluar la diferencia entre variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrada de Pearson y para comparar las medias de los dos grupos obtenidos se aplicó la prueba T de student. El programa que se utilizó para el análisis estadístico fue SPSS. Para el manejo de datos perdidos ($n=1$) y de acuerdo con la recomendación en la literatura, al ser menor al 10%, se llevó a cabo un manejo de estos con remplazo por sustitución de medias. ⁽⁶¹⁾

V. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 54 mujeres en quienes se corroboró el diagnóstico de TLP por medio de la escala SCID II, sus edades oscilaron entre los 18 y los 55 años con una media de 30.44 años, con desviación estándar de 8.97 años, siendo mayormente de la Ciudad de México 68.5% (37) y del Estado de México 13% (7), probablemente debido a la cercanía con el hospital. En cuanto a su identidad de género la gran mayoría se identificó como femenino 98.1 % (53). Respecto a su orientación sexual, se reportó heterosexual el 81.5% (44). Su estado civil fue predominantemente soltero, abarcando el 64.9% (35). Todas ellas mostraron haber estudiado, siendo lo más frecuente que estos fueran de bachillerato y licenciatura obteniéndose un porcentaje de 38.9% (21), para cada uno de estos niveles educativos. Así mismo, tomando en cuenta su ocupación, se observa un buen grado de funcionalidad, ya que el 53.7% (29) se encuentran laborando y el 22.22% (12) continúa estudiando. Relacionado con su religión, el 44.4% (24) de las participantes no tiene creencias, mientras que el 40.7% (22) profesa la religión

católica, como es de esperarse en población mexicana. En la tabla 5.1 los datos antes mencionados se presentan por medio de frecuencias que muestran el número de participantes y porcentajes obtenidos; \pm representa la DE en el caso de la edad.

Tabla 5.1 Características demográficas de las participantes del estudio

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad		
		30.44 años \pm 8.97
Entidad de nacimiento		
Ciudad de México	37	68.5
Estado de México	7	13
Veracruz	4	7.4
Jalisco	2	3.7
Chiapas	1	1.9
Morelos	1	1.9
Querétaro	1	1.9
Tamaulipas	1	1.9
Identidad de género		
Femenino (cis)	53	98.1
No binario	1	1.9
Orientación sexual		
Heterosexual	44	81.5
Bisexual	6	11.1
Pansexual	3	5.6
Homosexual	1	1.9
Estado civil		
Soltera	35	64.9
Unión libre	10	18.5
Casada	5	9.3
Divorciada	3	5.6
Viuda	1	1.9
Escolaridad		
Licenciatura	21	38.9
Preparatoria	21	38.9
Secundaria	5	9.3
Posgrado	4	7.4
Primaria	3	5.6
Ocupación		
Empleada	29	53.71
Estudiante	12	22.22
Hogar	8	14.81
Desempleada	5	9.26
Religión		
Ninguna	24	44.44
Católica	22	40.7
Cristiana	4	7.4
Testigo de Jehová	1	1.9
Otras	3	5.56

La comorbilidad de TLP con TDAH fue evaluada a través de la aplicación de la escala ASRS, en la cual se tomaron en cuenta los primeros seis ítems para su cribado, se observó que el 61.11% (21), cumplieron con criterios para su diagnóstico, tal como se representa en la gráfica 5.1

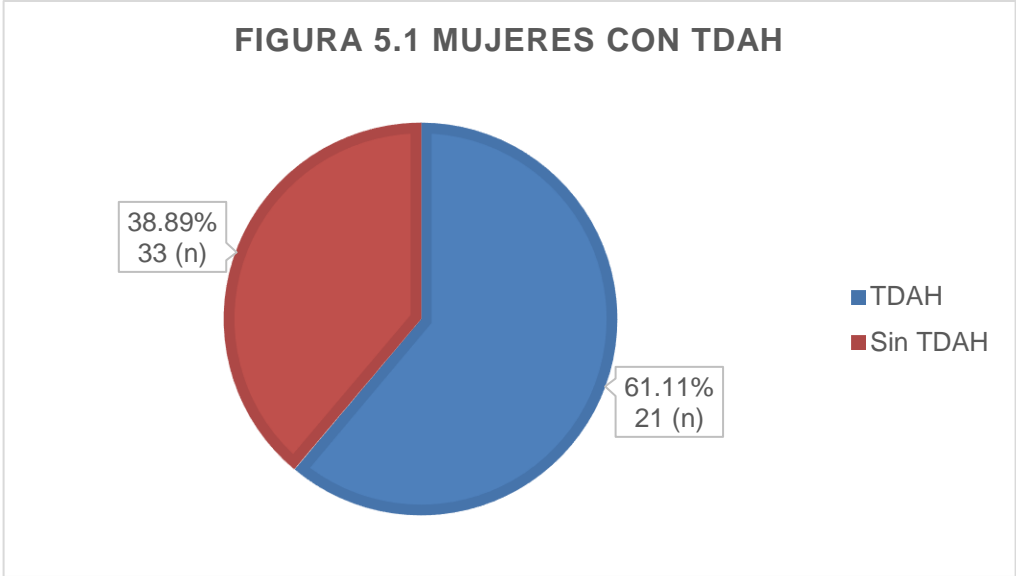


Figura 5.1 – Mujeres con TDAH. El mayor porcentaje lo abarcan las participantes con TLP que obtuvieron cribado positivo para TDAH.

Por otra parte, mediante la aplicación de la escala SCID II, la cual evalúa los trastornos de personalidad establecidos en el DSM-IV, se corroboró el diagnóstico de TLP con la subescala que contiene los 15 ítems dirigidos a su identificación. Así mismo, el análisis de chi cuadrada mostró diferencias significativas en la proporción de trastorno por evitación y el trastorno dependiente de personalidad, entre mujeres con TDAH y sin TDAH. Las mujeres con TDAH tienen en mayor proporción el diagnóstico de trastorno por evitación $\chi^2(1) = 3.895$, con una $p = 0.048$; para el trastorno dependiente de la personalidad $\chi^2(1) = 4.769$, $p = 0.029$. En el caso del trastorno antisocial, se observó una mayor proporción en el grupo sin TDAH, aunque, sin diferencias significativas, $\chi^2(1) = 0.050$, $p = 0.823$. En cuanto al resto de los diagnósticos el porcentaje fue mayor en el grupo de TDAH, sin embargo, las diferencias tampoco fueron significativas. Tal distribución se demuestra en la gráfica 5.2.

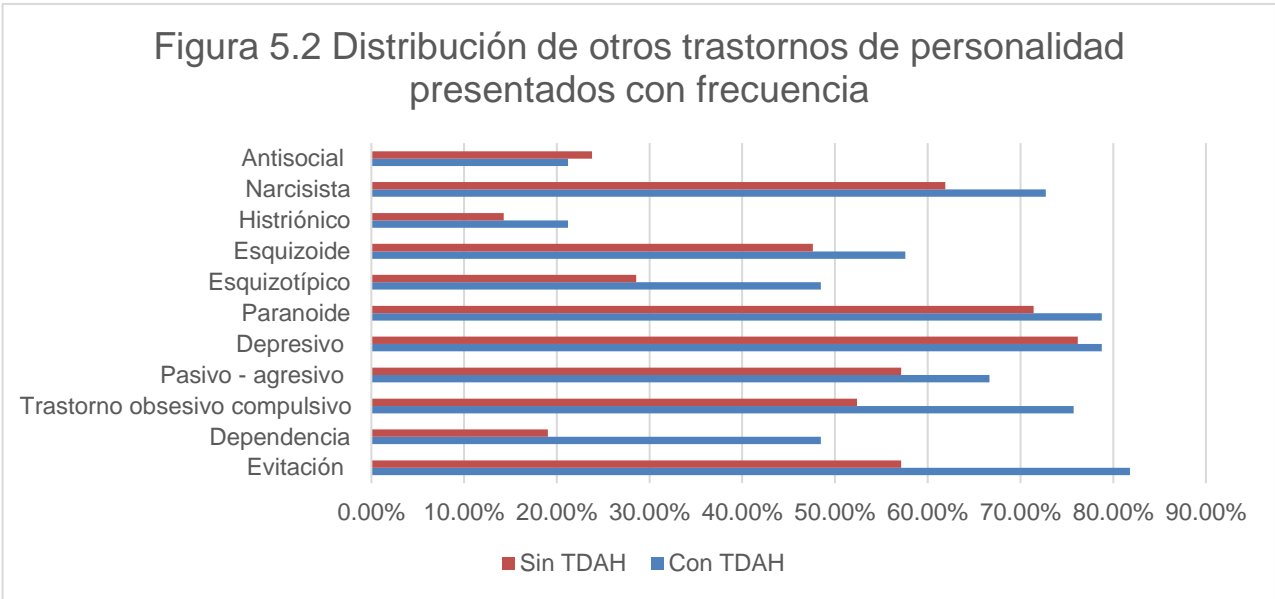


Figura 5.2 – Distribución de otros trastornos de personalidad presentados con frecuencia. Se observa que en la mayor parte de los casos el porcentaje de otros trastornos de personalidad es más alto en las pacientes con comorbilidad de TDAH y TLP, comparado con las que no presentan TDAH. Una excepción a esto es el trastorno antisocial.

De igual forma, al tomarse en cuenta el ítem que evalúa conducta suicida previa, se detectó mayor frecuencia de intentos suicidas en el grupo con TDAH, sin embargo, al hacer el análisis mediante $\chi^2(1)$, se obtiene el valor de 0.355 con una $p=0.551$, por lo que las diferencias no se consideran significativas. La gráfica 5.3 señala los porcentajes de dicha conducta.

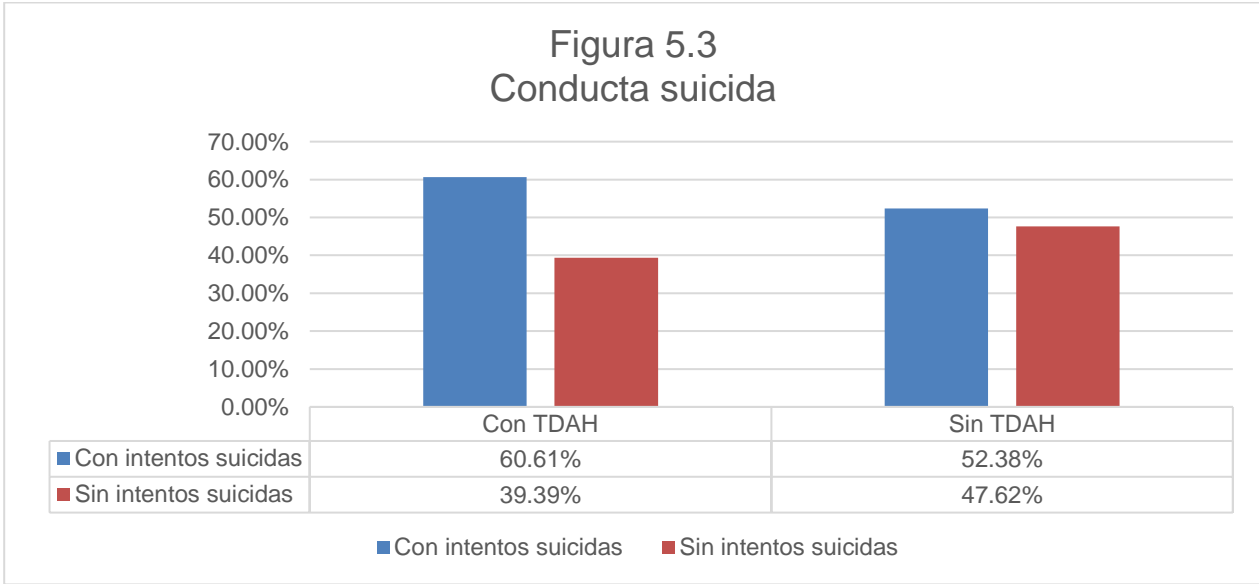


Figura 5.3 – Conducta suicida. Se muestra mayor porcentaje de conducta suicida en el grupo de pacientes con TDAH.

Se llevó a cabo una comparación de medias de las mediciones de impulsividad con el puntaje de la escala de Barratt y la medición bajo el paradigma de Go/NoGo, entre los grupos de TLP más TDAH y solo TLP, mediante la prueba estadística T de Student. Para la escala de impulsividad de Barratt, además de reportarse un puntaje global, se obtuvieron valores acordes con el tipo de impulsividad mostrada, la cual puede ser de tipo cognitiva, motora o no planeada.

Los resultados obtenidos mostraron que existen mayores niveles de impulsividad global en las mujeres con comorbilidad de TDAH y TLP, siendo más predominante el tipo de impulsividad no planeada tanto para el grupo con TDAH como para el grupo sin TDAH. En la tabla 5.2 se presentan los niveles de impulsividad medidos con la escala de Barratt, los datos son presentados en medias + DE (desviación estándar), así mismo, se muestra el error típico de la media, es importante destacar que la correlación es significativa cuando el valor de p es menor a 0.05. Por su parte, en la figura 5.4 se pueden ver los comparativos de los grupos estudiados.

Tabla 5.2 – Niveles de impulsividad medidos con la escala de Barratt

Medida	TLP + TDAH (n= 33)	TLP (n = 21)	Coeficiente de correlación
	Media DE Error típico de la media	Media DE Error típico de la media	
Puntaje total en escala de Barratt	68.47 \pm 15.047 2.619	54.03 \pm 13.487 2.943	p = .001
Subescala de impulsividad cognitiva	20.59 \pm 3.760 0.654	17.00 \pm 5.158 1.125	p= .005
Subescala de impulsividad motora	23.56 \pm 8.145 1.418	17.78 \pm 6.123 1.336	p= .007
Subescala de impulsividad no planeada	24.38 \pm 6.807 1.185	19.06 \pm 7.345 1.603	p= .009

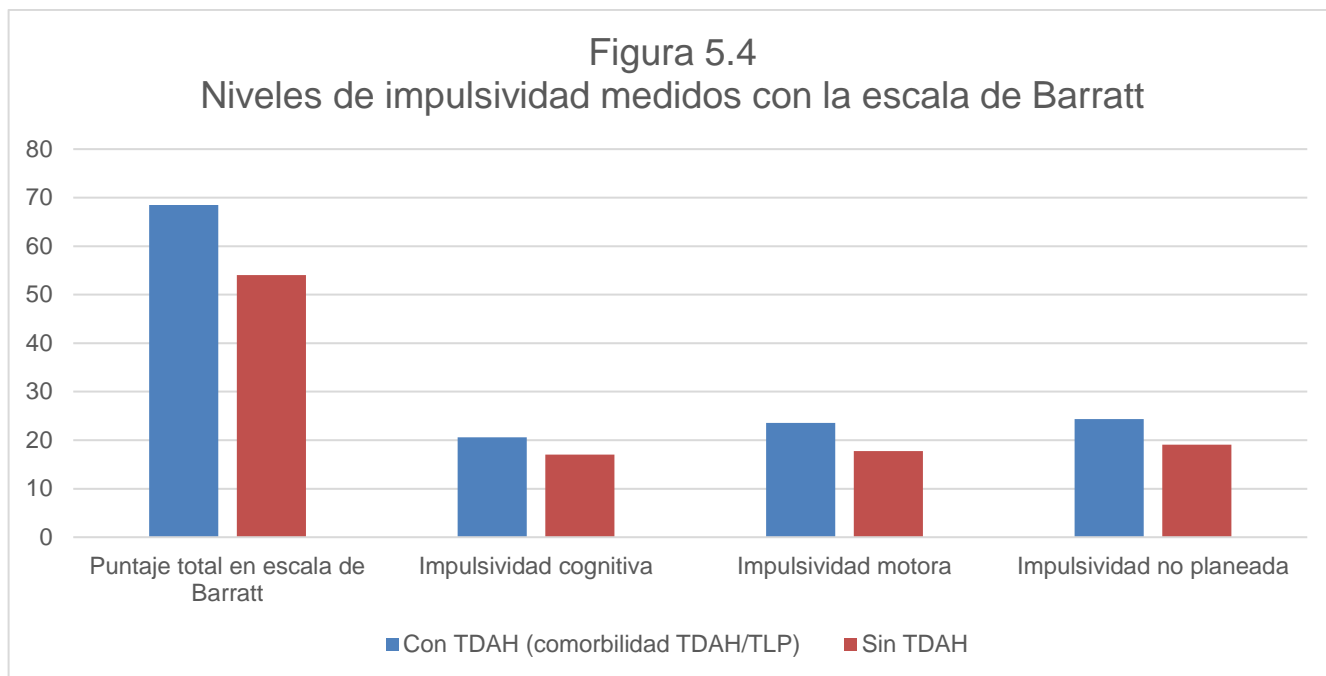


Figura 5.4 – Niveles de impulsividad medidos con la escala de Barrat. Se muestran los comparativos de los valores de las medias de ambos grupos. Se identifican mayores niveles de impulsividad en la comorbilidad TDAH y TLP.

Referente a los valores obtenidos en la prueba Go/NoGo, también se corroboran datos que son consistentes con mayor impulsividad en las mujeres que presentaron comorbilidad con TDAH, siendo este grupo el que obtuvo el menor número de aciertos en la realización de la prueba, especialmente ante la señal NoGo, lo que representa mayor dificultad para el control inhibitorio. Así mismo, se observó que el tiempo de respuesta ante los estímulos NoGo fue mayor en el grupo sin TDAH, lo que podría explicar la menor comisión de errores en este grupo. Los valores correspondientes al porcentaje de aciertos y al valor medio de respuesta Go muestran resultados similares, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre ambos grupos. Por medio de la tabla 5.3 se resumen los porcentajes resultantes del paradigma Go/NoGo, los datos son presentados en medias + DE (desviación estándar), señalando el error típico de la media; la correlación es significativa cuando el valor de p es menor a 0.05. Así mismo, las figuras 5.5 y 5.6 señalan los comparativos de aciertos y tiempos de respuestas de dicha prueba en los grupos de pacientes con TDAH y sin TDAH.

Tabla 5.3 Niveles de impulsividad medidos con la prueba Go/NoGo

Medida	TLP + TDAH (n= 33)	TLP (n = 21)	Coeficiente de correlación
	Media DE Error típico de la media	Media DE Error típico de la media	
Porcentaje de aciertos NoGo	88.5 ± 8.445 1.472	95.49 ± 6.564 1.432	p = .002
Porcentaje de aciertos Go	99.0576 ± 2.59297 0.45138	99.4300 ± 0.95201 0.20775	p= .532
Valor medio de respuesta NoGo	1813.93 ± 140.259 24.416	1925.83 ± 109.696 23.938	p= .003
Valor medio de respuesta Go	481.14 ± 118.641 20.653	519.09 ± 123.078 28.858	p= .269

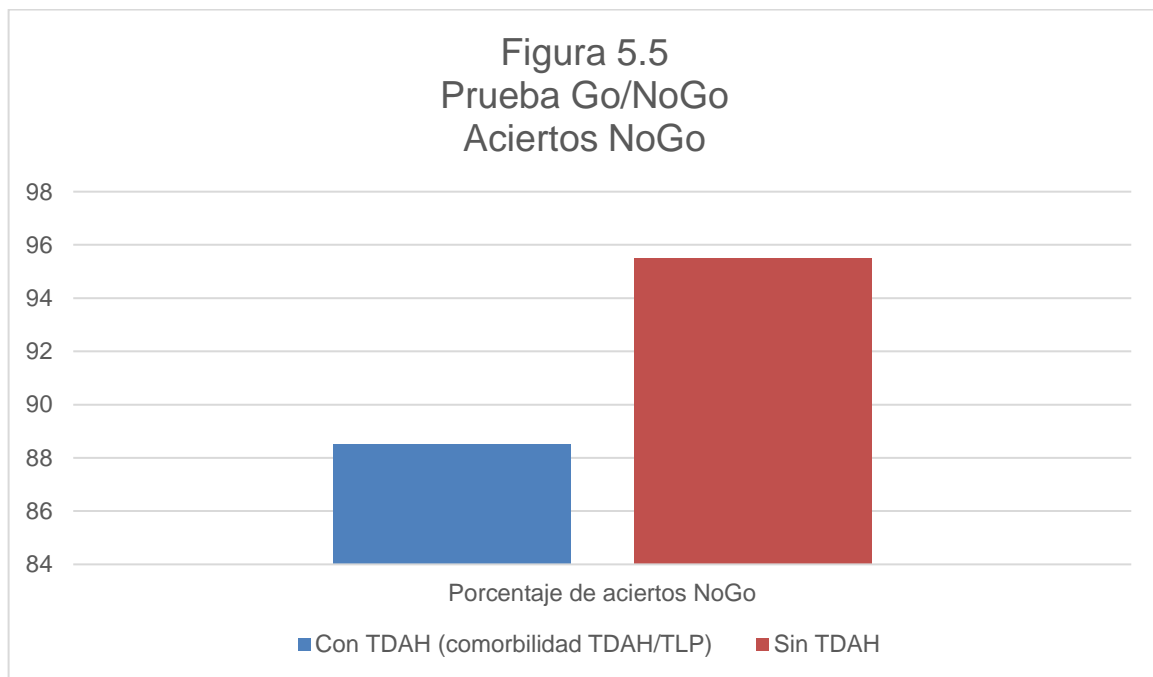


Figura 5.5 – Aciertos NoGo. Las mujeres sin TDAH obtuvieron mayor porcentaje de aciertos en comparación con el grupo de comorbilidad TLP/TDAH. El tiempo fue medido en milisegundos.

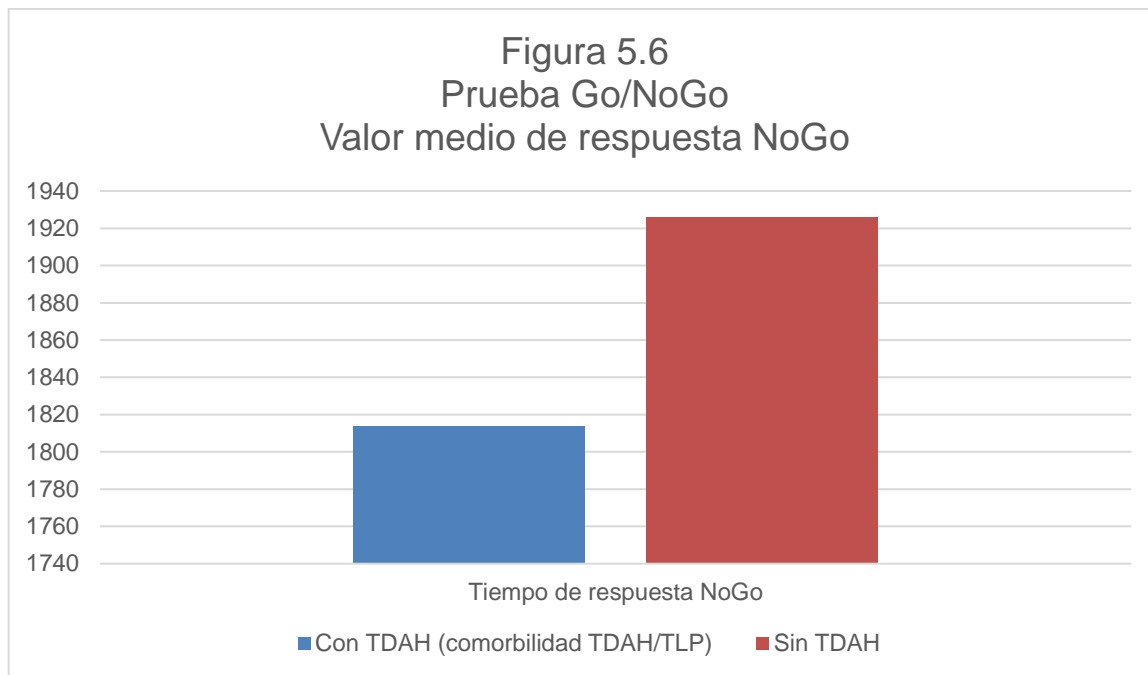


Figura 5.6 – Valor medio de respuesta NoGo. Las mujeres sin TDAH reaccionaron más lento ante los estímulos de parada o NoGo. El tiempo fue medido en milisegundos.

VI. DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue medir los niveles de impulsividad con un paradigma cognitivo y con una escala autoaplicable en un grupo de pacientes femeninos con diagnóstico de TLP, con y sin TDAH. Se mostraron diferencias significativas obteniéndose mayores puntajes en ambas mediciones en mujeres con TLP más comorbilidad.

Los resultados corroboran las hipótesis propuestas, en primer lugar, mediante el tamizaje de TDAH, se obtuvo una alta frecuencia de dicha patología en la población muestra (61.11%), lo cual es concordante con investigaciones previas realizadas en el HPFBA y en el INPRFM, donde se ha identificado que tal condición oscila entre el 56 y el 70% de las pacientes con TLP. (48,53)

Lo anterior cobra importancia al considerar que el TDAH es un diagnóstico que suele pasar desapercibido a lo largo de la vida de las mujeres, esto debido a que los síntomas por lo regular no son buscados de forma intencionada durante la adolescencia o la infancia, probablemente en asociación con un sesgo de género ya descrito desde 2010 en Norte América por Rucklidge ⁽⁴⁾, en el que la inatención no representa un problema grave que lleve a solicitar atención médica en las niñas con este padecimiento, aunado a que las alteraciones conductuales suelen atribuirse a otro tipo de trastornos como los de personalidad, siendo TLP uno de los más frecuentes. De igual forma, es importante señalar que los síntomas del TDAH continuarán manifestándose en alrededor del 65% de los pacientes en la edad adulta, tal como lo señalan los datos publicados en investigaciones llevadas a cabo por la Facultad de Medicina de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) en 2014 y en 2016 ^(9,10); lo cual podría explicar el motivo por el cual se encontraron datos clínicos de inatención, hiperactividad e impulsividad en la población estudiada.

Los aspectos sociodemográficos también aportan información relevante, destacándose que las participantes fueron en su mayoría solteras, hecho que podría deberse a las características propias del TLP, donde el patrón de relaciones es frecuentemente inestable; por otra parte, contrario a lo esperado en pacientes con trastornos psiquiátricos, el nivel de estudios alcanzado fue de medio a alto, situación que se corresponde con la funcionalidad de estas mujeres, ya que la mayor parte de ellas actualmente se encuentra laborando o continúa sus estudios.

Otros resultados derivados de esta investigación son los referentes a la comorbilidad del TLP/TDAH con otros trastornos de personalidad, encontrándose que los rasgos de personalidad evitativos y dependientes son más frecuentes en este grupo de pacientes, lo cual se puede ver reflejado en una mayor dificultad para vincularse afectivamente y, por lo tanto, mayor disfunción en el área social, situación que se podría estudiar más a fondo en trabajos posteriores.

En lo relativo a la impulsividad, parámetro que responde a la segunda hipótesis planteada en este trabajo, las mediciones obtenidas en las mujeres que comparten tanto TLP como TDAH fueron significativamente mayores. Esto sugiere que una vía de entendimiento para diagnósticos altamente heterogéneos y complejos como lo es el TLP, podría ser a través de un enfoque dimensional que incluya la impulsividad como parte del estudio de este trastorno, determinando así su gravedad, pronóstico y posibles intervenciones terapéuticas.

A su vez, se debe mencionar que la presencia de TLP con TDAH se asocia con un perfil de impulsividad diferente al grupo sin esta comorbilidad, demostrándose que existe una mayor severidad en las mediciones de pacientes que tiene TDAH. Lo anterior puede deberse a un menor control inhibitorio, situación que resultó evidente al conseguir tiempos de respuesta reducidos y de forma consecuente, más errores en señales de parada cuando se llevan a cabo pruebas de respuesta motora a estímulos visuales, como es el caso del paradigma Go/NoGo. Así mismo, en relación con dicha prueba, se resalta que los estudios realizados en Reino Unido (Matthies y Philipsen ⁴⁷), ya han reportado mayor número de errores en pacientes con TDAH

independientemente de su comorbilidad con TLP u otras patologías, correspondiéndose con lo expuesto en los resultados de esta tesis.

Por lo tanto, la información recabada favorece la premisa de que las mujeres con TLP y TDAH forman un grupo diferente y particular de pacientes que requiere de un abordaje distintivo, partiendo de la reflexión acerca de un diagnóstico oportuno de ambas entidades, con el tratamiento dirigido a la modulación de impulsividad tanto de forma farmacológica como psicoterapéutica, encaminados a mejorar la calidad de vida y evitar las consecuencias en salud pública que se pueden generar a largo plazo.

En última instancia, vale la pena exponer las limitaciones que se presentaron al realizar esta investigación, como la dificultad para recabar la muestra debido a la situación de contingencia epidemiológica, ya que no fue posible abordar a las pacientes de forma habitual en consulta, por lo que se dispuso de medios electrónicos para llevar a cabo gran parte de las pruebas. Debido a esto, la muestra obtenida es sumamente pequeña para un estudio de corte epidemiológico que permita generalizar los resultados.

VII. CONCLUSIÓN

Acorde con los resultados obtenidos se puede concluir que el TDAH es un trastorno que no se diagnóstica de forma frecuente en mujeres, especialmente en la etapa adulta, por lo que ante un cuadro clínico en el que se manifiesten datos de impulsividad, se justifica llevar a cabo un abordaje dimensional que incluya la identificación oportuna de esta patología.

La comorbilidad de TLP y TDAH en mujeres es alta, además de que el cribado de TDAH que resultó de esta investigación concuerda con lo establecido en trabajos previos. Lo anterior, expresándose clínicamente en niveles altos de impulsividad que pueden llevar las pacientes a tener un mayor grado de disfunción en diversas áreas, incluso con un posible aumento de conductas disruptivas, de modo que, se debe contemplar un manejo dirigido del TDAH como parte de las estrategias terapéuticas encaminadas a un mejor tratamiento y pronóstico. Así mismo, resultaría interesante llevar a cabo el estudio de niveles de impulsividad en mujeres que únicamente tengan el diagnóstico de TDAH a fin de evaluar si existen diferencias significativas.

Finalmente se destaca que, en la presente investigación no se realizaron intervenciones en las participantes evaluadas, sin embargo, sería importante dar seguimiento a estas mujeres con el objetivo de evaluar la eficacia del tratamiento de TDAH en pacientes con TLP.

VIII. CRONOGRAMA

Actividad/ Tiempo	Diciembre de 2020	Enero de 2021	Febrero / marzo 2021	Abril / mayo de 2021	Junio de 2021
Elaborar proyecto	XXXXXXXX				
Obtener aprobación		XX	XXXXXXXX		
Seleccionar participantes				XX	
Colección de datos				XXXX	
Análisis de datos				XX	XXX
Redacción final de la tesis					XXXXXXXXXX

Tabla 8.1 – Cronograma de actividades.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews/ Disease primers*. 2015; 1 (15020): 1-23.
2. Sharma A, Couture J. A Review of the Pathophysiology, Etiology, and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Annals of Pharmacotherapy*. 2014; 48(2): 209–225.
3. Philipsen A. Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*. 2006; 256: 42–46.
4. Rucklidge JJ. Gender Differences in Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010; 33 (2): 357-373.
5. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales. 10ma Ed. Madrid: Meditor; 2012.
6. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta Ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
7. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2016; 387: 1240-1250.
8. Mahone EM, Denckla MB. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Historical Neuropsychological Perspective. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2017; 23: 916–929.
9. Saucedo García JM. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: un problema de salud pública. *Rev Fac Med*. 2014; 57(5): 14-19.
10. Ortiz León S, Jaimes Medrano AL. Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Rev Fac Med*. 2016; 59 (5): 6 – 14.
11. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Guía Clínica, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. México: Secretaría de Salud; 2017.
12. Palacios Cruz L, De la Peña F, Valderrama A, et al. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos, acerca del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Salud mental*. 2011; 34:
13. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and Etiology of ADHD – Review of Existing Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19: 1-8.
14. Grimm O, Kranz TM, Reif A. Genetics of ADHD: What should the clinician know?. *Current Psychiatry Reports* (2020) 22:18.
15. Aguirre – Samudio AJ, Nicolini H. El gen de dopamina D4 y su asociación con los trastornos mentales. *Revista de investigación clínica*. 2005; 57 (1): 65 – 75.

16. Cortese S. The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): what every clinician should know. *Eur J Paediatr Neurol.* 2012; 16:422-433.
17. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007; 104:19649-19654.
18. Arnsten AF, Pliszka SR. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacol Biochem Behav.* 2011;99:211-216.
19. Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Sinopsis de psiquiatría. 11ª edición. Madrid: Panamericana - Williams & Wilkins, 2015.
20. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Irrarrázaval M, Martín A, eds. Prieto-Tagle F, García Acuña M, trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones. Afines 2017.
21. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says. New York, NY: Guilford Press; 2008.
22. Consejo de salubridad general. Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes en atención primaria y especializada. México: Secretaría de Salud; 2018.
23. Vázquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ed. Shoshana Berezon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, María Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías clínicas para la atención de trastornos mentales).
24. Albores-Gallo L, Lara-Muñoz C, Esperón-Vargas C, Cárdenas J, Pérez A et al. Validity and reliability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35:393-399.
25. Comité Internacional para el Desarrollo y Estudio del Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Cuestionario para Escolares y Adolescentes Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (CEAL-TDAH). Construcción, descripción del instrumento y datos sociodemográficos y clínicos de la muestra. *Salud Mental* 2009; 32: S55-S62.
26. Valdizán J, Izaguerri A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología* 2009; 48: 95-99.
27. Reyes Zamorano E, García Vargas KL, 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. *Rev Invest Clin.* 2013; 65 (1): 30-38.

28. Spencer TJ, et al. Validation of the adult ADHD investigator symptom rating scale (AISRS). *J Atten Disord*. 2010; 14(1):57-68.
29. Papageorgiou V, Kalyva E, Dafoulis V, et al. Differences in parents' and teachers' ratings of ADHD symptoms and other mental health problems. *Eur J Psychiatr*. 2008; 22(4): 200–10.
30. Staller J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs* 2006; 20:107-23
31. Quinn P, Wigal S. Perceptions of Girls and ADHD: Results From a National Survey. *MedGenMed*. 2004; 6(2): 2.
32. Nadeau G, Littman E, Quinn P. *Understanding Girls with AD/HD*. 8va Ed. Pensilvania: Advantage Books; 1999.
33. Waite R. Women with ADHD: It Is an Explanation, Not the Excuse Do Jour. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2010; 46 (3): 182 – 196.
34. Biderman J, Newcomb J, Sprich S. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety and Other Disorderse. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 564-575.
35. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry*. 2019; 24: 390-408.
36. Stahl SM. *Psicofarmacología Esencial de Stahl*. 4ta Ed. Madrid: Aula Médica Formación en Salud; 2013.
37. Palacio JD, De la Peña OF, Palacios CL, Ortiz LC. Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida *Salud Mental*. 2009; 332: 35-65.
38. Soff C, Sotnikova A, Christiansen H, Becker K. Transcranial direct current stimulation improves clinical symptoms in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Neural Transm*. 2017; 124:133–144.
39. Ortiz León S, et al. Algoritmo de Tratamiento Multimodal para Adultos Latinoamericanos con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*. 2009; 32: 45-53.
40. Fernández Guerrero MJ. Los confusos límites del trastorno límite. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2017; 37(132): 399-413
41. Secretaría de Salud. Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad [sede Web]. México: Secretaría de Salud; 09 de julio de 2018 – [acceso en enero de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
42. Gunderson JG, et al. Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Reviews*. 2018; 4 (18029): 1-20.
43. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011; 377: 74-84.

44. Guendelman S, Garay L, Miño V. Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Rev Med Chile*. 2014; 142: 204-210.
45. INEGI. Esperanza de vida [sede Web]. México: INEGI; 2019 – [acceso en enero de 2021]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P> López Pinar C. TDAH en adultos y delincuencia: Una revisión de la literatura científica. En: IX Congreso (Inter) Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Madrid: Asociación PREVEN3. Universidad de Valencia; 2016.
46. Babinsky DA, McQuade JD. Borderline Personality Features Mediate the Association Between ADHD, ODD, and Relational and Physical Aggression in Girls. *J Atten Disord*. 2019;23(8):838-848.
47. Matthies SD, Philipsen A. Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)—review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2014; 1(3): 1-13.
48. Figueroa Vera R. Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad del adulto en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Tesis para obtener el título de Especialista en Psiquiatría. 2011. 20-38.
49. Squillace M, Picón Janeiro J, Schimidt V. El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*. 2011; 3 (1): 8-18.
50. Blair RJ. The Neurobiology of Impulsive Aggression. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2016; 25 (1): 4-9.
51. Mortimer N, Ganster T, et al. Dissociation of impulsivity and aggression in mice deficient for the ADHD risk gene *Adgrl3*: evidence for dopamine transporter dysregulation. *Neuropharmacology*. 2019; 156: 1-17.
52. Philipsen A, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2008; 192: 118–123.
53. Duque Alarcón X, Palacios L, Cruz C, Sentiés H. La Co-morbilidad Trastorno límite de la personalidad y Trastorno por déficit de atención en el adulto y su asociación con los niveles de impulsividad y agresividad.
54. Muñoz Sandoval FJ, Flores Valdés C, Cabrera Abud I. Modelo integrador de la terapia grupal para pacientes con trastorno límite de la personalidad. Programa de atención institucional de psicoterapia grupal para pacientes del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis*. 2016; 5 (2): 35-55.
55. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV. 1997; Barcelona: Masson.

56. Ramos CA, Guevara ME, Bolaños MF, Ramos DA. Adaptación y estudio descriptivo del experimento Go/NoGo en una muestra de estudiantes ecuatorianos. *Revista Tecnológica ESPOL – RTE*. 2015; 28 (2): 119-133.
57. Albert J, et al. Response inhibition in borderline personality disorder: Neural and behavioral correlates. *Biological Psychology*. 2019; 143: 32-40.
58. Stoet, G. (2010). PsyToolkit - A software package for programming psychological experiments using Linux. *Behavior Research Methods*, 42(4), 1096-1104.
59. Stoet, G. (2017). PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments. *Teaching of Psychology*, 44(1), 24-31.
60. Salvo L, Castro A. Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013; 51 (4): 245-254.
61. Fox – Wasylyshyn SM, El – Masri MM. Handling missing data in self-report measures. *Res Nurs Health*. 2005; 28(6):488-95.

X. ANEXOS

- Carta de consentimiento informado
- Instrumentos
- Carta de no conflicto de interés
- Carta de solicitud al jefe de servicio.
- Carta de aceptación de asesor con visto bueno de la tesis.

**Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a _____ de _____ del 2021.

Protocolo: Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno límite de personalidad (TLP), y su relación con las mediciones de impulsividad en mujeres.

Registrado ante el Comité de Investigación con número: 890

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: María Fernanda Zúñiga Aguilar

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar los diagnósticos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como trastorno límite de la personalidad, para posteriormente identificar niveles de impulsividad.
- II. Se me ha informado que se me realizarán cuatro cuestionarios autoaplicables y una prueba de reacción ante estímulos visuales. Los cuestionarios tienen una duración aproximada para contestarse de 15 a 20 minutos cada uno y la prueba de reacción a estímulos comprende aproximadamente 10 minutos.
- III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.
- IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.
- V. Se me informó que resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos y de investigación.
- VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.
- VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno límite de personalidad (TLP), y su relación con las mediciones de impulsividad en mujeres.

Firma de Consentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

Escala de Auto-Reporte de Síntomas de TDAH en Adultos (ASRS-V1.1)

Nombre del Paciente	Fecha				
<p>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. Por favor entregue la lista completa al profesional para discutirla en la sesión de hoy.</p>	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
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?					
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 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 libre para dedicárselo a usted mismo?					
15. ¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?					
16. Cuando está en una conversación, ¿con qué frecuencia se descubre a sí 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 de hacerlo?					
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?					

Instrucciones

Estas preguntas son de la clase de persona que generalmente es - esto es, cómo se ha sentido y comportado usualmente en los últimos años. Circule "SI" si la pregunta se aplica completamente o casi completamente a usted, o circule "NO" si la pregunta no se aplica a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de su respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o actividades que involucren el tratar con mucha gente?	NO	SI	PQ4
2.	¿Evita relacionarse con las personas a menos que esté seguro que les va a caer bien?	NO	SI	PQ5
3.	¿Se le dificulta "abrirse" aún con la gente cercana a usted?	NO	SI	PQ6
4.	¿Se preocupa con frecuencia de ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	PQ7
5.	¿Usualmente está callado cuando conoce a nuevas personas?	NO	SI	PQ8
6.	¿Cree que no es tan bueno, tan inteligente o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	PQ9
7.	¿Tiene miedo de intentar hacer cosas nuevas?	NO	SI	PQ10
8.	¿Necesita mucho el apoyo de otras personas para tomar alguna decisión cotidiana - como qué ponerse o que pedir en un restaurante?	NO	SI	PQ11
9.	¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes de su vida como finanzas, cuidado infantil, o arreglos de vivienda?	NO	SI	PQ12
10.	¿Se le dificulta no estar de acuerdo con las personas aunque sepa que ellos están equivocados?	NO	SI	PQ13
11.	¿Se le dificulta empezar o trabajar en tareas cuando no hay alguien que lo ayude?	NO	SI	PQ14
12.	¿Se ha ofrecido a hacer cosas que no le gusta hacer?	NO	SI	PQ15
13.	¿Se siente incómodo cuando está solo?	NO	SI	PQ16
14.	¿Cuando termina una relación cercana, de inmediato siente la necesidad de encontrar a alguien más que se haga cargo de usted?	NO	SI	PQ17
15.	¿Se preocupa demasiado por estar solo y cuidarse por sí mismo?	NO	SI	PQ18
16.	¿Es usted la clase de personas que se fija en los detalles, el orden y la organización o que le gusta hacer listas y horarios?	NO	SI	PQ19
17.	¿Se le dificulta terminar un trabajo porque pasa mucho tiempo tratando de que las cosas salgan correctamente?	NO	SI	PQ20
18.	¿Usted u otras personas piensan que es demasiado devoto al trabajo (o escuela y que no tiene tiempo para nadie más o para divertirse)?	NO	SI	PQ21
19.	¿Tiene estándares muy rígidos de lo que es bueno y malo?	NO	SI	PQ22
20.	¿Tiene problemas para deshacerse de cosas porque piensa que en algún momento le pueden servir?	NO	SI	PQ23
21.	¿Se le dificulta que otras personas le ayuden a menos que estén de acuerdo en hacer las cosas como usted quiere?	NO	SI	PQ24
22.	¿Se le dificulta gastar el dinero en usted u otras personas aún cuando tenga suficiente dinero?	NO	SI	PQ25
23.	¿Con frecuencia está seguro de que usted está en lo correcto sin importar lo que los demás le digan?	NO	SI	PQ26
24.	¿Le han dicho que es muy tenaz o rígido?	NO	SI	PQ27
25.	¿Cuando alguien le pide que haga algo que no quiere hacer, dice que sí pero luego trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	NO	SI	PQ28
26.	¿Si no quiere hacer algo, con frecuencia se le "olvida" hacerlo?	NO	SI	PQ29
27.	¿Con frecuencia siente que los demás no lo entienden o no aprecian lo mucho que hace?	NO	SI	PQ30
28.	¿Con frecuencia es testarudo o le gusta discutir mucho?	NO	SI	PQ31
29.	¿Se ha percatado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros que supuestamente deben saber lo que hacen, en realidad no lo saben?	NO	SI	PQ32

30.	¿Con frecuencia piensa que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	PQ33
31.	¿Con frecuencia se queja de que la mayoría de las cosas malas le ocurren a usted?	NO	SI	PQ34
32.	¿Con frecuencia se rehusa a hacer lo que otros quieren y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	PQ35
33.	¿Con frecuencia se siente infeliz o piensa que la vida no es divertida?	NO	SI	PQ36
34.	¿Cree que es una persona inadecuada y con frecuencia no se siente cómodo con usted mismo?	NO	SI	PQ37
35.	¿Con frecuencia se siente decaído?	NO	SI	PQ38
36.	¿Piensa mucho en cosas malas que ocurrieron en el pasado o se preocupa de que ocurran cosas malas en el futuro?	NO	SI	PQ39
37.	¿Con frecuencia juzga duramente a otros y los encuentra culpables?	NO	SI	PQ40
38.	¿Piensa que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI	PQ41
39.	¿Espera casi siempre que las cosas le salgan mal?	NO	SI	PQ42
40.	¿Se siente culpable por cosas que ha o no hecho?	NO	SI	PQ43
41.	¿Con frecuencia se encuentra a la defensiva para que no lo usen o lastimen?	NO	SI	PQ44
42.	¿Pasa mucho tiempo pensando si puede confiar en sus amigos o en la gente con la que trabaja?	NO	SI	PQ45
43.	¿Se ha dado cuenta de que es mejor no dejar que las personas sepan mucho de usted porque pueden usarlo en su contra?	NO	SI	PQ46
44.	¿Con frecuencia detecta amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI	PQ47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o le toma mucho tiempo perdonar a las personas que lo han insultado o lastimado?	NO	SI	PQ48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI	PQ49
47.	¿Se enoja con frecuencia cuando alguien lo critica o lo insulta de alguna forma?	NO	SI	PQ50
48.	¿Con frecuencia sospecha que su pareja le ha sido infiel?	NO	SI	PQ51
49.	¿Cuando está en público y ve a dos personas platicar, con frecuencia siente que están hablando de usted?	NO	SI	PQ52
50.	¿Con frecuencia siente que las cosas que no tienen un significado especial para la mayoría de las personas, en realidad buscan enviarte a usted un mensaje especial?	NO	SI	PQ53
51.	¿Cuando está con gente, con frecuencia siente que lo están observando o espiando?	NO	SI	PQ54
52.	¿Alguna vez ha sentido que puede hacer que las cosas sucedan solo con desearlo o pensar en ello?	NO	SI	PQ55
53.	¿Alguna vez ha tenido experiencias sobrenaturales?	NO	SI	PQ56
54.	¿Cree que tiene un "sexto sentido" que le permite saber y predecir lo que otros no pueden?	NO	SI	PQ57
55.	¿Con frecuencia parece que los objetos o sombras son personas o animales reales o que los sonidos son voces de personas?	NO	SI	PQ58
56.	¿Alguna vez ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza está a su alrededor, aunque no pueda ver a nadie?	NO	SI	PQ59
57.	¿Con frecuencia ve auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	PQ60
58.	¿Hay personas realmente cercanas a usted además de su familia?	NO	SI	PQ61
59.	¿Con frecuencia se siente nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI	PQ62
60.	¿Realmente no le es importante el tener relaciones estrechas?	NO	SI	PQ63
61.	¿Prefiera hacer las cosas solo que en compañía de alguien?	NO	SI	PQ64
62.	¿Estaría contento sin haber estado involucrado sexualmente con alguien?	NO	SI	PQ65
63.	¿Realmente son pocas las cosas que le dan placer?	NO	SI	PQ66
64.	¿No le importa lo que la gente piense de usted?	NO	SI	PQ67
65.	¿Se ha dado cuenta que nada lo hace feliz o lo pone triste?	NO	SI	PQ68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI	PQ69

67.	¿Le gusta coquetear demasiado?	NO	SI	PQ70
68.	¿Con frecuencia se encuentra "hostigando" a las personas?	NO	SI	PQ71
69.	¿Trata de llamar la atención por la forma en como viste y se ve?	NO	SI	PQ72
70.	¿Con frecuencia es dramático y exagerado?	NO	SI	PQ73
71.	¿Cambia su forma de pensar acerca de las cosas dependiendo de con quien esté o por lo que ha leído o visto en televisión?	NO	SI	PQ74
72.	¿Tiene muchos amigos cercanos?	NO	SI	PQ75
73.	¿Con frecuencia menosprecia sus talentos o logros?	NO	SI	PQ76
74.	¿La gente le ha dicho que tiene una opinión muy elevada de sí mismo?	NO	SI	PQ77
75.	¿Piensa mucho en el poder, fama o reconocimiento que tendrá algún día?	NO	SI	PQ78
76.	¿Piensa mucho en el romance perfecto que tendrá algún día?	NO	SI	PQ79
77.	¿Cuando tiene algún problema, casi siempre insiste en ver a la persona que tiene el nivel más alto?	NO	SI	PQ80
78.	¿Siente que es importante pasar tiempo con las personas que son especiales o con influencias?	NO	SI	PQ81
79.	¿Es muy importante que las personas le pongan atención o lo admiren de alguna forma?	NO	SI	PQ82
80.	¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando se atraviesan en su camino?	NO	SI	PQ83
81.	¿Siente que usted es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI	PQ84
82.	¿Piensa que es necesario aplastar a algunas personas para conseguir lo que se desea?	NO	SI	PQ85
83.	¿Con frecuencia antepone sus necesidades a las necesidades de otros?	NO	SI	PQ86
84.	¿Con frecuencia espera que los demás hagan lo que les pide sin preguntar nada, solo por ser usted?	NO	SI	PQ87
85.	¿En realidad no está interesado en los problemas o sentimientos de los demás?	NO	SI	PQ88
86.	¿La gente se ha quejado de que no los escucha o no se preocupa por ellos?	NO	SI	PQ89
87.	¿Con frecuencia envidia a otros?	NO	SI	PQ90
88.	¿Siente que los demás le tienen envidia?	NO	SI	PQ91
89.	¿Se ha dado cuenta que en realidad existen pocas personas por las que vale la pena su tiempo y atención?	NO	SI	PQ92
90.	¿Se ha puesto frenético porque pensaba que alguien que le importaba lo iba a dejar?	NO	SI	PQ93
91.	¿Sus relaciones con las personas que le interesan tienen muchos altibajos?	NO	SI	PQ94
92.	¿Ha cambiado repentinamente el sentido de quién es o dónde está?	NO	SI	PQ95
93.	¿El sentido de quién es con frecuencia cambia dramáticamente?	NO	SI	PQ96
94.	¿Se comporta de forma distinta con distintas personas o en diferentes situaciones, por lo que en ocasiones ya no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	PQ97
95.	¿Han habido cambios repentinos en sus metas, planes de carrera, creencias religiosas?	NO	SI	PQ98
96.	¿Con frecuencia hace cosas impulsivamente?	NO	SI	PQ99
97.	¿Ha tratado de lastimarse o suicidarse o a amenazado con hacerlo?	NO	SI	PQ100
98.	¿Alguna vez se ha cortado o quemado a propósito?	NO	SI	PQ101
99.	¿Tiene muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	PQ102
100.	¿Con frecuencia se siente vacío por dentro?	NO	SI	PQ103
101.	¿Con frecuencia tiene estallidos o se enoja tanto que pierde el control?	NO	SI	PQ104
102.	¿Ha golpeado gente o arrojado cosas cuando está enojado?	NO	SI	PQ105
103.	¿Incluso las cosas pequeñas lo hacen enojar demasiado?	NO	SI	PQ106

104.	¿Cuando está bajo mucho estrés, sospecha de las demás personas o se siente sin espacio?	NO	SI	PQ10 7
105.	¿Antes de que tuviera 15 años, amenazaba a otros niños?	NO	SI	PQ10 8
106.	¿Antes de que tuviera 15 años, iniciaba peleas?	NO	SI	PQ10 9
107.	¿Antes de que tuviera 15 años, lastimó o amenazó a alguien con un arma, como un bat, ladrillo, una botella rota, cuchillo o pistola?	NO	SI	PQ11 0
108.	¿Antes de que tuviera 15 años, deliberadamente torturó a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	PQ11 1
109.	¿Antes de que tuviera 15 años, torturó o lastimó a algún animal a propósito?	NO	SI	PQ11 2
110.	¿Antes de que tuviera 15 años, le robó o arrebató a alguien algo por medio de amenazas?	NO	SI	PQ11 3
111.	¿Antes de que tuviera 15 años, forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a que se desnudara enfrente de usted o que lo tocara sexualmente?	NO	SI	PQ11 4
112.	¿Antes de que tuviera 15 años, provocó algún incendio?	NO	SI	PQ11 5
113.	¿Antes de que tuviera 15 años, destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	PQ11 6
114.	¿Antes de que tuviera 15 años, irrumpió en alguna casa, edificio o carro?	NO	SI	PQ11 7
115.	¿Antes de que tuviera 15 años, mentía demasiado o engañaba a las personas?	NO	SI	PQ11 8
116.	¿Antes de que tuviera 15 años, en ocasiones robaba cosas o falsificaba la firma de alguien?	NO	SI	PQ11 9
117.	¿Antes de que tuviera 15 años, huyó de su casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	PQ12 0
118.	¿Antes de que tuviera 13 años, con frecuencia se quedaba fuera de casa hasta tarde, mucho más tarde de lo que supuestamente debía?	NO	SI	PQ12 1
119.	¿Antes de que tuviera 13 años, faltaba mucho a la escuela?	NO	SI	PQ12 2

Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

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)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburo con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compro cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1º, 2º, 7º y 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Yo María Fernanda Zúñiga Aguilar, como personal adscrito a Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarado y con Residente número de empleado Residente declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado, me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.

Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.

No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

i) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, o

ii) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me exculpe de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.

No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.

En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.

No interveniré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.

No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.

En ningún caso me prestaré a realizar asientos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.

Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.

En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, o bien de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

Este documento se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA: Ciudad de México a 01 de abril de 2021.

NOMBRE Y FIRMA: María Fernanda Zúñiga Aguilar

Carta de autorización al Jefe del Servicio de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Ciudad de México a 20 de abril del 2021.

Dr. José Ibarreche Beltrán
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno límite de personalidad (TLP), y su relación con las mediciones de impulsividad en mujeres.**

Durante un período de 2 meses a partir de **abril a mayo de 2021**. El cual se evaluará por medio de 3 escalas autoaplicables y una prueba de respuesta a estímulos visuales.


Agradeciéndole de antemano la atención a la presente.

Atentamente



Dra. María Fernanda Zúñiga Aguilar

Médica Residente de 4to año

SAEUD HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ALVAREZ 

Jefatura De Servicios Ambulatorios

RECIBIDO



Carta de autorización a la Jefa de División de Hospitalización del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Ciudad de México a 20 de abril del 2021.


Dra. Miriam Estrada Martínez
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulada: **Comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno límite de personalidad (TLP), y su relación con las mediciones de impulsividad en mujeres.**

Durante un período de 2 meses a partir de **abril a mayo de 2021**. El cual se evaluará por medio de 3 escalas autoaplicables y una prueba de respuesta a estímulos visuales.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente



Dra. María Fernanda Zúñiga Aguilar

Médica Residente de 4to año



Recibi: 20 de abril 2021

Dra. Miriam Estrada Martínez

CED. PROF. 1377008
CED. ESR. 4554693

Ciudad de México a 10 de abril del 2021

DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que acepto fungir como Asesora de Tesis de la Dra. María Fernanda Zúñiga Aguilar, Médico Residente de cuarto año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. *Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este*
- b. *Informar avance y seguimiento de la investigación*
- c. *Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación*

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo

ATENTAMENTE



Dra. Xóchitl Duque Alarcón
Médico especialista en Psiquiatría
Colaborador de Investigación HFBA-ISSSTE

c.c.p.- MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHL- Secretaria y Coordinadora del Comité de Investigación