

BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
DIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DEL AREA DE LA SALUD
HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. RAFAEL SERRANO"

Efecto de la psicopatología de madres sobre el apego a
tratamiento en niños con trastorno por déficit de atención
con hiperactividad en el centro estatal de salud mental.

Tesis que para obtener el diploma de especialista en
psiquiatría.

Presenta: Jesús Francisco Sánchez Patricio

Asesor experto y metodológico: María del Carmen Lara Muñoz

INDICE

1. RESUMEN	
2. INTRODUCCION	
-Panorama general del TDAH.....	5
-TDAH y ambiente familiar.....	8
-Psicopatología materna.....	10
-TDAH y apego al tratamiento.....	16
3. JUSTIFICACION.....	19
4. HIPOTESIS.....	20
5. OBJETIVO GENERAL.....	21
6. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	21
7. MATERIAL METODOS.....	22
8. PROCEDIMIENTO.....	30
9. ANALISIS ESTADISTICO.....	.
10. RESULTADOS.....	.
11. DISCUSION.....	.
12. CONCLUSIONES.....	.
13. REFERENCIAS	
14. ANEXOS	

RESUMEN:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una patología de alta prevalencia en nuestro medio. Los padres de niños con TDAH están en mayor riesgo de sufrir trastornos mentales comparados con los padres de niños con un desarrollo típico pues se ha asociado con estrés familiar. El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, y es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos.

Objetivo

Determinar la relación entre la psicopatología de las madres y el apego a tratamiento.

Material y métodos

Observacional, Transversal, Prolectivo y Comparativo. Se estudiaron 78 madres y 16 niñas y 62 niños con TDAH, mujeres entre 22 y 75 años (madres) y niños 5 y 16 años. Se aplicó el Cuestionario Breve de Síntomas que mide síntomas de somatización, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, ansiedad, agresión-hostilidad, ideación suicida, sensibilidad interpersonal y psicoticismo, ASSIST para sustancias, ASRS como cribado de TDAH en adultos, Test de Morisky-Green para medir apego a tratamiento y Test de Conners a niños para confirmar diagnóstico de TDAH. Se definió como cumplidor si

respondía 4 veces si a las preguntas de Test de Morisky-Green y como NO cumplidor a quien contestara un no a esas 4 preguntas.

Resultados

Se recabaron 78 encuesta. El promedio de edad de las madres fue de 37.0 años, y de niños 9.4 años, el número de cumplidor completo fue de 23, el de cumplidor medio fue de 50 y 5 no cumplidores, los síntomas de psicopatología fueron más intensos entre los no cumplidores, cumplidores medios respectivamente en comparación con los cumplidores.

Conclusiones

Las madres de pacientes no cumplidores presentaron una mayor intensidad de síntomas de psicopatología comparada con madres de niños con apego al tratamiento. Los síntomas de agresión-hostilidad fueron los de mayor intensidad en ambas poblaciones, seguido de síntomas depresivos y somáticos. Además de presentar riesgo moderado para consumo de alcohol en ambas poblaciones.

ANTECEDENTES

Panorama general del TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDHA) es un complejo síndrome neurológico caracterizado por una desregulación de la atención, el control de impulsos e

hiperactividad, que son discrepantes al estado de desarrollo y la capacidad cognitiva del individuo (Biederman J, 2006). Se trata de una enfermedad crónica, persistente en la mayoría de los casos en la adolescencia y hasta la edad adulta. Se estima que tiene una prevalencia en adultos de aproximadamente 4% (Mental Health in the United States, 2005). El TDAH es el trastorno crónico del comportamiento más frecuente de niños preadolescentes. Las tasas de prevalencia varían de 3 a 12% en grandes estudios epidemiológicos, con un 6,7 a un 7,5% que aparece el rango más constante. La tasa en los varones es de un 11%, aproximadamente 2,5 veces la tasa del 4,4% en las niñas. Las tasas aumentan con la edad: 4% en los niños menores de 9 años, 9,7% en los niños de 9 a 17 años. A los 16 años de edad, es de 14,9%, y a los 11 años las niñas mostraron su mayor tasa de 6,1% (Mental Health in the United States 2005). Estudios longitudinales de seguimiento de niños con TDAH, encuestas comunitarias y estudios epidemiológicos de las muestras de población calculan la prevalencia promedio de TDAH en adultos entre 2,5 y 4,9%. Las características principales del TDAH son consideradas como un déficit de la "función ejecutiva": disfunciones de la memoria de trabajo y la respuesta de inhibición a acciones inapropiadas, pensamientos y sentimientos, trastornos de la atención, planificación, control de los impulsos,

flexibilidad mental y regulación de la actividad (Barkley 1997). Estas deficiencias se desarrollan durante toda la vida, con un cambio de la sintomatología y sus consecuencias en función de la edad, el sexo, el estado cognitivo, comorbilidades así como el contexto social. El TDAH se caracteriza por una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos neuropsicológicos, como trastornos del lenguaje o dificultades de aprendizaje, así como con otros trastornos psiquiátricos, que no resulta sólo en un deterioro más grave y complejo para la vida individual, sino que aumenta la enorme carga del TDAH para la sociedad como un todo. La importancia del síndrome radica no sólo en los síntomas del TDAH por sí mismos, sino que éstos bloquean la autorrealización individual, y dependiendo de la personalidad y los factores psicosociales, dan lugar a malas adaptaciones para toda la vida y afecciones en lo económico, social, emocional y reacción ante la adversidad (Spencer 2006). También se asocia con una mayor morbilidad médica y costos en accidentes, hospitalizaciones, abuso de sustancias y el embarazo adolescente. El peso del componente genético es importante, estimándose una heredabilidad en torno a 80%, según diversos estudios comparativos de gemelos mono y dicigóticos. Aunque con controversias, alelos de al menos dos genes del sistema dopaminérgico han demostrado asociación

positiva con síndromes por déficit de atención en diversos estudios: el alelo de 7 repeticiones del gen codificante para el receptor dopaminérgico tipo 4 (DRD4/7R) y el alelo de 10 repeticiones (480 pb) del transportador de dopamina tipo 1 (DAT1/10R). Estos alelos han sido asociados a los tres rasgos del SDA: hiperactividad, impulsividad e inatención. El alelo DRD4/7R, ha sido asociado, además, al temperamento búsqueda de novedad y a la propensión a abuso de sustancias (Carrasco et al 2004). Los factores que están asociados inequívocamente con la etiología del TDAH son el tabaquismo materno y el consumo de alcohol durante el embarazo así como la exposición a otras toxinas ambientales, deficiencias nutricionales, la prematuridad y el estrés materno. Históricamente, un cuadro clínico compatible con TDAH se ha descrito durante milenios y sometido a una serie de etiquetas sobre la base de concepciones etiológicas y funcionales, desde Hipócrates, quien en el año 500 A.C describió los síntomas como el resultado de un desequilibrio de los humores, a la descripción de Still en 1902 como un "defecto moral" de la inhibición, no atribuible al ambiente. Si bien fue descrito ya en la antigüedad y está documentado en la literatura mundial de todas las épocas, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad se identificó por vez primera a gran escala a comienzos del siglo XX, cuando los niños

afectados de encefalitis de von Economo desarrollaron síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

TDAH y ambiente familiar:

La presencia de TDAH en niños se asocia a diversos grados de alteraciones en el funcionamiento familiar y marital. Tales como perturbación de las relaciones entre padres e hijos. Reducción del sentimiento de auto-eficacia y el aumento de los niveles de estrés y la psicopatología entre los padres (Margari 2013). Los costos sanitarios para los niños con TDAH son aproximadamente dos veces mayores que en los sujetos control en la comunidad (Barkley et al 2006).

Estudios en familias de niños con TDAH han encontrado que: 15-20% de las madres, 20-30% de los padres, 17-37% de los hermanos también tienen TDAH. En el único estudio que ha examinado la descendencia de los adultos con TDAH (Biederman et al 1995), se encontró que el 57% de los niños de su muestra cumplieron con los criterios para el TDAH (Minde 2003). Se ha informado que los padres de niños con TDAH presentan con mayor frecuencia trastornos del eje I comorbidos tales como los trastornos de ansiedad en particular, que son más frecuentes en adultos con TDAH (Agha 2013). Un predictor de TDAH persistente en niños fue la exposición a la psicopatología materna (Latha 2012). En

México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. En el contexto clínico, al menos 30% de los pacientes que acuden a valoración de primera vez en los servicios de psiquiatría infantil presentan problemas de inatención, hiperactividad o impulsividad. Algunos estudios epidemiológicos han mostrado que sólo el 25% de los padres de sujetos con síntomas de trastornos de conducta o del afecto consideraban que sus hijos necesitaban atención médica, y de ellos, solamente el 13% acudió a los servicios de salud mental. La búsqueda de atención especializada se ha asociado con una mayor intensidad del trastorno y con un mayor nivel educativo de los padres (Palacios-Cruz et al 2011). Esto muestra que el TDHA es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en nuestra sociedad y entornos clínicos.

Psicopatología materna:

Una revisión de las tasas de prevalencia internacionales encontró que TDAH puede ser identificado como una entidad clínica de diagnóstico en todos los países estudiados, pero que las tasas varían de acuerdo con el método diagnóstico, criterios, y muestras de población, que van de mayor a tasas

significativamente más bajas (Faraone et al 2003). La sensibilidad materna puede ser frágil o inconsistente: apareciendo también depresión, ansiedad, TDHA, abuso de sustancias, así como múltiples presiones económicas que puedan interferir con la intención o la capacidad de proporcionar bienestar emocional, estimulación cognitiva y la reciprocidad necesaria para el desarrollo normal del niño.

Otros factores familiares ambientales que contribuyen más tarde a las comorbilidades con la depresión y la conducta negativista desafiante pueden ser: la psicopatología parental hostil, y un entorno familiar caótico. De hecho la psicopatología en los padres, incluyendo, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad han sido relacionados al desarrollo a problemas de conducta en sus hijos. Los niños son valorados por sus padres como mal intencionados y con pobre control de su comportamiento disruptivo más que las niñas, y se encuentran en mayor riesgo de ser objeto de la crianza hostil y disciplina dura, que puede ser un factor que conduce a oposicionalidad aumentada en los varones y tiende presentarse en edad preescolar. Numerosos estudios han examinado los factores de riesgo demográficos y clínicos, incluyendo el nivel educativo de los padres o madres para el uso del castigo corporal. Los padres de niños con TDAH están en mayor riesgo de sufrir trastornos

mentales comparados con los padres de niños con un desarrollo típico. Una historia de TDAH paterno está asociada con TDAH infantil independientemente de ser comórbido con TOD u otro trastorno de conducta (Margari 2013). Varios estudios han reportado una asociación entre el estado de ánimo materno negativo, la ira y el uso del castigo corporal. Tanto la salud psicológica de los padres y la conducta de crianza han sido teorizadas de fungir como factor de riesgo ambiental importante o de protección en los resultados del desarrollo de los niños con TDAH, en particular con respecto a la aparición y el curso de los problemas de conducta (Chronis 2007). La relación entre psicopatología en padres y síntomas de TDAH en niños es compleja y parece influir la uno sobre la otra, desencadenando un ciclo de causa y efecto que caracteriza a todo el sistema familiar (Margari 2013). Se han encontrado fuertes asociaciones entre la depresión materna y problemas de conducta en hijos de todas las edades, incluyendo trastornos afectivos, hiperactividad, problemas de conducta. La literatura que examina hijos de madres deprimidas ha encontrado consistentemente una mayor prevalencia de trastornos psicológicos en los hijos de estas. Se ha estimado que el 40% y el 45% de los niños con madres deprimidas tienen un trastorno psiquiátrico diagnosticable, una tasa de tres a cuatro veces mayor que la de los hijos con madres no

deprimidas (Chronis, 2007). Madres deprimidas tienden a usar disciplina negativa y el castigo corporal, lo que puede aumentar las tasas de problemas de conducta infantil. Por lo tanto, la depresión materna parece aumentar el riesgo para el uso del castigo corporal en general. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es frecuentemente asociado con el estrés familiar y conflicto. Los niños con TDAH son reportados por ser "menos compatibles y menos cooperativos, más exigente de la ayuda de otros, menos capaces de jugar y trabajar de manera independiente de sus madres". Estas características de los niños con TDAH pueden conducir al estrés parental severo y el estado de ánimo negativo, que puede ser exacerbado por una menor percepción de control parental (Shin 2008). Los trastornos y rasgos de personalidad diagnosticados en los padres de familia rara vez se examinan juntos, pero éstos podrían contribuir diferencialmente a los resultados del comportamiento del niño (Margari 2013). Poco se ha dilucidado con respecto a la especificidad de riesgo para TDAH en los hijos de padres con abuso de sustancias. Aproximadamente una cuarta parte de los jóvenes con padres que padecen TDAH presentan abuso de sustancias. Falta por dilucidar si el riesgo elevado para TDAH en los hijos de padres con abuso de sustancias se deriva del abuso mismo o si el padre también puede tener

TDAH. La literatura indica que aproximadamente el 20% de los adultos con abuso de sustancias tiene TDAH (Wilens 2005).

Otro de los efectos perjudiciales que el estrés de tener un hijo con TDAH puede tener en los padres es el aumento en la tasa de consumo de alcohol. Los padres de niños con TDAH que tienen un historial familiar de alcoholismo pueden hacer frente a su estrés con beber, a diferencia de aquellos padres sin antecedentes familiares de consumo de alcohol que encuentran formas más productivas para hacer frente a su estrés (Latha 2012). Hijos de padres alcohólicos tienen un mayor riesgo de presentar varios problemas psiquiátricos, cognitivos e interpersonales, así como de desarrollar algún trastorno por consumo de alcohol (Johnson 1999).

No es una tarea fácil ser padres de niños con TDAH, entre otras cosas porque los métodos de disciplina usuales no funcionan con la misma eficacia que con otros niños. Esto suele provocar frustraciones en los padres y la utilización de un estilo disciplinario disfuncional, caracterizado por mayor permisividad y sobrerreacción. Keown et al (2002) estudiaron aspectos de la conducta parental y factores del funcionamiento familiar asociados con la hiperactividad en 33 familias de niños hiperactivos y 34 familias control. Los resultados mostraron que los factores que se asociaban significativamente con la hiperactividad fueron un estilo de

disciplina más permisivo, sentimientos más bajos de autoeficacia, menos nivel de comunicación padres-hijos e interacciones madre-hijo menos sincrónicas. Alizadeh et al (2002) han examinado el estilo educativo de padres de niños con TDAH y los efectos que tiene el trastorno en las relaciones padre-hijos. Los hallazgos evidenciaron que los padres que tenían hijos con TDAH obtenían en las escalas puntuaciones más elevadas de autoritarismo y actuaban de forma más sobreprotectora durante el juego, usaban un tono de voz más serio y hacían más comentarios negativos del comportamiento de sus hijos, marcando límites estrictos pero sin explicaciones (Miranda-Casas et al 2004). El nivel socioeconómico, la psicopatología paterna o materna o el estrés psicosocial familiar generan unos efectos psicológicos sobre la familia que afectan a las actitudes y pautas educativas de los padres y al ejercicio de la paternidad. Un modelo establecido por Carr (1999) planteaba que aquellos entornos en los que se era intolerante o se castigaban las conductas propias de la hiperactividad, ofreciendo oportunidades limitadas para el desarrollo de habilidades de autorregulación, mantenían o aumentaban la sintomatología de la hiperactividad, mientras que sistemas sociales más tolerantes y con un mayor apoyo favorecían el desarrollo de estas habilidades de autorregulación. La influencia de los

entornos sociales sobre la hiperactividad pone en el punto de mira a la familia como principal ámbito de interacción social del niño. Así, diversas investigaciones han demostrado que existe cierta relación entre niveles disfuncionales de disciplina y afecto y el TDAH, así como otros tipos de trastornos externalizantes como la agresividad o los problemas de conducta. Goldstein, Harvey y Friedman-Weieneth (2007) en un estudio con niños de tres años, encontraron que los padres de niños hiperactivos eran menos afectuosos y más controladores o bien presentaban un estilo educativo más negligente que los padres de niños no problemáticos. Un estudio multicéntrico de casi 3.000 niños, a quienes siguieron desde el nacimiento hasta los 3 años, examinó el efecto acumulativo de la salud mental materna, consumo de sustancias y violencia doméstica en el comportamiento del niño a los 3 años, medido por el Child Behavior Checklist (CBCL). El cincuenta por ciento de las madres tenían al menos un factor de adversidad. La prevalencia de problemas en niños, agresividad, ansiedad y déficit de la atención estuvieron entre el 18 y el 20% en los niños cuyas madres estaban deprimidas, ansiosas, o habían sufrido abuso, y aumentó muy significativamente con la acumulación de problemas maternos mostrando los trastornos de ansiedad un mayor aumento. Este estudio demuestra la alta correlación

entre el efecto acumulativo y de problemas de salud materno-infantil.

Apego al tratamiento:

A pesar de la evidencia científica acerca de las características neurobiológicas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que apoya el uso de medicamentos para su tratamiento, este padecimiento sigue generando controversia con respecto a su existencia, su persistencia a lo largo de la vida y su tratamiento óptimo. Los ensayos controlados sugieren que la medicación estimulante es eficaz en el alivio de los síntomas del TDAH a corto plazo y que la mayoría de los niños responden a los estimulantes debidamente a dosis debidamente tituladas. Investigaciones anteriores han sugerido que los informes de padres e hijos no son tan dignos de confianza como las medidas objetivas, debido a una tendencia a sobre reportar adherencia. Auto informes de padres e hijos tienen la posibilidad de complementar las medidas objetivas, proporcionando más detalles sobre por qué no se está tomando la medicación. La prevalencia de falta de adherencia a la medicación se informó en un rango de 13.2% a 64%, dependiendo del contexto clínico, definición y evaluación de la adherencia, duración del estudio, y las características de la población estudiada. Se ha informado previamente de una

variedad alta de factores predisponentes a falta de adherencia en TDHA. Estos incluyen una dosificación diaria frecuente, sexo masculino, edad avanzada, minorías étnicas, un menor coeficiente intelectual infantil, menor autocontrol, inicio más tardío de TDAH, pobre apoyo a la familia, antecedentes familiares, angustia psicológica de la madre, en mayor o menor gravedad de los síntomas, medicación concomitante, condiciones comorbidas, tales como la conducta de oposición o desafiante, efectos adversos, y las cuestiones de privacidad. La mala adherencia también se asoció con la angustia psicológica materna, crianza deficiente, sobreprotección materna, menos interacción con los padres, y más problemas en el hogar (Charach 2008). Puede ser factible inferir que el tratamiento eficaz de los síntomas del TDAH en los niños puede reducir el estrés de crianza de sus padres. Debe vigilarse el cumplimiento terapéutico tanto en niños con TDAH y su familia usando instrumentos integrales para evaluar áreas específicas de sus dificultades (Hwang 2013). Es importante mejorar la cantidad y la calidad de la educación acerca del TDAH y su tratamiento impartida a los padres de los pacientes, para que sus decisiones terapéuticas sean más informadas y tengan un mejor efecto sobre el pronóstico del paciente (Palacios-Cruz 2011). Los profesionales que evalúan y tratan el TDAH infantil deberían considerar la evaluación

de los padres como parte del tratamiento integral, ya que una buena evaluación del TDAH en el adulto podría favorecer el logro de los objetivos terapéuticos en los niños (Ramos-Quiroga JA 2007).

JUSTIFICACION

El trastorno por déficit de atención es un trastorno con alta prevalencia (5% a 10%), con un índice considerable de heredabilidad (65%), con efectos adversos en el rendimiento escolar, laboral y el ambiente familiar. Se ha asociado a conductas antisociales, encarcelamientos, hospitalizaciones

por accidentes y accidentes más graves, embarazos no deseados, consumo perjudicial y dependencia a sustancias, así como otras comorbilidades psiquiátricas. Usualmente presenta un buen pronóstico con tratamiento adecuado. En el centro estatal de salud mental de Puebla no se incluye como parte de la evaluación la psicopatología en padres de los niños afectados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y por lo tanto se desconoce el grado en que ésta afecta el tratamiento de los pacientes, sobre todo en adherencia y cumplimiento al tratamiento farmacológico y periodicidad a consultas de control. Por lo que en esta investigación se pretende responder a la siguiente pregunta:

¿LA PSICOPATOLOGIA DE LAS MADRES SE ASOCIA AL APEGO AL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TDAH?

HIPOTESIS

La psicopatología de madres de niños con TDAH influye de manera negativa en el apego a tratamiento.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la psicopatología de las madres y el apego a tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar:

- Apego al tratamiento de niños con TDAH
- Síntomas de trastornos afectivos en las madres de niños con TDAH
- Síntomas de trastornos de ansiedad.
- TDAH.
- Consumo de alcohol y sustancias.
- Rasgos de trastornos de la personalidad.

METODOLOGIA

Se llevó a cabo un estudio Observacional, Transversal, Prolectivo y Comparativo. Se realizaron entrevistas para identificar síntomas de ansiedad, depresión, TDHA, trastornos de la personalidad, consumo de sustancias, retraso mental, a

las madres de pacientes diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención.

Sujetos:

Madres de niños con déficit de atención con hiperactividad según diagnóstico clínico del DSM-IV.

Criterios Inclusión:

Madres de escolares (7 a 12 años) que se encuentren diagnosticados clínicamente con Trastorno Por Déficit de Atención, tipo hiperactivo, inatento o mixto, que cuenten con seguro popular, que acepten participar en el estudio.

Niños diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención de Predominio Hiperactivo, Inatento o Combinado.

Criterios de Exclusión:

Madres que no puedan responder a la entrevista.

Criterios de eliminación

Cuestionarios Incompletos.

Variables e instrumentos de medición:

Variable dependiente

Apego al tratamiento

Variable independiente: Psicopatología en madres de niños con TDAH.

Variables de Ajuste

- Composición de la familia
- Nivel socioeconómico

Instrumento de medición:

VARIABLES	INSTRUMENTOS DE MEDICION
Síntomas de Trastornos	Inventario Breve de Síntomas

Afectivos	
Síntomas de Trastornos de Ansiedad	Inventario Breve de Síntomas
TDAH	ASRS
Consumo de Alcohol y Sustancias	ASSIST
Rasgos de Trastornos de la Personalidad	Inventario Breve de Síntomas
Apego al Tratamiento	Test de Haynes-Sackett y Test de Morisky-Green
Trastorno por Déficit de Atención	Test de Conners

El Inventario Breve de Síntomas Versión corta del SCL-90-R (Derogatis, 1975). Abarca nueve dimensiones de síntomas: Somatización (SOM), Trastorno obsesivo-compulsivo (OC), Sensibilidad interpersonal (IS), Depresión (DEP), Ansiedad (ANX), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (PhoB), Ideación Paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY).

Incluye tres índices globales Sintomatología total (PST): número de síntomas ratificados en una dirección patológica. Índice de Síntomas Positivos (PDI): gravedad de los síntomas. Índice de Gravedad Global (GSI): puntuación calculada como

una combinación del número de los síntomas y su gravedad.

Cuenta con los siguientes criterios de calidad: Fiabilidad:

Consistencia interna: 0.71-0.85. Fiabilidad test-retest: 0.68-0.91. Los valores de alfa Cronbach para subescalas: Ansiedad fóbica (0.876), Somatización (0.960), Correlación SCL 90 por encima 0.90 en todas las dimensiones.

ASSIST:

Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST). Desarrollada por especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. Consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. Consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. Con capacidad de cribado para las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o benzodiazepinas, alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Indica la puntuación para cada sustancia que el paciente informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se realiza una

conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en "bajo", "moderado" o "alto". En cada caso se determina la intervención más adecuada ("no tratamiento", "intervención breve" o "derivación a un servicio especializado"). Proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida. Consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Permite identificar una serie de problemas tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse. El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias. Si el consumo es peligroso y puede causar daño, ya sea en el presente o en el futuro, de continuar el consumo.

Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS):

El cuestionario autoinformado de cribado de seis preguntas ASRS v. 1.1 fue desarrollado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el grupo de Kessler en 2005. Se basa en los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Los cuatro primeros ítems evalúan síntomas de falta de atención y los

dos últimos, síntomas de hiperactividad. Ofrece cinco opciones de respuesta por ítem, que son La puntuación propuesta originalmente por los autores de la escala se realiza de manera dicotómica, y se considera un resultado positivo para TDAH cuando el sujeto marca en cuatro o más casillas dentro de la zona sombreada. Las propiedades psicométricas encontradas en la versión estadounidense, realizada con una muestra representativa de la población general, fueron óptimas. 'nunca', 'rara vez', 'a veces', 'a menudo' y 'muy a menudo'. En nuestro medio, se cuenta con un análisis de las propiedades psicométricas del ASRS v. 1.1 en población drogodependiente, y se ha llegado a la conclusión de que se trata de un cuestionario eficaz para esta. En la actualidad, no se dispone de otros cuestionarios de cribado rápido para el TDAH en adultos validados en español. Presenta unas características psicométricas adecuadas, que justifican su empleo como herramienta para detectar casos de pacientes adultos afectados de TDAH en el contexto clínico ambulatorio. También posee características psicométricas que le otorgan validez de criterio, al distinguir de forma adecuada entre quienes presentan TDAH y quienes no presentan dicho trastorno.

Test de Morisky y Green:

Es un test de comunicación del auto cumplimiento que metodológicamente ha sido validado en población española con hipertensión arterial. La adherencia se define como una variable ordinal con un rango de 0 a 4 y como una variable dicotómica con tres niveles de adherencia. Si contesta correctamente las cuatro preguntas se considera un buen cumplidor con una alta adherencia al tratamiento, correctamente dos o tres preguntas se considera un cumplidor medio con una adherencia media. Una o ninguna se considera incumplidor con baja adherencia al tratamiento.

Test de Conners:

Las escalas de Conners fueron diseñadas por C. Keith Conners en 1969. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico, su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento. Estas escalas se han convertido en un instrumento útil cuyo objetivo es detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida de padres y profesores.

Las escalas de Conners cuentan con dos versiones (la original y la abreviada) tanto para la escala de padres como la de profesores. Ambas contienen 10 preguntas que se agrupan dando lugar al "Índice de hiperactividad", por ser precisamente uno

de los que mejor describen las conductas prototípicas del niño/a hiperactivo. Cada pregunta describe una conducta característica de estos niños/as, que los padres o los profesores deberán valorar, de acuerdo con la intensidad con que se presenten. Para responder se proponen cuatro opciones: Nada-Poco-Bastante-Mucho, que se puntúan de 0 a 3 (Nada=0, Poco=1, Bastante=2, Mucho=3). Para valorar los datos, hay que sumar las puntuaciones obtenidas en el índice de hiperactividad de la escala. En la escala de padres los niños que obtienen una puntuación de 15 o superior requieren un estudio en profundidad porque posiblemente sean hiperactivos. Para las niñas, la puntuación es de 13 o superior.

PROCEDIMIENTO:

El presente trabajo se realizó de acuerdo a las disposiciones y lineamientos de los Principios básicos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se presentó el proyecto al Comité de Ética del hospital psiquiátrico Rafael Serrano. Una vez aprobado, se registró en la Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado de la misma Facultad. El estudio se llevó cabo en el "Centro Estatal de Salud Mental Puebla" ubicado en Carretera al Batán S/N, La Joya, Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla. Se invitó a participar a todas las madres que acuden al centro de salud con hijos que presentaran diagnóstico de TDAH entre los meses de Marzo y Julio de 2014. Se explicó la asociación entre psicopatología y el apego al tratamiento. Se leyó el consentimiento informado el cual se firmó por parte de la madre y del investigador para proceder a la aplicación de los instrumentos para la medición de variables estipuladas. A las 78 madres se les aplicó el cuestionario de variables sociodemográficas así como la de sus hijos, también se recabaron datos antropométricos en los hijos. Con la finalidad de evaluar su acceso gratuito al medicamento se recabó su afiliación o no al seguro popular. Para corroborar el diagnóstico de TDAH en los niños se aplicó el test de

Conners, en versión auto aplicable para padres.

Con la finalidad de verificar la presencia de TDAH en las madres se aplicó el test ASRS en su versión auto aplicable. Para medir el uso de sustancias así como el riesgo de presentar consumo perjudicial o dependencia a estas se aplicó la prueba ASSIST de la Organización Mundial de la Salud.

Y teniendo el objetivo de verificar síntomas de trastornos de ansiedad, depresivos, obsesivos, somáticos, agresión-hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y sensibilidad interpersonal se aplicó el inventario breve de síntomas. Por último se procedió a realizar las preguntas de los test de Test de Haynes-Sackett y Test de Morisky-Green para medir apego al tratamiento farmacológico.

Todos los instrumentos fueron aplicados por el investigador.

DISCUSIÓN:

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro medio, con múltiples consecuencias adversas a futuro de no tratarse adecuadamente y sin embargo con un tratamiento accesible en cuanto a disponibilidad y economía, no obstante que la falta de apego al tratamiento sea una constante frecuentemente

encontrada. Con prevalencias de hasta el 64% dependiendo de los criterios utilizados para medir apego terapéutico.

La presencia de TDAH en niños se asocia en repetidas ocasiones con un mal rendimiento escolar ocasionando con esto problemas al interior de la familia. Como se planteó en la introducción la presencia de estrés parental se relaciona con problemas para la crianza de los hijos en los cuales podemos incluir el uso de castigos corporales que suele desembocar en algunos niños nuevas comorbilidades psiquiátricas como el Trastorno Oposicionista Desafiante o más adelante el Trastorno Disocial de la Personalidad generando un círculo que perpetua la problemática familiar. Es de observarse que sobretodo en las madres la sensación de inadecuación al no poder llegar a la expectativas ideales que tienen para la crianza de los hijos se origine entonces o esto contribuya a perpetuar psicopatología. Que como se sabe tiene que ver con una reducción en el funcionamiento del individuo como tal, interfiriendo en varios ámbitos de su vida entre los que tiene que ver la administración del medicamento para el trastorno de sus hijos.

Existen varias maneras de medir el apego terapéutico, métodos directos e indirectos, los primeros con mayor objetividad pero económicamente prohibitivos, los segundos con menor objetividad pero sin embargo permiten tener un bosquejo claro

acerca de la administración del medicamento. Teniendo entonces que a mayor número de dosis no administradas la presencia de síntomas de TDAH se manifiestan e inciden en la psicopatología materna.

El presente trabajo fue realizado con el propósito de evaluar la presencia de psicopatología en madres de niños con TDAH y su efecto sobre el apego al tratamiento.

Encontramos que el número de cumplidores es menor respecto a quienes tenían un cumplimiento medio o nulo. Así mismo la intensidad de la psicopatología entre las madres fue mayor entre los no cumplidores que entre los cumplidores.

Observándose que hubo una mayor intensidad de síntomas de agresión-hostilidad, depresión, ansiedad tanto en las madres de los no cumplidores como de los cumplidores. Destacando estos entre las madres de los no cumplidores. En cuanto a la presencia de consumo de sustancias se observó que

REFERENCIAS:

- Alice Charach, Amy Gajaria, Anna Skyba, Shirley Chen.

(2008). Documenting Adherence to Psychostimulants in Children with ADHD. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 17:3:

- Andrea M. Chronis, Benjamin B. Lahey, William E. Pelham Jr., Stephanie Hall Williams, Barbara L. Baumann and Heidi Kipp, Heather A. Jones, Paul J. Rathouz. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children With Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. Vol. 43, No. 1, 70-82.
- Antonio Félix Raya Trenas, Javier Herrero y Cabrera y María José Pino Osuna. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*. Vol. 20, nº 4, pp. 691-696.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young. (2006). Adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*; 45(2):192-202.
- Barkley, RA. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*; 1 21:65-94.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-report of diagnosed ADHD: A controlled

study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*; 67(4):524-540.

- Dong-Won Shin and Mark A. Stein. (2008). Maternal Depression Predicts Maternal Use of Corporal Punishment in Children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. *Yonsei Med J* 49(4):573 - 580.
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World Psychiatry*. 2(2):104-113.
- Francesco Margari, Francesco Craig, Maria Giuseppina Petruzzelli, Annalinda Lamanna, Emilia Matera, Lucia Margari. (2013). Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in Developmental Disabilities*. 34 1036-1043.
- Johnson J, Leff M. (1999) Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatr*. 103:1085-1099.
- Jun-Won Hwang, Bongseog Kim, Yeni Kim, Tae-Ho Kim, Wan-Seok Seo, Dong-Won Shin, Young-Jae Woo, Heejeong Yoo, Jeong-Seop Lee, Jong-Hun Lee, Myung-Ho Lim, Young-Chul Chung, Chul-Ho Jung and Hanik K. Yoo. (2013) Methylphenidate-osmotic-controlled release oral delivery system treatment reduces parenting stress in parents of children and adolescents with attention-

deficit/hyperactivity disorder. Hum. Psychopharmacol Clin Exp ; 28 : 600-607.

- Latha KS, Nair RB, Bhat SM. (2012). Frequency of Parental Psychopathology in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Online J Health Allied Scs. ;11(1):7
- Lino Palacios-Cruz, Francisco de la Peña, Andrés Valderrama, Rodrigo Patiño, Silvia Pamela Calle Portugal, Rosa Elena Ulloa. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Salud Mental; 34:149-155.
- Mental Health in the United States: Prevalence of diagnosis and medication treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder—United States 2003. MMWR 2005; 54(34):842-847.
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B. and Loper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 44: 637-646.
- Miranda-Casas, D. Grau-Sevilla, R. Marco-Taberner, B. Roselló (2007). Estilos de disciplina en familias con

hijos con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. REV NEUROL; 44 (Supl 2): S23-S25.

- Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky. (2004). Tratado de psiquiatría clínica. Elsevier España, (4th ed) pp. 777-793.
- S. Çimçek, CGökçen, E. Ç. Fettahoglu. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Other Psychiatric Symptoms in Parents of Children with ADHD. Dücünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi; 25:230-237.
- Sharifah Shameem Agha, Stanley Zammit, Anita Thapar, Kate Langley. (2013). Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD?. Eur Child Adolesc Psychiatry 22:369-377.
- Spencer TJ. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. J Clin Psychiatry; 67 (Suppl 8):27-31.
- Timothy E. Wilens, Amy L. Hahesy, Joseph Biederman, Elizabeth Bredin, Sarah Tanguay, Anne Kwon, Stephen V. Faraone (2005) Influence of Parental SUD and ADHD on ADHD in their Offspring: Preliminary Results from a Pilot-controlled Family Study. The American Journal on Addictions, 14:179-187.

- Ximena Carrasco, Paula Rothhammer, Mauricio Moraga, Hugo Henríquez, Francisco Aboitiz, Francisco Rothhammer. (2004). Presencia de los alelos DRD4/7R y DAT1/10R en miembros de familias chilenas con síndrome de déficit atencional con hiperactividad. Rev Méd Chile; 132: 1047-1052.

Inventario Breve de Síntomas (BSI)

Identificación.....Fecha.....

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso su respuesta, marcando la letra que mejor describa **HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR ESE PROBLEMA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS INCLUIDO HOY**. No olvide que debe contestar todas las cuestiones planteadas.

¿HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO AFECTADO POR?: Utilice los siguientes criterios:

A: nada B: un poco C: moderadamente D: bastante E: mucho.

<i>ITEMS</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Modera- do</i>	<i>Mucho</i>
1.Nerviosismo o agitación interior	1	2	3	4
2.Sensaciones de desmayo o mareo	1	2	3	4
3.La idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos	1	2	3	4
4. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás.	1	2	3	4
5. Dificultad para recordar las cosas.	1	2	3	4
6. Sentirse fácilmente irritado o enfadado.	1	2	3	4
7. Dolores en el corazón o en el pecho.	1	2	3	4
8. Sentir miedo de los espacios abiertos o de la calle.	1	2	3	4
9. Pensamientos o ideas de acabar con su vida.	1	2	3	4
10. La idea de que no se puede fiar de la mayoría de las personas.	1	2	3	4
11. Falta de apetito.	1	2	3	4
12. Tener miedo de repente y sin razón.	1	2	3	4
13. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.	1	2	3	4

14. Sentirse solo aunque esté con más gente.	1	2	3	4
15. Sentirse incapaz de lograr cosas.				
16. Sentirse solo.	1	2	3	4
17. Sentirse triste.	1	2	3	4
18. No sentir interés por las cosas.	1	2	3	4
19. Sentirse temeroso.	1	2	3	4
20. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.	1	2	3	4
21. La impresión de que la gente es poco amistosa o que usted no les gusta.	1	2	3	4
22. Sentirse inferior a los demás.	1	2	3	4
23. Náuseas o malestar en el estómago.	1	2	3	4
24. Sensación de que otras personas le miran o hablan de usted.	1	2	3	4
25. Dificultad para conciliar el sueño.				
26. Tener que comprobar una y otra vez lo que hace.	1	2	3	4
27. Encontrar difícil el tomar decisiones.				
28. Sentir temor a viajar en coches, autobuses, metro, trenes, etc.	1	2	3	4
29. Dificultad para respirar	1	2	3	4
30..Sentir calor o frío de repente.	1	2	3	4
31. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le den miedo.	1	2	3	4
32. Que se le quede la mente en blanco.				
33. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.	1	2	3	4
34. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.	1	2	3	4
35. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro.	1	2	3	4
36. Tener dificultad para concentrarse.				

37. .Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.	1	2	3	4
38. .Sentirse tenso o agitado.	1	2	3	4
39. Pensamientos sobre muerte o el hecho de morir.	1	2	3	4
40. .Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	1	2	3	4
41. Tener fuertes deseos de romper algo.	1	2	3	4
42. Sentirse muy cohibido entre otras personas.	1	2	3	4
43.Sentirse muy incomodo entre mucha gente, p.ej. en el cine, en las tiendas	1	2	3	4
44. No sentirse cercano o íntimo con nadie.	1	2	3	4
45. Ataques de terror o pánico.	1	2	3	4
46. .Tener discusiones frecuentes.	1	2	3	4
47. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo.	1	2	3	4
48. El que otros no reconozcan adecuadamente sus logros.	1	2	3	4
49. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.	1	2	3	4
50. La sensación de ser inútil o de no valer nada.	1	2	3	4
51. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si les dejara.	1	2	3	4
52. Sentimientos de culpabilidad.	1	2	3	4
53. La idea de que algo anda mal en su mente.	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4

GSI

PSDI

PST

Somatización
Obsesión-compulsión
Sensibilidad interpersonal
Depresión
Ansiedad
Hostilidad
Ansiedad fóbica
Ideación paranoide
Psicoticismo

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Subescala	Dimensiones	Ítems
SOM	Somatización	2 7 23 29 30 33 37
COG	Obsesión Compulsión	5 15 26 27 32 36
INT	Sensibilidad interpersonal	20 21 22 42
DEP	Depresión	9 16 17 18 35 50
ANG	Ansiedad	1 12 19 38 45 49
HOS	Hostilidad	6 13 40 41 46
FOB	Ansiedad fóbica	8 28 31 43 47
PAR	Ideación paranoide	4 10 24 48 51
PSY	Psicoticismo	3 14 34 44 53

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1)

*Introducción (léasela al usuario o adáptela a las circunstancias locales)**

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia sobre el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, ingerir, inhalar o inyectar (muestre la tarjeta

de respuestas).

Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico (como las anfetaminas, los sedantes, los analgésicos). Para esta entrevista, no se registrarán las medicinas que han sido recetadas por su médico. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, dígame.

Aunque también nos interesa conocer las diferentes drogas ilícitas que ha consumido, tenga la seguridad de que esa información será estrictamente confidencial.

Antes de hacer las preguntas, entregue al usuario la tarjeta de respuestas.

Tarjeta de respuestas En los últimos tres meses (preguntas 2 a la 5 del cuestionario ASSIST)	Tarjeta de respuestas A lo largo de la vida (preguntas 6 a la 8 del cuestionario ASSIST)
<ul style="list-style-type: none">I Nunca: no se ha usado en los últimos tres meses.I Una o dos veces: de una a dos veces en los últimos tres meses.I Mensualmente: promedio de una a tres veces al mes en los últimos tres meses.I Semanalmente: de una a cuatro veces a la semana.I Diariamente o casi diariamente: de cinco a siete veces a la semana.	<ul style="list-style-type: none">I No, nuncaI Sí, pero no en los últimos tres mesesI Sí, en los últimos tres meses

PREGUNTA 1 | A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	No	SI
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	No	SI
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	No	SI
d Cocaína (coca, crack, etc.)	No	SI
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	No	SI
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	No	SI
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	No	SI
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	No	SI
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	No	SI
j Otras, especifique: _____	No	SI

Si todas las respuestas fueron negativas pregunte:
"¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"

Si la respuesta es negativa para todas las preguntas, detenga la entrevista.

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de estas preguntas, haga la pregunta 2 para cada sustancia que se haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	2	3	4	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	2	3	4	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	2	3	4	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	2	3	4	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	2	3	4	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	2	3	4	6
j Otras, especifique: _____	0	2	3	4	6

Si la respuesta es "Nunca" a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.

Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida.

PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	3	4	5	6
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	3	4	5	6
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	3	4	5	6
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	3	4	5	6
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	3	4	5	6
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	3	4	5	6
j Otras, especifique: _____	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	4	5	6	7
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	4	5	6	7
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	4	5	6	7
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	4	5	6	7
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	4	5	6	7
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	4	5	6	7
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	4	5	6	7
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)					
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	5	6	7	8
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachis, etc.)	0	5	6	7	8
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	5	6	7	8
f Inhalantes (óxido nítrico, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	5	6	7	8
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	5	6	7	8
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	5	6	7	8
j Otras, especifique: _____	0	4	5	6	7
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).					

PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a Tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)	0	6	3
b Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)	0	6	3
c Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d Cocaína (coca, crack, etc.)	0	6	3
e Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)	0	6	3
f Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)	0	6	3
g Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3
h Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)	0	6	3
i Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)	0	6	3
j Otras, especifique: _____	0	6	3
Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).			

Este cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) es para individuos mayores de 18 años.

**Cuestionario autoinformado de cribado del adulto-V1.1
(ASRS-V1.1)**

de la Entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS © Organización Mundial de la Salud

Nombre _____ Fecha _____

Marque la casilla que mejor describe la manera en que se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses. Por favor, entregue el cuestionario completado a su médico durante su próxima visita para discutir los resultados.

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia agita o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase un motor?					

Sume el número de marcas que hizo en la zona sombreada. Cuatro (4) marcas o más indican que sus síntomas pueden ser compatibles con los del TDAH del adulto. Podría ser conveniente para usted hablar con su médico acerca de una evaluación.

TEST DE MORISKY-GREEN

1. ¿Se olvida alguna vez de (administrar) tomar los medicamentos?
2. ¿(Administra) Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando su hijo (a) se encuentra bien ¿deja de (administrar) tomar los medicamentos?
4. ¿Si alguna vez le sienta (n) mal ¿deja de administrar el medicamento?

TEST DE HAYNES-SACKETT

1. ¿La mayoría de la gente tiene dificultad en tomar los comprimidos, ¿tiene dificultad para administrar los de su hijo (a)?