

**PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR  
DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD EN DOS INSTITUCIONES DE  
BOGOTA DURANTE EL AÑO 2012**

**Dra LUCIA CRISTINA QUIROGA JIMENEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PSIQUIATRIA INFANTIL  
BOGOTÁ D.C.  
2013**

**PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR  
DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD EN DOS INSTITUCIONES DE  
BOGOTA DURANTE EL AÑO 2012**

**INVESTIGADORES**

**LUCIA CRISTINA QUIROGA JIMENEZ**

**Asesor Temático**

**Roberto Chaskel MD. Psiquiatra Infantil**

**Asesor Metodológico**

**Daniel Toledo MD. Psiquiatra Epidemiólogo**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PSIQUIATRIA INFANTIL**

**BOGOTÁ D.C.**

**2013**

## TABLA DE CONTENIDO

### RESUMEN

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN  | 9  |
| 2. FUNDAMENTO TEORICO  | 10 |
| 2.1. Epidemiología   | 11 |
| 2.2. Consideraciones clínicas                                    | 11 |
| 2.3. Estados comórbidos con TDAH en niños y adultos              | 12 |
| 2.4. Herramientas de diagnóstico y seguimiento en la edad adulta | 14 |
| 3. JUSTIFICACIÓN   | 17 |
| 4. OBJETIVOS   |    |
| 4.1. General   | 18 |
| 4.2. Específicos   | 18 |
| 5. METODOLOGIA   |    |
| 5.1. Pregunta de Investigación                                   | 19 |
| 5.2. Tipo de estudio   | 19 |
| 5.3. Población   |    |
| 5.3.1. Población de Referencia                                   | 19 |
| 5.3.2. Población Blanco  | 19 |
| 5.3.3. Población de Estudio                                      | 19 |
| 5.4. Criterios de Selección                                      |    |
| 5.4.1. Criterios de Inclusión                                    | 19 |
| 5.4.2. Criterios de Exclusión                                    | 20 |
| 5.5. Instrumentos  | 20 |
| 5.6. Desarrollo del Estudio                                      | 21 |
| 5.7. Desenlace a evaluar   | 22 |
| 5.8. Plan de análisis estadístico                                | 23 |
| 6. RESULTADOS  | 23 |
| 7. DISCUSION   | 30 |
| 8. CRONOGRAMA  | 33 |
| 9. ASPECTOS ETICOS   | 34 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS                                   | 36 |
| 11. TRAYECTORIA DE LOS INVESTIGADORES                            | 40 |

### ANEXOS

TABLAS Y GRAFICOS

|              |   |    |
|--------------|---|----|
| Tabla No 1   | Psicopatología según SRQ en sujetos positivos para TDAH                         | 25 |
| Tabla No 2   | Características demográficas de los padres entrevistados                        | 26 |
| Tabla No 3   | Distribución porcentual según interferencias identificadas en la infancia       | 28 |
| Grafico No 1 | Psicopatología parental en los padres de niños con TDAH                         | 24 |
| Grafico No 2 | Distribución porcentual de psicopatología según la Escala de Auto-reporte (SRQ) | 24 |
| Grafico No 3 | Distribución porcentual según presencia de TDAH en padres de niños con TDAH     | 25 |
| Grafico No 4 | Distribución por síntomas de TDAH en padres con escala ASRS positiva            | 26 |
| Grafico No 5 | Distribución porcentual según antecedentes psiquiátricos                        | 27 |
| Grafico No 6 | Distribución porcentual según interferencias siendo adulto                      | 28 |
| Grafico No 7 | Distribución porcentual según diagnóstico                                       | 29 |
| Grafico No 8 | Distribución por género en ansiedad y depresión                                 | 29 |

## PSYCHOPATHOLOGY IN PARENTS OF CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER FOR TWO INSTITUTIONS IN BOGOTA DURING THE YEAR 2012

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common disorders in childhood and frequently associated with other comorbidities, representing a complex problem where multiple factors intervene such as the child rearing practices and treatment adherence. Studies suggest that this comorbidity is associated with childhood parental psychopathology among which includes not only ADHD, but also affective and anxiety disorders.

**THEORETICAL:** ADHD is commonly under-diagnosed or confused with other psychiatric disorders, which delays proper treatment deteriorates the family, work and social welfare environments of patients and their families. It is often diagnosed in childhood and involves active participation of parents in the management process in order to decrease comorbidity in these children. Although there are few published studies that refer to existing psychopathology in parents of children with ADHD, data available to date mentions that parental psychopathology could complicate therapeutic efficacy and outcomes of ADHD in children. Therefore knowing existing clinical comorbidity in the parents of children with ADHD promotes greater understanding of the factors related to child comorbidity and its implications at the time of diagnostic evaluation and effective treatment plan for both ADHD and the existing comorbidities.

**JUSTIFICATION:** This work was performed considering that there is no published national data regarding the prevalence of ADHD in adults, this being a significant psychopathology since its beginning in childhood, persistency throughout life, heritability and impact upon the rearing practices of children with this diagnosis.

**OBJECTIVE:** To determine the existing psychopathology in a group of adults whose children are diagnosed with ADHD.

**METHODOLOGY:** A descriptive study applied to a group of adults whose children are diagnosed with ADHD. Adults took evaluation surveys for presence

of ADHD and other surveys that confirm the most frequent comorbid psychiatric disorders such as anxiety, depression and Alcohol Abuse.

**RESULTS:** 64% of parents tested were positive for ADHD, with attention problems presenting more often. Significant differences were observed in the presentation of somatic symptoms such as cephalgia, hyporexia, fear and indecision. Of the interviewees, 18% were positive for depression and 32% were positive for anxiety.

**KEYWORDS:** ADHD, parental psychopathology, anxiety, depression, alcohol abuse.

## **PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD EN DOS INSTITUCIONES DE BOGOTA DURANTE EL AÑO 2012**

### **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y con frecuencia se asocia a otras comorbilidades, representando un problema complejo donde intervienen factores como el proceso de crianza y la adherencia con el tratamiento. Los estudios sugieren que esta comorbilidad infantil se asocia a psicopatología parental entre las cuales se incluye no solo el TDAH sino también trastornos afectivos y de ansiedad.

**FUNDAMENTO TEÓRICO:** El TDAH es comúnmente subdiagnosticado o confundido con otras patologías psiquiátricas, lo cual retarda el tratamiento adecuado, deteriorando el mundo familiar, laboral y social de los pacientes y su familia. Es frecuentemente diagnosticado en la infancia e implica una participación activa de los padres en el proceso de manejo con el fin de disminuir la comorbilidad en estos niños. Aunque hay pocos estudios publicados que hacen referencia a la psicopatología existente en los padres de niños con TDAH, los datos disponibles a la fecha mencionan que la psicopatología parental puede complejizar la eficacia terapéutica y los resultados del TDAH en los niños. De tal forma que conocer la comorbilidad clínica existente en los padres de niños con TDAH favorece un mayor entendimiento de los factores relacionados con la comorbilidad infantil y sus implicaciones al momento de realizar una evaluación diagnóstica y un plan terapéutico eficaz tanto para el TDAH como para las comorbilidades presentes.

**JUSTIFICACIÓN:** El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta que no hay datos nacionales publicados con relación a la prevalencia del TDAH en adultos, siendo esta una psicopatología relevante dado su inicio en la infancia, persistencia a lo largo de la vida, heredabilidad e impacto en la crianza de los niños con este diagnóstico.

**OBJETIVOS:** Determinar la psicopatología existente en un grupo de adultos cuyos hijos tienen diagnóstico de TDAH.

**METODOLOGIA:** Es un estudio observacional descriptivo transversal aplicado sobre un grupo de adultos cuyos hijos tienen diagnóstico de TDAH a quienes se les aplicó las encuestas de evaluación para presencia de TDAH así como aquellas que confirman los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes como son Ansiedad, Depresión y Abuso de Alcohol.

**RESULTADOS:** El 64% de los padres evaluados fueron positivos para TDAH, presentando problemas de atención en mayor frecuencia. Se observaron diferencias significativas en la presentación de síntomas somáticos como cefalea, hiporexia, así como indecisión y miedo fácil. De los sujetos entrevistados, 18% mostraron resultados positivos en depresión y 32% en ansiedad.

**PALABRAS CLAVE:** TDAH, psicopatología parental, ansiedad, depresión, abuso de alcohol.

## **PSICOPATOLOGIA EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN-HIPERACTIVIDAD EN DOS INSTITUCIONES DE BOGOTA DURANTE EL AÑO 2012**

### **1. INTRODUCCION**

Durante más de 70 años el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ha sido estudiado en la población infantil dado que se consideraba que este trastorno disminuía en la adolescencia. Sin embargo la literatura actual lo ubica como persistente en la adultez constituyéndose en un problema de salud pública dada la morbilidad y consecuencias psicosociales asociadas. Conocer posibles factores asociados puede permitir generar estrategias terapéuticas efectivas. Dentro del desarrollo clínico se ha observado la presencia de psicopatología parental que puede intervenir en el proceso terapéutico mediante el desarrollo de un patrón de crianza punitivo, renuencia frente al diagnóstico de los niños y frente al plan de tratamiento, factores que pueden estar involucrados en la generación de comorbilidades de los niños con TDAH. Por lo anterior, ante la presencia de un antecedente de déficit atencional en la infancia, debe ser norma indagar por la presencia de dichos síntomas u otro tipo de psicopatología en los padres. En Colombia, y en especial en el distrito capital de Bogotá no existen datos acerca de la presencia de estos síntomas en la edad adulta, ni la presencia de psicopatología asociada en padres de niños que tienen el diagnóstico de TDAH.

## 2. FUNDAMENTO TEORICO

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el diagnóstico psiquiátrico más común en la infancia, constituye la enfermedad crónica más frecuente del periodo escolar y representa un problema complejo debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (1,10).

El TDAH tiene una heredabilidad cercana al 70%, uno de los más altos en los trastornos psiquiátricos. Los niños de padres con TDAH tienen siete veces más probabilidad de desarrollar estos síntomas (2), lo cual implica que existe la posibilidad de que los padres de niños con TDAH también tenga síntomas asociados a este trastorno.

Pocos estudios publicados hacen referencia a la psicopatología existente en los padres de niños con TDAH, pero los pocos datos disponibles sugieren que hay un perfil similar entre padre y madre manteniéndose las diferencias de género existentes para el TDAH. Los trastornos de ansiedad y de ánimo fueron menos frecuentes que el TDAH en los padres. La alta tasa de comorbilidad parental en particular de TDAH y trastornos del ánimo puede complejizar la eficacia terapéutica y los resultados del TDAH en los niños (25). De tal forma que conocer la comorbilidad clínica existente en los padres de niños con TDAH favorece un mayor entendimiento de los factores relacionados con la comorbilidad infantil y sus implicaciones al momento de realizar una evaluación diagnóstica y un plan terapéutico eficaz tanto para el TDAH como para las comorbilidades presentes (23).

### 2.1. EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia del TDAH en la población oscila entre 1,7 y 20% según los resultados descritos por múltiples estudios. En Chile, Toledo y colaboradores, realizaron un estudio de campo en niños de primer año de enseñanza básica del área occidental de Santiago, encontrando una prevalencia para TDAH de 6,2%(1), cifra que varía en distintos países: Alemania(9.6%); Suecia(3.7%); España(6%); Hong-Kong(9%); Puerto Rico(5%) (2). En Colombia según resultados del estudio realizado por Cornejo y colaboradores, se encuentra una

prevalencia en la población escolar del 15,8% (3). En general, su prevalencia estimada es de 3 a 7%, afectando con más frecuencia a los hombres con una razón de 3 a 9:1 con respecto a las mujeres. Estas diferencias pueden ser explicadas por la diversidad en los criterios diagnósticos y métodos de evaluación utilizados.

Durante más de 70 años, la investigación se centró en la población infantil, dado que se consideraba que este trastorno no se manifestaba en la edad adulta. A partir de 1976, diferentes investigaciones aportaron evidencia sólida respecto a la validez del diagnóstico de TDAH en adultos, mostrando que puede persistir en cerca del 60% de los adultos que tenían estos síntomas antes de los siete años de edad. Los primeros trabajos encontraron prevalencias entre el 4 y el 5% en adultos (4-7).

## 2.2. CONSIDERACIONES CLINICAS

El TDAH es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia, que implica una participación activa de los padres en el proceso de manejo con el fin de disminuir la comorbilidad en estos niños. Hasta el momento, hay una reducida cantidad de artículos que se dirigen a evaluar las implicaciones que la psicopatología parental tiene en este proceso de crianza. La descripción de la literatura actual hace alusión a estrategias de disciplina más negativas y un patrón de crianza menos asertivo (24-26).

Los estudios sugieren que comorbilidades como el trastorno oposicional desafiante y problemas de conducta se asocian con psicopatología parental teniendo en cuenta que los resultados han reportado síntomas de tipo afectivo, ansiedad, dependencia a cocaína y alcohol en madres de niños con TDAH; mientras que en los padres se han observado trastornos de personalidad antisocial y depresión (24-26).

El TDAH es comúnmente subdiagnosticado o confundido con otras patologías psiquiátricas, lo cual retarda el tratamiento adecuado, deteriorando el mundo familiar, laboral y social de los pacientes quienes llegan a la edad adulta sin claridad respecto a la presencia de este diagnóstico siendo otra de las

psicopatologías observadas en los padres de niños con este diagnóstico (7;8;25).

Aunque los criterios diagnósticos para el TDAH son los mismos en adultos y en niños, la presentación del trastorno sí difiere entre estos grupos etáreos. En niños, la relación hombre-mujer es aproximadamente 3:1, mientras que en adultos es casi 1:1. Esta no es la única diferencia, además existe una disminución dependiente de la edad en algunos síntomas como la hiperactividad e impulsividad. Así mismo, los síntomas de TDAH que persisten en la adolescencia y la adultez tienen la tendencia a expresarse de forma diferente con el tiempo (4;9;10).

Realizar el diagnóstico de TDAH en adultos implica una evaluación completa de la historia personal que incluye datos clínicos acerca de la sintomatología presentada en la infancia, descripción de los síntomas actuales y las posibles alteraciones funcionales existentes, así como una historia psiquiátrica familiar y complemento de la información a través del cónyuge o familiar cercano (4;7).

### 2.3 ESTADOS COMORBIDOS CON TDAH EN NIÑOS Y ADULTOS

El diagnóstico de TDAH en adultos se torna más complejo por la presencia de condiciones comórbidas que pueden confundir la realización apropiada del diagnóstico. Los resultados de estudios realizados por diferentes autores, entre ellos Mikami, Hinshaw, y Biederman, encuentran mayor presencia de conductas disruptivas, trastornos del lenguaje, del ánimo y ansiedad en niñas con TDAH comparado con aquellas sin este diagnóstico. Además tienen significativamente más riesgo para trastornos antisociales, depresión mayor y trastornos de ansiedad en la adultez joven lo cual es consistente con los resultados obtenidos en evaluaciones de seguimiento de adolescentes, que concuerda con una elevada tasa de trastornos externalizantes e internalizantes descrito por Hinshaw (4;7;14;15).

Estudios retrospectivos en adultos con TDAH identifican una prevalencia entre 10-45% para trastornos de ansiedad y 35-50% para episodios depresivos. Los resultados del estudio realizado en la Universidad de Michigan revelan que 38,3% de adultos con TDAH tienen cualquier trastorno del ánimo (TDM,

Distimia, TAB), 47,1% tienen trastornos de ansiedad (TAG, TEPT, Trastorno de pánico, TOC o agorafobia), 29,3% tienen fobia social, 22,7% fobia específica y 15% cualquier trastorno por uso de sustancias psicoactivas (17).

Un estudio enfocado en la presencia de trastornos en eje I y II muestra que 83,5% de pacientes con TDAH tienen al menos una comorbilidad en eje I, y 78,5% en eje II. Esta alta tasa de comorbilidad es una característica distinta en niños y adultos con TDAH. Spencer y colaboradores indican bases genéticas y neurobiológicas para explicar el desarrollo del TDAH así como de las condiciones comórbidas, sin embargo aún es un desafío establecer si los síntomas son debidos al TDAH y no a otra condición, o si otra condición es comórbida con el TDAH. Esas distinciones tienen serias implicaciones no solo para el diagnóstico preciso de esas condiciones sino también para un tratamiento y resultado óptimo (16, 17).

La alta asociación de TDAH con comorbilidad sugiere que existe una continuidad de esas condiciones comórbidas desde la infancia hasta la edad adulta. En adultos la problemática se torna más compleja y los trastornos de personalidad son adicionados a las comorbididades presentes en eje I. Respecto a la prevalencia de trastornos de personalidad comórbidos con TDAH hay pocos estudios que lo documenten, sin embargo se considera que el TDAH tiene la capacidad de alterar la personalidad incrementando el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad describiéndose el trastorno límite, narcisista, histriónico y antisocial como los comúnmente asociados (17).

Los niños con TDAH con frecuencia elevan su comorbilidad asociado a otros factores entre ellos la morbilidad parental (24). La presencia de depresión y ansiedad familiar, por ejemplo, puede influir en el desarrollo de trastornos internalizantes. Así mismo, un patrón de conducta antisocial, abuso de sustancias o bajo nivel educativo parental puede estar asociado a la presencia de conductas externalizantes como agresividad o delincuencia en estos niños (23).

Los adultos con TDAH con frecuencia funcionan por debajo de su capacidad en muchos aspectos de su vida. Síntomas tales como dificultad para concentrarse o seguir instrucciones complejas, pobres habilidades de escuchar y baja

tolerancia a la frustración terminan en una alta tasa de inestabilidad laboral, bajo nivel de desempeño, y una mayor posibilidad de pérdida laboral (4,16).

## 2.4 HERRAMIENTAS DE DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA EDAD ADULTA

La persistencia en la adultez del TDAH empezó a generar interés en diferentes autores, por este motivo Paul Wender creó los criterios de UTAH teniendo en cuenta la ausencia en ese momento de criterios diagnósticos apropiados para la evaluación en esta etapa de la vida. Según la descripción realizada por este autor, un adulto con TDAH tiene una historia en la infancia de alteraciones de atención e hiperactividad, junto con problemas de conducta en el colegio, impulsividad, inquietud, e irritabilidad; sumado a una historia en la edad adulta de problemas de atención persistentes e hiperactividad con síntomas de labilidad afectiva, mal genio, intolerancia al estrés, desorganización e impulsividad (1;2;4).

Ante la falta de pruebas biomédicas que diagnostiquen el TDAH, la creación de escalas de evaluación se convierte en una buena herramienta diagnóstica para los síntomas generales de este trastorno. El uso de *Wender Utah Rating Scales* (WURS-25) está recomendado para realizar el diagnóstico en adultos del TDAH. El desempeño de la versión en español de WURS-25 se evaluó en adultos con antecedente de TDAH en la infancia, encontrando una sensibilidad de 91,5% y una especificidad de 90,8% para un punto de corte de 32. Los ítems de esta escala corresponden a signos y síntomas tomados de la descripción realizada por Wender y reducidos a 25 ítems que mostraron validez en el proceso diagnóstico del TDAH en la adultez (10-13).

Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Grupo de Trabajo sobre el TDAH del adulto desarrollaron conjuntamente la Escala de Auto-detección del TDAH del Adulto (ASRS v1.1) y su sistema de calificación con el fin de establecer una herramienta práctica para complementar la realización del diagnóstico en esta población. Esta escala emplea 18 ítems, nueve que evalúan atención y nueve que evalúan hiperactividad/impulsividad, donde los síntomas se clasifican según su frecuencia y cuya puntuación final permite un diagnóstico probable del TDAH (7).

Con el objetivo de evaluar la presencia de psicopatología asociada, teniendo en cuenta los datos que aporta la literatura respecto a las comorbilidades más frecuentes entre las que se encuentra la depresión, ansiedad y consumo de alcohol, se emplea el cuestionario de auto-reporte SRQ, la escala de ansiedad y depresión de Zung, y la prueba para la detección del consumo excesivo de alcohol-AUDIT. El cuestionario de autoreporte SRQ consta de 30 preguntas de respuesta dicotómica —sí o no— y lo diseñó la Organización Mundial de la Salud como instrumento de cribado para trastornos mentales en el contexto de la atención primaria de salud con el fin de estimar la prevalencia puntual de estas afecciones. Las primeras 20 preguntas hacen referencia a síntomas somáticos y psicológicos, que se agrupan como Neuroticismo considerándose positivo si 7 o más preguntas son afirmativas. Entre tanto, las preguntas 21 a 24 corresponden al grupo de Psicoticismo siendo positivo la presencia de al menos una respuesta afirmativa. Finalmente, las preguntas 26 a 30 buscan la presencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol, el cual se considera presente con 2 o más respuestas afirmativas (18,22).

La escala de Zung para depresión es un instrumento auto-administrado que ha mostrado adecuada sensibilidad, especificidad y fiabilidad en Colombia. Las puntuaciones iguales o superiores a cuarenta se consideran síntomas depresivos o sugestivos de un episodio depresivo. Los parámetros cuantitativos utilizados para definir la presencia de un episodio depresivo son un puntaje mayor o igual a 50 puntos, caracterizando el nivel de severidad según los siguientes valores: Leve 50-59, moderada 60-69, y severa 70-100 (19). La escala para ansiedad de Zung evalúa la ansiedad clínica como un trastorno utilizando como punto de corte un puntaje igual o superior a 36. Al igual que la escala para depresión, caracteriza tres niveles de severidad según el siguiente puntaje: leve 36-51, moderada 52-67 y severa 68-80 (20, 21).

Es importante reconocer las diferencias en la presentación de los síntomas en los adultos comparados con los niños con TDAH, así como las consecuencias económicas, sociales y personales que tiene a largo plazo en los adultos. La persistencia de los síntomas puede disminuir los logros laborales o escolares, afectar las relaciones interpersonales y la autoestima, así como disminuir dramáticamente la calidad de vida del adulto especialmente si el diagnóstico no

es identificado. Un diagnóstico temprano y certero del TDAH en el adulto, seguido por una intervención adecuada puede mejorar dramáticamente los resultados a largo plazo en individuos con este trastorno (4).

### 3. JUSTIFICACION

Este trabajo se realizó teniendo en cuenta que no hay datos nacionales publicados con relación a la prevalencia del TDAH en adultos, siendo esta una psicopatología relevante dado su inicio en la infancia, persistencia a lo largo de la vida y heredabilidad.

Además, es una entidad clínica persistente en la adultez constituyéndose en un problema de salud pública ante la morbilidad y consecuencias psicosociales asociadas; y se constituye en un factor determinante en la crianza de los niños con TDAH. Aunque aún no está completamente definido, sí se conoce que en la comorbilidad de los niños con TDAH hay psicopatología parental asociada, lo cual hace necesario conocerla ya que serviría como estudio base para próximos proyectos de investigación que permitan comprobar su asociación para ofrecer tratamiento a los padres y mejorar las condiciones en las cuales sucede la crianza de estos niños.

## 4. OBJETIVOS

### 4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la presencia de psicopatología en un grupo de adultos que asisten al taller para padres de niños con TDAH.

### 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la percepción subjetiva de interferencias en los adultos con diagnóstico de TDAH.
- Conocer las características socio demográficas presentes en un grupo de adultos diagnosticados con TDAH.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- Cuál es la psicopatología de un grupo de adultos, padres de niños con TDAH que asisten al taller para mejorar la crianza de sus hijos y quienes tienen síntomas de TDAH del adulto?

### 5.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional descriptivo transversal

### 5.3. POBLACION

#### 5.3.1. Población referencia

Sujetos adultos que asistieron al taller para padres del grupo terapéutico de niños con TDAH, quienes parecen tener el mismo síndrome que sus hijos.

#### 5.3.2. Población Blanco

Sujetos adultos que asistieron al taller para padres del grupo terapéutico de niños con TDAH del servicio de psiquiatría infantil en un periodo de tres meses consecutivos.

#### 5.3.3. Población de Estudio

Sujetos adultos que asistieron al taller para padres del grupo terapéutico de niños con TDAH en un periodo comprendido de tres meses consecutivos a la fecha de aprobación del presente protocolo por el comité de ética y que cumplieron con los criterios de inclusión.

No se realizó cálculo de muestra ya que se tomaron todos los padres de hijos con TDAH en los 3 meses de estudio.

### 5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### 5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION

- Edad mayor de 18 años al aplicar este estudio

- Sujetos cuya puntuación en Escala de Auto-reporte de síntomas de TDAH en adulto sea superior a 24
- Sujetos con disposición para asistir a las citas programadas
- Aceptación voluntaria para participar y firma de consentimiento informado

#### 5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presencia de algún déficit sensoriomotor que impida la aplicación de las escalas de evaluación
- Sujetos con alteraciones neurológicas, trastorno generalizado del desarrollo o limitación cognitiva que no les permitan consentir su participación en el estudio
- Sujetos que no diligencien completamente las variables dispuestas en las escalas de evaluación

#### 5.5 INSTRUMENTOS

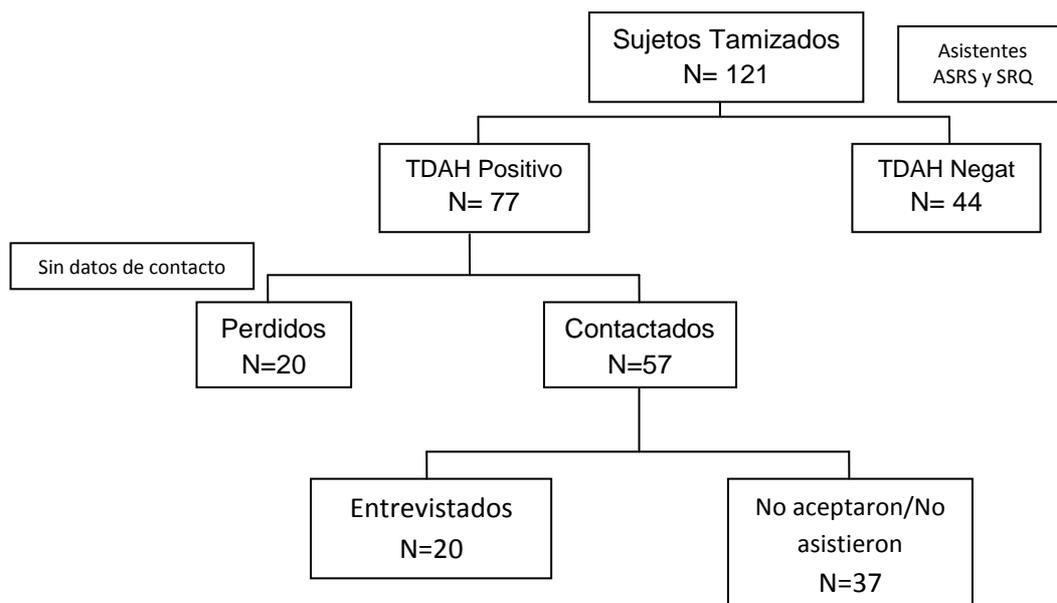
A todo participante del taller para padres de niños con TDAH que voluntariamente aceptó participar, se le aplicaron las encuestas de evaluación inicial que determinan la presencia de síntomas de TDAH en el adulto. Posteriormente aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados a participar en la visita de tamizaje se firmó el consentimiento informado y se les realizó una entrevista individual y la aplicación de las escalas de evaluación de psicopatología, además de obtener los datos socio-demográficos consignados en la historia clínica.

- Escala de Auto-Reporte de síntomas de TDAH en Adultos
- Cuestionario de Autoreporte SRQ
- Escala de Calificación de Wender-Utah (WURS-25)
- Escala de Depresión y Ansiedad de Zung
- Encuesta para la detección de trastorno por uso de alcohol (AUDIT)

## 5.6 DESARROLLO DEL ESTUDIO

### 5.6.1 Primera Fase: Reclutamiento

Los padres de niños diagnosticados con TDAH quienes asistieron al taller para padres del grupo terapéutico fueron invitados por el residente de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes de la Universidad del Bosque a participar en el estudio y diligenciar la Escala de Auto-Reporte de síntomas de TDAH en Adultos y el Cuestionario de Autoreporte SRQ. Aquellos cuyo resultado en la Escala de Auto-Reporte de síntomas de TDAH del adulto fue superior a 24 fueron contactados por correo electrónico e invitados a participar en la visita de tamizaje, sin embargo es importante tener en cuenta que 20 sujetos no tenían ninguna dirección de contacto por lo cual no fue posible invitarlos a la siguiente fase.



#### 5.6.1.2 Visita de Tamizaje

Durante esta visita los sujetos que asistieron fueron valorados por el residente de psiquiatría infantil y de adolescentes de la Universidad de El Bosque, en una entrevista que duró alrededor de 60 minutos, donde se brindó a los posibles

candidatos información completa acerca del estudio, posterior a lo cual se realizó la firma del consentimiento informado. Se obtuvo una historia clínica completa, con datos acerca de antecedentes psiquiátricos incluyendo retardo mental o trastornos generalizados del desarrollo, así como de patologías neurológicas o sistémicas que afecten el sistema nervioso central.

Los candidatos seleccionados fueron invitados a continuar con la aplicación de las escalas de evaluación propuestas en este estudio: Escala de Calificación de Wender-Utah (WURS-25), Escala de Depresión y Ansiedad de Zung, y la encuesta para la detección de trastorno por uso de alcohol (AUDIT).

#### 5.6.2 Segunda Fase: Depuración de los datos y análisis estadístico

Después de diligenciados todos los formatos de recolección de datos, éstos fueron auditados y los errores detectados fueron evaluados y debidamente corregidos por la persona responsable. Posteriormente, la información se digitó por el investigador y para garantizar la calidad de los datos, fue revisada en una segunda ocasión. Las discrepancias entre las bases de datos fueron corregidas empleando el formato de recolección de datos original como referencia. Se realizó el proceso de análisis empleando el programa SPSS.

#### 5.6.3 Tercera fase: Generación de informe final y sometimiento del manuscrito

Al finalizar el estudio los resultados fueron evaluados, discutidos y se presentaron en un informe final ante los docentes de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes de la Universidad del Bosque.

### 5.7 DESENLACE A EVALUAR

Se tabuló la información obtenida de cada participante de acuerdo al resultado de cada una de las escalas cuantificando la presencia de los síntomas psicopatológicos descritos, en especial de los síntomas de TDAH en adultos.

Se consideró necesario recolectar otras variables que comprendían las características demográficas y clínicas para realizar una caracterización de los pacientes. Se seleccionaron variables como fecha de nacimiento, género,

estado civil o social, estudios alcanzados, estado laboral, estas variables se recolectaron en un formato anexo y se digitaron en una bases de datos en Excel.

## 5.8 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Toda la información fue recolectada en una base de datos empleando el programa Excel 2010. Se realizó la limpieza y verificación de los datos de cada una de las encuestas realizadas de manera primaria y directa una vez fue realizada la entrevista de evaluación.

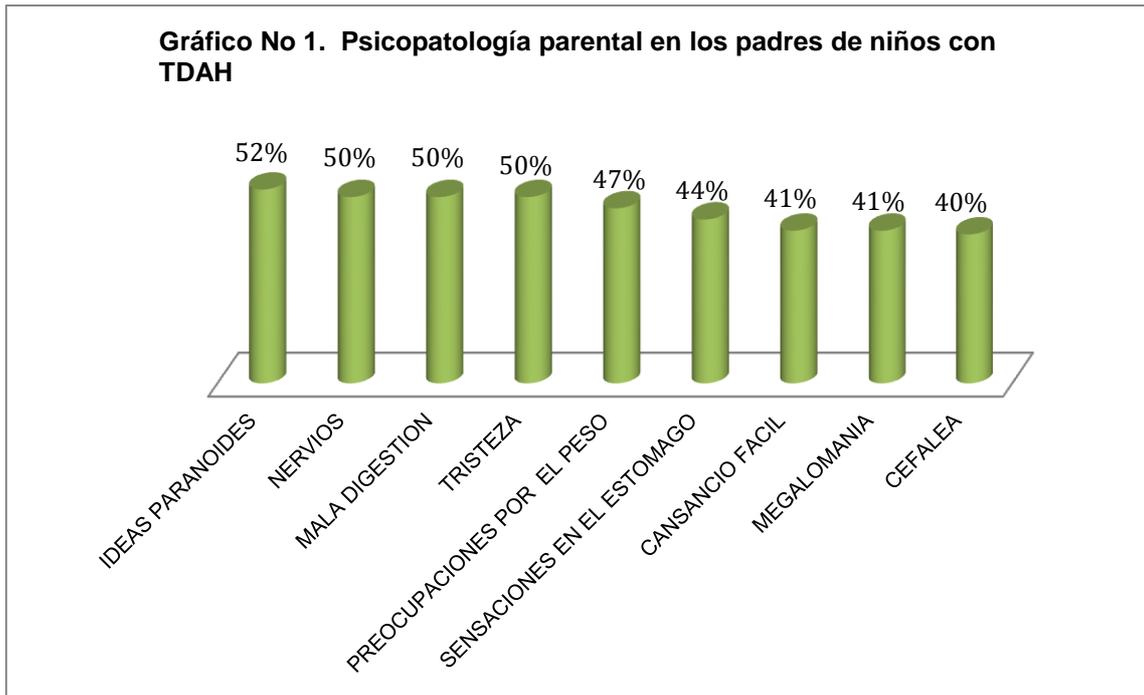
Se determinó la frecuencia de TDAH en padres de niños con TDAH atendidos en el taller para padres de niños con TDAH y posteriormente se determinó la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en ellos. Se hizo una descripción de las comorbilidades según género, edad, y otras variables sociodemográficas.

Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado: de las variables demográficas, clínicas, de los resultados de las escalas propuestas, en términos de medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

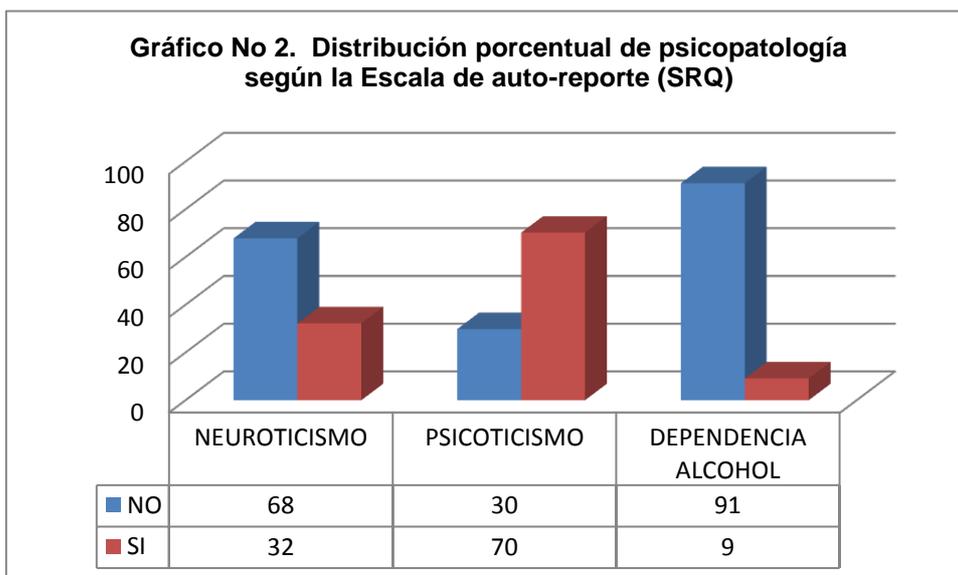
## 6. RESULTADOS

El estudio evaluó un total de 121 adultos que asistieron al taller para padres de niños con diagnóstico de Trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) durante el año 2012.

Como lo muestra la gráfica No 1 dentro de los resultados se observó una alta frecuencia de ideas paranoides, en cuanto a los síntomas somáticos son evidentes los asociados a mala digestión y cansancio fácil, igualmente llama la atención que el 50% de los sujetos presentaron síntomas emocionales relacionados con tristeza y nervios (49). Existieron diferencias significativas en la presentación de cefalea ( $p= 0,015$ ), hiporexia ( $p=0,018$ ), pensar no claro, indecisión y miedo fácil entre quienes tenían TDAH y quiénes no.



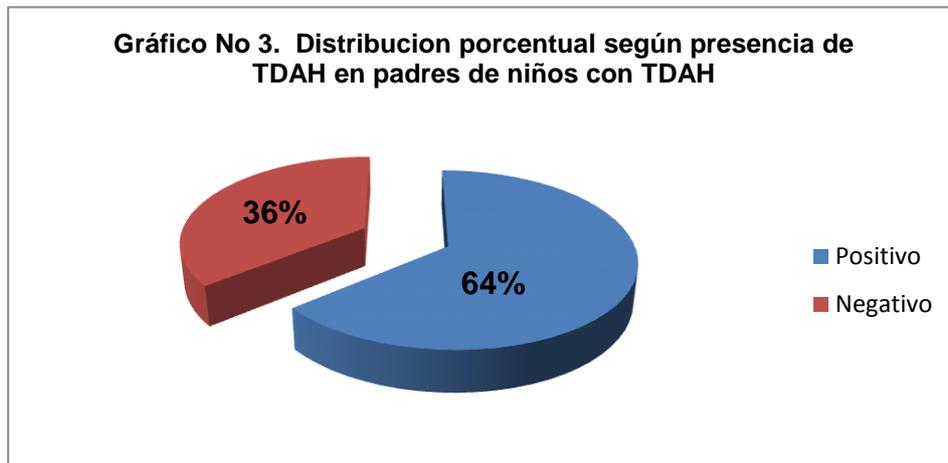
El análisis de los datos según la clasificación de la escala de auto-reporte (SRQ) en la población total del estudio, muestra alta frecuencia de psicoticismo en los sujetos evaluados como se observa en la gráfica No 2, aunque no hay diferencias significativas estadísticamente.



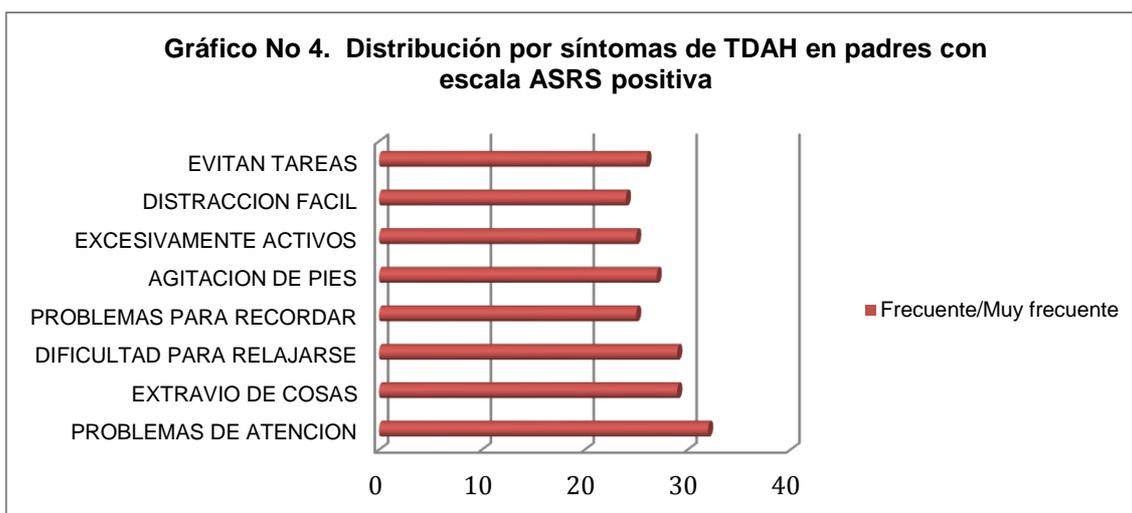
La tabla No 1 muestra los resultados comparativos en los sujetos con resultado positivo para TDAH donde persiste una mayor frecuencia de psicoticismo, si bien los resultados siguen siendo no significativos estadísticamente.

| Clasificación SRQ   | Sujetos | OR    | IC          | p     |
|---------------------|---------|-------|-------------|-------|
| Neuroticismo        | 28      | 1,71  | 0,741-3,913 | 0,139 |
| Psicoticismo        | 58      | 1,92  | 0,865-4,269 | 0,080 |
| Dependencia Alcohol | 8       | 1,585 | 0,398-6,311 | 0,381 |

**Tabla No 1. Psicopatología según SRQ en sujetos positivos para TDAH.**



El 64% (77) de los padres evaluados fueron positivos para TDAH, quienes presentaron principalmente síntomas relacionados con atención como extravío de cosas, problemas para recordar, distracción fácil, evitan tareas, problemas de atención y otros asociados a hiperactividad como dificultad para relajarse, agitación de pies, y excesivamente activos tal como se muestra en la gráfica No 4.



Existen diferencias significativas en la presentación de síntomas en los pacientes con diagnóstico de TDAH, predominando las características atencionales.

De los 77 padres positivos para TDAH, 20 fueron entrevistados por la investigadora principal, como se muestra en la tabla la mayoría de los entrevistados fueron mujeres. De ellos, el 80% trabajan en diferentes actividades como el comercio y el hogar, entre otros. Su antigüedad laboral es diversa, encontrando desde 1 año hasta los 20 y más años. Estos padres proceden en su mayoría de Bogotá y sus alrededores.

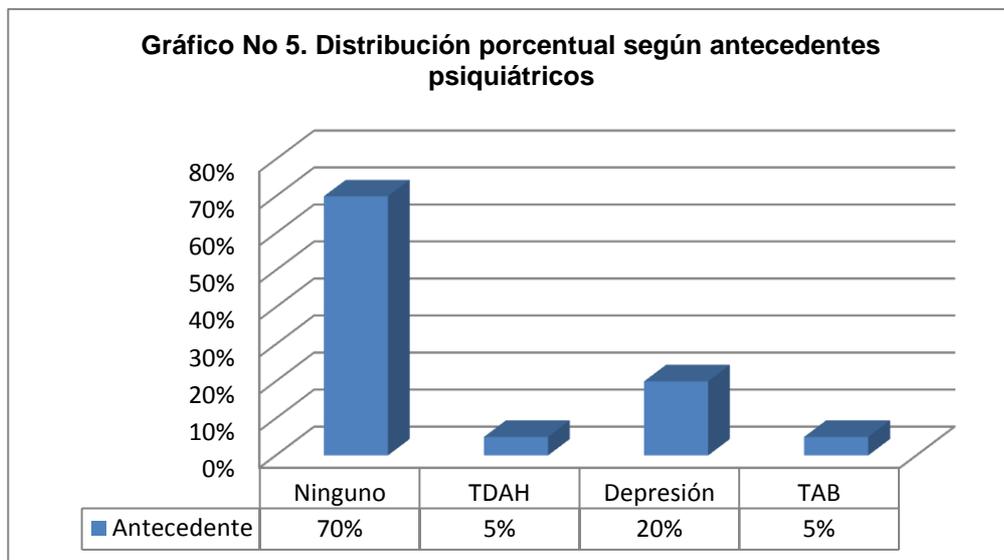
| <b>Sexo</b>         | <i>Mujer</i> | <i>Hombre</i> |
|---------------------|--------------|---------------|
|                     | 12 (60%)     | 8 (40%)       |
| <b>Edad</b>         | 40 ± 10,16   | 39 ± 8,36     |
| <b>Trabaja</b>      | 74,4 ± 6,72  | 59,8 ± 7,05   |
| <i>Si</i>           | 8 (66,7%)    | 8 (100%)      |
| <i>No</i>           | 4 (33%)      | 0 (0%)        |
| <b>Estado civil</b> |              |               |
| <i>Soltero</i>      | 3 (25%)      | 1(12,5%)      |
| <i>Casado</i>       | 6 (50%)      | 6 (75%)       |
| <i>Separado</i>     | 2 (16,7%)    | 1 (12,5%)     |
| <i>Unión Libre</i>  | 1 (8,3%)     | 0 (0%)        |

**Tabla No 2. Características demográficas de los Padres entrevistados**

La mitad de los sujetos entrevistados tuvieron alguna pérdida de año escolar. En promedio aprobaron 16 años de estudio (D.E 3,3 años). La mayoría cuenta con estudios universitarios y de postgrado en un 30% y 25% respectivamente.

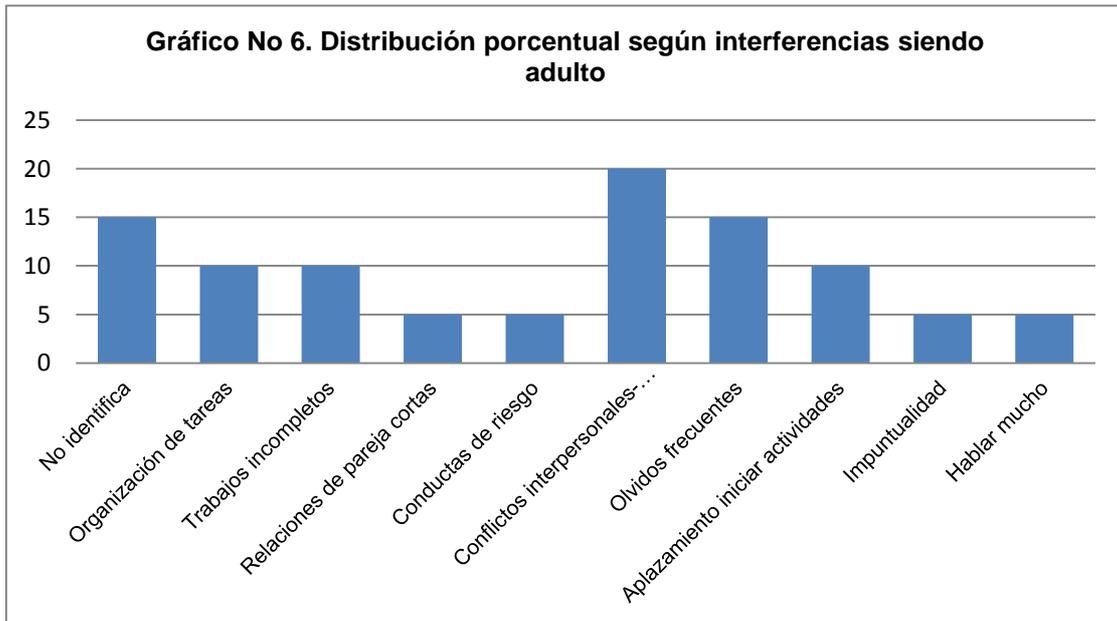
Cuando se evaluaron antecedentes psiquiátricos, es interesante anotar que el 30% de ellos presentó depresión, TDAH y trastorno afectivo bipolar (ver gráfica No 5). El 50% presentó diversos antecedentes patológicos de tipo infeccioso y/o crónico. La mayoría no refirió antecedentes traumáticos, el 15% manifestó antecedente de trauma craneoencefálico. El 10% refirió antecedente familiar de trastorno afectivo bipolar (TAB), el 25% tuvo antecedente de consumo de cigarrillo y/o alcohol.

El 15% tuvo antecedentes farmacológicos, y el 25% actualmente están en tratamiento con diversos fármacos entre los que se destacan hipolipemiantes, antiácidos, antidepresivos, vitaminas.



La edad de presentación de los síntomas percibida por los sujetos entrevistados fue variable, entre los 4 y 58 años. El promedio de edad de reconocimiento de los primeros síntomas fue de 27 años (D.E. 17,9 años). Solo uno de los sujetos entrevistados tuvo diagnóstico de TDAH desde su infancia, y actualmente aún recibe tratamiento.

En la evaluación de interferencias en su vida actual, la mayoría de los sujetos entrevistados identificó conflictos interpersonales y rebeldía, olvidos frecuentes, trabajos incompletos y aplazamiento en el inicio de actividades como se observa en la gráfica No 6. Para evitar estas situaciones utilizan medidas como recordatorios, uso de agendas, entre otros.

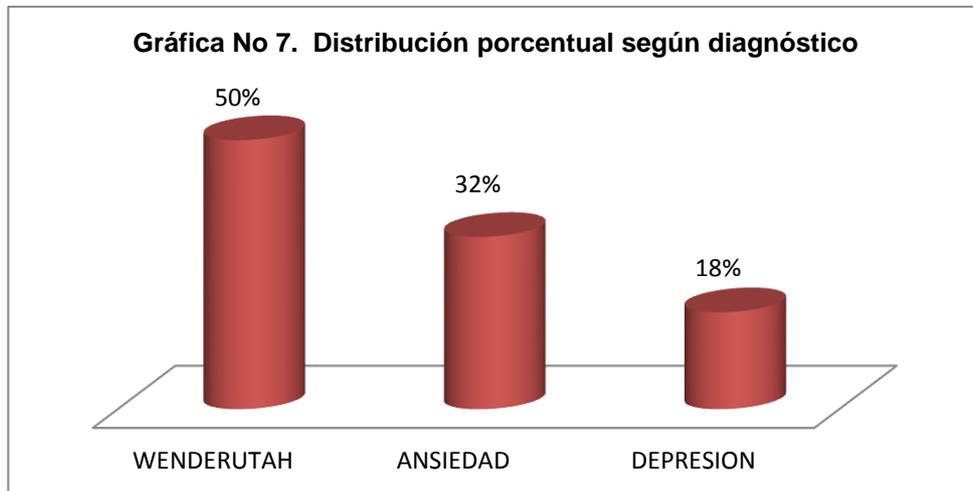


Al preguntar sobre interferencias en la infancia, la mitad de los sujetos no las identificó, y quienes las reconocieron están dirigidas hacia el ambiente escolar como se muestra en la tabla No 3.

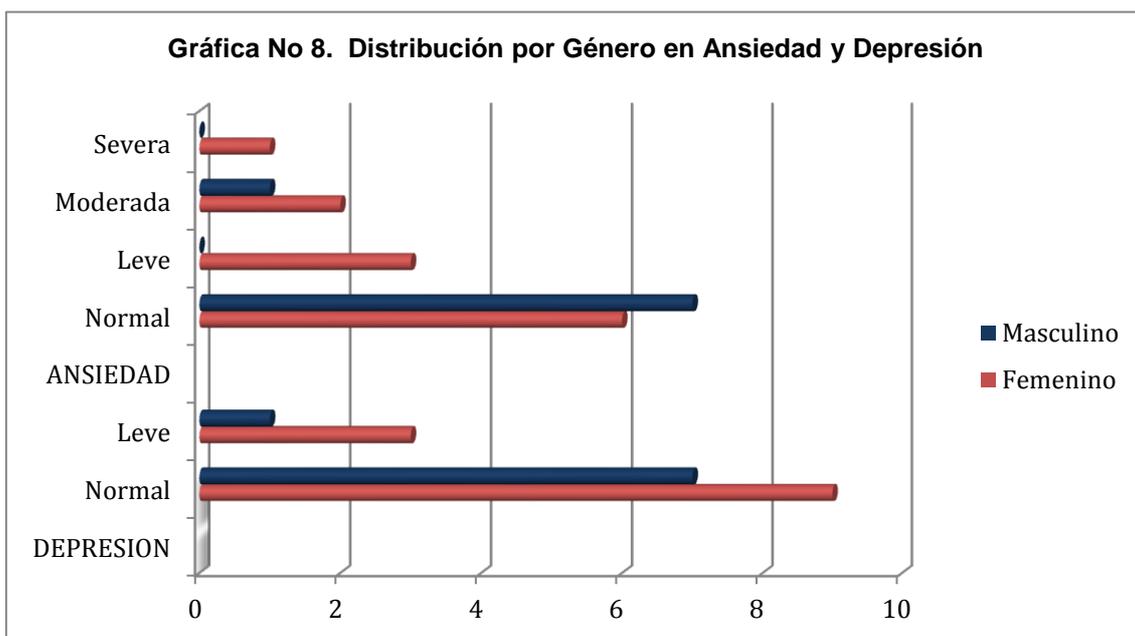
| Interferencias                   | Porcentaje |
|----------------------------------|------------|
| Perdidas escolares               | 10         |
| Bajo rendimiento académico       | 10         |
| Rebeldía                         | 10         |
| Indisciplina                     | 10         |
| Demora para terminar actividades | 10         |
| Ninguna                          | 70         |

**Tabla No 3. Distribución porcentual según interferencias identificadas en la infancia**

De los 20 adultos entrevistados, 50% (10) fueron positivos para TDAH según Wender-Utah, 18% lo fueron para depresión según la escala de Zung, 32% tuvieron diagnóstico de Ansiedad según la escala de Zung y ninguno fue positivo en la escala AUDIT.



En la distribución por género observamos que hay una tendencia a mayor puntuación tanto en síntomas depresivos como ansiosos en el género femenino con relación al masculino; donde además se observó que en ninguno de los casos hay síntomas en el rango de depresión severa como lo muestra la gráfica No 8. Sin embargo, estos resultados no son estadísticamente significativos.



No existieron diferencias significativas entre los pacientes positivos y negativos según la escala de Wender-Utah cuando se evalúan las diferentes variables.

Sin embargo, se observa un mayor porcentaje de depresión como antecedente entre aquellos que fueron positivos 27% según la escala de Wender-Utah y los que fueron negativos (11%).

No existieron diferencias en la presentación de ansiedad, ni depresión.

## 7. DISCUSION

Dentro de las limitaciones encontradas en la realización del estudio, hay que tener en cuenta el reducido tamaño de la muestra que limita la posibilidad de establecer diferencias estadísticamente significativas, así mismo dada las características de la población incluida el poder de inferencia es reducido lo cual no permite extender los resultados a la población general. Entre tanto, el tipo de diseño es netamente descriptivo, luego solo nos permite servir como base para plantear otros estudios de mayor envergadura que permitan formular y comprobar otras hipótesis alrededor del tema.

Este estudio se constituye en uno de los primeros trabajos realizados a nivel nacional para determinar la psicopatología que existe en padres de niños con TDAH, lo cual se considera una de sus fortalezas teniendo en cuenta que la muestra inicial de tamizaje es considerable. Aunque la población final de sujetos entrevistados no permitió identificar diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados del estudio permitieron identificar que cerca de 64% de los sujetos encuestados tienen síntomas de TDAH, una cifra cercana a la descrita previamente en la literatura (4-7). Sin embargo, cuando realizamos la entrevista individual, los datos soportan que los síntomas no fueron reconocidos desde la infancia (27 años en promedio) y evidentemente con ausencia de manejo, excepto por un porcentaje mínimo de la población (5%) que tuvo diagnóstico y recibió tratamiento en la infancia. Es importante mencionar cómo en la entrevista se dilucida cómo los padres identifican

síntomas de TDAH en sí mismos, generalmente posterior a que sus hijos han presentado interferencias en diferentes áreas por la presencia de esta sintomatología. Aunque no se midió esta variable es importante hacer mención a este hallazgo subjetivo.

La mayor parte de los padres entrevistados que identificaron interferencias en su infancia, las describen asociadas a déficit de atención o hiperactividad en el contexto escolar; y en la edad adulta los síntomas e interferencias están asociadas a déficit atencional. Estas características se relacionan con lo que menciona la literatura, donde se ha descrito cómo la presentación clínica del TDAH se modifica durante el curso de la vida, en la medida que los cambios emocionales y cognitivos suceden lo cual es evidente en la variación de la sintomatología (4,9). Los resultados permiten observar una mayor frecuencia de síntomas relacionados con déficit atencional, y menos evidencia de características asociadas a hiperactividad o impulsividad. Existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los síntomas atencionales (1, 10, 13, 26).

La distribución por géneros, muestra mayor frecuencia en el género femenino en un porcentaje del 60% frente a 40% de los hombres, descripción que difiere levemente de lo esperado según la literatura pero es de considerar que la población entrevistada en su mayoría es del género femenino. En ese mismo orden de ideas, dentro de los sujetos entrevistados no encontramos diferencias en cuanto a inestabilidad laboral o personal, de hecho la mayoría de los sujetos mantiene una relación de pareja estable y se encuentran vinculados a una actividad laboral casi el 80%. Dado que la mayor parte de la población tiene nivel educativo profesional es posible considerar éste como un factor protector dentro del grupo estudiado. Además, se identifica que las mujeres constituyen la mayoría de aquellos sujetos con estado civil separado o soltero. Se debe tener en cuenta que la muestra de entrevistados es reducida y no es representativa de la población colombiana luego las diferencias no son estadísticamente significativas y los datos de estabilidad laboral y nivel educativo no puede generalizarse difiriendo de lo expuesto en la literatura (4, 9,10).

Las comorbilidades que con mayor frecuencia se identifican en los sujetos con TDAH del adulto son los trastornos depresivos y de ansiedad, problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad (24-26). Revisando los resultados obtenidos es importante resaltar las diferencias significativas asociadas a síntomas somáticos como cefalea e hiporexia, así como a síntomas emocionales como pensar no claro, indecisión y miedo fácil. Además si observamos los resultados obtenidos en el estudio actual se evidencia un comportamiento concordante con lo descrito a nivel internacional dentro de la psicopatología comórbida que fue evaluada, 32% con síntomas de ansiedad y 18% con síntomas de depresión. Si bien es cierto, los problemas relacionados con el uso de SPA, específicamente alcohol, no tienen una frecuencia de presentación como se esperaría según la descripción de la literatura internacional (14, 15, 26).

Cabe resaltar que cuando se evalúan los sujetos positivos tanto en escala ASRS y Wender-Utah, hay mayor frecuencia de antecedente de trastorno depresivo, sin que existan diferencias estadísticamente significativas en las otras variables evaluadas.

Evidentemente, los datos obtenidos del estudio están en relación con lo que la literatura identifica a pesar de las limitaciones mencionadas, la mayor parte de la psicopatología encontrada se dirige hacia síntomas afectivos y ansiosos. Igualmente, cerca del 30% de los sujetos presentan antecedente de trastorno psiquiátrico dentro de los cuales nuevamente la depresión se encuentra en mayor porcentaje de presentación tal como se describe en otros estudios. Esta comorbilidad puede interferir con el proceso de crianza, según se menciona en distintos textos (24,26).

Hay que destacar los resultados obtenidos en el análisis global de la psicopatología parental, donde existe una alta frecuencia de psicoticismo según la escala de auto-reporte (SRQ) indicativo de un mayor riesgo de psicosis. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en esta escala la proporción de preguntas relacionadas con neuroticismo es mayor frente a psicoticismo e incluye una cantidad mínima de respuestas afirmativas para confirmar psicoticismo (uno positivo) frente a neuroticismo (nueve positivo) lo

cual puede estar relacionado con el alto porcentaje de sujetos positivos obtenido en este grupo. Entre tanto, los resultados respecto a dependencia a alcohol son 9% en la población estudiada mientras que en la población colombiana, según el último estudio realizado respecto al consumo de drogas, esta frecuencia está alrededor del 14% sin embargo hay que tener en cuenta que éste se realizó en población universitaria y según datos de la Dirección Nacional de Estupefacientes a medida que avanza la edad la frecuencia de consumo tiende a reducirse lo cual puede estar asociado con la diferencia observada (27, 28).

Para los padres es significativo entender en qué consiste el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, una vez reconocen que los síntomas de sus hijos son semejantes a aquellos que identifican en sí mismos, describen una percepción más comprensiva y abierta frente a las posibilidades de brindar tratamiento a sus hijos con el fin de reducir las interferencias que puedan llegar a generarse a nivel escolar y/o familiar. Asumen de una forma menos punitiva la crianza y una actitud menos desafiante de parte de sus hijos, al aceptar y entender muchos de sus comportamientos como derivados del trastorno en mención. Aunque estos datos no eran el objetivo del estudio, permiten abrir un campo para próximas investigaciones que permitan confirmar estas percepciones subjetivas (24, 25).

Así mismo permite considerar la importancia de generar intervenciones grupales y de familia como parte del plan de tratamiento de los niños con diagnóstico de TDAH, si tenemos en cuenta la influencia que tiene sobre la crianza la presencia de psicopatología parental no solo por el alto porcentaje de síntomas relacionados con TDAH en adultos, si no por las otras comorbilidades observadas.

## 8. CRONOGRAMA

**Tabla 3. Cronograma de actividades**

| ACTIVIDADES / MESES   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Elaboración del proyecto  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Presentación del proyecto al Comité de Ética Institucional                                |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Recolección de la información/generación de las entrevistas, elaboración de base de datos |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Procesamiento la información  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Análisis y preparación de informe final   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Preparación de artículos  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Divulgación   |   |   |   |   |   |   |   |   |

## 9. ASPECTOS ÉTICOS

Actualmente todo tipo de investigación en humanos tiene una connotación importante debido a las implicaciones éticas que acarrea este tipo de actividades.

Este proyecto de investigación está aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigaciones de la Universidad El Bosque, cuyos lineamientos éticos se basan en la resolución 008430 de 1993 que ha establecido el Ministerio de Salud, al igual que en la Declaración de Helsinki donde están estipuladas las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Así mismo se tomó en cuenta la resolución 2378 del 2008 en la que se obliga a una implementación, desarrollo y aplicación de las Buenas Prácticas Clínicas en las diferentes instituciones que conduzcan investigaciones en seres humanos .

Teniendo en cuenta lo anterior podemos decir que:

- Por tratarse de un estudio de corte transversal se realizó un consentimiento informado escrito para la participación en el mismo, ya que la investigación representa un análisis no intervencionista de nuestra práctica cotidiana. Teniendo en cuenta que nuestro trabajo de investigación tiene una fase de tipo observacional descriptivo, los pacientes incluidos en el mismo no fueron expuestos a ninguna intervención médica. Los investigadores solo entrevistaron a los pacientes que inicialmente aceptaron participar previa explicación del estudio. Solo se tomaron datos de la historia clínica y de las encuestas predestinadas y realizadas durante el desarrollo del estudio. Se dejó claro que en cualquier presentación de los resultados del trabajo se mantendrá en absoluta reserva los datos de identificación de los diferentes participantes dado que le fue asignado un código para efectos del análisis y los resultados fueron expuestos de forma general mas no particular; así mismo dados los objetivos del presente estudio los datos obtenidos y revelados son de tipo grupal caracterizando en si al mismo grupo y no a los individuos.
- Finalmente, el proyecto de investigación contó con la evaluación por personal especializado tanto de forma metodológica como temática desde

el mismo momento en que se eligió el tema de estudio con el fin de garantizar una adecuada preparación de las técnicas que se utilizarán en el proceso investigativo.

### Referencias Bibliográficas

- (1) Roizblatt A, Bustamante F, Bacigalupo F. [Attention deficit hyperactivity disorder in adults]. *Rev Med Chil* 2003 Oct;131(10):1195-201.
- (2) Joffre-Velázquez VM, García-Maldonado G, Joffre-Mora L. Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar* 2007;9(4):176-81.
- (3) Cornejo JW, Osio O, Sanchez Y, Carrizosa J, Sanchez G, Grisales H, et al. [Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colombian children and teenagers]. *Rev Neurol* 2005 Jun 16;40(12):716-22.
- (4) Goodman DW. The consequences of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Pract* 2007 Sep;13(5):318-27.
- (5) Moss SB, Nair R, Vallarino A, Wang S. Attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Prim Care* 2007 Sep;34(3):445-73, v.
- (6) Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munsó R, Castells-Cervelló X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev Neurol* 2006;42:600-6.
- (7) Valdizan JR, Izaguerri-Gracia AC. [Attention deficit hyperactivity disorder in adults]. *Rev Neurol* 2009 Feb 27;48Suppl 2:S95-S99.
- (8) Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med* 2002;53:113-31.
- (9) Weyandt LL, DuPaul GJ. ADHD in college students: Developmental findings. *DevDisabil Res Rev* 2008;14(4):311-9.
- (10) Wilens TE, Dodson W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* 2004 Oct;65(10):1301-13.

- (11) Caci HM, Bouchez J, Bayle FJ. An aid for diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder at adulthood: psychometric properties of the French versions of two Wender Utah Rating Scales (WURS-25 and WURS-K). *Compr Psychiatry* 2010 May;51(3):325-31.
- (12) Pineda DA, Trujillo-Orrego N, guirre-Acevedo DC, Arango CP, Hincapie-Henao L, Montoya-Arenas DA, et al. [Utility of the Wender-Utah rating scale and the checklists for the diagnosis of familial attention deficit hyperactivity disorder in adults. Convergent and concurrent validities]. *Rev Neurol* 2010 Feb 16;50(4):207-16.
- (13) Rodriguez-Jimenez R, Ponce G, Monasor R, Jimenez-Gimenez M, Perez-Rojo JA, Rubio G, et al. [Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood]. *Rev Neurol* 2001 Jul 16;33(2):138-44.
- (14) Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Klein KL, et al. Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled, five-year prospective study. *Biol Psychiatry* 2006 Nov 15;60(10):1098-105.
- (15) Biederman J, Petty CR, Monuteaux MC, Fried R, Byrne D, Mirto T, et al. Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *Am J Psychiatry* 2010 Apr;167(4):409-17.
- (16) Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med* 2006 Feb;36(2):167-79.
- (17) Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2009 Oct;54(10):673-83.
- (18) Álvarez S, Gallego P, Latorre C. Papel del test AUDIT para la detección del consumo excesivo de alcohol en atención primaria. *Medifam*. 2001;11(9); 553-557

- (19) Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, et al. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2005; XXXIV (1):54-62.
- (20) Gómez-Restrepo C, Rodríguez-Malagón N, Bohórquez AP, et al. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría* 2002; XXXI (4): 271-286.
- (21) Grupo Hospital Mental de Antioquia Ed. Servicio de Farmacodependencia. Manual de aplicación, calificación e interpretación. Segundo Taller sobre aplicación de instrumentos clínicos investigativos en la adicción. Hospital Mental de Antioquia. 1998.
- (22) Vielma M, Vicente B, Rioseco P, et al. Validación del autorreportaje de síntomas (SRQ) como instrumento de screening en estudios comunitarios. *Rev psiquiatr* 1994; 11(4):180-5.
- (23) Ghanizadeh A, Reza M, Moini R. Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *J AttenDisord* 2008; 12(2):149-155.
- (24) Deault LC. A Systematic Review of Parenting in Relation to the Development of Comorbidities and Functional Impairments in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Child Psychiatry Hum Dev* 2010; 41:168–192.
- (25) Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, et al. Psychopathology and Substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (12):1424-1432.
- (26) Margari F, Craig F, Petruzzelli MG, et al. Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities* 2013; 34: 1036-1043.
- (27) II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Colombia, 2012.

- (28) Scoppetta, O. Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. DNE. 2010.