

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA”

**Tesis presentada por los bachilleres
Figueroa Huaracha Paola Fernanda
Mamani Quispe Michell Beatriz
para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano**

Asesora:

Dra. Fernandez Pinto Katherine

**Arequipa – Perú
2022**

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 18 de Mayo del 2022

Dictamen: 006849-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006849, presentado por:

2014152322 - MAMANI QUISPE MICHELL BEATRIZ

2015801772 - FIGUEROA HUARACHA PAOLA FERNANDA

Titulado:

**FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

1379 - DEL CASTILLO SOLORZANO NOEMI
DICTAMINADOR



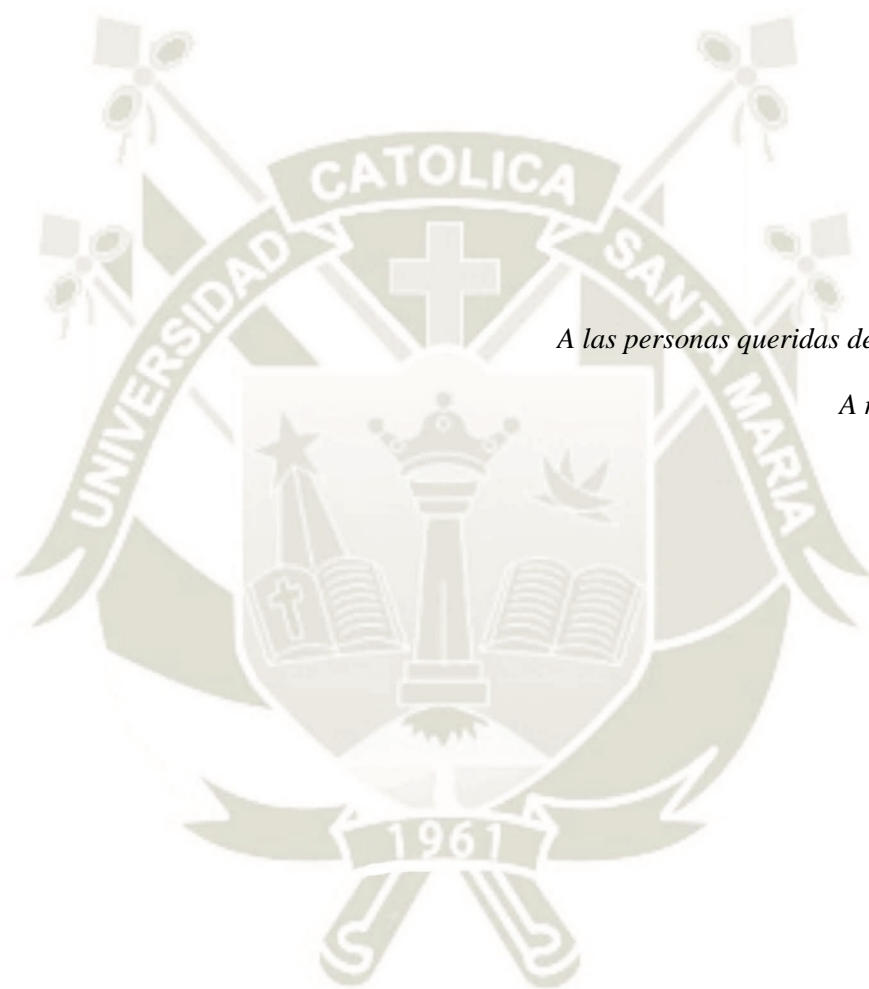
1823 - VARGAS OLIVERA GERMAN AUGUSTO
DICTAMINADOR



3257 - FALCONI LAOS MARIA ALEJANDRA
DICTAMINADOR



DEDICATORIA



A las personas queridas de nuestras vidas

A nuestros padres

AGRADECIMIENTO



A Dios, por guiarnos en este largo camino.

A nuestros padres por su apoyo, cariño y fe en nosotras

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<u>DICTAMEN APROBATORIO</u>	ii
<u>DEDICATORIA</u>	iii
<u>AGRADECIMIENTO</u>	iv
<u>ÍNDICE GENERAL</u>	v
<u>RESUMEN</u>	vii
<u>ABSTRACT</u>	viii
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
<u>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO</u>	3
<u>1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
<u>1.1. Enunciado del Problema</u>	3
<u>1.2. Descripción del Problema</u>	3
<u>1.3. Justificación del problema</u>	5
<u>2. OBJETIVOS</u>	8
<u>2.1. General</u>	8
<u>2.2. Específicos</u>	8
<u>3. MARCO TEÓRICO</u>	9
<u>3.1. TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD</u>	9
<u>3.2. Revisión de antecedentes investigativos</u>	31
<u>4. HIPÓTESIS</u>	42
<u>CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS</u>	44
<u>1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN</u>	44
<u>1.1. Técnicas:</u>	44
<u>1.2. Instrumentos:</u>	44

<u>1.3. Materiales de verificación:</u>	44
<u>2. CAMPO DE VERIFICACIÓN</u>	45
<u>2.1. Ámbito</u>	45
<u>2.2. Unidades de estudio:</u>	45
<u>2.3. Temporalidad:</u>	46
<u>2.4. Ubicación espacial:</u>	46
<u>2.5. Tipo de investigación:</u>	46
<u>2.6. Nivel de investigación:</u>	46
<u>2.7. Diseño de investigación:</u>	46
<u>3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	46
<u>3.1. Organización</u>	46
<u>3.2. Recursos</u>	47
<u>3.3. Validación de los instrumentos</u>	47
<u>3.4. Aspectos éticos</u>	48
<u>3.5. Criterios para manejo de resultados</u>	48
<u>CAPÍTULO III RESULTADOS</u>	50
<u>CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</u>	64
<u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	70
<u>CONCLUSIONES</u>	71
<u>RECOMENDACIONES</u>	72
<u>REFERENCIAS</u>	73
<u>Anexo 1: Consentimiento informado</u>	80
<u>Anexo 2: Ficha de recolección de datos</u>	81
<u>Anexo 3: Escala de autoinforme sobre TDAH en adultos – Tamizaje (ASRS-Tamizaje)</u>	82
<u>Anexo 4: Validación de la Escala de autoinforme sobre TDAH en adultos – Tamizaje (ASRS-Tamizaje)</u>	83
<u>Anexo 5: Comité de ética</u>	84

[Anexo 6: Matriz de sistematización de información](#)..... 86

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes de primer a tercer año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, abril 2022.

Metodología: Se realizó un estudio de campo, observacional, de corte transversal con una muestra de 145 alumnos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión de primer a tercer año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, a quienes se aplicó la Escala de autoinforme del TDAH para adultos- Lista de verificación de síntomas (Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) (ASRS).

Las variables cualitativas fueron analizadas con la prueba de χ^2 y las variables cuantitativas, con la prueba U de Mann Whitney

Resultados: La frecuencia del diagnóstico probable del trastorno de déficit de atención e hiperactividad fue de 32.4%. Entre las características sociodemográficas, la prevalencia de síntomas de déficit de atención e hiperactividad fue mayor en el género femenino; además, se encontró mayor prevalencia entre los 18.9 ± 1.2 años y se evidenció que el 66.7% de los estudiantes con TDAH refirieron antecedente de enfermedad psiquiátrica.

Conclusiones: La frecuencia del diagnóstico probable de TDAH en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María de primer a tercer año fue de 32.4%, representando un valor más alto que en estudios nacionales e internacionales, además se observó que el TDAH está estrechamente relacionado con la edad y los antecedentes psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: TDAH, estudiantes de medicina, frecuencia.

ABSTRACT

Objectives: To determine the frequency of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in first to third year students of the Faculty of Human Medicine of the Catholic University of Santa Maria, April 2022.

Methodology: A field, observational, cross-sectional, observational study was conducted with a sample of 145 students who met the inclusion and exclusion criteria from first to third year of the Faculty of Human Medicine of the Catholic University of Santa Maria, to whom the Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) (ASRS) was applied. The analyses of qualitative variables were analyzed with the Chi2 test and the quantitative variables with the Mann Whitney U test.

Results: The frequency of probable diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder was 32.4%. Among the sociodemographic characteristics, the prevalence of attention deficit and hyperactivity symptoms was higher in the female gender; in addition, higher prevalence was found among 18.9 ± 1.2 years old and it was evidenced that 66.7% of students with ADHD referred history of psychiatric illness.

Conclusions: The frequency of probable diagnosis of ADHD in students of the Faculty of Human Medicine of the Catholic University Santa Maria from first to third year was 32.4%, representing a higher value than in national and international studies, in addition it was observed that ADHD is closely related to age and psychiatric history.

KEY WORDS: ADHD, students of medicine, frequency

INTRODUCCIÓN

“Los trastornos mentales se presentan en cualquier raza, género, situación económica, grado de estudios, etc; sin embargo algunas pueden influir positiva o negativamente en ellos. Comúnmente, los trastornos mentales llegan a afectar negativamente la calidad de vida de su entorno familiar y a ellos mismos.” (1)

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la demencia, discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, incluido el autismo son algunos de los trastornos más comunes. Pero vemos que con el paso del tiempo están aumentando su prevalencia otros trastornos mentales con manifestaciones distintas, que van deteriorando de manera considerable la salud de las personas y ocasionando alteraciones en su desenvolvimiento en su vida diaria. Como algunos ejemplos de ello podemos nombrar al trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, ansiedad generalizada, fobias, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo.” (1)

Creemos que el paso del colegio a la universidad trae consigo oportunidades de desarrollo y aprendizaje como también momentos de estrés y agobio debido a los nuevos desafíos que se presentan, especialmente para estudiantes con déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

“Actualmente se define al trastorno de déficit de atención e hiperactividad como un trastorno del neurodesarrollo cuyas manifestaciones iniciales pueden ocurrir antes de los 12 años, donde se presenta la persistencia de síntomas de inatención, hiperactividad

e impulsividad durante por lo menos seis meses y que no correspondan al nivel de desarrollo de las personas con capacidad cognitiva adecuada para su edad. Además, estos síntomas causan un significativo deterioro clínico en diferentes áreas de la vida (académica, familiar, social y en el caso de adultos en el ámbito laboral), e impacta el funcionamiento psicosocial.” (2)

“Se sabe que el TDAH es una entidad clínica que en muchos casos persiste a lo largo de la vida, durante la adolescencia e incluso hasta la edad adulta. Teniendo en cuenta que la mayoría de los adultos con TDAH no fueron diagnosticados durante su infancia.” (3)

“Hoy en día entre los estudios más recientes se estima una prevalencia aproximadamente de 4% de dicho trastorno en la población adulta (4), lo que por otro lado sería respaldado con los estudios evolutivos actualizados, que refieren la persistencia del diagnóstico en la edad adulta entre el 15 y el 65% de los casos.” (5)

Creemos que en nuestra ciudad, el TDAH está infradiagnosticado debido a que no se le da la suficiente importancia atribuyendo la falta de atención a la rebeldía propia de la edad, por lo que es necesario conocer qué porcentaje de estudiantes universitarios estaría involucrada, sobre todo en la facultad de medicina donde se impone desde el inicio de la carrera una gran presión sobre el estudiante que muchas veces no es manejada de la mejor forma al desconocer la existencia de este trastorno.

“Cabe destacar que el TDAH aumenta el riesgo de comorbilidad en los sujetos que lo padecen, y estos van desde trastornos de la conducta y problemas de aprendizaje durante la infancia, hasta cuadros de ansiedad, depresión, abuso o dependencia de sustancias e incluso trastornos de personalidad en la edad adulta. (6,7) Por ello la mejor

alternativa para mejorar su pronóstico sea posiblemente el diagnóstico y tratamiento precoz.” (3)

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes de primero a tercer año de la facultad de medicina en la Universidad Católica de Santa María?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

b) Análisis de Variables

- **Variable de estudio:** Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

- **Variables asociadas:** Diagnóstico previo de TDAH, antecedentes de síntomas de TDAH antes de los 12 años, antecedente de enfermedad psiquiátrica, edad, género, grado de estudios

Variable de estudio	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Trastorno de déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Puntaje en la versión de tamizaje del Adult ADHD Self – report scale.	TDAH: Puntuación > o = 14 No TDAH: Puntuación < 14	Nominal
Variables asociadas	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Diagnóstico previo de TDAH	Autorreporte de diagnóstico de TDAH por especialista en salud mental.	SI / No	Nominal
Antecedentes de síntomas de TDAH antes de los 12 años	Según datos extraídos de la encuesta	SI / No	Nominal
Antecedente de enfermedad psiquiátrica	Autorreporte de diagnóstico de depresión, ansiedad, u otra enfermedad psiquiátrica por especialista en salud mental.	SI / No	Nominal
Edad	Edad del paciente al momento de la evaluación	Años	Razón

	según DNI		
Género	Sexo del paciente al momento de la evaluación según DNI	Hombre Mujer	Categorica
Grado de estudios	Año de estudio de la carrera de medicina humana	1er - 3er año	Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los estudiantes de primer a tercer año de la facultad de medicina de la Universidad Católica de Santa María?
2. ¿Cuál es la frecuencia de TDAH en estudiantes de primer a tercer año en la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María?

1.3. Justificación del problema

Justificación Científica: Tiene relevancia científica porque el TDAH es una enfermedad infradiagnosticada, ya que, en una sociedad acelerada en un mundo globalizado, los estudiantes universitarios con TDAH no alcanzan sus capacidades óptimas y conforme se hace crónico altera el área académica.

Justificación Humana: Tiene relevancia humana ya que constituye un aporte que nos permite reflexionar sobre las características psicológicas y psicosociales de

estudiantes universitarios durante sus años académicos en la facultad de medicina, no viéndolo como un problema, sino como una oportunidad de aprendizaje y crecimiento no solo para el estudiante sino también para la sociedad.

Justificación Social: Desde el punto de vista social, es importante trastorno de déficit de atención e hiperactividad ya que la familia no le toma importancia a esta enfermedad atribuyéndolo a otras causas, trayendo consigo que no se diagnostique a tiempo y por tanto le trae desventajas tanto académicas como sociales además de ser rechazado o aislado en el ámbito familiar como social.

Justificación Contemporánea: tiene relevancia contemporánea debido a que este trastorno continúa siendo muy poco conocido en nuestra región donde se dispone de datos muy limitados y no se puede diagnosticar oportunamente este trastorno generando repercusiones académicas y psicológicas en los estudiantes que puede llevar al rechazo e inseguridad.

Factibilidad: El estudio es factible porque nos permite llevarlo a cabo en un grupo poblacional elegido, a través de encuestas a estudiantes universitarios por medio de instrumentos para recoger la información, con las cuales se podrá recopilar datos y así poder establecer una relación entre los resultados obtenidos de manera online.

Interés Personal: Este trabajo se realizó con el fin de aprender más sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios de la facultad de medicina humana y de qué manera afecta su desempeño académico, siendo un tema interesante y contando con muy escasa información debido a que hay muy pocos estudios realizados, sentimos que realizando esta investigación podremos incentivar a que se dé mayor importancia a este tema y que se logre diagnosticar en

edades más tempranas para que logren un mejor desenvolvimiento académicamente y no ser excluidos o rechazados



2. OBJETIVOS

2.1. General

Determinar la frecuencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes de primer a tercer año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, abril 2022.

2.2. Específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de medicina de primer a tercer año de la facultad de medicina de la Universidad Católica de Santa María
- 2) Describir la frecuencia en el desarrollo de síntomas de TDAH en estudiantes de primer a tercer año en la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

3.1.1. Definición

“El Trastorno por Déficit de la Atención es conocido con las siglas: TDA (Trastorno por Déficit de Atención), SDA (Síndrome de Déficit de la Atención), DA (Déficit de la Atención), ADHD (Attention Deficit Hiperactivity Disorder), y más comúnmente TDAH (Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad) (8), es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes de la infancia y la adolescencia, a menudo persiste hasta la edad adulta asociándose con un deterioro significativo en el funcionamiento laboral, académico y social” (9).

“Se caracteriza como "un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más fuerte y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (10). Estas tres dimensiones: inatención, impulsividad e hiperactividad, constituyen los ejes del trastorno. Además, detrás de ellos encontramos diversas dificultades en las funciones ejecutivas como: atender a determinados estímulos; planificar y organizar una acción; reflexionar sobre las posibles consecuencias de cada acción; inhibir la primera respuesta automática para cambiarla por otra más apropiada” (11).

3.1.2. Epidemiología

“La prevalencia actual es de 4.4 % entre 18 a 44 años en los Estados Unidos (12), 3,4 % de 18 a 44 años en diez países de las Américas, Europa y Medio Oriente,

encuesta de la Organización Mundial de la Salud (9) y de 2 a 12% de la población pediátrica, considerándose una prevalencia media de 5 a 8 %” (13).

“Según la Liga Latinoamericana para el Estudio del TDAH, en Latinoamérica hay 36 millones de personas afectadas, con menos de una cuarta parte recibiendo un manejo adecuado (11). En el Perú, tenemos datos de una prevalencia entre 3 y 5% en Lima y Callao, obtenidos del estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en año 2007. La prevalencia máxima se sitúa entre los 6 y 9 años de edad” (13).

“Algunos autores mencionan que la relación niño/ niña es de 4/1 (13). Otros hablan de 2 a 9 niños por cada niña (14). Los niños parecen exhibir mayor hiperactividad, inatención, impulsividad y problemas externalizantes. Las niñas generalmente muestran mayor inatención, problemas internalizantes (ansiedad, depresión) y compromiso cognitivo (14). Se cree que existe un menor diagnóstico en niñas ya que son las que suelen presentar más el TDAH de presentación inatento (sin hiperactividad ni impulsividad) (13). Entonces, al no generar mayor perturbación, que es lo que frecuentemente motiva a los adultos a llevar a sus niños a consulta y a los docentes sugerir alguna evaluación, pueden pasar bastante desapercibidas” (11).

“**Comorbilidad:** el TDAH en adultos a menudo es comórbido con otros trastornos psiquiátricos: trastornos del estado de ánimo, trastornos de depresión, trastornos de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias (SUD). La tasa de trastornos psiquiátricos comórbidos en adultos con TDAH tiende a aumentar con la edad. A medida que las personas con TDAH envejecen, la probabilidad de ansiedad, depresión, SUD y trastorno de personalidad antisocial aumenta y, a menudo, se

vuelve más evidente, mientras que el TDAH subyacente se vuelve menos evidente” (12).

3.1.3. Etiología

“La causa del TDAH es multifactorial, es una confluencia de factores genéticos y ambientales, siendo los factores ambientales los que van a funcionar como desencadenantes o moduladores de la carga genética” (11).

“Los siguientes factores predisponen el desarrollo de TDAH: exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o a tratamiento farmacológico (benzodiazepinas o anticonvulsivantes); prematuridad; bajo peso al nacer; complicaciones perinatales; edad materna avanzada al momento del parto; conflicto familiar severo o crónico; familia numerosa; antecedentes psiquiátricos en padres; institucionalización; infra estimulación por un largo período de tiempo; clase social baja” (13,15).

“En la etapa postnatal, una dieta inadecuada, deficiencia de yodo y de vitaminas del complejo B. Algunos estudios demuestran la implicancia de preservantes y colorantes artificiales de alimentos como factores de riesgo” (16).

3.1.4. Patogénesis

“Se desconoce la patogénesis. Los déficits más notorios en el área de la atención están relacionados con la disfunción frontal-subcortical y se relacionan con la función ejecutiva. Sin embargo, los adultos con TDAH también sufren deficiencias no relacionadas con el funcionamiento ejecutivo, incluidas deficiencias en la memoria y deficiencias en la velocidad de procesamiento de la información” (17).

“Entre los hallazgos más comunes en estudios de imagen como la tomografía computarizada o resonancia magnética encontramos: volúmenes más pequeños en la corteza frontal, el cerebelo y las estructuras subcorticales y anomalías en los circuitos prefrontal (especialmente fronto-subcortical derecho) y parietal (18). Además, en las personas con TDAH, la disfunción se encuentra en el caudado, el putamen y el globo pálido, tres estructuras subcorticales que forman parte del circuito neural que subyace al control motor, las funciones ejecutivas, la inhibición del comportamiento y la modulación de las vías de recompensa. Estos circuitos frontal-estriado-pálido-talámico proporcionan retroalimentación a la corteza para la regulación del comportamiento” (19, 20).

“Debido a la naturaleza catecolaminérgica de muchos de estos circuitos cerebrales, la hipoactividad de la dopamina y la norepinefrina en los circuitos subcorticales frontales son la base de la patogénesis en el TDAH (21). Siendo la afectación de las vías dopaminérgicas la responsable, en su mayor parte, de los síntomas de hiperactividad e impulsividad, mientras que la alteración de las vías noradrenérgicas principalmente está relacionada a los síntomas de inatención y afectivos” (13).

“**Genética:** el riesgo de TDAH en padres y hermanos de niños con TDAH aumenta de 2 a 8 veces, con una heredabilidad estimada en un 76%. (22) Para un hermano, el riesgo aumenta entre 3 y 5 veces. En un gemelo homocigoto (con idéntico ADN) el riesgo aumenta entre 12 y 16 veces (13). Los polimorfismos en el gen del transportador de dopamina (DAT1 , SLC6A3) y el gen del receptor de dopamina 4 (D4) (DRD4) se han asociado con mayor frecuencia con el TDAH” (23).

3.1.5. Manifestaciones

“Entre las diferentes presentaciones del TDAH, tenemos: la presentación combinada, que es la más frecuentemente diagnosticada y en la que los 3 síntomas cardinales confluyen y pueden asociarse a otros problemas externalizantes (conductuales); la presentación predominantemente inatenta, que es más diagnosticada en niñas y se asocia más a otros problemas internalizantes (ansiedad, depresión) y la presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva que es la menos frecuentemente diagnosticada (13). Las características predominantes del TDAH en adultos difieren de las características típicas del TDAH en niños. Los síntomas de hiperactividad o impulsividad son menos obvios o manifiestos en los adultos); los síntomas de falta de atención son más prominentes” (12).

Entre los síntomas mas frecuentes tenemos:

a. Disfunción ejecutiva:

"Acciones autodirigidas necesarias para elegir metas y crear, promulgar y sostener acciones hacia esas metas". Entre las funciones ejecutivas que pueden ser deficientes incluyen: memoria de trabajo, cambio de tareas, autocontrol, Iniciación, autoinhibición. Estos déficits contribuyen a los problemas de falta de atención característicos del TDAH en adultos: permanecer concentrado en una tarea, especialmente durante períodos prolongados, organización de actividades, priorización de tareas, seguir y completar tareas, olvido, gestión del tiempo” (24).

b. Falta de atención:

“Se refiere a los problemas para permanecer concentrado en una tarea, especialmente durante períodos prolongados. (24) En los niños, la falta de atención se infiere a partir de la observación de la conducta, por ejemplo, si un niño no se mantiene realizando una tarea durante el tiempo requerido, tarea que está al alcance de otros niños de la misma edad, inteligencia y escolarización, de los que se diferencia. Este déficit atencional puede manifestarse tanto en situaciones académicas, como sociales o laborales. En el desempeño escolar, los niños tienden a cometer errores por descuido, su trabajo puede ser sucio y realizado sin reflexión y las dificultades para mantener la atención dan lugar a que, con frecuencia, el sujeto no concluya sus tareas. (25). Por otra parte, los adultos a menudo tienen dificultades para organizar actividades, priorizar, seguir y completar tareas, olvidos y gestión del tiempo (26). Los cambios de una tarea a otra sin terminar ninguna de ellas, el no seguimiento de las instrucciones, el hecho de dar la impresión de no escuchar y tener la mente en otro lugar, y la dificultad para organizar tareas o actividades, constituyen algunas de las respuestas típicas de los sujetos con este trastorno. Como consecuencia, los sujetos tienden a evitar las tareas que exigen esfuerzo mental” (25).

c. Impulsividad:

“Es la participación excesiva en actividades o habla que tiene un alto potencial de consecuencias (26), dificultad para entender enunciados largos; dificultades para esperar su turno; interrumpir conversaciones, tienden a sufrir accidentes frecuentes (13,14). Además tienden a cambiar de tema de manera brusca (14); no atender a detalles como signos de operaciones matemáticas o enunciados; rendimiento inferior a su capacidad por cometer errores por descuido; dificultad para organización y

planificación; rechazo de tareas que exijan esfuerzo mental y distracción fácil ante estímulos externos” (13).

d. Hiperactividad (inquietud):

“Se refiere al movimiento corporal continuo, cambios de postura al estar sentados, movimiento de piernas y/o de manos; hacer ruidos con el lápiz; levantarse cuando es requerido estar sentado; correr o trepar de manera excesiva y accidentes frecuentes como consecuencia; actividad desorganizada; no terminar acciones que empezaron; generación de ruido excesivo a su alrededor; hablar excesivamente, rápidamente y a veces con tono muy alto (13,14). Se plantea que algunos de los indicadores de la hiperactividad en los distintos momentos evolutivos son los siguientes: De 0 a 2 años: descargas mioclónicas durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y, durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad, de 2 a 3 años: inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motriz excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes, de 4 a 5 años: problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas y a partir de los 6 años: impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social (27). Otro estudio sobre hiperactividad y problemas de conducta en la infancia, se observó que la hiperactividad era predictora de un rendimiento académico bajo, mientras que los problemas de conducta estaban relacionados con el rendimiento académico sólo si correlacionaba con hiperactividad” (28).

e. Desregulación emocional:

“Es la incapacidad de manejar emociones incómodas cuando es necesario y de participar en un comportamiento apropiado. labilidad del estado de ánimo, la irritabilidad, los arrebatos de ira, la baja tolerancia a la frustración y los déficits motivacionales se observan comúnmente en adultos con TDAH, aunque no son específicos del trastorno” (26, 29).

f. Otras deficiencias y problemas sociales y de salud:

“Dificultades laborales, actividad delictiva, problemas de abuso de sustancias, accidentes de tránsito y citaciones por vehículos motorizados en comparación con los adultos sin TDAH” (29, 30).

3.1.5.1. Manifestaciones de TDAH según la etapa de desarrollo:

Generalmente la mayor demanda de atención ocurre entre los 6 y 9 años de edad, cuando ya las características del TDAH empiezan a impactar negativamente en el funcionamiento diario de los niños” (15).

- “En la edad preescolar destacarán las siguientes características en un niño con TDAH y reactividad temperamental: hiperreactividad; oposicionismo y tendencia a berrinches ligados a desregulación emocional. Este precoz patrón de conducta puede estar ligado a ciertas deficiencias neuropsicológicas y retraso intelectual. A esta edad la presentación hiperactiva/impulsiva es más prevalente que la presentación inatenta puesto que es una edad aún difícil de evidenciar problemas atencionales” (13,16).
- “En la edad escolar, permanecerán con el diagnóstico los que fueron detectados en edad pre escolar y se sumarán muchos “nuevos” casos. Los

síntomas subclínicos hasta el momento, serán exacerbados por las exigencias del entorno. Empezarán los problemas académicos, sociales y dentro del entorno familiar. En esta edad pueden ser más evidentes síntomas comórbidos de agresividad y oposicionismo” (13,16).

- “En la adolescencia, permanecerán con el diagnóstico la mayoría de niños antes diagnosticados, especialmente los que cursan con problemas de conducta comórbidos. Si bien los síntomas asociados a hiperactividad empezarán a disminuir, la impulsividad e inatención continuarán dificultando la adaptación saludable en la adolescencia. Mayor riesgo de baja autoestima, distorsión del autoconcepto, posiblemente como consecuencia de disfunción familiar o relaciones sociales disfuncionales. Esto puede conducir a un ánimo bajo y sentimientos de infravaloración. Es común el bajo rendimiento académico y el riesgo de caer en delincuencia o consumo de sustancias. Si se presenta comorbilidad con trastornos afectivos puede incrementarse el riesgo de ideación y conductas suicidas” (16).
- “Manifestaciones específicas de los adultos: síntomas de hiperactividad (inquietud, verbosidad, actividad constante y tendencia a elegir trabajos muy activos), síntomas de impulsividad (la impulsividad puede tener consecuencias más graves en adultos que durante la infancia. Ejemplos: poner fin a las relaciones, dejar trabajos, reaccionar exageradamente a las frustraciones, más infracciones de tránsito), síntomas de falta de atención (dilación, dificultad para tomar decisiones, mala gestión del tiempo y dificultad para organizar actividades)” (24).

3.1.6. Diagnostico

“Es importante mencionar que el diagnóstico del TDAH es un diagnóstico clínico, los síntomas los podremos ver de manera evolutiva (13). El mejor enfoque para la evaluación del TDAH en adultos puede ser utilizar una combinación de una entrevista de diagnóstico estructurada o semiestructurada junto con una escala de calificación dimensional que proporcione medidas cuantitativas de la gravedad y el deterioro de los síntomas. Se pueden usar pruebas neuropsicológicas para complementar la entrevista y la escala de calificación si así lo indican otros déficits cognitivos” (24).

“Identificación de síntomas, comportamientos y deficiencias: identificar síntomas y comportamientos compatibles con el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, quinta edición (DSM- 5) criterios diagnósticos para el TDAH, evaluar al paciente por deterioro atribuible a estos síntomas y descartar otros trastornos como los trastornos del estado de ánimo y/o de ansiedad. El médico debe evaluar las comorbilidades psiquiátricas, en particular los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias. Estos criterios se utilizan para diagnosticar el TDAH tanto en niños como en adultos” (24).

“A. Un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, caracterizado por (1) y/o (2):

1. Falta de atención: 6 (o más) durante al menos seis meses y que tiene un impacto negativo directo en las actividades sociales y

académicas/ocupacionales: Para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años), se requieren al menos cinco síntomas. El paciente a menudo:

- A: No presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido
- B. Tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego
- C. No parece escuchar cuando se le habla directamente
- D. No sigue las instrucciones y no termina el trabajo escolar, los quehaceres o los deberes en el lugar de trabajo
- E. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- F. Evita, le disgusta o es reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido
- G. Pierde cosas necesarias para las tareas o actividades
- H. Se distrae fácilmente con estímulos extraños
- I: Es olvidadizo en las actividades diarias

2. Hiperactividad e impulsividad: 6 (o más) de los siguientes síntomas han persistido durante al menos seis meses en un grado que es inconsistente con el nivel de desarrollo y que tiene un impacto negativo directo en las actividades sociales y académicas/laborales: Para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años), se requieren al menos cinco síntomas.

- A: A menudo juguetea o da golpecitos con las manos o los pies o se retuerce en el asiento

- B: A menudo deja el asiento en situaciones en las que se espera que permanezca sentado
- C: A menudo corre o trepa en situaciones en las que no es apropiado.
(Nota: en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentirse inquieto).
- D: A menudo es incapaz de jugar o participar en actividades de ocio en silencio
- E: A menudo está "en movimiento", actuando como si "lo impulsara un motor"
- F: A menudo habla en exceso
- G: A menudo suelta una respuesta antes de que se haya completado una pregunta
- H: A menudo tiene dificultad para esperar su turno
- I: A menudo interrumpe o se entromete con los demás

B. Varios síntomas de falta de atención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de falta de atención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más entornos

D. Existe evidencia clara de que los síntomas interfieren o reducen la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.

E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental” (24).

“Especifique si:

- Presentación combinada : Si se cumplen tanto el Criterio A1 (inatención) como el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos seis meses.
- Presentación predominantemente inatenta : Si se cumple el Criterio A1 (falta de atención) pero el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) no se cumple durante los últimos seis meses.
- Presentación predominantemente hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y el Criterio A 1 (falta de atención) durante los últimos seis meses.” (24)

“Especificar si:

En remisión parcial: cuando se cumplieron previamente los criterios completos, se cumplieron menos de los criterios completos” (24)

“Especifique la gravedad actual:

- Leve : se presentan pocos síntomas, si es que hay alguno, además de los requeridos para hacer el diagnóstico, y los síntomas no producen más que deficiencias menores
- Moderado : Hay síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".

- Severo : Muchos síntomas en exceso de los requeridos” (24)

3.1.6.1. Escalas de calificación:

“Los estudios han encontrado que pueden ser útiles para la evaluación del TDAH en adultos, pero deben usarse como un complemento de la entrevista clínica y no como un sustituto” (31).

“De 14 escalas de calificación de TDAH en adultos con un total de 35 estudios de validación, la escala de calificación de TDAH en adultos de Conners (CAARS) y la escala de autoinforme del TDAH para adultos (versión corta) tienen estadísticas psicométricas y validez de contenido más sólidas” (32).

3.1.6.1.1. Escala de calificación del TDAH en adultos de Conners (CAARS):

“Evalúa a los pacientes antes o durante el curso del tratamiento del TDAH y proporciona una evaluación detallada de los síntomas y dominios relevantes. No debería ser el único método de diagnóstico ya que con frecuencia identifica erróneamente a las personas con otros problemas psicológicos como si tuvieran TDAH” (24).

3.1.6.1.2. Escala de autoinforme del TDAH para adultos- Lista de verificación de síntomas (Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Symptoms Checklist)

“Es la escala de calificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el TDAH en adultos y está diseñada para medir los síntomas actuales del TDAH (12,33) Consta de 18 ítems basados en los síntomas/criterios del DSM-IV adaptados

a adultos con TDAH, que se miden en una escala de cinco puntos (0 = nunca/pocas veces y 4 = muy a menudo). ASRS tiene datos normativos y la información sobre propiedades psicométricas está disponible para varias poblaciones” (33,34,35).

“Se ha desarrollado una versión autoadministrada más corta de ASRS con fines de detección que consta de seis ítems de la ASRS. Tiene una alta sensibilidad y especificidad, así como una excelente concordancia con el diagnóstico clínico ciego de TDAH en adultos (36). El estudio realizado por Robles y cols. (2020) en una muestra de 4445 personas de 18 a más de 90 años en la ciudad de Lima, encontró que la versión ASRS-tamizaje de seis preguntas cuenta con un índice de consistencia interna (alfa de Crombach) de 0,806 y una concordancia (Índice Kappa de Cohen) de 0,734” (35).

“Los ítems interrogan sobre la presencia de síntomas durante los 6 meses anteriores a la evaluación. Los 4 primeros ítems investigan síntomas de inatención y los dos últimos de hiperactividad y se consideran puntuaciones criterio las tres primeras desde “*a veces*” a “*muy a menudo*”, y las tres últimas desde “*a menudo*” a “*muy a menudo*”. Cuatro respuestas en puntuaciones criterio se estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto” (37). (Anexo 2)

“También podrían solicitarse otras pruebas para determinar la presencia de trastornos del aprendizaje o de la praxia comórbidos. Será también importante contar con la posibilidad de realizar pruebas auditivas, visuales y de imagen, para descartar causas orgánicas. El electroencefalograma, pruebas de imágenes y genéticas se indican sólo cuando el clínico sospecha de un trastorno epiléptico, una alteración cerebral o un síndrome genético” (13).

3.1.7. Diagnóstico diferencial

A. “Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias (SUD). Los trastornos psicóticos como la esquizofrenia también tienen síntomas cognitivos prominentes similares a los observados en el TDAH” (24).

B. “Depresión: La depresión se puede distinguir del TDAH en adultos por un inicio típicamente tardío y un curso episódico” (24).

C. “Manía: La manía se puede distinguir del TDAH en adultos por un inicio típicamente tardío y un curso episódico, síntomas de estado de ánimo exaltado, ciclos rápidos, grandiosidad y aumento de la sexualidad” (24).

D. “Trastornos de ansiedad: A diferencia del TDAH, la distracción con un trastorno de ansiedad solo ocurre en presencia del foco de ese trastorno (p. ej., cuando el paciente experimenta pensamientos obsesivos en el TOC o está preocupado por la ideación autoconsciente)” (24).

E. “Trastornos por uso de sustancias: las deficiencias cognitivas y conductuales ocurren solo en el contexto del uso de sustancias” (24).

3.1.8. Tratamiento

“El tratamiento tiene como objetivo mejorar los síntomas centrales del TDAH, optimizar el funcionamiento y disminuir las dificultades conductuales” (11).

3.1.8.1. Tratamiento inicial

“Todo niño o adolescente con TDAH debe tener un plan integral de tratamiento individualizado, que considere la cronicidad y el impacto de la condición e involucre medidas psicofarmacológicas y/o conductuales, para mejorar las manifestaciones centrales del TDAH (hiperactividad, inatención e impulsividad) y el deterioro funcional asociado. Debe considerarse las inquietudes y preferencias de la familia y brindarse psicoeducación acerca de la condición y los tratamientos disponibles. Asimismo, vincularse a la familia con servicios de apoyo en la comunidad y recursos e intervenciones educacionales, si fuera necesario” (38).

“El tratamiento en pacientes en edad preescolar (de 4 a 5 años), el tratamiento de primera línea recomendado es el conductual. Las estrategias de manejo del comportamiento incluyen educación para padres, intervención de compañeros y manejo del aula” (39).

“Para adultos con TDAH, sugerimos un tratamiento de primera línea con medicamentos en lugar de terapia cognitivo-conductual (TCC). Para adultos con TDAH con déficits prominentes en el funcionamiento ejecutivo, sugerimos un tratamiento combinado con medicación potenciada por TCC dirigida al funcionamiento ejecutivo” (40).

3.1.8.2. Tratamiento farmacológico

A. Selección de un medicamento:

“Para la mayoría de los adultos con TDAH, sugerimos un tratamiento de primera línea con anfetaminas en lugar de metilfenidato o un medicamento no estimulante” (40).

B. Anfetaminas versus metilfenidato:

“Las anfetaminas y el metilfenidato se han considerado durante mucho tiempo igualmente eficaces para el TDAH en adultos; sin embargo, un metanálisis en red de 2018 de ensayos clínicos de medicamentos para el TDAH concluyó que las anfetaminas eran moderadamente más eficaces para reducir los síntomas centrales del TDAH en comparación con el metilfenidato. Sin embargo, se asociaron con un mayor riesgo de finalización prematura del tratamiento como resultado de eventos adversos.[41]. Por otro lado, el Metilfenidato se recomienda como agente de primera línea en el tratamiento de niños con manifestaciones severas o manifestaciones moderadas que no responden a la intervención psicológica” (42).

“Debido a que la severidad de las manifestaciones y deterioro asociado al TDAH es muy variable de un individuo a otro, la duración del tratamiento dependerá de factores como la etapa en el desarrollo de la persona, la edad y los cambios en los soportes necesarios, las demandas del entorno (43) y si el deterioro funcional persiste” (38).

“En general, tratamos el trastorno comórbido antes de tratar el TDAH:

- Trastorno por uso de sustancias: se debe advertir a los pacientes tratados con estimulantes para el TDAH que eviten el consumo simultáneo de alcohol y estimulantes, y limiten el consumo de alcohol a uno o dos tragos después de que los efectos terapéuticos esperados del estimulante probablemente hayan terminado. Varios informes han documentado que la administración de estimulantes junto con el consumo de alcohol da lugar a

riesgos potenciales más allá de los efectos conductuales aditivos respectivos de las dos sustancias [44]. En estudios de adultos que recibieron estimulantes para el TDAH, el tratamiento con estimulantes no parece afectar la probabilidad de desarrollo posterior de SUD, ni aumenta el riesgo de SUD ni tiene un efecto protector” [45].

- “Depresión: Para adultos con TDAH y depresión concurrente, sugerimos el tratamiento con bupropión” (40).
- “Trastornos de ansiedad: el tratamiento con la combinación de un estimulante y un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y norepinefrina” (40).
- “Trastorno bipolar: Los pacientes con trastorno bipolar concurrente y TDAH deben estabilizarse con una dosis terapéutica de un medicamento estabilizador del estado de ánimo antes de tratar el TDAH con un estimulante” (40).

C. Tratamiento con estimulantes:

“Una declaración conjunta de la Sociedad Cardiovascular Canadiense y la Academia Canadiense de Psiquiatría Infantil y Adolescente recomienda que todos los pacientes con TDAH sean examinados para detectar factores de riesgo de muerte súbita de origen cardíaco antes de iniciar el tratamiento con un estimulante” (46).

“Otros efectos secundarios de los estimulantes son pérdida de apetito, dolor abdominal, dolor de cabeza, ansiedad e insomnio. Los síntomas tienden a ser leves y estar relacionados con la dosis” (43).

D. Supervisión

“Para el seguimiento continuo de los efectos del tratamiento, las listas de verificación de síntomas del TDAH son las más prácticas debido a su disponibilidad y facilidad de administración. Si bien el éxito del tratamiento podría definirse como la remisión de todos los síntomas del TDAH, la mejora en las medidas mencionadas anteriormente debería ser clínicamente significativa y representar un cambio observable desde el inicio” [47].

“Se pueden considerar medicamentos de segunda línea cuando los de primera línea son ineficaces o no se toleran, o cuando se desea tratar el TDAH y la comorbilidad simultáneamente. Los fármacos de segunda línea para el manejo del TDAH son atomoxetina, guanfacina y clonidina (48), cuyos efectos adversos son similares a los anteriores, además, la Guía Canadiense aún no ha aprobado el uso de la clonidina en pacientes pediátricos” (49).

“Cuando el paciente comienza a tomar un nuevo medicamento para el TDAH, las visitas de seguimiento deben realizarse mensualmente hasta que la dosis se estabilice y cuando se tome el medicamento. Después de la estabilización, se realiza un seguimiento de los pacientes cada 3 meses durante el primer año, luego 2 o 3 veces al año (48). Las visitas de seguimiento deben incluir la medición de la altura, el peso, el IMC, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Además, se debe preguntar sobre los síntomas del TDAH y el deterioro funcional, así como las reacciones adversas a los medicamentos, la adherencia al tratamiento y la tolerancia al tratamiento” (49).

“La pérdida de peso puede ser un problema significativo en los niños en cuyo caso se puede tomar la medicación junto a las comidas, incrementar porciones alimentarias al final del efecto estimulante, brindar orientación nutricional, incrementar la ingesta calórica, suspender el tratamiento temporalmente de manera planificada o cambiar la medicación. Los niños y adolescentes también deben recibir tratamiento para comorbilidades como ansiedad, tics, trastorno del espectro autista o depresión en caso de que estén presentes” (50).

E. Duración y continuidad del tratamiento

“Algunos adultos pueden necesitar medicamentos para actividades vocacionales, otros para actividades educativas y otros para todas las actividades. Dependiendo de esta evaluación, el adulto puede beneficiarse o tolerar las vacaciones de drogas los fines de semana o días festivos. Algunos adultos pueden necesitar estimulantes por un período de tiempo limitado, mientras que otros pueden necesitarlos indefinidamente” (40).

3.1.8.3. Psicoterapia

“La terapia conductual asociada al involucramiento activo del niño o adolescente y de los profesores es la única intervención no farmacológica que se ha asociado a beneficios estadísticamente significativos (51). La terapia conductual puede recomendarse como tratamiento inicial si los síntomas son leves o con mínimo deterioro, cuando el diagnóstico de TDAH es incierto, cuando hay rechazo de los padres al tratamiento farmacológico o existen discrepancias entre lo reportado por los padres y profesores” (38).

“En niños menores de 5 años debe recomendarse un programa de entrenamiento para padres enfocado en TDAH (50) en el cual se provea información sobre el TDAH, se entrene a responder apropiadamente a las conductas inadecuadas y adecuadas, a establecer una economía de fichas, a usar correctamente el tiempo fuera, a manejar los problemas conductuales en entornos públicos, a usar reportes escolares diarios y anticipar problemas conductuales (38). Las modificaciones en el entorno son cambios que se realizan en el ambiente físico para minimizar el impacto del TDAH en la vida diaria; estas modificaciones son específicas para cada niño en base a sus necesidades y pueden llevarse a cabo independientemente de la edad del niño o adolescente” (42).

“Alguna vez se pensó que era un trastorno exclusivamente de la infancia, los estudios de seguimiento longitudinal han demostrado que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad persiste en la edad adulta en aproximadamente el 50% de los casos [52].

3.1.8.3.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

“Dirigida a la función ejecutiva. Las áreas deficitarias abordadas incluyen: dificultad para realizar un seguimiento de las tareas y actividades, dilación, dificultad para priorizar, desorganización, mala planificación a corto y largo plazo. Las estrategias terapéuticas utilizadas en estos programas de TCC para abordar estos déficits incluyen: formación en habilidades específicas (uso sistemático de herramientas como planificador, cronómetro y lista de tareas; dividir las tareas difíciles en partes manejables; priorización de tareas; desarrollo de una mayor conciencia del tiempo; establecer y mantener sistemas organizativos; mantener el

esfuerzo hacia los objetivos a largo plazo), autocontrol, auto instrucción (internalización de nuevos hábitos mentales y conductuales mediante el uso del habla interna adaptativa), reencuadre cognitivo para abordar las distorsiones cognitivas que generan ansiedad, perfeccionismo, desmoralización y depresión” (53,54).

La TCC dirigida al funcionamiento ejecutivo generalmente se proporciona en 12 a 15 sesiones. Los participantes completan tareas en casa entre sesiones para fomentar la generalización de nuevas conductas y cogniciones adaptativas a las actividades de la vida diaria. (55)

3.1.8.3.2. Terapia conductual dialéctica

“Aborda las dificultades en la regulación emocional, la impulsividad y el funcionamiento interpersonal en adultos con TDAH. (55)

3.1.8.3.3. Meditación de atención plena “Se usa para tratar a adultos con TDAH que se estresan fácilmente, tienen dificultades para calmarse y mantener el enfoque de atención, y reportan pensamientos acelerados” (55).

“No existe evidencia suficiente para recomendar el entrenamiento cognitivo, neurofeedback o neuroretroalimentación, terapias dietéticas, ácidos grasos poliinsaturados, aminoácidos, minerales, terapias herbales, homeopatía y actividad física como tratamiento del TDAH y se espera que se desarrollen ensayos clínicos mejor diseñados” (51).

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel local

3.2.1.1. Autor(es): “Dueñas Galarza, Carolina Liz” (56).

Título: “Frecuencia y factores asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2020“ (56).

Resumen: “El presente trabajo tiene como objetivo establecer la frecuencia y los factores asociados al Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2020. Para lo cual se encuestó una muestra de 134 estudiantes que cumplieron criterios de selección, aplicando una ficha de datos y el cuestionario Wender-Utah. Encontrando que el 39.55% de postulantes fueron varones y 60.45% mujeres, con edad promedio para los varones de 17.70 ± 0.97 años y para las mujeres de 17.31 ± 1.02 años. El 11.94% procede de colegio estatal, 17.91% de colegio parroquial, y 70.15% de colegios particulares. El 25.37% procede de familias con relaciones regulares o malas y 74.63% manifiesta tener familias funcionales. El 59.70% postula por primera vez, 29.10% postuló dos veces, 8.21% en tres ocasiones, y 2.99% más de tres veces. Las carreras de mayor postulación son medicina humana (32.09%), odontología (14.93%), arquitectura (11.19%), entre otras diversas. Según el cuestionario Wender-Utah, el 17.16% de postulantes evaluados tiene rasgos compatibles con TDAH. Hubo más TDAH entre varones (30.19%) que en mujeres (8.64%; $p < 0.05$), y el tipo de familia disfuncional presentó más TDAH (32.35%) que las familias funcionales (12%; $p < 0.05$). El 50% de postulantes que intentan más de 3 veces tiene TDAH, mientras que se reduce a 28.21% de aquellos con dos intentos y a 12.50% con un intento ($p < 0.05$). Las

demás variables no influyeron de manera significativa en la presencia de TDAH. Concluyendo se encuentra una regular frecuencia de TDAH en postulantes a la universidad, asociado a factores sociodemográficos y a una mayor frecuencia de postulación.” (56).

3.2.1.2. Autor(es): “Toro Valencia, Mireya Elizabeth” (57).

Título: “: “Relación entre trastornos de ansiedad, depresión y de déficit de atención en estudiantes de la Academia Preuniversitaria Mendel, Arequipa 2019” (57).

Resumen: “Las enfermedades mentales deben ser atendidas prioritariamente por su alta prevalencia y su impacto tanto individual como colectivo actualmente los trastornos mentales son un verdadero problema de salud pública en nuestro país, por ello es de gran importancia conocer la condición actual de la salud mental de nuestros jóvenes, en esto radica la importancia de la prevención en salud que busca este trabajo. Objetivo: Determinar la relación entre el trastorno de déficit de atención, depresión y nivel de ansiedad en los estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel 2019. Método: Se realizó un estudio Observacional, prospectivo, transversal en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel a quienes se les aplicó 3 escalas de evaluación, la escala de Birleson para depresión, la escala de ansiedad de Beck y la escala auto aplicada de TDAH. Resultados: El 20.3% de los estudiantes presentó sintomatología compatible con TDAH, el ítem con mayor frecuencia fue “¿Con cuánta frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que

trabajar en un proyecto aburrido o difícil?” Con un 45.45%; el 30.9% de los estudiantes presentó cierto grado de depresión, el ítem con mayor frecuencia fue “Pienso que haga lo que haga no lograre conseguir lo que deseo” con un 77.62%; mientras que el 64.1% de los estudiantes presentó ansiedad leve, el 23% presentó ansiedad moderada y el 12.9% presentó ansiedad severa, siendo el ítems con mayor frecuencia: Nervioso con un 48.59%. Conclusión: Se evidencia que del total de estudiantes con cierto grado depresión el 38.8% presentó ansiedad leve, 40.3% presentó ansiedad moderada y 20.9% presentó ansiedad severa, mientras que del total de estudiantes con sintomatología compatible con TDAH el 47.7% presentó cierto grado de depresión, 38.6% presentó ansiedad muy baja, 40.9% presentó ansiedad moderada y 20.5% presentó ansiedad severa. Encontrándose relación entre estos trastornos” (57).

3.2.2. A nivel nacional

3.2.2.1. Autor(es): “Regalado Rodríguez, Mikhail Artidoro.” (58).

Título: “Prevalencia del trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo y Universidad de San Martín de Porres – Filial norte en el año 2015” (58).

Resumen: “El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) fue, por mucho tiempo, un síndrome de diagnóstico exclusivo de niños. A partir de la publicación de la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) que incluye nuevos criterios diagnósticos, el TDAH ahora puede ser diagnosticado, de manera formal, también en adultos.

Objetivo: cuantificar la prevalencia del TDAH en los estudiantes de medicina de dos universidades del departamento de Lambayeque. **Material y método:** Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo a una muestra de estudiantes de medicina del primero al sexto año de dos universidades del departamento de Lambayeque a los cuales se les aplicó la escala ADHD Rating Scale IV (ADHD RS IV) que incluye las manifestaciones clínicas del TDAH. **Resultados:** la prevalencia del TDAH en ambas universidades, fue de 14,6%. El subtipo clínico más frecuente fue la hiperactividad con 8,2%. En la Universidad de San Martín de Porres la prevalencia del TDAH fue de 19,7%, siendo la hiperactividad el subtipo clínico más frecuente con un 12,1%. En la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo la frecuencia del TDAH fue de 5,1% y el subtipo clínico más frecuente fue la inatención con 4,1%. **Conclusiones:** El TDAH es un síndrome relativamente frecuente en la población estudiantil de nuestro medio. Independientemente del subtipo clínico que pueda prevalecer, el TDAH podría traer como consecuencia problemas en el rendimiento académico y una posterior deserción estudiantil, inconvenientes que se pueden evitar si dicho trastorno es diagnosticado a tiempo.” (58).

3.2.2.2. Autor(es): “Yolanda I. Robles, Javier E. Saavedra, Ysela D. Agüero” (35).

Título: “Propiedades psicométricas y métodos de medición de la escala de autoinforme sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos – tamizaje (ASRS Tamizaje) en la población de Lima.” (35).

Resumen: “**Objetivos:** Determinar la distribución de puntajes, confiabilidad, validez y asociación con variables sociodemográficas de la Escala de Autoinforme sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad en Adultos–Tamizaje (ASRS-Tamizaje) en la población de Lima y Callao, según dos formas de calificación (binaria y Likert), y establecer la concordancia entre ambas. **Material y Métodos:** Se realizó un análisis secundario de la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao 2012 – Replicación, en una muestra de 4445 personas de 18 o más años de edad ($42,6 \pm 17,4$). **Resultados:** El promedio de la ASRS-Tamizaje en escala Likert fue $3,74 \pm 3,9$ (rango 0-21), la consistencia interna mediante coeficiente alfa de Cronbach $=0,806$ y mediante el coeficiente omega de McDonald $=0,869$; el análisis factorial mostró que 52,95% de la inercia total era explicado por un solo factor. En escala binaria la media fue $0,89 \pm 1,27$ (rango 0-6), el alfa de Cronbach $=0,599$, el omega de McDonald $=0,753$ y el 52,31% de la inercia fue explicado por dos factores. Con ambas escalas, se halló un coeficiente Kappa $=0,734$ de concordancia de tamizajes positivos. Las dos formas de la escala se asocian con la edad, en tanto que solo la clasificación binaria lo hace con estado civil y grado de educación. **Conclusiones:** La ASRS-Tamizaje es un instrumento de consistencia interna aceptable. Su estructura factorial y la prevalencia de tamizajes positivos varían según la forma de medición (Likert o binaria)” (35).

3.2.2.3. Autor(es): “Chambi Infantas, Fiorella Noemi” (59).

Título: “Prevalencia del Déficit de Atención e Hiperactividad en estudiantes de la Facultad de Medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres - Marzo 2018” (59).

Resumen: “**Objetivo:** Estimar la prevalencia del diagnóstico presuntivo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, marzo 2018.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal a una muestra de 387 alumnos de primer a sexto año de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, a quienes se aplicó la prueba de tamizaje ADHD Self report (ASRS). **Resultados:** La prevalencia del diagnóstico presuntivo de déficit de atención e hiperactividad fue de 23.3% (IC: 19%-27%). Entre las características demográficas, la prevalencia de síntomas de déficit de atención e hiperactividad fue mayor en los hombres que en las mujeres; además, se encontró mayor prevalencia entre los 21 y 24 años. Se evidenció que el 30% de los estudiantes con resultado positivo al test de tamizaje pertenecían al tercio inferior. **Conclusiones:** La prevalencia del diagnóstico presuntivo de déficit de atención e hiperactividad encontrada en el estudio (23.3%) fue más alta que en los estudios internacionales; además, se encontró un número considerable de alumnos que dieron positivo a la prueba de tamizaje y que pertenecían al tercio inferior” (59).

3.2.3. A nivel internacional

3.2.3.1. Autor(es): “Godínez, R., Mack, J., Moll, C., Alvarez, D., Archila, B., Cavaradossi, M., Domínguez, G., Morales, A. & Salatino, A” (60).

Título: “Síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en estudiantes de medicina” (60).

Resumen: “El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por alteraciones en la atención, impulsividad y sobreactividad motora que conllevan a afectar el rendimiento académico. **Objetivo:** Determinar la presencia de síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en estudiantes universitarios de primer a tercer año de la Carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Carlos de Guatemala, durante el año 2020. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, realizado en 382 estudiantes de medicina mediante muestreo aleatorio simple. Se aplicaron las escalas Adult Self- Report Scale (ASRS-v1.1) y Wender Utah Rating Scale (WURS-25) para evaluar la presencia de síntomas de TDAH en la infancia y en la actualidad. **Resultados:** De la población estudiada (n=366), 14% (n=51) presentó síntomas de TDAH y 6% (n=3), repitencia académica escolar. **Conclusión:** Uno de cada diez estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas presenta síntomas para TDAH, la mayoría comprendía las edades de 17-19 años, cursando segundo año y de sexo femenino. La mayoría de los estudiantes universitarios con síntomas de TDAH ha repetido uno o más años académicos” (60).

3.2.3.2. Autor(es): “Villeda, I. A. F” (61)

Título: “Cribado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de medicina” (61).

Resumen: “El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se consideraba un desorden del neurodesarrollo exclusivamente de la infancia, pero en la actualidad se conoce que puede persistir en la edad adulta, pero resulta difícil identificarlo porque la manifestación de los síntomas difiere en adultos. Esta patología afecta el ámbito laboral, académico, profesional, familiar y social del individuo afectado, lo que les impide desarrollar al máximo su potencial. Se realizó un estudio de carácter descriptivo transversal, el cual determinó la probabilidad de presentar TDAH y características sociodemográficas en quienes tenían probabilidad de TDAH, en estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente - CUNORI- de Chiquimula, Guatemala, durante febrero del año 2019, empleando como instrumento de cribado el cuestionario autoinformado de cribado de TDAH del adulto versión 1.1 (ASRS v1.1). Fue tomado para el estudio todo el universo de población para que el estudio fuera significativo, estos fueron 205 estudiantes que cursaban cuarto, quinto y sexto año académico. De los 205 estudiantes el 10.7% mostró probabilidad de presentar TDAH. Las características sociodemográficas en quienes tenían probabilidad del trastorno fueron: cursar cuarto año 59.1%, edad de 21 a 22 años 40.9%, consumo de tabaco 27.3%, sexo masculino 54.5%, otra carrera universitaria cursada anteriormente 4.5%, repitencia de año o rotación 72.7% de los casos. En conclusión, la probabilidad de presentar TDAH en los estudiantes de

medicina fue de 10.7%, por lo que debe realizarse otras investigaciones para detección de casos de TDAH y darles seguimiento” (61).

3.2.3.3. Autor(es): “Shi, M., Liu, L., Sun, X. y Wang” (62).

Título: “Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience” (62).

Resumen: **Background:** Research on symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in medical students is rather scant. Studying the disorder in this population, especially its associations with positive psychological constructs can further the understanding of mental health in future physicians. The objectives of the present study were to investigate the prevalence of ADHD symptoms in medical students, to examine the relationships between ADHD symptoms and life satisfaction, and to explore the mediating role of resilience on the associations. **Methods:** This cross-sectional study was carried out at one medical university in China, in June 2016. Self-reported questionnaires consisting of Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Wender Utah Rating Scale (WURS), Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Satisfaction With Life Scale (SWLS), and socio-demographic characteristics, were distributed to the students. Hierarchical linear regression analyses were used to examine the effects of ADHD symptoms on life satisfaction, and asymptotic and resampling strategies were used to explore the mediating role of resilience. **Results:** A total number of 521 medical students became final subjects. Based on the cutoffs of the scales,

1.54% of the medical students were highly likely to have ADHD, and 6.91% of the students were likely to have ADHD. Only inattention was negatively correlated with life satisfaction in the students. Resilience functioned as a mediator in the relationship between inattention and life satisfaction.

Conclusions: The prevalence of ADHD symptoms among Chinese medical students could be relatively high. Inattention is significantly related to life satisfaction among the students. Early identification of medical students with ADHD symptoms should be warranted. Resilience intervention programs might be undertaken to enhance life satisfaction in medical students, especially for those with inattention symptoms” (62).

3.2.3.4. Autor(es): “Cardozo de Angulo, R. A” (63).

Título: “Motivación y características socio-demográficas de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela y de la Universidad Autónoma de Madrid, España, 2009-2010“ (63).

Resumen: “Los docentes, como parte primordial del proceso enseñanza-aprendizaje, necesitan conocer el nivel de motivación de sus estudiantes, para poder intervenir de manera efectiva en la formación intelectual de los educandos y en la creación de valores científicos, humanísticos, morales y éticos indispensables para el desarrollo integral como profesionales. **Objetivo:** Analizar las motivaciones para estudiar medicina y las características socio-demográficas en los estudiantes de segundo año de la carrera en la Universidad de Carabobo(UC), sede Carabobo, Venezuela y la Universidad Autónoma de Madrid(UAM), España en el período académico 2009-2010. **Metodología:**

investigación transcultural, descriptiva transeccional, no experimental, en 207 y 106 estudiantes voluntarios respectivamente, quienes aceptaron responder los cuestionarios MAPE, SODEMEM y Graffar modificado. **Resultados:** los motivos que los impulsaron a elegir la carrera fueron la vocación de servicio, el interés clínico por la ciencia y la salud pública. En cuanto a la sociodemografía, la mayoría con edades entre 18 y 19 años, predominio femenino, no becados, estrato social en su mayoría I y II, buen rendimiento académico previo al ingreso, católicos, mayor porcentaje sin familiares del área de la salud y describen que los contenidos desarrollados en secundaria tuvieron influencia en su decisión de estudio. Hubo relación significativa entre las motivaciones (Elección carrera Medicina, Razón Principal, Influencia y Motivos según Orientación) y los aspectos Socio-demográficos: religión, rendimiento académico, familiar o pariente médico) en los estudiantes de medicina de la UC. Mientras que, en la UAM, las variables influencia y motivos según orientación, presentan relación significativa con: Estrato socioeconómico, la Religión, Familiar Médico y el Rendimiento Académico. **Conclusión:** Existe relación entre algunas motivaciones y los aspectos socio-demográficos en las muestras, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las motivaciones de los estudiantes de cada Universidad para la elección de la carrera” (63).

4. HIPÓTESIS

No requiere por ser el proyecto de tipo descriptivo.



CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta. Primero se recolectaron los datos personales de cada universitario que se encuestó, luego se les aplicó la escala a Adult Attention and hyperactivity disorder self-reported scale (ASRS – tamizaje).

1.2. Instrumentos:

- Encuesta online con ficha de consentimiento informado (anexo 1).
- Encuesta online con ficha de recolección de datos (anexo 2)
- Escala Adult Attention and hyperactivity disorder self-reported scale (ASRS – tamizaje (anexo 3)

1.3. Materiales de verificación:

- Encuesta online con fichas de recolección de datos y escala Adult Attention and hyperactivity disorder self-reported scale (ASRS – tamizaje)
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en la universidad Católica de Santa María ubicada en la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. Unidades de estudio:

Universitarios que cursen el primer, segundo y tercer año de la facultad de medicina de la Provincia y Departamento de Arequipa.

Población: Todos los universitarios que cursen del primer al tercer año de la facultad de medicina humana de la universidad Católica de Santa María de la Provincia y Departamento de Arequipa, en el periodo comprendido en el año 2022.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra, ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección:

□ Criterios de Inclusión

- Estudiantes universitarios de la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María
- Estudiantes que cursen del primer al tercer año de la carrera
- Estudiantes mayores de edad con DNI (de 18 años a mas)
- Estudiantes que acepten y firmen el consentimiento informado

□ **Criterios de Exclusión**

- Universitarios que no se encuentren cursando del primer al tercer año de medicina humana en la universidad Católica de Santa María de la Provincia y Departamento de Arequipa.
- Encuesta y escalas respondidas de manera incompleta.

2.3. Temporalidad:

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre Abril 2022 a Mayo 2022

2.4. Ubicación espacial:

Facultad de medicina de la Universidad Católica de Santa María de la Provincia y Departamento de Arequipa

2.5. Tipo de investigación:

Se trata de una investigación de campo.

2.6. Nivel de investigación:

Descriptivo.

2.7. Diseño de investigación:

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis, se les hará llenar una encuesta vía online a todos los estudiantes de primero a tercer año de la carrera de medicina humana para

poder determinar si alguno de ellos presenta síntomas relacionados al TDAH.

Se tomó el total de estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Culminado el proceso se generó una base de datos, que fueron organizados para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadoras, asesor.
- b) Materiales
 - Fichas online de investigación
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Escala Adult Attention and hyperactivity disorder self-reported scale (ASRS – tamizaje). Este instrumento ha sido previamente validado para la población peruana. Cuenta con un índice de consistencia interna (alfa de Crombach) de 0,806 y una concordancia (Índice Kappa de Cohen) de 0,734 con la versión completa del ASRS. La versión original del ASRS fue validada por expertos y desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentando altos valores de concordancia con el

diagnóstico realizado en entrevistas semiestructuradas por especialistas de acuerdo a los criterios del DSM V.

3.4. Aspectos éticos

Los datos obtenidos se recabaron con la expresa autorización de los encuestados, y se emplearán en forma anónima y de manera exclusiva para la presente investigación. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina.

3.5. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

Se solicitó el llenado de las encuestas vía online a todos los estudiantes universitarios entre primer a tercer año de la carrera de medicina humana.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados fueron codificados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

d) Plan de Codificación:

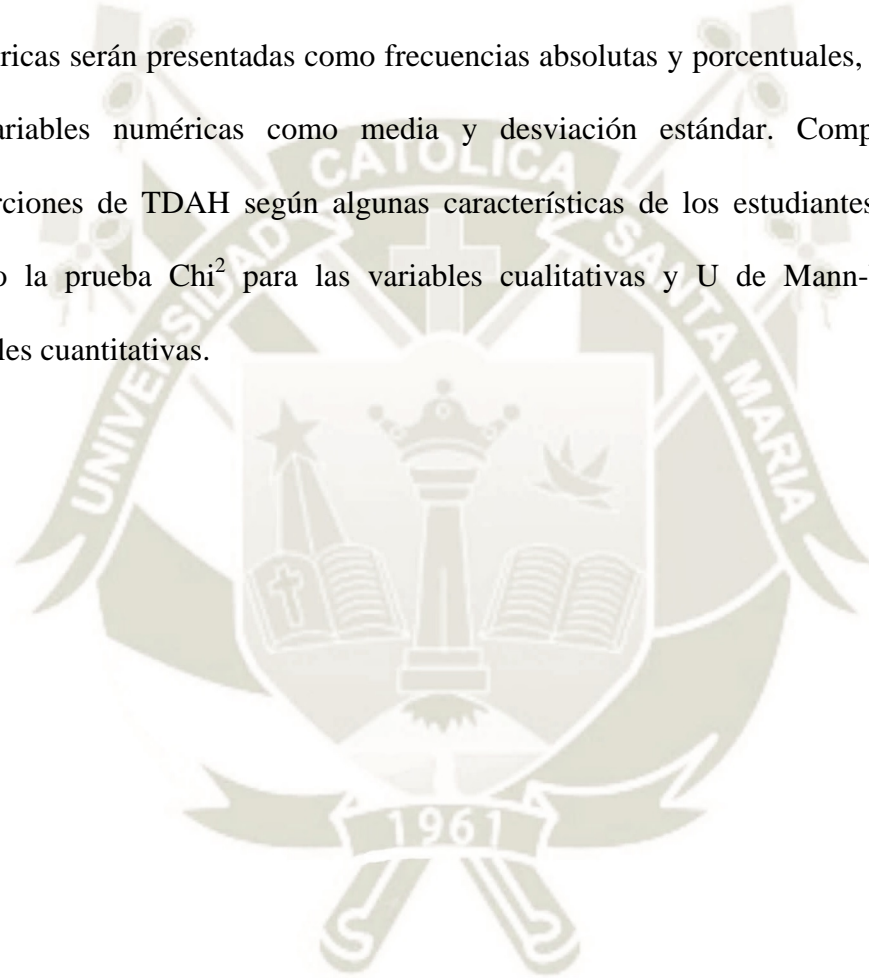
Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

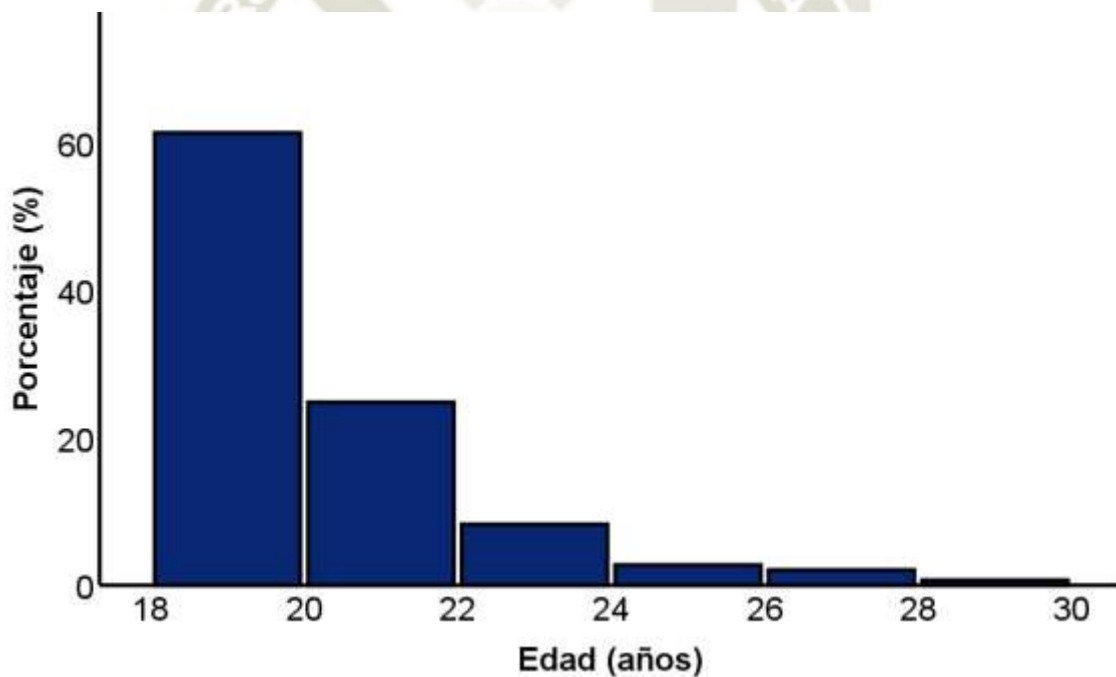
El análisis estadístico se realizará en el programa SPSS v 21.0. Las variables categóricas serán presentadas como frecuencias absolutas y porcentuales, en cuanto que las variables numéricas como media y desviación estándar. Compararemos las proporciones de TDAH según algunas características de los estudiantes de medicina usando la prueba χ^2 para las variables cualitativas y U de Mann-Whitney para variables cuantitativas.





FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Figura 1. Distribución de la edad de los estudiantes de 1 a 3 año de la facultad de medicina de la UCSM.



Fuente: Elaboración propia

Se observa una gráfica con distribución asimétrica representando la edad de los estudiantes de primero a tercer año de la facultad de medicina de la UCSM, mostrándose que las edades que predominaron fueron entre 18 a 20 años.

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 1. Características de los estudiantes de 1 a 3 año de la facultad de medicina de la UCSM.

Característica	N	%
Género		
Femenino	108	74,5
Masculino	37	25,5
Edad (X ± DE)	19,6	2,0
Año de estudio		
Primero	44	30,3
Segundo	35	24,1
Tercero	66	45,5
Total	145	100,0

Fuente: Elaboración propia

Se incluyeron 145 universitarios en este estudio de los cuales 108 (74,5%) eran de género femenino y 37 (25.5%) de género masculino; con una edad promedio de 19,6 años.

Además en relación con el año de estudio hubo mayor cantidad de participantes en tercer año 66 (45,5%); 44 (30,3%) estaban en primer año y 35 (24,1%) en segundo año.



FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 2. Distribución de los estudiantes con diagnóstico previo de TDAH de acuerdo a año de estudio

Año de estudio	Diagnóstico Previo de TDAH					
	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primero	41	93,2	3	6,8	44	100,0
Segundo	33	94,3	2	5,7	35	100,0
Tercero	65	98,5	1	1,5	66	100,0
Total	139	95,9	6	4,1	145	100,0

Fuente: Elaboración propia

De los estudiantes participantes de la encuesta con diagnóstico previo de TDAH, se encontró que en total era 6 (4,1%) de 145; y de estos la mayor cantidad pertenecían a primer año con 3 (6,8%) estudiantes; en segundo año 2 (5,7%) y 1 (1,5%) en tercer año.

Tabla 3. Distribución de los estudiantes con antecedente de enfermedad psiquiátrica de acuerdo a año de estudio.

Año de estudio	Antecedente de Enfermedad Psiquiátrica					
	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primero	39	88.6	5	11.4	44	100.0
Segundo	33	94.3	2	5.7	35	100.0
Tercero	58	87.9	8	12.1	66	100.0
Total	130	89.7	15	10.3	145	100.0

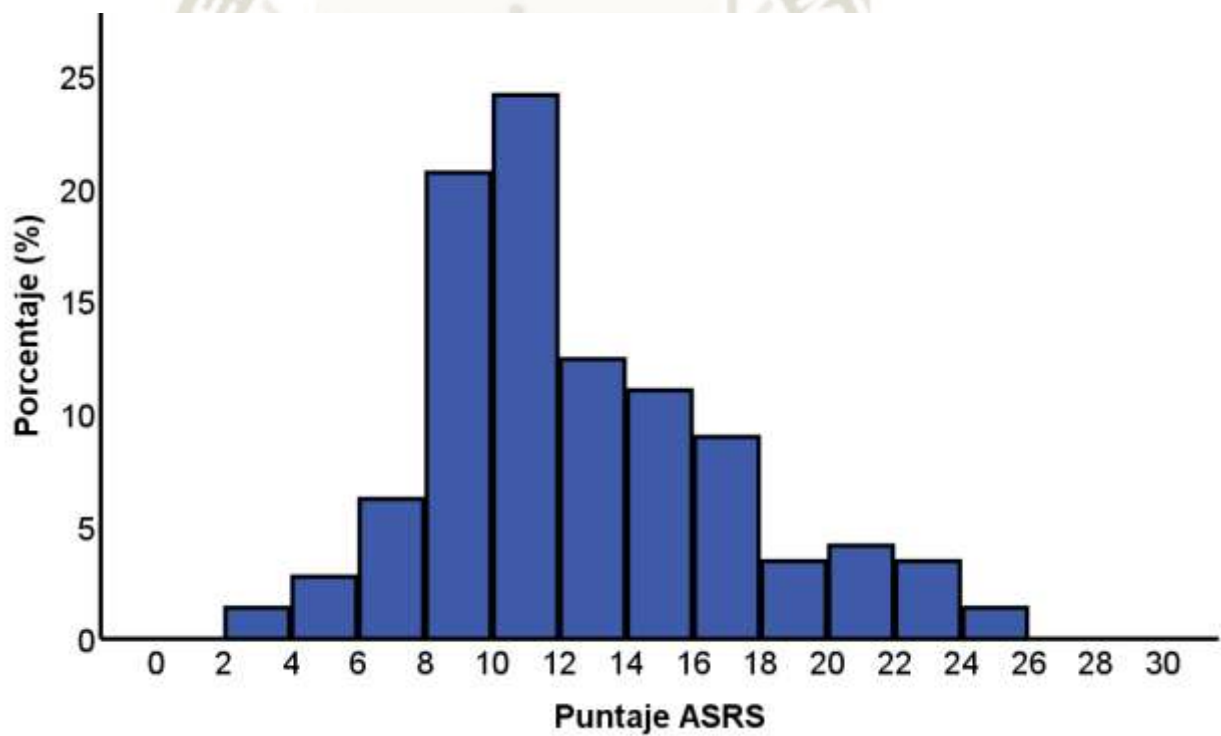
Fuente: Elaboración propia

Se evidencia en la siguiente tabla que de 145 universitarios, 15 (10,3%) refirieron presentar antecedente de enfermedad psiquiátrica; hallando que el mayor porcentaje se

obtuvo en tercer año con 8 (12,1%), 5 (11,4%) fueron de primer año y 2 (5,7%) fueron de segundo año.

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Figura 2. Distribución de los puntajes del ASRS en estudiantes de 1 a 3 año de la facultad de Medicina



Fuente: Elaboración propia

Según el siguiente gráfico podemos observar que la mayoría de estudiantes de primer a tercer año de la facultad de medicina obtuvieron puntajes entre 10 a 12 en la Escala de

Autoinforme del **TDAH** en adultos (**ASRS-v1.1**). Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (**ASRS-v1.1**).

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 4. Frecuencia de TDAH en Estudiantes de Primero a Tercer año de medicina.

Año de estudio	TDAH					
	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primero	29	65.9	15	34.1	44	100.0
Segundo	19	54.3	16	45.7	35	100.0
Tercero	50	75.8	16	24.2	66	100.0
Total	98	67.6	47	32.4	145	100.0

Fuente: Elaboración propia

La probabilidad de TDAH observada en estudiantes evaluados a través de la Escala de Autoinforme del TDAH en adultos presenta una frecuencia en primer año de 15 (34,1%) para quienes sí tienen probabilidad de TDAH y de 29 (65,9%) para quienes no tienen probabilidad de TDAH; en segundo año de 16 (45,7%) para quienes sí tienen probabilidad de TDAH y de 19 (54,3%) para quienes no tienen probabilidad de TDAH y en tercer año de 16 (24,2%) para quienes sí tienen probabilidad de TDAH y de 50 (75,8%) para quienes no tienen probabilidad de TDAH.

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 5. Estudiantes de Medicina con TDAH que presentaron síntomas antes de los 12 años

Año de estudio	Síntomas antes de los 12 años					
	No		Si		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primero	7	46.7	8	53.3	15	100.0
Segundo	6	37.5	10	62.5	16	100.0
Tercero	9	56.3	7	43.7	16	100.0
Total	22	46.8	25	53.2	47	100.0

Fuente: Elaboración propia

De los 47 estudiantes con probable diagnóstico de TDAH, la mayor cantidad de estudiantes que refirieron síntomas antes de los 12 años fueron en segundo con 10 (62,5%), 8 (53,3%) en primer año y 7 (43,7%) en tercer año



FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 6. Proporción de TDAH según el género de los estudiantes.

Género	TDAH				P
	No		SI		
	N	%	N	%	
Femenino	73	67,6	35	32,4	0,988
Masculino	25	67,6	12	32,4	
Total	98	67,6	47	32,4	

* El valor de p fueron obtenidos con la prueba de χ^2

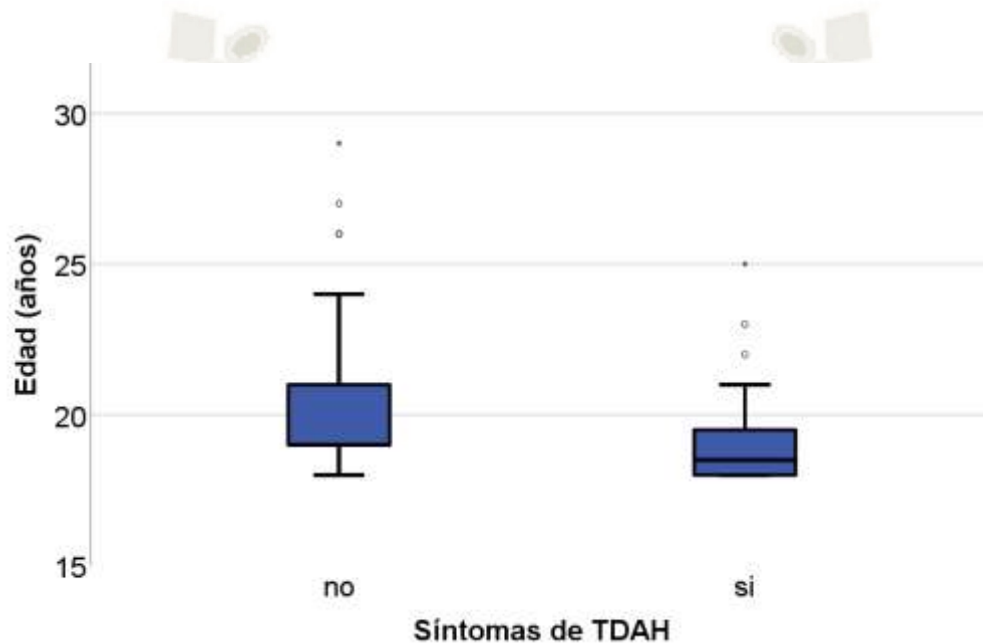
Fuente: Elaboración propia

La proporción de estudiantes con probable diagnóstico de TDAH según el género fue de 35 (32,4%) del género femenino y 12 (32,4%) del género masculino, dando un total de 47 (32,4%) estudiantes con probable diagnóstico de TDAH.

Al evaluar la relación entre el género y el probable diagnóstico de TDAH se encontró un valor de $p = 0,988$ por lo que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Figura 3. Edad de los estudiantes de acuerdo a la presencia de síntomas de TDAH.



Valor de p^{**}: 0,001

** El valor de p fue calculado con la prueba U de Mann Whitney.

Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se compara la edad de los estudiantes que presentaron y no presentaron síntomas de TDAH. Puede observarse que los que no tienen síntomas de TDAH tienen una edad promedio (mediana) de $20,0 \pm 2,2$ siendo este valor mayor que la edad promedio (mediana) de los que refieren síntomas de TDAH representado con $18,9 \pm 1,2$.

Además, al evaluar la relación entre la edad y el probable diagnóstico de TDAH se encontró un valor de $p = 0,001$ por lo que se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 7. Síntomas de TDAH según año de estudios

Año de estudio*	TDAH				P
	No		SI		
	N	%	N	%	
Primero	29	65,9	15	34,1	0,087
Segundo	19	54,3	16	45,7	
Tercero	50	75,8	16	24,2	
Total	98	67,6	47	32,4	

* El valor de p fueron obtenidos con la prueba de χ^2

Fuente: Elaboración propia

Al evaluar la relación entre el año de estudios y el probable diagnóstico de TDAH se encontró un valor de $p = 0,087$ por lo que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$)

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8. Síntomas de TDAH en estudiantes con diagnóstico previo de TDAH.

Diagnóstico previo de TDAH	TDAH				P
	No		SI		
	N	%	N	%	
No	96	69,1	43	30,9	0,067
Si	2	33,3	4	66,7	
Total	98	67,6	47	32,4	

* El valor de p fueron obtenidos con la prueba de χ^2

Fuente: Elaboración propia

De los 47 (32,4%) estudiantes con screening positivo de TDAH, 4 (66,7%) refirieron diagnóstico previo de TDAH y los que no tuvieron diagnóstico previo de TDAH fueron 43 (30,9%).

Al evaluar la relación entre el probable diagnóstico de TDAH y el diagnóstico previo de TDAH se encontró un valor de $p = 0,067$ por lo que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE PRIMER A TERCER AÑO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 9. Síntomas de TDAH en estudiantes con antecedente de enfermedad psiquiátrica.

Antecedente de enfermedad psiquiátrica*	TDAH				P
	No		Si		
	N	%	N	%	
No	93	71,5	37	28,5	0,003
Si	5	33,3	10	66,7	
Total	98	67,6	47	32,4	

* El valor de p fueron obtenidos con la prueba de χ^2

Fuente: Elaboración propia

De los estudiantes con screening positivo de TDAH, 10 (66.7%) refirieron antecedente de enfermedad psiquiátrica y los que no tuvieron antecedente de enfermedad psiquiátrica fueron 37 (28,5%).

Al evaluar la relación entre el probable diagnóstico de TDAH y el antecedente de enfermedad psiquiátrica se encontró un valor de $p = 0,003$, por lo que se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el presente estudio participaron 217 estudiantes de 1 a 3 año de la facultad de medicina de la Universidad Católica de Santa María. De estos, 145 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La **Figura 1** muestra el histograma de las edades de los estudiantes de medicina. La mayoría de estudiantes tuvieron una edad entre 18 y 20 años, con una distribución asimétrica. Esto es semejante a lo reportado por Cardozo de Angulo donde se encontró que la mayoría tenían edades entre 18 y 19 años (63), al igual que lo reportado por Meng Shi et al donde se encontraron edades entre 18 y 20 años (62). Esto podría ser debido a que la edad de ingreso de los estudiantes de medicina suele darse pocos años después de haber concluido sus estudios secundarios. Además, actualmente se aperturaron un mayor número de vacantes lo que ha permitido el mayor ingreso de personas en edades más jóvenes.

Más de la mitad de los estudiantes encuestados fueron de sexo femenino (74,5%) tal como lo muestra la **Tabla 1**. Esto es muy semejante a lo reportado por Cardozo de Angulo, donde se encontró un predominio del sexo femenino en la Universidad de Carabobo con 67,1% y en la Universidad Autónoma de Madrid con 60,4% (63) y esto

es corroborado por Meng Shi et al encontrando un porcentaje de 65.45% (62). Esto podría deberse a que en los últimos años el número de estudiantes mujeres se ha incrementado en la carrera de medicina. Según Jefferson durante las últimas cuatro décadas, la proporción de mujeres que ingresan a la carrera de medicina en Reino Unido aumentó rápidamente, y ahora las mujeres superan en número a los hombres (64). También creemos que ello podría ser debido a que las estudiantes de género femenino pudieran tener una mayor motivación para poder participar del estudio, lo que podría generar un sesgo de selección. Sin embargo, la encuesta fue enviada de forma equitativa tanto a estudiantes mujeres como varones, y se asume que la tasa de no respuesta siga parámetros aleatorios, por lo cual no debería de afectar significativamente el resultado del estudio.

En cuanto a los años de estudio, la distribución es aparentemente homogénea, con un ligero predominio de estudiantes de tercer año. Sin embargo, es importante resaltar que aproximadamente 72 estudiantes de primer año fueron excluidos del estudio por presentar una edad menor a 18 años. Esto está relacionado con la asimetría en la distribución de la edad mostrada en la Figura 1.

Se estima que en la población adulta joven la prevalencia de TDAH es de 4.4 % entre 18 a 44 años en los Estados Unidos (12) y de 3,4 % de 18 a 44 años en diez países de las Américas, Europa y Medio Oriente según la OMS (9). Recientes estudios epidemiológicos a gran escala revelan que la tasa de prevalencia de los síntomas del TDAH entre los estudiantes universitarios varía ampliamente, oscilando entre el 2,8 y el 12,3 %, y hasta el 22,8 % de los estudiantes (62) En nuestro estudio (**Tabla 2**)

encontramos que 6 (4,1%) tenían diagnóstico previo de TDAH, este porcentaje va de acuerdo a los parámetros reportados en los estudios antes mencionados. Así mismo, en la **Tabla 3** vemos que 10,3% de los estudiantes manifestaron antecedente de enfermedad psiquiátrica. Este valor es inferior al hallado por Quintero et al, donde encontró que 15,9% de pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos, también encontró que la ansiedad y la depresión eran los trastornos psiquiátricos más frecuentes encontrados en esta muestra (65). Podría ser que esto se haya elevado durante el periodo de la pandemia, donde se observó un aumento considerable de trastornos mentales tal como lo indica Martínez-Taboas donde demostró que los trastornos de ansiedad y depresión son los que más se reportaron en estudios que indagan la salud mental de las personas en la pandemia (66).

El instrumento aplicado para el screening de TDAH fue la Escala de autoinforme del TDAH para adultos- Lista de verificación de síntomas (Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) (ASRS). El puntaje obtenido por los estudiantes encuestados tuvo una distribución simétrica con la mayoría de estudiantes puntuando entre 10 y 12 según lo muestra la **Figura 2**. El punto de corte para el screening de TDAH de acuerdo al estudio de Robles et al donde evalúa las propiedades psicométricas y métodos de medición de la escala de autoinforme sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos - tamizaje (ASRS- Tamizaje) en la población de Lima el puntaje es de 14 (35). Considerando ello, en la **Tabla 4**, presentamos que el 32,4% de los participantes del estudio tendrían un screening positivo para TDAH diferente de lo encontrado por Chambi en 2018 donde reportó un 23.3% de prevalencia en estudiantes de medicina de una universidad en Lima (59), así mismo Regalado detectó el 14,6% en

su estudio del 2017 en universidades del norte del Perú (58) y Godinez et al presentó en 2020 una prevalencia de 14% en su población estudiada en Guatemala (60). Además se encontró que en primer año de 44 participantes el 34.1% tuvo un tamizaje positivo para TDAH, seguido del segundo año con 45,7% de 35 participantes y tercer año con 24,2% de 66 participantes, según Meng Shi et al (62) encontró una prevalencia de 21(10,4%) en primer año, 17 (9,29%) en segundo año y 3(4,69%) en tercer año.

El DSM- V indica en uno de los criterios diagnósticos de TDAH que los síntomas hayan iniciado antes de los 12 años (24). Debido a ello, preguntamos a los estudiantes por la presencia de estos síntomas en ese rango etario. De los 47 estudiantes que resultaron positivos en el ASRS, 25 (53,2%) presentaron los síntomas antes de los 12 años lo cual se evidencia en la **Tabla 5**. Por ello, hemos identificado a una población que debería ser motivo de atención prioritaria para el diagnóstico especializado de este trastorno y posterior tratamiento. Debido a que se conoce que el TDAH causa bajo rendimiento académico y el riesgo de caer en delincuencia o consumo de sustancias además de conducir a un ánimo bajo, sentimientos de infravaloración y si se presenta comorbilidad con trastornos afectivos puede incrementarse el riesgo de ideación y conductas suicidas” (16).

De las variables analizadas, encontramos que la edad que se muestra en la **Figura 3** y el antecedente de enfermedad psiquiátrica según la **Tabla 9** estuvieron relacionados significativamente ($p < 0,05$) con un screening positivo para TDAH. En el caso de la edad, encontramos que los estudiantes más jóvenes tuvieron mayor proporción de TDAH similar a lo encontrado por Meng Shi et al donde halló una relación significativa

($p = 0,049$) entre el grupo más joven y los síntomas de TDAH que el grupo de mayor edad (62) y así mismo Godínez et al encontró mayor proporción de síntomas de TDAH entre 17 a 19 años (grupo más joven) (60). De la misma manera se ha descrito que el TDAH puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos como: trastornos del estado de ánimo, depresión, ansiedad y consumo de sustancias (12), lo que explicaría la relación encontrada. Así mismo, al comparar otras características como el género (**Tabla 6**), año de estudio (**Tabla 7**) y diagnóstico previo de TDAH (**Tabla 8**) se encontró que no estaban relacionados con el screening positivo para TDAH.

Dado que nuestro estudio tuvo un diseño transversal, no podemos establecer una relación causalidad entre las variables comparadas y el trastorno del TDAH. A pesar de ello, esta primera comparación será de ayuda para diseñar futuros estudios que tengan por objetivo establecer los factores relacionados con TDAH en esta población. Además, estos datos permiten visualizar el diagnóstico de una enfermedad subdiagnosticada con potenciales efectos negativos sobre el rendimiento académico de los estudiantes. Por ello, esta información podría ser usada para generar políticas universitarias orientadas al diagnóstico y tratamiento del mismo. Es necesario reforzar las acciones de diagnóstico de problemas de salud mental tanto al ingreso como durante el desarrollo de los estudios universitarios. Esta recomendación es más importante en el contexto actual post pandemia de COVID-19.





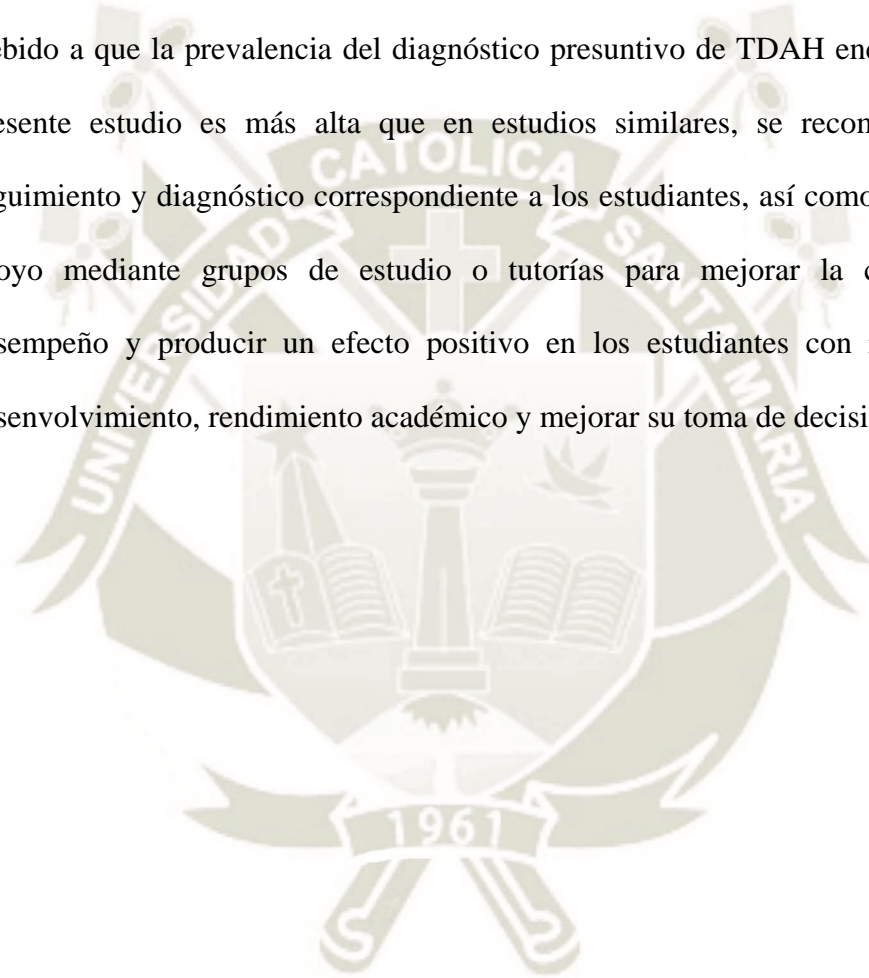
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** - Se encontró que las características sociodemográficas de los estudiantes de primer a tercer año de la facultad de medicina de la Universidad Católica de Santa María corresponden predominantemente al género femenino (74.5%), presentándose más frecuentemente entre las edades de 18 a 20 años y hubo mayor participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en tercer año.
- Segunda.** - La frecuencia del diagnóstico probable de TDAH en los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María de primer a tercer año fue de 32.4%, representando un valor mas alto que en estudios nacionales e internacionales, además se observó que el TDAH está relacionado con la edad y los antecedentes psiquiátricos.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda realizar un estudio prospectivo con evaluación clínica por especialistas para tener un estimado más adecuado de la prevalencia.
- 2) Debido a que la prevalencia del diagnóstico presuntivo de TDAH encontrada en el presente estudio es más alta que en estudios similares, se recomienda dar el seguimiento y diagnóstico correspondiente a los estudiantes, así como proporcionar apoyo mediante grupos de estudio o tutorías para mejorar la calidad en el desempeño y producir un efecto positivo en los estudiantes con respecto a su desenvolvimiento, rendimiento académico y mejorar su toma de decisiones.



REFERENCIAS

1. Mazurkiewicz Rodríguez, H. J., & Marcano, B. Calidad de vida en adultos jóvenes con TDAH diagnosticados en la adultez: revisión Sistemática. *Actualidades en Psicología*, (2021); 35(130), 97-113
2. Medranoa, A. L. J., & Leóna, S. O. Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, (2016). 59(5), 6-14.
3. Quintero, J., Balanzá-Martínez, V., Correas, J., Soler, B., & Grupo, G. A. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el paciente adulto: visión del clínico. *Actas Españolas de psiquiatría*, 41(3), (2013). 185-195.
4. Kessler RC, Alder L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):716-23
5. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;Sep;3;10:67
6. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/ hyperactivity disorder and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007 Nov; 68(11):1776-84.
7. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2009 Nov; 70(11):1557-62.
8. Vélez-Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de salud pública*. 2012; 14: 113-128.
9. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry [Internet]*. 2007;190:402–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17470954/>
10. López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona; 2001.
11. Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Rev Neuropsiquiatr [Internet]*. 2020;83(3):148–56. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150073>
12. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry [Internet]*.

- 2006;163(4):716–23. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16585449/>
13. Soutullo-Esperón C, Mardomingo-Sanz M. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 55-78.
 14. Parellada M. TDAH. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. De la infancia a la edad adulta. Madrid: Alianza Editorial; 2009. p.45-57.
 15. Polanczyk G, de-Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-948
 16. Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. Rutter's Child and adolescent psychiatry. Sixth Edition. New Jersey: Willey Blackwell; 2015. p. 738-756
 17. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2005;57(11):1336–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15950006/>
 18. Kasperek T, Theiner P, Filova A. Neurobiology of ADHD from childhood to adulthood: Findings of imaging methods. *J Atten Disord*. 2015;19(11):931–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24097847/>
 19. Schweitzer JB, Faber TL, Grafton ST, Tune LE, Hoffman JM, Kilts CD. Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2000;157(2):278–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10671402/>
 20. Valera EM, Faraone SV, Biederman J, Poldrack RA, Seidman LJ. Functional neuroanatomy of working memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2005;57(5):439–47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15737657/>
 21. Arnsten AFT. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006;67 Suppl 8:7–12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16961424/>
 22. Smith AK, Mick E, Faraone SV. Advances in genetic studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2009;11(2):143–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-009-0022-0>
 23. Franke B, Faraone SV, Asherson P, Buitelaar J, Bau CHD, Ramos-Quiroga JA, et al. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2012;17(10):960–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22105624/>
 24. Bukstein O. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical features, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-course-assessment-and-diagnosis?search=Trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%>

- B3n%20con%20hiperactividad%20en%20adultos:%20epidemiolog% C3% ADa,
%20patogenia,%20caracter% C3% ADsticas%20cl% C3% ADnicas,%20curso,%2
0evaluaci% C3% B3n%20y%20diagn% C3% B3stico%20&source=search_result
&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=13
25. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with ADHD: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *J Am acad Child Psy.*1991; 30(5):752-61.
 26. Barkley R, Murphy KR, Fischer M. ADHD in Adults: What the Science Says, Guilford Press, New York 2008.
 27. Whalen CK. Hiperactividad, problemas de aprendizaje y trastornos por déficit de atención (213- 279). En T. Ollendich y M. Hersen, (Eds). *Psicopatología Infantil.* Barcelona. 1986.p. 391-410
 28. Copeland AP, Weissbrod CS. Strategies used by learning disabled children: Does hyperactivity always make things worse? *J Learn Disabil.*1995; 10(8):473-7
 29. Barkley RA, Cox D. A review of driving risks and impairments associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effects of stimulant medication on driving performance. *J Safety Res [Internet].* 2007 ;38(1):113–28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17303170/>
 30. Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Woods, A. G., & Young, S. A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. *From Frontiers in psychiatry, . 2012; } 2, 84.* Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2011.00084>
 31. Haavik J, Halmøy A, Lundervold AJ, Fasmer OB. Clinical assessment and diagnosis of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Rev Neurother [Internet].* 2010;10(10):1569–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925472/>
 32. Taylor A, Deb S, Unwin G. Scales for the identification of adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review. *Res Dev Disabil [Internet].* 2011;32(3):924–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21316190/>
 33. Adult ADHD Self-Report Scales (ASRS). National Comorbidity Survey. Available at: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php (Accessed on Apr 20, 2022).
 34. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med [Internet].* 2005;35(2):245–56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15841682/>
 35. Robles YI, Saavedra JE, Agüero YD. Propiedades psicométricas y métodos de medición de la escala de autoinforme sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos – tamizaje (ASRS- Tamizaje) en la población de Lima. *Rev Neuropsiquiatr [Internet].* 2021;83(4):217–27. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1180987>

36. Ustun B, Adler LA, Rudin C, Faraone SV, Spencer TJ, Berglund P, et al. The world health organization adult attention-deficit/hyperactivity disorder self-report screening scale for DSM-5. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017;74(5):520. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0298>
37. Pedrero, E.J. & Puerta C. El ASRS v. 1.1. como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Adicciones*, 2007;19(4), 393-407.
38. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(7):894–921
39. Felt BT. Mental disorders and learning disabilities in children and adolescents: Attention-deficit/hyperactivity disorder. *FP Essent* [Internet]. 2018;475:11–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30556686/>
40. Brent D.; Bukstein O, Solanto MV. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *UpToDate*[Internet]. 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-adults?search=Tratamiento%20del%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20con%20hiperactividad%20en%20adultos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
41. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;5(9):727–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30097390/>
42. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE Clinical Guideline CG87. Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2018. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng87
43. Canadian ADHD Resource Center. Canadian ADHD Practice Guideline. Fourth Edition. Toronto: Canadian ADHD Resource Center; 2018.(Fecha de acceso : 30 de julio de 2020). Disponible en: https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf
44. Barrett SP, Pihl RO. Oral methylphenidate-alcohol co-abuse. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2002 [citado el 11 de mayo de 2022];22(6):633–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12454570/>
45. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado el 11 de mayo de 2022];70(7):740–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23754458/>

46. Bélanger SA, Warren AE, Hamilton RM, Gray C, Gow RM, Sanatani S, Côté JM, Frcpc JL, Leblanc J, Martin S, Miles B, Mitchell C, Gorman DA, Weiss M, Schachar R. *Paediatr Child Health*. 2009 Nov; 14(9):579-92.
47. Küpper T, Haavik J, Drexler H, Ramos-Quiroga JA, Wermelskirchen D, Prutz C, et al. The negative impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on occupational health in adults and adolescents. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2012;85(8):837–47. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22752312/>
48. Felt BT, Biermann B, Christner JG, Kochhar P, Harrison RV. *Am Fam Physician*. 2014 Oct 1; 90(7):456-64.
49. Feldman ME, Charach A, Bélanger SA. *Paediatr Child Health*. 2018 Nov; 23(7):462-472.
50. Chaplin S. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. *Prog Neurol Psychiatry*. 2018; 22(3):27–9
51. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías-Saint-Gerons D, et al. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS ONE*. 2017; 12(7):e0180355.
52. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med* [Internet]. 2006;36(2):167–79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16420713/>
53. Safren SA, Sprich S, Perlman C, Otto M. *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program (Therapist Workbook)*, Oxford University Press, New York 2005.
54. Solanto MV. *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD: Targeting Executive Dysfunction*, The Guilford Press, New York 2011.
55. Solanto MV. *Psychotherapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults*. UpToDate[Internet].2018. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-in-adults?search=Psicoterapia%20para%20el%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20con%20hiperactividad%20\(TDAH\)%20en%20adultos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/psychotherapy-for-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-in-adults?search=Psicoterapia%20para%20el%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de%20atenci%C3%B3n%20con%20hiperactividad%20(TDAH)%20en%20adultos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
56. Dueñas Galarza, C. L. *Frecuencia y factores asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa, 2020.*
57. “Relación entre trastornos de ansiedad, depresión y de déficit de atención en estudiantes de la Academia Preuniversitaria Mendel, Arequipa 2019”
58. Regalado-Rodríguez, M. A., Fernández-Mogollón, J. L., & Alipázaga-Pérez, P. *Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de medicina de*

- la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo y Universidad de San Martín de Porres–Filial Norte, 2015. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, (2017). 10(1), 35-39.
59. Chambi Infantas, F. N. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de la facultad de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres marzo 2018.
 60. Godínez, R., Mack, J., Moll, C., Alvarez, D., Archila, B., Cavaradossi, M., ... & Salatino, A. (2021). Síntomas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en estudiantes de medicina. *Revista médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala)*, 160(1), 6-10.
 61. Villeda, I. A. F. (2020). Cribado de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de medicina. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 4(1), 1-6.
 62. Shi, M., Liu, L., Sun, X. y Wang, L. Asociaciones entre los síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la satisfacción con la vida en estudiantes de medicina: el efecto mediador de la resiliencia. *Educación médica BMC* , (2018). 18 (1), 1-7.
 63. Cardozo de Angulo, R. A. (2010). Motivación y características socio-demográficas de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo, Venezuela y de la Universidad Autónoma de Madrid, España, 2009-2010.
 64. Jefferson, L., Bloor, K. y Maynard, A. Mujeres en la medicina: perspectivas históricas y tendencias recientes. *Boletín médico británico* , 2015.114 (1), 5-15. https://www.researchgate.net/publication/273387542_Women_in_medicine_Historical_perspectives_and_recent_trends
 65. Quintero, J., Loro, M., Jiménez, B., & García Campos, N. Aspectos evolutivos del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): de los factores de riesgo al impacto socioacadémico ya la comorbilidad. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 2011.22(96), 101-108. https://www.researchgate.net/profile/Javier-Quintero-3/publication/51698726_Evolutionary_issues_in_attention_deficit_hyperactivity_disorder_ADHD_from_risk_factors_to_comorbidity_and_social_and_academic_impact/links/02e7e5389ea0c9f814000000/Evolutionary-issues-in-attention-deficit-hyperactivity-disorder-ADHD-from-risk-factors-to-comorbidity-and-social-and-academic-impact.pdf
 66. Martínez-Taboas, A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 2020. 4(2), 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>



ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer los efectos del confinamiento en niños con TDAH

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es el/ la único(a) que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre el TDAH en estudiantes de la facultad de medicina humana de primero a tercer año
2. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta
3. Colocar y explicar cada procedimiento en palabras sencillas

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos: No existen riesgos en esta investigación.

Costos: Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

Beneficios: Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a ampliar la información disponible acerca de TDAH

Confidencialidad: Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

Contacto: Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, * o cualquier procedimiento.

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Datos a recoger de la encuesta	Valor
Edad	Años
Género	Hombre () Mujer ()
Año de estudios:	Primero () Segundo () Tercero ()
Antecedentes de síntomas antes de 12 años	Si () No ()
Diagnóstico previo de TDAH	Si () No ()
Antecedente de enfermedad psiquiátrica	Si () No ()

**Anexo 3: Escala de autoinforme sobre TDAH en adultos – Tamizaje (ASRS-
Tamizaje)**

En relación a como se ha sentido y comportado en los últimos 6 meses	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
a) ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para acabar los detalles finales de una tarea o proyecto, una vez que ha terminado con las partes difíciles?	0	1	2	3	4
b) ¿Con qué frecuencia tiene usted dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?	0	1	2	3	4
c) ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?	0	1	2	3	4
d) ¿Cuándo tiene que realizar una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o retrasa empezarla?	0	1	2	3	4
e) ¿Con qué frecuencia se mueve continuamente o retuerce las manos o los pies cuando tiene que permanecer sentado por mucho tiempo?	0	1	2	3	4
f) ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo e impulsado a hacer cosas, como si lo empujase algo (un motor)?	0	1	2	3	4

Anexo 4: Validación de la Escala de autoinforme sobre TDAH en adultos – Tamizaje (ASRS-Tamizaje)

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Rev Neuropsiquiatr. 2020; 83(4): 217-227
DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i4.3887>



Propiedades psicométricas y métodos de medición de la escala de autoinforme sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos – tamizaje (ASRS- Tamizaje) en la población de Lima.

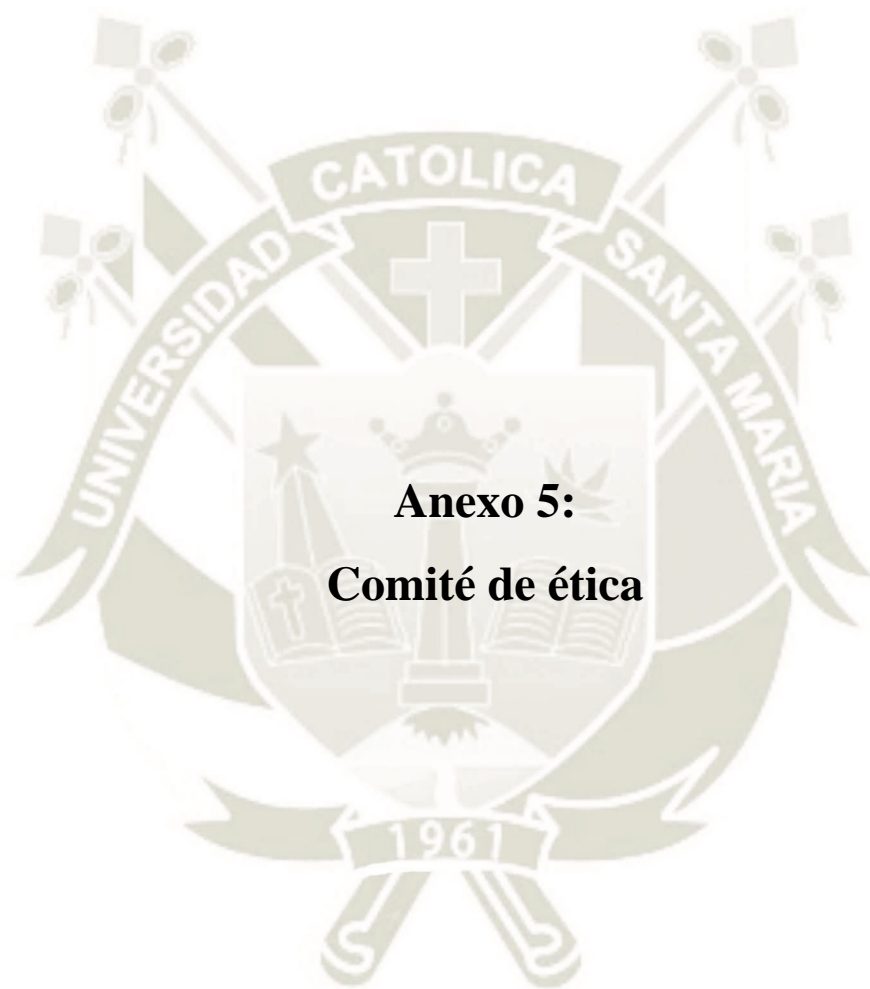
Psychometric properties and measurement methods of the Adult Attention and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale Screener (ASRS-Screener) in the population of Lima.

Yolanda I. Robles^{1*}, Javier E. Saavedra^{1,2*}, Ysela D. Agüero^{3*}

RESUMEN

Objetivos: Determinar la distribución de puntajes, confiabilidad, validez y asociación con variables sociodemográficas de la Escala de Autoinforme sobre el Déficit de Atención e Hiperactividad en Adultos-Tamizaje (ASRS-Tamizaje) en la población de Lima y Callao, según dos formas de calificación (binaria y Likert), y establecer la concordancia entre ambas. **Material y Métodos:** Se realizó un análisis secundario de la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao 2012 – Replicación, en una muestra de 4445 personas de 18 o más años de edad (42,6±17,4). **Resultados:** El promedio de la ASRS-Tamizaje en escala Likert fue 3,74±3,9 (rango 0-21), la consistencia interna mediante coeficiente alfa de Cronbach =0,806 y mediante el coeficiente omega de McDonald =0,869; el análisis factorial mostró que 52,95% de la inercia total era explicado por un solo factor. En escala binaria la media fue 0,89±1,27 (rango 0-6), el alfa de Cronbach =0,599, el omega de McDonald =0,753 y el 52,31% de la inercia fue explicado por dos factores. Con ambas escalas, se halló un coeficiente Kappa =0,734 de concordancia de tamizajes positivos. Las dos formas de la escala se asocian con la edad, en tanto que solo la clasificación binaria lo hace con estado civil y grado de educación. **Conclusiones:** La ASRS-Tamizaje es un instrumento de consistencia interna aceptable. Su estructura factorial y la prevalencia de tamizajes positivos varían según la forma de medición (Likert o binaria).

REFERENCIA: Robles, Y. I., Saavedra, J. E., & Agüero, Y. D. (2020). Propiedades psicométricas y métodos de medición de la escala de autoinforme sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en adultos-tamizaje (ASRS-Tamizaje) en la población de Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(4), 217-227.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

SUJETOS DE ESTUDIO:

Estudiantes universitarios de primer a tercer año de la facultad de medicina humana en una universidad privada en Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

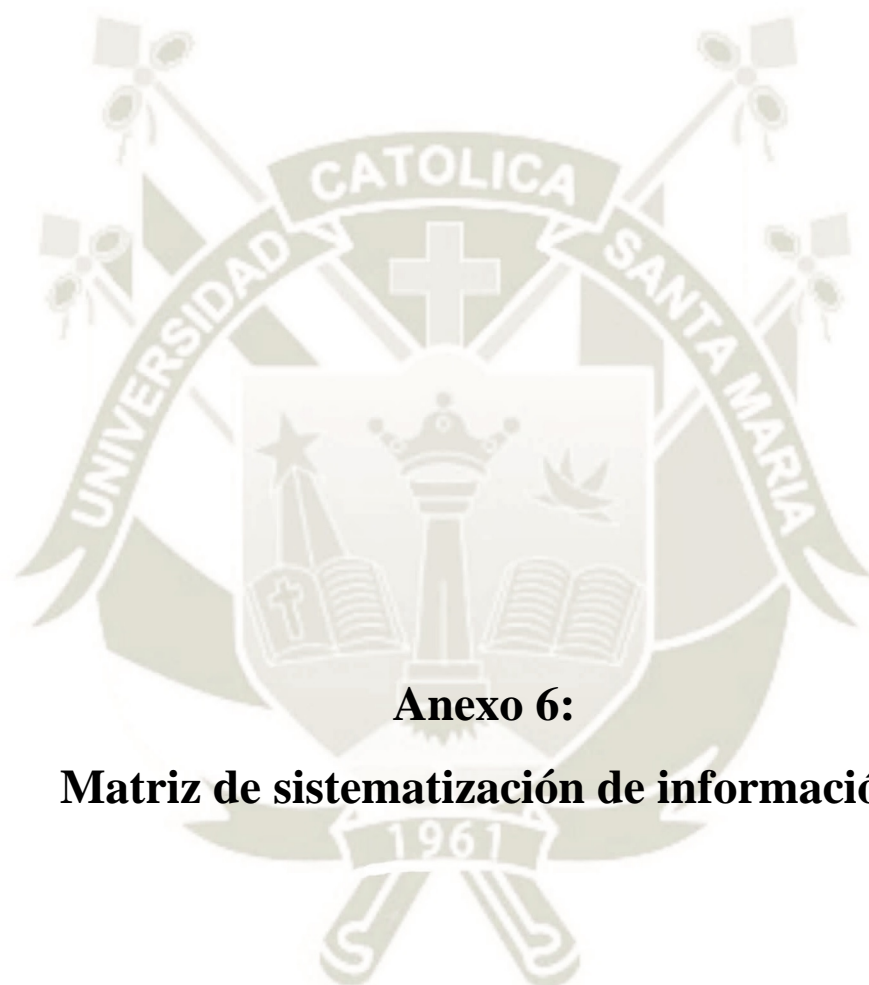
DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
036 - 2022



Águeda Muñoz del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com



Anexo 6:

Matriz de sistematización de información

N°	Edad	Género	Año	Diagnóstico previo de TDAH	Antecedente de enfermedad psiquiátrica	Anterior diagnóstico	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	Síntomas antes de los 12 años	PUNTAJE	TDAH
1	18	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	A menudo	Rara vez	A menudo	Rara vez	A veces	No	11	NO
2	17	Masculino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	A veces	Rara vez	No	9	NO
3	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	A menudo	Rara vez	A menudo	A veces	Si	13	NO
4	18	Masculino	Segundo	No	No		A menudo	A menudo	Rara vez	A menudo	A menudo	A menudo	Si	16	SI
5	18	Femenino	Primero	No	No		Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	A menudo	No	22	SI
6	18	Femenino	Primero	No	No		Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	A menudo	No	22	SI
7	17	Femenino	Primero	No	No		Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	A veces	Rara vez	Si	9	NO
8	22	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	Nunca	No	6	NO
9	19	Masculino	Segundo	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A menudo	Rara vez	Si	10	NO
10	19	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	A veces	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Rara vez	No	14	SI
11	18	Femenino	Primero	No	No		A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	23	SI
12	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	A menudo	A menudo	Rara vez	No	11	NO
13	16	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Nunca	Rara vez	Rara vez	No	5	NO
14	19	Femenino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	A veces	Rara vez	Muy a menudo	A veces	Si	12	NO
15	19	Masculino	Primero	No	No		A menudo	Rara vez	A veces	Rara vez	Rara vez	A menudo	Si	11	NO
16	17	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A menudo	A veces	A menudo	A menudo	A menudo	Si	17	SI
17	20	Masculino	Tercero	No	No		Nunca	A veces	Rara vez	A veces	A veces	A menudo	No	10	NO

18	16	Masculino	Primero	No	No		A veces	A veces	Nunca	Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	No	15	SI
19	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	A menudo	A veces	Nunca	No	10	NO
20	19	Femenino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	No	9	NO
21	17	Femenino	Primero	Si	Si	Ansiedad	A veces	Rara vez	A menudo	Rara vez	Muy a menudo	Rara vez	Si	12	NO
22	20	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	A menudo	Si	10	NO
23	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	No	12	NO
24	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	A menudo	A veces	Rara vez	No	10	NO
25	21	Femenino	Segundo	No	No		Muy a menudo	Muy a menudo	A veces	A menudo	A menudo	Rara vez	Si	17	SI
26	18	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Nunca	Nunca	A veces	Rara vez	No	5	NO
27	20	Masculino	Primero	No	No		A veces	A veces	A menudo	Muy a menudo	A menudo	A veces	Si	16	SI
28	17	Femenino	Primero	No	No		Nunca	A veces	A veces	Nunca	Nunca	Nunca	No	4	NO
29	18	Femenino	Primero	No	Si	Depresión mayor y ansiedad	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	A menudo	Si	22	SI
30	18	Femenino	Primero	No	No		Nunca	Rara vez	A menudo	A veces	Muy a menudo	Rara vez	No	11	NO
31	18	Femenino	Segundo	No	No		Rara vez	A menudo	A veces	A menudo	A menudo	A veces	No	14	SI
32	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A menudo	Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	Si	10	NO
33	23	Femenino	Tercero	No	Si	Depresión	A menudo	A veces	A menudo	A menudo	A veces	A veces	No	15	SI
34	24	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	A menudo	A veces	No	11	NO
35	19	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	Muy a menudo	A veces	Si	12	NO
36	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	A menudo	Muy a menudo	Rara vez	No	13	NO
37	21	Masculino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	Nunca	A veces	No	8	NO

38	22	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A menudo	A veces	Rara vez	No	12	NO
39	20	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A veces	A veces	No	10	NO
40	19	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A menudo	Rara vez	No	8	NO
41	22	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	A menudo	A veces	Rara vez	Rara vez	Rara vez	No	9	NO
42	22	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	A menudo	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	No	8	NO
43	18	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A menudo	A veces	Rara vez	A veces	No	10	NO
44	18	Femenino	Tercero	No	No		A menudo	Muy a menudo	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	21	SI
45	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	A menudo	A veces	A veces	A veces	No	13	NO
46	18	Femenino	Segundo	No	No		Rara vez	Nunca	Nunca	Rara vez	Rara vez	A menudo	No	6	NO
47	16	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	A menudo	Muy a menudo	Rara vez		13	NO
48	18	Masculino	Segundo	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	A veces	No	11	NO
49	17	Femenino	Primero	Si	No		A veces	Rara vez	A veces	A menudo	A menudo	Nunca	No	11	NO
50	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A menudo	A menudo	Rara vez	Rara vez	No	10	NO
51	19	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	A veces	No	10	NO
52	20	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A veces	No	9	NO
53	20	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	Rara vez	No	7	NO
54	19	Masculino	Primero	Si	Si	TDHA	Muy a menudo	A menudo	A veces	A menudo	A menudo	A veces	Si	17	SI
55	18	Femenino	Segundo	No	No		Nunca	Nunca	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Nunca	No	3	NO
56	19	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	No	7	NO
57	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A menudo	Nunca	Rara vez	No	10	NO
58	19	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A menudo	A menudo	A veces	A veces	A menudo	No	14	SI

							menudo	menudo	menudo	menudo	menudo	menudo			
81	23	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A veces	No	9	NO
82	22	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	No	9	NO
83	20	Femenino	Tercero	No	No		A menudo	A veces	Rara vez	A veces	A menudo	A veces	No	13	NO
84	21	Femenino	Tercero	No	No		A menudo	A menudo	Muy a menudo	A menudo	A veces	A veces	No	17	SI
85	18	Femenino	Tercero	No	No		A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	Si	22	SI
86	16	Femenino	Primero	No	No		Muy a menudo	A menudo	A veces	A veces	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	19	SI
87	18	Femenino	Segundo	No	No		Nunca	Rara vez	Nunca	Rara vez	Rara vez	Rara vez	No	4	NO
88	21	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A veces	A veces	Si	10	NO
89	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A menudo	A veces	Rara vez	A veces	No	11	NO
90	17	Femenino	Primero	No	No		Muy a menudo	Muy a menudo	A veces	A veces	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	20	SI
91	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	Nunca	Nunca	No	6	NO
92	17	Femenino	Primero	No	Si	Depresión	A veces	A veces	A menudo	Rara vez	A veces	A veces	No	12	NO
93	21	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	A menudo	A menudo	A menudo	A veces	No	14	SI
94	18	Femenino	Segundo	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A veces	Rara vez	A menudo	Si	12	NO
95	19	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	Muy a menudo	Rara vez	Rara vez	No	11	NO
96	19	Femenino	Tercero	No	No		A menudo	A menudo	A veces	A veces	A veces	A veces	Si	14	SI
97	19	Femenino	Segundo	No	No		A menudo	A veces	Rara vez	A veces	A menudo	Nunca	No	11	NO
98	24	Femenino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A menudo	Rara vez	Rara vez	No	9	NO
99	19	Femenino	Segundo	No	No		Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	24	SI
100	17	Femenino	Primero	No	No		A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	A veces	Rara vez	No	17	SI

101	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	A menudo	A veces	Rara vez	No	11	NO
102	18	Masculino	Primero	No	No		Nunca	Nunca	Rara vez	Rara vez	Muy a menudo	A menudo	Si	9	NO
103	19	Masculino	Tercero	No	No		A menudo	A menudo	Rara vez	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	Si	18	SI
104	18	Masculino	Segundo	No	No		A menudo	A veces	Muy a menudo	A menudo	A veces	A menudo	No	17	SI
105	16	Femenino	Primero	No	Si	TLP	Rara vez	A veces	Nunca	Rara vez	A menudo	Rara vez	No	8	NO
106	21	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	A veces	Nunca	A menudo	A veces	A veces	Si	10	NO
107	19	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	No	8	NO
108	17	Masculino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Nunca	A veces	Rara vez	No	6	NO
109	20	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	Si	9	NO
110	21	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	Si	9	NO
111	18	Femenino	Segundo	No	No		A menudo	A menudo	A menudo	A menudo	Muy a menudo	A menudo	No	19	SI
112	18	Femenino	Segundo	No	No		Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	A menudo	Si	21	SI
113	18	Femenino	Segundo	No	No		Muy a menudo	A menudo	A menudo	Muy a menudo	A menudo	A menudo	Si	20	SI
114	18	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	A menudo	Muy a menudo	A veces	Si	14	SI
115	16	Masculino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo	A veces	No	14	SI
116	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A menudo	No	8	NO
117	19	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	A menudo	A menudo	A veces	Si	13	NO
118	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A menudo	A menudo	Si	12	NO
119	18	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	No	9	NO
120	16	Masculino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Nunca	A veces	A veces	A menudo	No	9	NO
121	25	Masculino	Tercero	No	No		A	A veces	Rara vez	A	Rara vez	A	No	13	NO

							menudo			menudo		menudo				
122	29	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	Nunca	A menudo	No	9	NO	
123	19	Masculino	Tercero	No	No		A menudo	Muy a menudo	A veces	Muy a menudo	Rara vez	Rara vez	No	15	SI	
124	16	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Nunca	Rara vez	A menudo	Rara vez	No	7	NO	
125	18	Masculino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	A veces	A veces	A menudo	A menudo	No	13	NO	
126	16	Femenino	Primero	No	No		Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	22	SI	
127	22	Femenino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	Nunca	Rara vez	A menudo	Rara vez	Si	8	NO	
128	18	Femenino	Primero	No	No		A veces	A menudo	A veces	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	No	19	SI	
129	19	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	No	9	NO	
130	21	Masculino	Tercero	No	No		Rara vez	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	A menudo	No	10	NO	
131	17	Femenino	Primero	No	No	-	A veces	Rara vez	A menudo	Rara vez	A veces	Nunca	No	9	NO	
132	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A veces	Muy a menudo	Rara vez	No	13	NO	
133	21	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	A veces	A menudo	Muy a menudo	A veces	No	14	SI	
134	19	Femenino	Tercero	No	Si	Depresión crónica con episodios recurrentes	Rara vez	A menudo	Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	Rara vez	Si	16	SI	
135	18	Masculino	Segundo	No	No		A menudo	Rara vez	A veces	A menudo	Rara vez	Nunca	No	10	NO	
136	18	Femenino	Primero	Si	Si	Trastorno bipolar con complicaciones depresivas,	Muy a menudo	A veces	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	20	SI	
137	20	Femenino	Tercero	No	No		Muy a menudo	Muy a menudo	A menudo	A menudo	A menudo	A menudo	Si	20	SI	
138	17	Femenino	Segundo	No	No		Rara vez	Rara vez	A menudo	Rara vez	Muy a menudo	A veces	Si	12	NO	

139	20	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	A menudo	A veces	A veces	Si	11	NO
140	20	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A menudo	Muy a menudo	Rara vez	Si	11	NO
141	17	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A veces	A veces	A menudo	A menudo	A veces	No	15	SI
142	18	Masculino	Primero	Si	Si	Narcisismo	A menudo	A menudo	A menudo	Muy a menudo	A veces	A veces	Si	17	SI
143	19	Masculino	Segundo	No	No		Nunca	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	No	7	NO
144	19	Masculino	Tercero	Si	Si	Asperger, TOC	A veces	A menudo	A menudo	Rara vez	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	17	SI
145	20	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	A menudo	A menudo	A menudo	A veces	No	15	SI
146	17	Femenino	Primero	No	Si	TOC tricotilomanía	A menudo	A menudo	A veces	A menudo	Muy a menudo	A menudo	Si	18	SI
147	18	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A menudo	A veces	Rara vez	A veces	Rara vez	No	10	NO
148	19	Femenino	Segundo	No	No		A veces	Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	A menudo	Rara vez	No	17	SI
149	20	Femenino	Segundo	No	No		Nunca	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	Nunca	No	5	NO
150	18	Femenino	Segundo	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	No	10	NO
151	18	Femenino	Segundo	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	No	10	NO
152	17	Femenino	Primero	No	No		Muy a menudo	A menudo	Muy a menudo	A veces	A menudo	A menudo	Si	19	SI
153	27	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Nunca	A veces	A menudo	Rara vez	No	8	NO
154	21	Masculino	Segundo	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A menudo	Muy a menudo	A veces	Si	15	SI
155	17	Masculino	Primero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	A veces	A veces	A veces	No	11	NO
156	18	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A menudo	A menudo	A veces	Muy a menudo	A veces	No	17	SI
157	19	Femenino	Tercero	No	Si	Transtorno Límite de la personalidad	Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	A menudo	Rara vez	No	11	NO
158	22	Femenino	Primero	No	No		A	A	Nunca	Rara vez	Rara vez	A veces	No	10	NO

							menudo	menudo								
159	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A menudo	Nunca	Rara vez	A menudo	A menudo	Si	12	NO	
160	16	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A menudo	A veces	A menudo	Muy a menudo	A veces	No	17	SI	
161	16	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A menudo	A veces	A menudo	Muy a menudo	A veces	No	17	SI	
162	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	Rara vez	No	8	NO	
163	20	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A veces	Rara vez	A veces	A veces	A veces	No	12	NO	
164	18	Femenino	Primero	No	Si	TCA, depresión, ansiedad.	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	A veces	A veces	No	20	SI	
165	19	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Nunca	A veces	A veces	Nunca	No	8	NO	
166	19	Femenino	Primero	No	No		Nunca	A veces	Rara vez	Rara vez	Muy a menudo	A menudo	Si	11	NO	
167	19	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Muy a menudo	Rara vez	Rara vez	A veces	No	12	NO	
168	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	Rara vez	A menudo	Si	10	NO	
169	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	A veces	A menudo	Si	10	NO	
170	19	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	No	8	NO	
171	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	Nunca	Rara vez	Muy a menudo	A veces	No	10	NO	
172	18	Femenino	Segundo	No	No		A menudo	A menudo	A menudo	A menudo	A menudo	A menudo	Si	18	SI	
173	21	Femenino	Segundo	Si	No		Rara vez	Rara vez	Nunca	Nunca	A veces	A menudo	No	7	NO	
174	18	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Nunca	Rara vez	Nunca	A veces	No	5	NO	
175	18	Masculino	Segundo	No	No		Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	A menudo	Rara vez	No	10	NO	
176	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	A veces	Rara vez	A menudo	No	11	NO	
177	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	A menudo	A veces	Si	11	NO	

178	20	Femenino	Tercero	No	No		Nunca	A menudo	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Si	3	NO
179	19	Femenino	Tercero	No	No		Rara vez	A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	Si	9	NO
180	18	Masculino	Segundo	No	No		Rara vez	A veces	A veces	A menudo	A menudo	A menudo	No	14	SI
181	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	No	8	NO
182	17	Femenino	Primero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	A veces	A veces	A menudo	No	12	NO
183	21	Masculino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	Nunca	Rara vez	Muy a menudo	No	8	NO
184	17	Masculino	Primero	No	No		Nunca	Nunca	Rara vez	A veces	Rara vez	Nunca		4	NO
185	17	Masculino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	A menudo	A menudo	A veces	A veces	No	13	NO
186	17	Masculino	Primero	No	No		A veces	A menudo	A menudo	A menudo	A veces	A veces	No	15	SI
187	18	Femenino	Segundo	No	No		Rara vez	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Nunca	No	7	NO
188	19	Femenino	Segundo	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A veces	A menudo	Rara vez	Si	12	NO
189	26	Femenino	Primero	No	No		A veces	A menudo	A veces	A veces	Rara vez	Rara vez	No	11	NO
190	17	Masculino	Primero	No	No		Nunca	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	Rara vez	No	6	NO
191	17	Masculino	Primero	No	No		A menudo	A menudo	A menudo	A veces	A menudo	A veces	No	16	SI
192	20	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	Rara vez	Si	9	NO
193	17	Femenino	Primero	No	No		Nunca	A veces	A veces	Rara vez	A veces	Nunca	No	7	NO
194	22	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Nunca	Rara vez	Rara vez	A veces	No	8	NO
195	17	Masculino	Primero	No	No		A menudo	A veces	Muy a menudo	Rara vez	A menudo	A menudo	No	16	SI
196	17	Masculino	Primero	No	No		A menudo	A veces	A menudo	A veces	A menudo	A menudo	No	16	SI
197	17	Masculino	Primero	No	No		Nunca	A veces	A veces	A menudo	A menudo	Rara vez	No	11	NO
198	17	Masculino	Primero	No	No		Rara vez	Nunca	Rara vez	Nunca	A veces	Rara vez	No	5	NO
199	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Nunca	Nunca	Rara vez	Nunca	Rara vez	No	3	NO

200	19	Femenino	Segundo	No	No		A menudo	A veces	A veces	Muy a menudo	Muy a menudo	Muy a menudo	Si	19	SI
201	18	Femenino	Primero	No	No		A menudo	A menudo	A menudo	A veces	A veces	A veces	No	15	SI
202	18	Femenino	Primero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	A menudo	Si	12	NO
203	24	Femenino	Tercero	No	No		A veces	Rara vez	Rara vez	A veces	A veces	A veces	No	10	NO
204	19	Femenino	Tercero	No	Si	Inicios de depresión	A veces	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A menudo	No	9	NO
205	19	Femenino	Tercero	No	Si	Inicios de depresión	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	No	9	NO
206	18	Femenino	Segundo	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	A menudo	A menudo	Rara vez	Si	11	NO
207	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	Rara vez	No	7	NO
208	19	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Rara vez	A veces	A menudo	Rara vez	No	11	NO
209	17	Femenino	Primero	Si	No		A veces	A menudo	A menudo	A menudo	A veces	Rara vez	No	14	SI
210	17	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	Rara vez	A veces	Rara vez	A menudo	Rara vez	No	9	NO
211	18	Femenino	Segundo	No	No		Muy a menudo	A veces	Rara vez	A menudo	Muy a menudo	A menudo	Si	17	SI
212	17	Masculino	Primero	No	No		Nunca	Nunca	Rara vez	Nunca	Nunca	A veces	No	3	NO
213	26	Masculino	Tercero	No	No		A veces	A veces	Nunca	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Si	7	NO
214	19	Femenino	Tercero	No	No		A veces	A menudo	Rara vez	A veces	A menudo	A veces	Si	13	NO
215	19	Masculino	Segundo	Si	Si	Bipolaridad; ansiedad	Rara vez	A menudo	A veces	Rara vez	Muy a menudo	A veces	No	13	NO
216	20	Femenino	Tercero	No	Si	Trantorno obsesivo compulsivo	A menudo	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Rara vez	Nunca	No	14	SI
217	18	Femenino	Primero	No	No		Rara vez	A menudo	A menudo	A menudo	A menudo	Muy a menudo	Si	17	SI