



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Pediatría, Inmunología,
Ginecología-Obstetricia, Nutrición-Bromatología, Psiquiatría
e Historia de la Ciencia

TESIS DOCTORAL

Estudio de rasgos compatibles con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y su repercusión en población juvenil

PRESENTADA POR MARTA CELORRIO SAN MIGUEL

VALLADOLID, 2016

Dirigida por:

M^a Rosario Bachiller Luque

AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Dra. Rosario Bachiller Luque, Directora, que confió en mí para llevar a cabo este proyecto. Por su gran capacidad de trabajo y por transmitirme la importancia del rigor en la labor científica. Sin su ayuda, este trabajo no hubiera sido posible. Gracias por prestarme su tiempo y el entusiasmo para continuar a pesar de las dificultades.

A los co-directores del estudio: Doctores Luis y Rafael, gracias por los análisis, las solicitudes, explicaciones, aplicaciones y por los consejos y accesibilidad.

Al Doctor J. M. Eiros, Tutor, maestro y guía en este trabajo y en el campo profesional, por su ayuda inestimable.

A mis padres y mi hermana, siempre alentándome y apoyándome en todas las facetas de la vida. Habéis estado ahí en todos los momentos. Gracias a vosotros he podido llegar al final de este proyecto.

A M^a Fé y a Tomás por su gran apoyo en el trabajo estadístico.

A tod@s los responsables de centros e instituciones y a los participantes en la aplicación de la escala y del cuestionario por su colaboración en la realización de este trabajo y por su contribución anónima al progreso de la investigación.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	15
1.1.- DEFINICIÓN.....	17
1.2.- EL TDAH EN ADULTOS	21
1.2.1.- Prevalencia del TDAH en adultos	26
1.3.- ETIOLOGÍA	29
1.4.- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	33
1.4.1.- Criterios Diagnósticos del TDAH.....	35
1.4.2.- Comorbilidad del TDAH adulto.....	42
1.4.3.- Instrumentos y escalas de valoración	45
1.5.- TRATAMIENTO.....	48
1.5.1.- Tratamiento Farmacológico.....	51
1.5.2.- Tratamiento Psicopedagógico.....	52
1.5.3.- Tratamiento Psicológico	52
1.5.4.- Combinado.....	53
1.5.5.- Tratamiento en el adulto.....	53
2.- HIPÓTESIS	57
3.- OBJETIVOS.....	61
4.- MÉTODOLÓGÍA DE INVESTIGACIÓN	65
4.1.- Diseño	67
4.2.- Material	69
4.3.- Planificación y fases del estudio	75
4.4.- Población y muestra.....	76
4.4.1.- Tamaño de la muestra	76

4.4.2.- Muestra	78
4.4.3.- Distribución de la muestra por variables	79
4.5.- Método	90
4.5.1.- Variables	90
5.- EXPOSICIÓN DE RESULTADOS.....	93
5.1.- RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	95
5.2.- RESULTADOS POR VARIABLES	100
5.3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS	103
5.3.1- Parte A: Subtipo INATENTO	103
5.3.1.- Presentación	103
5.3.2.- Resultados según ítems.....	107
5.3.3.- Resultados por variables.....	115
5.4.- Parte B: Suptipo HIPERACTIVO.....	120
5.4.1.- Presentación	120
5.4.2.- Resultados según ítems.....	123
5.4.3.- Resultados por variables.....	131
5.5.- Parte C: Suptipo IMPULSIVO	136
5.5.1.- Presentación	136
5.5.2.- Resultados según ítems.....	139
5.5.3.- Resultados por variables.....	147
5.6.- REPERCUSIÓN EN ASPECTOS DE LA VIDA.....	151
5.6.1.- Presentación	151
5.6.2.- Resultados estadísticos según predominio TDAH	155
5.6.3.- Resultados según ítems por subtipos	156

5.6.4.- Resultados totales según ítems	164
5.6.5.- Resultados por variables.....	173
6.- DISCUSIÓN	179
6.1- Discusión por hipótesis y objetivos planteados	181
6.2- Discusión sobre características de la muestra	184
6.3- Discusión sobre aplicabilidad de la escala ASRS	187
6.4.- Limitaciones	194
7.- CONCLUSIONES	197
7.1- CONCLUSIONES	199
7.2.- PROPUESTAS.....	203
8.- BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	205
9.- ANEXOS	233
ANEXO 1.- ESCALA ASRS Y CUESTIONARIO	235
ANEXO 2.- COMITÉ ÉTICA	236
ANEXO 3.- PREMIO DE INVESTIGACIÓN.....	238

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Definición TDAH.....	19
Tabla 2.- Historia del TDAH.....	20
Tabla 3.- Criterios diagnósticos	37
Tabla 4.- Pautas para el diagnóstico	39
Tabla 5.- Criterios diagnósticos del DSM-5 para el TDAH	40
Tabla 6.- Criterios diagnósticos	55
Tablas 7.1, 7.2.- Población y muestra referenciales.....	76
Tabla 8.- Población y muestra por grupos representativos	79
Tabla 9.- Frecuencia por variables	81
Tablas 10 a 20.- Distribución por variables	82-89
Tablas 21 a 28.- Resultados.....	95 a 102
Tablas 29 a 41.- Resultados Inatento.....	107 a 111
Tablas 42 a 55.- Resultados Hiperactivo.....	124 a 136
Tablas 56 a 68.- Resultados Impulsivo	140 a 157
Tablas 69 a 87.- Resultados influjo en la vida	158 a 178
Tabla 88.- Propuesta de ayuda terapéutica para paciente TDAH	205

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos 1.- Localización cerebral	29
Gráfico 2.- Proceso del diagnóstico del TDAH	34
Gráfico 3.- Tratamiento del TDAH	49
Gráficos 4 a 7.- Distribución por variables.....	86 a 88
Gráficos 8 a 13.- Resultados Inatento	107 a 114
Gráficos 14 a 19.- Resultados Hiperactivo	126 a 131
Gráficos 20 a 25.- Resultados Impulsivo	142 a 147
Gráficos 26 a 34.- Resultados repercusión en la vida	165 a 192

ACRÓNIMOS

ANHIDA: Asociación de Niños con Hiperactividad y/o Déficit de Atención

ANOVA: Análisis de la varianza con un factor

ASRS: Adult Self Report Scale

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CIFP: Centro Integrado de Formación Profesional

DIA: Atención integral a Drogodependientes

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECYL: Empleo Castilla y León

FPB: Formación Profesional Básica

FP: Formación Profesional

IES: Instituto de Educación Secundaria

MAP: Médico de Atención Primaria

NCS-R: National Comorbidity Survey Replication

OMS: Organización Mundial de la Salud

N.C.: Nivel de confianza (estadística)

PCPI: Programa de Cualificación Profesional Inicial

SPSS: Statistical Package for Social Sciences)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

1.- INTRODUCCIÓN

1.- INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1.- DEFINICIÓN

Los primeros datos acerca del origen del TDAH datan de finales del siglo XIX, Hoffman en 1965 y Bourneville en 1987 (Garrido¹, 2012). Desde que Still en 1902 describió por primera vez de forma rigurosa a los niños con TDAH, hasta la actualidad se han creado muchas definiciones, basadas siempre en tres conceptos clave: falta de atención, impulsividad y sobreactividad, (Wicks e Israel², 1997). Analizamos algunas de ellas:

Es un problema de nacimiento, muchas veces hereditario; en definitiva es una cuestión médica, que deja una profunda huella en la vida del niño que la padece, sus padres y profesores, como señalan Soutullo y Díez³ (2007). Los pequeños con TDHA se singularizan por niveles de inatención, impulsividad y actividad demasiado altos, más de lo deseado para su edad. En ocasiones puede manifestarse la inatención y en otras sólo la hiperactividad e impulsividad.

Para Quintero y Correa⁴ (2009), es una alteración de la conducta procedente del sistema nervioso, en la que la falta de atención, la impulsividad y a veces la hiperactividad, se desarrollan de forma inapropiada. Es un trastorno duradero que impide a la persona regular su nivel de actividad, poseer un buen control motor y ocuparse de los trabajos de forma adecuada.

Es un trastorno que afecta a personas de ambos sexos, caracterizado por la dificultad para sostener la concentración, el exceso de actividad motora y la impulsividad. Aunque no está del todo claro, los estudios científicos abogan por su origen genético y biológico, que comienza a edades tempranas, perdura en la adolescencia y hasta la etapa adulta, como señala Castroviejo⁵ (2009).

Barkley⁶ (2002), lo define como un trastorno del desarrollo del autocontrol. Abarca problemas de atención, de control de impulsos y del nivel de actividad, que provoca dificultades en el manejo de la memoria de trabajo verbal y no verbal, problemas en la autorregulación del afecto, de la motivación, del inicio del trabajo y del rendimiento, así como problemas en la internalización del lenguaje, que les hace ser poco reflexivos.

El manual de diagnóstico DSM-IV⁷ (1995) sitúa el TDAH en la catalogación de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (en adelante APA) en el apartado de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

En la nueva versión del sistema de clasificación diagnóstico DSM-5 uno de los principales cambios es la categorización, pasa de la categoría “Trastorno por Déficit de Atención y comportamiento perturbador”, a la categoría “trastornos del

neurodesarrollo". Alejándose más de los factores ambientales y concretándose más en factores de origen genético (Martínez y Rico⁸, 2013).

Por tanto, el TDAH es un trastorno muy complejo, con componentes genéticos, sociales y cerebrales, que impide al sujeto ser capaz de estructurar y plantear. Suele estar asociado a problemas de conducta, de socialización y cognitivos. Puede conducir a dicho individuo al fracaso escolar si no se trata adecuadamente. En la adolescencia y en la etapa adulta persistirá el problema si no se le da la respuesta adecuada, pudiendo interferir en el ritmo diario de su vida.

Tabla 1.- Resumen de definiciones de TDAH

Trastorno	Déficit de atención	Hiperactividad
Grado en que una característica o condición biológica afecta al individuo dificultando su adaptación al medio.	Dificultad de mantener la atención en cualquier actividad.	Exceso de movimiento.

Ha sido clasificado de diversas formas a lo largo de la historia, como podemos ver en la tabla 2: Historia del TDAH, hasta llegar al término que usamos en la actualidad "síndrome de déficit de atención/hiperactividad". Un término que no se ajusta a la realidad de la patología, puesto que no es un solo trastorno, sino un conjunto de ellos (Castroviejo⁹, 2009).

Tabla 2.- Historia del TDAH, Soutullo et al.³ (2007)

SINONIMIA DEL TDAH		
FECHAS	AUTORES Y SOCIOLOGÍA	VARIACIÓN HISTÓRICA DEL TÉRMINO
1845	Heinrich Hoffmann.- Médico psiquiatra, escritor e ilustrador de cuentos.	“Der Struwwelpeter”. En uno de sus 10 cuentos habla de las dificultades de atención.
1902	George Still.- Pediatra británico, publica un artículo en la revista “The Lancet”.- Describe a 20 niños con problemas de memoria, atencionales, impulsividad y dificultad para regular el comportamiento.	“Defecto de control moral”
1917-1918	Epidemia de encefalitis.- Supervivientes sufren alteraciones conductuales y cognitivas.	“Trastorno conductual postencefalítico”.
Décadas 1930-1940	Bradley publica artículos sobre la mejoría de problemas conductuales y síntomas de hiperactividad tratados con derivados de la amfetamina.	“Síndrome del daño cerebral”.
Décadas 1950-1960	Había niños con síntomas de TDAH en los que no aparecía o no se detectaba daño cerebral.	“Daño cerebral mínimo” “Disfunción cerebral mínima” “Trastorno hiperkinético impulsivo” ”Síndrome Hiperkinético”
Finales de la década 1960	Stella Chess y otros investigadores.- Separan el daño cerebral y los síntomas de la hiperactividad. Aparece el Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II, 1968).	“Reacción Hiperkinética de la infancia”.
Década de 1970-1980	Se considera: impulsividad, inatención, baja tolerancia a la frustración, agresividad y distractibilidad. En el DSM-III (1980) se reconoce su origen biológico o genético.	“Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad” (TDA ±H).
de los años 90 a la actualidad	Desde el DSM-IV (1994) el síndrome cambia de nombre. DSM-V publicado en mayo de 2013 y traducido al castellano en 2014.	“Trastorno por déficit de atención e hiperactividad” se distinguen 3 tipos: Inatento, hiperactivo-impulsivo y combinado.

1.2.- EL TDAH EN ADULTOS

Históricamente ha habido debate en relación a la validez del diagnóstico de TDAH en adultos; sin embargo, los avances científicos han conducido a un reconocimiento creciente y aceptación del TDAH como trastorno presente en la infancia y en la edad adulta.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico ubicado principalmente en la infancia, con menor frecuencia en la adolescencia y rara vez en la vida adulta. Frente a la creencia de algunos profesionales de la salud mental y población en general, la persistencia de este trastorno es mayor de lo que piensa. Su prevalencia en adultos es del 4.4%, según el reporte del censo de comorbilidad nacional de Estados Unidos (Biederman¹⁰ et al., 2002). Se considera que muchos de los casos iniciados en la infancia seguramente continuarán en la adultez.

Dependiendo de la definición que se utilice, se puede encontrar que en torno al 30% de pacientes remiten en la edad adulta (APA¹¹, 2002). Sin embargo, aunque los síntomas parecen disminuir con la edad, un número considerable de casos muestra problemas en el funcionamiento en distintas áreas de la vida. Esto demuestra las limitaciones de los criterios diagnósticos actuales para realizar el diagnóstico en la vida adulta y por tanto la necesidad de considerar algunos de los objetivos de este estudio:

- Que el TDAH es una enfermedad de toda la vida, condicionado al contexto donde se desenvuelve el individuo afectado.

- Incluir el diagnóstico en muestras clínicas y epidemiológicas, por el impacto en distintas áreas del individuo no precisamente evaluadas en adultos (problemas personales, de pareja, familiares, laborales, académicos y sanitarios).
- El diagnóstico de preseleccionar el TDAH en los servicios médicos de Atención Primaria, Consultas Externas, y Urgencias Psiquiátricas, para su posterior confirmación.

Hace más de un siglo que se habla de este desorden del comportamiento en algunos individuos. Autores como Barkley¹² (2011) consideran que fue también Still quien apuntó la continuidad del TDAH en la edad adulta por considerarlo como trastorno crónico. Sin embargo, hasta bien avanzado el siglo XX se consideró que éste era un problema de la infancia que podría tener alguna continuidad en la adolescencia, llegando a desaparecer en la edad adulta.

Los primeros artículos sobre el TDAH en adultos no aparecen hasta finales de los años 60.

Con el DSM-II (1968) prevaleció la idea de que el trastorno remitía en la adolescencia (1968). En los años 70, se incrementaron las publicaciones centradas en el estudio clínico de adultos con TDAH (Borland and Heckman¹³ 1976; Hechtman¹⁴ et al. 1978). El DSM-III (1980) entiende que el trastorno puede afectar a los adultos. A partir del DSM-III-R (1987) se describe formalmente la posibilidad de realizar el diagnóstico de TDAH en los adultos.

En los años 80, diversos estudios prospectivos de entre 15 y 17 años de edad confirmaron la persistencia del trastorno después de la adolescencia (Weiss¹⁵ G. et al. 1985). Según sus resultados, del 50 al 70% de los niños que sufren este problema van a continuar presentando síntomas durante la vida adulta (Barkley¹⁶ et al. 2007).

Tanto el DSM-III-R (APA, 1987) como el DSM-IV (APA, 2000) manifiestan datos imprecisos sobre este trastorno en la edad adulta, considerándolo más bien aspecto residual referido a niños que habían sufrido este problema en su infancia. Se considera que el DSM-IV-TR (APA 2002) acuña definitivamente este trastorno en la edad adulta.

El DSM-V¹⁷ (APA, 2013) nos presenta un panorama interesante, no son necesarios seis de los nueve criterios de inatención o de hiperactividad o impulsividad, basta con cumplir cuatro criterios para los mayores de 17 años. Esto puede significar un nuevo impulso ya que muchos adultos con disfuncionalidad no alcanzaban el punto de corte de al menos 6 de los criterios propuestos en inatención o 6 en hiperactividad-impulsividad. Un punto que queda para analizar es observar las manifestaciones en dos o más ambientes, usualmente casa y escuela; los adultos tienen espacios mucho más amplios de acción que la casa o la escuela, la casa y el trabajo en realidad son los dos ambientes en donde más puede impactar la disfuncionalidad.

El síndrome hiperactivo es menos evidente en los adultos (Biederman¹⁸, 2001). Son más importantes para el diagnóstico el cuadro de inatención y la impulsividad (Barkley¹⁹, 2008 y Wilens²⁰, 2009). Con frecuencia el motivo de consulta en los adultos con TDAH procede del trastorno comorbido, y no de las dificultades atencionales o de hiperactividad (Shekim²¹, 1990; Murphy²², 1996; Biederman²³, 1993; McGough²⁴, 2005).

Para poder realizar un diagnóstico de TDAH en una persona adulta es preciso que los síntomas estén presentes desde la infancia, como mínimo desde los 7 años. El sujeto debe continuar presentando una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de dos áreas importantes de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar. Los adultos con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad.

Existen estudios retrospectivos (Ramos Quiroga²⁴, 2005) en sujetos con síntomas de TDAH en la adolescencia que posteriormente pasan a ser adultos. Estos sujetos presentaban síntomas desde la infancia, evidenciando su continuidad en etapas posteriores.

En cuanto al perfil adulto del TDAH, Ramos Quiroga²⁵ (2006) diferencia tres tipos de adultos con TDAH. El primero sería el paciente en tratamiento desde la infancia, cuyo trastorno persiste al llegar a la edad adulta, y al que los

especialistas en Psiquiatría infantil derivan al servicio de adultos. En la gran mayoría de los casos hay una evolución buena.

Otro perfil es el adulto joven no diagnosticado de pequeño que llega a consulta con excesivas problemáticas. Es más difícil empezar el tratamiento porque ya hay muchos costes que vienen desde el pasado y que limitan la buena evolución. Aún así, es posible tratarle y que evolucione positivamente.

El tercero sería el paciente derivado desde centros de drogodependencias. Actualmente, el médico experto en drogas ya tiene un buen conocimiento sobre el TDAH y diagnostica el trastorno en ese paciente adulto, que no había sido diagnosticado de pequeño.

Por tanto, hasta finales de los años setenta del pasado siglo no se contemplaba la posibilidad de que el TDAH persistiera también en la edad adulta. En la actualidad existen suficientes datos científicos que avalan la posibilidad de que el trastorno se manifieste desde la infancia hasta la edad adulta. Los estudios indican que no todos los niños con TDAH van a presentar problemas derivados de este trastorno en su vida adulta.

Hoy se tiene claridad en cuanto que el TDAH es, o se conceptualiza, como una condición que no está limitada o restringida a la infancia y adolescencia. Algunos de los motivos por los que fue difícil llegar a esta valoración pueden ser, entre otros: La dificultad en la evaluación, especialmente en cuanto se refiere a la Estudio de rasgos compatibles con TDAH y su repercusión en población juvenil. 25

recolección de datos desde la infancia, la alta comorbilidad con otras entidades neuropsiquiátricas, la preocupación de los profesionales en cuanto al riesgo de autodiagnóstico y la falta de datos estadísticos científicamente validados (McGough y Barkley²⁶, 2004).

Por tanto, se precisan criterios específicos para la edad adulta y que estén adecuadamente validados. Así como los pediatras señalan que los niños no son adultos pequeños, los adultos con TDAH no pueden visualizarse desde la perspectiva del TDAH que ha sido definido para los niños. La falta de criterios conduce a la dificultad de diagnóstico y por tanto de tratamiento adecuado.

1.2.-Prevalencia del TDAH en adultos

Según el DSM-IV-TR (2000), la prevalencia del trastorno se sitúa entre el 3 y el 7% en niños en edad escolar. Los datos sobre la adolescencia y la edad adulta son imprecisos. Los índices varían según el autor o trabajo consultado. Estas diferencias vendrían dadas principalmente por la aplicación de los criterios diagnósticos. La prevalencia del trastorno según los criterios para Trastorno Hiperquinético de la CIE-10 estaría situada alrededor de un 1%.

Las tasas de prevalencia son muy dispares según los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la metodología, y las edades y el sexo examinados. El estudio de Polanczyk²⁷ y col. (2007) donde

revisaron 102 investigaciones basadas en criterios DSM o CIE en las que se habían evaluado 171.756 personas, la prevalencia a nivel mundial fue de 5.29%. Confirman que existe una variabilidad significativa dependiendo de los factores antes citados. No se encontraron diferencias entre Europa y EE.UU.

Diversos autores coinciden en considerar el TDAH como el trastorno psiquiátrico-psicológico más común de la infancia (Anderson²⁸ y cols., 1997, Weis²⁹ 1985) y de la adolescencia. Es la causa más frecuente de derivación a un centro de salud mental.

En población adulta se han realizado menos estudios que para la población infantil. En 2005 el estudio de la National Comorbidity Survey Replication –NCS-R- (encuesta nacional de comorbilidad) señala una prevalencia de TDAH en adultos de entre 18 y 44 años, del 4,4% (Kessler³⁰ et al., 2006). Otro estudio de la NCS-R (Fayyad³¹ et al. 2007) aplicando la encuesta ASRS (Adult Self Report Scale) señala que el 8,1% de los sujetos a lo largo de la vida eran compatibles con el TDAH, si bien un cribaje posterior redujo esta cifra al 3,4%.

A partir del año 2000, las investigaciones internacionales basadas en criterios DSM-IV (Ramos-Quiroga³², 2009), sobre la incidencia del TDAH en adultos de: DuPaul³³ et al. (2001) 3,4%; Kessler³⁴ et al. (2005 y 2006) 4,4% y 1,6%; Kooij³⁵ et al. (2005) 2,9%; Faraone y Biederman³⁶ (2006) 4,4%; Fayyad³⁷ et al. (2007)

1%; De Graaf³⁸ et al. (2008) 3,5%; De Ridder³⁹ et al. (2008) 1,1%; Park⁴⁰ et al. (2011) 3,4%. Indican una prevalencia media de un 3% de adultos con TDAH.

Otros estudios con muestras de adultos más reducidas, pero basados en criterios DSM-IV, como: el de Murphy y Barkley⁴¹ (1996) obtuvieron una prevalencia de TDAH del 4,7%. En la investigación de Heiligenstein⁴² et al. (1998) ese porcentaje es de 4%.

A medida que se avanza en edad, la sintomatología varía, por lo que es más difícil realizar la detección del TDAH en adultos. Por otro lado, los sujetos adquieren estrategias que les permiten compensar sus déficits y la comorbilidad – como más adelante se indica- disfraza la realidad del trastorno mezclándolo con otros síntomas (Benito-Moraga⁴³, 2008).

En lo referente a la distribución por sexos, hasta el momento los diferentes estudios señalan una mayor incidencia del TDAH en varones, con una relación de entre 4/1 (4 varones por cada niña) en población general y 9/1 en población clínica. No obstante, es preciso señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas, actualmente la mayoría de autores (Barkley⁴⁴ 1997, Biederman,⁴⁵ 1995) consideran que el TDAH está infradiagnosticado en las niñas, puesto que presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren la vida escolar y familiar y más preocupan a maestros y padres, y en cambio presentan más síntomas de humor/ansiedad que los chicos.

1.3.- ETIOLOGÍA

Las causas que generan el TDAH todavía no están plenamente identificadas. Existen evidencias de que no existe una causa única; el trastorno se produce a partir de la interrelación de factores genéticos y ambientales.

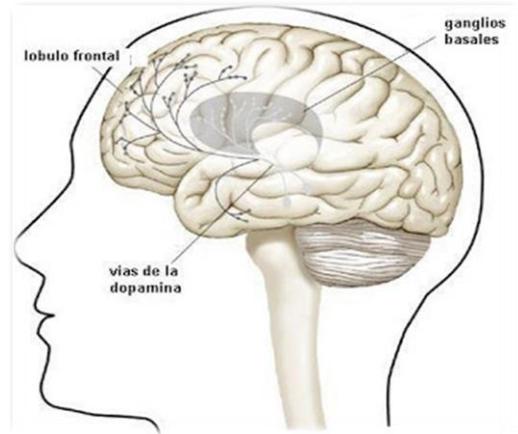


Gráfico 1: Localización

Según Pallarés⁴⁶ (2009) hay consenso entre

investigadores y especialistas clínicos en manifestar que es un trastorno heterogéneo, multifactorial, coligado a factores genéticos, influido por factores ambientales como: el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, problemas perinatales y condiciones sociales adversas. Está demostrado que los factores socio-ambientales, las dietas con más o menos azúcar, falta de vitaminas, el uso de videojuegos o la lateralidad cruzada, influyen agravando los síntomas, pero no son causa del TDAH.

Estudios de genética molecular realizados con gemelos, niños adoptados y familiares afectados por este trastorno, han mostrado un alto porcentaje relativo a la herencia, cercano al 76% según Quintero⁴⁷ et al. (2009).

Puig y Balés⁴⁸ (2003) explican que el TDAH parece tener una base genética, aunque se vea incrementado o atenuado por las circunstancias sociales o educativas que lo acompañan. La base orgánica habla de una disfunción en el lóbulo frontal y los ganglios basales, si bien cabe destacar que se trata de una “alteración en la función cerebral y no de una lesión”.

En estas áreas del cerebro actúan dos neurotransmisores cuyo déficit se ha relacionado con el TDAH: la dopamina y la noradrenalina. La primera está asociada al autocontrol; la segunda con el estrés. Esto dificulta que el cerebro tenga una estimulación cortical adecuada. Esta explicación se encontraría respaldada por la reducción de los síntomas que se producen en niños tratados con medicaciones potenciadoras de los niveles de estos neurotransmisores.

Polaino⁴⁹ (2000) expone el conocimiento firme de anomalías prenatales (tamaño del niño al nacer, prematuridad, ingesta de píldoras anticonceptivas antes del embarazo) y diferencias genéticas (rasgos como color del pelo y altura, están relacionadas con la producción de sustancias químicas en el organismo), influyen en la aparición de la conducta hiperactiva.

El grupo de trabajo Fundació Sant Joan de Déu⁵⁰ (2010) constata científicamente que el origen del TDAH es una alteración en el funcionamiento cerebral, localizada en áreas de la corteza prefrontal y sus conexiones con los ganglios basales. Para Pallarés⁵¹ (2009) esta alteración implica a dos neurotransmisores,

la dopamina y la noradrenalina. La corteza prefrontal se encarga de la función ejecutiva, es decir de la organización y planificación de tareas. Los ganglios basales coordinan y filtran la información que llega de otras áreas del cerebro. Estas alteraciones dificultan la relación con los demás y el rendimiento académico.

También Castroviejo⁵² (2009) establece que los neurotransmisores sirven para que las neuronas se comuniquen entre sí por todo el sistema nervioso a través de unos receptores. Los neurotransmisores activan o inhiben las neuronas. Estudios realizados indican que en el TDAH hay problemas de comunicación entre varias zonas del cerebro, más concretamente entre el córtex-prefrontal y los ganglios basales. Los neurotransmisores implicados son la dopamina, la norepinefrina y la serotonina.

Además, los estudios también demuestran un alto porcentaje de situaciones en las que en una misma familia se dan varios casos, lo que apoyaría su base genética.

Los factores socio-ambientales (entorno desestructurado, falta de normas o exceso de ellas, clase social baja, etc.) influirán en la gravedad de los síntomas pero no los desencadenarán. Del mismo modo, otros aspectos incidirán decisivamente; las capacidades del niño, un entorno equilibrado, la adecuación del tratamiento que reciba y la asociación o no a otros posibles trastornos.

Estudios recientes de neuropsicología profundizan más en esta sintomatología, y encuentran que el TDAH es una limitación compleja del desarrollo de las funciones ejecutivas, actividades mentales complejas necesarias para planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento necesario para alcanzar metas. Barkley⁵³ (1997) las define de la siguiente forma: *son actividades mentales, dirigidas a uno mismo, que nos ayudan a frenar la primera respuesta que íbamos a emitir ante un estímulo, y a resistir la distracción mientras nos fijamos nuevas metas (más adecuadas que la respuesta que habíamos iniciado) y damos los pasos necesarios para poner en marcha esta nueva respuesta.*

1. *Memoria de trabajo verbal.*
2. *Memoria de trabajo no verbal.*
3. *El control de la motivación, las emociones y el estado de alerta.*
4. *La función de reconstrucción, que permite, a partir de conductas aprendidas, diseñar acciones nuevas más eficaces.*

Precisamente son las áreas del lóbulo prefrontal que hemos señalado anteriormente, las encargadas de este funcionamiento ejecutivo y la autorregulación de la conducta y las emociones. Pero ¿en qué va a afectar la disfunción en estas áreas?

- Seleccionar y retener la información.
- Organizar y planificar una acción.
- Generar distintas alternativas de actuar.
- Acceder a las consecuencias a corto, medio y largo plazo.
- Elegir la acción más efectiva en base a los objetivos propuestos.

- Frenar acciones menos efectivas.
- Iniciar la acción.
 - Mantener la ejecución.
 - Obviar otras informaciones o estímulos no relevantes.
 - Detectar errores y reconducir nuestra conducta.
 - Finalizar con eficacia la misma.

Pineda⁵⁴ (2000) señala que se trata de una función compleja que va a depender de muchos otros factores, por lo que su evaluación no va a ser posible si no se tienen en cuenta otras funciones: *“la función ejecutiva sería un conjunto de factores organizadores y ordenadores subyacentes a todas las demás actividades cognoscitivas”*.

1.4.- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Es uno de los elementos más importantes para la evolución de la persona con TDAH. Con la evaluación se pretende recabar información del niño, joven o adulto, de la familia o educadores y de los docentes, a través de diferentes instrumentos. La mayor parte de los especialistas respaldan que en la detección, diagnóstico y tratamiento deberá implicar a los servicios educativos, sanitarios y familia, como se presenta en el gráfico 2 siguiente.

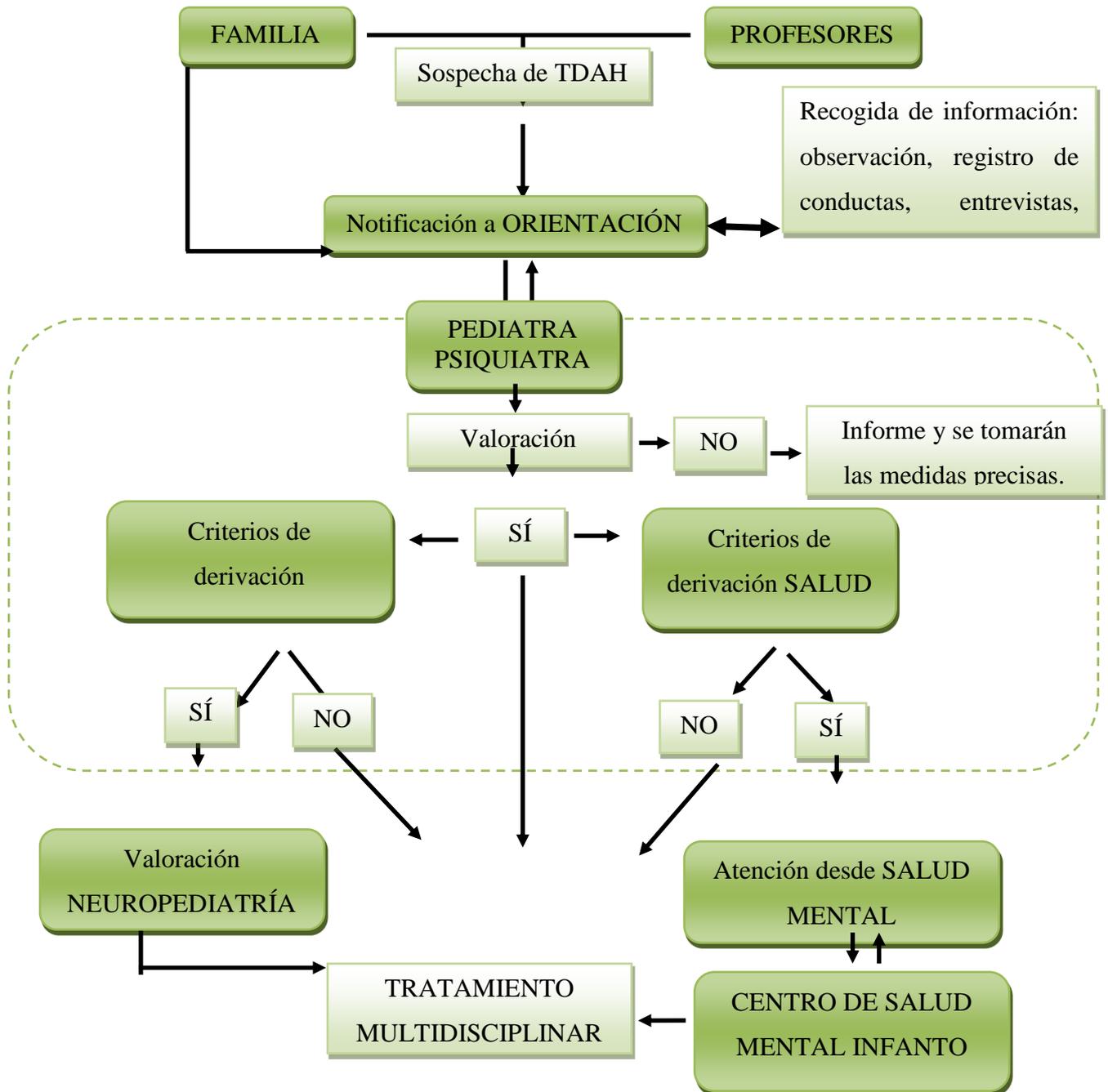


Gráfico 2: Proceso del diagnóstico

Según Láez, Requejo, Silvano y Velasco⁵⁵ (2011) el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil realizará una valoración completa del menor utilizando para ello los siguientes instrumentos:

- Informe de evaluación del orientador del Centro Escolar.
- Informe del Pediatra/M.A.P.

- Entrevista con los padres.
- Valoración psicopatológica del paciente y solicitud de exploraciones complementarias si precisa, valorando la existencia de comorbilidad diagnóstica (especial interés de los Trastornos del comportamiento: Trastorno negativista desafiante, Trastorno disocial, etc.).

El resultado de la evaluación determinará si el paciente cumple o no los criterios diagnósticos del TDAH –según la APA⁵⁶- utilizando las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10.

El TDAH se caracteriza según Castroviejo⁵⁷ (2009) por ser un trastorno de carácter familiar y que presenta alteraciones en el comportamiento, en el conocimiento y en la coordinación. Su diagnóstico se apoya en tres signos principales: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad; en cada uno de ellos pueden distinguirse diferentes matices, como se señala en la tabla 3 de la APA.

1.4.1.- Criterios Diagnósticos del TDAH

En el diagnóstico del TDAH se utiliza el sistema propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría: el DSM-IV-TR y DSM-5 (APA⁵⁸, 2002 y 2013), y el de la Organización Mundial de la Salud OMS (2001). Sin embargo la mayoría de los trabajos sobre hiperactividad se rigen por las distintas versiones del DSM (Caballo, Vicente y Simón⁵⁹, 2001).

Las diferencias entre ambos sistemas de clasificación son importantes para entender por qué se puede llamar al TDAH trastorno hiperkinético, por qué se diagnostica más en unos países que en otros, por qué se trata a unos niños sí y a otros no, por qué hay diferencias de prevalencia en los estudios Soutullo y Díez⁶⁰ (2007).

En el **DSM-IV-TR** estos trastornos están bajo el título “Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador”, que incluyen: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Cuando se realiza un diagnóstico de la hiperactividad y del subtipo (basado en los criterios de la APA) se siguen estas normas:

- Déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante inatento: Si sólo se satisface el criterio A1 durante los 6 últimos meses.
- Déficit de atención con hiperactividad subtipo predominante hiperactivo-impulsivo: Si sólo se satisface el criterio A2 6 últimos meses.
- Déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: Si se satisfacen los criterios A1 y A2 durante los 6 últimos meses.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado: Si presenta síntomas de falta de atención o de hiperactividad-impulsividad, pero no cumple con los criterios mencionados.

Tabla 3.- Criterios diagnósticos del TDAH (APA⁵⁸, 2002)

Criterios para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad	
A.	(1) o (2)
(1)	Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:
	Desatención
a)	A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
b)	A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
c)	A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
d)	A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
e)	A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
f)	A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
g)	A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. Ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).
h)	A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
i)	A menudo es descuidado en las actividades diarias.
(2)	Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:
	Hiperactividad
a)	A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
b)	A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
c)	A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
d)	A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

- e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
 - h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
 - i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. Ej., se entromete en conversaciones o juegos).
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

CIE-10: Para la Organización Mundial de la Salud OMS⁶¹ (2001) el TDAH se denomina trastorno hiperactivo. Para diagnosticarlo según los criterios del CIE-10 se requiere que presenten los siguientes síntomas persistentes, en más de un ambiente del niño:

- 6 síntomas de inatención.
- 3 síntomas de hiperactividad.
- 1 síntoma de impulsividad.

A veces es difícil calificar el TDAH: los síntomas cambian con la edad; en ocasiones puede confundirse con otros trastornos psiquiátricos y se pueden equivocar con características normales de niños sanos.

Muy importante para definir a un niño con TDAH es fijarse en la cantidad e intensidad de los síntomas, su permanencia en el tiempo y en diferentes situaciones, por lo que es muy importante (Soutullo y Díez⁶², 2007) que el profesional esté muy bien formado.

En las pautas para el diagnóstico es donde se diferencian los dos sistemas de clasificación, el DSM-IV-TR y CIE-10, como podemos ver en la siguiente tabla.

Tabla 4.- Pautas para el diagnóstico, Segura⁶³ (2009)

DSM-IV-TR	CIE-10
<ul style="list-style-type: none"> • 6/9 de desatención y/o 6/9 de hiperactividad impulsividad • + SENSIBLE 	<ul style="list-style-type: none"> • 6/9 de desatención + 3/5 de hiperactividad + ¼ de impulsividad • + ESPECÍFICO

Por tanto, la prevalencia en cifras es:

- Prevalencia DSM-IV-TR (3%- 7%)
- Prevalencia CIE-10 (1,5%)

Con el nuevo **DSM-5** para la evaluación, se precisa que el adulto tenga: Cinco síntomas, tanto de inatención como de hiperactividad/impulsividad. Que estos síntomas aparezcan en dos o más ambientes o contextos. En este caso, es preciso considerar aspectos como: a) Que los adultos adquieren experiencia y recursos para compensar deficiencias, por ejemplo trabajar como autónomo si presenta dificultades de relación social. b) Que síntomas como impulsividad o inatención con la edad pueden ir suavizándose. c) Que los adultos pueden presentar síntomas mezclados que son difíciles de catalogar en los subtipos

analizados, como es el caso de la inatención que también aparece en trastornos mentales (Murphy y Adler⁶⁴, 2004).

Los criterios que presenta la guía DSM-5 para el diagnóstico en edad adulta, serían:

Tabla 5.- Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad (APA⁶⁵, 2013)

<p>1.- I N A T E N C I Ó N</p>	<p>a.- Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, el trabajo u otras actividades b.- Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas c.- Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla d.- Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares. e.- Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades f.- Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido g.- Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades h.- Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos i.- Con frecuencia olvida las actividades cotidianas</p>	<p>A PARTIR DE 17 AÑOS DE EDAD</p> <p>Ej. Preparación de informes, completa formularios, revisar artículos largos. Puede incluir pensamientos no relacionados Ej. Devolver las llamadas, pagar facturas, acudir a citas.</p>
<p>2. H i p e r a c t i v i d a d e I m p u l s i v i d a d</p>	<p>a.- Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento b.- Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado c.- Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado d.- Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas e.- Con frecuencia está <i>ocupado</i> actuando <i>como si lo impulsará un motor</i> f.- Con frecuencia habla excesivamente g.- Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta h.- Con frecuencia le es difícil esperar su turno i.- Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros</p>	<p>Puede limitarse a estar inquieto</p> <p>Puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros</p>
<p>Algunos síntomas de 1 ó 2 estaban presentes antes de los 12 años</p>		
<p>Algunos síntomas de 1 ó 2 están presentes en dos o más contextos</p>		
<p>Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos</p>		
<p>Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental</p>		

El diagnóstico del TDAH se apoya fundamentalmente en la historia clínica del paciente. Ni las vanguardistas pruebas de neuroimagen, ni los hallazgos de genética molecular, ni las exploraciones neuropsicológicas, son suficientes para formular un diagnóstico preciso (Adler y Cohen⁶⁶, 2004), por lo que se precisa de adecuados instrumentos clínicos de valoración, especialmente en el caso de personas adultas.

La naturaleza del trastorno requiere la necesidad de un enfoque multidisciplinar y la coordinación y colaboración entre pediatras de atención primaria, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, equipos psicopedagógicos de orientación escolar y, por supuesto, familiares. El diagnóstico debe ser realizado por un clínico especializado. La información se debe recoger en distintas fuentes, en diferentes situaciones y en diversas áreas de funcionamiento (Crystal, Ostrander, Chen y August⁶⁷, 2000).

Según los especialistas (Quintero, Balanza-Martínez, Correas y Soler⁶⁸, 2013), el TDAH en adultos está menos definido y presenta un diagnóstico menos claro. El diagnóstico del TDAH en las guías DSM y CIE estudia síntomas relacionados con la edad infantil, no disfunciones propias de los adultos.

Estas dificultades diagnósticas también se presentan en la adolescencia, etapa generalmente difícil en condiciones de desarrollo normalizadas. Al respecto, Loro, Jiménez y Quintero⁶⁹ (2009) señalan:

- Los adolescentes presentan mayor probabilidad de tener un trastorno comórbido. El más habitual –el trastorno oposicionista desafiante enmascara fácilmente los síntomas del TDAH.
- Son más reacios a cooperar. Viven el proceso de diagnóstico como un intento de control externo.
- Los profesores de educación secundaria, son más reacios a aportar información y pasan menos tiempo con el sujeto.
- La hiperactividad física da paso a la inquietud mental, que pasa desapercibida, pudiéndose presentar como poco comunicativos, desmotivados y malhumorados.
- La típica conducta adolescente no patológica incluye fácil distracción a estímulos que no interesen, se impacientan ante nuevas experiencias y parecen no escuchar a sus padres.
- Los pacientes con un alto cociente intelectual enmascaran el trastorno.

1.4.2.- Comorbilidad del TDAH en adultos

La comorbilidad en el diagnóstico del TDAH en adultos es habitual. Los síntomas de diferentes trastornos pueden ensombrear los del TDAH, especialmente si no ha sido diagnosticado o tratado en la infancia. Por lo que, de acuerdo con Adler y Cohen⁷⁰ (2004) se debería realizar una revisión en determinados pacientes, especialmente aquéllos que tengan antecedentes TDAH en la infancia, los que tengan familiares de primer grado con TDAH y los que sufran trastornos psíquicos que frecuentemente se asocian al TDAH, sobre todo los que impliquen un aumento de la impulsividad.

En la edad infantil los síntomas del TDAH pueden manifestarse con otros trastornos de forma concurrente, entre ellos destacan, según Ramos⁷¹ (2007) los siguientes:

- Trastornos de conducta
- Dificultad para la integración social
- Dificultades de aprendizaje
- Fracaso escolar
- Baja autoestima

También en la infancia y en la adolescencia frecuentan los trastornos del comportamiento, estado de ánimo, ansiedad y del aprendizaje (Barkley⁷², 2006, Miranda⁷³ et al. 2004). No abundan las investigaciones en este sentido, una de las más significativas, realizada en la Comunidad de Castilla y León (Rodríguez⁷⁴ et al. 2009), señala que un 71% de los casos de TDAH presenta algún tipo de comorbilidad, con un 46% en trastornos de ansiedad, 31% trastornos de comportamiento, 9% trastornos de estado de ánimo, 10% trastornos por tics y 12% enuresis. Para Benito Moraga⁷⁵ (2008) un 50% de pacientes adultos con TDAH presenta un trastorno adicional: por uso de sustancias, de personalidad, o del estado de ánimo.

La comorbilidad va aumentando con la edad. En adolescentes los trastornos se mezclan con otras enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc., mientras que en adultos se van asociando con otros trastornos

psiquiátricos (Sobanski⁷⁶ et al., 2007). Sin embargo, el paciente adulto con TDAH no demanda estos servicios especializados, aprende a convivir con los síntomas o disfrazan sus efectos con otros mecanismos de defensa.

Existen evidencias de la elevada comorbilidad psiquiátrica del TDAH adulto con los siguientes trastornos:

Con el *trastorno antisocial de personalidad*, caracterizado por impulsividad, escasa reflexividad y reducida valoración del sentimiento ajeno. Es uno de los trastornos más preocupantes por sus repercusiones sociales. Se inicia en la infancia y continúa en la edad adulta, llegando a incidir en un 64% de los casos (Weis, Hechtman, Milroy y Perlman, ⁷⁷ 1985). Presenta mayor repercusión entre varones que en mujeres (Biederman, Mick, y Faraone⁷⁸, 2000).

Con el trastorno del estado de ánimo también existe una elevada relación entre la depresión asociada al TDAH cuando se inicia en la etapa infantil y continúa en la edad adulta. Los estudios analizados señalan más de un 20% (Biederman, Mick y Faraone⁷⁹, 2000).

Con los trastornos de ansiedad existe una prevalencia próxima al 40% en los estudios realizados (Biederman⁸⁰ et al., 1993; Murphy y Barkley⁸¹, 1996, Kessler⁸² et al., 2006 y Fayyad⁸³ et al., 2007), siendo más alta con el trastorno de ansiedad generalizada, e inferior con fobias, estrés o pánico.

Con los trastornos por uso y consumo de sustancias tóxicas, la comorbilidad analizada con TDAH adultos en el caso de abuso de alcohol se sitúa en torno al 25% y con otras drogas el 8% (Biederman⁸⁴ et al., 1993). La relación es mayor que la que se da con adolescentes por la edad de inicio de este consumo.

1.4.3.-Instrumentos de diagnóstico y evaluación.

Entrevistas, escalas, cuestionarios, historial clínico, constituyen los principales instrumentos para la valoración del TDAH en el adolescente y el adulto. En cada caso y fase del diagnóstico y de su evolución es conveniente utilizar los más apropiados y útiles. Si se aplican independientes, no sirven para emitir un juicio clínico (Clavel⁸⁵ et al. 2009; Kubose⁸⁶, 2000; Montañés-Rada⁸⁷ et al. 2010) por lo que deben complementarse. Generalmente se aplican al sujeto diagnosticado, pero en ocasiones también a familiares, padres y profesores en la aplicación para niños. Algunas de las escalas de que se dispone traducción al castellano, se exponen brevemente:

1.- Instrumentos para la evaluación de síntomas del TDAH en la edad adulta

- Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID-parte II)

(Conners⁸⁸, 1969, 1970, 1989, 1997, 1999): Entrevista diseñada para identificar la presencia de los 18 criterios diagnósticos DSM IV en la infancia (de manera

retrospectiva) y también en la edad adulta. Cada uno de los criterios por los que se pregunta se acompaña de ejemplos, y se valora su presencia en distintos ámbitos. Se pregunta también por factores de riesgo relacionado con el temperamento, desarrollo, ambiente, e historia médica. Otros datos que se recogen son las historias académica, ocupacional, y social/relacional, y un screening de posibles trastornos comórbidos. La parte I se aplica para conocer la historia clínica general y la parte II para la evaluación de síntomas actuales del TDAH, así como para contrastar con los criterios del DSM IV.

- Entrevista para TDAH adultos de Barkley (Barkley⁸⁹ et al. 1998). Incluye los criterios DSM-IV del TDAH, así como síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que pueden incidir en la severidad del trastorno.

- ADHD Rating Scale-IV: (DuPaul⁹⁰ et al. 1998). Cuestionario que incluye 18 ítems referidos a criterios DSM-IV. Permite evaluar la presencia de cada síntoma en un sujeto. Unas de las escalas más utilizadas en evaluación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH), al presentar puntos de corte por edad, género y ambiente.

- ADHD Symptom Rating Scale (Barkley⁹¹ et al. 1998). Valora los 18 síntomas que definen el TDAH en el DSM-IV, planificación del tratamiento y seguimiento de los avances del tratamiento. También se valora la intensidad en que los síntomas presentes interfieren en la habilidad del sujeto para funcionar en diferentes áreas, como trabajo, vida laboral o manejo del dinero.

- Adult Self-Report Scale (ASRS) (Kessler⁹² et al., 2005). Una de las escalas más utilizadas y validada en España. Diseñada por la OMS, valora la frecuencia actual de los 18 síntomas del DSM IV. Se pretende que esta escala sirva para la detección de posibles casos en los que resulte eficiente la realización de una

entrevista clínica más detallada. Cada uno de los ítems pregunta sobre los criterios diagnósticos del DSM IV pero modifica el enunciado para que se parezcan lo más posible a la presentación que tienen en el adulto. La versión ASRR-V1.1 ha sido aplicada en este trabajo por lo que presenta una descripción detallada en el apartado () de metodología: material.

- Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (Conners⁹³ et al, 1999, 2003).

Escala autoaplicada para el paciente y un observador: También valora los 18 síntomas que constituyen los criterios diagnósticos DSM IV. Hay un modelo para el paciente y otro para un informador externo. Ambos modelos se encuentran en tres versiones: screening, corta, y larga.

2.- Instrumentos para evaluación retrospectiva de síntomas de TDAH en la infancia

- Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward⁹⁴ et al., 1993). Escala autoaplicada.

No está basada en los criterios DSM IV sino en los de UTAH. Conforme los criterios diagnósticos han ido cambiando con las sucesivas ediciones del DSM, los criterios de UTAH han ido separándose de las concepciones actuales del TDAH. Probablemente identifican un grupo de pacientes diferente al que se detecta con el DSM IV TR, y valoran problemas ocupacionales y sociales que no son específicos del TDAH. Existe una versión para el paciente y otra para padres. A pesar de las críticas, esta escala tiene dos ventajas importantes. En primer lugar tiene una subescala que ayuda a hacer el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia. En segundo lugar hay una versión de esta subescala validada para población española.

- ADHD Symptom Rating Scale (Barkley⁹⁵ et al. 1998). Cuestionario desarrollado

para ayudar en la identificación de los síntomas, diagnóstico – valoración

retrospectiva entre 5 y 12 años-, planificación del tratamiento y seguimiento de los avances del tratamiento.

Un resumen de escalas específicas, escalas de psicopatología general, y entrevistas estructuradas y semiestructuradas para la evaluación del TDAH en niños y adolescentes puede observarse en la Guía editada por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁹⁶ (2010).

Precisamente mediante el empleo del cuestionario ASRS se ha obtenido una prevalencia del 6,2% de TDAH del adulto en sujetos de mediana edad en Australia (Dass⁹⁷ et al., 2012). Aunque se obtienen menores tasas de detección de pacientes con el empleo de cuestionarios autoinformados (Garnier-Dykstra⁹⁸ et al., 2010).

1.5.- TRATAMIENTO

Con el tratamiento lo que se pretende conseguir es reducir los síntomas del trastorno y enseñar al paciente, a la familia y, en su caso, a los educadores a desarrollar habilidades para afrontar la situación. El déficit de atención con hiperactividad es un cuadro psicopatológico complejo que afecta al desarrollo psicoemocional, cognitivo y social, por tanto el tratamiento ha de estar dirigido a las necesidades particulares de cada individuo.

Castroviejo⁹⁹ (2009) aporta las directrices para empezar el tratamiento. Son comunes para todos los casos: reconocer y aceptar la existencia de un problema crónico, saber que los profesionales y expertos van a ayudar al paciente y a la familia, saber que las medicinas favorecen pero no curan, no pretender cambiar

la personalidad ni la manera de ser del paciente, no utilizar castigos físicos, no perder de vista las compañías del hijo con TDAH.

Según Bauermeister¹⁰⁰ (2014) no se conoce ningún tratamiento que cure el TDAH, estos se ciñen a la supresión de los síntomas, siendo el objetivo principal enseñar a la persona a conocer y manipular los síntomas del TDAH, favoreciendo el desarrollo de sus talentos y habilidades.

Para establecer un tratamiento correcto conviene realizar una concienzuda evaluación del trastorno. El tratamiento debe ser multimodal y multiprofesional, incluyendo: tratamiento farmacológico, tratamiento psicopedagógico y tratamientos combinados.

Definido el diagnóstico se deben tomar una serie de decisiones en cuanto al tratamiento. Este tratamiento según la guía práctica creada por la Fundación ADANA¹⁰¹ (2010) ha de ser multidisciplinar y debe abordar desde tres campos:

- **Tratamiento psicológico:** para padres, profesores y pacientes: Se centrará en proporcionar la información y el asesoramiento sobre el TDAH, en general, y

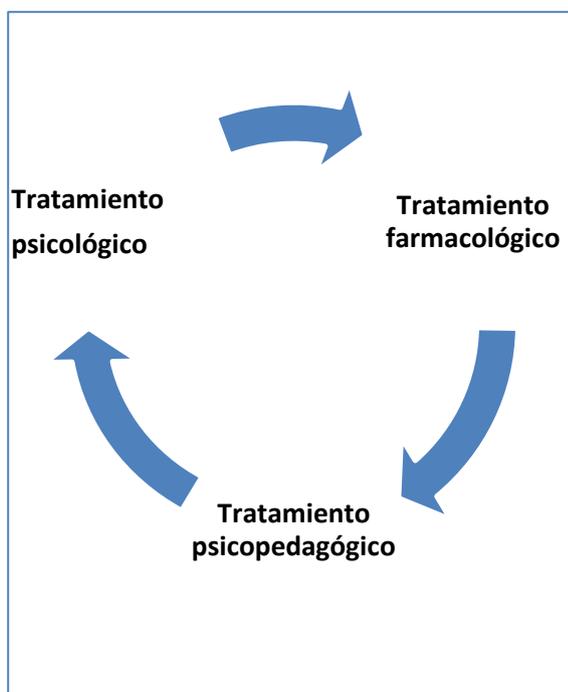


Gráfico 3.- Tratamiento del TDAH

estrategias adecuadas para la comunicación y el manejo de la conducta en particular.

- **Tratamiento farmacológico:** Su objetivo es intentar remitir los síntomas básicos del trastorno y que van a influir en otros aspectos familiares, sociales e intelectuales.

- **Tratamiento psicopedagógico:** centrado en las habilidades académicas del sujeto.

La escuela será participe directamente del tratamiento psicológico y psicopedagógico, aunque también se verá influida por el desarrollo del tratamiento farmacológico.

Hay que tener en cuenta que la medicación del tratamiento farmacológico no va a eliminar el TDAH, sino que va a incidir sobre su sintomatología. De este modo, favorecerá la intervención desde el resto de los ámbitos y se favorecerá la evolución en otros aspectos de la vida del niño (social, cognitivo, académico,...).

Pero el debate sobre la necesidad de esta medicación siempre va a estar abierto, puesto que hay planteamientos que sostienen que no sería necesaria con un buen tratamiento cognitivo-comportamental. Si bien es cierto que estos estimulantes no son la solución de manera aislada, parece que se está demostrando que facilitan e incluso triplican los progresos conseguidos con otro tipo de intervención. La idea parte de que esta mayor quietud y concentración les va a ayudar a alcanzar y desarrollar las estrategias de aprendizaje trabajadas, lo que les permitirá acercarse más fácilmente a las situaciones de éxito y serán

conscientes de sus propios progresos. Una vez que se considere oportuno retirar esa medicación, el niño habrá generalizado esas estrategias y será consciente de que con esfuerzo y constancia es capaz de realizar las cosas por sí solo de manera exitosa (Orjales,¹⁰² 2007).

No obstante, van a ser los padres los que tomen la decisión de medicar o no a sus hijos, siempre tras un estudio exhaustivo del niño por parte de neuropediatras y psicólogos y con un tratamiento personalizado a sus características.

5.1.- Tratamiento Farmacológico

La medicación minora los síntomas del TDAH, puede ayudar al niño a concentrarse, a no distraerse y a pensar antes de actuar. Se benefician de una mejoría en las relaciones entre niños, padres, profesores y compañeros. Obteniendo mejores resultados en las intervenciones psicológicas y psicopedagógicas.

Los niños con TDAH presentan un desequilibrio químico de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina alterando el buen funcionamiento cerebral. Se ve afectado el lóbulo frontal y las áreas prefrontales, afectando a las funciones ejecutivas, Soutullo y Díez¹⁰³ (2007), eso hace que sea necesario un tratamiento farmacológico.

De las medicaciones existentes, seguras y eficaces, para ayudar al niño con TDAH son:

- Estimulantes: metilfenidato, que actúa sobre el neurotransmisor, dopamina. Mejora la hiperactividad y la inatención.

- No estimulantes: atomoxetina y los antidepresivos tricíclicos, que actúa sobre la noradrenalina. Reducen la ansiedad.

El tratamiento farmacológico debe prescribirlo un médico especialista en TDAH, que sea conocedor de los medicamentos, y el consentimiento de los padres.

El seguimiento del tratamiento lo realiza el especialista y el pediatra, evaluando el progreso general del niño, los profesores pueden colaborar observando y registrando las mejoras en el rendimiento académico y la relación con los compañeros. Los profesores pueden colaborar también observando si presenta algún efecto secundario.

5.2.- Tratamiento Psicopedagógico

Consiste en ofrecer la información necesaria al niño diagnosticado con TDAH, se le explica en qué consiste el trastorno y las dificultades que se puede encontrar, reforzando los recursos y habilidades del niño para poder superarlas. Tratando que el paciente y la familia comprendan y sepan manipular el trastorno.

5.3.- Tratamiento Psicológico

Es una terapia para ayudar a los niños a desarrollar su capacidad de autocontrol, controlar la frustración, mejorar la socialización, usando procedimientos conductuales de autocontrol, autoinstrucciones, pensamientos reflexivos, modificación de conductas disruptivas, técnicas de relajación.

Este tipo de intervención es necesaria para aportar estrategias conductuales y cognitivas necesarias para abordar el problema desde la familia, el centro y para el propio niño.

Dentro de los programas para niños, encontramos “la técnica de la tortuga”, que les enseña a controlar conductas impulsivas y agresivas, se usa para aplicar en grupo o individualmente.

En los programas de entrenamiento para padres y educadores, utilizan métodos verbales, ensayos conductuales y modelado, Barkley¹⁰⁴ (2011).

5.4.- Combinado

El tratamiento del niño TDAH debe de ser un trabajo coordinado entre profesionales sanitarios y educativos. Se incluye tratamiento farmacológico e intervenciones conductuales y medioambientales, que tengan en cuenta a los niños, familias y educadores. Grau y García¹⁰⁵ (2004).

5.5.- Tratamiento en el adulto

En la actualidad, el *tratamiento farmacológico* se presenta como la primera elección en el tratamiento del TDAH. Son numerosas las investigaciones que han puesto en evidencia su superioridad frente a otras intervenciones, aunque esto no supone que no se tengan en cuenta. De hecho, el tratamiento debe ser siempre multimodal.

Los tratamientos farmacológicos han experimentado un gran avance en los últimos años. Actualmente se dispone de variados psicofármacos que han
Estudio de rasgos compatibles con TDAH y su repercusión en población juvenil. 53

demostrado ser eficaces en el tratamiento del TDAH adulto (Ramos-Quiroga¹⁰⁶, 2006). Estos fármacos se clasifican como: psicoestimulantes: metilfenidato, anfetaminas, modafinilo, etc., y no psicoestimulantes: antidepresivos tricíclicos, atomoxetina, etc.) (Wilens,¹⁰⁷ 2003).

Los psicofármacos empleados en el tratamiento del TDAH en adultos son los mismos que los utilizados en el TDAH infantil. Los fármacos mejor estudiados en adultos son el metilfenidato y la atomoxetina. De los distintos psicoestimulantes, disponemos de ensayos clínicos controlados que han estudiado su eficacia en adultos con TDAH en el caso del metilfenidato de liberación inmediata y prolongada. También se puede utilizar el modafinilo (Ramos-Quiroga,¹⁰⁸ 2006).

En el metaanálisis sobre la eficacia y seguridad de metilfenidato en adultos con TDAH los psicoestimulantes no sólo no aumentan el riesgo de abuso o dependencia a sustancias, sino que lo disminuyen en la edad adulta.

En la actualidad disponemos de ensayos clínicos controlados con numerosos fármacos no estimulantes para el tratamiento del TDAH en adultos: atomoxetina, bupropión, antidepresivos tricíclicos, IMAO, agonistas alfa 2 adrenérgicos como la guanfacina y fármacos nicotínicos (Ramos-Quiroga,¹⁰⁹ 2008).

El tratamiento psicológico comprende diferentes terapias:

Terapia psicoeducativa: Puede ser utilizadas como terapia en sí misma, o bien como un componente de una terapia más extensa (Murphy,¹¹⁰ 1998; Brown,

2000; Young,¹¹¹ 2002). Estas intervenciones pueden llevarse a cabo bajo un formato individual o grupal.

Terapia cognitivo-conductual: Es la aproximación más efectiva para tratar el TDAH en adultos, tanto en una intervención individual como grupal (Brown,¹¹² 2000; McDermott¹¹³, 1999; Young,¹¹⁴ 2002).

Los resultados referenciados en este consenso demuestran que el TDAH en los adultos es una entidad clínicamente relevante. Como consecuencia del trastorno, los pacientes sufren importantes alteraciones que afectan a su calidad de vida. Los estudios realizados (ANHIDA¹¹⁵, 2012; Ramos-Quiroga¹¹⁶, 2006) han aportado suficientes evidencias de la persistencia del TDAH en la edad adulta. Consideran que la identificación del trastorno y su correcto tratamiento es de suma importancia, empleando algunas pautas significativas con esta terapia, como:

Tabla 6.- Pautas para TDAH adulto.
Terapia cognitivo-conductual (ANHIDA¹¹⁷, 2012)

- *Es norma indispensable proteger tus relaciones sociales. Evitarás situaciones desagradables de separaciones que nadie desea.*
- *Piensa antes de actuar. Esta es la premisa más difícil de llevar a cabo. Para calmar tu impulsividad, cuenta hasta 3 cada vez que debas decir una opinión o, en general, cualquier cosa que implique poder arrepentirse de un daño emocional.*
- *Utiliza agendas o libretas de notas, sin miedo a sentir vergüenza.*
- *Establecer rutinas es obligatorio si quieres llevar una vida más organizada y que nada se te olvide.*

- *Es necesario disminuir la cantidad de trabajo. Tener menos tareas a la vez, será mejor para mejorar tu rendimiento laboral.*
- *Haz pausas para que tu nivel de atención sea el mejor posible a cada momento. Cada dos horas de trabajo tómate la libertad de parar 10 minutos para ir al lavabo, tomar un café o simplemente alejarte del lugar de trabajo dando un paseo por los pasillos.*
- *Acude a un profesional si crees que puede ayudarte a mejorar aspectos de tu vida que puedan hacer que te sientas mejor en todos tus ambientes.*

Según, el European Consensus¹¹⁸ (2010), se deben tener las siguientes consideraciones con los adultos con TDAH: Los síntomas del TDAH pueden ser tratados efectivamente en adultos. La ausencia de tratamiento en adultos con TDAH produce alto impacto funcional. La mayor eficacia se consigue con el tratamiento multimodal con el siguiente proceso:

a) Primer paso: Psicoeducación.

b) Segundo paso: Tratamiento farmacológico (en el caso que sea necesario): Con fármaco de elección: Metilfenidato o anfetaminas; fármaco de segunda línea (atomoxetina), u otros (bupropion, clonidina, desimipramina, guanfacina, modafinilo). Conviene ajustar las dosis de metilfenidato de forma individual (metifenidato de liberación prolongada mejora la adherencia al tratamiento, o combinaciones de metilfenidato de liberación prolongada y liberación inmediata).

c) Tercer paso: Tratamiento psicológico: Tratamientos cognitivo-conductuales, terapias de: Apoyo, "estilo coaching", meta-Cognitiva.

HIPÓTESIS

2.- HIPÓTESIS

En este estudio se pretende valorar la incidencia del déficit de atención en un sector de población (16-30 años) con especial vulnerabilidad. Se ha trabajado con una muestra poblacional representativa de jóvenes y adultos entre 16-30 años en la provincia de Soria (Castilla y León) a la que se aplican pruebas específicas para medir los efectos de ese déficit.

Para ello se establecen dos grupos:

-Grupo no riesgo: Personas entre 16-30 años (estudiantes de Bachillerato, Formación Profesional y Universidad y no estudiantes (muestra significativa y representativa de personas elegidas al azar).

-Grupo riesgo: Personas entre 16-30 años consideradas grupos poblacionales de riesgo: Estudian FP-Básica-PCPI-Garantía Social, Programa de Diversificación Curricular, Programa de Compensación Educativa, personas atendidos en centros de DIA (rehabilitación de drogas), alcohólicos rehabilitados, en instituciones penitenciarias, etc., (muestra significativa y representativa de personas elegidas al azar).

Se trata de contrastar las hipótesis según la cual la incidencia del déficit de atención es mayor en el grupo de riesgo. Para comprobar si existen diferencias estadísticas significativas se plantean las siguientes hipótesis:

H_0 : La incidencia de rasgos compatibles con TDAH es igual en colectivos de riesgo que en los colectivos con ausencia de riesgo.

H_1 : La incidencia de rasgos compatibles con TDAH no es igual en colectivos de riesgo que en los colectivos con ausencia de riesgo.

3.- OBJETIVOS

3.- OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la incidencia de rasgos compatibles con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) usando la escala ASRS v1.1, en adultos jóvenes (16-30 años) de Soria (Castilla y León), según su pertenencia o no a colectivos de riesgo, valorando su repercusión sobre aspectos cruciales relacionados con la vida cotidiana.

Objetivos específicos:

- Estimar de forma diferenciada, según su pertenencia o no a colectivos de riesgo, la incidencia de rasgos compatibles con TDAH en adultos jóvenes de Castilla y León.
- Explorar las diferencias encontradas, según incidencia del TDAH, en función del sexo, la edad, el lugar de residencia y el estado civil.
- Valorar la posible repercusión de estos rasgos compatibles con TDAH en aspectos cruciales relacionados con la vida cotidiana como: Salud física, psíquica, rendimiento académico, relaciones familiares, convivenciales y sociales, aspectos profesionales, uso del ocio y perspectivas personales.

4.- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.- MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

4.1.- DISEÑO

Se ha trabajado con un diseño observacional, descriptivo, transversal y de investigación diferencial o comparada entre dos muestras de estudio. El cuestionario es el instrumento principalmente empleado. La definición de caso se ha realizado según criterios DSM-IV y las variables e instrumentos, se han clasificado en psicopatológicas, cognitivas, académicas y socio-demográficas, extraídas mediante procedimientos de aplicación de pruebas específicas, cuestionarios y/o instrumentos fiables y válidos (pruebas estandarizadas, estudios de casos, estudios etnográficos y diarios personales, entre otros).

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables del estudio. Se ha estudiado la normalidad de las variables cuantitativas mediante inspección visual gráfica y con la dicotomización de los ítems. Las variables cuantitativas se describen mediante la media y la desviación estándar, y con la mediana y el rango intercuartílico en el caso de asimetría acusada. Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas.

Se ha calculado la incidencia de la variable principal (presencia o ausencia de rasgos compatibles con TDAH) en cada grupo de estudio (pertenencia o no a colectivos de riesgo) y la diferencia de frecuencia correspondiente según cribado positivo ≥ 12 puntos o negativo < 12 puntos. Asimismo se exploran las diferencias de frecuencia encontradas en la variable principal en función del sexo, la edad, el

lugar de residencia y el estado civil mediante un cuestionario *ad hoc*. También se ha estudiado la asociación entre la variable principal y su repercusión en aspectos cruciales relacionados con la vida cotidiana.

Para establecer el grado de significación estadística, se utiliza el estadístico Chi-cuadrado (χ^2) en el caso de variables cualitativas y la prueba t-Student (según la distribución de la variable se ajuste o no a la ley Normal) en el caso de variables cuantitativas. El nivel de *significación estadística* se estableció en un $p < 0,05$.

Se utiliza la *-prueba T-Student* para comparar las medias aritméticas de los dos grupos y la *prueba X^2* de independencia para efectuar el análisis comparativo con el fin de aceptar o rechazar la hipótesis planteada (H_0)- que permite comprobar el influjo de la variable experimental –factor de riesgo- sobre la incidencia del TDAH en la población de 16 a 30 años.

Las variables cuantitativas se presentan con la media y la desviación típica y las cualitativas según su distribución de frecuencias.

Mediante el test Chi-cuadrado de Pearson se ha analizado la asociación de las variables cualitativas. En el caso de que el número de celdas con valores esperados menores de 5 fuera mayor de un 20%, se ha utilizado el test exacto de Fisher o el test Razón de verosimilitud para variables con más de dos categorías.

Las comparaciones de los valores cuantitativos se ha realizado mediante la prueba T de Student o el ANOVA de un factor para muestras independientes según si el número de grupos a comparar era dos o mayor.

Los datos han sido analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 20.0 para Windows. Aquellos valores de $p < 0,05$ han sido considerados estadísticamente significativos.

Para valorar los resultados de las puntuaciones obtenidas se ha empleado la dicotomización de los ítems, de acuerdo con la versión original de la escala: De un lado *nunca* y *rara vez* y de otro lado: *alguna vez*, *con frecuencia* y *muy frecuentemente*, estableciendo el criterio de puntuación: 0 = nunca; 1 = rara vez; 2 = alguna vez; 3 = con frecuencia/a menudo; 4 = muy frecuentemente. De modo que si un sujeto alcanza al menos 9 puntos (en 4 ítems de los 6 iniciales) obtiene un resultado positivo.

4.2.- MATERIAL:

El cuestionario aplicado ha sido elaborado a partir de la escala *Adult Self-Report Scale* (ASRS) para adultos (autoevaluable). Escala de la OMS con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, que valora la frecuencia actual de los 18 síntomas del DSM IV. Cada uno de los ítems pregunta sobre los criterios diagnósticos del DSM IV pero modifica el enunciado para que se parezcan lo más posible a la presentación que tienen en el adulto.

En el punto 1.4.3.- Instrumentos y escalas de valoración de la introducción se exponen las principales escalas diseñadas para valorar el TDAH en adultos. Aquí se ha utilizado la escala ASRS v1.1.

Las principales características de esta escala perteneciente a la OMS: *Adult Self-Report Scale* (ASRS) versión 1.1, la definen como: un cuestionario auto-administrado que consta de dos presentaciones, una de 18 ítems (versión larga) y otra de 6 ítems (versión corta o abreviada), en ésta, los cuatro primeros ítems

Estudio de rasgos compatibles con TDAH y su repercusión en población juvenil. 69

evalúan síntomas de falta de atención y los dos últimos síntomas de hiperactividad). En la versión larga los ítems 1 a 6 se refieren a sintomatología del problema inatento, del 7 al 12 indican síntomas del predominio hiperactivo y del 13 al 18 predominio impulsivo.

Fue diseñada conjuntamente por la OMS y Kessler¹¹⁹ et al. (2005), con el objetivo de evaluar el TDAH en adultos en el marco de la entrevista CIDI (Kessler¹²⁰ et al. 2005a). El estudio internacional sobre salud mental promovido por la OMS (Who World Mental Health Survey Initiative) utiliza esta entrevista como instrumento de evaluación. La ASRS v1.1 está basado en los 18 síntomas especificados en el criterio A del DSM - IV-TR. Es una escala tipo Likert que mide la frecuencia con la que se presentan los síntomas con cinco opciones de respuesta por ítem: Nunca (0), Rara vez (1), A veces (2), a Menudo (3) y Muy a menudo (4).

El cuestionario fue calibrado clínicamente en población general, a partir de una submuestra de 154 sujetos adultos (18-44 años) participantes en el NCS-R (Kessler¹²¹ et al. 2005a). Posteriormente sus autores han publicado otro análisis de su *validez* en una muestra de 668 individuos de la población general, en el que confirma su utilidad para discriminar entre casos y no casos (Kessler¹²² et al. 2007). En base a los resultados de este estudio, los autores recomiendan emplear la estrategia sumatoria de puntuación de ítems (Kessler¹²³ et al. 2006). También se han comparado los resultados del ASRS autoadministrado de 18 ítems frente a la ADHD-RS administrada por un clínico, observándose una elevada *validez concurrente* (Adler¹²⁴ et al. 2004).

El ASRS ha sido validado en nuestro país y es por tanto un instrumento válido y útil para la detección de pacientes adultos con TDAH en el contexto clínico ambulatorio (Ramos Quiroga,¹²⁵ 2009).

En nuestro medio se cuenta con un estudio que evalúa las propiedades psicométricas del ASRS v1.1 en población drogodependiente, concluyendo que es un cuestionario útil en el cribaje de TDAH en esta población (Pedrero Pérez y Puerta García,¹²⁶ 2007). Además de los dos estudios de Kessler et al., de los años 2005 y 2007 que avalan su aplicación a la población general, el estudio de validación de Ramos Quiroga¹²⁷ et al., (2009) indica que, en población clínica, el ASRS v. 1.1 también posee características psicométricas que le otorgan validez de criterio, al distinguir de forma adecuada entre quienes presentan TDAH y quienes no presentan dicho trastorno. En esta misma línea, se ha hallado que este instrumento ofrece una adecuada validez convergente, sin embargo, se recomienda analizar su eficacia frente a entrevistas semi-estructuradas o altamente estructuradas. (Reyes-Zamorano¹²⁸ et al., 2013).

En la actualidad, no se dispone de otros cuestionarios de cribaje rápido para el TDAH en adultos validados en español. El cuestionario se ha utilizado en diversos estudios de investigación tanto: epidemiológicos, como clínicos y genéticos, demostrando la utilidad que puede tener en la evaluación del *TDAH* en adultos (Able¹²⁹ et al... 2007; Chao¹³⁰ et al. 2008; Ettinger¹³¹ et al. 2006; Fayyad¹³² et al. 2007; Halleland¹³³ et al. 2008; Kessler¹³⁴ et al. 2006; Reuter¹³⁵ et al.2006; Sentissi¹³⁶ et al. 2008).

El cuestionario ASRS v1.1 de 6 ítems es un instrumento sencillo y rápido de contestar (aproximadamente en dos minutos) por lo que puede ser útil en estudios epidemiológicos y como herramienta de cribaje en el contexto clínico (Reyes-Zamorano¹³⁷ et al., 2013). Precisamente si en estos 6 ítems –derivados de la versión larga de 18 ítems del DSM-IV-R-, el sujeto responde en cuatro o más categorías en la zona sombreada: algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente, se considera un resultado positivo para TDAH, sirve de base para continuar el diagnóstico.

Es un test de *escrenig*, es decir para buscar posibles pacientes con TDAH. Es una entrevista de gran eficacia simple y rápida con gran fiabilidad, es decir capaz de detectar cuando el paciente tiene TDAH. Este test tiene la capacidad de excluir a los pacientes que no tienen TDAH, por el contrario no el 100% de pacientes a quienes el test sale positivo son TDAH, puede existir lo que se denomina falsos positivos, y esto se produce porque trastornos que no son de déficit de atención pueden cursar y cursan con síntomas que son también del TDAH, no obstante, en el caso de haber dado positivo en esta prueba de *escrenig* de la OMS para orientar mejor el posible diagnóstico de TDAH es aconsejable aplicar esta escala diagnóstica.

Como criterios de valoración se puntúan en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuentemente) y se estima para cada ítem una puntuación de corte o criterial, a partir de la cual el ítem es considerado positivo (puntuación 1) y por debajo del cual es considerado negativo (puntuación 0). Este punto de corte se sitúa en el tercer valor (“Algunas veces”) para los ítems 1, 2, 3, 9, 12, 16 y 18, y en el cuarto valor (“Con frecuencia”) para el resto. Las

Estudio de rasgos compatibles con TDAH y su repercusión en población juvenil. 72

puntuaciones también pueden ser tratadas como una escala continua entre el 0 (“Nunca”) y el 4 (“Muy frecuentemente”). Valoración que hemos considerado más adecuada en esta investigación.

Por tanto, si los ítems 1 a 6 (zona sombreada de la parte A) suman más de 12 puntos es síntoma de TDAH. Si suma más de 20 puntos entre los ítems 7 a 18 (zona sombreada de la parte B) podría ser conveniente un diagnóstico compatible con TDAH.

Si puntúa: (“Algunas veces”) (“Con frecuencia”) (“Muy frecuentemente”) en cada uno de los ítems 1 a 8 de la parte final, significa que ha repercutido o repercute en ese aspecto de su vida.

En la Guía Práctica Clínica sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (VV.AA.¹³⁸ 2010), se resumen las principales escalas específicas, escalas de psicopatología general y entrevistas estructuradas y semiestructuradas utilizadas en nuestro medio para la evaluación del TDAH en niños y adolescentes.

Junto a los 18 ítems de la escala ASRS se han añadido 8 cuestiones relacionadas con aspectos de influjo en la vida de las personas, como:

- 1.- Salud física
- 2.- Salud psíquica
- 3.- Rendimiento académico
- 4.-Relaciones familiares
- 5.- Relaciones laborales, profesionales
- 6.- Relaciones sociales

7.- Ocio, tiempo libre, etc.

8.- Influjo expectativas de vida

Se ha procurado incluir los aspectos más influyentes en la vida de las personas, como son:

- a) Aspectos personales: tanto de salud física como psíquica en general.
- b) Aspectos relacionales: en los ámbitos convivencial-afectivo (tanto muy próximo o nuclear –familiar o de pareja-, como más amplio extendiéndose a amigos, vecinos y otros sociales (compañeros de trabajo o de estudios, de equipos deportivos, compartir tiempo libre, etc.).
- c) Aspectos motivacionales: Formación personal (estudios, expectativas,...); Laborales (empleo, promoción,...); Ocio (actividades deseadas para satisfacción personal en tiempo libre, vacaciones, etc.).

Por tanto, se ha diseñado un cuestionario con dos apartados:

- 1) Comprende los 18 ítems de la escala ASRS.
- 2) Los 8 ítems de aspectos generales relacionados con la vida de las personas.

El cuestionario diseñado para esta tesis con sus dos apartados se presenta en el anexo 1.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se ha garantizado la confidencialidad de los sujetos participantes en el estudio. El cuestionario es anónimo. Todos los sujetos participantes han sido informados del

tipo de estudio que se iba a realizar y han participado siempre de forma absolutamente libre y voluntaria.

Se han solicitado los permisos preceptivos para este tipo de estudios en todos los ámbitos donde se han administrado los cuestionarios.

El proyecto ha sido sometido a valoración por el Comité de Ética de Investigación del Área Oeste de Salud de Valladolid, habiendo obtenido su aprobación. Se presenta en el anexo 2.

4.3.- PLANIFICACIÓN Y FASES DEL ESTUDIO

Estudio del tema y fundamentación (año 2012)

Selección de la muestra (2012)

Preparación del cuestionario (2012)

Solicitudes de autorización para la aplicación del cuestionario (2013)

Aplicación del cuestionario en centros educativos y lugares de trabajo (2013-14)

Corrección del cuestionario y análisis de resultados (2014-15)

Elaboración de discusión, conclusiones y propuestas (2015-16)

Redacción final del informe (2016)

4.4.- Población y muestra

4.4.1.- Cálculo del Tamaño de la muestra

Según el Instituto Nacional de Estadística (2014). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014, la población (de españoles/extranjeros) de la provincia de Soria –población de referencia para este estudio- para las edades entre 16-30 años, es la que se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 7.1.- Población de la provincia de Soria.
(Instituto Nacional de Estadística)

Población ambos sexos	
Año	2014
42 Soria	
15-19 años	
Subtotal	3972
20-24 años	
Subtotal	4415
25-29 años	
Subtotal	4941
TOTAL	13328

Población estudiantil: Si se considera la correspondencia entre edad habitual y curso/nivel de estudios (según datos facilitados por: Dirección Provincial de Educación de Soria -enseñanza no universitaria- publicados en la página web oficial de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León (www.Educacyl), en Diario de Soria (días 10 y 11-IX-2013) y Universidad de Valladolid (enseñanza universitaria), publicados en su web oficial (uva.es) y en Heraldo de Soria (27-28-XI-2013), los datos referenciales serían:

Tabla nº 7.2: Población y muestra por centros de enseñanza

	Curso/Nivel de estudios	Edad	Población escolarizada
Universidad	Grado	18-25	2312
Enseñanza Secundaria	Ciclo Formativo Nivel Superior	18-22	731
	Ciclo Formativo Nivel Medio/ Bachillerato	16-18	682
	PCPI/FP Básica	15-18	180
	Total		3905 (39,2%)

Para N= 13328 con n. c. 95%, la muestra debería ser de 634 personas. Donde N es la población total de la provincia entre 16 y 30 años.

Para N= 3905 (nº alumnos matriculados según datos de la tabla anterior) corresponde una muestra = 634, según la fórmula

estadística (Young y Veldman,¹³⁹ 1968):

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Al nivel de confianza del 95% (población de 3905) correspondería una muestra mínima de 634 alumnos.

Es preciso considerar que en una misma franja de edad, por ej. 18-30 años, puede haber alumnado matriculado tanto en Universidad como en Ciclos Formativos de F.P. También hay que considerar que no todas las personas de estas edades están escolarizadas, por lo que es necesario considerar la población en general. Motivo por el que también se incluyen jóvenes trabajadores en empresa y jóvenes que no realizan actividad laboral reglada, en este caso se les ha incluido como deportistas porque consideran que puede ser su actividad principal en ese momento.

4.4.2.- MUESTRA:

Para el grupo A (no riesgo), se necesitarán 661 sujetos (tamaño muestral calculado para un nivel de confianza del 95%, potencia 99%, frecuencia de presentar rasgos compatibles con TDAH esperada del 3%, estimando un porcentaje de pérdidas del 10%).

Para el grupo B (riesgo), se necesitarán 182 sujetos (tamaño muestral calculado para un nivel de confianza del 95%, potencia del 99%, frecuencia de presentar rasgos compatibles con TDAH esperada del 20%, estimando un porcentaje de pérdidas del 10%).

Los criterios de inclusión fueron: edad superior a 16 años e inferior a 30 años, de ambos sexos, aceptación previa de participación y conformidad con la prueba, capacidad de completar el cuestionario de la investigación (no afectado por ejemplo a limitada alfabetización o comprensión lectora), lo que junto a problemas psiquiátricos y/o somáticos severos corresponde a criterio de exclusión,.

Las características de la muestra se presentan resumidas en la siguiente tabla:

Tabla 8.- DATOS GENERALES: Población y Muestra por grupos representativos

Grupo	Nivel de formación	Zona procedencia	Lugar/Centro estudio/trabajo	Población participante		Muestra participante		Total Muestra
				Grupo	Total	Grupo	Tot	
No Riesgos	Univer- sidad	Castilla y León,	Uni. Valladolid UNED	40	546	38	280	721
	F, P.	Castilla y León	CIFP Pico Frentes, IES Politécnico	48	380	71	271	
	Bachille- rato	Castilla y León	IES Politécnico, C.Nª.Sª. del Pilar	60	203	22	132	
	Otros: Empresas Equipos	Castilla y León	Fico Mirrows Ceder Eq. Deportivos	80 38 22	140	13 6 19	38	
	<i>Subtotal</i>				<i>1269</i>		<i>721</i>	

Grupos R i e s g o	PCPI FPB	Castilla y León	IES Politécnico CIFP Pico Frentes Adultos	14 42 32	88	10 25 25	60	112
	Adultos	Castilla y León	CEPA	30		16		
	Sin escolarizar, trabajo u otros	Castilla y León	C.Penitenciario, (DIA= Drogodependencia) Cruz Roja, ECyL	8 12 30	50	4 4 28	36	
<i>Subtotal</i>				168		112		
Total				1437 (100%)		835 (60%)		835

4.4.3.- Distribución de la muestra por variables

De acuerdo con la representatividad de la muestra, se ha considerado aplicar el cuestionario diseñado a una población estimada de 900 personas. Finalmente se ha seleccionado 840, de los que 835 han sido recogidos en la base de datos, quedando finalmente 833 como válidos. Algunos de los cuestionarios se han desechado por falta de algunos datos, incompletos, etc.

Las características más significativas, de acuerdo con las variables estudiadas, en resumen son las siguientes:

-Distribución por **SEXO**:

-Varones (57,6%);

-Mujeres (42,2%).

-Distribución por **HÁBITAT**:

-Urbano (60,86%); Rural (39,14%): De ellos el 19,5% residen en pueblos de menos de mil habitantes y otro 19,6% en núcleos poblacionales donde habitan entre mil y diez mil personas.

-Distribución por **ESTADO CIVIL**:

-Soltero (92%); Casado (8%)

-Por **NIVEL DE ESTUDIOS**:

-Universitarios (13,7 %)

-Formación Profesional (38,5%)

-Bachillerato (26,9 %)

-Sin escolarizar (1%)

-Otros estudios (1,8 %)

-PCPI/FP Básica (7,8 %)

-ESO-Adultos (1,8 %)

-Trabajo (8,5%)

-Según **CENTRO DE FORMACIÓN:**

-Universidad (33,3 %)

-Instituto-Colegio (50,2%)

-Educación Adultos (4,9%)

-Centro de día (0,5%)

-Centro Penitenciario (0,5 %)

-Cruz Roja (0,6 %)

-Empresas Privadas (4,3%)

-ECyL (Formación/Empleo en Castilla y León) (5,5%)

1.- Distribución por sexo

Tabla nº 9.- Frecuencia por variables

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	481	57,6	57,7	57,7
	Mujer	352	42,2	42,3	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

Normalmente el porcentaje de distribución por sexo de la población entre 16-30 años está repartido en torno al 50%. La diferencia en uno u otro sexo, está

relacionada con el tipo de estudios. El nivel de estudios no se distribuye en nuestro país de forma homogénea. En este caso, al perfil de familias profesionales de FP., presenta ligero predominio de varones. Por el contrario, en la universidad predomina el sexo femenino.

Tabla nº 10 Distribución estadística por sexo

Estadísticos			
Sexo			
.	N	Válidos	0
		Perdidos	2
Hombre	N	Válidos	479
		Perdidos	2
	Media		21,51
	Mediana		20,00
	Desv. típ.		4,132
	Mínimo		15
	Máximo		30
	Percentiles	25	18,00
		75	25,00
	Mujer	N	Válidos
Perdidos			3
Media		20,36	
Mediana		20,00	
Desv. típ.		3,157	
Mínimo		16	
Máximo		30	
Percentiles		25	18,00
		75	22,00

En lo referente a la distribución por sexos, hasta el momento los diferentes estudios señalaban una mayor incidencia del TDAH en varones, con una relación de entre 4/1 (4 varones por cada mujer) en población general y 9/1 en población clínica (DSM-IV, ¹⁴⁰ 2000). No obstante, cabe señalar que hay pocos estudios sobre niñas hiperactivas, actualmente la mayoría de autores (Barkley, Estudio de rasgos compatibles con TDAH y su repercusión en población juvenil. 82

Biederman,¹⁴¹ 1997) consideran que el TDAH está infradiagnosticado en niñas, puesto que presentan menos comportamientos perturbadores, que son los que interfieren la vida escolar y familiar y que más preocupan a maestros y padres, en cambio presentan más síntomas de humor/ansiedad que los chicos.

2.- Distribución por hábitat

Tabla nº 11 Distribución estadística por hábitat

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Rural	326	39,0	39,2	39,2
	Urbano	505	60,5	60,8	100,0
	Total	831	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,5		
Total		835	100,0		

La diferencia a favor de hábitat urbano se debe a la implantación de estudios de enseñanza secundaria y de universidad en núcleos urbanos, frente a su escasa presencia en núcleos rurales. No obstante, cuatro de diez sujetos estudiados cursan estudios de FP y/o bachillerato en sus lugares de origen o se trasladan cada día hasta la sede de la universidad.

2.1.- Hábitat por lugar de residencia

Tabla nº 12 Distribución estadística por lugar de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	<1.000 habitantes	163	19,5	19,8	19,8
	1.000 - 10.000 hab.	161	19,3	19,5	39,3
	Capital	501	60,0	60,7	100,0
	Total	825	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,2		
Total		835	100,0		

3.- Distribución por edad

Tabla nº 13 Distribución estadística por edad

Edad		
N	Válidos	828
	Perdidos	7
Media		21,02
Mediana		20,00
Desv. típ.		3,792
Mínimo		16
Máximo		30
Percentiles	25	18,00
	75	23,00

El rango de edad estudiado se ha fijado entre 16 y 30 años, considerada como edad adulta. A partir de 16 años normalmente se ha superado el periodo de enseñanza obligatoria. En esa etapa está más diagnosticado el TDAH y con seguimiento por los servicios psico-socio-pedagógicos de los centros educativos. La muestra objeto de estudio seleccionada (16-30 años) presenta un promedio de edad de 21 años.

4.- Distribución por estado civil

Tabla nº 14 Distribución estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado/a	66	7,9	8,0	8,0
	Soltero/a	756	90,5	92,0	100,0
	Total	822	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	13	1,6		
Total		835	100,0		

De las variables estudiadas, la más desproporcionada es el estado civil. Solamente un 8% dice estar casado/a. Este porcentaje parece lógico en población estudiantil y en esta fase de vida, en la que se retrasa el matrimonio por circunstancias socio-económicas principalmente.

5.- Distribución por nivel de estudios

Tabla nº 15 Distribución estadística por nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Universidad	114	13,7	13,7	13,7
	Formación Profesional	321	38,4	38,5	52,2
	Bachillerato	224	26,8	26,9	79,1
	Sin escolarizar	8	1,0	1,0	80,1
	Otros	15	1,8	1,8	81,9
	Trabajo	71	8,5	8,5	90,4
	PCPI	65	7,8	7,8	98,2
	Adultos – ESO	15	1,8	1,8	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

En cuanto al tipo de estudios se ha procurado obtener una muestra representativa de todas las opciones de estudios correspondientes a edades entre 16 y 30 años. Al grupo de no riesgo corresponden las enseñanzas de bachillerato, formación profesional y universidad. En el grupo de riesgo, se incluyen los sujetos que no han completado la enseñanza obligatoria o cursan estudios alternativos como programas de cualificación profesional inicial o de formación profesional básica, de adultos, de compensación educativa o bien han abandonado los estudios obligatorios. También se incluye un 8,5% de sujetos que realizan algún trabajo profesional.

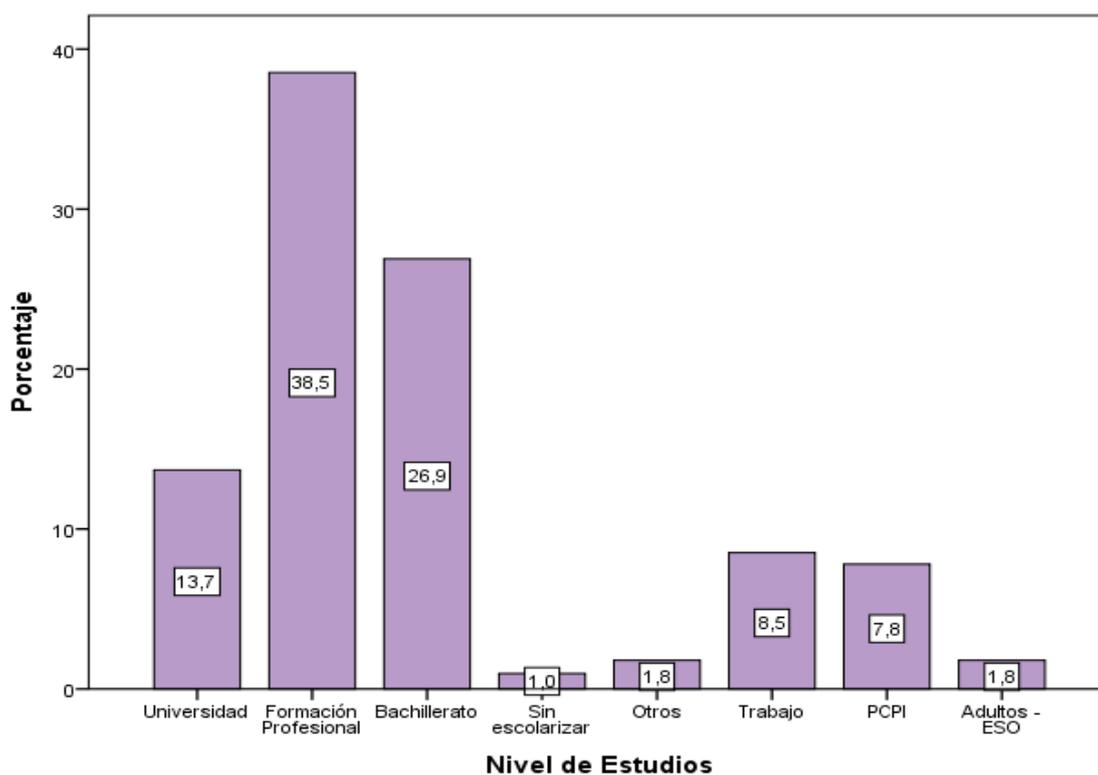


Figura nº 4: Distribución por nivel de estudios

5.2.- Según centro de formación:

Tabla nº 16 Distribución estadística por centro de formación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ECYL	46	5,5	5,5	5,5
	Universidad	278	33,3	33,4	38,9
	Instituto - Colegio Privado	419	50,2	50,3	89,2
	Educación de adultos	41	4,9	4,9	94,1
	Centro de día	4	,5	,5	94,6
	Centro Penitenciario	4	,5	,5	95,1
	Cruz Roja	5	,6	,6	95,7
	Empresas Privadas	36	4,3	4,3	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total	835	100,0			

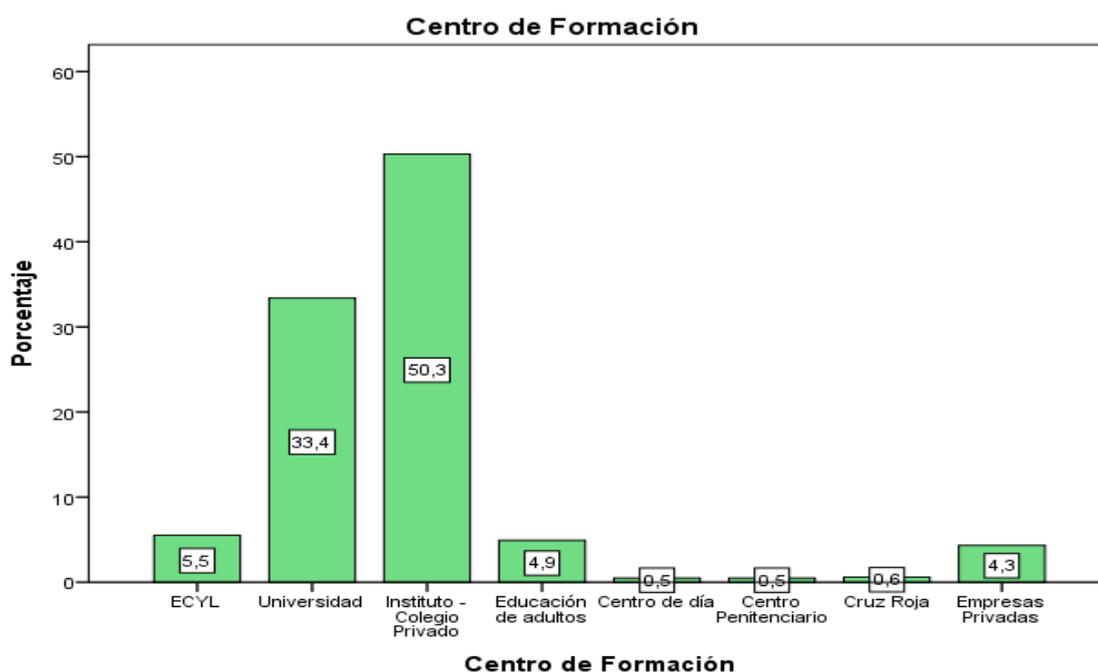


Gráfico nº 5: Distribución por Centro de Formación

5.3.- Distribución por familias profesionales de Formación Profesional

Tabla nº 17 Distribución estadística por especialidad de estudios de FP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mantenimiento Industrial	83	9,9	26,9	26,9
	Energía y Agua	28	3,4	9,1	35,9
	Sanidad	64	7,7	20,7	56,6
	Automoción	50	6,0	16,2	72,8
	Electricidad	36	4,3	11,7	84,5
	Madera	20	2,4	6,5	90,9
	Peluquería	28	3,4	9,1	100,0
	Total	309	37,0	100,0	
Perdidos	Sistema	526	63,0		
Total		835	100,0		

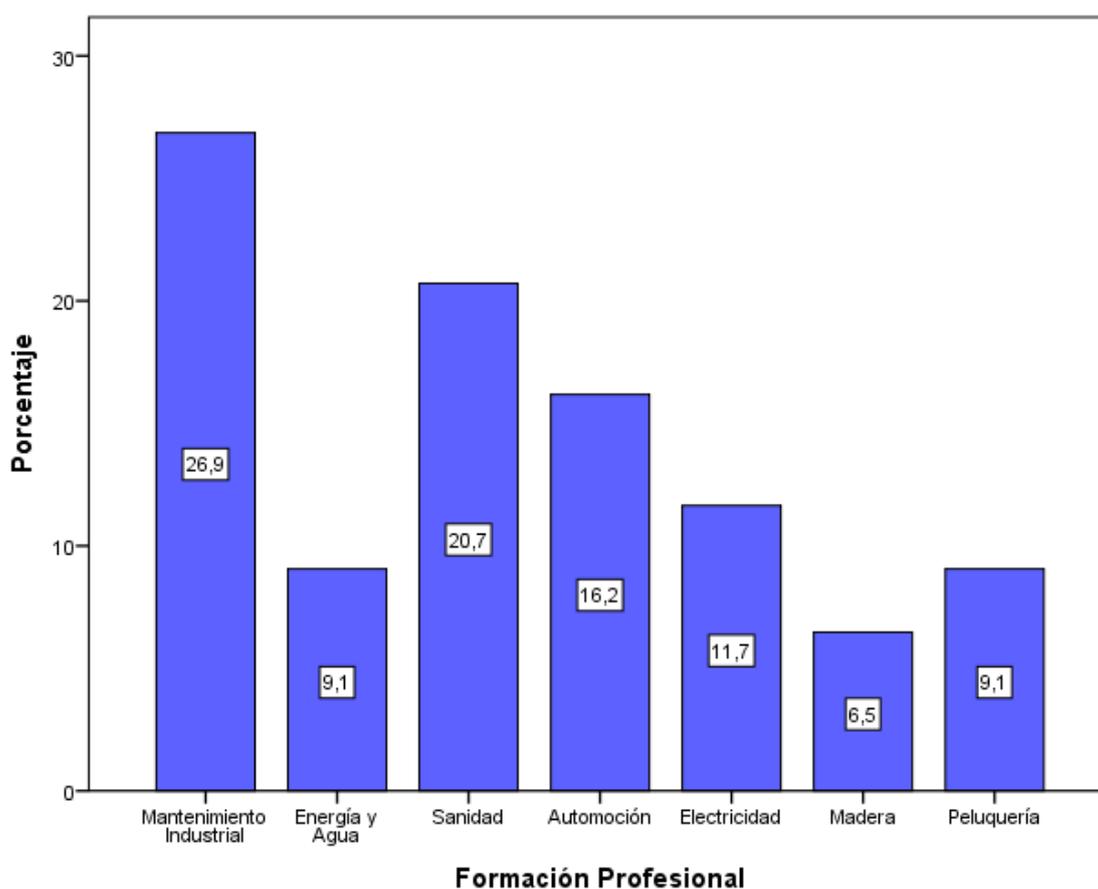


Gráfico nº 6: Distribución por familias de Formación Profesional

5.4.- Según modalidad de estudios de adultos

Tabla nº 18 Distribución estadística por estudios de educación de adultos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Segundo Ciclo	15	1,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	820	98,2		
Total		835	100,0		

6.- Distribución por grupos

Tabla nº 19 Distribución estadística por grupos de riesgo TDAH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No riesgo	732	87,7	87,7	87,7
	Riesgo	103	12,3	12,3	100,0
	Total	835	100,0	100,0	

6.1.- Tablas de contingencia: Resumen del procesamiento de los casos

Tabla nº 20 tabla resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupos * Nivel de Estudios	833	99,8%	2	,2%	835	100,0%

4.5.- Método

4.5.1.- Variables:

- La variable principal de estudio es la presencia o ausencia de rasgos compatibles con TDAH.

Como rasgos compatibles con TDAH, se han considerado los criterios definidos en el DSM-IV-TR.

Además se recogen las siguientes variables: pertenencia o no a colectivos de riesgo, sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, salud física, salud psíquica, rendimiento académico, relaciones familiares, relaciones laborales, relaciones sociales, expectativas de vida, ocio y tiempo libre.

- Secundarias: Influencia en ocho aspectos de la vida:

- 1.- Salud física
- 2.- Salud psíquica
- 3.- Rendimiento académico
- 4.-Relaciones familiares
- 5.- Relaciones laborales, profesionales
- 6.- Relaciones sociales
- 7.- Ocio, tiempo libre, etc.
- 8.- Inlujo en expectativas de vida

Otras variables de posible influencia estudiadas: Sexo, estado civil, hábitat, edad.

La aplicación del cuestionario en diversos centros educativos, no educativos, universitarios, empresas y otros servicios, ha sido aprobada por la Dirección

General de Educación de la Junta de Castilla y León, el Servicio de Inspección Educativa de la provincia de Soria y los Decanos o Directores de los centros universitarios participantes. Directivos de las empresas y de otras instituciones, previa solicitud realizada por la autora y aceptada por estas entidades.

5.- RESULTADOS

5.- EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

5.1.- RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Para analizar los resultados se ha trabajado con la base estadística de datos SPSS¹⁴² (*Statistical Package for Social Sciences*) que presenta las siguientes frecuencias según predominio TDAH.

Tabla nº 21 a 23 de resultados por predominio TDAH

Inatento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No riesgo	732	87,7	87,7	87,7
	Riesgo	103	12,3	12,3	100,0
	Total	835	100,0	100,0	

Impulsivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	804	96,3	96,3	96,3
	SI	31	3,7	3,7	100,0
	Total	835	100,0	100,0	

Hiperactivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	761	91,1	91,4	91,4
	SI	72	8,6	8,6	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

RasgoTDH

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Negativo	792	94,9	94,9	94,9
	Positivo	43	5,1	5,1	100,0
	Total	835	100,0	100,0	

La base de datos SPSS conduce a la aplicación de las pruebas psicométricas T-Student y Chi-cuadrado expuestas en el apartado anterior.

Los resultados obtenidos son:

Tabla nº 24 de resultados estadísticos por grupos TDAH

Prueba T

Estadísticos de grupo

Grupos		N	Media	Desviación típica.
Edad	No riesgo	689	20,98	3,561
	Riesgo	139	21,23	4,787

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Edad		,561	-,249	-1,094	,596

Prueba T

Estadísticos de grupo

Rasgo TDH		N	Media	Desviación típica.
Edad	Negativo	785	21,03	3,758
	Positivo	43	20,98	4,427

Prueba de muestras independientes

Prueba T para la igualdad de medias					
		Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Edad		,935	,049	-1,118	1,215

Prueba de Chi- cuadrado

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupos * Rasgo TDH	833	99,8%	2	,2%	835	100,0%

Tabla de contingencia Grupos * RasgoTDH

			Rasgo TDH		Total
			Negativo	Positivo	
Grupos	No riesgo	Recuento	657	37	694
		% dentro de Grupos	94,7%	5,3%	100,0%
	Riesgo	Recuento	133	6	139
		% dentro de Grupos	95,7%	4,3%	100,0%
Total		Recuento	790	43	833
		% dentro de Grupos	94,8%	5,2%	100,0%

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,244 ^a	1	,622		
Corrección por continuidad ^b	,080	1	,777		
Razón de verosimilitudes	,255	1	,614		
Estadístico exacto de Fisher				,833	,404
Asociación lineal por lineal	,243	1	,622		
N de casos válidos	833				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,18.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tablas de contingencia

Tabla nº 25 de resultados estadísticos por grupos y predominio TDAH

Grupos * Hiperactivo, p-valor=0,317

Tabla de contingencia

			Hiperactivo		Total
			NO	SI	
Grupos	No riesgo	Recuento	630	63	693
		% dentro de Grupos	90,9%	9,1%	100,0%
	Riesgo	Recuento	130	9	139
		% dentro de Grupos	93,5%	6,5%	100,0%
Total		Recuento	760	72	832
		% dentro de Grupos	91,3%	8,7%	100,0%

Grupos * Impulsivo, p-valor=0,932

Tabla de contingencia

			Impulsivo		Total
			NO	SI	
Grupos	No riesgo	Recuento	668	26	694
		% dentro de Grupos	96,3%	3,7%	100,0%
	Riesgo	Recuento	134	5	139
		% dentro de Grupos	96,4%	3,6%	100,0%
Total		Recuento	802	31	833
		% dentro de Grupos	96,3%	3,7%	100,0%

Resultado: El análisis de estos datos indica para todos los casos:

- La diferencia de medias hallada con la T-Student = , **249** y **,0935** no es significativa con un nivel de significación del 5%.
- p-valor = **,622**) indica que pertenecer al grupo de riesgo o de no riesgo no influye en el déficit de atención. Las variables pertenencia a grupo de riesgo y padecimiento de inatención, hiperactividad o impulsividad son independientes.
- Los resultados de todos los grupos: Inatento, Hiperactivo e Impulsivo obtenidos en las tablas de contingencia no son significativos al 95%.

Por tanto se debe aceptar la H_0 y rechazar la H_1 .

Los resultados del presente estudio son llamativos por el alto número de casos positivos detectados en los dos grupos analizados si se comparan con el estudio de la OMS (Kressler,¹⁴³ et al, 2007), no obstante, es preciso considerar que esta investigación se realizó en población general y en nuestro caso son sujetos con formación universitaria y no universitaria. Resultados elevados con síntomas positivos también se obtuvieron en el estudio realizado por Reyes-Zamorano¹⁴⁴ (2013) precisamente con población universitaria.

5.2.- RESULTADOS POR VARIABLES

Tabla nº 26 de resultados estadísticos según predominio TDAH inatento

VARIABLES		INATENTO				
		RasgoTDH				p-valor
		Negativo		Positivo		
n	%	N	%			
Sexo	Hombre	451	57,1%	30	69,8%	0,101
	Mujer	339	42,9%	13	30,2%	
Hábitat	Rural	311	39,5%	15	34,9%	0,549
	Urbano	477	60,5%	28	65,1%	
Nivel de Estudios	Universidad	111	14,1%	3	7,0%	0,216
	F.Profesional	301	38,1%	20	46,5%	
	Bachillerato	211	26,7%	13	30,2%	
	Sin escolarizar	8	1,0%	0	0,0%	
	Otros	13	1,6%	2	4,7%	
	Trabajo	70	8,9%	1	2,3%	
	PCPI	61	7,7%	4	9,3%	
Centro de Formación	Adultos - ESO	15	1,9%	0	0,0%	0,555
	ECYL	45	5,7%	1	2,3%	
	Universidad	266	33,7%	12	27,9%	
	Instituto/ - C.Privado	395	50,0%	24	55,8%	
	Ed. de adultos	37	4,7%	4	9,3%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenc	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	4	,5%	1	2,3%	
Formación Profesional	Empr. Privadas	35	4,4%	1	2,3%	0,373 ---
	Mantenimiento Industrial	77	26,6%	6	30,0%	
	Energía y Agua	27	9,3%	1	5,0%	
	Sanidad	59	20,4%	5	25,0%	
	Automoción	48	16,6%	2	10,0%	
	Electricidad	32	11,1%	4	20,0%	
	Madera	18	6,2%	2	10,0%	
Adultos-ESO	Peluquería	28	9,7%	0	0,0%	0,245
	Primer Ciclo	0	0,0%	0	0,0%	
Estado Civil	Segundo Ciclo	15	100,0%	0	0,0%	0,245
	Casado/a	65	8,3%	1	2,3%	
Lugar de residencia	Soltero/a	714	91,7%	42	97,7%	0,188
	<1.000 hab.	152	19,4%	11	25,6%	
	1.000-10.000 ha.	157	20,1%	4	9,3%	
	Capital	473	60,5%	28	65,1%	

Tabla nº 27 de resultados estadísticos según predominio TDAH hiperactivo

HIPERACTIVO						
VARIABLES		Rasgo TDAH				p-valor
		negativo		positivo		
		n	%	n	%	
Lugar de residencia	<1.000 hab.	143	19,0%	20	27,8%	0,176
	1.000 - 10.000 hab.	150	19,9%	11	15,3%	
	Capital	460	61,1%	41	56,9%	
Sexo	Hombre	435	57,2%	45	62,5%	0,388
	Mujer	325	42,8%	27	37,5%	
Hábitat	Rural	294	38,8%	32	44,4%	0,347
	Urbano	464	61,2%	40	55,6%	
Nivel de Estudios	Universidad	104	13,7%	10	13,9%	0,144
	Formación Profesional	282	37,1%	38	52,8%	
	Bachillerato	211	27,8%	13	18,1%	
	Sin escolarizar	8	1,1%	0	0,0%	
	Otros	13	1,7%	2	2,8%	
	Trabajo	68	8,9%	3	4,2%	
	PCPI	59	7,8%	6	8,3%	
Centro de Formación	Adultos – ESO	15	2,0%	0	0,0%	0,567
	ECYL	43	5,7%	3	4,2%	
	Universidad	258	33,9%	20	27,8%	
	Instituto - Colegio Privado	374	49,2%	44	61,1%	
	Educ. de adultos	38	5,0%	3	4,2%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	5	,7%	0	0,0%	
Formación Profesional	Empresas Privadas	34	4,5%	2	2,8%	0,078
	Mantenimiento Industrial	78	28,9%	5	13,2%	
	Energía y Agua	24	8,9%	4	10,5%	
	Sanidad	52	19,3%	12	31,6%	
	Automoción	44	16,3%	6	15,8%	
	Electricidad	28	10,4%	8	21,1%	
	Madera	17	6,3%	2	5,3%	
Estado Civil	Peluquería	27	10,0%	1	2,6%	0,03
	Casado/a	65	8,7%	1	1,4%	
	Soltero/a	684	91,3%	71	98,6%	

Tabla nº 28 de resultados estadísticos según predominio TDAH impulsivo

VARIABLES		IMPULSIVO				
		Rasgo TDAH				
		NO		SI		p-valor
		n	%	N	%	
Lugar de residencia	<1.000 hab.	157	19,8%	6	19,4%	0,998
	1.000-10.000 hab.	155	19,5%	6	19,4%	
	Capital	482	60,7%	19	61,3%	
Sexo	Hombre	466	58,1%	15	48,4%	0,282
	Mujer	336	41,9%	16	51,6%	
Hábitat	Rural	314	39,3%	12	38,7%	0,952
	Urbano	486	60,8%	19	61,3%	
Nivel de Estudios	Universidad	111	13,8%	3	9,7%	0,271
	Formación Profesional	313	39,0%	8	25,8%	
	Bachillerato	209	26,1%	15	48,4%	
	Sin escolarizar	8	1,0%	0	0,0%	
	Otros	14	1,7%	1	3,2%	
	Trabajo	69	8,6%	2	6,5%	
	PCPI	63	7,9%	2	6,5%	
Adultos – ESO	15	1,9%	0	0,0%		
Centro de Formación	ECYL	44	5,5%	2	6,5%	0,279
	Universidad	266	33,2%	12	38,7%	
	Instituto – Colegio Privado	403	50,2%	16	51,6%	
	Educación de Adultos	41	5,1%	0	0,0%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	4	,5%	1	3,2%	
	Empresas Privadas	36	4,5%	0	0,0%	
Formación Profesional	Mantenimiento Industrial	79	26,2%	4	50,0%	0,034
	Energía y Agua	28	9,3%	0	0,0%	
	Sanidad	64	21,3%	0	0,0%	
	Automoción	50	16,6%	0	0,0%	
	Electricidad	33	11,0%	3	37,5%	
	Madera	19	6,3%	1	12,5%	
Estado Civil	Casado/a	65	8,2%	1	3,4%	0,723
	Soltero/a	728	91,8%	28	96,6%	

5.3.- ANÁLISIS DE RESULTADOS COMPATIBLES CON SÍNTOMAS DE TDAH SEGÚN LA ESCALA DSM-IV-TR

5.3.1.- PARTE A: PREDOMINIO INATENTO

5.3.1.1. Presentación

La primera parte de la escala ASRS v1.1 pretende valorar síntomas de inatención en el adulto mediante las preguntas 1 a 6:

1. *¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?*
2. *¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?*
3. *¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?*
4. *¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?*
5. *¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?*
6. *¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?*

Según el DSM-IV-TR (APA, 2001)¹⁴⁵, la inatención hace referencia a las dificultades para mantener la atención durante un período de tiempo, tanto en tareas académicas, familiares y sociales. A estas personas les resulta difícil priorizar tareas, persistir hasta finalizarlas y evitan actividades que suponen un esfuerzo mental sostenido. Tienden a ir cambiando de tareas sin llegar a terminar ninguna. A menudo parecen no escuchar. No siguen órdenes ni instrucciones y tienen dificultades para organizar tareas y actividades con tendencia a los olvidos y pérdidas frecuentes. Suelen distraerse con facilidad ante estímulos irrelevantes.

En situaciones sociales, la inatención suele manifestarse por cambios frecuentes de conversación, con dificultades para seguir las normas o detalles en actividades y/o juegos.

A nivel evolutivo, la inatención suele aparecer más frecuentemente durante la etapa escolar, cuando se requiere de una actividad cognitiva más compleja, y persiste significativamente durante la adolescencia y la edad adulta.

Síntomas en consonancia con los criterios de valoración que Adler y Cohen¹⁴⁶ (2004) consideran para la falta de atención en el adulto:

- *Va demasiado rápido. No es minucioso, no controla bien sus gastos*
- *Tiene dificultades para sostener la atención leyendo, en las reuniones de trabajo. Le cuesta seguir conversaciones.*
- *Parece estar ausente. Tarda en contestar cuando le llaman*
- *No lee las instrucciones. Pasa de una tarea a otra sin terminar. Necesita una fecha límite para acabar los encargos*
- *No planifica o planifica demasiado. Insuficiente gestión del tiempo. Impuntual.*
- *Aplaza continuamente lo que le exige esfuerzo (procrastination)*
- *Pierde objetos. No sabe dónde ha colocado las cosas*
- *Deja que los estímulos irrelevantes le afecten y le cuesta volver a concentrarse.*
- *Olvida compromisos, citas. Olvida usar la agenda. Debe volver a casa para recuperar lo que ha olvidado.*

Del mismo modo los rasgos característicos de inatención en el adulto para Moraga¹⁴⁷ (2008) son:

1. *Tiene dificultades para sostener la atención.*
2. *Es olvidadizo y se distrae con facilidad.*
3. *Mala concentración.*

4. *Maneja y organiza mal el tiempo.*
5. *No sabe dónde ha colocado las cosas.*
6. *Tiene dificultades para acabar las tareas.*

Para valorar este síntoma, en esta investigación se ha empleado el cuestionario basado en la escala Adult Self-Report Scale (versión ASRS-V1.1) (Kessler¹⁴⁸ et al., 2005) que se presenta en el anexo final, al que se han añadido preguntas para el estudio de los objetivos específicos. Es una de las escalas más utilizadas y validada en España. Diseñada por la OMS, valora la frecuencia actual de los 18 síntomas del DSM IV-R. Se pretende que esta escala sirva para la detección de posibles casos en los que resulte eficiente la realización de una entrevista clínica más detallada. Cada uno de los ítems pregunta sobre los criterios diagnósticos del DSM IV pero modifica el enunciado para que se parezcan lo más posible a la presentación que tienen en el adulto. Se añaden otros 8 ítems para valorar su repercusión en la vida cotidiana.

El ASRS v1.1 está basado en los 18 síntomas especificados en el criterio A del DSM - IV-TR, con cinco opciones de respuesta por ítem: Nunca (0), Rara vez (1), A veces (2), a Menudo (3) y Muy a menudo (4).

El cuestionario ASRS v1.1 de 6 ítems versión corta (coincidentes con los 6 primeros ítems aplicados en este estudio versión larga), es un instrumento sencillo y rápido de contestar (aproximadamente en dos minutos) por lo que puede ser útil en estudios epidemiológicos y como herramienta de cribaje en el contexto clínico. Precisamente si en estos 6 ítems –idénticos a la versión de 18 ítems de acuerdo con los criterios de diagnóstico del DSM-IV-R-, el sujeto responde en cuatro o más categorías: *algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente*, sirve de base para continuar el diagnóstico de TDAH. Este es el

criterio que se ha adoptado en esta investigación para considerar a cada sujeto como compatible con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Por la importancia de cribaje que presentan estos 6 ítems se realiza un análisis específico de los resultados obtenidos en la población estudiada. Siguiendo los criterios establecidos en la escala Adult Self-Report Scale (versión ASRR-V1.1) se ha considerado analizar las respuestas con: *algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente* como aspectos a destacar en cada ítem, considerando nunca o casi nunca como categorías sin influencia en los resultados y por tanto de no presentar características relacionadas con síntomas del TDAH.

Como se indica en el punto 5.2, los criterios de valoración en esta parte A son considerar las puntuaciones como una escala continua entre el 0 (“Nunca”) y el 4 (“Muy frecuentemente”).

La zona sombreada comprende por un lado, los ítems 1, 2, 3 donde se valoran: *Algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente*. Mientras que los ítems 4, 5 y 6 puntúan sólo: *Con frecuencia y muy frecuentemente*. Si el sujeto responde en cuatro o más categorías en la zona sombreada: *algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente*, se considera un resultado positivo relacionado con síntomas del TDAH. Por tanto una puntuación \geq a 9 puntos.

Los resultados estadísticos por ítems se presentan y comentan a continuación en tablas y gráficos.

5.3.1.2.- Resultados estadísticos según ítems

Tabla nº 29.- Resultados parte A (Inatento) de la escala ASRS V.1.1 por ítems

PARTE A: INATENTO		Rasgo TDAH				p-valor
Preguntas:		Negativo		Positivo		
		n	%	N	%	
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?	Nunca	108	13,7%	1	2,3%	<0,001
	Rara vez	346	43,9%	7	16,3%	
	Algunas veces	297	37,7%	18	41,9%	
	Con frecuencia	31	3,9%	11	25,6%	
	Muy frecuentemente	6	,8%	6	14,0%	
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?	Nunca	161	20,4%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	337	42,7%	3	7,0%	
	Algunas veces	228	28,9%	9	20,9%	
	Con frecuencia	54	6,8%	21	48,8%	
	Muy frecuentemente	9	1,1%	10	23,3%	
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?	Nunca	179	22,7%	2	4,7%	<0,001
	Rara vez	350	44,3%	9	20,9%	
	Algunas veces	199	25,2%	6	14,0%	
	Con frecuencia	55	7,0%	18	41,9%	
	Muy frecuentemente	7	,9%	8	18,6%	
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?	Nunca	82	10,4%	2	4,7%	<0,001
	Rara vez	190	24,1%	2	4,7%	
	Algunas veces	370	46,8%	6	14,0%	
	Con frecuencia	127	16,1%	14	32,6%	
	Muy frecuentemente	21	2,7%	19	44,2%	
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?	Nunca	68	8,6%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	125	15,8%	0	0,0%	
	Algunas veces	279	35,4%	2	4,7%	
	Con frecuencia	226	28,6%	14	32,6%	
	Muy frecuentemente	91	11,5%	27	62,8%	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	77	9,8%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	195	24,7%	5	11,9%	
	Algunas veces	330	41,9%	6	14,3%	
	Con frecuencia	157	19,9%	18	42,9%	
	Muy frecuentemente	29	3,7%	13	31,0%	

No se obtiene valor significativo respecto a rasgo TDAH por grupos en ninguno de los 6 ítems para valorar inatención. Pero sí se derivan algunas cuestiones interesantes para la investigación que se analizan con datos y gráficos comentados a continuación.

Tabla n° 30.- Resultados parte A de la escala ASRS V.1.1 por variables

VARIABLES		Rasgo TDAH				p-valor
		Negativo		Positivo		
		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	451	57,1%	30	69,8%	0,101
	Mujer	339	42,9%	13	30,2%	
Hábitat	Rural	311	39,5%	15	34,9%	0,549
	Urbano	477	60,5%	28	65,1%	
Lugar de residencia	<1000 hab.	152	19,4%	11	25,6%	0,188
	1000 - 10000 hab.	157	20,1%	4	9,3%	
	Capital	473	60,5%	28	65,1%	
Nivel De Estudios	Universidad	111	14,1%	3	7,0%	0,216
	Formación Profesional	301	38,1%	20	46,5%	
	Bachillerato	211	26,7%	13	30,2%	
	Sin escolarizar	8	1,0%	0	0,0%	
	Otros	13	1,6%	2	4,7%	
	Trabajo	70	8,9%	1	2,3%	
	PCPI	61	7,7%	4	9,3%	
Centro de Formación	Adultos - ESO	15	1,9%	0	0,0%	0,555
	ECYL	45	5,7%	1	2,3%	
	Universidad	266	33,7%	12	27,9%	
	Instituto - Colegio Privado	395	50,0%	24	55,8%	
	Educación de adultos	37	4,7%	4	9,3%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	4	,5%	1	2,3%	
Formación Profesional	Empresas Privadas	35	4,4%	1	2,3%	0,373
	Mantenimiento Industrial	77	26,6%	6	30,0%	
	Energía y Agua	27	9,3%	1	5,0%	
	Sanidad	59	20,4%	5	25,0%	
	Automoción	48	16,6%	2	10,0%	
	Electricidad	32	11,1%	4	20,0%	
	Madera	18	6,2%	2	10,0%	
Adultos-ESO	Peluquería	28	9,7%	0	0,0%	---
	Primer Ciclo	0	0,0%	0	0,0%	
Estado Civil	Segundo Ciclo	15	100,0%	0	0,0%	0,245
	Casado/a	65	8,3%	1	2,3%	
	Soltero/a	714	91,7%	42	97,7%	

No se observan diferencias significativas por variables en cuanto a inatento. El porcentaje es mayor en: varones, hábitat urbano, estudiantes de FP (especialidades industriales y sanidad) y solteros.

Tabla nº 31.- Resultados ítem 1 subtipo Inatento

1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	109	13,1	13,1	13,1
	Rara vez	353	42,3	42,5	55,6
	Algunas veces	315	37,7	37,9	93,5
	Con frecuencia	42	5,0	5,1	98,6
	Muy frecuente.	12	1,4	1,4	100,0
	Total	831	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,5		
Total		835	100,0		

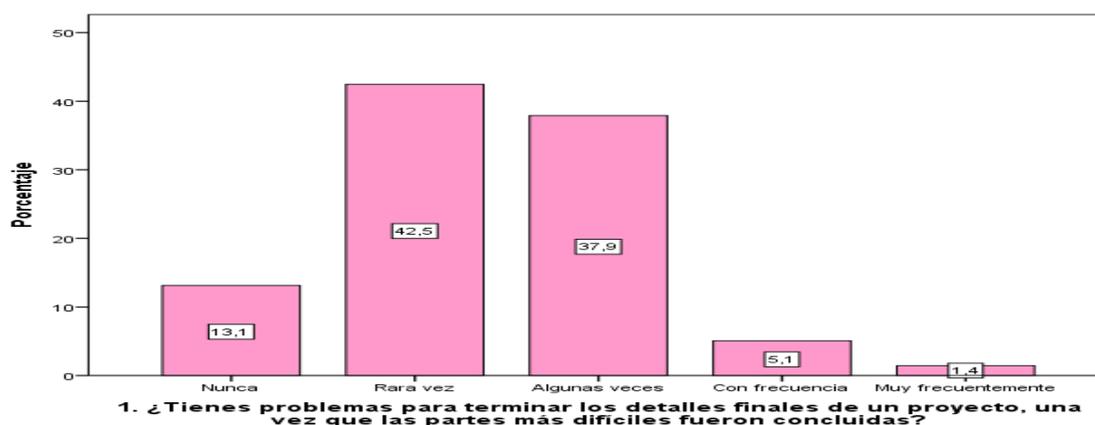


Gráfico nº 8.- Resultados ítem 1(Inatento)

Sumando algunas veces (37,9%), con frecuencia (5,1%) y muy frecuentemente (1,4%), se observa que el 44,4% de sujetos tiene problemas para terminar los detalles de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas. Sin embargo es mayor la proporción (55,6%) de quienes no tienen esos problemas.

Por *variables* son significativos el sexo y nivel de estudios: Mujeres, estudiantes de FP Básica/PCPI (Programa de Cualificación Profesional Inicial) y sin escolarizar tienen más dificultad para finalizar un proyecto. Hábitat, estado civil y edad no son significativos.

Tabla n° 32.- Resultados ítem 2 (Inatento)

2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	161	19,3	19,4	19,4
	Rara vez	340	40,7	40,9	60,2
	Algunas veces	237	28,4	28,5	88,7
	Con frecuencia	75	9,0	9,0	97,7
	Muy frecuentemente	19	2,3	2,3	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

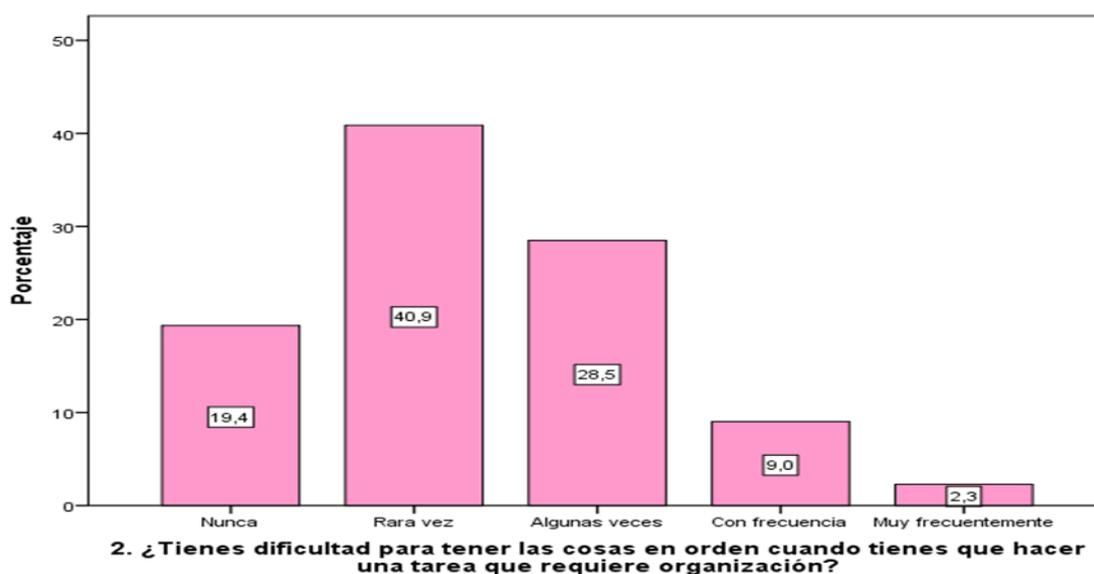


Gráfico n° 9.- Resultados ítem 2 (Inatento)

El 60,8% no tiene dificultad para organizar sus cosas o realizar sus tareas laborales o académicas cotidianamente. Ordenar las ideas para realizar actividades organizadas no es un factor de influencia en el estudio realizado. En consecuencia, ninguna de las variables estudiadas resulta significativa.

Tabla n° 33.- Resultados ítem 3 (Inatento)

3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	181	21,7	21,7	21,7
	Rara vez	359	43,0	43,1	64,8
	Algunas veces	205	24,6	24,6	89,4
	Con frecuencia	73	8,7	8,8	98,2
	Muy frecuente.	15	1,8	1,8	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

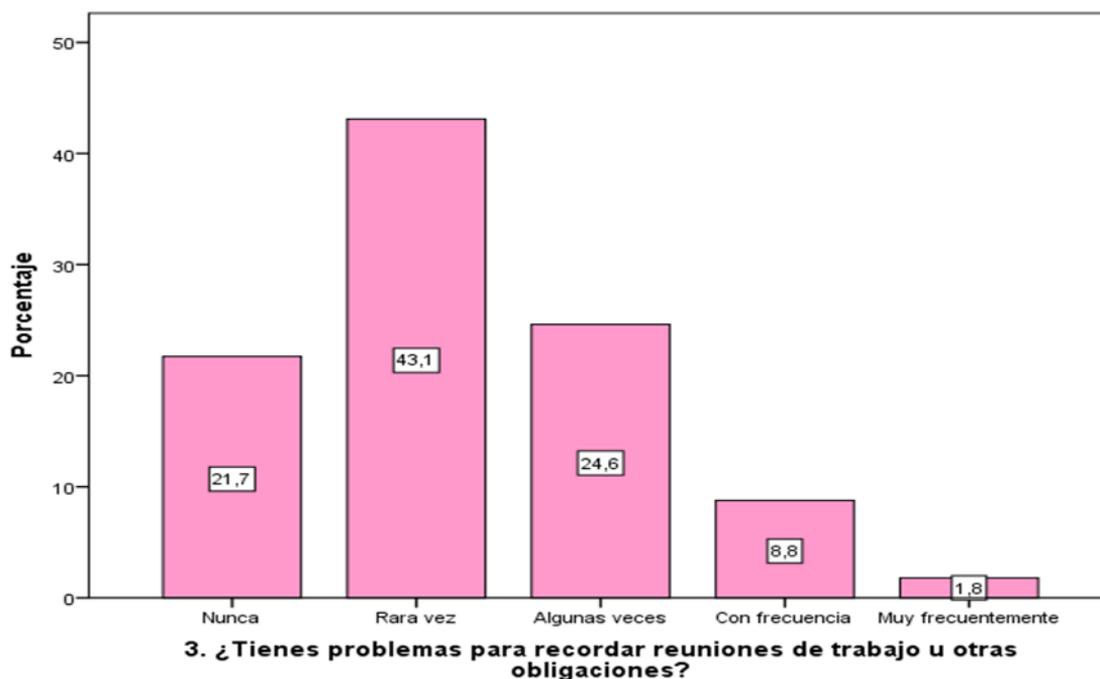


Gráfico n° 10.- Resultados ítem 3 (Inatento)

El recuerdo de obligaciones o tareas no se ve afectado como factor de riesgo en sujetos TDAH. Un 38% manifiesta tener problemas de memoria. Ninguna de las variables estudiadas resulta significativa.

Tabla n° 34.- Resultados ítem 4 (Inatento)

4. ¿Cuándo tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	84	10,1	10,1	10,1
	Rara vez	192	23,0	23,0	33,1
	Algunas veces	376	45,0	45,1	78,3
	Con frecuencia	141	16,9	16,9	95,2
	Muy frecuentemente	40	4,8	4,8	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

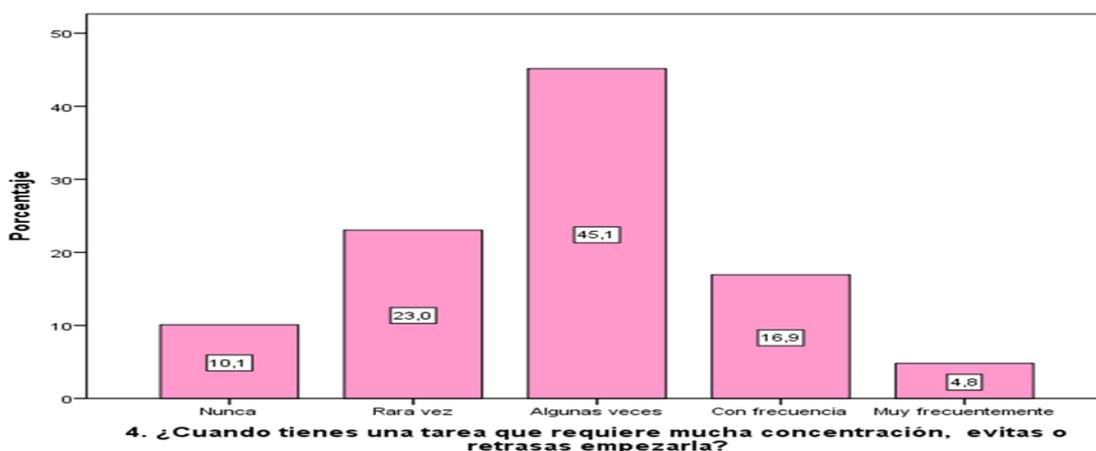


Gráfico n° 11.- Resultados ítem 4 (Inatento)

El reto de afrontar tareas complejas que requieren concentración influye en el 69% de la población estudiada. Se confirma, por tanto, la dificultad para mantener la atención que presentan los sujetos con rasgos compatibles con TDAH. Las diferencias por sexo, tipo de estudios y estado civil son significativas: Mujeres, solteros, estudiantes de bachillerato y trabajadores evitan o retrasan, más que otros grupos analizados, realizar tareas de mucha concentración. Las diferencias por edad y hábitat no son significativas.

Tabla n° 35.- Resultados ítem 5 (Inatento)

5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	68	8,1	8,2	8,2
	Rara vez	125	15,0	15,0	23,2
	Algunas veces	281	33,7	33,8	57,0
	Con frecuencia	240	28,7	28,8	85,8
	Muy frecuentemente	118	14,1	14,2	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

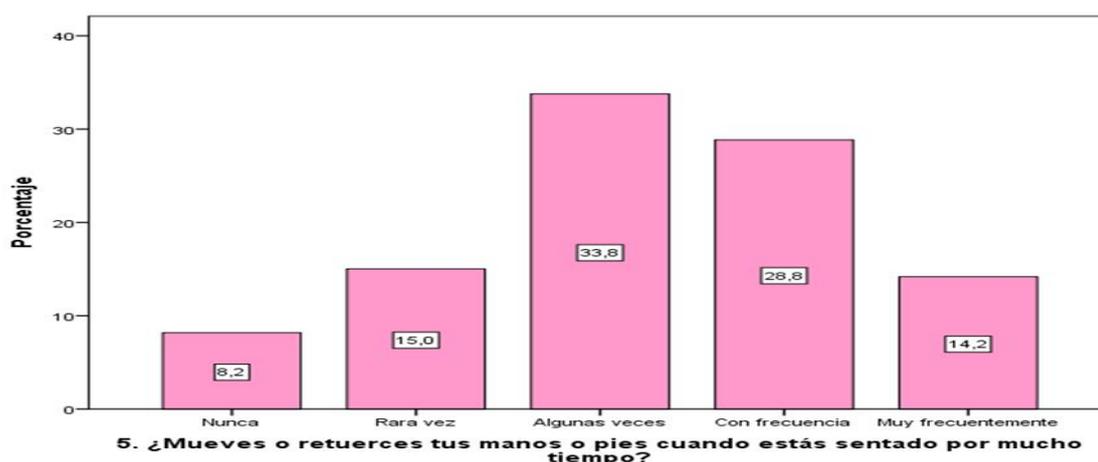


Gráfico n° 12.- Resultados ítem 5 (Inatento)

Moverse constantemente, inquietud permanente, labilidad, etc., son síntomas asociados a este trastorno. El 76,8% de los sujetos estudiados afirma que está inquieto, se mueve o agita, frota las manos, etc., cuando debe permanecer sentado o tranquilo durante cierto tiempo, lo que se traduce en dificultades para afrontar tareas tranquilas y relajadas en situaciones de estudio o labores profesionales. Por variables: Sexo y estado civil son significativos. Solteros y mujeres acentúan esta característica. Edad, nivel de estudios y hábitat no presentan resultados significativos.

Tabla n° 36.- Resultados ítem 6 (Inatento)

6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	77	9,2	9,3	9,3
	Rara vez	200	24,0	24,1	33,4
	Algunas veces	336	40,2	40,5	73,9
	Con frecuencia	175	21,0	21,1	94,9
	Muy frecuentemente	42	5,0	5,1	100,0
	Total	830	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	5	,6		
Total		835	100,0		

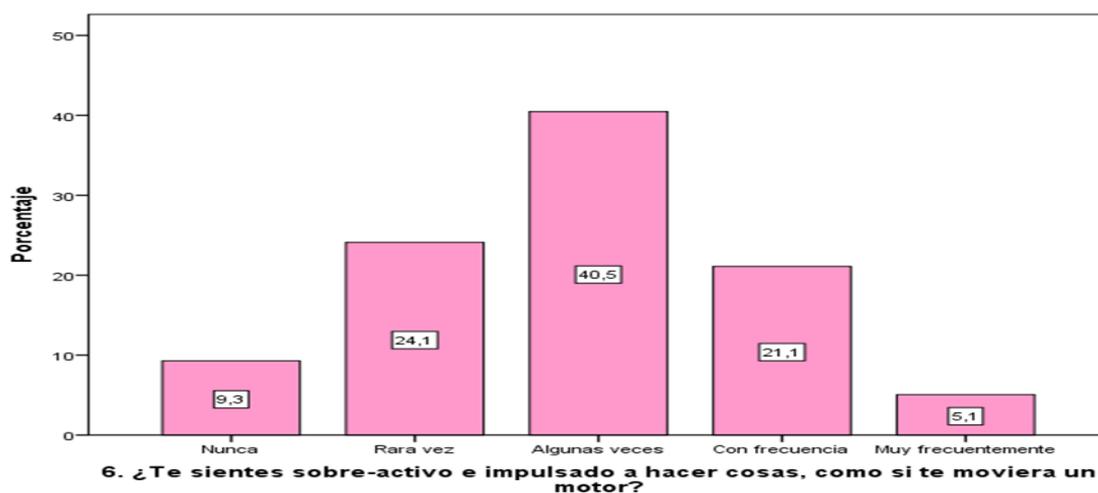


Gráfico n° 13.- Resultados ítem 6 (Inatento)

El 66,7% presenta un ritmo de actividad superior al normal, que le lleva a actuar sobre excitadamente, *como si tuviera un motor que le impulsa a hacer cosas, actividades, etc.* También sexo y hábitat influyen significativamente, frente a edad, nivel de estudios y estado civil. De nuevo mujeres y solteros presentan un mayor ritmo de actividad para hacer más cosas que otros, como si les impulsase un motor.

5.3.1.3.- Resultados por variables

Tabla nº 37.- Resultados por variables: sexo (Inatento)

		SEXO				p-valor
		Hombre		Mujer		
		n	%	n	%	
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?	Nunca	68	14,2%	41	11,7%	0,015
	Rara vez	203	42,3%	149	42,6%	
	Algunas veces	170	35,4%	145	41,4%	
	Con frecuencia	27	5,6%	15	4,3%	
	Muy frecuentemente	12	2,5%	0	0,0%	
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?	Nunca	85	17,7%	76	21,6%	0,446
	Rara vez	192	40,1%	147	41,8%	
	Algunas veces	143	29,9%	94	26,7%	
	Con frecuencia	46	9,6%	29	8,2%	
	Muy frecuentemente	13	2,7%	6	1,7%	
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?	Nunca	111	23,1%	70	19,9%	0,43
	Rara vez	194	40,4%	165	46,9%	
	Algunas veces	123	25,6%	81	23,0%	
	Con frecuencia	44	9,2%	29	8,2%	
	Muy frecuentemente	8	1,7%	7	2,0%	
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?	Nunca	54	11,3%	30	8,5%	0,004
	Rara vez	122	25,4%	70	19,9%	
	Algunas veces	192	40,0%	183	52,0%	
	Con frecuencia	82	17,1%	59	16,8%	
	Muy frecuentem.	30	6,3%	10	2,8%	
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?	Nunca	43	9,0%	25	7,1%	0,016
	Rara vez	88	18,4%	37	10,5%	
	Algunas veces	156	32,6%	125	35,5%	
	Con frecuencia	131	27,3%	108	30,7%	
	Muy frecuente	61	12,7%	57	16,2%	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	47	9,9%	30	8,5%	0,014
	Rara vez	121	25,4%	79	22,4%	
	Algunas veces	169	35,4%	166	47,2%	
	Con frecuencia	112	23,5%	63	17,9%	
	Muy frecuente	28	5,9%	14	4,0%	

Tabla nº 38.- Resultados por variables: Hábitat (Inatento)

		HÁBITAT				p-valor
		Rural		Urbano		
		n	%	n	%	
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?	Nunca	40	12,3%	69	13,7%	0,078
	Rara vez	121	37,2%	230	45,7%	
	Algunas veces	142	43,7%	172	34,2%	
	Con frecuencia	17	5,2%	25	5,0%	
	Muy frecuente	5	1,5%	7	1,4%	
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?	Nunca	60	18,4%	101	20,1%	0,647
	Rara vez	136	41,7%	203	40,4%	
	Algunas veces	99	30,4%	137	27,2%	
	Con frecuencia	25	7,7%	49	9,7%	
	Muy frecuente	6	1,8%	13	2,6%	
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?	Nunca	67	20,6%	113	22,4%	0,349
	Rara vez	151	46,3%	207	41,1%	
	Algunas veces	81	24,8%	123	24,4%	
	Con frecuencia	23	7,1%	50	9,9%	
	Muy frecuente	4	1,2%	11	2,2%	
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?	Nunca	30	9,2%	54	10,7%	0,578
	Rara vez	74	22,7%	117	23,2%	
	Algunas veces	158	48,5%	217	43,1%	
	Con frecuencia	49	15,0%	91	18,1%	
	Muy frecuente.	15	4,6%	25	5,0%	
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?	Nunca	28	8,6%	40	8,0%	0,13
	Rara vez	36	11,0%	89	17,7%	
	Algunas veces	115	35,3%	165	32,8%	
	Con frecuencia	96	29,4%	142	28,2%	
	Muy frecuente.	51	15,6%	67	13,3%	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	19	5,8%	58	11,6%	0,026
	Rara vez	71	21,8%	128	25,5%	
	Algunas veces	140	43,1%	194	38,6%	
	Con frecuencia	78	24,0%	97	19,3%	
	Muy frecuente	17	5,2%	25	5,0%	

Tabla nº 39.- Resultados por variables: Estado civil (Inatento)

		ESTADO CIVIL				p-valor
		Casado/a		Soltero/a		
		n	%	n	%	
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?	Nunca	13	19,7%	94	12,5%	0,186
	Rara vez	29	43,9%	317	42,1%	
	Algunas veces	21	31,8%	292	38,8%	
	Con frecuencia	1	1,5%	40	5,3%	
	Muy frecuente	2	3,0%	10	1,3%	
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?	Nunca	20	30,3%	140	18,6%	0,109
	Rara vez	25	37,9%	309	41,0%	
	Algunas veces	17	25,8%	217	28,8%	
	Con frecuencia	2	3,0%	71	9,4%	
	Muy frecuentemente	2	3,0%	17	2,3%	
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?	Nunca	19	28,8%	161	21,3%	0,545
	Rara vez	27	40,9%	324	42,9%	
	Algunas veces	12	18,2%	190	25,2%	
	Con frecuencia	7	10,6%	66	8,7%	
	Muy frecuentemente	1	1,5%	14	1,9%	
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?	Nunca	12	18,2%	70	9,3%	0,017
	Rara vez	22	33,3%	170	22,5%	
	Algunas veces	23	34,8%	346	45,8%	
	Con frecuencia	8	12,1%	130	17,2%	
	Muy frecuente	1	1,5%	39	5,2%	
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?	Nunca	6	9,1%	62	8,2%	0,008
	Rara vez	18	27,3%	105	13,9%	
	Algunas veces	23	34,8%	253	33,6%	
	Con frecuencia	17	25,8%	220	29,2%	
	Muy frecuente	2	3,0%	114	15,1%	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	7	10,6%	68	9,0%	0,64
	Rara vez	20	30,3%	180	23,9%	
	Algunas veces	21	31,8%	307	40,8%	
	Con frecuencia	15	22,7%	158	21,0%	
	Muy frecuentemente	3	4,5%	39	5,2%	

Tabla nº 40.- Resultados por variables: Edad (Inatento)

		EDAD							p-valor
		Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Media-na	Perce-ntil 75	Per-cen-til 25	
Hiperactivo	NO	21,10	3,80	15	30	20,00	23,00	18,00	0,085
	SI	20,29	3,63	16	30	19,00	21,50	18,00	
Impulsivo	NO	21,04	3,77	15	30	20,00	23,00	18,00	0,442
	SI	20,50	4,31	16	30	20,00	21,00	17,00	
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?	Nunca	21,14	4,20	16	30	20,00	23,00	18,00	0,243
	Rara vez	21,08	3,78	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,82	3,66	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	21,31	3,63	16	30	20,00	24,00	19,00	
	Muy frecuentemente	23,25	4,16	19	30	22,00	27,00	19,50	
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?	Nunca	21,12	4,06	16	30	20,00	23,00	18,00	0,082
	Rara vez	21,20	3,70	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,00	3,76	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	19,99	3,30	16	30	19,00	21,00	18,00	
	Muy frecuentemente	21,89	4,90	16	30	20,00	27,00	18,00	
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?	Nunca	21,21	4,10	16	30	20,00	23,00	18,00	0,619
	Rara vez	21,11	3,60	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,79	3,75	16	30	20,00	22,00	18,00	
	Con frecuencia	21,05	4,08	16	30	19,00	25,00	18,00	
	Muy frecuentemente	19,93	3,73	16	30	19,00	22,00	17,00	
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?	Nunca	22,22	4,27	16	30	21,00	26,00	19,00	0,054
	Rara vez	20,99	3,90	15	30	20,00	22,00	18,00	
	Algunas veces	21,01	3,55	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,67	3,87	16	30	19,00	22,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,18	3,80	16	30	19,00	22,50	17,00	
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?	Nunca	21,12	3,79	16	30	20,00	22,50	18,00	0,563
	Rara vez	21,29	4,30	16	30	20,00	25,00	18,00	
	Algunas veces	21,00	3,70	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	21,15	3,74	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,53	3,57	16	30	19,00	22,00	18,00	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	21,04	4,21	15	30	20,00	24,00	18,00	0,998
	Rara vez	21,01	3,60	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,01	3,55	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	21,09	4,04	16	30	20,00	24,00	18,00	
	Muy frecuentemente	21,24	4,72	16	30	20,50	23,00	17,00	

Tabla nº 41.- Resultados por variables: Nivel de estudios (Inatento)

		NIVEL DE ESTUDIOS																p-valor
		Univer sidad		Form. Prof.		Bachi llerato		Sin escolarizar		Otros		Trabajo		PCPI FPB		Adultos ESO		
		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?	Nunca	6	5,3%	39	12,2%	28	12,6%	3	37,5%	3	20,0%	15	21,1%	13	20,0%	2	13,3%	<0,001
	Rara vez	46	40,7%	146	45,6%	108	48,4%	0	0,0%	3	20,0%	25	35,2%	17	26,2%	7	46,7%	
	Alg. veces	53	46,9%	110	34,4%	77	34,5%	3	37,5%	6	40,0%	28	39,4%	34	52,3%	4	26,7%	
	Con frec	7	6,2%	18	5,6%	9	4,0%	2	25,0%	1	6,7%	3	4,2%	1	1,5%	1	6,7%	
	Muy frec.	1	,9%	7	2,2%	1	,4%	0	0,0%	2	13,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	6,7%	
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?	Nunca	16	14,0%	71	22,2%	32	14,3%	1	12,5%	4	26,7%	18	25,4%	15	23,1%	4	26,7%	0,233
	Rara vez	50	43,9%	131	40,9%	91	40,8%	3	37,5%	6	40,0%	23	32,4%	29	44,6%	6	40,0%	
	Alg. veces	37	32,5%	89	27,8%	62	27,8%	4	50,0%	3	20,0%	24	33,8%	14	21,5%	4	26,7%	
	Con frec	9	7,9%	23	7,2%	32	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	4	5,6%	6	9,2%	1	6,7%	
	Muy frec.	2	1,8%	6	1,9%	6	2,7%	0	0,0%	2	13,3%	2	2,8%	1	1,5%	0	0,0%	
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?	Nunca	16	14,0%	68	21,3%	47	21,0%	3	37,5%	3	20,0%	20	28,2%	19	29,2%	5	33,3%	0,139
	Rara vez	68	59,6%	130	40,6%	99	44,2%	1	12,5%	6	40,0%	28	39,4%	22	33,8%	5	33,3%	
	Alg. veces	20	17,5%	85	26,6%	56	25,0%	2	25,0%	5	33,3%	17	23,9%	15	23,1%	4	26,7%	
	Con frec	10	8,8%	31	9,7%	18	8,0%	2	25,0%	0	0,0%	5	7,0%	6	9,2%	1	6,7%	
	Muy frec.	0	0,0%	6	1,9%	4	1,8%	0	0,0%	1	6,7%	1	1,4%	3	4,6%	0	0,0%	
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?	Nunca	8	7,0%	36	11,3%	14	6,3%	3	37,5%	3	20,0%	11	15,5%	7	10,8%	2	13,3%	0,029
	Rara vez	31	27,2%	77	24,1%	45	20,1%	0	0,0%	0	0,0%	17	23,9%	16	24,6%	6	40,0%	
	Alg. veces	52	45,6%	139	43,4%	117	52,2%	2	25,0%	1	6,7%	28	39,4%	25	38,5%	2	13,3%	
	Con frec.	19	16,7%	50	15,6%	37	16,5%	3	37,5%	1	6,7%	13	18,3%	14	21,5%	4	26,7%	
	Muy frec.	4	3,5%	18	5,6%	11	4,9%	0	0,0%	1	6,7%	2	2,8%	3	4,6%	1	6,7%	
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?	Nunca	13	11,4%	22	6,9%	15	6,7%	1	12,5%	1	6,7%	4	5,6%	11	16,9%	1	6,7%	0,102
	Rara vez	15	13,2%	49	15,4%	20	8,9%	1	12,5%	2	13,3%	17	23,9%	16	24,6%	5	33,3%	
	Alg. veces	43	37,7%	104	32,6%	81	36,2%	4	50,0%	4	26,7%	25	35,2%	16	24,6%	4	26,7%	
	Con frec.	30	26,3%	99	31,0%	67	29,9%	1	12,5%	7	46,7%	17	23,9%	15	23,1%	3	20,0%	
	Muy frec.	13	11,4%	45	14,1%	41	18,3%	1	12,5%	1	6,7%	8	11,3%	7	10,8%	2	13,3%	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	9	7,9%	29	9,1%	15	6,8%	2	25,0%	3	20,0%	8	11,3%	10	15,4%	1	6,7%	0,286
	Rara vez	34	29,8%	76	23,8%	55	24,8%	0	0,0%	1	6,7%	16	22,5%	13	20,0%	5	33,3%	
	Alg. veces	51	44,7%	124	38,9%	98	44,1%	1	12,5%	6	40,0%	27	38,0%	22	33,8%	6	40,0%	
	Con frec.	18	15,8%	74	23,2%	42	18,9%	4	50,0%	4	26,7%	16	22,5%	15	23,1%	2	13,3%	
	Muy frec.	2	1,8%	16	5,0%	12	5,4%	1	12,5%	1	6,7%	4	5,6%	5	7,7%	1	6,7%	

5.4.- ANÁLISIS DE RESULTADOS COMPATIBLES CON SÍNTOMAS DE TDAH SEGÚN LA ESCALA DSM-IV-TR

5.4.- PARTE B: PREDOMINIO HIPERACTIVO

5.4.1.- Presentación

La parte B de la escala ASRS v1.1 pretende valorar síntomas de hiperactividad en el adulto a través de las preguntas 7 a 12:

7. *¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?*

8. *¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?*

9. *¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?*

10. *¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?*

11. *¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?*

12. *¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?*

Según el DSM-IV-TR (APA¹⁴⁹ 2001), las manifestaciones clínicas de los síntomas nucleares de hiperactividad se manifiestan por un exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo. Estos sujetos muestran una actividad motriz elevada en diferentes ámbitos. Tienen grandes dificultades para permanecer quietos cuando las situaciones lo requieren, tanto en contextos estructurados (el aula o la mesa a la hora de la comida), como en aquellos no estructurados (la hora del patio).

El momento evolutivo influye significativamente en la manifestación de la hiperactividad. Así, los niños preescolares tienen una hipercinesia generalizada menos dependiente del entorno. En la edad escolar, puede suceder que la

conducta hiperactiva del niño se limite a algunas situaciones, especialmente cuando éstas están poco estructuradas. Hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. La hiperactividad en adolescentes suele ser menos evidente, predominando una sensación interna de inquietud, tratando de hacer varias cosas a la vez y pasando de una actividad a otra sin finalizar ninguna.

Para Benito-Moraga¹⁵⁰ (2008) estos síntomas se caracterizan por:

1. *Muestra un sentimiento de inquietud interna.*
2. *Sentimiento subjetivo de inquietud mientras está sentado.*
3. *Predilección por los trabajos movidos.*
4. *Habla en exceso.*
5. *Se siente acelerado y agobiado.*

Según Adler y Cohen¹⁵¹ (2004) la hiperactividad el adulto se caracteriza por los siguientes síntomas:

Refiere inquietud interna. Sentimiento de agobio.

Inquietud mientras está sentado. Mueve las manos y los pies, juguetea continuamente con algo.

Le cuesta permanecer sentado largo tiempo en reuniones.

Conduce demasiado rápido.

Predilección por los trabajos movidos

Habla en exceso.

Para valorar este síntoma, en esta investigación se ha empleado el cuestionario basado en la escala Adult Self-Report Scale (versión ASRR-V1.1) (Kessler¹⁵² et al., 2005) que se presenta en el anexo final. El ASRS v1.1 está basado en los 18 síntomas especificados en el criterio A del DSM - IV-TR, con cinco opciones de

respuesta por ítem: Nunca (0), Rara vez (1), A veces (2), a Menudo (3) y Muy a menudo (4).

Como se indica en el punto 5.2, los criterios de valoración en esta parte B son considerar las puntuaciones como una escala continua entre el 0 (“Nunca”) y el 4 (“Muy frecuentemente”). Si el sujeto responde a partir del tercer valor -zona sombreada- en los ítems 9 y 12: *algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente* y en los ítems 7, 8, 10 y 11 puntúa en *con frecuencia o muy frecuentemente* (zona sombreada) se considera un resultado positivo relacionado con síntomas del TDAH. De modo que resulta positivo si alcanza una puntuación igual o superior a 10 puntos en esta parte de la escala.

Los resultados estadísticos por ítems se presentan y comentan a continuación en tablas y gráficos. Los resultados por variables se presentan al final del apartado.

5.4.2.- Resultados estadísticos según ítems

Tabla nº 42.- Resultados parte B (Hiperactivo) de la escala ASRS V.1.1 por ítems

PARTE B ₁ : PREDOMINIO HIPERACTIVO		Rasgo TDAH				p-valor
		Negativo		Positivo		
		n	%	n	%	
Preguntas:						
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	Nunca	42	5,3%	1	2,3%	<0,001
	Rara vez	236	29,9%	4	9,3%	
	Algunas veces	399	50,5%	15	34,9%	
	Con frecuencia	97	12,3%	7	16,3%	
	Muy frecuentemente	16	2,0%	16	37,2%	
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	Nunca	57	7,2%	1	2,3%	<0,001
	Rara vez	150	19,0%	6	14,0%	
	Algunas veces	353	44,7%	8	18,6%	
	Con frecuencia	183	23,2%	11	25,6%	
	Muy frecuentemente	46	5,8%	17	39,5%	
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?	Nunca	200	25,3%	5	11,6%	<0,001
	Rara vez	354	44,9%	11	25,6%	
	Algunas veces	184	23,3%	12	27,9%	
	Con frecuencia	35	4,4%	9	20,9%	
	Muy frecuentemente	16	2,0%	6	14,0%	
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	Nunca	114	14,4%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	344	43,6%	5	11,6%	
	Algunas veces	235	29,8%	10	23,3%	
	Con frecuencia	71	9,0%	16	37,2%	
	Muy frecuentemente	25	3,2%	12	27,9%	
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?	Nunca	61	7,7%	2	4,7%	<0,001
	Rara vez	178	22,5%	6	14,0%	
	Algunas veces	335	42,4%	13	30,2%	
	Con frecuencia	162	20,5%	7	16,3%	
	Muy frecuentemente	54	6,8%	15	34,9%	
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?	Nunca	409	51,8%	12	27,9%	<0,001
	Rara vez	247	31,3%	11	25,6%	
	Algunas veces	109	13,8%	7	16,3%	
	Con frecuencia	23	2,9%	8	18,6%	
	Muy frecuentemente	2	,3%	5	11,6%	

Pertenecer a grupo de riesgo TDAH no es significativo en el predominio hiperactivo. De igual modo se presentan los resultados obtenidos en todas las variables.

El análisis detallado por variables e ítems presenta las siguientes características:

Tabla nº 44.- Resultados parte B (Hiperactivo) de la escala ASRS V.1.1 por variables

		HIPERACTIVO				p-valor
		NO		SI		
		n	%	n	%	
Lugar de residencia	<1.000 hab.	143	19,0%	20	27,8%	0,176
	1.000 - 10.000 hab.	150	19,9%	11	15,3%	
	Capital	460	61,1%	41	56,9%	
Sexo	Hombre	435	57,2%	45	62,5%	0,388
	Mujer	325	42,8%	27	37,5%	
Hábitat	Rural	294	38,8%	32	44,4%	0,347
	Urbano	464	61,2%	40	55,6%	
Nivel de Estudios	Universidad	104	13,7%	10	13,9%	0,144
	Formación Profesional	282	37,1%	38	52,8%	
	Bachillerato	211	27,8%	13	18,1%	
	Sin escolarizar	8	1,1%	0	0,0%	
	Otros	13	1,7%	2	2,8%	
	Trabajo	68	8,9%	3	4,2%	
	PCPI	59	7,8%	6	8,3%	
Centro de Formación	Adultos - ESO	15	2,0%	0	0,0%	0,567
	ECYL	43	5,7%	3	4,2%	
	Universidad	258	33,9%	20	27,8%	
	Instituto - Colegio Privado	374	49,2%	44	61,1%	
	Educación de adultos	38	5,0%	3	4,2%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	5	,7%	0	0,0%	
Formación Profesional	Empresas Privadas	34	4,5%	2	2,8%	0,078
	Mantenimiento Industrial	78	28,9%	5	13,2%	
	Energía y Agua	24	8,9%	4	10,5%	
	Sanidad	52	19,3%	12	31,6%	
	Automoción	44	16,3%	6	15,8%	
	Electricidad	28	10,4%	8	21,1%	
	Madera	17	6,3%	2	5,3%	
Estado Civil	Peluquería	27	10,0%	1	2,6%	0,03
	Casado/a	65	8,7%	1	1,4%	
	Soltero/a	684	91,3%	71	98,6%	

No existen diferencias significativas en cuanto a hiperactividad. Se observa una ligera tendencia a favor de: varones, rural (> 1000 habitantes), solteros y quienes cursan FPB/PCPI y FP en las ramas de sanidad y electricidad.

Tabla nº 45.- Resultados ítem 7 subtipo Hiperactivo

7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	43	5,1	5,2	5,2
	Rara vez	240	28,7	28,8	34,0
	Algunas veces	414	49,6	49,7	83,7
	Con frecuencia	104	12,5	12,5	96,2
	Muy frecuentemente	32	3,8	3,8	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

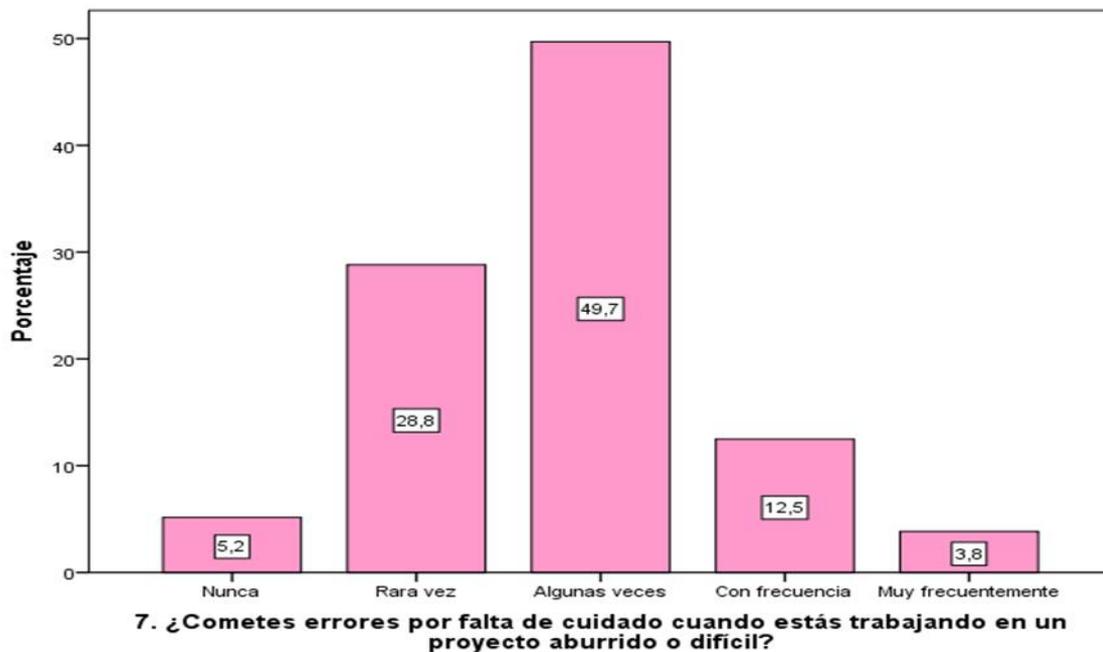


Gráfico nº 14.- Resultados ítem 7 subtipo Hiperactivo

El 66% manifiesta que puede cometer errores con relativa frecuencia por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil. Los resultados por sexo, edad, hábitat y estado civil no son significativos, si es significativo el tipo de estudios: Cometen más errores estudiantes inscritos en PCPI/FPB (69%), sin escolarizar (75%) y en bachillerato (69%).

Tabla nº 46.- Resultados ítem 8 subtipo Hiperactivo

8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	58	6,9	7,0	7,0
	Rara vez	156	18,7	18,8	25,7
	Algunas veces	361	43,2	43,4	69,1
	Con frecuencia	194	23,2	23,3	92,4
	Muy frecuentemente	63	7,5	7,6	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

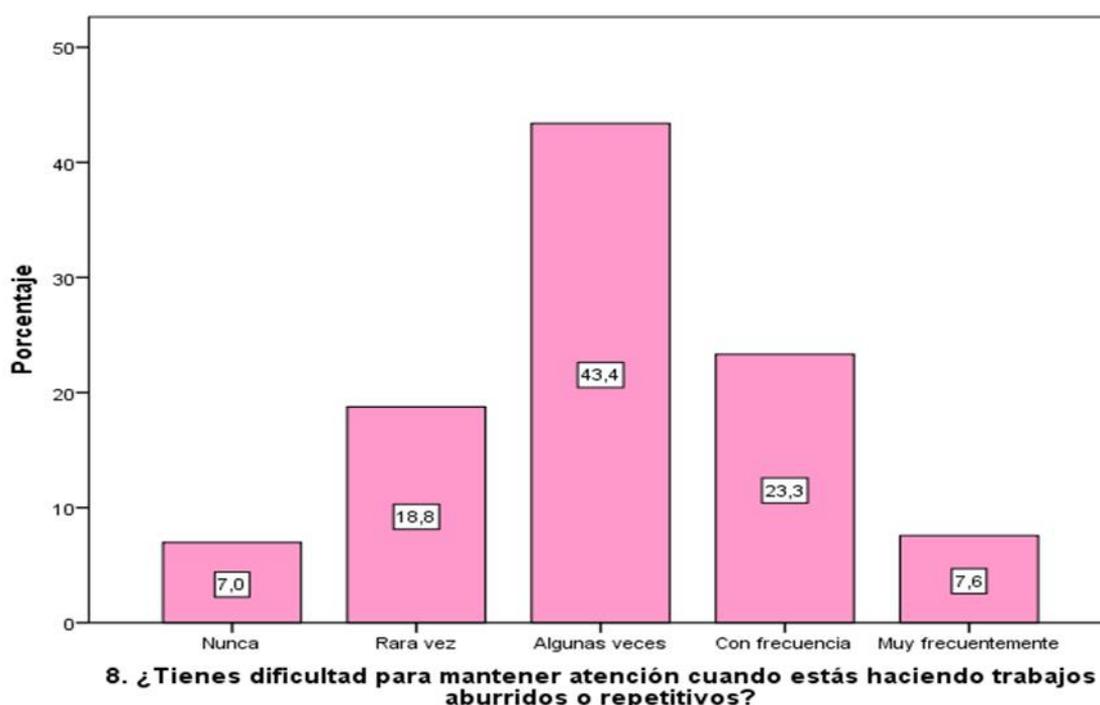


Gráfico nº 15.- Resultados ítem 8 subtipo Hiperactivo

El 74% manifiesta tener dificultad para mantener la atención al hacer trabajos rutinarios o aburridos. Con la excepción de hábitat, todas las variables estudiadas resultan significativas en este ítem: Mujeres (74%), solteros (75%), jóvenes con media de 21 años y estudiantes de FP (69%), bachillerato (86%) y otros (66%), tienen más dificultad para mantener la atención.

Tabla nº 47.- Resultados ítem 9 subtipo Hiperactivo

9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	205	24,6	24,6	24,6
	Rara vez	365	43,7	43,9	68,5
	Algunas veces	196	23,5	23,6	92,1
	Con frecuencia	44	5,3	5,3	97,4
	Muy frecuentemente	22	2,6	2,6	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

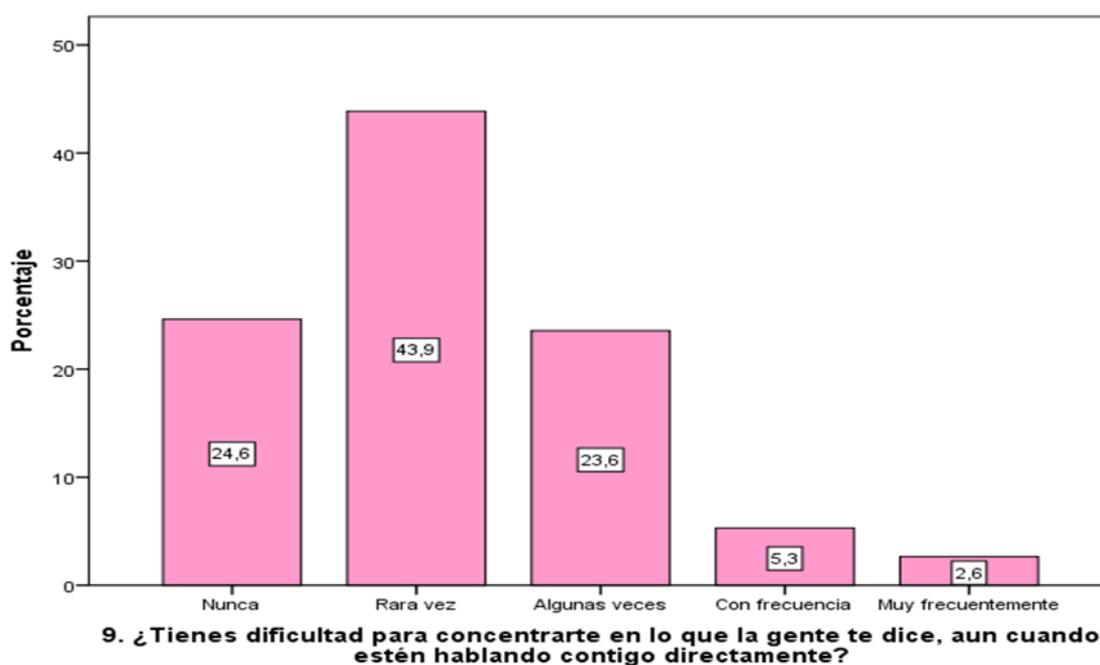


Gráfico nº 16.- Resultados ítem 9 subtipo Hiperactivo

El 69% no tiene problemas para concentrarse en una conversación. Solamente la edad y el nivel de estudio resultan significativos: Jóvenes con media de edad de 20 años, matriculados en FPB-PCPI o FP y sin escolarizar, acusan en mayor medida esta dificultad.

Tabla nº 48.- Resultados ítem 10 subtipo Hiperactivo

10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	114	13,7	13,7	13,7
	Rara vez	349	41,8	41,9	55,6
	Algunas veces	245	29,3	29,4	85,1
	Con frecuencia	87	10,4	10,5	95,6
	Muy frecuentemente	37	4,4	4,4	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

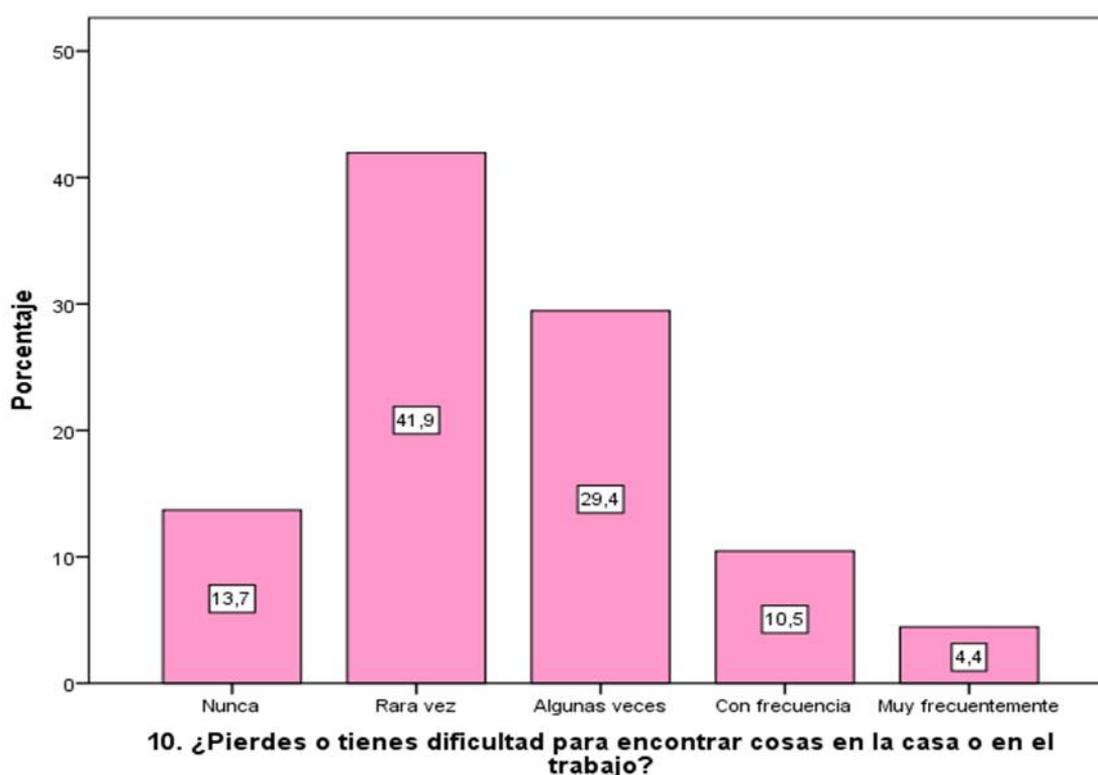


Gráfico nº 17.- Resultados ítem 10 subtipo Hiperactivo

El 44% pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en casa o en el trabajo, situación bastante habitual en muchas personas. Por esta razón este ítem no resulta significativo en las variables analizadas, salvo en solteros con el 43% de sufrir estos despistes.

Tabla nº 49.- Resultados ítem 11 subtipo Hiperactivo

11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	63	7,5	7,6	7,6
	Rara vez	184	22,0	22,1	29,7
	Algunas veces	348	41,7	41,8	71,4
	Con frecuencia	169	20,2	20,3	91,7
	Muy frecuentemente	69	8,3	8,3	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

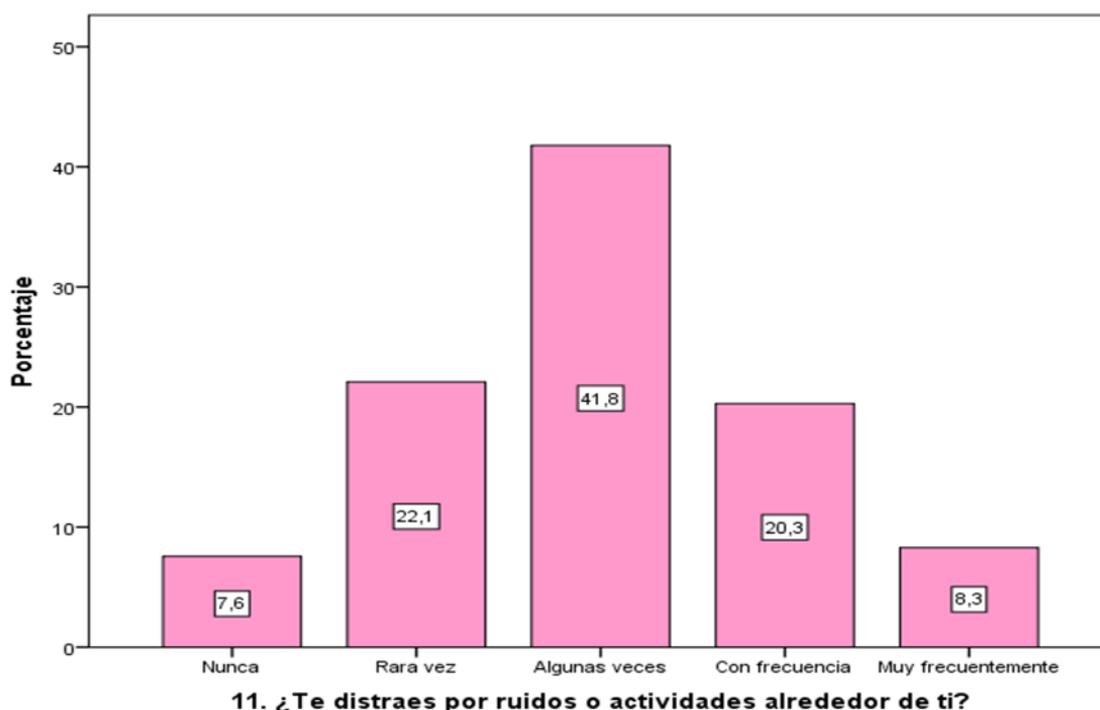


Gráfico nº 18.- Resultados ítem 11 subtipo Hiperactivo

El 70% afirma despistarse por ruidos u otras distracciones que se producen alrededor de sí mismo. Sexo, estado civil y tipo de estudios son variables significativas en el estudio de este ítem. Mujeres (78%), solteros (71%) y estudiantes universitarios (73%), de bachillerato (77%) y de educación de adultos (80%) destacan por estas distracciones.

Tabla nº 50.- Resultados ítem 12 subtipo Hiperactivo

12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	421	50,4	50,5	50,5
	Rara vez	258	30,9	31,0	81,5
	Algunas veces	116	13,9	13,9	95,4
	Con frecuencia	31	3,7	3,7	99,2
	Muy frecuentemente	7	,8	,8	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

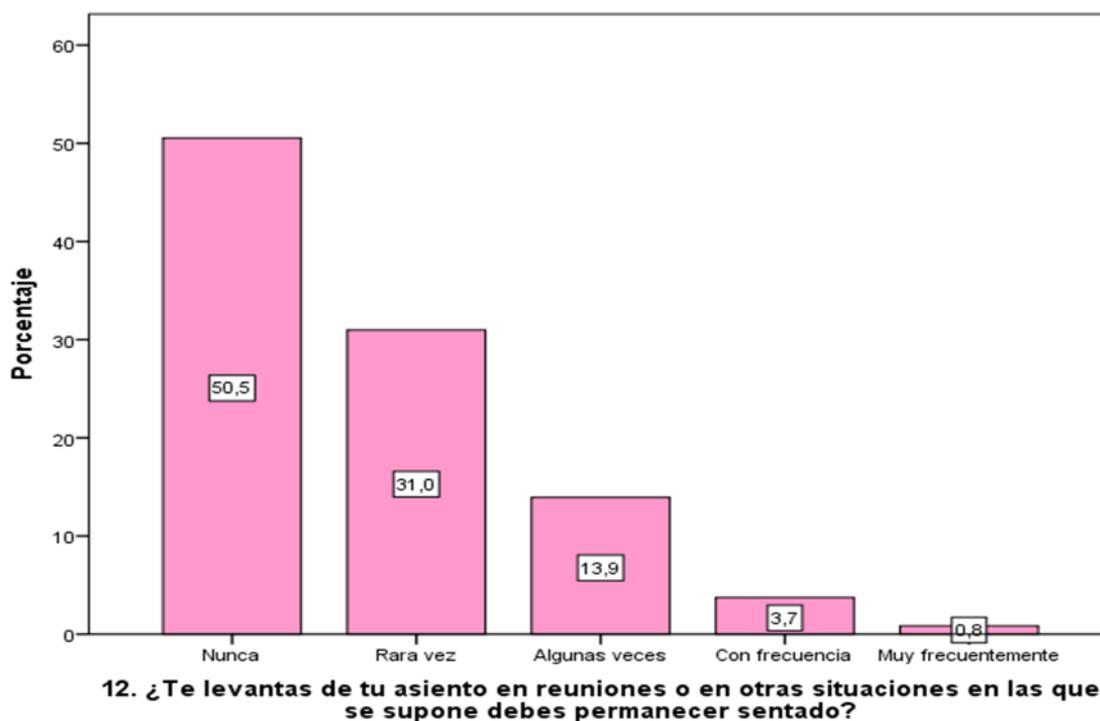


Gráfico nº 19.- Resultados ítem 12 subtipo Hiperactivo

Solamente un 8% expone que se levanta de su asiento en reuniones o situaciones en las que debe permanecer sentado. Destacan jóvenes sin estudios (63%) y, en menor medida, matriculados en PCPI-FPB (38%) que convierten en significativa la variable tipo de estudios.

5.4.3.- Resultados por variables

Tabla nº 51.- Resultados por variables: sexo (Hiperactivo)

		SEXO			
		Hombre		Mujer	
		N	%	n	%
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	Nunca	32	6,7%	11	3,1%
	Rara vez	135	28,1%	104	29,5%
	Algunas veces	229	47,7%	185	52,6%
	Con frecuencia	64	13,3%	40	11,4%
	Muy frecuentemente	20	4,2%	12	3,4%
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	Nunca	43	9,0%	15	4,3%
	Rara vez	105	21,9%	51	14,5%
	Algunas veces	185	38,5%	175	49,9%
	Con frecuencia	115	24,0%	79	22,5%
	Muy frecuentemente	32	6,7%	31	8,8%
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?	Nunca	118	24,6%	87	24,7%
	Rara vez	210	43,8%	154	43,8%
	Algunas veces	106	22,1%	90	25,6%
	Con frecuencia	34	7,1%	10	2,8%
	Muy frecuentemente	11	2,3%	11	3,1%
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	Nunca	63	13,2%	51	14,5%
	Rara vez	215	44,9%	133	37,8%
	Algunas veces	137	28,6%	108	30,7%
	Con frecuencia	40	8,4%	47	13,4%
	Muy frecuentemente	24	5,0%	13	3,7%
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?	Nunca	48	10,0%	15	4,3%
	Rara vez	123	25,6%	61	17,3%
	Algunas veces	206	42,9%	142	40,3%
	Con frecuencia	74	15,4%	94	26,7%
	Muy frecuentemente	29	6,0%	40	11,4%
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?	Nunca	225	46,9%	196	55,7%
	Rara vez	153	31,9%	105	29,8%
	Algunas veces	77	16,0%	38	10,8%
	Con frecuencia	20	4,2%	11	3,1%
	Muy frecuentemente	5	1,0%	2	,6%

Tabla nº 52.- Resultados por variables: Hábitat (Hiperactivo)

		HÁBITAT				p-valor
		Rural		Urbano		
		n	%	n	%	
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	Nunca	12	3,7%	31	6,2%	0,041
	Rara vez	80	24,5%	158	31,3%	
	Algunas veces	174	53,4%	239	47,4%	
	Con frecuencia	49	15,0%	55	10,9%	
	Muy frecuentemente	11	3,4%	21	4,2%	
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	Nunca	27	8,3%	31	6,2%	0,329
	Rara vez	55	16,9%	101	20,0%	
	Algunas veces	150	46,2%	209	41,5%	
	Con frecuencia	68	20,9%	125	24,8%	
	Muy frecuentemente	25	7,7%	38	7,5%	
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?	Nunca	64	19,7%	140	27,8%	0,086
	Rara vez	149	45,8%	214	42,5%	
	Algunas veces	87	26,8%	109	21,6%	
	Con frecuencia	16	4,9%	28	5,6%	
	Muy frecuentemente	9	2,8%	13	2,6%	
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	Nunca	45	13,8%	68	13,5%	0,752
	Rara vez	135	41,5%	213	42,3%	
	Algunas veces	102	31,4%	142	28,2%	
	Con frecuencia	31	9,5%	56	11,1%	
	Muy frecuentemente	12	3,7%	25	5,0%	
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?	Nunca	29	8,9%	34	6,7%	0,69
	Rara vez	67	20,6%	117	23,2%	
	Algunas veces	134	41,1%	213	42,3%	
	Con frecuencia	67	20,6%	101	20,0%	
	Muy frecuentemente	29	8,9%	39	7,7%	
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?	Nunca	157	48,2%	263	52,2%	0,217
	Rara vez	99	30,4%	159	31,5%	
	Algunas veces	52	16,0%	62	12,3%	
	Con frecuencia	13	4,0%	18	3,6%	
	Muy frecuentemente	5	1,5%	2	,4%	

Tabla nº 53.- Resultados por variables: Estado civil (Hiperactivo)

		ESTADO CIVIL				p-valor
		Casado/a		Soltero/a		
		n	%	n	%	
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	Nunca	7	10,6%	34	4,5%	0,168
	Rara vez	21	31,8%	212	28,1%	
	Algunas veces	29	43,9%	384	50,9%	
	Con frecuencia	8	12,1%	94	12,5%	
	Muy frecuentemente	1	1,5%	31	4,1%	
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	Nunca	11	16,7%	47	6,2%	0,001
	Rara vez	20	30,3%	136	18,0%	
	Algunas veces	22	33,3%	332	44,0%	
	Con frecuencia	11	16,7%	178	23,6%	
	Muy frecuentemente	2	3,0%	61	8,1%	
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?	Nunca	19	28,8%	183	24,3%	0,516
	Rara vez	29	43,9%	328	43,5%	
	Algunas veces	15	22,7%	180	23,9%	
	Con frecuencia	1	1,5%	43	5,7%	
	Muy frecuentemente	2	3,0%	20	2,7%	
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	Nunca	9	13,6%	103	13,7%	0,025
	Rara vez	39	59,1%	306	40,6%	
	Algunas veces	14	21,2%	225	29,8%	
	Con frecuencia	3	4,5%	84	11,1%	
	Muy frecuentemente	1	1,5%	36	4,8%	
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?	Nunca	11	16,7%	52	6,9%	0,001
	Rara vez	21	31,8%	159	21,1%	
	Algunas veces	26	39,4%	318	42,1%	
	Con frecuencia	5	7,6%	160	21,2%	
	Muy frecuentemente	3	4,5%	66	8,7%	
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?	Nunca	42	63,6%	374	49,5%	0,178
	Rara vez	16	24,2%	239	31,7%	
	Algunas veces	7	10,6%	105	13,9%	
	Con frecuencia	1	1,5%	30	4,0%	
	Muy frecuentemente	0	0,0%	7	,9%	

Tabla nº 54.- Resultados por variables: Edad (Hiperactivo)

		EDAD							p-valor
		Me- dia	Desvia- ción típica	Míni- mo	Máxi- mo	Media -na	Percen- til 75	Percen- til 25	
Hiperactivo	NO	21,10	3,80	15	30	20,00	23,00	18,00	0,085
	SI	20,29	3,63	16	30	19,00	21,50	18,00	
Impulsivo	NO	21,04	3,77	15	30	20,00	23,00	18,00	0,442
	SI	20,50	4,31	16	30	20,00	21,00	17,00	
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?	Nunca	21,04	4,21	15	30	20,00	24,00	18,00	0,998
	Rara vez	21,01	3,60	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,01	3,55	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	21,09	4,04	16	30	20,00	24,00	18,00	
	Muy frecuentemente	21,24	4,72	16	30	20,50	23,00	17,00	
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	Nunca	20,30	3,35	16	29	20,00	22,00	17,00	0,079
	Rara vez	21,50	4,02	16	30	21,00	24,00	18,00	
	Algunas veces	21,02	3,64	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,58	3,72	16	30	19,00	23,00	18,00	
	Muy frecuentemente	19,94	4,41	17	30	18,00	20,00	17,00	
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	Nunca	21,97	4,69	16	30	20,00	27,00	18,00	0,005
	Rara vez	21,46	4,03	15	30	21,00	24,00	18,00	
	Algunas veces	21,19	3,73	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,39	3,35	16	30	20,00	22,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,11	3,57	16	30	19,00	22,00	18,00	
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?	Nunca	20,79	3,81	15	30	20,00	22,00	18,00	0,448
	Rara vez	21,12	3,69	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,30	3,78	16	30	21,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,32	4,26	16	30	19,00	22,00	17,50	
	Muy frecuentemente	20,36	4,25	16	30	19,00	22,00	17,00	
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	Nunca	20,59	3,89	16	30	19,50	22,00	18,00	0,147
	Rara vez	21,35	3,91	16	30	20,00	24,00	18,00	
	Algunas veces	21,08	3,61	15	30	21,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,52	3,65	16	29	19,00	22,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,27	3,78	16	30	19,00	22,00	18,00	
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?	Nunca	21,54	4,83	16	30	19,00	27,00	17,00	0,077
	Rara vez	21,19	3,89	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,27	3,77	15	30	21,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,46	3,09	16	29	20,00	22,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,26	4,01	16	30	19,00	21,00	18,00	
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?	Nunca	21,31	3,86	16	30	20,00	24,00	18,00	0,17
	Rara vez	20,86	3,55	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,73	4,05	16	30	19,00	23,00	17,00	
	Con frecuencia	19,94	3,58	16	29	19,00	21,00	17,00	
	Muy frecuentemente	19,57	4,35	16	29	18,00	20,00	17,00	

Tabla nº 55.- Resultados por variables: Nivel de estudios (Hiperactivo)

		NIVEL DE ESTUDIOS														p-valor		
		Univer sidad		Form. Prof.		Bachi llerato		Sin escolarizar		Otros		Trabajo		PCPI FPB			Adultos ESO	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	Nunca	5	4,4%	11	3,4%	7	3,1%	2	25,0%	2	13,3%	4	5,6%	7	10,8%	5	33,3%	0,001
	Rara vez	31	27,2%	99	30,9%	63	28,1%	0	0,0%	7	46,7%	25	35,2%	13	20,0%	1	6,7%	
	Alg. veces	55	48,2%	158	49,4%	118	52,7%	6	75,0%	2	13,3%	32	45,1%	35	53,8%	8	53,3%	
	Con frec.	19	16,7%	41	12,8%	25	11,2%	0	0,0%	1	6,7%	9	12,7%	8	12,3%	1	6,7%	
	Muy frec.	4	3,5%	11	3,4%	11	4,9%	0	0,0%	3	20,0%	1	1,4%	2	3,1%	0	0,0%	
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	Nunca	4	3,5%	26	8,1%	4	1,8%	1	12,5%	1	6,7%	7	9,9%	11	16,9%	4	26,7%	0,002
	Rara vez	26	22,8%	65	20,3%	27	12,1%	3	37,5%	4	26,7%	16	22,5%	13	20,0%	2	13,3%	
	Alg. veces	50	43,9%	137	42,8%	105	47,1%	2	25,0%	6	40,0%	31	43,7%	21	32,3%	8	53,3%	
	Con frec.	26	22,8%	67	20,9%	68	30,5%	2	25,0%	3	20,0%	12	16,9%	15	23,1%	1	6,7%	
	Muy frec.	8	7,0%	25	7,8%	19	8,5%	0	0,0%	1	6,7%	5	7,0%	5	7,7%	0	0,0%	
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?	Nunca	26	22,8%	73	22,9%	58	25,9%	1	12,5%	7	46,7%	17	23,9%	21	32,3%	2	13,3%	0,047
	Rara vez	57	50,0%	126	39,5%	111	49,6%	2	25,0%	5	33,3%	30	42,3%	22	33,8%	11	73,3%	
	Alg. veces	26	22,8%	85	26,6%	43	19,2%	5	62,5%	1	6,7%	21	29,6%	14	21,5%	1	6,7%	
	Con frec.	3	2,6%	24	7,5%	8	3,6%	0	0,0%	1	6,7%	2	2,8%	5	7,7%	1	6,7%	
	Muy frec.	2	1,8%	11	3,4%	4	1,8%	0	0,0%	1	6,7%	1	1,4%	3	4,6%	0	0,0%	
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	Nunca	16	14,0%	38	11,9%	29	12,9%	1	12,5%	3	20,0%	10	14,1%	13	20,0%	4	26,7%	0,61
	Rara vez	51	44,7%	133	41,7%	96	42,9%	3	37,5%	5	33,3%	33	46,5%	23	35,4%	4	26,7%	
	Alg. veces	31	27,2%	100	31,3%	59	26,3%	4	50,0%	4	26,7%	22	31,0%	18	27,7%	7	46,7%	
	Con frec.	12	10,5%	30	9,4%	32	14,3%	0	0,0%	2	13,3%	4	5,6%	7	10,8%	0	0,0%	
	Muy frec.	4	3,5%	18	5,6%	8	3,6%	0	0,0%	1	6,7%	2	2,8%	4	6,2%	0	0,0%	
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?	Nunca	8	7,0%	23	7,2%	6	2,7%	2	25,0%	3	20,0%	6	8,5%	12	18,5%	3	20,0%	0,001
	Rara vez	22	19,3%	78	24,4%	45	20,1%	2	25,0%	2	13,3%	20	28,2%	15	23,1%	0	0,0%	
	Alg. veces	51	44,7%	136	42,5%	89	39,7%	4	50,0%	6	40,0%	33	46,5%	22	33,8%	7	46,7%	
	Con frec.	25	21,9%	57	17,8%	62	27,7%	0	0,0%	1	6,7%	9	12,7%	11	16,9%	3	20,0%	
	Muy frec.	8	7,0%	26	8,1%	22	9,8%	0	0,0%	3	20,0%	3	4,2%	5	7,7%	2	13,3%	
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?	Nunca	52	45,6%	158	49,4%	131	58,5%	2	25,0%	9	60,0%	39	54,9%	23	35,4%	7	46,7%	0,013
	Rara vez	39	34,2%	102	31,9%	66	29,5%	1	12,5%	3	20,0%	22	31,0%	18	27,7%	7	46,7%	
	Alg. veces	17	14,9%	47	14,7%	18	8,0%	5	62,5%	3	20,0%	9	12,7%	16	24,6%	0	0,0%	
	Con frec.	5	4,4%	10	3,1%	8	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	6	9,2%	1	6,7%	
	Muy frec.	1	,9%	3	,9%	1	,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,1%	0	0,0%	

5.5.- ANÁLISIS DE RESULTADOS COMPATIBLES CON SÍNTOMAS DE TDAH SEGÚN LA ESCALA DSM-IV-TR

5.5.- PARTE C: PREDOMINIO IMPULSIVO

5.5.1.- Presentación

La parte B de la escala ASRS v1.1 pretende valorar síntomas de *impulsividad* en el adulto a través de las preguntas 13 a 18:

13. *¿Te sientes inquieto o nervioso?*

14. *¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?*

15. *¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?*

16. *¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?*

17. *¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?*

18. *¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?*

Según el DSM-IV-TR (APA,¹⁵³ 2001) la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas y para esperar el turno, interrumpiendo con frecuencia a los demás. A menudo estos sujetos dan respuestas precipitadas antes de que se hayan completado las preguntas, dejándose llevar por la respuesta prepotente (espontánea y dominante).

Durante los primeros años, la impulsividad hace que el niño parezca «estar controlado por los estímulos» de forma que tiene tendencia a tocarlo todo. En la

edad escolar, interrumpen constantemente a los otros y tienen dificultades para esperar su turno.

La impulsividad en la adolescencia conlleva un mayor conflicto con los adultos y una tendencia a tener más conductas de riesgo (abuso de tóxicos, actividad sexual precoz y accidentes de tráfico).

Las manifestaciones conductuales descritas anteriormente suelen producirse en múltiples contextos (hogar, escuela, trabajo y situaciones sociales). Con la edad, suele disminuir la hiperactividad aparente, persistiendo la impulsividad y la inatención.

Para Benito-Moraga¹⁵⁴ (2008) estos síntomas en el adulto se caracterizan por:

1. *Conduce demasiado rápido*
2. *Cambia de trabajo de manera impulsiva.*
3. *Es irritable y se encoleriza con facilidad.*

Según Adler y Cohen¹⁵⁵ (2004) la falta de atención en el adulto se presenta con los síntomas:

Toma decisiones de manera impulsiva. Hace comentarios inapropiados.

Impaciente, le cuesta hacer colas.

No puede tolerar la frustración. Es irritable, se encoleriza con facilidad.

Para valorar este subtipo, en esta investigación se ha empleado el cuestionario basado en la escala Adult Self-Report Scale (versión ASRR-V1.1) (Kessler¹⁵⁶ et al., 2005) que se presenta en el anexo final. El ASRS v1.1 está basado en los 18 síntomas especificados en el criterio A del DSM - IV-TR, con cinco opciones de

respuesta por ítem: Nunca (0), Rara vez (1), A veces (2), a Menudo (3) y Muy a menudo (4).

Como se indica en el punto 5.2, los criterios de valoración en esta parte B son considerar las puntuaciones como una escala continua entre el 0 (“Nunca”) y el 4 (“Muy frecuentemente”). Si el sujeto responde a partir del tercer valor -zona sombreada- en los ítems 16 y 18: *algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente*, y en los ítems 13, 14, 15 y 17 puntúa en *con frecuencia o muy frecuentemente* (zona sombreada), se considera un resultado positivo relacionado con síntomas del TDAH. Por tanto, resulta positivo si alcanza una puntuación igual o superior a 10 puntos según la escala.

Los resultados estadísticos por ítems se presentan y comentan a continuación en tablas y gráficos. Los resultados por variables se presentan al final del apartado.

5.5.2.- Resultados estadísticos según ítems

Tabla nº 56.- Resultados parte B₂ (Impulsivo) de la escala ASRS V.1.1 por ítems

PARTE B ₂ : PREDOMINIO IMPULSIVO		Rasgo TDAH				p-valor
		Negativo		Positivo		
		n	%	N	%	
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	Nunca	99	12,5%	6	14,0%	<0,001
	Rara vez	268	34,0%	5	11,6%	
	Algunas veces	307	38,9%	15	34,9%	
	Con frecuencia	93	11,8%	9	20,9%	
	Muy frecuentemente	22	2,8%	8	18,6%	
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?	Nunca	237	30,0%	12	27,9%	<0,001
	Rara vez	271	34,3%	3	7,0%	
	Algunas veces	210	26,6%	14	32,6%	
	Con frecuencia	58	7,3%	10	23,3%	
	Muy frecuentemente	14	1,8%	4	9,3%	
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?	Nunca	204	25,8%	5	11,6%	0,001
	Rara vez	292	37,0%	12	27,9%	
	Algunas veces	217	27,5%	13	30,2%	
	Con frecuencia	58	7,3%	7	16,3%	
	Muy frecuentemente	19	2,4%	6	14,0%	
16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	Nunca	182	23,0%	7	16,3%	0,078
	Rara vez	309	39,1%	14	32,6%	
	Algunas veces	227	28,7%	13	30,2%	
	Con frecuencia	58	7,3%	5	11,6%	
	Muy frecuentemente	14	1,8%	4	9,3%	
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?	Nunca	220	27,8%	5	11,6%	<0,001
	Rara vez	341	43,2%	6	14,0%	
	Algunas veces	186	23,5%	17	39,5%	
	Con frecuencia	34	4,3%	9	20,9%	
	Muy frecuentemente	9	1,1%	6	14,0%	
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?	Nunca	173	21,9%	4	9,3%	<0,001
	Rara vez	388	49,1%	16	37,2%	
	Algunas veces	194	24,6%	16	37,2%	
	Con frecuencia	28	3,5%	2	4,7%	
	Muy frecuentemente	7	,9%	5	11,6%	

Los resultados de rasgo TDAH (pertenecer a grupo de riesgo) en el predominio impulsivo resultan significativos –al nivel de 0,001 en cinco de los seis ítems planteados, todo lo contrario al resultado obtenido por variables que aparece en la siguiente tabla.

Tabla nº 57.- Resultados parte B₂ (Impulsivo) de la escala ASRS V.1.1 por variables

		IMPULSIVO				p-valor
		NO		SI		
		N	%	n	%	
Lugar de residencia	<1.000 hab.	157	19,8%	6	19,4%	0,998
	1.000- 10.000 h.	155	19,5%	6	19,4%	
	Capital	482	60,7%	19	61,3%	
Sexo	Hombre	466	58,1%	15	48,4%	0,282
	Mujer	336	41,9%	16	51,6%	
Hábitat	Rural	314	39,3%	12	38,7%	0,952
	Urbano	486	60,8%	19	61,3%	
Nivel de Estudios	Universidad	111	13,8%	3	9,7%	0,271
	Formación Profesional	313	39,0%	8	25,8%	
	Bachillerato	209	26,1%	15	48,4%	
	Sin escolarizar	8	1,0%	0	0,0%	
	Otros	14	1,7%	1	3,2%	
	Trabajo	69	8,6%	2	6,5%	
	PCPI	63	7,9%	2	6,5%	
	Adultos - ESO	15	1,9%	0	0,0%	
Centro de Formación	ECYL	44	5,5%	2	6,5%	0,279
	Universidad	266	33,2%	12	38,7%	
	Instituto - Colegio Privado	403	50,2%	16	51,6%	
	Ed. de adultos	41	5,1%	0	0,0%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	C. Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	4	,5%	1	3,2%	
	Empresa Privada	36	4,5%	0	0,0%	
Formación Profesional	Mantenimiento Industrial	79	26,2%	4	50,0%	0,034
	Energía y Agua	28	9,3%	0	0,0%	
	Sanidad	64	21,3%	0	0,0%	
	Automoción	50	16,6%	0	0,0%	
	Electricidad	33	11,0%	3	37,5%	
	Madera	19	6,3%	1	12,5%	
	Peluquería	28	9,3%	0	0,0%	
Estado Civil	Casado/a	65	8,2%	1	3,4%	0,723
	Soltero/a	728	91,8%	28	96,6%	

Por variables, los rasgos de impulsividad analizados en los ítems 13 a 18, no alcanzan resultados significativos en síntomas TDAH. Solamente el alumnado de FP obtiene un resultado significativo. Se pueden observar ligeras apreciaciones –con porcentajes inferiores al 50%- en: Mujeres, solteros, estudiantes de bachillerato, universitarios y en FP: ramas profesionales industriales, de mantenimiento, electricidad y madera.

Tabla nº 58.- Resultados ítem 13 subtipo Impulsivo

13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	105	12,6	12,6	12,6
	Rara vez	273	32,7	32,8	45,4
	Algunas veces	322	38,6	38,7	84,1
	Con frecuencia	102	12,2	12,3	96,4
	Muy frecuentemente	30	3,6	3,6	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

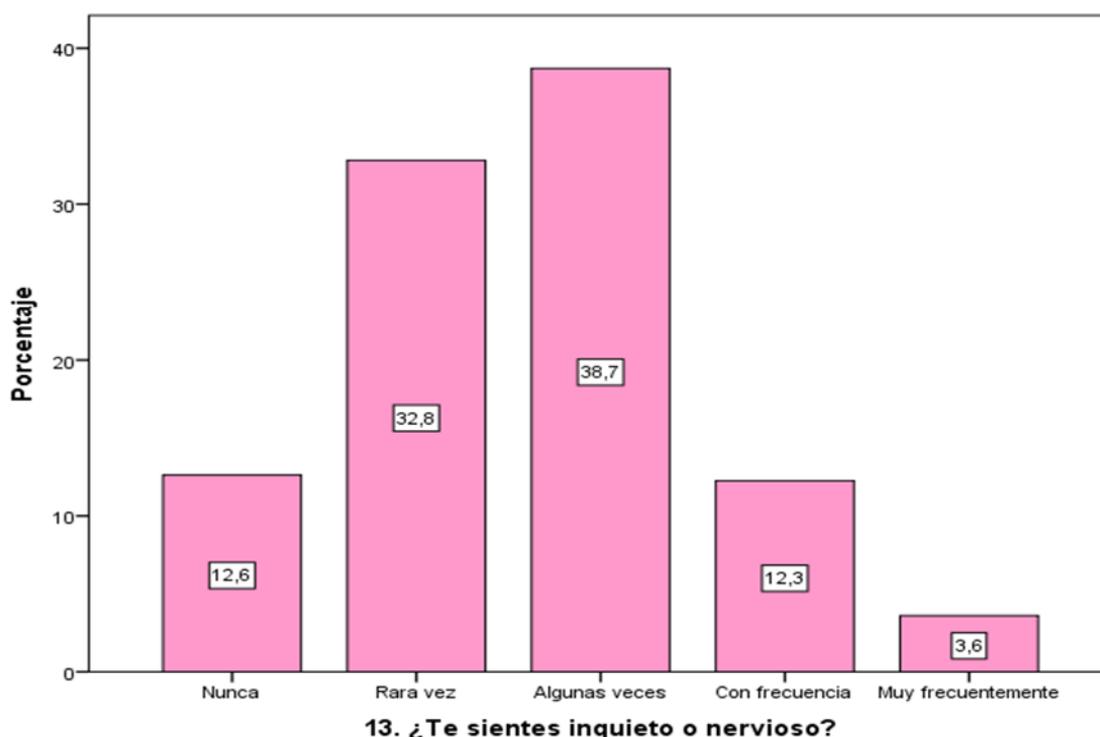


Gráfico nº 20.- Resultados ítem 13 subtipo Impulsivo

El 54% se sienten inquietos o nerviosos. Las variables sexo y nivel de estudios son significativas con predominio de: Mujeres (65%) y estudiantes de educación de adultos (93%), sin escolarizar (63%) y de bachillerato (60%).

Tabla nº 59.- Resultados ítem 14 subtipo Impulsivo

14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	249	29,8	29,9	29,9
	Rara vez	274	32,8	32,9	62,8
	Algunas veces	224	26,8	26,9	89,7
	Con frecuencia	68	8,1	8,2	97,8
	Muy frecuentemente	18	2,2	2,2	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

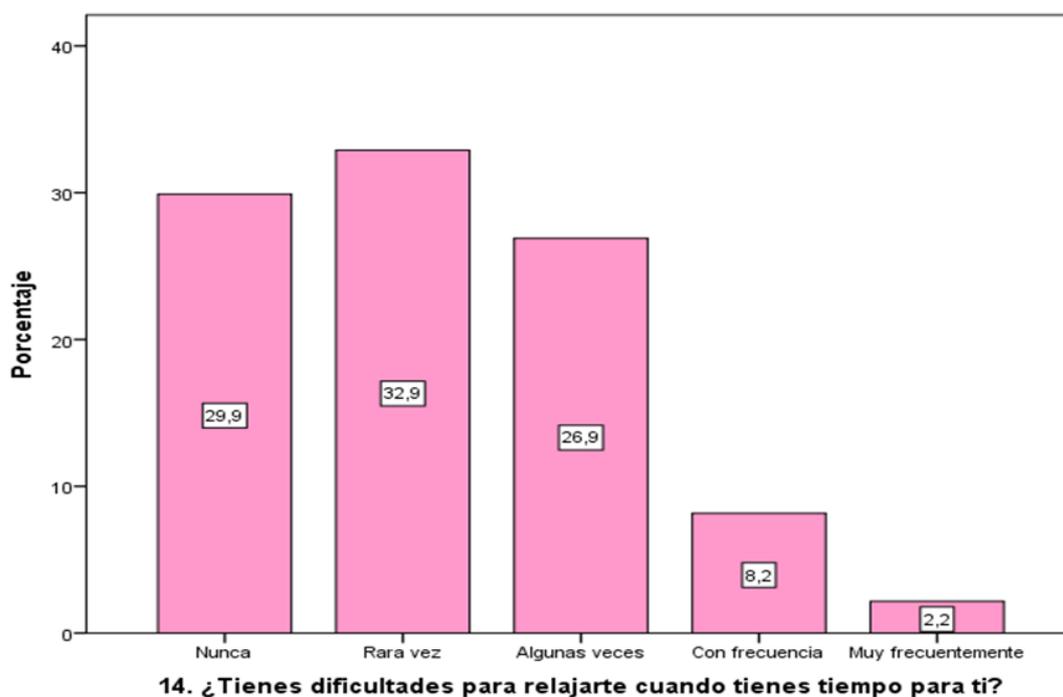


Gráfico nº 21.- Resultados ítem 14 subtipo Impulsivo

Un 37% afirma tener dificultad para relajarse cuando tiene tiempo para sí, sin estar apremiado o atribulado.

Ninguna de las variables analizadas resulta significativa.

Tabla nº 60.- Resultados ítem 15 subtipo Impulsivo

15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	209	25,0	25,1	25,1
	Rara vez	304	36,4	36,5	61,6
	Algunas veces	230	27,5	27,6	89,2
	Con frecuencia	65	7,8	7,8	97,0
	Muy frecuentemente	25	3,0	3,0	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

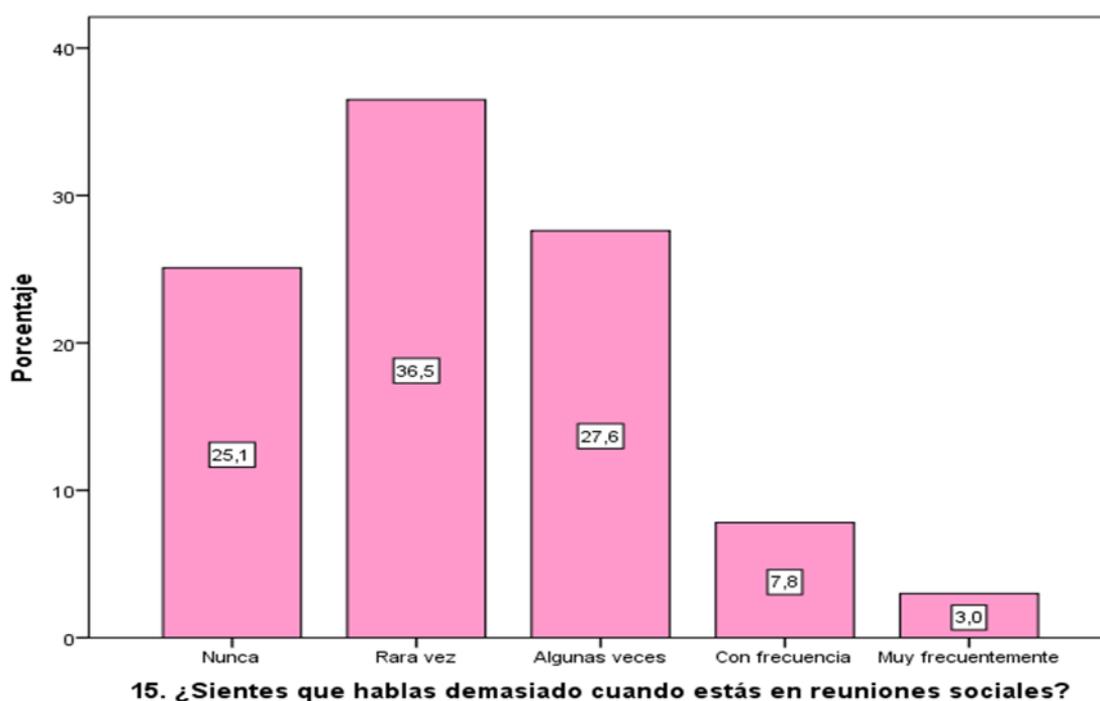


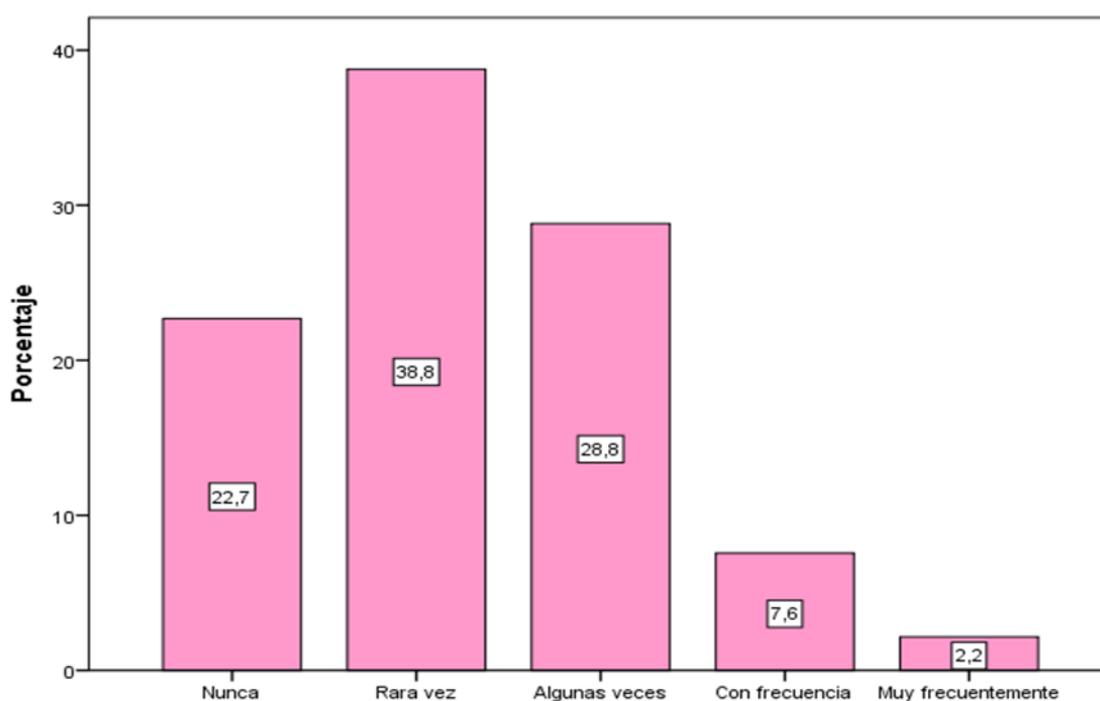
Gráfico nº 22.- Resultados ítem 15 subtipo Impulsivo

El 38,4% siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales o de grupo.

De las variables estudiadas solamente el sexo resulta significativo. El 44% de mujeres considera que habla demasiado en estas reuniones o encuentros sociales.

Tabla nº 61.- Resultados ítem 16 subtipo Impulsivo

16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	189	22,6	22,7	22,7
	Rara vez	323	38,7	38,8	61,5
	Algunas veces	240	28,7	28,8	90,3
	Con frecuencia	63	7,5	7,6	97,8
	Muy frecuentemente	18	2,2	2,2	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		



16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?

Gráfico nº 23.- Resultados ítem 16 subtipo Impulsivo

Un 38,6 interrumpe la conversación con otras personas e impide terminar las frases de la gente que está hablando. Este ítem sólo resulta significativo en la variable por tipo de estudios, predominando estudiantes de bachillerato (54%), sin escolarizar (50%) y PCPI-FPB (44%).

Tabla nº 62.- Resultados ítem 17 subtipo Impulsivo

17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	225	26,9	27,0	27,0
	Rara vez	347	41,6	41,7	68,7
	Algunas veces	203	24,3	24,4	93,0
	Con frecuencia	43	5,1	5,2	98,2
	Muy frecuentemente	15	1,8	1,8	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

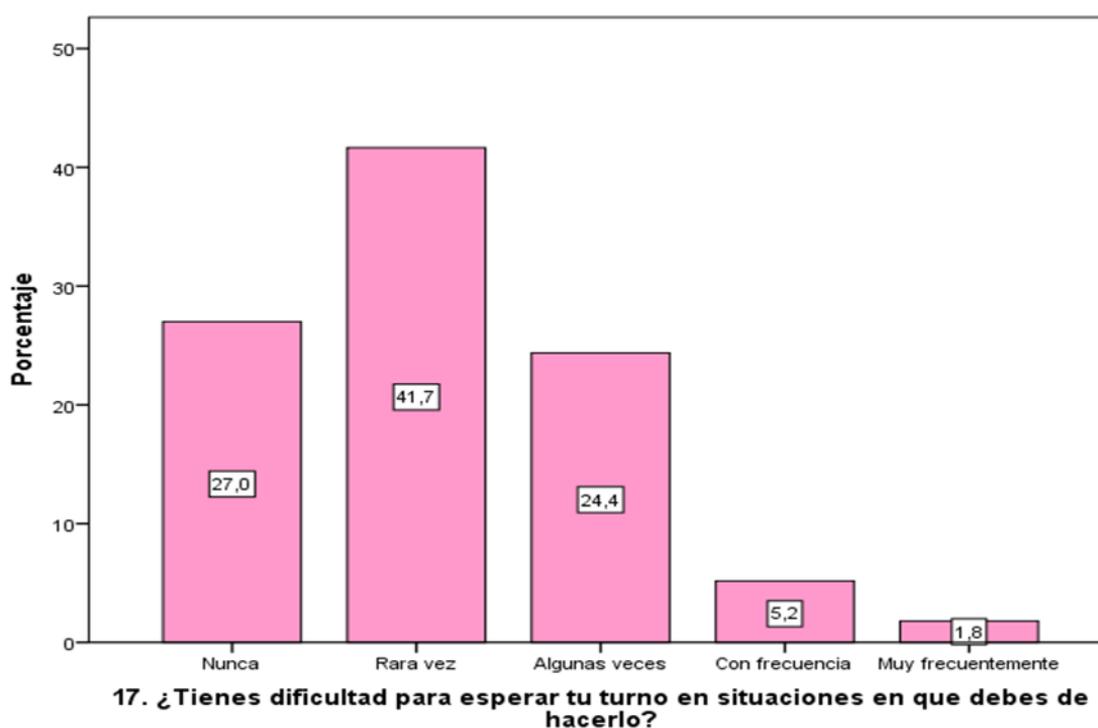


Gráfico nº 24.- Resultados ítem 17 subtipo Impulsivo

El 31,4% afirma tener dificultad para esperar su turno en situaciones en las que debe hacerlo (respetar turno de espera en intervenciones orales, filas de compra, etc.). Esta expresión de impulsividad es significativa en las variables de sexo (mujeres, 35%) y nivel de estudios (sin escolarizar -50%), PCPI-FPB -42%- y universitarios -37%).

Tabla nº 63.- Resultados ítem 18 subtipo Impulsivo

18. ¿Interrumpes a otros cuando estás ocupados?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	177	21,2	21,2	21,2
	Rara vez	404	48,4	48,5	69,7
	Algunas veces	210	25,1	25,2	95,0
	Con frecuencia	30	3,6	3,6	98,6
	Muy frecuentemente	12	1,4	1,4	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

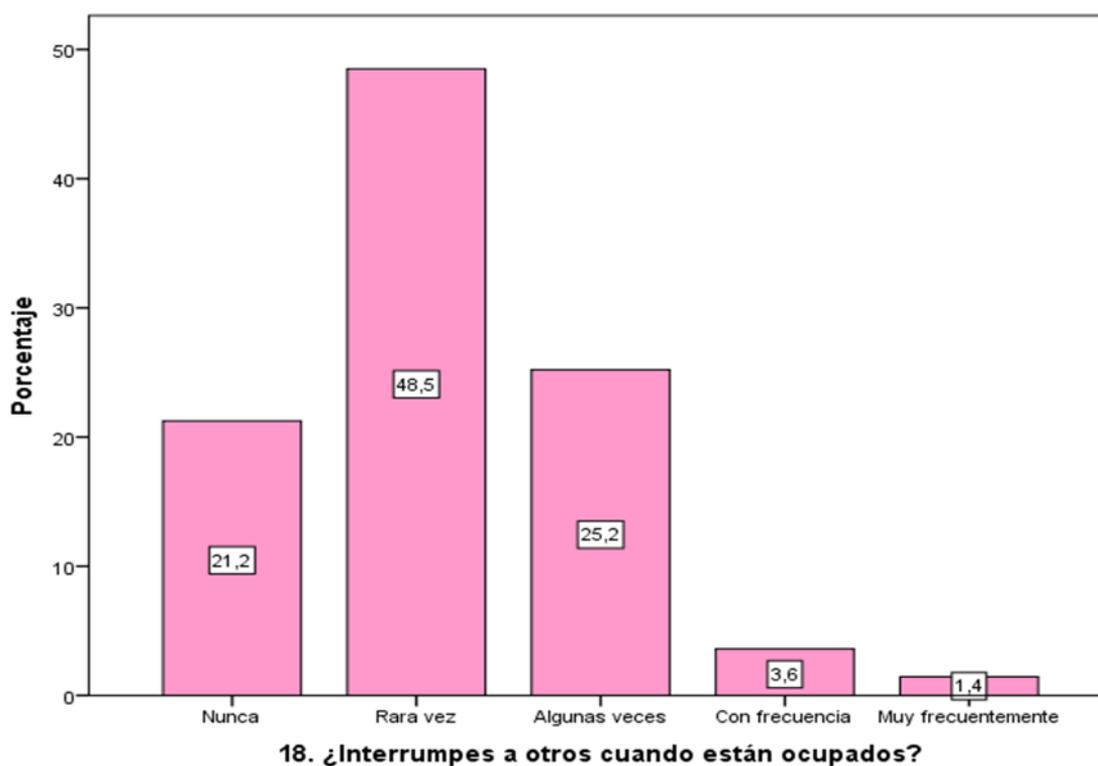


Gráfico nº 25.- Resultados ítem 18 subtipo Impulsivo

El 30% interrumpe a otros cuando están ocupados (realizando sus tareas personales, profesionales, habituales...). Son significativas las variables de edad (jóvenes con edad media en torno a 20 años), tipo de estudios (PCPI-FPB -50%-, bachillerato -33%- y sin escolarizar -47-) y estado civil (solteros, 38%).

5.5.3.- Resultados por variables

Tabla nº 64.- Resultados por variables: sexo (Impulsivo)

		SEXO				p-valor
		Hombre		Mujer		
		n	%	n	%	
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	Nunca	75	15,7%	30	8,5%	<0,001
	Rara vez	181	37,8%	92	26,1%	
	Algunas veces	156	32,6%	165	46,9%	
	Con frecuencia	48	10,0%	54	15,3%	
	Muy frecuentemente	19	4,0%	11	3,1%	
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?	Nunca	153	31,9%	96	27,3%	0,456
	Rara vez	160	33,3%	114	32,4%	
	Algunas veces	119	24,8%	104	29,5%	
	Con frecuencia	39	8,1%	29	8,2%	
	Muy frecuentemente	9	1,9%	9	2,6%	
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?	Nunca	141	29,4%	68	19,3%	0,003
	Rara vez	177	36,9%	126	35,8%	
	Algunas veces	121	25,2%	109	31,0%	
	Con frecuencia	30	6,3%	35	9,9%	
	Muy frecuentemente	11	2,3%	14	4,0%	
16. ¿Cuando estás en una conversación, terminas las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	Nunca	121	25,2%	68	19,3%	0,073
	Rara vez	191	39,8%	132	37,5%	
	Algunas veces	129	26,9%	110	31,3%	
	Con frecuencia	32	6,7%	31	8,8%	
	Muy frecuentemente	7	1,5%	11	3,1%	
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?	Nunca	142	29,6%	83	23,6%	0,034
	Rara vez	204	42,5%	142	40,3%	
	Algunas veces	101	21,0%	102	29,0%	
	Con frecuencia	22	4,6%	21	6,0%	
	Muy frecuentemente	11	2,3%	4	1,1%	
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?	Nunca	104	21,7%	73	20,7%	0,174
	Rara vez	239	49,8%	164	46,6%	
	Algunas veces	116	24,2%	94	26,7%	
	Con frecuencia	12	2,5%	18	5,1%	
	Muy frecuentemente	9	1,9%	3	,9%	

Tabla nº 65.- Resultados por variables: sexo (Impulsivo)

		HABITAT				p-valor
		Rural		Urbano		
		n	%	n	%	
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	Nunca	43	13,2%	62	12,3%	0,316
	Rara vez	104	31,9%	168	33,4%	
	Algunas veces	126	38,7%	194	38,6%	
	Con frecuencia	36	11,0%	66	13,1%	
	Muy frecuentemente	17	5,2%	13	2,6%	
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?	Nunca	93	28,5%	156	31,0%	0,432
	Rara vez	104	31,9%	168	33,3%	
	Algunas veces	99	30,4%	124	24,6%	
	Con frecuencia	23	7,1%	45	8,9%	
	Muy frecuentemente	7	2,1%	11	2,2%	
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?	Nunca	85	26,1%	123	24,4%	0,151
	Rara vez	105	32,2%	197	39,1%	
	Algunas veces	104	31,9%	126	25,0%	
	Con frecuencia	23	7,1%	42	8,3%	
	Muy frecuentemente	9	2,8%	16	3,2%	
16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	Nunca	67	20,6%	120	23,8%	0,723
	Rara vez	126	38,7%	197	39,1%	
	Algunas veces	101	31,0%	138	27,4%	
	Con frecuencia	24	7,4%	39	7,7%	
	Muy frecuentemente	8	2,5%	10	2,0%	
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?	Nunca	80	24,5%	145	28,8%	0,49
	Rara vez	136	41,7%	208	41,3%	
	Algunas veces	88	27,0%	115	22,8%	
	Con frecuencia	15	4,6%	28	5,6%	
	Muy frecuentemente	7	2,1%	8	1,6%	
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?	Nunca	64	19,6%	113	22,4%	0,267
	Rara vez	152	46,6%	249	49,4%	
	Algunas veces	95	29,1%	115	22,8%	
	Con frecuencia	12	3,7%	18	3,6%	
	Muy frecuentemente	3	,9%	9	1,8%	

Tabla nº 66.- Resultados por variables: Estado civil (Impulsivo)

		ESTADO CIVIL				p-valor
		Casado/a		Soltero/a		
		n	%	n	%	
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	Nunca	7	10,6%	97	12,9%	0,251
	Rara vez	30	45,5%	238	31,6%	
	Algunas veces	21	31,8%	298	39,5%	
	Con frecuencia	6	9,1%	94	12,5%	
	Muy frecuentemente	2	3,0%	27	3,6%	
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?	Nunca	28	42,4%	212	28,1%	0,11
	Rara vez	17	25,8%	256	33,9%	
	Algunas veces	13	19,7%	209	27,7%	
	Con frecuencia	7	10,6%	61	8,1%	
	Muy frecuentemente	1	1,5%	17	2,3%	
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?	Nunca	21	31,8%	186	24,6%	0,559
	Rara vez	24	36,4%	275	36,4%	
	Algunas veces	13	19,7%	213	28,2%	
	Con frecuencia	6	9,1%	58	7,7%	
	Muy frecuentemente	2	3,0%	23	3,0%	
16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	Nunca	22	33,3%	163	21,6%	0,289
	Rara vez	23	34,8%	296	39,2%	
	Algunas veces	17	25,8%	220	29,1%	
	Con frecuencia	3	4,5%	59	7,8%	
	Muy frecuentemente	1	1,5%	17	2,3%	
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?	Nunca	21	31,8%	199	26,4%	0,205
	Rara vez	27	40,9%	317	42,0%	
	Algunas veces	18	27,3%	182	24,1%	
	Con frecuencia	0	0,0%	42	5,6%	
	Muy frecuentemente	0	0,0%	15	2,0%	
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?	Nunca	17	25,8%	157	20,8%	0,015
	Rara vez	39	59,1%	360	47,7%	
	Algunas veces	10	15,2%	197	26,1%	
	Con frecuencia	0	0,0%	30	4,0%	
	Muy frecuentemente	0	0,0%	11	1,5%	

Tabla nº 67.- Resultados por variables: Edad (Impulsivo)

		EDAD							p-valor
		Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Media -na	Percentil 75	Percentil 25	
Hiperactivo	NO	21,10	3,80	15	30	20,00	23,00	18,00	0,085
	SI	20,29	3,63	16	30	19,00	21,50	18,00	
Impulsivo	NO	21,04	3,77	15	30	20,00	23,00	18,00	0,442
	SI	20,50	4,31	16	30	20,00	21,00	17,00	
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	Nunca	20,64	4,20	16	30	19,00	23,00	17,00	0,594
	Rara vez	21,13	3,72	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,99	3,62	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,89	3,81	15	30	20,00	22,50	18,00	
	Muy frecuentemente	22,03	4,42	17	30	21,00	25,00	18,00	
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?	Nunca	21,26	3,95	16	30	20,00	24,00	18,00	0,801
	Rara vez	20,92	3,59	15	30	20,00	22,00	18,00	
	Algunas veces	20,85	3,73	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	21,09	4,14	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Muy frecuentemente	21,33	4,19	17	30	20,00	22,00	18,00	
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?	Nunca	21,09	3,94	15	30	20,00	23,00	18,00	0,794
	Rara vez	21,03	3,73	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,12	3,80	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,78	3,74	16	30	19,50	23,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,24	3,53	16	29	19,00	21,00	18,00	
16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	Nunca	20,98	4,02	16	30	20,00	23,00	18,00	0,589
	Rara vez	21,06	3,74	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,01	3,62	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,63	3,84	16	30	19,00	22,00	18,00	
	Muy frecuentemente	22,56	4,41	17	30	21,00	28,00	20,00	
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?	Nunca	21,15	3,95	16	30	20,00	23,00	18,00	0,053
	Rara vez	21,24	3,75	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,87	3,67	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	19,67	3,11	16	30	19,00	21,00	18,00	
	Muy frecuentemente	20,27	5,04	16	30	18,00	23,00	17,00	
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?	Nunca	21,07	4,01	16	30	20,00	23,00	18,00	0,009
	Rara vez	21,33	3,90	15	30	21,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,73	3,35	16	30	20,00	22,00	18,00	
	Con frecuencia	19,20	2,96	16	30	18,50	21,00	17,00	
	Muy frecuentemente	20,18	4,83	16	29	18,00	23,00	17,00	

Tabla nº 68.- Resultados por variables: Nivel de estudios (Impulsivo)

		NIVEL DE ESTUDIOS														p-valor		
		Univer sidad		Form. Prof.		Bachi llerato		Sin escolarizar		Otros		Trabajo		PCPI FPB			Adultos ESO	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?	Nunca	7	6,1%	44	13,8%	23	10,3%	1	12,5%	5	33,3%	11	15,5%	13	20,0%	1	6,7%	
	Rara vez	44	38,6%	109	34,2%	66	29,5%	2	25,0%	4	26,7%	26	36,6%	22	33,8%	0	0,0%	
	Alg. veces	48	42,1%	118	37,0%	89	39,7%	4	50,0%	2	13,3%	24	33,8%	26	40,0%	10	66,7%	
	Con frec.	13	11,4%	34	10,7%	37	16,5%	1	12,5%	3	20,0%	9	12,7%	2	3,1%	3	20,0%	
	Muy frec.	2	1,8%	14	4,4%	9	4,0%	0	0,0%	1	6,7%	1	1,4%	2	3,1%	1	6,7%	
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?	Nunca	27	23,7%	94	29,4%	73	32,6%	2	25,0%	7	46,7%	25	35,2%	15	23,1%	6	40,0%	
	Rara vez	40	35,1%	105	32,8%	72	32,1%	3	37,5%	4	26,7%	25	35,2%	21	32,3%	4	26,7%	
	Alg. veces	34	29,8%	90	28,1%	53	23,7%	3	37,5%	3	20,0%	13	18,3%	23	35,4%	4	26,7%	
	Con frec.	11	9,6%	22	6,9%	22	9,8%	0	0,0%	1	6,7%	7	9,9%	4	6,2%	1	6,7%	
	Muy frec.	2	1,8%	9	2,8%	4	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	2	3,1%	0	0,0%	
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?	Nunca	19	16,7%	95	29,7%	43	19,2%	1	12,5%	6	40,0%	21	29,6%	19	29,2%	5	33,3%	
	Rara vez	48	42,1%	117	36,6%	83	37,1%	3	37,5%	5	33,3%	25	35,2%	17	26,2%	5	33,3%	
	Alg. veces	32	28,1%	80	25,0%	64	28,6%	3	37,5%	3	20,0%	19	26,8%	25	38,5%	4	26,7%	
	Con frec.	12	10,5%	21	6,6%	22	9,8%	1	12,5%	1	6,7%	5	7,0%	2	3,1%	1	6,7%	
	Muy frec.	3	2,6%	7	2,2%	12	5,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	2	3,1%	0	0,0%	
16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	Nunca	8	7,0%	81	25,3%	51	22,8%	2	25,0%	6	40,0%	18	25,4%	19	29,2%	4	26,7%	
	Rara vez	55	48,2%	129	40,3%	75	33,5%	2	25,0%	6	40,0%	26	36,6%	26	40,0%	4	26,7%	
	Alg. veces	34	29,8%	83	25,9%	73	32,6%	3	37,5%	1	6,7%	25	35,2%	16	24,6%	4	26,7%	
	Con frec.	10	8,8%	25	7,8%	20	8,9%	1	12,5%	0	0,0%	1	1,4%	4	6,2%	2	13,3%	
	Muy frec.	7	6,1%	2	,6%	5	2,2%	0	0,0%	2	13,3%	1	1,4%	0	0,0%	1	6,7%	
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?	Nunca	16	14,0%	96	30,0%	60	26,8%	1	12,5%	6	40,0%	22	31,0%	18	27,7%	6	40,0%	
	Rara vez	56	49,1%	137	42,8%	91	40,6%	3	37,5%	6	40,0%	28	39,4%	20	30,8%	5	33,3%	
	Alg. veces	34	29,8%	71	22,2%	53	23,7%	3	37,5%	2	13,3%	17	23,9%	19	29,2%	4	26,7%	
	Con frec.	7	6,1%	9	2,8%	18	8,0%	1	12,5%	0	0,0%	4	5,6%	4	6,2%	0	0,0%	
	Muy frec.	1	,9%	7	2,2%	2	,9%	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	4	6,2%	0	0,0%	
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?	Nunca	16	14,0%	78	24,4%	38	17,0%	1	12,5%	5	33,3%	16	22,5%	15	23,1%	8	53,3%	
	Rara vez	64	56,1%	154	48,1%	110	49,1%	3	37,5%	6	40,0%	42	59,2%	19	29,2%	5	33,3%	
	Alg. veces	27	23,7%	73	22,8%	64	28,6%	4	50,0%	3	20,0%	13	18,3%	24	36,9%	2	13,3%	
	Con frec.	7	6,1%	11	3,4%	7	3,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	7,7%	0	0,0%	
	Muy frec.	0	0,0%	4	1,3%	5	2,2%	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	2	3,1%	0	0,0%	

5.6.- ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE REPERCUSIÓN DE SÍNTOMAS DE TDAH (ESCALA DSM-IV-TR) EN ASPECTOS DE LA VIDA

5.6.1. Presentación

El análisis de relación entre síntomas de salud y sus efectos en la vida cotidiana de las personas no necesita justificación. Cuando esta repercusión condiciona las más importantes manifestaciones de su vida como pueden ser sus relaciones sociales, familiares, laborales y formativas, cobra un interés especial. Este es uno de los objetivos principales del estudio entre síntomas TDAH y los efectos en la vida de las personas que se investiga en esta tesis.

En la bibliografía especializada no abundan las publicaciones sobre resultados obtenidos en la incidencia de los síntomas del TDAH en adultos y sus efectos en la vida cotidiana. El estudio de Aragonés¹⁵⁷ et al. (2013) considera que el cribado positivo se asocia a disfunción laboral, social y familiar y a mayor estrés percibido. A nivel mundial se han obtenido resultados similares en las investigaciones de Biederman¹⁵⁸ et al (2006), Faraone¹⁵⁹ (2006), Kessler¹⁶⁰ et al (2006), Fayyad, Kessler¹⁶¹ et al (2007) y Barkley, Fischer¹⁶² et al (2008). En el caso de adolescentes existen estudios más frecuentes como los publicados en la encuesta realizada en 2011 sobre ADHD en 21 países miembros de la Unión Europea titulada "*Lifetime Impairment Survey*" (LIS,¹⁶³) donde quienes presentan antecedentes de TDAH ven más deterioradas sus relaciones sociales, laborales y especialmente su rendimiento académico.

En apartados anteriores de esta tesis se han descifrado los principales síntomas del TDAH. En resumen podrían señalarse seis síntomas –derivados de los seis ítems de la escala reducida del ASRS-, coincidentes con el psiquiatra Tajima ¹⁶⁴.

1.- *Dificultad para finalizar tareas*: En niños para realizar los “deberes” y en adultos para emprender tareas y abandonarlas antes de finalizar.

2.- *Dificultad para organizarse*: Presentan dificultades en cuanto al método de trabajo, comenzar numerosas cuestiones sin finalizarlas, etc.

3.- *No acordarse de obligaciones*: Alumnos que nunca tienen “deberes”, incumplimiento de citas, despistes con las llaves, etc.

4.- *Evitar tareas que requieren esfuerzo mental*: Dificultad para leer libros, terminar de ver una película, etc.

5.- *Inquietud*: Mover piernas, brazos, manos, rotar el bolígrafo con los dedos, etc. En adultos más inquietud de tipo psíquico.

6.- *Impulsividad*: Interrumpe o no deja finalizar conversaciones, impaciente por sus cuestiones, por expresar “lo mío”, etc.

Para que se pueda indicar que un adulto tiene el TDAH han de combinarse algunos de estos seis síntomas asociados con –al menos 2- dificultades en las *relaciones: Laborales, familiares y personales*. Aspectos muy influyentes en la vida de las personas.

Aquí se han estudiado estadísticamente ocho cuestiones relacionadas con la vida cotidiana, que según la valoración de los participantes en el estudio pueden estar influenciadas o condicionados como consecuencia de presentar o haber presentado síntomas de TDAH a lo largo de su vida, de no haber sido

diagnosticados previamente o de no haber sido atendidos clínicamente en la edad adulta. Estas cuestiones se han formulado en el cuestionario aplicado como se indica a continuación:

Con cuánta frecuencia han repercutido en:

1. *Tu salud física*: enfermedades, accidentes, golpes, otros...
2. *Tu salud psíquica*: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...
3. *Rendimiento académico*: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros...
4. *Relaciones familiares*: problemas familiares, relaciones sexuales, otros...
5. *Relaciones laborales*: empleo, salario, paro, economía, otros...
6. *Relaciones sociales*: amig@s, religión, residencia, otros...
7. *Ocio, tiempo libre*: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?

Las opciones de respuesta han sido como en la escala ASRS: *Nunca, rara vez, algunas veces, con frecuencia y muy frecuentemente*. Esta valoración es adecuada para alcanzar el objetivo fijado y permite mantener la familiaridad de respuesta iniciada en la cumplimentación del cuestionario. El análisis estadístico se ha realizado con los parámetros aplicados a los 18 ítems de la escala ASRS y su valoración cualitativa se realiza considerando como influjo positivo las respuestas elegidas en las alternativas: *Algunas veces, con frecuencia y muy*

frecuentemente. La suma de los porcentajes alcanzados nos permite valorar la diferencia entre los dos grupos establecidos por ítems y por variables.

5.6.2.- Resultados estadísticos según predominio TDAH

En predominio TDAH-A (inatento) la diferencia estadística encontrada entre el rasgo TDAH positivo y negativo resulta significativa ($p < 0,001$) en los ocho aspectos planteados.

El análisis pormenorizado indica que pertenecer al grupo TDAH+ ha influido el doble (en proporción 2/1) frente al grupo TDAH- en:

-*Salud física*: Tienen más accidentes, reciben más golpes, etc.

-*Relaciones familiares*: Presentan problemas familiares, relaciones de pareja, con amigos...

-*Disponibilidad o uso del ocio o tiempo libre*: ponerse de acuerdo para practicar deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...

Su influencia ha sido menor (proporción 1,5/2) en:

-*Salud psíquica*: Tener más preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...

-*Rendimiento académico*: No alcanzar calificaciones deseadas o posibles, títulos, niveles de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros...

No existen diferencias entre ambos grupos, en *aspectos laborales*: Obtener empleo, salario, paro, economía... Así como al considerar lo que hubieran alcanzado sin el influjo de todos estos aspectos. Aquí es preciso destacar el

elevado porcentaje de valoración: 96% en el grupo considerado positivo y 86% en el negativo.

En predominio TDAH-H (Hiperactivo), la diferencia estadística entre grupos es significativa en todos los aspectos analizados de influjo en la vida con la excepción de relaciones laborales y sociales.

Estas diferencias se presentan más ajustadas que en el predominio TDAH-A en los ocho aspectos de vida analizados. La proporción es de 1,5/2. La valoración es muy similar en todos los aspectos analizados con ligera variación en la repercusión de hiperactividad en salud física.

En predominio TDAH-I (impulsivo) la diferencia estadística encontrada entre el rasgo TDAH positivo y negativo resulta significativa ($p < 0,001$) en todos los aspectos planteados exceptuando el último ítem que valora el influjo directo que han podido tener los siete aspectos de vida planteados en obtener mejores calificaciones o nivel de empleo.

Como en el predominio TDAH-I (inatento) las diferencias entre el grupo positivo y negativo son importantes: La proporción es de 1/2 en: relaciones familiares (problemas familiares, de pareja...) y relaciones sociales (amigos, grupos de convivencia, etc.).

5.6.3.- Resultados estadísticos según ítems por subtipos

Se describen a continuación:

Tabla nº 69.- Resultados de repercusión en la vida por subtipo Inatento

		INATENTO				
		Rasgo TDAH				
		Negativo		Positivo		p-valor
		n	%	n	%	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	182	23,1%	5	11,6%	<0,001
	Rara vez	335	42,5%	12	27,9%	
	Algunas veces	233	29,6%	16	37,2%	
	Con frecuencia	31	3,9%	6	14,0%	
	Muy frecuentemente	7	,9%	4	9,3%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	93	11,8%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	226	28,7%	6	14,0%	
	Algunas veces	308	39,1%	15	34,9%	
	Con frecuencia	123	15,6%	11	25,6%	
	Muy frecuentemente	38	4,8%	11	25,6%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...	Nunca	60	7,6%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	171	21,7%	3	7,1%	
	Algunas veces	397	50,3%	13	31,0%	
	Con frecuencia	136	17,2%	19	45,2%	
	Muy frecuentemente	25	3,2%	7	16,7%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	211	26,7%	5	11,6%	<0,001
	Rara vez	294	37,2%	7	16,3%	
	Algunas veces	217	27,5%	10	23,3%	
	Con frecuencia	54	6,8%	15	34,9%	
	Muy frecuentemente	14	1,8%	6	14,0%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	312	39,5%	11	25,6%	0,001
	Rara vez	261	33,1%	11	25,6%	
	Algunas veces	173	21,9%	10	23,3%	
	Con frecuencia	34	4,3%	8	18,6%	
	Muy frecuentemente	9	1,1%	3	7,0%	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	194	24,6%	7	16,3%	0,002
	Rara vez	285	36,1%	8	18,6%	
	Algunas veces	230	29,2%	15	34,9%	
	Con frecuencia	69	8,7%	10	23,3%	
	Muy frecuentemente	11	1,4%	3	7,0%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	200	25,3%	5	11,6%	<0,001
	Rara vez	265	33,5%	8	18,6%	
	Algunas veces	218	27,6%	12	27,9%	
	Con frecuencia	77	9,7%	12	27,9%	
	Muy frecuentemente	30	3,8%	6	14,0%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	34	4,3%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	74	9,4%	2	4,7%	
	Algunas veces	380	48,2%	9	20,9%	
	Con frecuencia	183	23,2%	15	34,9%	
	Muy frecuentemente	118	15,0%	17	39,5%	

Tabla nº 70.- Resultados de repercusión en la vida por subtipo Hiperactivo

		HIPERACTIVO				p-valor
		NO		SI		
		n	%	n	%	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	179	23,6%	8	11,1%	<0,001
	Rara vez	326	43,0%	21	29,2%	
	Algunas veces	217	28,6%	32	44,4%	
	Con frecuencia	28	3,7%	9	12,5%	
	Muy frecuentemente	9	1,2%	2	2,8%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	87	11,5%	6	8,3%	<0,001
	Rara vez	224	29,5%	8	11,1%	
	Algunas veces	299	39,4%	24	33,3%	
	Con frecuencia	114	15,0%	20	27,8%	
	Muy frecuente.	35	4,6%	14	19,4%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...	Nunca	58	7,6%	2	2,8%	<0,001
	Rara vez	169	22,2%	5	7,0%	
	Algunas veces	378	49,7%	32	45,1%	
	Con frecuencia	130	17,1%	25	35,2%	
	Muy frecuente.	25	3,3%	7	9,9%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	199	26,1%	17	23,6%	<0,001
	Rara vez	286	37,6%	15	20,8%	
	Algunas veces	207	27,2%	20	27,8%	
	Con frecuencia	51	6,7%	18	25,0%	
	Muy frecuente.	18	2,4%	2	2,8%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	299	39,3%	24	33,3%	0,062
	Rara vez	253	33,3%	19	26,4%	
	Algunas veces	164	21,6%	19	26,4%	
	Con frecuencia	34	4,5%	8	11,1%	
	Muy frecuente.	10	1,3%	2	2,8%	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	185	24,3%	16	22,2%	0,005
	Rara vez	280	36,8%	13	18,1%	
	Algunas veces	216	28,4%	29	40,3%	
	Con frecuencia	67	8,8%	12	16,7%	
	Muy frecuente.	12	1,6%	2	2,8%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	194	25,5%	11	15,3%	0,001
	Rara vez	255	33,5%	18	25,0%	
	Algunas veces	208	27,3%	22	30,6%	
	Con frecuencia	77	10,1%	12	16,7%	
	Muy frecuente.	27	3,5%	9	12,5%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	32	4,2%	2	2,8%	<0,001
	Rara vez	74	9,7%	2	2,8%	
	Algunas veces	369	48,6%	20	27,8%	
	Con frecuencia	173	22,8%	25	34,7%	
	Muy frecuente.	112	14,7%	23	31,9%	

Tabla nº 71.- Resultados de repercusión en la vida por subtipo Impulsivo

		IMPULSIVO				p-valor
		NO		SI		
		n	%	n	%	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	185	23,1%	2	6,5%	<0,001
	Rara vez	336	42,0%	11	35,5%	
	Algunas veces	240	30,0%	9	29,0%	
	Con frecuencia	31	3,9%	6	19,4%	
	Muy frecuentemente	8	1,0%	3	9,7%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	93	11,6%	0	0,0%	<0,001
	Rara vez	228	28,5%	4	12,9%	
	Algunas veces	316	39,5%	7	22,6%	
	Con frecuencia	123	15,4%	11	35,5%	
	Muy frecuente.	40	5,0%	9	29,0%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...	Nunca	59	7,4%	1	3,2%	<0,001
	Rara vez	172	21,5%	2	6,5%	
	Algunas veces	401	50,1%	9	29,0%	
	Con frecuencia	142	17,8%	13	41,9%	
	Muy frecuente.	26	3,3%	6	19,4%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	212	26,4%	4	12,9%	<0,001
	Rara vez	296	36,9%	5	16,1%	
	Algunas veces	219	27,3%	8	25,8%	
	Con frecuencia	61	7,6%	8	25,8%	
	Muy frecuente.	14	1,7%	6	19,4%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	316	39,5%	7	22,6%	0,001
	Rara vez	261	32,6%	11	35,5%	
	Algunas veces	174	21,7%	9	29,0%	
	Con frecuencia	41	5,1%	1	3,2%	
	Muy frecuente.	9	1,1%	3	9,7%	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	198	24,7%	3	9,7%	<0,001
	Rara vez	290	36,2%	3	9,7%	
	Algunas veces	230	28,7%	15	48,4%	
	Con frecuencia	75	9,4%	4	12,9%	
	Muy frecuente.	8	1,0%	6	19,4%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	200	24,9%	5	16,1%	<0,001
	Rara vez	270	33,7%	3	9,7%	
	Algunas veces	218	27,2%	12	38,7%	
	Con frecuencia	85	10,6%	4	12,9%	
	Muy frecuente.	29	3,6%	7	22,6%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	33	4,1%	1	3,2%	0,037
	Rara vez	75	9,4%	1	3,2%	
	Algunas veces	378	47,2%	11	35,5%	
	Con frecuencia	192	24,0%	6	19,4%	
	Muy frecuente.	123	15,4%	12	38,7%	

Pertenecer al grupo positivo (considerado con más probabilidad de ser TDAH) frente al grupo negativo, resulta significativo -desde el punto de vista estadístico- en los 8 ítems analizados, por tanto, el grupo riesgo influye de forma significativa en los aspectos de vida de los sujetos estudiados en los tres predominios: Inatento, Hiperactivo e Impulsivo, salvo en el ítem 5 –influjo en el empleo- del predominio Hiperactivo).

Con esta excepción y la de los ítems: Número 6 -influjo en las relaciones sociales- en el predominio Hiperactivo y del número 8 –influencia en el rendimiento académico- en el Impulsivo, el nivel de significatividad es de 0.001.

Tabla nº 72.- Resultados por variables según subtipos de TDAH (Inatento)

VARIABLES		INATENTO				
		Rasgo TDAH				
		Negativo		Positivo		p-valor
		n	%	n	%	
Sexo	Hombre	451	57,1%	30	69,8%	0,101
	Mujer	339	42,9%	13	30,2%	
Hábitat	Rural	311	39,5%	15	34,9%	0,549
	Urbano	477	60,5%	28	65,1%	
Lugar de residencia	<1000 hab.	152	19,4%	11	25,6%	0,188
	1000 - 1000 hab.	157	20,1%	4	9,3%	
	Capital	473	60,5%	28	65,1%	
Nivel de Estudios	Universidad	111	14,1%	3	7,0%	0,216
	Formación Profesional	301	38,1%	20	46,5%	
	Bachillerato	211	26,7%	13	30,2%	
	Sin escolarizar	8	1,0%	0	0,0%	
	Otros	13	1,6%	2	4,7%	
	Trabajo	70	8,9%	1	2,3%	
	PCPI	61	7,7%	4	9,3%	
Centro de Formación	Adultos - ESO	15	1,9%	0	0,0%	0,555
	ECYL	45	5,7%	1	2,3%	
	Universidad	266	33,7%	12	27,9%	
	Instituto - Colegio Privado	395	50,0%	24	55,8%	
	Educación de adultos	37	4,7%	4	9,3%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	4	,5%	1	2,3%	
Formación Profesional	Empresas Privadas	35	4,4%	1	2,3%	0,373
	Mantenimiento Industrial	77	26,6%	6	30,0%	
	Energía y Agua	27	9,3%	1	5,0%	
	Sanidad	59	20,4%	5	25,0%	
	Automoción	48	16,6%	2	10,0%	
	Electricidad	32	11,1%	4	20,0%	
	Madera	18	6,2%	2	10,0%	
Adultos-ESO	Peluquería	28	9,7%	0	0,0%	---
	Primer Ciclo	0	0,0%	0	0,0%	
Estado Civil	Segundo Ciclo	15	100,0%	0	0,0%	0,245
	Casado/a	65	8,3%	1	2,3%	
	Soltero/a	714	91,7%	42	97,7%	

Tabla nº 73.- Resultados por variables según subtipos de TDAH (Hiperactivo)

		HIPERACTIVO				p-valor
		NO		SI		
		n	%	n	%	
Lugar de residencia	<1.000 hab.	143	19,0%	20	27,8%	0,176
	1.000 - 10.000 hab.	150	19,9%	11	15,3%	
	Capital	460	61,1%	41	56,9%	
Sexo	Hombre	435	57,2%	45	62,5%	0,388
	Mujer	325	42,8%	27	37,5%	
Hábitat	Rural	294	38,8%	32	44,4%	0,347
	Urbano	464	61,2%	40	55,6%	
Nivel de Estudios	Universidad	104	13,7%	10	13,9%	0,144
	Formación Profesional	282	37,1%	38	52,8%	
	Bachillerato	211	27,8%	13	18,1%	
	Sin escolarizar	8	1,1%	0	0,0%	
	Otros	13	1,7%	2	2,8%	
	Trabajo	68	8,9%	3	4,2%	
	PCPI	59	7,8%	6	8,3%	
Centro de Formación	Adultos - ESO	15	2,0%	0	0,0%	0,567
	ECYL	43	5,7%	3	4,2%	
	Universidad	258	33,9%	20	27,8%	
	Instituto - Colegio Privado	374	49,2%	44	61,1%	
	Educación de adultos	38	5,0%	3	4,2%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	5	,7%	0	0,0%	
Formación Profesional	Empresas Privadas	34	4,5%	2	2,8%	0,078
	Mantenimiento Industrial	78	28,9%	5	13,2%	
	Energía y Agua	24	8,9%	4	10,5%	
	Sanidad	52	19,3%	12	31,6%	
	Automoción	44	16,3%	6	15,8%	
	Electricidad	28	10,4%	8	21,1%	
	Madera	17	6,3%	2	5,3%	
Estado Civil	Peluquería	27	10,0%	1	2,6%	0,03
	Casado/a	65	8,7%	1	1,4%	
	Soltero/a	684	91,3%	71	98,6%	

Tabla nº 74.- Resultados por variables según subtipos de TDAH (Impulsivo)

		IMPULSIVO				p-valor
		NO		SI		
		n	%	n	%	
Lugar de residencia	<1.000 hab.	157	19,8%	6	19,4%	0,998
	1.000 - 10.000 hab.	155	19,5%	6	19,4%	
	Capital	482	60,7%	19	61,3%	
Sexo	Hombre	466	58,1%	15	48,4%	0,282
	Mujer	336	41,9%	16	51,6%	
Hábitat	Rural	314	39,3%	12	38,7%	0,952
	Urbano	486	60,8%	19	61,3%	
Nivel de Estudios	Universidad	111	13,8%	3	9,7%	0,271
	Formación Profesional	313	39,0%	8	25,8%	
	Bachillerato	209	26,1%	15	48,4%	
	Sin escolarizar	8	1,0%	0	0,0%	
	Otros	14	1,7%	1	3,2%	
	Trabajo	69	8,6%	2	6,5%	
	PCPI	63	7,9%	2	6,5%	
Centro de Formación	Adultos - ESO	15	1,9%	0	0,0%	0,279
	ECYL	44	5,5%	2	6,5%	
	Universidad	266	33,2%	12	38,7%	
	Instituto - Colegio Privado	403	50,2%	16	51,6%	
	Educación de adultos	41	5,1%	0	0,0%	
	Centro de día	4	,5%	0	0,0%	
	Centro Penitenciario	4	,5%	0	0,0%	
	Cruz Roja	4	,5%	1	3,2%	
Formación Profesional	Empresas Privadas	36	4,5%	0	0,0%	0,034
	Mantenimiento Industrial	79	26,2%	4	50,0%	
	Energía y Agua	28	9,3%	0	0,0%	
	Sanidad	64	21,3%	0	0,0%	
	Automoción	50	16,6%	0	0,0%	
	Electricidad	33	11,0%	3	37,5%	
	Madera	19	6,3%	1	12,5%	
Estado Civil	Peluquería	28	9,3%	0	0,0%	0,723
	Casado/a	65	8,2%	1	3,4%	
	Soltero/a	728	91,8%	28	96,6%	

5.6.4.- RESULTADOS TOTALES SEGÚN ÍTEMS

Tabla nº 75.- Repercusión de síntomas TDAH en salud física

1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	187	22,4	22,5	22,5
	Rara vez	347	41,6	41,8	64,3
	Algunas veces	249	29,8	30,0	94,2
	Con frecuencia	37	4,4	4,5	98,7
	Muy frecuente.	11	1,3	1,3	100,0
	Total	831	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,5		
Total		835	100,0		

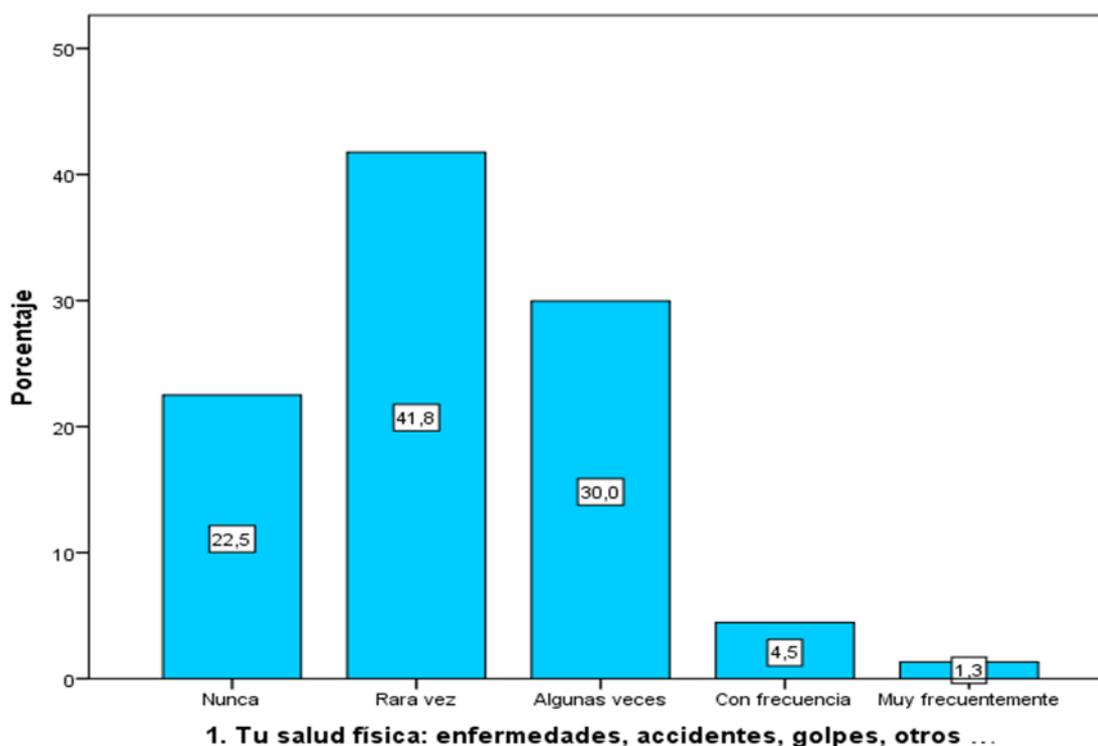


Gráfico nº 26.- Repercusión de síntomas TDAH en salud física

El 64,2% considera que los síntomas TDAH no han afectado a su *salud física*: Accidentes, golpes... Por variables únicamente se observan dificultades significativas en función del sexo: Para el 42% de las mujeres el efecto TDAH ha repercutido en su salud física a través de golpes al hacer cosas, en el trabajo, accidentes, enfermedades, etc.

Tabla nº 76.- Repercusión de síntomas TDAH en salud psíquica

2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	93	11,1	11,2	11,2
	Rara vez	232	27,8	27,9	39,1
	Algunas veces	323	38,7	38,9	78,0
	Con frecuencia	134	16,0	16,1	94,1
	Muy frecuente.	49	5,9	5,9	100,0
	Total	831	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	4	,5		
Total		835	100,0		

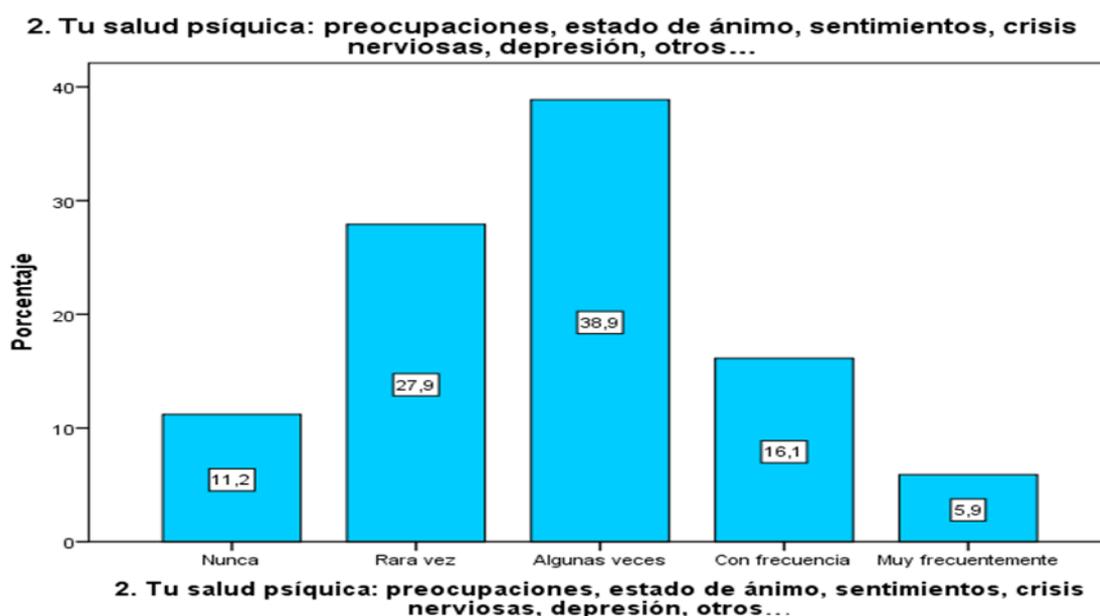


Gráfico nº 27.- Repercusión de síntomas TDAH en salud psíquica

Para el 61%, los síntomas TDAH han influido en su vida psíquica con diferentes manifestaciones: Preocupaciones, variación en el estado de ánimo, sentimientos percibidos, crisis nerviosas, incluso depresión, stress, etc...

Estas manifestaciones son significativas en la consideración por sexo (75% mujeres), estado civil (62% solteros), hábitat (67% rural), edad (media de 21 años) y nivel de estudios (bachillerato -78%-, universitarios -75%- y sin escolarizar -62%-).

Tabla nº 77.- Repercusión de síntomas TDAH en rendimiento académico

3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	60	7,2	7,2	7,2
	Rara vez	174	20,8	20,9	28,2
	Algunas veces	410	49,1	49,3	77,5
	Con frecuencia	155	18,6	18,7	96,1
	Muy frecuente.	32	3,8	3,9	100,0
	Total	831	99,5	100,0	

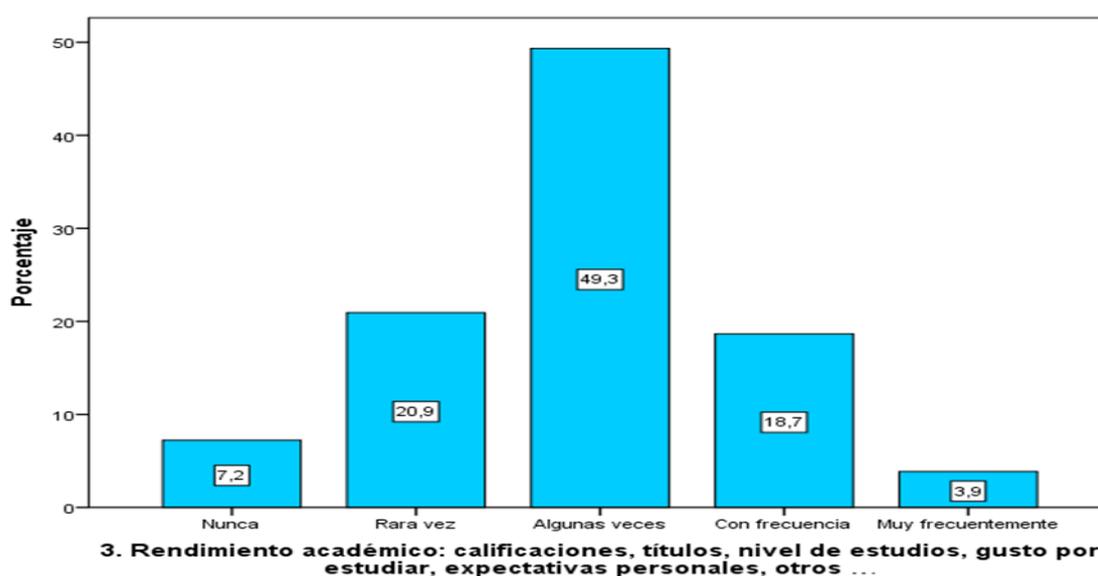


Gráfico nº 28.- Repercusión de síntomas TDAH en rendimiento académico

Para el 72%, los síntomas del TDAH han influido o están influyendo directamente en su rendimiento académico: Calificaciones, consecución de títulos, elección de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, método de estudio, etc.

Este influjo es significativo en las variables de: Sexo (78% mujeres, 67% varones), estado civil (73% solteros), edad (media de 21 años) y nivel de estudios (93% en educación de adultos, 76% de bachillerato y 73% de FP –Formación Profesional-).

Tabla nº 78.- Repercusión de síntomas TDAH en relaciones familiares

4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	216	25,9	25,9	25,9
	Rara vez	301	36,0	36,1	62,1
	Algunas veces	227	27,2	27,3	89,3
	Con frecuencia	69	8,3	8,3	97,6
	Muy frecuente.	20	2,4	2,4	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
Total		835	100,0		

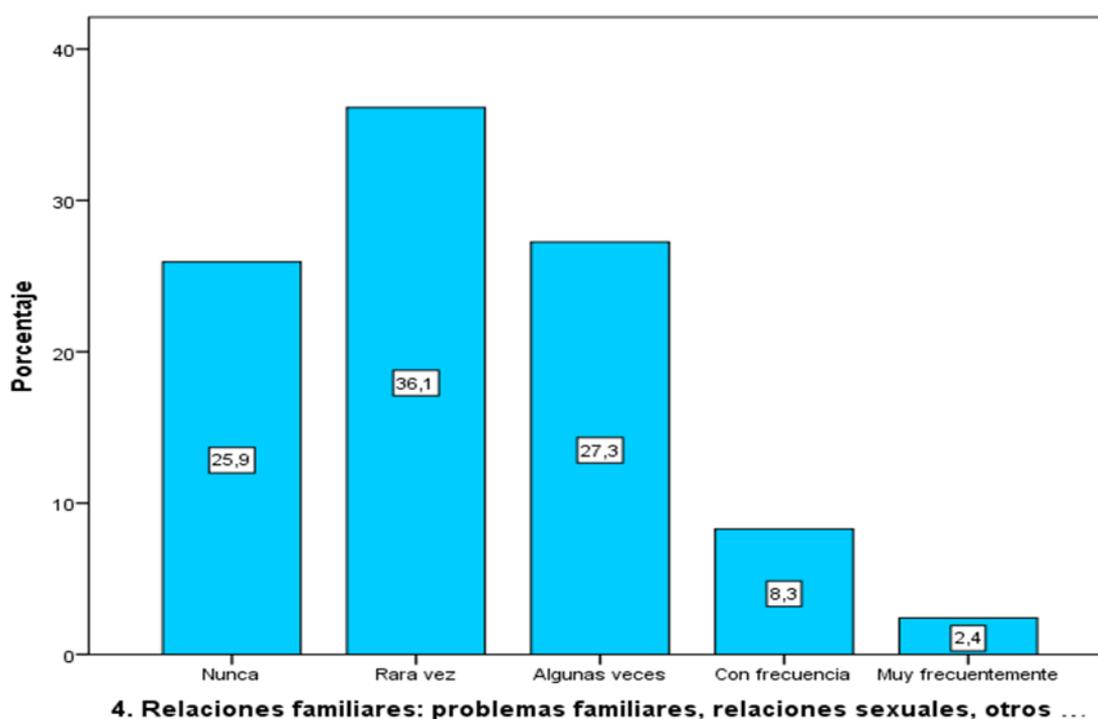


Gráfico nº 29.- Repercusión de síntomas TDAH en relaciones familiares

El influjo de los síntomas TDAH en las relaciones familiares según este estudio, ha sido de 38%. Frente a lo que pudiera esperarse, no ha repercutido en problemas familiares, relaciones sexuales, etc.

Por tanto, sólo resulta significativo en la variable de nivel de estudios: 47% en educación de adultos y 45% en bachillerato.

Tabla nº 79.- Repercusión de síntomas TDAH en relaciones laborales

5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	323	38,7	38,8	38,8
	Rara vez	272	32,6	32,7	71,5
	Algunas veces	183	21,9	22,0	93,5
	Con frecuencia	42	5,0	5,0	98,6
	Muy frecuente.	12	1,4	1,4	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

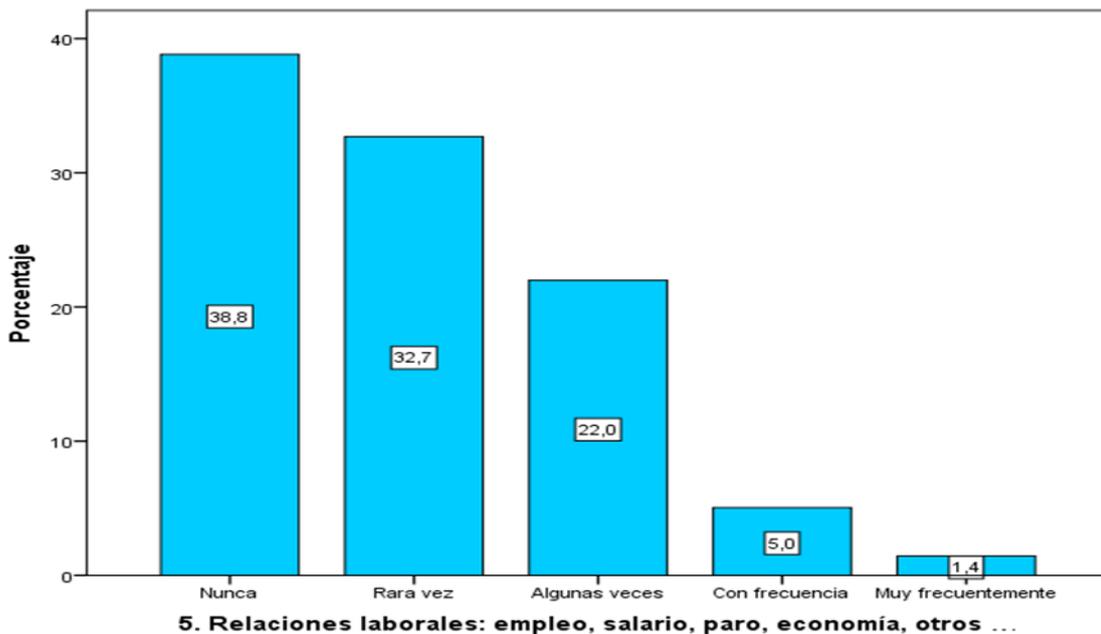


Gráfico nº 30.- Repercusión de síntomas TDAH en relaciones laborales

Apenas se observa repercusión de síntomas TDAH en las relaciones laborales de los sujetos estudiados: El 28,4% considera que han repercutido en el empleo, salario, paro, etc., considerando además que este estudio se ha realizado en los años de mayor incidencia de la crisis económico-laboral. Por tanto, ninguna variable obtiene resultados significativos desde el punto de vista estadístico.

Tabla nº 80.- Repercusión de síntomas TDAH en relaciones sociales

6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	201	24,1	24,2	24,2
	Rara vez	293	35,1	35,2	59,4
	Algunas veces	245	29,3	29,4	88,8
	Con frecuencia	79	9,5	9,5	98,3
	Muy frecuente.	14	1,7	1,7	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

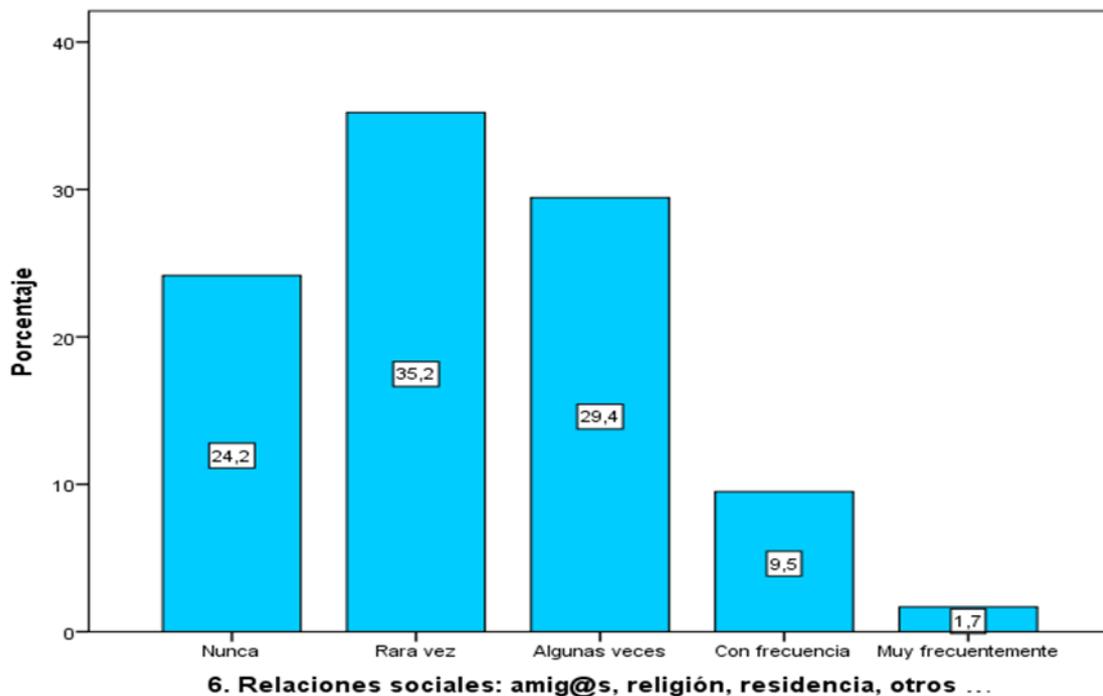


Gráfico nº 31.- Repercusión de síntomas TDAH en relaciones sociales

También es baja la repercusión de síntomas TDAH en las relaciones sociales: Un 40,6% considera que han afectado en sus relaciones con amig@s, lugar de residencia, ideología, etc.

En este sentido resultan significativas las variables de: Sexo (mujeres 43%) y nivel de estudios (63% sin escolarizar, 48% bachillerato y 45% universitarios).

Tabla nº 81.- Repercusión de síntomas TDAH en el uso del ocio

7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	205	24,6	24,6	24,6
	Rara vez	273	32,7	32,8	57,4
	Algunas veces	230	27,5	27,6	85,0
	Con frecuencia	89	10,7	10,7	95,7
	Muy frecuente.	36	4,3	4,3	100,0
	Total	833	99,8	100,0	
Perdidos		Sistema	2	,2	
Total	835	100,0			

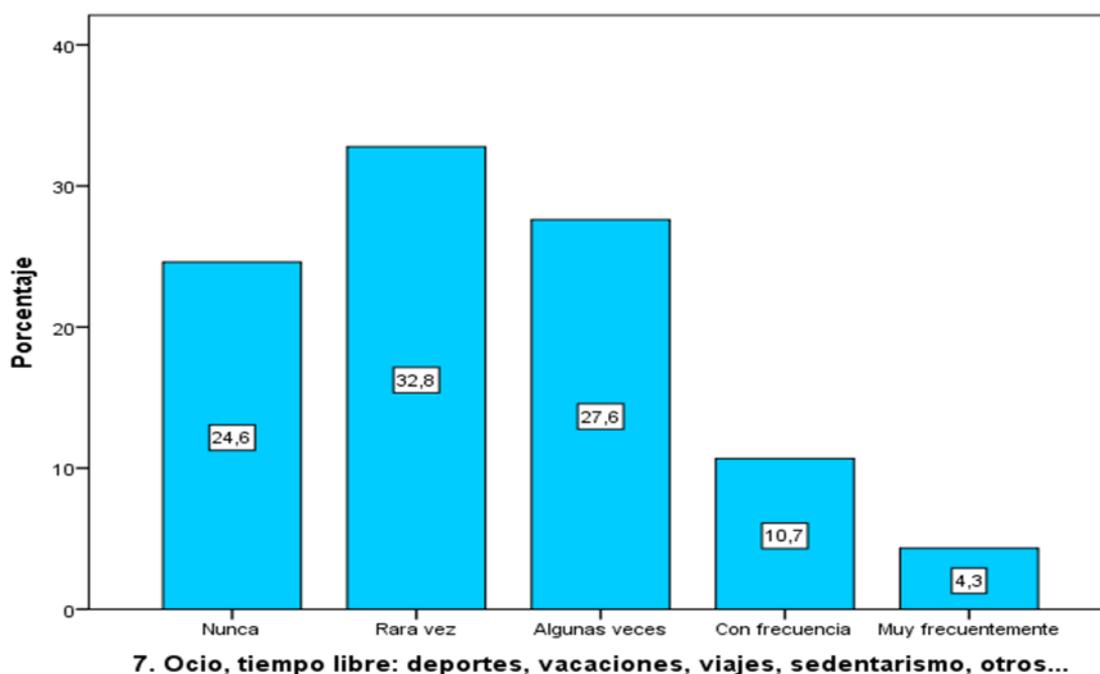


Gráfico nº 32.- Repercusión de síntomas TDAH en el uso del ocio

Igualmente, la repercusión de aspectos TDAH en la disposición personal del ocio, tiempo libre (práctica de deportes, elección de vacaciones, viajes, etc.) es baja (42,6%). Por esta razón no es significativa en las variables estudiadas.

Tabla nº 82 Repercusión de síntomas TDAH en general

8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	34	4,1	4,1	4,1
	Rara vez	76	9,1	9,1	13,2
	Algunas veces	389	46,6	46,8	60,0
	Con frecuencia	198	23,7	23,8	83,8
	Muy frecuente.	135	16,2	16,2	100,0
	Total	832	99,6	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,4		
Total		835	100,0		

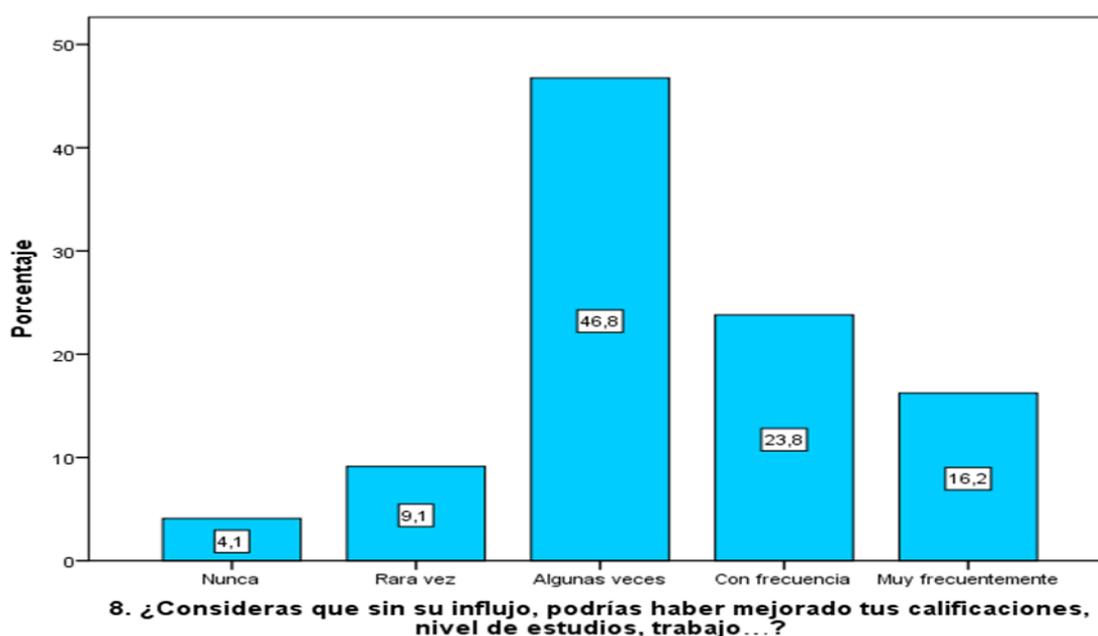


Gráfico nº 33.- Repercusión de síntomas TDAH en general

El 86,8% considera que sin el influjo de los síntomas TDAH valorados en la escala ASRS podrían haber mejorado sus calificaciones, nivel de estudio, trabajo, etc. Esta clara repercusión es significativa en las siguientes variables: Estado civil (87% solteros), edad (media de 21 años) y nivel de estudios (93% estudiantes de educación de adultos, 88% de bachillerato y 87% de FP). Las restantes variables, aunque no obtengan significatividad estadística, alcanzan porcentajes también elevados: Sexo (87%) y hábitat (86%).

La puntuación media de los 8 aspectos analizados se presenta en el gráfico nº 34. Esta puntuación se obtiene en consonancia con la puntuación según los criterios establecidos en el cuestionario: *Nunca* (1), *rara vez* (2), *algunas veces* (3), *con frecuencia* (4) y *muy frecuentemente* (5).

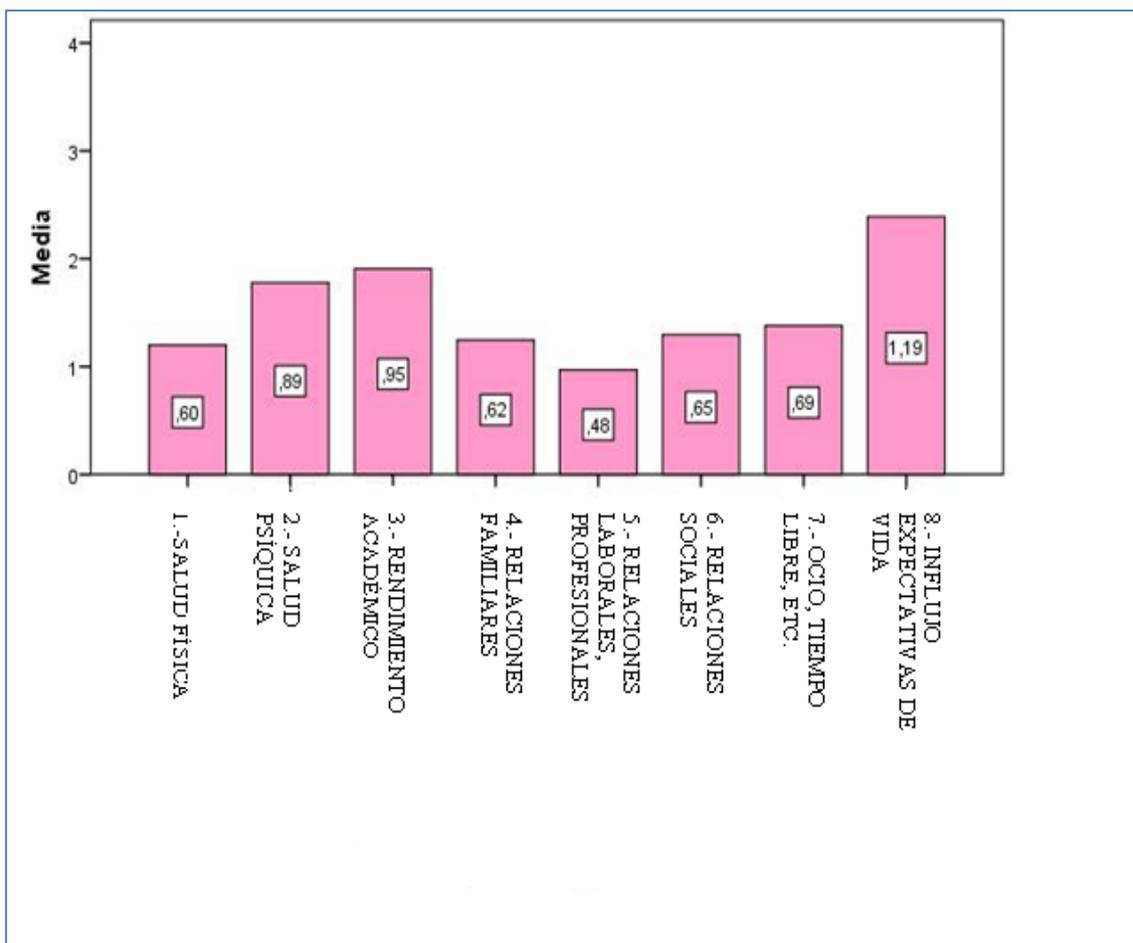


Gráfico nº 34: Puntuaciones medias de síntomas TDAH según influjo en aspectos de la vida cotidiana

5.6.5.- Resultados por variables

Tabla nº 83.- Resultados de repercusión de síntomas TDAH en aspectos de vida por variable sexo

		SEXO				p-valor
		Hombre		Mujer		
		N	%	n	%	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	122	25,5%	65	18,5%	0,002
	Rara vez	208	43,4%	138	39,3%	
	Algunas veces	132	27,6%	117	33,3%	
	Con frecuencia	13	2,7%	24	6,8%	
	Muy frecuente.	4	,8%	7	2,0%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	75	15,7%	18	5,1%	<0,001
	Rara vez	165	34,5%	67	19,0%	
	Algunas veces	172	36,0%	150	42,6%	
	Con frecuencia	44	9,2%	90	25,6%	
	Muy frecuente.	22	4,6%	27	7,7%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...	Nunca	48	10,0%	12	3,4%	<0,001
	Rara vez	110	23,0%	64	18,2%	
	Algunas veces	225	47,1%	184	52,3%	
	Con frecuencia	73	15,3%	82	23,3%	
	Muy frecuente.	22	4,6%	10	2,8%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros	Nunca	141	29,4%	75	21,3%	0,014
	Rara vez	179	37,3%	121	34,4%	
	Algunas veces	116	24,2%	111	31,5%	
	Con frecuencia	33	6,9%	36	10,2%	
	Muy frecuente.	11	2,3%	9	2,6%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	179	37,3%	144	41,0%	0,456
	Rara vez	154	32,1%	117	33,3%	
	Algunas veces	111	23,1%	72	20,5%	
	Con frecuencia	27	5,6%	15	4,3%	
	Muy frecuente.	9	1,9%	3	,9%	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	137	28,6%	64	18,2%	0,008
	Rara vez	160	33,4%	133	37,8%	
	Algunas veces	130	27,1%	114	32,4%	
	Con frecuencia	42	8,8%	37	10,5%	
	Muy frecuente.	10	2,1%	4	1,1%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	131	27,3%	74	21,0%	0,131
	Rara vez	151	31,5%	122	34,7%	
	Algunas veces	121	25,2%	108	30,7%	
	Con frecuencia	56	11,7%	33	9,4%	
	Muy frecuente.	21	4,4%	15	4,3%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	27	5,6%	7	2,0%	0,103
	Rara vez	42	8,8%	34	9,7%	
	Algunas veces	221	46,1%	168	47,7%	
	Con frecuencia	116	24,2%	81	23,0%	
	Muy frecuente.	73	15,2%	62	17,6%	

Tabla nº 84.- Resultados de repercusión de síntomas TDAH en aspectos de vida por variable hábitat

		HABITAT				p-valor
		Rural		Urbano		
		n	%	n	%	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	67	20,6%	120	23,9%	0,565
	Rara vez	131	40,3%	213	42,3%	
	Algunas veces	108	33,2%	141	28,0%	
	Con frecuencia	15	4,6%	22	4,4%	
	Muy frecuente.	4	1,2%	7	1,4%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	40	12,3%	53	10,5%	0,009
	Rara vez	69	21,2%	162	32,2%	
	Algunas veces	139	42,8%	182	36,2%	
	Con frecuencia	60	18,5%	74	14,7%	
	Muy frecuente.	17	5,2%	32	6,4%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...	Nunca	21	6,5%	39	7,8%	0,66
	Rara vez	69	21,2%	105	20,9%	
	Algunas veces	165	50,8%	242	48,1%	
	Con frecuencia	61	18,8%	94	18,7%	
	Muy frecuente.	9	2,8%	23	4,6%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	90	27,6%	125	24,8%	0,649
	Rara vez	116	35,6%	183	36,3%	
	Algunas veces	87	26,7%	140	27,8%	
	Con frecuencia	28	8,6%	41	8,1%	
	Muy frecuente.	5	1,5%	15	3,0%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	132	40,6%	189	37,5%	0,877
	Rara vez	106	32,6%	165	32,7%	
	Algunas veces	68	20,9%	115	22,8%	
	Con frecuencia	15	4,6%	27	5,4%	
	Muy frecuente.	4	1,2%	8	1,6%	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	85	26,1%	115	22,9%	0,761
	Rara vez	115	35,3%	178	35,4%	
	Algunas veces	93	28,5%	150	29,8%	
	Con frecuencia	29	8,9%	50	9,9%	
	Muy frecuente.	4	1,2%	10	2,0%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	70	21,5%	134	26,6%	0,183
	Rara vez	109	33,4%	163	32,3%	
	Algunas veces	100	30,7%	129	25,6%	
	Con frecuencia	37	11,3%	52	10,3%	
	Muy frecuente.	10	3,1%	26	5,2%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	12	3,7%	22	4,4%	0,273
	Rara vez	29	8,9%	46	9,1%	
	Algunas veces	168	51,5%	220	43,7%	
	Con frecuencia	69	21,2%	128	25,4%	
	Muy frecuente.	48	14,7%	87	17,3%	

Tabla nº 85.- Resultados de repercusión de síntomas TDAH en aspectos de vida (variable estado civil)

		ESTADO CIVIL				p-valor
		Casado/a		Soltero/a		
		n	%	n	%	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	13	19,7%	170	22,6%	0,776
	Rara vez	28	42,4%	314	41,7%	
	Algunas veces	19	28,8%	227	30,1%	
	Con frecuencia	4	6,1%	33	4,4%	
	Muy frecuente.	2	3,0%	9	1,2%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	12	18,2%	80	10,6%	0,009
	Rara vez	27	40,9%	203	27,0%	
	Algunas veces	15	22,7%	300	39,8%	
	Con frecuencia	7	10,6%	126	16,7%	
	Muy frecuente.	5	7,6%	44	5,8%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...	Nunca	9	13,8%	51	6,8%	0,001
	Rara vez	21	32,3%	151	20,0%	
	Algunas veces	30	46,2%	375	49,7%	
	Con frecuencia	2	3,1%	148	19,6%	
	Muy frecuente.	3	4,6%	29	3,8%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	22	33,3%	192	25,4%	0,135
	Rara vez	29	43,9%	269	35,6%	
	Algunas veces	10	15,2%	213	28,2%	
	Con frecuencia	4	6,1%	62	8,2%	
	Muy frecuente.	1	1,5%	19	2,5%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	21	31,8%	296	39,3%	0,506
	Rara vez	20	30,3%	248	32,9%	
	Algunas veces	20	30,3%	161	21,4%	
	Con frecuencia	4	6,1%	38	5,0%	
	Muy frecuente.	1	1,5%	11	1,5%	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	24	36,4%	176	23,3%	0,113
	Rara vez	21	31,8%	269	35,7%	
	Algunas veces	18	27,3%	224	29,7%	
	Con frecuencia	2	3,0%	72	9,5%	
	Muy frecuente.	1	1,5%	13	1,7%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	23	34,8%	180	23,8%	0,146
	Rara vez	22	33,3%	248	32,8%	
	Algunas veces	17	25,8%	209	27,7%	
	Con frecuencia	3	4,5%	83	11,0%	
	Muy frecuente.	1	1,5%	35	4,6%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	5	7,7%	29	3,8%	0,02
	Rara vez	9	13,8%	66	8,7%	
	Algunas veces	36	55,4%	347	46,0%	
	Con frecuencia	12	18,5%	184	24,4%	
	Muy frecuente.	3	4,6%	129	17,1%	

Tabla nº 86.- Resultados de repercusión de síntomas TDAH en aspectos de vida por variable edad

		EDAD							p-valor
		Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Mediana	Percentil 75	Percentil 25	
Hiperactivo	NO	21,10	3,80	15	30	20,00	23,00	18,00	0,085
	SI	20,29	3,63	16	30	19,00	21,50	18,00	
Impulsivo	NO	21,04	3,77	15	30	20,00	23,00	18,00	0,442
	SI	20,50	4,31	16	30	20,00	21,00	17,00	
	Rara vez	21,33	3,90	15	30	21,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,73	3,35	16	30	20,00	22,00	18,00	
	Con frecuencia	19,20	2,96	16	30	18,50	21,00	17,00	
	Muy frecuente.	20,18	4,83	16	29	18,00	23,00	17,00	
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	20,86	3,74	15	30	20,00	23,00	18,00	0,965
	Rara vez	21,06	3,98	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,08	3,58	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	21,22	3,56	17	30	21,00	22,00	19,00	
	Muy frecuente.	21,36	5,08	16	30	20,00	28,00	16,00	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	21,73	4,29	16	30	21,00	25,00	18,00	0,007
	Rara vez	21,59	4,20	15	30	21,00	24,00	18,00	
	Algunas veces	20,73	3,41	16	30	20,00	22,00	18,00	
	Con frecuencia	20,33	3,21	16	30	20,00	22,00	18,00	
	Muy frecuente.	20,92	4,24	16	30	20,00	22,00	18,00	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios,, expectativas personales, otros ...	Nunca	21,32	4,52	16	30	19,00	25,00	18,00	0,004
	Rara vez	21,61	4,04	16	30	21,00	24,00	18,00	
	Algunas veces	21,07	3,69	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Con frecuencia	20,11	3,20	16	30	19,50	22,00	18,00	
	Muy frecuente.	20,78	4,00	16	30	20,00	23,00	17,50	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	21,07	3,74	16	30	20,00	23,00	18,00	0,556
	Rara vez	21,19	4,01	16	30	20,00	24,00	18,00	
	Algunas veces	20,92	3,52	15	30	20,00	22,00	18,00	
	Con frecuencia	20,40	3,48	16	30	20,00	22,00	17,00	
	Muy frecuente.	21,45	5,08	16	30	19,50	26,00	17,00	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	20,53	3,59	16	30	19,00	22,00	18,00	0,046
	Rara vez	21,19	3,85	15	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,57	3,79	16	30	21,00	24,00	19,00	
	Con frecuencia	21,33	4,17	16	30	20,00	25,00	18,00	
	Muy frecuente.	21,42	5,45	16	30	19,50	26,00	16,50	
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...	Nunca	21,39	4,09	16	30	20,00	24,50	18,00	0,224
	Rara vez	20,89	3,65	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	21,19	3,57	15	30	21,00	23,00	19,00	
	Con frecuencia	20,29	3,90	16	30	18,00	22,00	17,00	
	Muy frecuente.	19,86	5,08	16	29	18,00	19,00	16,00	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	21,31	3,99	16	30	20,00	23,00	18,00	0,109
	Rara vez	21,27	3,75	16	30	20,00	23,00	18,00	
	Algunas veces	20,86	3,66	15	30	20,00	22,50	18,00	
	Con frecuencia	20,56	3,66	16	30	19,00	23,00	18,00	
	Muy frecuente.	19,78	3,89	16	29	18,00	21,50	17,00	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	20,88	4,41	16	30	19,00	22,00	18,00	<0,001
	Rara vez	21,92	3,81	17	30	20,00	25,00	19,00	
	Algunas veces	21,51	3,88	15	30	21,00	24,00	18,00	
	Con frecuencia	20,44	3,60	16	30	19,00	22,00	18,00	
	Muy frecuente.	19,97	3,29	16	30	19,00	21,00	18,00	

Tabla nº 87.- Resultados de repercusión de síntomas TDAH en aspectos de vida por variable nivel de estudios

		NIVEL DE ESTUDIOS														p-valor		
		Univer sidad		Form. Prof.		Bachi llerato		Sin escolarizar		Otros		Trabajo		PCPI FPB			Adultos ESO	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...	Nunca	24	21,1%	72	22,6%	46	20,5%	2	25,0%	4	26,7%	13	18,3%	21	32,8%	5	33,3%	0,066
	Rara vez	42	36,8%	139	43,6%	95	42,4%	1	12,5%	7	46,7%	30	42,3%	27	42,2%	5	33,3%	
	Alg. Veces	33	28,9%	97	30,4%	72	32,1%	4	50,0%	3	20,0%	26	36,6%	10	15,6%	4	26,7%	
	Con frec.	13	11,4%	8	2,5%	9	4,0%	1	12,5%	0	0,0%	2	2,8%	4	6,3%	0	0,0%	
	Muy frec.	2	1,8%	3	,9%	2	,9%	0	0,0%	1	6,7%	0	0,0%	2	3,1%	1	6,7%	
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...	Nunca	4	3,5%	43	13,4%	10	4,5%	2	25,0%	4	26,7%	16	22,5%	11	17,2%	3	20,0%	<0,001
	Rara vez	24	21,2%	108	33,8%	39	17,4%	1	12,5%	4	26,7%	30	42,3%	22	34,4%	4	26,7%	
	Alg. Veces	57	50,4%	115	35,9%	104	46,4%	2	25,0%	4	26,7%	20	28,2%	17	26,6%	3	20,0%	
	Con frec.	20	17,7%	41	12,8%	52	23,2%	3	37,5%	1	6,7%	4	5,6%	11	17,2%	2	13,3%	
	Muy frec.	8	7,1%	13	4,1%	19	8,5%	0	0,0%	2	13,3%	1	1,4%	3	4,7%	3	20,0%	
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, ...	Nunca	4	3,5%	23	7,2%	7	3,1%	2	25,0%	3	20,0%	11	15,7%	10	15,4%	0	0,0%	0,002
	Rara vez	28	24,6%	64	20,1%	47	21,0%	3	37,5%	3	20,0%	18	25,7%	10	15,4%	1	6,7%	
	Alg. Veces	57	50,0%	163	51,1%	112	50,0%	1	12,5%	6	40,0%	31	44,3%	29	44,6%	10	66,7%	
	Con frec.	20	17,5%	58	18,2%	53	23,7%	1	12,5%	1	6,7%	8	11,4%	13	20,0%	1	6,7%	
	Muy frec.	5	4,4%	11	3,4%	5	2,2%	1	12,5%	2	13,3%	2	2,9%	3	4,6%	3	20,0%	
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...	Nunca	29	25,4%	95	29,7%	42	18,8%	0	0,0%	5	33,3%	23	32,4%	18	27,7%	4	26,7%	0,023
	Rara vez	45	39,5%	106	33,1%	82	36,6%	4	50,0%	6	40,0%	29	40,8%	24	36,9%	4	26,7%	
	Alg. Veces	31	27,2%	90	28,1%	68	30,4%	3	37,5%	1	6,7%	14	19,7%	16	24,6%	4	26,7%	
	Con frec.	8	7,0%	18	5,6%	29	12,9%	1	12,5%	1	6,7%	5	7,0%	6	9,2%	1	6,7%	
	Muy frec.	1	,9%	11	3,4%	3	1,3%	0	0,0%	2	13,3%	0	0,0%	1	1,5%	2	13,3%	
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...	Nunca	46	40,4%	127	39,7%	100	44,8%	1	12,5%	6	40,0%	16	22,5%	22	33,8%	5	33,3%	0,055
	Rara vez	37	32,5%	108	33,8%	70	31,4%	3	37,5%	5	33,3%	21	29,6%	22	33,8%	5	33,3%	
	Alg. Veces	25	21,9%	62	19,4%	44	19,7%	2	25,0%	2	13,3%	30	42,3%	16	24,6%	2	13,3%	
	Con frec.	6	5,3%	18	5,6%	7	3,1%	1	12,5%	1	6,7%	4	5,6%	3	4,6%	2	13,3%	
	Muy frec.	0	0,0%	5	1,6%	2	,9%	1	12,5%	1	6,7%	0	0,0%	2	3,1%	1	6,7%	
6. Relaciones sociales: amigos, religión, residencia, otros ...	Nunca	20	17,5%	88	27,6%	36	16,1%	1	12,5%	5	33,3%	22	31,0%	24	36,9%	5	33,3%	0,008
	Rara vez	44	38,6%	115	36,1%	79	35,3%	2	25,0%	5	33,3%	23	32,4%	19	29,2%	6	40,0%	
	Alg. Veces	43	37,7%	86	27,0%	74	33,0%	3	37,5%	4	26,7%	20	28,2%	11	16,9%	3	20,0%	
	Con frec.	6	5,3%	25	7,8%	33	14,7%	2	25,0%	0	0,0%	4	5,6%	8	12,3%	1	6,7%	
	Muy frec.	1	,9%	5	1,6%	2	,9%	0	0,0%	1	6,7%	2	2,8%	3	4,6%	0	0,0%	
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...	Nunca	20	17,5%	83	25,9%	48	21,4%	2	25,0%	5	33,3%	20	28,2%	22	33,8%	5	33,3%	0,2
	Rara vez	45	39,5%	106	33,1%	74	33,0%	3	37,5%	7	46,7%	22	31,0%	12	18,5%	4	26,7%	
	Alg. Veces	37	32,5%	79	24,7%	68	30,4%	2	25,0%	1	6,7%	19	26,8%	20	30,8%	3	20,0%	
	Con frec.	9	7,9%	36	11,3%	28	12,5%	0	0,0%	1	6,7%	7	9,9%	5	7,7%	3	20,0%	
	Muy frec.	3	2,6%	16	5,0%	6	2,7%	1	12,5%	1	6,7%	3	4,2%	6	9,2%	0	0,0%	
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?	Nunca	2	1,8%	15	4,7%	5	2,2%	1	12,5%	1	6,7%	4	5,7%	6	9,2%	0	0,0%	0,01
	Rara vez	15	13,2%	27	8,4%	23	10,3%	0	0,0%	2	13,3%	6	8,6%	3	4,6%	0	0,0%	
	Alg. Veces	49	43,0%	167	52,2%	98	43,8%	3	37,5%	6	40,0%	37	52,9%	25	38,5%	4	26,7%	
	Con frec.	33	28,9%	67	20,9%	54	24,1%	2	25,0%	3	20,0%	18	25,7%	18	27,7%	2	13,3%	
	Muy frec.	15	13,2%	44	13,8%	44	19,6%	2	25,0%	3	20,0%	5	7,1%	13	20,0%	9	60,0%	

6.- DISCUSIÓN

6.- DISCUSIÓN

6.1.- Discusión por hipótesis y objetivos planteados

Determinar síntomas de TDAH en población juvenil-adulta comprendida entre 16 y 30 años considerando los dos grupos establecidos en la investigación (grupo de riesgo y grupo de no riesgo en función de criterios preestablecidos por factores académicos y sociales), demuestra que no existen diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos.

Este resultado, que pudiera sorprender inicialmente, se puede explicar porque el TDAH es una patología heredable, no ligada al rendimiento académico o a la formación recibida. Estudios realizados (Faraone, Biederman, Jetton, Tsuang¹⁶⁵, 1997) confirman que los hijos de padres con TDAH tienen un 50% de probabilidad de tener el mismo problema. Autores como Fisher¹⁶⁶ (1993), Biederman¹⁶⁷ (1996), señalan que la herencia y los antecedentes familiares de psicopatología TDAH incrementan las posibilidades de los hijos en la infancia y en la adolescencia.

Otro resultado importante del presente estudio que se debe considerar es el 5,2% de casos positivos detectados. Hasta finales del siglo XX el tema de la prevalencia del TDAH en adultos ha estado rodeado de polémica, por lo que han proliferado estudios longitudinales y evolutivos de niños que tenían este trastorno durante la adolescencia y su etapa adulta. La controversia generada en torno al TDAH, provocó la reacción de los investigadores hasta la firma del Consenso Internacional de científicos encabezada por Barkley¹⁶⁸ (2002).

Estudios representativos sobre TDAH en adultos son los de Weiss¹⁶⁹ y Hechtman (1993) en Montreal; Manuzza¹⁷⁰ (1998) en New York, Rasmunssen¹⁷¹ y Gilbert (2001) en Suecia, Pereira¹⁷², Araújo & Mattos (2005) en Brasil y Milwaukee¹⁷³, Barkley y Fischer (2002), entre otros.

Posteriormente Kessler¹⁷⁴ (2006) estimó la prevalencia de TDAH en adultos en 4,4%, si bien es preciso considerar que en este caso se consideró una muestra de población abierta de EE.UU. y en nuestro estudio han sido jóvenes de 16 a 30 años, preferentemente estudiantes. El grupo de Brasil, encabezado por Polanzyc¹⁷⁵ y Rohde (2007) analizó más de cien publicaciones con 170.000 sujetos de todo el mundo y de todas las edades obteniendo una tasa de 5.29% de TDAH. Otro estudio (Fayyad,¹⁷⁶ 2007) con encuestas en países de Europa, Latinoamérica, Oriente Medio y EE.UU., mostró una prevalencia global de 3.4%, con tasas más altas en Francia -7.3%-, EE.UU y Holanda -5%- y más bajas en México y Colombia -1.9%-, así como en España -1.2%-. Esta alta variabilidad refleja un problema relacionado con criterios diagnósticos y de informantes.

Otro estudio epidemiológico internacional (Fayyad,¹⁷⁷ 2007) en población general, notifica una prevalencia del TDAH en adultos del 3,4%. Para los investigadores Faraone,¹⁷⁸ (2003) y Rolaw,¹⁷⁹ (2002) el TDAH se produce aproximadamente entre el 2% y el 18% de los niños en edad escolar en todo el mundo y hasta un 65% de esos niños afectados siguen manteniendo los síntomas en la edad adulta. Con datos epidemiológicos emergentes se estima la prevalencia de TDAH en adultos de hasta 5% (Faraone y Biederman,¹⁸⁰ 2005 ; Fayyad¹⁸¹ et al., 2007; Kessler¹⁸² et al., 2006). La persistencia de signos-síntomas de TDAH en la vida adulta oscila entre 58 a 70% de casos (Barkley¹⁸³, 2002).

Esta elevada variabilidad internacional también la encontramos en España, donde la prevalencia está entre 5% y 7% de niños y adolescentes, según cifras recogidas por la Guía Práctica del SNS¹⁸⁴. Estudios diferentes al nuestro sobre población general, aunque también sobre población adulta y aplicando la escala ASRS, como el de Mentxaka¹⁸⁵ (2012) realizado en el Centro de Salud de Navarra en población clínica de 18 a 55 años, señala que de 221 pacientes 43 dieron positivo o el de Aragonés¹⁸⁶ et al. (2013) que estimó una proporción de 12,5% en 432 pacientes adultos de atención primaria de 18 a 25 años. Aunque también hay un estudio transversal sobre bases de datos de historias clínicas electrónicas de atención primaria con población diana de adultos (18-44 años) adscritos a centros de salud del Instituto Catalán de la Salud¹⁸⁷ (2010) (n=2.452.107), donde la prevalencia de TDAH registrado es del 0,04% (0,07% en hombres; 0,02% en mujeres).

En el estudio '*Lifetime Impairment Survey*' (LIS)¹⁸⁸, encuesta europea realizada para evaluar el impacto del TDAH en la vida diaria de los pacientes, en referencia a los resultados obtenidos en adultos en España (Hervás et al.,¹⁸⁹ 2013), se señala que el TDAH afecta al 1–7% de población infanto-juvenil. Aunque sus síntomas a menudo persisten en la edad adulta, los datos disponibles sobre el impacto del trastorno a lo largo de la vida son limitados. Esta dispersión de datos sobre prevalencia del TDAH en adultos justifica el objetivo de nuestro trabajo y nos muestra el camino para seguir investigando en torno a la problemática de este trastorno.

En cuanto al estudio por subtipos de TDAH, cabe destacar en un 9% el subtipo de *predominio hiperactivo*, un 5% el predominio *impulsivo* y un 4% el de *inatento*. Estos resultados son similares a los de Knellwof¹⁹⁰ (2008).

En esta incidencia por subtipos, destacan los varones en los predominios inatento e hiperactivo y mujeres en impulsivo. Por hábitat, las diferencias son muy reducidas entre quienes residen en núcleos rurales -con predominio más hiperactivo- y los residentes en ciudad -con subtipo más inatento-. Según el tipo de estudios que se cursan, el alumnado de Formación Profesional prevalece en los tres subtipos, así como los solteros en la consideración de estado civil. En el estudio de Navarra (Mentxaka¹⁹¹, 2012) citado anteriormente también el 48,3% de pacientes con TDAH tenían FP o bachiller.

6.2.- Discusión sobre características de la muestra

Aún son escasas e imprecisas las investigaciones sobre el TDAH en adultos. A medida que los sujetos diagnosticados en la infancia evolucionan y continúan con los síntomas como señala Mortensen et al.¹⁹² (2014); a que se observa el efecto de la heredabilidad de padres a hijos (Faraone,¹⁹³ 1997) y al diagnóstico en familiares cuando acuden a consulta con sus hijos, como indica Quiroga¹⁹⁴ (2007), se observa un progreso creciente en el estudio del TDAH en adultos. Esta tesis pretende contribuir a este objetivo y constituye una novedad en las investigaciones sobre este tema.

Según las *variables* propuestas en este estudio, en cuanto a la *distribución por sexo*, tanto en niños como en adultos, los varones superan a las mujeres en población general en una estimación de 3 a 1, como reflejan las investigaciones de la propia APA¹⁹⁵ (2014) y Soutullo¹⁹⁶ (2010). En este estudio la ratio es de 2 a 1, ligeramente inferior a esas investigaciones.

En cuanto a la *edad*, codificada en este estudio en población general juvenil-adulta entre 16 y 30 años, el punto de mayor incidencia es un promedio de 21 años. Coincide con los estudios de Wilens et al.¹⁹⁷ (2011) y Biederman et al.¹⁹⁸ (2010). El estudio europeo "*Lifetime Impairment Survey*" (LIS¹⁹⁹) tomando los resultados obtenidos para adultos en España, señala la edad media de diagnóstico del TDAH en 17,4 en ensayo clínico. Para Ramos-Quiroga²⁰⁰ (2016) la edad media de sus pacientes adultos es de 30 años.

A pesar de la existencia de varias investigaciones analizando la evolución de los niños con TDAH, hay pocos estudios longitudinales que examinen los resultados en adultos de este trastorno. Por ejemplo, en muestras independientes de niños hiperactivos crecidos, Mannuzza et al.²⁰¹ (1998) informaron de sólo el 4% de persistencia de ADHD para una media de edad de 24,1 años, mientras que Weiss²⁰² et al. (1985) reportaron el 66% de persistencia del TDAH para una media de edad de 25,1 años. En EE.UU. el estudio de seguimiento longitudinal de 10 años de Biederman²⁰³ et al. (2010) muestra que la mayoría de los niños con TDAH experimentan síntomas persistentes y alteraciones funcionales en la edad adulta temprana.

En las investigaciones de estudios prospectivos sobre TDAH la edad es una de las limitaciones metodológicas más condicionantes porque muchos de los estudios se estancan en la adolescencia (Groenman²⁰⁴ et al. (2013). Recientemente el interés se centra en torno a la edad de 30 años porque según algunos expertos hay más probabilidad de que comiencen a aparecer las adicciones y otros problemas asociados (Biederman,²⁰⁵ et al. 1988). Si se detectasen antes, se podría reducir la aparición de estos efectos coaligados al TDAH.

Si se considera el *hábitat*, en nuestro estudio los sujetos que viven en el medio urbano duplican a quienes residen en el ámbito rural (65%/35%). No hemos encontrado evidencias escritas en ese sentido.

Al valorar el *estado civil*, encontramos que la gran mayoría son solteros (98%) como en la muestra estudiada. Apenas existen estudios relacionados con esta variable, bien por las características sociológicas actuales con menor tendencia hacia compromisos matrimoniales o bien por la edad estimada. Esta variable se ha estudiado ampliando la edad en el estudio de TDAH en adultos en la investigación de Aragonés et al.²⁰⁶ (2013), que estima la proporción de pacientes adultos de atención primaria con cribado positivo para TDAH y analiza algunas de estas características que difieren en parte con nuestro estudio, ya que los casados presentan mayor proporción (58%), la edad media se sitúa en 39 años, no existen diferencias por edad o sexo y hay mayor proporción en quienes poseen menor nivel de estudios. Se trata de una muestra con pacientes de atención primaria con edades entre 18 y 55 años, frente a nuestro estudio de población general de 16 a 30 años.

En cuanto al *nivel de estudios* que se cursan, el TDAH aparece con mayor frecuencia asociado a estudios de Formación Profesional y Programas de Educación anteriores (PCPI-FPB) -en especialidades industriales y sanitarias- y en menor medida en Bachillerato y Universidad. No se observan diferencias entre cursar estudios en centros públicos o privados concertados. Estos datos concuerdan con la investigación de Aragonés²⁰⁷ et al. (2013) que obtiene mayor proporción de individuos en los estratos de menor nivel educativo -sin estudios o con estudios primarios- y con el estudio de Mentxaka²⁰⁸ (2012) donde el 48,3% son estudiantes de Formación Profesional y de Bachillerato.

6.3.- Discusión sobre la aplicabilidad de la escala ASRS y del cuestionario

La escala ASRSv.1.1., aprobada por la OMS en 2005 para detectar pacientes adultos con TDAH, ha resultado eficaz como instrumento de cribado general en los tres predomios: Inatención, hiperactividad e impulsividad.

Los resultados obtenidos indican que la escala ASRS es un instrumento adecuado por su facilidad de aplicación -entre cinco y diez minutos-, su corrección al señalar especificando el valor de las alternativas que presenta y su interpretación para el médico como paso previo a completar clínicamente con otras mediciones los síntomas de desatención e hiperactividad. Estos aspectos concuerdan con la finalidad atribuida por sus autores Kessler²⁰⁹ et al (2005) y Kessler²¹⁰ et al. (2007).

En cuanto a la aplicación de la escala ASRS, es preciso considerar que al haber empleado la versión larga el número de casos aumenta ligeramente, así como el número de falsos positivos, lo que no sucede si se utiliza la versión corta -más adecuada para población abierta-, si bien los ítems de la ASRSvc están incluidos en la ASRSvl. Existen investigaciones como la de Guardiola²¹¹ et al. (2000) en la que aplicando la ASRSvl obtuvieron el 18% de casos en estudiantes de Primer Grado, mientras que al utilizar otra valoración más exhaustiva la prevalencia descendió a 3,5%.

El aumento de casos en la versión ASRSvl ha de interpretarse porque fue diseñada no como instrumento clínico sino como diagnóstico probabilístico. En este estudio se han analizado 835 personas, la mayor parte alumnos de

enseñanza postobligatoria sin diagnóstico previo de TDAH, a quienes se aplica el criterio de cuatro síntomas propuesto por Kessler²¹² et al. (2006), si se hubiese aplicado el criterio de nueve síntomas la muestra de posibles casos de TDAH hubiera sido inferior y más aproximada con el estudio de Garnier-Dykstra²¹³ et al.

Del análisis de los 18 ítems de la escala ASRS_{VI} en predominio *inatento* -valorado con las 6 preguntas iniciales- destaca que un 77% expresa que con frecuencia *mueve pies y manos o está inquieto*. El 66% *retrasa o evita tareas que requieren concentración*. Un 67% manifiesta que *se ve impulsado por un motor para hacer cosas* y un 61% que *tiene dificultad para organizar sus tareas o cosas*. Son preferentemente mujeres, solteros y alumnado de Bachillerato y Formación Profesional. Ramos-Quiroga²¹⁴ (2016) recuerda que *cuando una persona te dice que pierde cosas, no se organiza, le cuesta mantener la atención, posterga tareas, no aguanta una fila, habla y se mueve mucho, es conveniente ver si son síntomas patológicos*.

En el subtipo *hiperactivo*, las valoraciones más destacadas se caracterizan por: *mantener la atención al realizar trabajos repetitivos (74%)*, *distracción por ruidos (70%)* y *cometer errores por descuidos en el trabajo o estudio (66%)*. Solteros, mujeres, y estudiantes de Bachillerato, Formación Profesional y Universidad expresan con mayor frecuencia estos avatares.

En predominio *impulsivo* destaca el 54% que *se siente inquieto o nervioso*. El 39% *siente que habla demasiado en reuniones grupales, incluso interrumpe la conversación o impide terminar las frases a quien está hablando o cuando están ocupados en sus tareas*. Manifiestan estos impulsos con mayor frecuencia:

estudiantes de Educación de Adultos, Formación Profesional Básica-PCPI y mujeres.

En conjunto, de los 18 ítems de la escala ASRS, destacan en esta investigación por sus resultados para valorar la incidencia del TDAH si se considera una puntuación superior al 50%, los siguientes ítems: 4, 5 y 6 para la valoración de inatención; 7, 8 y 11 en hiperactividad, y 13 en impulsividad.

Estos datos están en consonancia en lo que se refiere a especificidad de los síntomas y diferenciación de TDAH con otros trastornos del estado de ánimo. Barkley²¹⁵ (1986) informó que los síntomas de *dificultad para organizar tareas, tener dificultad para permanecer sentado y hablar en exceso* eran igualmente frecuentes en adultos con TDAH y adultos con trastornos del estado de ánimo o de ansiedad. Tres síntomas de falta de atención del DSM-IV-TR: *no dar mucha atención a los detalles; dificultad para mantener la atención en las tareas; no seguir instrucciones*, se manifiestan en el 87% del grupo de TDAH y en el 44% del grupo de control clínico. Otros tres síntomas de hiperactividad/impulsividad se dan en el 76% de los casos de TDAH y en el 49% de los casos clínicos de control: *jugando con las manos / pies, o se remueve en el asiento; dificultad para tomar parte en el ocio en silencio; interrumpir o entrometerse en los demás*.

La parte final del cuestionario aplicado en esta investigación estudia la relación entre los síntomas TDAH detectados a través de los 18 ítems de la escala ASRS con *aspectos importantes de la vida cotidiana de las personas*. Los resultados indican una alta influencia en estos aspectos ya que pertenecer al grupo positivo o de riesgo (considerado a priori con más probabilidad de ser TDAH) frente al grupo negativo, resulta significativo desde el punto de vista estadístico en los 8

ítems analizados, por tanto, las características asociadas con el grupo riesgo afectan de forma significativa en aspectos importantes de vida de los sujetos estudiados en los tres predominios: *Inatento, Hiperactivo e Impulsivo* -salvo el *influjo en el empleo* del predominio Hiperactivo-. Con esta excepción y la *influencia en las relaciones sociales* en el predominio Hiperactivo y en la *repercusión en el rendimiento académico* en el Impulsivo, el nivel de significatividad es de 0.001.

El hallazgo más interesante en esta parte final es la elevada proporción de sujetos que consideran el influjo de los síntomas TDAH en el *rendimiento académico*: Para el 72% han influido en sus calificaciones, consecución o no de títulos, forma de estudiar, elección de estudios y expectativas personales. Estos datos concuerdan con varios estudios como los de la encuesta independiente de organizaciones miembros de ADHD-Europa realizada en 2011 en veintiún países europeos (LIS²¹⁶) incluido España.

Sin tratamiento efectivo, el TDAH puede tener un impacto sustancial en los resultados académicos y laborales. Los síntomas se han correlacionado con bajo rendimiento en exámenes, repetición de curso y fracaso en la obtención de la titulación en educación secundaria (Birchwood,²¹⁷ (2012), Gálera,²¹⁸ (2009).

En un estudio similar realizado en Estados Unidos (Kent,²¹⁹ 2011) los adolescentes con TDAH eran ocho veces más propensos a abandonar totalmente los estudios secundarios que los alumnos sin TDAH. También Barkley²²⁰ (1982) afirma que entre el 60%-80% de los niños con TDAH tienen problemas escolares.

En este sentido el 86,8% de sujetos de nuestro estudio considera que sin el influjo de los síntomas TDAH valorados en la escala ASRS podrían haber

mejorado sus calificaciones, nivel de estudio, trabajo, etc. Estos resultados son similares a los investigados por Brod et al.²²¹ (2012) donde los adultos con TDAH expresan que los problemas escolares han tenido un impacto significativo en posteriores etapas de la vida y que un manejo más eficiente del trastorno en esos años les hubiese permitido alcanzar mayores éxitos académicos y laborales.

En esta línea de influencia en aspectos vitales, el 61% también considera que los síntomas TDAH han repercutido en las diversas manifestaciones de su *vida psíquica* en: Preocupaciones, alteración del estado de ánimo, crisis nerviosas e incluso depresión y stress. En el estudio con población clínica ya comentado de Aragonés²²² (2013) los pacientes con probable TDAH presentan una mayor disfunción en las áreas familiar, social, laboral y en la percepción del stress lo que también concuerda con la bibliografía analizada Fayyad²²³ (2007), Kessler²²⁴ (2006) y Bellón²²⁵ (2007). A nivel clínico los resultados reflejan la importancia de la comorbilidad del TDAH asociada a problemas de depresión y ansiedad (Steinhausen ²²⁶, 2006), aunque en nuestro trabajo no se ha analizado específicamente esta correlación.

Al observar los resultados obtenidos en la repercusión en su *salud física* se detecta que el 64,2% considera que a pesar de los síntomas TDAH no ha tenido más accidentes, golpes, etc., que otras personas. Esta valoración puede sorprender al tratarse de sujetos con signos compatibles con impulsividad, inatención e hiperactividad y contrastan con los apuntados por Barkley ²²⁷ et al (2002), quienes resaltan que un 40% de personas con TDAH en EE.UU. han tenido dos accidentes en un año y un 20% han tenido tres accidentes. En Navarra por Mentxaka²²⁸ (2012) donde los sujetos TDAH tienen más accidentes

de tráfico y multas y en Cataluña por Casas²²⁹ (2014) en su estudio sobre conducción de riesgo donde la mitad de los jóvenes que habían perdido el carnet de conducir por puntos eran TDAH. Está también relacionado con el estudio de seguimiento evolutivo realizado por Mannuzza²³⁰ (1989) sobre 89 niños hiperactivos donde el 39% de la muestra en la edad adulta habían sufrido algún arresto, cifra significativamente mayor que la del grupo control, en la cual únicamente habían sufrido arresto el 20%.

En lo relativo a la repercusión de síntomas TDAH en las *relaciones sociales*, se observa que sí han influido, pero los resultados no son excesivamente altos, tanto los referidos a relaciones familiares (38%) como a relaciones con amigos (40,6%). Las investigaciones de Bagwell²³¹ (2001), han demostrado que los adolescentes con antecedentes de TDAH tienden a experimentar más rechazo social entre sus compañeros y tienen menos amigos íntimos. Estos efectos sobre la función social son más frecuentes en chicas que en chicos, particularmente en las chicas con *subtipo inatento* (Elkins²³² 2011). Con mayor precisión el estudio de Barkley²³³ (2013) revela que los adultos con TDAH: Se divorcian dos veces más, tienen cuatro veces más probabilidades de tener quejas de relaciones de poca calidad, tienen de cuatro a seis veces más de tener relaciones extramaritales y tienen dos veces más altos los niveles de estrés parental. Para Ramos-Quiroga²³⁴ (2006) tienen mayores dificultades en las relaciones interpersonales, especialmente en las relaciones de pareja.

Entre los factores de influjo en la vida de las personas, el *empleo* y el desarrollo profesional se considera que contribuyen a alcanzar madurez y estabilidad propias. En este sentido nuestros sujetos han considerado que los síntomas

TDAH han influido en un 28,4%. Resultados que difieren en parte con los apuntados por Biederman²³⁵ (2006), Adamou²³⁶ (2013) y Knapp²³⁷ (2011) para quienes en EE.UU. los jóvenes con síntomas de TDAH tienen bastantes dificultades en la búsqueda y mantenimiento del trabajo. En España según Ramos Quiroga²³⁸ (2006) estos sujetos tienen peor adaptación en cuestiones laborales y mayor dificultad en el control de impulsos, lo que conduce a problemas en el empleo. Según Ortega²³⁹ (2016) las personas adultas con TDAH cometen errores o descuidos en el trabajo, especialmente porque son desorganizados, se distraen fácilmente, o tienen problemas de concentración para aquellas actividades que encuentran aburridas.

Por último, en la consideración del efecto de signos TDAH en relación con el uso particular del *ocio y utilización del tiempo libre*, se observa una repercusión de tipo medio (42,6%). En la citada encuesta europea (LIS²⁴⁰, 2011) aplicada a 535 padres de niños (de entre 6 y 19 años) con TDAH y 424 sin TDAH interrogados sobre las experiencias de sus hijos en la vida cotidiana, el 69% sentía que sus hijos podrían haberse desenvuelto mejor si no hubieran tenido TDAH. Es más, el 60% de los padres y cuidadores sentía que el TDAH tuvo un impacto negativo en la autoestima, en la vida en el colegio, en las actividades de la vida cotidiana y en su vida social. Sin embargo algunas áreas de la vida no diferían de forma significativa, incluyendo la probabilidad de que pasaran tiempo con su familia, practicaran deportes de forma organizada o participaran en trabajos voluntarios.

7.4.- Limitaciones

-Una de las principales limitaciones de este estudio fue la selección de la muestra que puede explicarse con las siguientes matizaciones:

1) En un principio se planteó para toda la población abierta juvenil-adulta de 16 a 30 años en Castilla y León, pero no fue posible por las dificultades de permisos y aceptación en algunas provincias. Por este motivo se concentró en la provincia de Soria, una vez obtenida la autorización en los centros de enseñanza, entidades de formación no reglada y alguna empresa laboral.

2) La muestra ha comprendido población abierta de jóvenes y adultos entre 16 y 30 años, pero se ha formado principalmente por estudiantes de todos los niveles educativos de enseñanza postobligatoria desde formación profesional y bachillerato y en buena medida de universidad, pasando por educación de adultos y enseñanzas no regladas del ECyL, con reducida representación de trabajadores de empresas. Esta selección puede representar una muestra sesgada en lo que respecta a las habilidades académicas de posibles pacientes con TDAH, ya que como señalan Barkley, *et al.*²⁴¹ (2008), estos autores encontraron que en un grupo de niños diagnosticados con TDAH y seguidos hasta la adultez, sólo el 21% se inscribió en la universidad; en un grupo de niños control el 78% lo hizo. Un resultado similar (5% vs. 41%) encontraron Weiss y Hechtman²⁴² (2000).

-Por la forma de acceso a la población y los ámbitos contemplados para la realización del estudio, podría haber colectivos poblacionales que quedasen fuera de nuestra selección (por ejemplo adultos jóvenes que trabajan en profesiones del sector primario como agricultura, ganadería...).

La validez heterogénea del estudio también cuestiona la generalización de resultados a otros grupos, por lo que sería conveniente replicar la investigación en un marco poblacional similar. No obstante, el estudio como intento de hallazgo científico pretende avanzar en el difícil terreno del progreso del conocimiento y trazar nuevos caminos que contribuyan a evolucionar más allá del pensamiento convencional.

-Sólo se consideró la opinión del participante, no se realizaron entrevistas clínicas complementarias, regladas y convenientes para el diagnóstico del trastorno. En este estudio se han valorado síntomas compatibles con TDAH.

-Es preciso considerar la restricción que supone deducir estudios clínicos seleccionando sujetos de la población general, a quienes se solicita colaboración para responder si padecen determinados síntomas psiquiátricos. Con este tipo de información se pueden obtener datos útiles de problemas psiquiátricos que experimentan los sujetos de una población determinada, pero nos enfrentamos a otro tipo de limitación como es la de subestimar la frecuencia real de dichos trastornos psiquiátricos. Es improbable que personas elegidas al azar, en momento y forma inesperada, sin ninguna vinculación con el estudio, del que previsiblemente no van a recibir ningún beneficio, comuniquen abiertamente sus dificultades personales que en muchos casos supone intimidad o preocupación. Independientemente de esta posibilidad, la participación ha sido voluntaria y libre. Todos los sujetos conocían previamente la información solicitada y han cumplimentado el cuestionario aplicado.

Puede considerarse también la posibilidad de que la población en que se aplicó el estudio tenga una prevalencia mayor de síntomas TDAH o haya existido una

interpretación más sensible y subjetiva de éstos, que la población general. Puede ser un factor confundidor limitante que tampoco explica el resultado final alcanzado.

8.- CONCLUSIONES

8.- CONCLUSIONES

8.1.- CONCLUSIONES

1.- El *objetivo principal* de esta investigación ha sido estimar la incidencia de rasgos compatibles con el TDAH en población juvenil-adulta de 16 a 30 años según su pertenencia o no a colectivos de riesgo previamente definidos, valorando la repercusión en aspectos importantes de su vida.

2.- De este objetivo principal derivan los siguientes *objetivos específicos*:

a) Estimar diferencialmente los rasgos compatibles con TDAH en adultos por subtipos (Inatento, Hiperactivo e Impulsivo) según su pertenencia a grupos de riesgo.

b) Explorar las diferencias en función del sexo, la edad, hábitat y estado civil.

c) Valorar la repercusión de síntomas TDAH en ocho aspectos importantes de su vida.

Los resultados obtenidos según las variables analizadas en estos objetivos se han alcanzado.

3.- La *hipótesis* de partida era valorar la incidencia del déficit de atención en grupos de riesgo de población juvenil-adulta de 16 a 30 años. Los resultados obtenidos rechazan la hipótesis planteada y confirman que el TDAH no está ligado a pertenecer a determinados colectivos de riesgo, sino a otros aspectos como son la herencia u otras patologías.

4.- La incidencia del TDAH en adultos encontrada es del 5,2%, datos en consonancia con los analizados en investigaciones a nivel internacional y nacional, considerando la alta variabilidad de resultados a nivel mundial.

5.- Por *subtipos*, prevalece el *Hiperactivo* (9%), seguido de *Impulsivo* (5%) y finalmente *Inatento* (4%). Prevalece el subtipo combinado frente al inatento, como vienen confirmando otros estudios.

6.- Según las *variables* del estudio, los varones duplican en incidencia a las mujeres, igual que los residentes en núcleos urbanos a los de ámbito rural. La edad media se cifra en 21 años, los solteros son mayoría y las etapas educativas de Formación Profesional y Bachillerato predominan sobre otros niveles de escolarización.

7.- De nuevo la *escala ASRS* ha resultado eficaz como instrumento de cribado en los tres predominios del TDAH: Inatención, Hiperactividad e Impulsividad.

8.- Del *análisis de ítems* de la *escala ASRS* destacan como síntomas más frecuentes: Estar inquieto, “siempre en marcha” y/o moviendo pies y manos (77%), dificultad para mantener la atención (74%), distraerme constantemente, hablar excesivamente e interrumpir a otros (74%), e impacientes para esperar el turno en una fila (70%).

9.- Los resultados obtenidos en relación al *influjo del TDAH en la vida*, pese a ser limitados, son importantes por las características de las variables analizadas. Los síntomas experimentados han tenido un efecto negativo en todos los aspectos de la vida. La repercusión en el rendimiento académico, en los estudios o títulos no conseguidos y en las expectativas personales, han sido los factores de mayor influjo para el 86,8% de los sujetos.

10.- Esta repercusión también ha tenido efectos generalizados en estados de ánimo personales (61%), en sufrir accidentes laborales y de tráfico (64%) y en

menor medida en las relaciones sociales (40%), familiares (38%) y laborales (28%).

11.- El perfil típico juvenil-adulto con síntomas TDAH en este estudio sería: Varón, de 21 años, soltero, residente en ciudad, cursando estudios de Formación Profesional o Bachillerato, con predominio de subtipo Hiperactivo. Considera que estos síntomas enraizados en la infancia han condicionado su rendimiento académico o sus accidentes, pero no sus relaciones familiares, laborales o sociales.

Otras conclusiones generales:

12.- Los jóvenes con TDAH pueden tener una mayor frecuencia de problemas de conducta que los sin TDAH, lo que indica las implicaciones sociales de la enfermedad.

13.- Los adultos con TDAH consideran que sus experiencias infantiles siguen teniendo un impacto negativo en la vida adulta.

14.- Existen pautas confiables para el diagnóstico del TDAH adulto. Los resultados probados aconsejan que su manejo efectivo mejora la calidad de vida.

15.- El TDAH es un trastorno complejo, complicado, sutil, multifacético, heterogéneo, variable en sus formas e intensidad de los efectos, más difícil de detectar en la edad adulta, especialmente si no se detectó en la infancia porque los síntomas pueden haber sido compensados, disfrazados o tratados como otras patologías.

16.- En un alto porcentaje, el TDAH persiste desde la infancia hasta la edad adulta y afecta a toda la vida del sujeto.

17.- Los síntomas característicos del TDAH normalmente aparecen mezclados, en comorbilidad con otras entidades neuropsiquiátricas que pueden desfigurar o retrasar su tratamiento.

18.- Existen numerosos estudios científicos que han demostrado ser eficaces en el trastorno TDAH. Sin tratamiento efectivo los síntomas se agravan. El tratamiento reduce decisiones impulsivas y permite que la persona organice mejor su vida.

19.- El tratamiento efectivo (que puede ser farmacológico, psicoterapéutico o combinado) puede ayudar a mejorar los resultados y la conducta, lo que destaca la necesidad de mejorar el apoyo a las personas con este trastorno. Las directrices existentes recomiendan un abordaje múltiple que puede incluir una combinación de terapia farmacológica y psicosocial.

20.- De los modelos terapéuticos psicológicos existentes, la terapia más avalada científicamente es la terapia cognitivo conductual. Es el modelo apropiado cuando se asocia con depresión y ansiedad.

22.- Los pacientes de TDAH acuden con mayor frecuencia que otros a los servicios de urgencia. Es el trastorno que más consultas genera en pediatra y atención primaria según indicaba la OMS en 2011, ratificada en la IX reunión de la Asociación de Psiquiatría del niño y del adolescente de Castilla y León (*Apbyacyl*²⁴³, 2016).

23.- En este estudio el 40% de los ítems de la escala ASRS v1.1 permite analizar la incidencia del TDAH en adultos. Esto permite reducir el 60% de preguntas del cuestionario. El estudio específico con esta finalidad de López Villalobos ²⁴⁴ et al. (2014) demuestra que es posible reducir en un 77% las preguntas de la escala ADHD RS IV que permite predecir el TDAH-C.

24.- Se necesitan más estudios sobre los efectos generales del TDAH que apoyen el desarrollo de estrategias para su valoración y tratamiento por lo que sugerimos estudios de réplica que contrasten esta investigación tanto en población general como en población clínica.

8.2.- PROPUESTAS

Aún queda mucho camino por recorrer para encontrar resultados homogéneos concluyentes como se ha indicado en la discusión. Las tasas de prevalencia son dispares, los datos estadísticos dispersos, los criterios diagnósticos empleados diferentes por: el origen de las muestras, la metodología, las edades y sexo escogidos. Pero hay que seguir intentándolo y trabajar en la misma dirección. Esta es o pretende ser, nuestra contribución al conocimiento del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y sus efectos en el adolescente y en el adulto en todos los aspectos de la vida del paciente (laboral, social, familiar, académica y emocional). Se propone la necesaria continuidad de estudios de este tipo o similares que ayuden a esclarecer el entramado y complejo campo del TDAH.

Sería interesante también continuar con investigaciones de este tipo ampliando la muestra y replicando el cuestionario, con el fin de generalizar los resultados.

Otra contribución del trabajo es que la familiaridad con los hechos psicosociales y médicos vinculados al TDAH que se han estudiado contribuya a configurar, especialmente en consultas generales de medicina familiar, pediátrica y psiquiátrica, un perfil protocolario de comorbilidades y asociaciones característico del TDAH. Es decir, diagnosticar este trastorno a partir de síntomas comórbidos que llevan al paciente a la consulta médica.

En consulta clínica, sería conveniente reflexionar ante posibles signos que aparecen disfrazados con otras patologías, que pueden ser síntomas de TDAH y que requieren una atención diferenciada.

Tanto en el joven como en el adulto no detectar a tiempo el TDAH y por tanto no aplicar tratamiento, provocan que evolucione y pueda desembocar en fracaso escolar, conductas de riesgo o de exclusión social. La colaboración del médico de familia es importante para su detección y tratamiento oportunos o para su derivación a especialistas adecuados.

Finalmente, se propone como ayuda terapéutica personalizada para personas con TDAH, el método de doble vía:

Tabla nº 88.- Propuesta de ayuda terapéutica personalizada para paciente TDAH

3.-Terapia <i>psicológica</i>	↕	3.-Terapia <i>médica</i>
2.-Entorno: ayuda familia	↔	2.- Implicación social: Profesorado, compañeros (trabajo/estudio)
1.-Autovaloración del sujeto	↔	1.-Esfuerzo-control; voluntad, tesón, perseverancia, participación

9.-BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA:

9.- REFERENCIAS DOCUMENTALES:

¹ Garrido, E. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H): Manual de protocolos clínicos para el diagnóstico y el seguimiento del TDA-H*. Edit. CEPE SL, Madrid, 2010. ISBN: 978-84-7869-734-2

² Still, George. "Some Abnormal Psychical conditions in Children." *The Lancet*, 1902.

³ Soutullo Esperón, C. y Díez Suárez, A. *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos aires: Médica Panamericana, 2007.

⁴ Quintero, F.J., Correa, J. y Quintero, F. *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. 3ª edición*. Barcelona: Elsevier Masson, 2009.

⁵ Castroviejo, I. *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad. 4ª edición*. Madrid: Díaz se Santos, 2009.

⁶ Barkley, R. *Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós, 2002

⁷ American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A., 2000.

⁸ Martínez B. y Rico D. *Boletín Unidis Nº 2, DSM-5 ¿Qué modificaciones nos esperan?* febrero 2013.

⁹ Castroviejo, I. *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad. 4ª edición*. Madrid: Díaz se Santos, 2009.

¹⁰ Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):36-42

- ¹¹ American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson S.A., 2002.
- ¹² Barkley, Russell A. *Cursos TDAH del Dr. Russell A. Barkley*. 2011. <http://cursosTDAH.educacionactiva.com/>.
- ¹³ Borland, B. and Heckman, H. Hyperactivity boys and their brothers. A 25-year follow-up study. *Arch Gen Bychia Try (1976)* 33 (6):669-75
- ¹⁴ Hechtman L. Attention-Defi cit Hyperactivity-Disorder. En: *American Psychiatric Press, editor. Do They Grow out of it? Long-term outcomes of childhood disorders*. Washington, DC: Hechtman L. ed. 1996; pp. 17-38.
- ¹⁵ Weiss G, Hechtman L. *Hyperactive Children Grown Up*. 2.^a ed. New York: Guilford Press; 1993
- ¹⁶ Barkley RA. Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26. En: Barkley RA, editor. *Attention-Defi cit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*. ^aed. London: The Gilford Press; 2006. pp. 77-121.
- ¹⁷ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- ¹⁸ Biederman J, Mick E, Faraone SV, Burbach M. Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four-year prospective study of an ADHD sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Mar;40(3):290-8
- ¹⁹ Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in adults: what the science says*. New York: Guilford Press; 2008..
- ²⁰ Wilens TE., Biederman J., Faraone SV., Martelon M., Westerberg D., Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically. *Pediatrics* 2003; 111: 179-85.
- ²¹ Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, et al. A clinical and demographic profile of a sampleo f adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*. 1990;31:416-425.

- ²² Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord* 1996; 1: 47-61.
- ²³ Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatry comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-98.
- ²⁴ Ramos-Quiroga JA, Bosch R, Escuder G, Castells X, Casas M. TDAH en el adulto: perspectiva clínica. In Pichot P, Ezcurra J, González-Pinto A, Gutiérrez M, eds. *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves*. Madrid: Aula Médica; 2005. p. 399-443.
- ²⁵ Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R, Castells-Cervello X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugue M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Rev. Neurol* 2006; 42: 600-6.
- ²⁶ McGough JJ, Barkley RA. Diagnostic controversies in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1948-1956.
- ²⁷ Polanczyk, G., y col., The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164: 942-948. <http://psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3818/07aj0942.PDF> (Consulta efectuada el 22-II-2014).
- ²⁸ Anderson, JC. Willians, S., McGee, R. y Silva, PA. (1997). DSM-III disorder in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- ²⁹ Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24 (2), 211-220.
- ³⁰ 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* 2006; 163: 716-23.

- ³¹ Fayyad J, De Graaf R, Kessler R. et al Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br Psychiatry* 2007 May; 190: 402-9.
- ³² Ramos-Quiroga, JA, Bosch-Munsó R., Daigre, C., Nogueira-Morais M., Casas-Brugué, M., Valero, S., Gómez-Barros, M., Palomar, G., Roncero, C. Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v.1.1): Una nueva estrategia de puntuación. *Rev. Neurologia*, 2009; 48 (9): 449-452.
- ³³ DuPaul y col. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 May; 40(5):508-15.
- ³⁴ Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustun TB. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med*. 2005;47:565-72. Y Kessler, R. C., R.C. y col. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the national Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- ³⁵ Kooij JJ, Buitelaar JK, Van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CA, Hodi-amont PP. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005; 35: 817-27.
- ³⁶ Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006) The age-dependent decline of attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* (2006), 36: 159-65.
- ³⁷ Fayyad J, De Graaf R, Kessler R. et al Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br Psychiatry* 2007 May; 190: 402-9.
- ³⁸ De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, Ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, et al. The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *J Occup Environ Med* 2008; 65: 835-42.

- ³⁹ De Ridder, T., Bruffearts, R., Danckaerts, M. Bonnenwyn, A & Demyttenaere, K. (2007). The prevalence of ADHD in the Belgian general adult population: an epidemiological explanatory study. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50(8), 499-508.
- ⁴⁰ Park, S., Cho, M.J., Chang, S.M., Jeon, H.J. Cho, S.J. Kim, B.S., Bae, J. N., Wang, H.R. Ahn, J. H. & Hong, J.P. (2011). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea; Results of the Korean epidemiologic carthement are study. *Psychiatry research*, 186(2=, 378-383.
- ⁴¹ Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord* 1996; 1: 147-61.
- ⁴² Heiligenstein E, Conyers LM, Berns AR, Miller MA, Smith MA. Preliminary normative data on DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health* 1998; 46: 185-8.
- ⁴³ Benito-Moraga, R. *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 2008. Madrid: Dratt Editores, S.L.
- ⁴⁴ Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- ⁴⁵ Biederman, J., y col. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1495-1503.
- ⁴⁶ Pallarés, J. A. *El niño incomprendido*. Barcelona: Amat S.L., 2009.
- ⁴⁷ Quintero, F.J., Correa, J. y Quintero, F. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. 3ª edición*. Barcelona: Elsevier Masson.
- ⁴⁸ Puig, C. y Balés, C. (2003). *Estrategias para entender y ayudar a niños con trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDA/H)*. Barcelona, España: Ed. Ceac.
- ⁴⁹ Polaino-Lorente, Aquilino. *Cómo vivir con un niño hiperactivo. Comportamiento, diagnóstico, tratamiento, ayuda familiar y escolar*. Madrid: Narcea S.A., 2000.

⁵⁰ Fundació Sant Joan de Déu. *GPC sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH*. Barcelona: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2010.

⁵¹ Pallarés, J. A. *El niño incomprendido*. Barcelona: Amat S.L., 2009.

⁵² Castroviejo, I. (2009). *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad*. 4ª edición. Madrid: Díaz se Santos.

⁵³ Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

⁵⁴ Pineda, D.A., Roselli, M., Henao, G.C. y Mejía, S.E. (2000). Neurobehavioral assessment of attention deficit hyperactivity disorder in a Colombian sample. *Applied Neuropsychology*, 7 (1), 40-46.

⁵⁵ Láez, M.; Requejo, M.; Silvano, J. y Velasco, M. *Protocolo de coordinación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Valladolid: Gerencia de salud SACYL, 2011.

⁵⁶ American Psychiatric Association (APA), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson S.A., 2002.

⁵⁷ Castroviejo, I. *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad*. 4ª edición. Madrid: Díaz se Santos, 2009.

⁵⁸ American Psychiatric Association (APA), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson S.A., 2002.

⁵⁹ Caballo, Vicente E. y Simón, M. A. *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide, 2001.

⁶⁰ Soutullo Esperón, C. y Díez Suárez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos aires: Médica Panamericana.

⁶¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y el comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Panamericana, 2001.

⁶² Soutullo C, & Díez A. *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana. Madrid: 2007.

- ⁶³ Segura, Ana Berta Jara. "El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones actuales." *NORTE de Salud Mental*, 2009: 30-40.
- ⁶⁴ Murphy, K.R., and Adler, L.A. Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: focus on rating scales. *J Clin Psychiatry* (2004) 65 Suppt 3:12-7.
- ⁶⁵ American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Ed. Panamericana, 2013.
- ⁶⁶ Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201.
- ⁶⁷ Crystal DS, Ostrander R, RS Chen, August GJ, (2000). Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: self-, parent, and teacher reports. Department of Psychology, Georgetown University, Washington, DC 20057-1001, USA. En www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11411782 (Consulta realizada el 26-VI-2015).
- ⁶⁸ Quintero, J, Balanza-Martínez, V. Correas, J. y Soler, B, (Grupo de estudio para el déficit de atención del adulto. GEDA-A) (2013). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el paciente adulto, visión del clínico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(3), 185-95.
- ⁶⁹ Loro-López M, Quintero J, García-Campos N, Jiménez-GómezBb, Pando F, Varela-Casal P, Campos JA, Correas-Jauffer J. Actualización en el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Rev Neurol*. 2009 Sep 15;49 (5):257-64.
- ⁷⁰ Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201.
- ⁷¹ Ramos Ramos, Manuel. *Tratamiento de la hiperactividad. Un acercamiento a los trastornos de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) 1ª edición*. Vigo: Ideas propias, 2007.

⁷² Barkley, R.A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd Ed.)*. New York: Guilford Press.

⁷³ Miranda-Casas A, García-Castellar R, Meliade Alba A, Marco-Taverner R. Aportaciones al conocimiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Desde la investigación a la práctica. *Rev Neurol*. 2004;38:156-63.

⁷⁴ Rodríguez Molinero L, y cols. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Volumen XI. Número 42. Abril/junio 2009.

⁷⁵ Benito Moraga, R. *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 2008. Madrid: Draft Editores.

⁷⁶ Sobanski, E. Brüggegan, D, Alm, B. Deschner, M. Schubert, T, Philipsen, A., & Rietsche, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention/deficit/hyperactivity disorder (ADHD), *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (7), 371-377.

⁷⁷ Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24 (2), 211-220.

⁷⁸ Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 816-18.

⁷⁹ Biederman, J. Mick, E. Faraone, SV., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):36-42

⁸⁰ Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 1993 Dec;150(12):1792-8.

⁸¹Murphy K, Barkley RA. Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord* 1996; 1: 147-61.

⁸²Kessler, R. C., R.C. y col. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the national Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.

⁸³Fayyad J, De Graaf R, Kessler R. et al Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br Psychiatry* 2007 May; 190: 402-9.

⁸⁴Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatry comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-98.

⁸⁵Clavel, M., Carballo, J.J., García, P., Moreno, F.J. & Quintero, F.J. (2009). Herramientas complementarias en la valoración del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En F.J. Quintero, J. Correas & F.J. Quintero (Eds.), *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida* (3ª Ed. pp. 199-214) Barcelona: Elsevier-Masson.

⁸⁶Kubose, S. (2000). ADHD in adults: are the current diagnostic criteria adequate? *NeuroPsychiatry*. February.

⁸⁷Montañes-Rafa, F., Gastaminza-Pérez, X, Catalá, M. A., Ruiz-Sanz, F., Ruiz-Lázaro, P.M., Herreros-Rodríguez, O., García Giral, M., Ortíz-Guerra, J. Alda-Díez, J.A. , Mojarro-Práxedes, D., Cantó-Díez, T., Mardomingo-Sanz, M.J., Sasot-Llavadot, J., Pámias, M. & Rey-Sánchez. F. (Grupo de Especial Interés en el TDAH, GEITDAH), (2010). Consenso GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención /hiperactividad. *Rev. Neurolo*, 5, 633-637.

⁸⁸Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners adult ADHD rating scales. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 1999. Y Conners, C.K., Epstein, J.N., March, S.S., Angold, A., Wells, K.C., Klaric, J. y col. et al (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 159-167.

- ⁸⁹ Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 2 ed. New York: Guilford Press; 1998.
- ⁹⁰ DuPaul G, Power T, Anastopoulos A. *ADHD rating scales, IV: checklists, norms, and clinical interpretation*. New York: Guilford Press; 1998.
- ⁹¹ Barkley RA, Fischer M, Fletcher KE, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children: predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Mar;32(2):324-32.
- ⁹² 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*.2005; 35: 245-56.
- ⁹³ Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales* .Toronto, Ontario: MultiHealth Systems. Hollingshead, A.B. (1975). Four-factor Index of Social Status. New Haven, CT: Yale University Press. Y Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners adult ADHD rating scales. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 1999.
- ⁹⁴ Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 885-90.
- ⁹⁵ Barkley, R.A., Murphy, K., & Bauermeister, J.J. (1998). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un manual de trabajo clínico*. New York: Guilford Press.
- ⁹⁶ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Guías de práctica clínica en el SNS. 2010. Madrid.
- ⁹⁷ Dass D, Cherbuin N, Butterworth P, Anstey KJ, Eastaer S (2012) A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *Plos one* 7(2):e31500.
- ⁹⁸ Garnier-Dykstra LM, Pinchevsky GM, Caldeira KM, Vincent KB, Arria AM. Self-reported adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms among college students. *J Am Coll Heal J Ach*. 2010;59:133-6.

⁹⁹ Castroviejo, I. *Síndrome de déficit de atención-hiperactividad. 4ª edición.* Madrid: Díaz se Santos, 2009.

¹⁰⁰ Bauermeister, José J. *Hiperactivo, impulsivo, distraído: ¿Me conoces?* New York: The Guilford Press, 2014.

¹⁰¹ Fundación ADANA (2010): *Guía de actuación con el alumnado con TDA-H.* Departamento Educación. Gobierno Vasco.

¹⁰² Orjales Villar, I. y Polaino Lorente, A. (2007). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores.* Madrid, España: Ed. CEPE.

¹⁰³ Soutullo C, & Diez A. *Manual de Diagnóstico y Tratamiento del TDAH.* Ed. Médica Panamericana. Madrid: 2007.

¹⁰⁴ Barkley, R. A. (2011). *Cursos TDAH del Dr. Russell A. Barkley.* Obtenido de Fundación Educación Activa. Fundación Mapfre: <http://cursosstdah.educacionactiva.com/>.

¹⁰⁵ Grau Sevilla, M. y García Garrido, J.:. *Atención psicopedagógica y familiar en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. En: AEPaped Curso de Actualización Pediatría.* Madrid: Exlibris Ediciones, 2004.

¹⁰⁶ Ramos-Quiroga, J.R., Bosch-Munsó R., Castells-Cervelló X., Nogueira-Morais, M., García-Giménez, E., y Casas-Brugué, M. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica, 2006.:* En <http://www.slideshare.net/fundacioncadah/tdah-ms-all-de-la-infancia-una-realidad-clínica-que-necesita-ms-atención>. Consulta realizada el 20-X-2014).

¹⁰⁷ Wilens TE, Faraone SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention- deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics.* 2003 Jan;111(1):179-85.

¹⁰⁸ Ramos-Quiroga JA, et al. Tratorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología* 2006; 42: 600-606.

¹⁰⁹ Ramos Quiroga, JA., Daigre C., Valero S., Bosch R., Gómez-Barros N., Nogueira M., Palomar G. Roncero C., Casas M. Validación al español de la

escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos ASRS v.1.1.: Una nueva estrategia de puntuación. *Rev Neurol* 2009; 48: 449-52]

¹¹⁰ Murphy, K.R., & Gordon, M. (1998). Assessment of adults with AD/HD. In Barkley, R. (Ed.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (pp. 345-369). New York: Guilford Press.

¹¹¹ Young S. A model of psychotherapy for adults with ADHD. In Goldstein S. ed. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002. p. 148-165.

¹¹² Brown, T.E. (Ed.) (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

¹¹³ McDermott, S.P., Biederman, J., et Wilens, T.E., (1999) Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHA: a systematic chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 13, 215-226.

¹¹⁴ Young S. A model of psychotherapy for adults with ADHD. In Goldstein S. ed. *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention*. San Diego: Academic Press; 2002. p. 148-165.

¹¹⁵ Asociación ANHIDA: *Guía Práctica: Pautas para TDHA adulto (2012)*. <http://tdahenadultos.blogspot.com/2012/01/hiperactividad-y-deficit-de-atencion-en.html> (consulta realizada el 20-X-2014).

¹¹⁶ Ramos-Quiroga, J.R., Bosch-Munsó R., Castells-Cervelló X., Nogueira-Morais, M., García-Giménez, E., y Casas-Brugué, M. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica*, 2006.: En <http://www.slideshare.net/fundacioncadah/tdah-ms-all-de-la-infancia-una-realidad-clinica-que-necesita-ms-atencin>. Consulta realizada el 20-X-2014).

¹¹⁷ Asociación ANHIDA: *Guía Práctica: Pautas para TDHA adulto (2012)*. <http://tdahenadultos.blogspot.com/2012/01/hiperactividad-y-deficit-de-atencion-en.html> (consulta realizada el 14-I-2015).

¹¹⁸ European consensus. En: Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and

treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 67.

¹¹⁹ 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.* 2005; 35: 245-56.

¹²⁰ Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-27.

¹²¹ Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, et al. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2005; 57: 1442-51.

¹²² Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16: 52-65.

¹²³ 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* 2006; 163: 716-23.

¹²⁴ Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201.

¹²⁵ Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R. and Casas, M. *Comprender el TDAH en adultos. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos*. Barcelona: Amat, 2009.

¹²⁶ Pedrero Pérez, EJ. y Puerta García, C. ASRS v.1.1., a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence. *Adicciones* 2007; 19: 393-407.

- ¹²⁷ Ramos-Quiroga, JA, Bosch-Munsó R., Daigre, C., Nogueira-Morais M., Casas-Brugué, M., Valero, S., Gómez-Barros, M., Palomar, G., Roncero, C. Validación al español de la escala de cribado del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos (ASRS v.1.1): Una nueva estrategia de puntuación. *Rev. Neurología*, 2009; 48 (9): 449-452.
- ¹²⁸ Reyes-Zamorano, E, Lucero García-Vargas, K, y Palacios-Cruz, L. Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica. Vol. 65, Núm. 1. Enero-Febrero, 2013*, pp 30-38
- ¹²⁹ Able, S.L., Johnston, J.A., Adler, L.A., et al. Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med (2007) 37(1):97-107*.
- ¹³⁰ Chao, C.Y., Gau, S.S., Mao, W.C. et al. Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry Clin Neurosci (2008) 62(4):421-6*.
- ¹³¹ Ettinger, U., Joober, R.R. E. G. , et al. Schizotypy, attention deficit hyperactivity disorder, and dopamine genes. *Psychiatry Clin Neurosci (2006) 60(6):764-7*.
- ¹³² Fayyad, J., De Graaf, R. Kessler, R., et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry (2007) 190:402-9*.
- ¹³³ Halleland, H. Lundervold, A. J., Holmoy, A., et al. Association between Catechol Omethyltransferase (COMT) haplotypes and severity of hyperactivity symptoms in Adults. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet (2008) 150B(3):403-410*.
- ¹³⁴ 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 2006; 163: 716-23*.
- ¹³⁵ Reuter, M., Kirsch, P., and Henning, J. Inferring candidate genes for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) assessed by the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS). *J Neural Transm (2006) 113(7):029-38*.

¹³⁶ Sentissi, O., Navarro, J.C., De Oliveira, H., et al. Bipolar disorders and quality of life: the impact of attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse in authymic patients. *Psychiatry Res* (2006) 161(1):36-42.

¹³⁷ Reyes-Zamorano, E, Lucero García-Vargas, K, y Palacios-Cruz, L. Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica. Vol. 65, Núm. 1. Enero-Febrero, 2013*, pp. 30-38.

¹³⁸ ·VV.AA. (2010) *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

¹³⁹ Young, R.K. & Veldman, D.J. (1968) *Estadística aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.

¹⁴⁰ American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th Ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

¹⁴¹ Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.

¹⁴² Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.

¹⁴³ Kressler, R.C., Adler, L.A., Gruber, M.J., et al. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* (2007) 16(2): 52-65.

¹⁴⁴ Reyes-Zamorano, E, Lucero García-Vargas, K, y Palacios-Cruz, L. Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica. Vol. 65, Núm. 1. Enero-Febrero, 2013*, pp. 30-38.

¹⁴⁵ American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson S.A., 2002.

¹⁴⁶ Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adultswith attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201

¹⁴⁷ Benito-Moraga, R. *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 2008. Madrid: Dratt Editores, S.L.

¹⁴⁸ 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*. 2005; 35: 245-56.

¹⁴⁹ American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson S.A., 2002.

¹⁵⁰ Benito-Moraga, R. *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 2008. Madrid: Dratt Editores, S.L.

¹⁵¹ Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adultswith attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201

¹⁵² 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*. 2005; 35: 245-56.

¹⁵³ American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson S.A., 2002.

¹⁵⁴ Benito-Moraga, R. *Evolución en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*, 2008. Madrid: Dratt Editores, S.L.

¹⁵⁵ Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adultswith attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 187-201

¹⁵⁶ 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*. 2005; 35: 245-56.

¹⁵⁷ Aragonès E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. [Screening for attention deficit hyperactivity disorder in adult patients in primary care]. *Rev Neurol*. 2013 May;1;56(9):449-55.

¹⁵⁸ Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C. & Aleardi, M. (2006) "Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community". *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, no. 4, pp. 524-540.

¹⁵⁹ Faraone, S.V., Biederman, J., & Mick, E. (2006) The age-dependent decline of attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* (2006), 36: 159-65.

¹⁶⁰ Kessler, R. C., R.C. y col. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results From the national Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.

¹⁶¹ Fayyad J, De Graaf R, Kessler R. et al Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br Psychiatry* 2007 May; 190: 402-9.

¹⁶² Barkley, R.A. Murphy, K.R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults. What the science says*. New York: Guilford.

¹⁶³ 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* 2006; 163(4): 716-23.

¹⁶⁴ Tajima, K. 2016 TDAH adulto. Programa "Esto es vida". TVE-5-2-2016 <http://www.rtve.es/alacarta/videos/esto-es-vida/esto-vida-05-02-16/3475200/> (consulta realizada el 6-2-2016).

¹⁶⁵ Faraone, S. Biederman, J, Jetton, J. y Tsuang M. Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27: 291-300, 1997.

¹⁶⁶ Fischer, M., Barkley, R. Fletcher K., Smallish, L. The adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Mar: 32(2): 324-32, 1993.

- ¹⁶⁷ Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Jetton, J. Chen, L. et al. Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a for-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Sep:35(9): 1193-204, 1996.
- ¹⁶⁸ Barkley, R. A. (2002). Consenso Internacional sobre TDAH. APA. En [www: Artículos académicos para Milwaukee](http://www.articulosacademicosparaMilwaukee.com), Barkley y Fischer (2002), TDAH - tdahgc.org.es (Consulta realizada el 11-III-2016).
- ¹⁶⁹ Weiss G, Hectman L. *Hyperactive children grown up*. (2ª ed.). New York: Guildford Press;1993.
- ¹⁷⁰ Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155: 493-498.
- ¹⁷¹ Rasmussen P, Gillber C. Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years. A controlled, longitudinal, community-based study. *American Academy Psychiatry Law*. 2001;29:186-193.
- ¹⁷² Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit / hyperactivity disorder into Young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Abnormal. Psychology*2002; 11:279-289.
- ¹⁷³ Pereira, H.S.; Araújo, A.P.y Mattos,P. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil, Recife, v. 5, n. 4, p. 391-402, out.-dez. 2005.*
- ¹⁷⁴ Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biedermann J et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006;163:716–723.
- ¹⁷⁵ Polanczyk G et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942–948.
- ¹⁷⁶ Fayyad J et al. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Brit J Psychiatry* 2007;190:402-409.

¹⁷⁷ 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* 2007; 190: 402-9.

¹⁷⁸ Faraone SV, sargento J, Gillberg C, J. Biederman *La prevalencia mundial de TDAH: ¿Es una condición de Psiquiatría Americana Mundial 2003; 2:?* 104-113 [PubMed]

¹⁷⁹ Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. La epidemiología de déficit de atención / hiperactividad (TDAH): una vista de la salud pública *Ment Retard Dev Invalidez Res Rev.* 2002; 8:. 162-170 [PubMed]

¹⁸⁰ Faraone SV, Biederman J. ¿Cuál es la prevalencia de TDAH en adultos? *Journal of Attention Disorders* 2005; 9 (2): 384-391... [PubMed]

¹⁸¹ Fayyad J, De Graaf R, R Kessler, Alonso J, M Angermeyer, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lepine JP, Ormel J, J Posada-Villa, Zaslavsky AM, Jin R. Cross -nacional prevalencia y los correlatos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad adulta *Br J Psiquiatría* 2007; 190:.. 402-9 [PubMed]

¹⁸² Kessler RC, Adler L, R Barkley, Biederman J, Conners CK, Demler S, SV Faraone, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. La prevalencia y la correlación de TDAH en adultos en los Estados Unidos: Los resultados de la encuesta nacional de comorbilidad replicación American. *Journal of Psychiatry* 2006; 163 (4): 716-723 [PMC libres artículo] [PubMed]

¹⁸³ Barkley RA, Fischer M, et al. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111: 279-289.

¹⁸⁴ SNS Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Nº 2007/18*.

¹⁸⁵ Mentxaka, O. TDAH en adultos: resultados de un estudio realizado en CSM de Navarra. VI Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Pamplona, 15-VI-2012. En svnpsi.org/files/files/Programa_preliminar.pdf.(consulta realizada el 4-I-2016).

¹⁸⁶ Aragonès E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. [Screening for attention deficit hyperactivity disorder in adult patients in primary care]. *Rev Neurol*. 2013 May;1;56(9):449-55.

¹⁸⁷ Aragonès, E., Piñol, JL., Ramos-Quiroga, JA., López-Cortacans, G., Caballero, A., y Bosch, R. Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Rev. Esp. Salud Pública v.84 n.4*. Madrid jul.-ago. 2010

¹⁸⁸ (LIS) Clark S, Carr-Fanning K, Norris J. (2011). *Diagnosis and Treatment of ADHD in Europe (2ª ed.)*. Bélgica: ADHD-Europe.

¹⁸⁹ Hervás, A., Guijarro, S., Bigorra, A., Muñoz, A. y Plaza, S. Impacto del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la vida diaria de los pacientes adultos: resultados del estudio europeo "Lifetime Impairment Survey" en España. 2013.

¹⁹⁰ Knellwof A., Deligne, J. Chiarotti, G. Palmieri, S., Boisgard, C. et al. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *Eur Journal of Clinical Pharmacology*. Mar; 64(3): 311-7. 2008

¹⁹¹ Mentxaka, O. TDAH en adultos: resultados de un estudio realizado en CSM de Navarra. VI Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Pamplona, 15-VI-2012. En svnpsi.org/files/files/Programa_preliminar.pdf.(consulta realizada el 4-I-2016).

¹⁹² Mortensen, P.B., Dalsgaard, S., Frydenberg, M., and Thomsen, P.H. (2014). ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood – A naturalistic long-term follow-up study. *Addictive behaviors*, 39(1), 325-328.

¹⁹³ Faraone, S. Biederman, J, Jetton, J. y Tsuang M. Attention deficit disorder and conduct disorder: longitudinal evidence for a familial subtype. *Psychological Medicine*, 27: 291-300, 1997.

¹⁹⁴ Ramos-Quiroga JA, Ribases-Haro M, Bosch-Munso R, Cormand-Rifa B, Casas M. Avances genéticos en el trastorno por deficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2007; 44. (Supl 3): S51-2.

¹⁹⁵ APA: American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

¹⁹⁶ Soutullo C, Figueroa A. Convivir con niños y adolescentes con Ansiedad (2010). Editorial Médica Panamericana, Madrid. ¹⁹⁷ Wilens, T.E. & Morrison, N.R. (2011). The intersention of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Current opinion in psychiatry*, 24(4), 280-285.

¹⁹⁸ Biederman, J., Petty, C.R., Monuteaux, M.C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T.E. & Faraone, S.V. (2010). Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 167(4), 409-417.

¹⁹⁹ (LIS) Clark S, Carr-Fanning K, Norris J. (2011). *Diagnosis and Treatment of ADHD in Europe (2ª ed.)*. Bélgica: ADHD-Europe.

²⁰⁰ Ramos-Quiroga, J.A. Cuando papá también tiene TDAH. *Sup. de Salud, Ciencia, Sociedad y Tecnología. El Mundo* 8-I-2016.

²⁰¹ Mannuzza S, R Klein, Bessler A, P Malloy, el estado psiquiátrico LaPadula M. adulto de los niños hiperactivos crecido. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155 (4):... 493-498 [PubMed]

²⁰² Weiss G, L Hechtman, Milroy T, T. Perlman estado psiquiátrico de niños hiperactivos como adultos:... 1985; 24 (2) : 211-220 [PubMed]

²⁰³ Biederman, J., Carter, R., Evans, M., y Faraone, S. ¿Cómo es la persistencia en el TDAH? Un estudio de seguimiento de 10 años controlada de los niños con TDAH. *Rev. Psiquiatría Res.* 2010 30 de mayo; 177 (3): 299-304.

²⁰⁴ Groenman, A.P., Oosterlaan, J., Rommelse, N., Franke, B., Greven.C.U., Hoekstra, P.J. Hartman, C.A., Luman, M., Roeyers, H., Oades, R.D., Sergeant, J.A., Buitelaar, J.K. & Faraone, S.V. (2003). Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 112-119.

²⁰⁵ Biederman J, Faraone SV. *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Lancet 2005; 366: 237-48.

²⁰⁶ Aragonés E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Rev Neurol*. 2013; 56: 449-55.

²⁰⁷ Aragonès E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Rev Neurol*. 2013; 56: 449-55.

²⁰⁸ Mentxaka, O. TDAH en adultos: resultados de un estudio realizado en CSM de Navarra. VI Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Pamplona, 15-VI-2012. En svnpsi.org/files/files/Programa_preliminar.pdf. (consulta realizada el 4-II-2016).

²⁰⁹ 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*. 2005; 35: 245-56

²¹⁰ Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16: 52-65.

²¹¹ Guardiola A, Fuchs FD, Rotta NT. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58(2B): 401-07.

²¹² 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* 2006; 163(4): 716-23.

²¹³ Garnier-Dykstra LM, Pinchevsky GM, Caldeira KM, Vincent KB, Arria AM. Self-reported adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college students. *J Am Coll Health* 2010; 59(2): 133-6.

²¹⁴ Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Fernández-Aranda F, Casas M. Addressing the lack of studies in attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother.* 2014 May;14(5):553-67. doi: 10.1586/14737175.2014.908708. Epub 2014 Apr 17.

²¹⁵ Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor competencias de conducción del vehículo y los riesgos en los adolescentes y jóvenes adultos con trastorno por déficit de atención hiperactividad *Pediatrics* 1996; 98:... 1089-1095 [PubMed]

²¹⁶ (LIS) Clark, S., Carr-Fanning, K. y Norris, J. (2011). *Diagnosis and Treatment of ADHD in Europe (2ª ed.)*. Belgice: ADHD-Europe.

²¹⁷ Birchwood J., Daley D. J. *Rev. Adolescence* 2012; 35: 225-231.

²¹⁸ Galéra C et al. *Rev. Psychol Med* 2009; 39: 1895-1906.

²¹⁹ Kent KM. et al. *Abnorm Child Psychol* 2011; 39: 451-462.

²²⁰ Barkley, R.A.: "Guidelines for defining hyperactivity in children". En B. Lahey y A. Kazdin (eds) *Advances in clinical Child Psychology*, 6, Nueva York: Plenum Press, 1982.

²²¹ Brod, M. et al. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 47. ²²² Aragonès E, Cañisá A, Caballero A, Piñol-Moreso JL. Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Rev Neurol.* 2013; 56: 449-55.

²²³ 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* 2007; 190: 402-9.

²²⁴ 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* 2006; 163: 716-23.

²²⁵ Bellón JA, Delgado-Sánchez A, De Dios-Luna J, Lardelli-Claret P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract* 2007; 24: 562-9.

²²⁶ Steinhausen HC et al. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15 (Suppl.1): 1/25-1/29.

²²⁷ Barkley RA, Fischer M, et al. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 2002; 111: 279-289.

²²⁸ Casas, M. (coord.). Una mirada hacia el futuro. V Congreso Nacional TDAH Catalunya. 16-18 Mayo de 2014. Barcelona. En: tdahcatalunya.org/wp.../02/TDAH_Programa_preliminar_cast_v33.pdf (Consulta efectuada el 4 de marzo de 2016).

²²⁹ Mentxaka, O. TDAH en adultos: resultados de un estudio realizado en CSM de Navarra. VI Jornada de Actualización en Psiquiatría Infantil y Adolescente. Pamplona, 15-VI-2012. En svnpsi.org/files/files/Programa_preliminar.pdf. (consulta realizada el 4-I-2016).

²³⁰ Mannuzza S, Klein RG, Konig PH, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up. IV. Criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1073-9

²³¹ Bagwell CL et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 1285-1292.

²³² Elkins IJ et al. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 40: 532-545.

²³³ Barkley, R. A (2013). *Tomar el control del TDAH en la edad adulta*. Ediciones Octaedro, S.L.

²³⁴ Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R, Castells-Cervello X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugue M. Trastorno por déficit de atención con

hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica *Rev. Neurol* 2006; 42: 600-6.

²³⁵ Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C. & Aleardi, M. (2006) "Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community". *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 67, no. 4, pp. 524-540.

²³⁶ Ramos-Quiroga JA, Bosch-Munso R, Castells-Cervello X, Nogueira-Morais M, García-Giménez E, Casas-Brugue M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica *Rev. Neurol* 2006; 42: 600-6.

²³⁷ Adamou M. et al. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 59.

²³⁸ Knapp M. et al. *J Ment Health Policy Econ* 2011; 14: 137-147.

²³⁹ Ortega, S. (2016). TDAH en Adultos. Fundación Cadah. En: <http://www.fundacioncadah.org/web/> (Consulta efectuada el 3-III-2016).

²⁴⁰ (LIS) Clark, S., Carr-Fanning, K. y Norris, J. (2011). *Diagnosis and Treatment of ADHD in Europe* (2ª ed.). Belgice: ADHD-Europe.

²⁴¹ Barkley R, Murphy KR, Fischer M. *ADHD in adults. What the science says*. New York: The Guilford Press; 2008.

²⁴² Weiss M, Hechtman L, Weiss G. ADHD in parents. Clinical perspectives. *Jam Acad Childol Adolesc Psychiatry* 2000;39:1059-1061.

²⁴³ Apbyacyl (Asociación de Psiquiatría del niño y del adolescente de Castilla y León). IX Reunión: Conclusiones. Soria. *Heraldo de Soria del 9-IV-2016*.

²⁴⁴ López-Villalobos, J.A., Andrés-de Llano, J.M., Delgado Sánchez-Mateos, J., Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M.T., Sacristán-Martín, A.M. y Serrano-Pintado, I: Validez de un modelo reducido de ítems del DSM-IV según respuesta de padres y profesores en el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad Combinado. *Anal. Psicol.* vol.30 no.3 oct. 2014. En: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.152561> (Consulta realizada el 16 de julio de 2016).

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE VALORACIÓN

Contesta las siguientes preguntas, midiéndote a ti mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marca con una X en el cuadro que mejor describa cómo te has sentido y comportado *en etapas anteriores de tu vida y/o en la actualidad*.

Con cuánta frecuencia	PARTE A				
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. ¿Tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles fueron concluidas?					
2. ¿Tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?					
3. ¿Tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?					
4. ¿Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, evitas o retrasas empezarla?					
5. ¿Mueves o retuerces tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Te sientes sobre-activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?					
PARTE B					
7. ¿Cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo trabajos aburridos o repetitivos?					
9. ¿Tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aun cuando estén hablando contigo directamente?					
10. ¿Pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?					
11. ¿Te distraes por ruidos o actividades alrededor de ti?					
12. ¿Te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?					
13. ¿Te sientes inquieto o nervioso?					
14. ¿Tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo para ti?					
15. ¿Sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones sociales?					
16. ¿Cuando estás en una conversación, te descubres terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?					
17. ¿Tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes de hacerlo?					
18. ¿Interrumpes a otros cuando están ocupados?					

Las preguntas anteriores –referidas a atención-concentración, ritmo de actividad- han podido influir en tu vida. Marca con una X en el cuadro que mejor describa cómo han influido en las siguientes cuestiones personales y subraya los que consideres que han repercutido:

Con cuánta frecuencia han repercutido en:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	Muy frecuentemente
1. Tu salud física: enfermedades, accidentes, golpes, otros ...					
2. Tu salud psíquica: preocupaciones, estado de ánimo, sentimientos, crisis nerviosas, depresión, otros...					
3. Rendimiento académico: calificaciones, títulos, nivel de estudios, gusto por estudiar, expectativas personales, otros ...					
4. Relaciones familiares: problemas familiares, relaciones sexuales, otros ...					
5. Relaciones laborales: empleo, salario, paro, economía, otros ...					
6. Relaciones sociales: amig@s, religión, residencia, otros ...					
7. Ocio, tiempo libre: deportes, vacaciones, viajes, sedentarismo, otros...					
8. ¿Consideras que sin su influjo, podrías haber mejorado tus calificaciones, nivel de estudios, trabajo...?					

Con el fin de codificar la encuesta, completa los siguientes datos: Varón () Mujer () Edad ()
 Estudios completados Soltero () Casado ()
 Lugar de residencia: < 1000 hab. < 10.000 hab. Capital
 Las respuestas son confidenciales. Si lo deseas puedes indicar tu e-mail o móvil por si fuera conveniente ampliar esta información:

Muchas gracias por tu colaboración

ANEXO 2 INFORME DEL COMITÉ ÉTICO



INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dña. ROSA M^a CONDE VICENTE, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega, Área de Salud Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité, en su reunión del día 18 de Diciembre de 2014, ha tenido conocimiento del Proyecto de Investigación (Tesis Doctoral), titulado: **“Estudio psicométrico de prevalencia del TDAH en población juvenil-adulta de 16 a 30 años”**

y considera que:

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización en el Área Oeste de Valladolid, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**

Este Proyecto de Investigación, será realizado por **D^a Marta Celorrio San Miguel** como Investigador Principal.

Lo que firmo en Valladolid, a 19 de Diciembre de 2014

Fdo. Dña. Rosa M^a Conde Vicente
Secretario CEIC



ANEXO 3 PREMIO DE INVESTIGACIÓN

Este premio conlleva la presentación de un trabajo de investigación que ha servido de base para realizar esta tesis doctoral (punto Quinto, 2, de la ORDEN SAN/360/2015, de 29 de abril, por la que se aprueba el Programa 2015 para el reconocimiento e incentivación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (BOCyL nº 86 de 15 mayo de 2015).



ORDEN DE 13 DE JULIO DE 2015, DEL CONSEJERO DE SANIDAD, POR LA QUE SE MODIFICA EL ANEXO DE LA ORDEN DE 1 DE JULIO DE 2015, DEL CONSEJERO DE SANIDAD POR LA QUE SE RESUELVE EL PROGRAMA 2015 DE RECONOCIMIENTO E INCENTIVACIÓN DE PROFESIONALES QUE FINALIZAN SU RESIDENCIA EN LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN.

Mediante Orden de 1 de julio de 2015 del Consejero de Sanidad, se resuelve el Programa 2015 de reconocimiento e incentivación de profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y se relaciona en anexo a los profesionales que ha resultado reconocidos, señalando el destino ofrecido.

Producida la renuncia de D^a. M^a Josefa Custodio García, y de acuerdo con lo establecido en el punto tercero de la Orden de 1 de julio de 2015 arriba citada,

DISPONGO:

Primero.- Reconocer a la profesional que se relaciona a continuación como uno de los mejores profesionales que han finalizado la residencia en 2015 en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, y ofrecer un nombramiento eventual de 3 años de duración en el destino que se indica:

APELLIDOS, NOMBRE	DNI/NIE/ PASAPORTE	ESPECIALIDAD	DESTINO
CELORRIO SAN MIGUEL, MARTA	72890467V	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA VALLADOLID OESTE

Segundo.- El nombramiento deberá hacerse efectivo antes del día 15 de julio de 2015.

Contra la presente Orden, que pone fin a la vía administrativa, cabe interponer recurso Contencioso-Administrativo ante el Juzgado de lo Contencioso-Administrativo, en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente a su publicación. Igualmente, con carácter previo y potestativo, podrá interponerse recurso de reposición ante el Consejero de Sanidad en el plazo de un mes desde el día siguiente a su publicación, según lo dispuesto en el artículo 116 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.



Valladolid, 13 de julio de 2015
EL CONSEJERO DE SANIDAD,

Fdo.: Antonio María Sáez Aguado.

Reconocimiento e incentivación

de profesionales que han finalizado en 2015 su residencia en Castilla y León

En virtud del Programa 2015 de Reconocimiento e Incentivación de Profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, se reconoce a

MARTA CELORRIO SAN MIGUEL, con NIF 72890467V
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

su trayectoria profesional durante la residencia y se le incentiva con un contrato de 3 años en
la Gerencia de Atención Primaria de Valladolid Este

Valladolid, 15 de julio de 2015

Acepta,

Fdo.: Marta Celorrio San Miguel



El Consejero de Sanidad,

Fdo. Antonio María Sáez Aguado

Las personas TDAH saben lo que deben hacer, pero no hacen siempre lo que deben, debido a su inhabilidad en parar y pensar antes de responder, independientemente del lugar y de la tarea.

(San Goldstein, 1998).