



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA

**CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE LA EVALUACIÓN INICIAL
Y LA PRIMERA CITA SUBSECUENTE EN LOS PACIENTES DEL
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE CON
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO
NEUMANN PEÑA".**

DRA. LAURA ELIZABETH CAIRE HERRERA

DR. ANDRÉS VALDERRAMA PEDROZA
PSIQUIATRA, PSICOANALISTA, PSIQUIATRA INFANTIL
Y DE ADOLESCENTES
UASLP – UNAM

DR. HÉCTOR GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, MAESTRÍA EN CIENCIAS CON
ESPECIALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA
UASLP

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

TÍTULO DE TESIS

CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA ENTRE LA EVALUACIÓN INICIAL Y LA PRIMERA CITA SUBSECUENTE EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA".

PRESENTA

DRA. LAURA ELIZABETH CAIRE HERRERA

ASESORES	
Dr. Andrés Valderrama Pedroza Psiquiatra, Psicoanalista, Psiquiatra Infantil y de Adolescentes	
Dr. Héctor Gerardo Hernández Rodríguez Maestría en Salud Pública, Maestría en Ciencias con Especialidad en Epidemiología	
SINODALES	
Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez Psiquiatra, Psiquiatra de Enlace	
Dra. Guadalupe María Mayela Pérez Sandoval Psiquiatra, Psiquiatra Infantil y de Adolescentes	
Dr. César Guillermo González Salinas Psiquiatra, Neuropsiquiatra, Maestría en Terapia Cognitivo Conductual	
AUTORIDADES	
M. en C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefa de Investigación y Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina	
Dr. José María Hernández Mata Jefe del Departamento de Psiquiatría	
Dr. Andrés Valderrama Pedroza Coordinador de la Especialidad en Psiquiatría	



AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, a mi terapeuta y a mis profesores por sus enseñanzas y acompañamiento.

Por último, pero no por ello menos importante, agradezco también a mi novio y a mis cuatro hermanastros que durante estos cuatro años me brindaron su apoyo en los momentos difíciles y me alentaron a seguir esforzándome para alcanzar esta meta.

A todos ustedes, gracias.



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno altamente prevalente y discapacitante para quienes lo padecen. Su presentación es variable a lo largo de la vida, además de que se relaciona con altos niveles de comorbilidad, lo que dificulta su integración diagnóstica, la respuesta al tratamiento y su pronóstico.

OBJETIVO: El objetivo del análisis fue medir la concordancia diagnóstica entre la Evaluación Inicial y la primera cita subsecuente en los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que fueron atendidos por primera vez durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2016 en la Consulta Externa del servicio Psiquiatría del Niño y del Adolescente de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña".

SUJETO Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes que llenaron los criterios, en total 127 pacientes. Se valoró la concordancia diagnóstica entre la Evaluación Inicial y la primera cita subsecuente. Se analizaron variables sociodemográficas, comorbilidades diagnósticas y tratamientos en cada una de las citas.

RESULTADOS: La concordancia de los diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad entre la Evaluación Inicial y la primera cita subsecuente fue encuadrada como alta, según los puntos de corte establecidos.

CONCLUSIONES: La concordancia entre los diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad realizados por el médico residente y los adscritos es alta. La capacidad de detección de este diagnóstico por los médicos residentes de psiquiatría es muy buena, pero a expensas de un ligero sobrediagnóstico y con medidas insuficientemente terapéuticas. Se precisan acciones que permitan una mejora en la calidad diagnóstica como elemento básico para un manejo oportuno y adecuado.



LISTA DE ABREVIATURAS

AD: Antidepresivo.

AHF: Antecedentes heredofamiliares.

APA: Asociación Psiquiátrica Americana.

ATX: Atomoxetina.

CIE - 10: Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión.

DE: Desviación Estándar.

DSM 5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su Quinta Edición.

DX: Diagnóstico.

MFD: Metilfenidato.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RIS: Risperidona.

SDG: Semanas de gestación.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

TX: Tratamiento.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	I
RESUMEN	II
LISTA DE ABREVIATURAS.....	III
ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN	5
HIPÓTESIS	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
OBJETIVO.....	6
SUJETOS Y MÉTODOS	7
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	11
ÉTICA.....	12
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	24
LIMITACIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27
ANEXOS.....	29

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. VARIABLES UTILIZADAS.....	7
TABLA 2. PRESENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES	15
TABLA 3. COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES	17
TABLA 4. ESCOLARIDAD MATERNA.....	18
TABLA 5. ESCOLARIDAD PATERNA	20
TABLA 6. AHF PSIQUIÁTRICOS	20
TABLA 7. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS MTERNAS	21
TABLA 8. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS PATERNAS	21
TABLA 9. ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN HERMANOS	22
TABLA 10. CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA GLOBAL	22
TABLA 11. ENVÍO A PSICOTERAPIA EN LA EVALUACIÓN INICIAL	23

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LOS PACIENTES	15
GRÁFICA 2. TIPO Y FRECUENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES	16
GRÁFICA 3. EDAD DE INICIO DE LOS SÍNTOMAS	17
GRÁFICA 4. EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE TDAH	18
GRÁFICA 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES MATERNAS AL NACIMIENTO DEL PACIENTE	19
GRÁFICA 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES PATERNAS AL NACIMIENTO DEL PACIENTE	19
GRÁFICA 7. TRATAMIENTOS EN LA EVALUACIÓN INICIAL	23

ANTECEDENTES

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un síndrome neurobiológico de etiología multifactorial ^{(1) (2)} caracterizado por la presencia de dificultades en los procesos cognitivos, conductuales y afectivos ^{(3) (4)}. Los síntomas cardinales incluyen la disminución de la atención y la hiperactividad e impulsividad ^{(5) (6) (7)} que generan en mayor o menor medida diversos problemas sociales, académicos, laborales y emocionales ^{(8) (9)}.

De hecho, es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población infantil ^{(6) (10)} y desde hace algunos años, ha adquirido importancia en la población adulta ^{(2) (9) (11)}. Es más frecuente en varones con una incidencia de 5.4%, mientras que en mujeres es de 3.2%; en cuanto a su prevalencia, ésta oscila entre 5 a 12% en niños de edad escolar ^{(1) (2) (4) (6) (9)}. Además, se estima que explica el 50% de los pacientes en la consulta de los servicios de pediatría y de psiquiatría infantil ⁽³⁾.

Aun cuando lo habitual es que este trastorno inicie en la etapa preescolar o escolar; de igual manera, puede presentarse el inicio de la sintomatología en etapas posteriores del desarrollo ⁽¹²⁾. Las edades de máxima prevalencia se encuentran entre los 6 a 9 años, pero se ha considerado que puede extenderse hasta los 12 años ^{(2) (5) (6) (3)}. Sin embargo, hasta en el 35% al 40% de los casos, la sintomatología inicia tempranamente y continúa vigente durante la adolescencia ^{(6) (13)}.

El TDAH tiene un curso crónico ^{(6) (9)}, los estudios reportan que aproximadamente el 70% de los pacientes en edades pediátricas diagnosticados con TDAH continúan con síntomas del trastorno en la adolescencia ⁽⁶⁾, y se sabe que en la edad adulta del 50 al 80% de los afectados persisten con déficits cognitivos y ejecutivos, generalmente sin la hiperactividad ^{(1) (2) (3) (4) (9) (13)}. En esta etapa, del 40 al 50% de los afectados, permanecen con síntomas significativos y del 10 al 15% tienen síntomas severos que les genera una disfunción importante en su vida cotidiana ^{(6) (9) (13)}; sin embargo, menos del 1% de los adultos están diagnosticados y reciben un tratamiento adecuado ⁽¹¹⁾.



Por otro lado, el TDAH se relaciona con altos niveles de comorbilidad ⁽⁴⁾ ⁽⁶⁾ ⁽¹⁴⁾, tanto de trastornos externalizados como de trastornos internalizados; de hecho, un niño con TDAH tiene de 6 a 7 veces más probabilidades de tener otro trastorno neurológico o psiquiátrico ⁽²⁾, lo que supone un impacto adicional en su calidad de vida; esto asociado a la repercusión en múltiples dominios de su funcionamiento ⁽⁴⁾, incluyendo el rendimiento escolar y laboral, así como las relaciones interpersonales, familiares y de pareja ⁽⁶⁾ ⁽⁹⁾ ⁽¹³⁾.

La realización del diagnóstico de TDAH resulta compleja ⁽⁴⁾, puesto que su expresión clínica es multifacética ⁽¹⁰⁾, dependiente de la etapa del desarrollo ⁽²⁾ y variable a lo largo del tiempo; lo anterior, entremezclado con la presencia de comorbilidades ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾. Cuando el TDAH se asocia a otros trastornos, no sólo dificulta la integración diagnóstica ⁽¹²⁾; con frecuencia complica la evolución, la respuesta al tratamiento es menor y su pronóstico empeora ⁽⁶⁾ ⁽⁹⁾ ⁽¹³⁾; por consiguiente, resulta importante conocer y entender que existe una problemática clara asociada con el diagnóstico y tratamiento oportunos del TDAH y las consecuencias que de aquí se derivan, particularmente si este trastorno no es detectado y manejado a tiempo ⁽¹³⁾.

En los últimos años, ha surgido preocupación por algunos investigadores que sugieren que actualmente se está generando un exceso de diagnóstico del TDAH ⁽²⁾ ⁽¹⁰⁾ ⁽¹⁵⁾, sobre todo en los países desarrollados; en contraste con esto, en países de Latinoamérica y del Caribe, las tasas de tratamiento en niños con TDAH fluctúan entre 0 y 7%. Es decir que, en países en vías de desarrollo, donde el acceso a los servicios médicos y la información son limitados, este trastorno aún pasa desapercibido ⁽²⁾. Los datos más recientes en torno a la salud mental en México muestran que sólo el 19% de los afectados por un trastorno mental reciben tratamiento ⁽¹⁾; y es sabido que alrededor de la mitad de los niños que padecen TDAH no están diagnosticados y no reciben ningún tipo de tratamiento.

En ambas situaciones, existen amplias variaciones en las cifras reportadas de incidencia y prevalencia del TDAH ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾; lo que podría corresponder con diversos motivos de índole epidemiológica incluso ⁽¹⁾, pero al tomar en cuenta que tanto la sospecha inicial como el diagnóstico definitivo del TDAH es exclusivamente clínico ⁽²⁾ ⁽⁹⁾, nos encontramos en una disyuntiva importante.

Pareciera que no existe alguna prueba que objetive la evidencia suficiente en cuanto a la realización diagnóstica correcta de los trastornos psiquiátricos ⁽⁶⁾ ⁽¹²⁾, puesto que, si bien contamos con escalas, cuestionarios, instrumentos de evaluación y normas estadísticas ⁽⁷⁾; finalmente, el diagnóstico depende del juicio clínico del especialista.

Asociado a lo anterior, se añade el constante cambio de criterios diagnósticos que existen ⁽⁷⁾ y el hecho de que los sustratos neurobiológicos están lejos de ser unitarios y delimitados a un modelo continuo de presentación clínica ⁽¹⁰⁾ ⁽¹⁴⁾.

En la actualidad, las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁷⁾ ⁽¹⁶⁾ y la de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM 5) ⁽¹⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁷⁾ ⁽¹⁵⁾. Ambas describen el trastorno de forma similar con algunas variaciones requeridas para su clasificación y diagnóstico, ver **Anexo 1** y **Anexo 2**.

De cualquier manera, conviene subrayar que la atención integral de los trastornos psiquiátricos supera las posibilidades de intervenciones dirigidas en la consulta externa debido a su creciente demanda ⁽¹⁷⁾; por esto, el enlace y coordinación adecuados entre el personal de salud mental son factores decisivos para favorecer su manejo óptimo.

No obstante, existen pocos estudios realizados en torno a esta temática; en particular, Landa y colaboradores en 2009, analizaron la concordancia entre los diagnósticos realizados por los pediatras y los profesionales en salud mental, concluyendo que es



moderada, pero con una importante variabilidad general, para los diferentes diagnósticos ⁽¹⁵⁾; mientras que en 2011, San Nicolás y colaboradas, determinaron la tasa real de TDAH entre los niños que acuden a consulta por este motivo, cotejado con el juicio parental, encontrando que solamente un tercio cumplieron con criterios para este diagnóstico ⁽¹⁷⁾.

Concretamente, destaca la ausencia de investigaciones que estudien la concordancia del diagnóstico entre los mismos psiquiatras o de análisis de las mismas características que las propuestas en este estudio.

Con lo anteriormente expuesto, se pone de manifiesto el desconocimiento que existe en la población general y en los profesionales de la salud mental ⁽⁷⁾; así como la dificultad para establecer acuerdos entre el personal a cargo directamente, lo que tiende a obstaculizar el diagnóstico y, en consecuencia, su abordaje adecuado ⁽¹³⁾. Por lo tanto, el diagnóstico definitivo debe ser realizado por un facultativo con entrenamiento y experiencia en estas entidades psicopatológicas, a fin de disminuir el impacto negativo de este trastorno en la población ^{(6) (9) (10) (11) (13)}.



JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico y tratamiento del TDAH tienden a retrasarse por las dificultades que implica el reconocimiento sintomático en los pacientes ^{(6) (9) (11) (13)}, así como por desconocimiento de las diferentes presentaciones de este trastorno; por lo que se requieren programas de preparación y adiestramiento para la formación de recursos humanos capacitados en todo lo que a este trastorno concierne.

Actualmente, se desconoce si el número de pacientes en nuestra población con diagnóstico de TDAH que son atendidos en la Consulta Externa de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” fueron diagnosticados precozmente, tratados de manera adecuada y si este diagnóstico concuerda a lo largo del tiempo en citas posteriores.

Los estudios de concordancia comprenden una serie de diseños que se utilizan principalmente para calcular el grado en el que están de acuerdo los clínicos al interpretar diversos métodos diagnósticos en relación con la precisión con que orientan hacia un diagnóstico correcto ⁽¹⁸⁾. En este caso, la evaluación de la concordancia diagnóstica entre la Evaluación Inicial y la primera cita subsecuente en los pacientes de la Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, nos permite determinar si los clínicos se encuentran capacitados para diagnosticar y tratar adecuadamente a estos pacientes; así como conocer algunas de sus características, lo que pudiera ser objeto de posteriores investigaciones.

Con los datos obtenidos se pretende sensibilizar al personal de salud sobre la necesidad de un diagnóstico certero y un tratamiento oportuno y adecuado. Además de implementar posibles estrategias para mejorar su preparación y conocimiento en torno al TDAH, con la finalidad de que los pacientes afectados reciban la atención necesaria para lograr un pronóstico favorable y minimizar la posibilidad de complicaciones.



HIPÓTESIS

Existe una diferencia entre el diagnóstico clínico realizado por el médico residente en la Evaluación Inicial y el diagnóstico que determinan los médicos adscritos en la primera cita subsecuente de los pacientes de la Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la concordancia diagnóstica entre la Evaluación Inicial y la primera cita subsecuente en los pacientes del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”?

OBJETIVO

Analizar la concordancia entre el diagnóstico realizado por el médico residente en la Evaluación Inicial con el diagnóstico dado por el médico adscrito en la primera cita subsecuente de los pacientes de la Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

SUJETOS Y MÉTODOS

Posterior a la aprobación del comité de ética de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, se diseñó un estudio observacional, transversal y analítico en el cual se revisaron los registros de las consultas de pacientes atendidos en la Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

Se incluyeron los expedientes de pacientes atendidos por primera vez en el período comprendido entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2016, con edades entre 1 y 17 años con 11 meses que tenían registrado el diagnóstico de TDAH en su Evaluación Inicial, (normalmente realizada por el médico residente de psiquiatría); éste fue cotejado con los registros diagnósticos de la primera consulta subsecuente (comúnmente otorgadas por el subespecialista adjunto al servicio).

Además, se analizaron variables sociodemográficas y otras comorbilidades diagnósticas, así como los tratamientos en cada una de estas citas, con el fin de tener un panorama general del tipo de población que atendemos, ver **Tabla 1**.

Se excluyeron del estudio los expedientes que no fueron localizados en el momento de la realización del análisis, los que estuvieron incompletos o que no contaron con las dos valoraciones previamente descritas. Finalmente, con la información obtenida se creó una base de datos.

Tabla 1. Variables utilizadas

VARIABLES DEPENDIENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	UNIDAD	TIPO
Concordancia diagnóstica	Coincidencia entre los diagnósticos de la Evaluación Inicial y la primera cita subsecuente.	SÍ / NO	Escala Likert	Cuantitativa/ Cualitativa

VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	UNIDAD	TIPO
Diagnóstico en la Evaluación Inicial	Diagnóstico de TDAH en la historia clínica.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal
Diagnóstico(s) en la primera cita subsecuente	Diagnóstico(s) de la primera valoración de seguimiento.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal
VARIABLES DE CONTROL (CONFUSORAS)				
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES POSIBLES	UNIDAD	TIPO
Sexo		Femenino / Masculino		Cualitativa Nominal
Edad actual	Edad del paciente al momento de realizar el análisis.	1-17	Años	Cuantitativa Discreta
Edad de inicio	Edad documentada como el inicio de sintomatología sugerente de TDAH.	1-17	Años	Cuantitativa Discreta
Edad al momento del diagnóstico	Edad del paciente correspondiente con la primera vez que se realizó el diagnóstico de TDAH.	1-17	Años	Cuantitativa Discreta
Comorbilidades médicas	Cualquier enfermedad médica general no documentada como parte del diagnóstico principal.	Abierta		Cualitativa Nominal
Comorbilidades psiquiátricas	Otras psicopatologías no documentadas como parte del diagnóstico principal.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal

Número de hijo	Lugar que ocupa entre sus hermanos (si los tiene) de acuerdo con el momento de su nacimiento.	Hijo único Primero Mediano Menor		Cualitativa Nominal
Semanas de gestación	Semanas de gestación al nacimiento del paciente.	28-42	Semanas	Cuantitativa Discreta
Complicaciones perinatales	Cualquier complicación de la madre y/o del paciente en la etapa pre, peri y/o postnatal.	Abierta		Cualitativa Nominal
Edad de la madre	Edad de la madre al momento del nacimiento del paciente.	1-9	Años	Cuantitativa Discreta
Edad del padre	Edad del padre al momento del nacimiento del paciente.	1-X	Años	Cuantitativa Discreta
Escolaridad de la madre	Último grado de estudio de la madre del paciente.	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura		Cualitativa nominal
Escolaridad del padre	Último grado de estudio del padre del paciente.	Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura		Cualitativa nominal
Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos	Enfermedades psiquiátricas en la familia del paciente.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal
Tipo de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos en primer grado	Enfermedades psiquiátricas presentes en padres y/o hermanos del paciente.	Código CIE - 10		Cualitativa Nominal



Tipo de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos en segundo grado	Enfermedades psiquiátricas presentes en tíos, primos y/o abuelos.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal
Tratamiento farmacológico en la Evaluación Inicial	Fármaco(s) prescrito(s) en la evaluación inicial.	NO Metilfenidato Atomoxetina Antidepresivo Risperidona		Cualitativa Nominal
Tratamiento farmacológico en la primera cita subsecuente	Fármaco(s) prescrito(s) en la primera consulta subsecuente.	NO Metilfenidato Atomoxetina Antidepresivo Risperidona		Cualitativa Nominal
Psicoterapia en la Evaluación Inicial	Envío a atención psicológica en la Evaluación Inicial.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal
Psicoterapia en la primera cita subsecuente	Envío a atención psicológica en la primera consulta subsecuente.	SÍ / NO		Cualitativa Nominal



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa Excel 2016 para la elaboración de la base de datos y se recurrió al programa de análisis estadístico SPSS en su versión 23 para el estudio y comparación de las variables y sus valores obtenidos.

Por tratarse de un estudio descriptivo transversal realizado en un periodo de tiempo definido, no ocupó cálculo de muestra. Los resultados descriptivos fueron expresados a través de frecuencia simple, distribución y desviación estándar.

Para el análisis del grado de concordancia entre los diagnósticos, se construyó una escala de Likert que permitiera valorar dicha proporción. Se decidieron 5 niveles de medición, donde 10 puntos correspondieron a la calificación máxima (Totalmente concordante), 8 puntos se correlacionaron a una calificación alta (Moderadamente concordante), 6 puntos a una calificación neutral (Parcialmente concordante), mientras que 4 puntos a una calificación baja (Poco discordante) y 2 puntos a la calificación mínima (Totalmente discordante), ver **Anexo 3**. Finalmente, se convocó a un comité de expertos a fin de obtener la validación de la escala antes mencionada.



ÉTICA

Por tratarse de un estudio descriptivo transversal en el que los datos de obtuvieron de manera retrospectiva, se considera una investigación en la que no existe riesgo para el paciente y no se requirió de consentimiento informado.

La información puede comprometer al sujeto, sin embargo, no está vinculada a ningún sujeto en particular y no es posible su identificación. Los datos están resguardados de manera confidencial y la identidad de los pacientes no fue revelada en ningún momento del estudio ni al redactar los análisis de resultados.

El manejo de la información fue cumpliendo a las regulaciones relacionadas al manejo de datos personales y datos personales sensibles de la “Ley Federal De Protección De Datos Personales En Posesión De Sujetos Obligados”.

Expediente: 2S.3

ASUNTO: Autorización a Protocolo de Investigación.

Soledad de Graciano Sánchez, S.L.P. 29 NOV 2017

DRA. LAURA ELIZABETH CAIRE HERRERA,
RESIDENTE DE PSIQUIATRIA.

El Comité de Ética en Investigación, en sesión extraordinaria el 24 de noviembre le informa la autorización de su solicitud a Protocolo de Investigación "Concordancia Diagnóstica entre la Evaluación Inicial y la Subsecuente con los Pacientes Infantiles con Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad de la CPDENP" con registro CEI-CPDENP-17-02.

Se le comunica la necesidad de realizar informe trimestral hasta concluir el proyecto y enviar a los correos siguientes hazeldayanira@hotmail.com, o cpsi.neumann.capacitacion@gmail.com

Referencia: Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta edición 2015

Diario Oficial. Lunes 11 de Enero de 2016.

ATENTAMENTE
LA PRESIDENTA

L.E. HAZEL DEYANIRA GUTIÉRREZ HERNÁNDEZ

DIRECTO

c.c.p.- Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez, -Directora, - Clínica.
c.c.p.- Dra. Laura Elena Pérez Ramos -Jefa de Educación e Investigación en Salud-Clinica
c.c.p.- Archivo y Minutario.
hdgh*

RESULTADOS

Se revisó la base de datos del Archivo Clínico de la “Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña” correspondiente con los expedientes de la Consulta Externa del servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente que hubieran sido atendidos por primera vez en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2016.

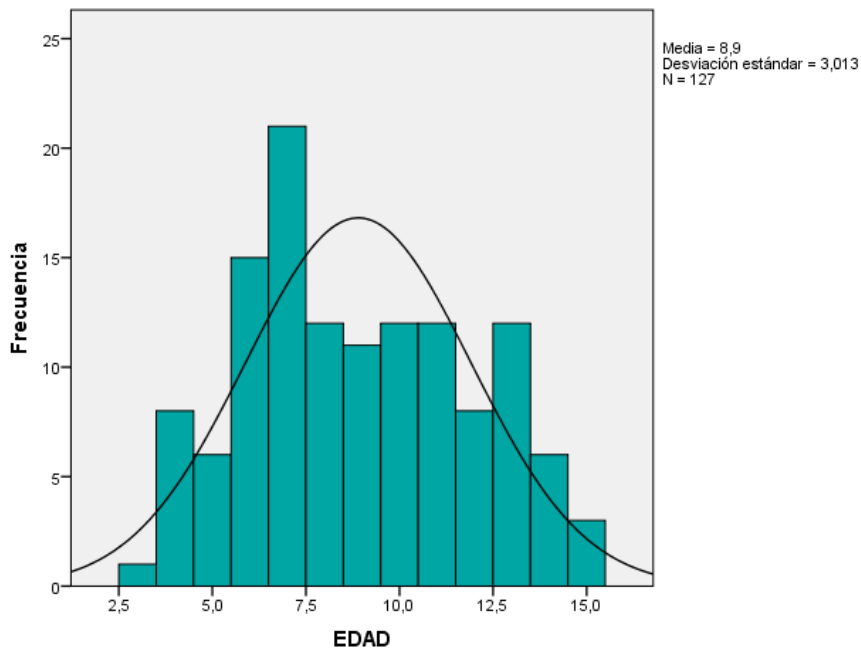
Se encontraron 406 expedientes en este rubro, de los cuales, 136 tenían diagnóstico registrado de TDAH en la Evaluación Inicial; de esta muestra, 9 expedientes fueron excluidos por motivos de cumplimiento de los criterios previamente descritos. Los 127 expedientes restantes se incluyeron para el análisis de las características sociodemográficas; en cuanto a los fines relacionados con el objetivo del estudio, se descartaron 53 expedientes debido a que no se encontró registro de que volvieran a acudir a seguimiento posterior a la apertura de su expediente.

Datos sociodemográficos de los pacientes

Del total de los 127 expedientes, 19 (14.96%) correspondieron con pacientes del sexo femenino y 108 (85.04%) con pacientes del sexo masculino. La media de la edad de los pacientes fue de 8.9 años (3-15 años), con una Desviación Estándar (DE) de 3.013, ver **Gráfica 1**.

Respecto al número de hijo en la familia y orden de descendencia, 34 (26.77%) de los pacientes eran hijos únicos, 37 (28.90%) fueron el primer hijo de una familia de 2 o más (rango 2-5 hermanos, con una media de 2), mientras que 31 (24.40%) pacientes representaron el hijo “mediano” de entre 3 o más y 25 (18.93%) pacientes eran el hijo menor en la familia.

Gráfica 1. Distribución de las edades de los pacientes

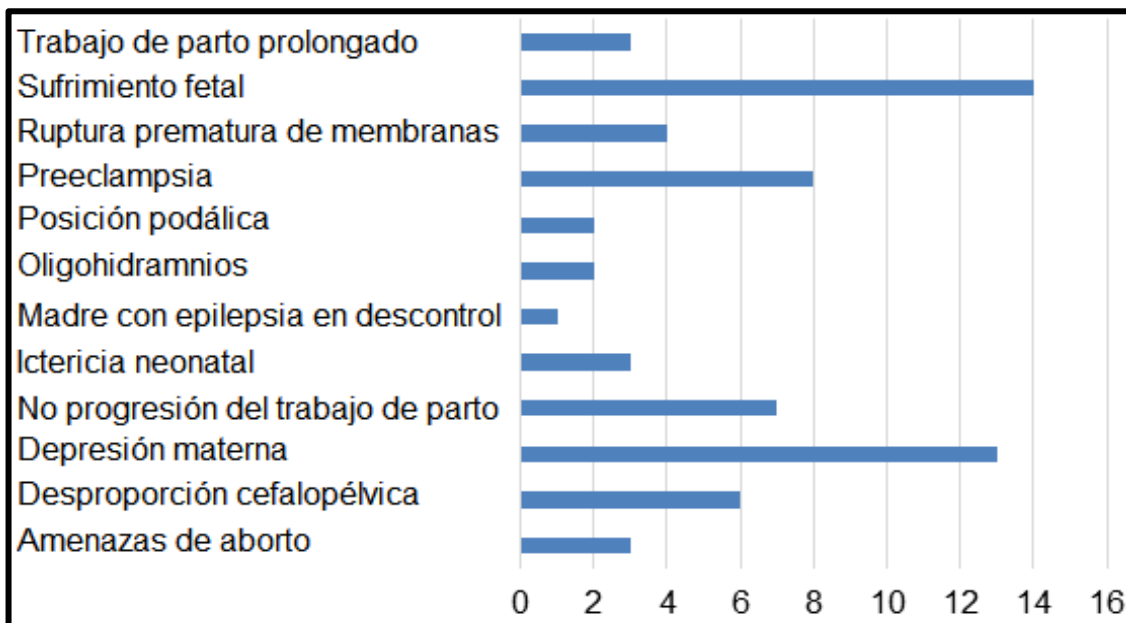


La media en cuanto a las semanas de gestación (SDG) fue de 38.4 semanas, con un rango de 27-42 SDG y una DE 2.62. Del total analizado, 77 pacientes (60.6%) fueron obtenidos vía parto y 50 pacientes nacieron vía cesárea (39.4%). Además, en 40 pacientes (31.5%) se encontró registro de haber presentado complicaciones en el periodo perinatal, siendo la depresión materna y el sufrimiento fetal las más prevalentes; ver **Tabla 2**. Algunos casos tuvieron descritas más de una complicación asociada, las cuales se describen en la **Gráfica 2**.

Tabla 2. Presencia de complicaciones perinatales

	Frecuencia	Porcentaje
NO	87	68,5
SÍ	40	31,5
Total	127	100,0

Gráfica 2. Tipo y frecuencia de complicaciones perinatales



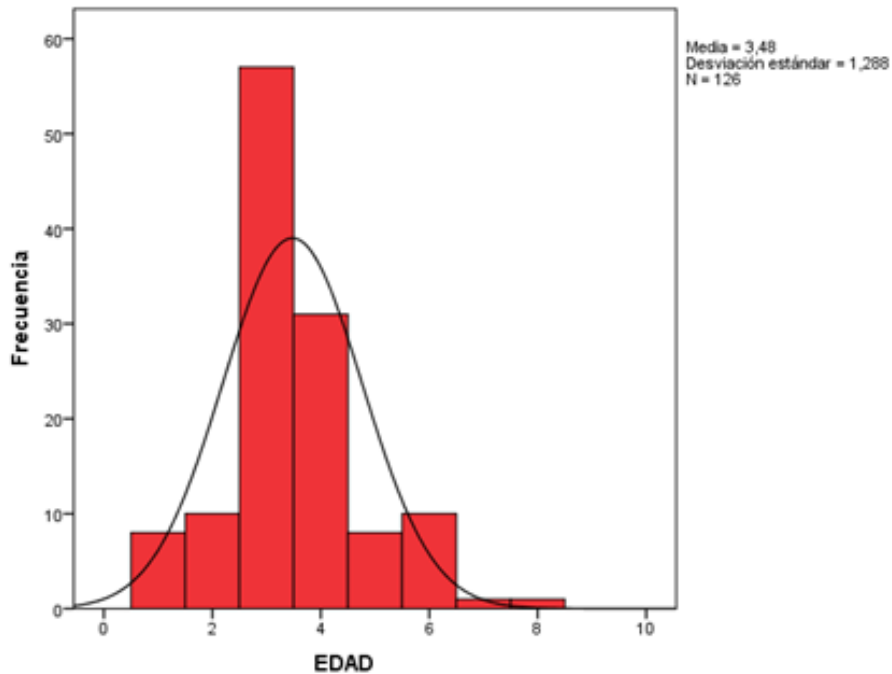
En 63 pacientes (50.3%) no se documentaron comorbilidades, sin embargo, 64 pacientes (50.7%) tenían alguna comorbilidad. De éstos, 16 pacientes (12.5%) contaron con más de una enfermedad previamente identificada. Dentro del análisis de las mismas y con una frecuencia de 1 se encontraron los diagnósticos de VIH, encopresis e hipotiroidismo congénito; mientras que con una frecuencia de 2, se identificó el diagnóstico de epilepsia. El resto de las enfermedades identificadas con mayor frecuencia se englobaron en la **Tabla 3**.

La media de la edad de inicio de los síntomas de TDAH documentada en los expedientes, fue de 3.48 años (rango 1-8 años, con DE 1.28), ver **Gráfica 3**. Mientras que la media de la edad de diagnóstico fue de 8.2 años (rango 1-15 años, DE 3.07), ver **Gráfica 4**.

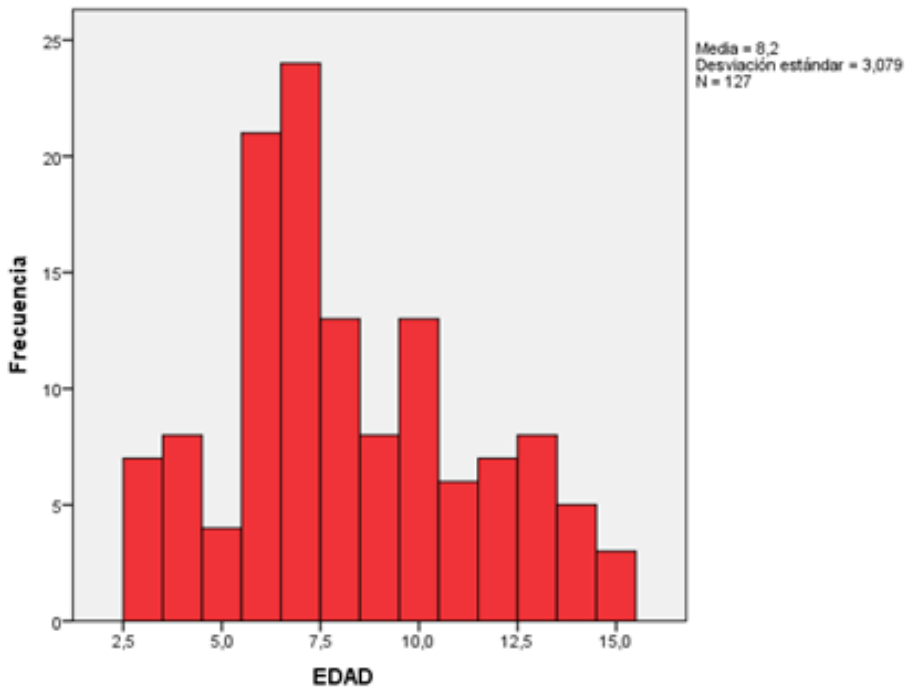
Tabla 3. Comorbilidades en los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Médicas generales		
Atopia	15	23,4
Encopresis	1	1,6
Enuresis	19	29,6
Hipotiroidismo congénito	1	1,6
VIH	1	1,6
Neuropsiquiátricas		
Epilepsia	1	1,6
Trastornos del lenguaje	17	26,5
Trastornos del sueño	9	14,1
Total	64	100,0

Gráfica 3. Edad de inicio de los síntomas



Gráfica 4. Edad al momento del diagnóstico de TDAH



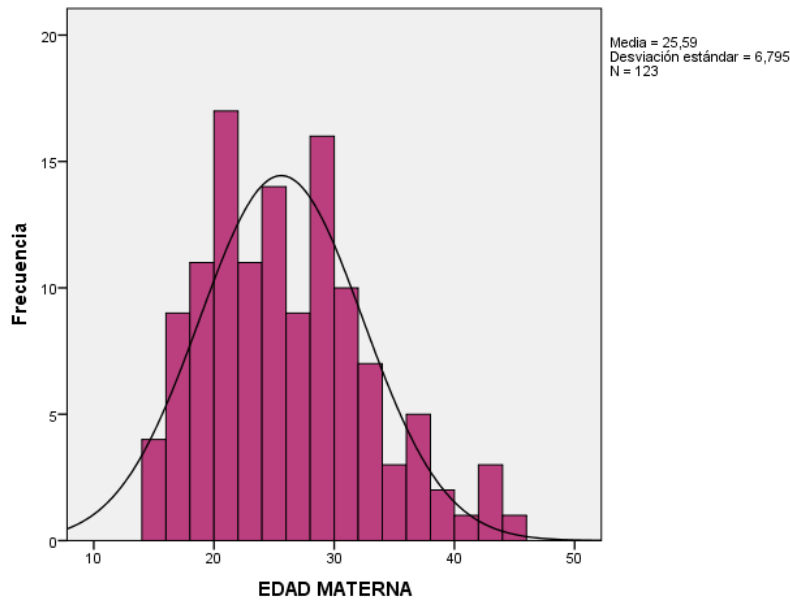
Datos sociodemográficos de los padres

Se obtuvo la información de las madres en los 127 (100%) expedientes. La media de la edad materna fue de 24.7 años (15-44 años) con una DE 8.053, ver **Gráfica 5**. La escolaridad materna estaba registrada y disponible en 122 de los 127 expedientes (96%). En su mayoría estudiaron la secundaria (40%), ver **Tabla 4**.

Tabla 4. Escolaridad materna

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	12	9,4
Secundaria	49	38,6
Preparatoria	37	29,1
Licenciatura	24	18,9
Desconocida	5	3,9
Total	127	100,0

Gráfica 5. Distribución de las edades maternas al nacimiento del paciente



La información del padre estaba documentada en 113 de los 127 expedientes (88%). La media de la edad del padre fue de 27.6 años (15-52) años con una DE de 7.326, ver **Gráfica 6**. La escolaridad paterna estuvo registrada en 105/127 padres (82%) y en su mayoría, el grado máximo de estudios fue la secundaria (42%) ver **Tabla 5**.

Gráfica 6. Distribución de las edades paternas al nacimiento del paciente

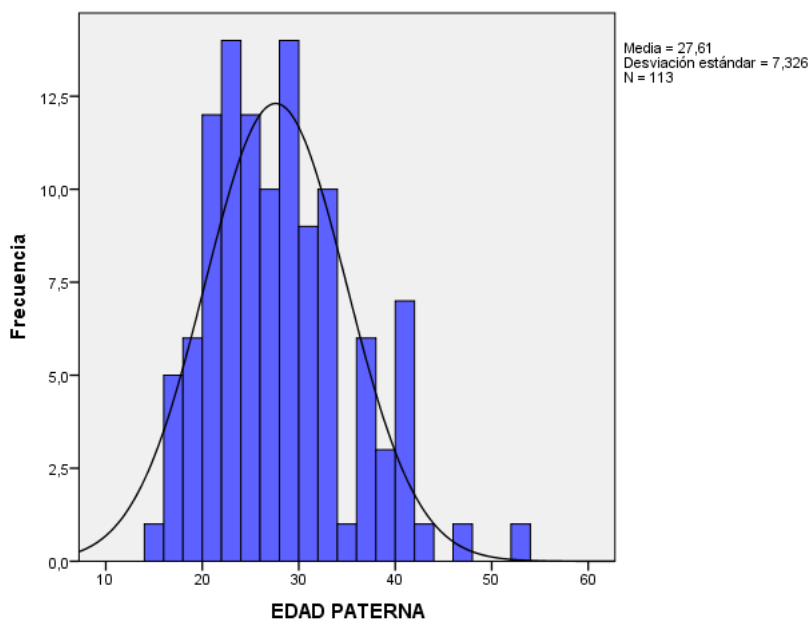


Tabla 5. Escolaridad paterna

	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	2	1,6
Primaria	13	10,2
Secundaria	44	34,6
Preparatoria	29	22,8
Licenciatura	17	13,4
Desconocida	22	17,3
Total	127	100,0

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos

Se encontró documentada la presencia de antecedentes heredofamiliares (AHF) psiquiátricos en un 76,4% de los expedientes, ver **Tabla 6**.

Tabla 6. AHF psiquiátricos

	Frecuencia	Porcentaje
Sin antecedentes	30	23,6
Con antecedentes	97	76,4
Primera línea	64	50,4
Segunda línea	15	11,8
Primera y segunda línea	18	14,2
Total	127	100,0

Respecto al comportamiento de familiares de primera línea; 84 (66%) madres no contaban con antecedentes de enfermedades psiquiátricas, mientras que el resto (34%) tuvieron solo una comorbilidad psiquiátrica, que por frecuencia se distribuyó como se ejemplifica en la **Tabla 7**, siendo la psicopatología más común, el Trastorno depresivo mayor; a las madres que presentaron más de una comorbilidad (12 casos), se agregaron los diagnósticos de Trastorno por consumo de tabaco, Trastorno por consumo de múltiples sustancias y Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable a los descritos de forma individual.

En cuanto a los padres, en 63 de 113 casos (55%) no se encontró documentada alguna enfermedad psiquiátrica; mientras que 50 casos (45%) tuvieron el diagnóstico de alguna comorbilidad psiquiátrica, siendo lo más frecuente el trastorno por consumo de alcohol (37.16%), seguido del TDAH (11.5%). Además, en 19 de ellos se encontró el diagnóstico de dos o más enfermedades psiquiátricas, con la distribución documentada en la **Tabla 8**.

Tabla 7. Enfermedades psiquiátricas maternas

	N
Trastorno por consumo de alcohol	2
Trastorno afectivo bipolar	1
Trastorno depresivo mayor	16
Trastorno mixto ansioso depresivo	5
TDAH	7
Más de una comorbilidad	12
Total	43

Tabla 8. Enfermedades psiquiátricas paternas

	N
Trastorno por consumo de alcohol	22
Trastorno por consumo de tabaco	6
Trastorno afectivo bipolar	1
Trastorno depresivo mayor	2
Trastorno por consumo de solventes	1
Trastorno de ansiedad generalizada	1
Trastorno de somatización	1
Discapacidad intelectual leve	1
Trastorno del lenguaje	1
TDAH	13
Trastorno por consumo de múltiples sustancias	1
Total	50

En relación con los hermanos, sólo en 18 hermanos (10.2%), de 94 pacientes con al menos un hermano y de un total de 175 hermanos, se les documentó un diagnóstico psiquiátrico, siendo TDAH el de mayor prevalencia, con la distribución referida en la **Tabla 9**.

Tabla 9. Enfermedades psiquiátricas en hermanos

	N
Trastorno depresivo mayor	4
Trastorno por consumo de cannabis	1
Trastorno por consumo de múltiples sustancias	1
TDAH	12
Total	18

Concordancia diagnóstica

En 127 expedientes de la muestra se documentó que recibieron el diagnóstico de TDAH en la Evaluación Inicial (100%), y en algunos casos, se agregaron comorbilidades a este diagnóstico principal. A la primera cita subsecuente, volvieron a acudir sólo 74 pacientes (58.3%); de este nuevo total, sólo 69 se encontraron con el diagnóstico de TDAH documentado en sus expedientes. Dado que también se presentaban comorbilidades, aun cuando no es el objetivo de la tesis, se optó por evaluar también la concordancia diagnóstica global, ver **Tabla 10**. En la pluripatología hubo una concordancia de parcial a total del 97.4%

Respecto a la concordancia diagnóstica entre la Evaluación Inicial y primera cita subsecuente tomando en cuenta sólo el TDAH se encontró de 93.24%, es decir, solamente el 6.76% de los diagnósticos de la Evaluación Inicial no coincidieron con el del Psiquiatra Infantil (distribución binomial: $P=0.83$), lo que no es estadísticamente significativo con el error máximo permisible, estadísticamente hablando, de 5% ⁽¹⁸⁾.

Tabla 10. Concordancia diagnóstica global

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente concordante	74,2	74,2
Moderadamente concordante	35,1	89,3
Parcialmente concordante	8,1	97,4
Poco discordante	1,3	98,7
Totalmente discordante	1,3	100,0

Con respecto a los tratamientos farmacológicos propuestos en la Evaluación Inicial en estos pacientes, la distribución se presentó de la forma descrita en la **Gráfica 7**, siendo la prescripción de Metilfenidato (MDF), lo más frecuente. Asimismo, el número de pacientes que fueron derivados para inicio de psicoterapia fue de 29 pacientes, ver **Tabla 11**.

Gráfica 7. Tratamientos en la Evaluación Inicial

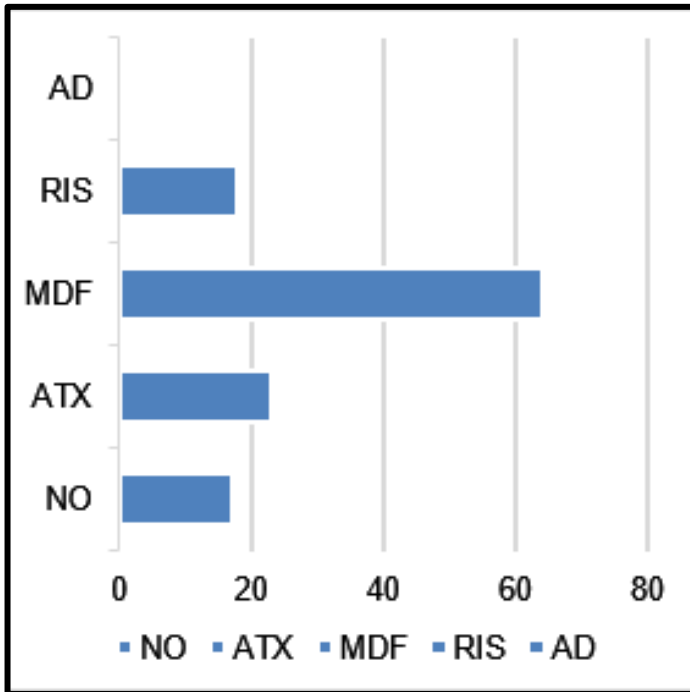


Tabla 11. Envío a psicoterapia en la Evaluación Inicial

	Frecuencia	Porcentaje
NO	98	77,2
SI	29	22,8
Total	127	100,0

DISCUSIÓN

Por lo que respecta a la concordancia entre diagnósticos, se aprecian algunas divergencias mínimas entre el diagnóstico documentado en la Evaluación Inicial y los diagnósticos de la primera cita subsecuente, esto pudiera estar relacionado con diversas variables, como las fuentes de información, es decir, con quienes acudieron a la consulta en estas ocasiones o la edad de los pacientes; ya que se ha visto que existe mayor acuerdo en la evaluación de niños pequeños en comparación con niños mayores y adolescentes ⁽²⁾, así como con la pericia y capacidad de cada clínico, junto con su experiencia en el reconocimiento y detección de la sintomatología presente. Sin embargo, pareciera que los clínicos poseen la habilidad diagnóstica, por lo que en ocasiones la discordancia en los diagnósticos está asociada con la falta de documentación de los diagnósticos y los hallazgos en el apartado correspondiente del expediente clínico, por lo que sería importante el compromiso a este nivel para que también sea posible contar con los datos de una manera fehaciente.

Por otro lado, la media de edad en el inicio de los síntomas de TDAH en nuestra población y la media de la edad de diagnóstico son alarmantes, ya que se traduce en un retraso en el diagnóstico de casi 5 años, por esto, se hace innegable la importancia del empleo de múltiples informantes en el diagnóstico del TDAH y de su complementación diagnóstica con entrevistas estructuradas y otros paraclínicos que fueran pertinentes ⁽¹⁰⁾, ya que cuando se intenta encajar la realidad de nuestros pacientes en los constructos diagnósticos actuales, en ocasiones, los síntomas sobrepasan los límites establecidos para cada diagnóstico, por lo que es difícil determinar si estamos ante un trastorno distinto; cuando comúnmente es la expresión de un espectro de síntomas variable, como en el caso del TDAH ⁽¹⁴⁾.



LIMITACIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Es necesario realizar estudios clínicos controlados, multicéntricos y con muestras grandes, que incluyan pacientes de diferentes edades y con un seguimiento mayor de tiempo y de concordancia en mayor número de consultas subsecuentes.

Por otro lado, entre las comorbilidades más frecuentes encontradas en estos los expedientes analizados de estos niños estuvieron las atopias. Las reacciones somáticas como el eczema, asma, rinitis alérgica, y algunos trastornos gastrointestinales y alergias a algunos alimentos, han llevado a la suposición de que alimentos específicos también tendrían un impacto en el cerebro, resultando en efectos adversos de tipo conductual.

Se ha hipotetizado que los alimentos que se asocian a altos niveles de IgG podrían resultar en un deterioro significativo del comportamiento cuando son consumidos; mientras que los alimentos que se asocian a bajos niveles de IgG no lo harían ⁽¹⁹⁾. Sin embargo, aún no existe evidencia del valor de estas pruebas. Por lo que este estudio abre la posibilidad de diversas perspectivas de investigación a este nivel.

CONCLUSIONES

El diagnóstico y tratamiento en la infancia disminuye el riesgo del fracaso escolar y la discapacidad en otras áreas del funcionamiento ⁽¹⁾. Suponer que su retraso se debe a dificultades en la realización diagnóstica, es alarmante puesto que el TDAH es un diagnóstico fundamentalmente clínico y de los padecimientos que tienen mejor respuesta al tratamiento.

Pero quien no sabe qué es lo que busca, no entiende lo que encuentra; por lo tanto, si no se piensa en la existencia del TDAH, los síntomas que se puedan observar en el paciente se adjudicarán a otra patología. De ahí la importancia de que el personal médico de la salud mental esté sensibilizado sobre la necesidad de un diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno; especialmente, si se tiene en cuenta que las personas con TDAH tienen probabilidades más altas que la población general de sufrir algún trastorno psiquiátrico comórbido y otras adversidades en algún momento de su vida.

Es entonces que la realización de programas para capacitación de los médicos residentes que trabajan en los servicios de clasificación (triage) como de consulta de pediatría, neurología pediátrica y psiquiatría infantil, así como de psicoeducación para la población, continúa siendo esencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Vásquez, M.J., y otros.** *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.* [ed.] S. Berenzon, y otros. s.l. : Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, 2010. Vol. Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.
2. **Moriyama, T.S., y otros.** Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. [aut. libro] Rey J.M. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP.* Ginebra : Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines, 2017, D.1, págs. 1-25.
3. **Bernstein, S.B.** *When the analytic patient has attention deficit hyperactivity disorder.* s.l. : J Am Psych Ass, 2015. págs. 213-245. Vol. 63. 2.
4. **Rangel-Araiza, J.F.** *El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia: Revisión de la bibliografía.* s.l. : Sal Ment, 2014. págs. 75-82. Vol. 37. 1.
5. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC : APA, 2013. 5th edition.
6. **Joffre-Velázquez, V.M., García-Maldonado, G. y Joffre-Mora, L.** *Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta.* s.l. : Arch Med Fam, 2007. págs. 176-181. Vol. 9. 4.
7. **Trujillo-Orrego, N., Pineda, D.A. y Uribe, L.H.** *Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (I).* s.l. : Rev Neurol, 2012. págs. 289-302. Vol. 54.
8. **Sebastián Cabasés, J.S.** Evaluación y diagnóstico del TDAH. [aut. libro] L. Abad Mas, y otros. *TDAH: Origen y desarrollo.* Madrid : IMC, 2012.
9. **Ramos-Quiroga, J.A., y otros.** *Diagnóstico y tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos.* s.l. : Rev Neurolog, 2012. págs. S105-S115. Vol. 54. Supl 1.
10. **Romero-Ayuso, D.M., y otros.** *Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia.* s.l. : Rev Neurolog, 2006. págs. 265-271. Vol. 42. 5.
11. **Ramos-Quiroga, J.A., y otros.** *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica.* s.l. : Rev Neurol, 2006. págs. 600-606. Vol. 42. 10.



12. **Barkley, R.A.** *Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V.* s.l. : Rev Neurolog, 2009. págs. S101-S106. Vol. 48. Supl 2.
13. **Ortiz-León, S. y Jaimes-Medrano, A.L.** *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios.* s.l. : Rev Fac Med UNAM, 2007. págs. 125-127. Vol. 50. 3.
14. **Artigas-Pallarés, J.** *Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad.* s.l. : Rev Neurol, 2003. págs. S68-S78. Vol. 36. Supl 1.
15. **Landa, N., Goñi, E. y García de Jalón, J.J.** *Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental.* s.l. : An Sist Sanit Navar, 2009. págs. 161-168. Vol. 32. 2.
16. **Organización Mundial de la Salud.** *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico.* Ginebra : O.M.S., 1992. 10ma revisión.
17. **San Nicolás-Cristóbal, S., y otros.** *Juicio diagnóstico clínico vs valoración parental en niños remitidos por TDAH a consulta especializada.* s.l. : Rev Psic, 2011. págs. 1-14. Vol. 36. 15.
18. **Siegel, S. y Castellan, N.J.** *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta.* [trad.] L.A. Aragón-Borja y L.E. Fierros-Dávila. 4ta edición. México, DF : Trillas, 1995. págs. 60-66.
19. **Ferrin, M., y otros.** *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.* [aut. libro] J.M. Rey. *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP.* Ginebra : Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines, 2017, D.1.1, págs. 1-25.

ANEXOS

Anexo 1

DSM 5

El DSM 5 incluye al TDAH en el apartado de “Trastornos del desarrollo neurológico” con el nombre de “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad” y los criterios diagnósticos que propone son los siguientes:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o desarrollo que se caracteriza por (1) y/o (2):

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:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a los detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (por ejemplo, se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (por ejemplo, tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo, parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (por ejemplo, inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (por ejemplo, dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (por ejemplo, tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (por ejemplo, materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles de trabajo, gafas, móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (por ejemplo, hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

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:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de 5 síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea o golpea con 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 (por ejemplo, se levanta en clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, en situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
 - c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.).
 - 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” (por ejemplo, es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
 - f. Con frecuencia habla excesivamente.
 - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (por ejemplo, termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).
 - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (por ejemplo, mientras espera una cola).
 - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (por ejemplo, se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen los otros).
- B.** Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C.** Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en el colegio o el trabajo; con los amigos o familiares; en otras actividades).
- D.** Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de estos.



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 (por ejemplo, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Especificar si:

Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.

Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.

Especificar si:

En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.

Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre “leve” y “grave”.

Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.

Anexo 2

CIE - 10

La CIE - 10 incluye al TDAH en el apartado de “trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”. El diagnóstico 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.

Propone los siguientes criterios:

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 de 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. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Incapacidad frecuente para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es 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 maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que 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 excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. Impulsividad. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persistente durante al menos seis meses en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de 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 turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

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.

G6. Los síntomas de G 1 a G3 ocasionan un 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.



Anexo 3

Escala Likert para evaluar la concordancia entre los diagnósticos propuestos en la Evaluación Inicial por el médico residente y la primera cita subsecuente por el médico especialista:

	CALIFICACIÓN
Totalmente concordantes	10
Moderadamente concordantes	8
Parcialmente concordantes	6
Poco discordantes	4
Totalmente discordantes	2

