

# **Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad**

**Josué Vásquez  
Eva Marcela Cárdenas  
Miriam Feria  
Corina Benjet  
Lino Palacios  
Francisco de la Peña**

# **Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad**

---

Josué Vásquez, Eva Marcela Cárdenas, Miriam Feria,  
Corina Benjet, Lino Palacios, Francisco de la Peña

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
México, 2010

## Guía Clínica para el Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad

Josué Vásquez M, Eva Marcela Cárdenas, Miriam Feria A, Corina Benjet, Lino Palacios C, Francisco de la Peña.

### *Editores*

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

### *Validación Interna*

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

### *Validación externa*

Carmen Rojas, Silvia Cantú, Juan L. Vázquez, Sergio Vázquez

### *Aspectos Éticos*

Liliana Mondragón

### *Producción editorial*

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-159-6

Edición 2010

Impreso en México

### **Citación**

Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, De la Peña F. (2010). Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

## Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
Trastornos Externalizados	7
<b>1. Definición del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)</b>	<b>11</b>
<b>2. Clasificación diagnóstica</b>	<b>11</b>
<b>3. Epidemiología</b>	<b>14</b>
<b>4. Aspectos socioculturales</b>	<b>14</b>
<b>5. Etiología del TDAH</b>	<b>16</b>
<b>6. Curso y pronóstico</b>	<b>17</b>
<b>7. Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales</b>	<b>17</b>
<b>8. Tratamiento multimodal para el TDAH</b>	<b>19</b>
<b>9. Farmacoterapia del TDAH</b>	<b>19</b>
Conclusiones	23
Aspectos Éticos	25
Referencias	27
Anexos	29
<b>Escala Autoaplicable para Adolescentes Cepo. Versión Adolescentes</b>	<b>29</b>
<b>Escala Autoaplicable para Adolescentes Cepo. Versión Padre-Tutor</b>	<b>31</b>
<b>Cuestionario de Conducta para Niños. Reporte del Padre</b>	<b>33</b>
<b>Cuestionario de Conducta para Niños. Reporte del Maestro</b>	<b>38</b>



## Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*<sup>1</sup>, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad<sup>2</sup>.

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

---

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

**Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza**  
**Directora General**  
**Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz***

La Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) revisa los conceptos generales sobre el TDAH que junto con el Trastorno Disocial y el Trastorno Negativista Desafiante están clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR), bajo el epígrafe “*Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*”, también denominados como trastornos externalizados por los especialistas a nivel mundial debido a la presencia de características particulares que permiten agruparlos en este espectro sintomático; por lo tanto, para una mejor comprensión, es imprescindible describirlos en conjunto. La clasificación diagnóstica que se utilizará será el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA); únicamente, se describirá la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10).

Además de proporcionar herramientas clínicas de diagnóstico, tratamiento farmacológico y estrategias de intervención psicosocial; esta guía pretende asistir en el reconocimiento de las características clínicas que deben ser objeto de referencia a un especialista en el área.

## Trastornos Externalizados (TE)

Existen algunos trastornos que afectan principalmente al entorno, es decir, que causan un gran malestar en las personas que rodean al niño y al adolescente, por ello, se les ha llamado durante mucho tiempo “*trastornos de conducta*”, ya que sus conductas interfieren negativamente con su desarrollo y dificultan el proceso de adaptación a la sociedad. Los TE tienen un origen tanto biológico, como psicosocial; en el caso del TND y TD los componentes medioambientales son muy importantes, en cambio el TDAH tiene un origen mixto, principalmente biológico.

Es importante mencionar que es difícil encontrar a un niño o adolescente que sólo presente un TE, por lo general presentan una combinación de 2 TE o de los 3, sobre todo si no son diagnosticados y tratados de manera oportuna y eficaz.

También es común que, además de los Trastornos Externalizados, presenten algún Trastorno afectivo (ansiedad y/o depresión) denominados por los expertos como trastornos Internalizados. Cabe mencionar que mientras más trastornos presenten (comorbilidad), más difícil será la recuperación, por eso es importante un tratamiento desde las primeras manifestaciones de los síntomas.

A continuación se presentan las características principales del TDAH; también, se proporciona un algoritmo de tratamiento farmacológico y algunas estrategias de intervención psicosocial, con la finalidad de disminuir y modificar las conductas, las cuales le facilitarán las relaciones con la familia, amigos y profesores.

## Objetivos de la Guía

1. Conocer qué son los Trastornos Externalizados.
2. Conocer la etiología, curso y pronóstico del TDAH.

3. Contar con los conocimientos básicos para identificar, evaluar y diagnosticar el TDAH.
4. Conocer de manera general el Tratamiento Multimodal del TDAH.
5. Conocer las principales medidas farmacológicas que pueden implementarse teniendo en cuenta algoritmos para su uso y canalización a otros niveles de atención.

# Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad



El TDAH es una condición neuropsiquiátrica con etiología multifactorial y de inicio en la infancia, caracterizado por la dificultad para poner **atención, hiperactividad y/o impulsividad** que puede persistir hasta la edad adulta, impactando diferentes áreas como la académica, laboral y social.

## Clasificación diagnóstica

# 2

En la actualidad, las dos clasificaciones de los trastornos mentales más ampliamente utilizadas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su décima edición (CIE-10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición texto revisado (DSM-IV-TR); ambas describen el trastorno de forma similar, con algunas variaciones sobre los criterios exigidos para el diagnóstico y la aceptación de los distintos tipos (Tabla 1).

De acuerdo con el DSM-IV-TR, son tres los trastornos propuestos bajo el epígrafe "*trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador*" como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Negativista y Desafiante (TND) y el Trastorno Disocial (TD). Aunque la mayor parte de los individuos tienen síntomas tanto de desatención, como de hiperactividad-impulsividad, en algunos predomina alguno de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático predominante durante los últimos 6 meses (Figura 1).

La CIE-10, los incluye bajo el epígrafe "*trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia*" como los Trastornos hipercinéticos (F90) y Trastornos disociales (F91), cada uno con sus respectivos subtipos. La diferencia más clara emerge cuando además de la sintomatología del TDAH, se presenta conjuntamente (comorbilidad) con otro trastorno como el TND o TD. Si se cumplen los criterios diagnósticos para este último trastorno, la CIE-10 lo clasifica como "*trastorno hipercinético disocial (F90.1)*"; en tanto que el DSM-IV-TR admite los dos diagnósticos, es decir, TDAH más TD o TND.

Ambas clasificaciones señalan los 7 años como límite superior para el inicio de los síntomas, cuya frecuencia e intensidad deberá ser excesiva para la edad y el nivel mental del niño, debiendo persistir al menos 6 meses, y con repercusión clínica significativa sobre la actividad social, académica o laboral. Asimismo, los síntomas deben suscitarse en al menos dos situaciones (por ejemplo, en la casa y en la escuela). No se realizará el diagnóstico cuando los síntomas aparezcan exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o se expliquen mejor por otro trastorno mental, como los trastornos afectivos (ansiedad y/o depresión), también denominados "*Trastornos Internalizados*".

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del TDAH**

Desatención o déficit de atención	
DSM-IV	CIE-10
<p>1a A menudo no presta atención suficiente a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.</p> <p>1b A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.</p> <p>1c A menudo parece que no escuchar cuando le hablan directamente.</p> <p>1d A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo.</p> <p>1e A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.</p> <p>1f 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).</p> <p>1g A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices, herramientas).</p> <p>1h A menudo se distrae por estímulos irrelevantes.</p> <p>1i A menudo es descuidado en las actividades diarias.</p>	<p>G1.1 Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.</p> <p>G1.2 Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.</p> <p>G1.3 A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.</p> <p>G1.4 Imposibilidad persistente para cumplir las tareas escolares asignadas u otras misiones que le hayan sido encargadas en el trabajo (no originada por un comportamiento deliberado de oposición ni por una dificultad para entender las instrucciones).</p> <p>G1.5 Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.</p> <p>G1.6 A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieran un esfuerzo mental sostenido.</p> <p>G1.7 A menudo pierde objetos necesarios para sus tareas o actividades, tales como material escolar, libros, lápices, juguetes o herramientas.</p> <p>G1.8 Se distrae fácilmente ante estímulos irrelevantes.</p> <p>G1.9 Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.</p>
Hiperactividad	
<p>2a A menudo mueve en exceso manos o pies, o se levanta de su asiento.</p> <p>2b A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.</p> <p>2c A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo</p>	<p>G2.1 Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies o removiéndose en su asiento.</p> <p>G2.2 Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.</p> <p>G2.3 A menudo corretea o trepa en exceso en</p>

(en adolescentes o adultos suele limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

2d A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

2e A menudo "está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor".

2f A menudo habla en exceso.

situaciones inapropiadas (en los adolescentes; en los adultos puede manifestarse por sentimientos de inquietud).

G2.4 Es, por lo general, inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

G2.5 Persistentemente exhibe un patrón de actividad motora excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

### Impulsividad

2g A menudo precipita respuestas antes de haber sido completada la pregunta.

2h A menudo tiene dificultades para guardar turno.

2i A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en juegos o conversaciones).

G3.1 Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

G3.2 A menudo es incapaz de guardar un turno en las colas o en otras situaciones de grupo-

G3.3 A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.

G3.4 Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las consideraciones sociales.

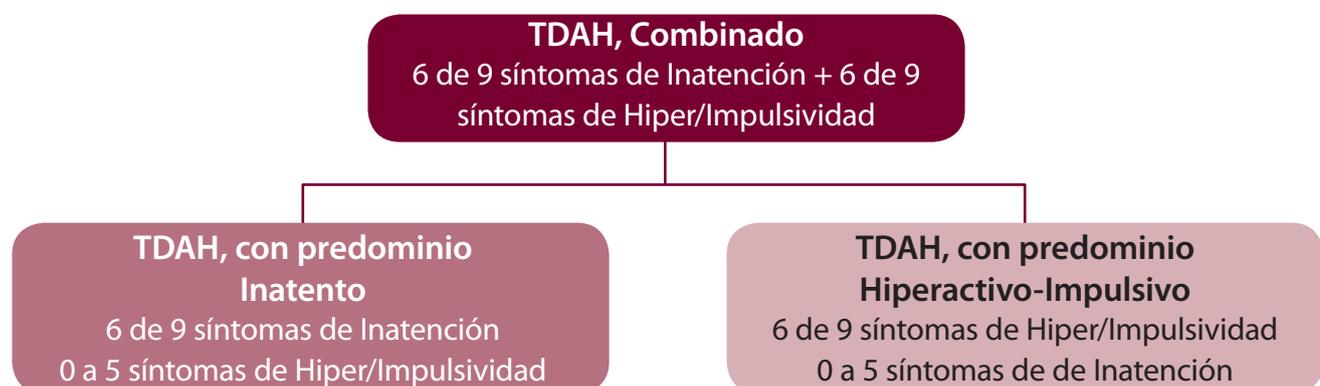
### Algoritmo de tratamiento

Al menos seis criterios del grupo 1 o seis criterios del grupo 2 o ambos.

Al menos seis criterios del grupo G1 y tres criterios del grupo G2 y un criterio del grupo G3.

**Nota:** A menudo (DSM-IV) o con frecuencia (CIE-10), significa que el síntoma se presenta casi todos los días, la mayor parte del día y con una intensidad mayor que lo observado en sujetos con un nivel de desarrollo similar.

**Figura 1. Subtipos del TDAH  
DSM-IV-TR**



## 3

### Epidemiología

El TDAH es un trastorno relativamente común. Las estimaciones de su prevalencia varían, dependiendo, en gran medida, de las técnicas de diagnóstico (por ejemplo, cuestionarios o entrevistas) y de la edad y naturaleza de la población estudiada (clínica o población general).

Estudios epidemiológicos recientes han reportado una prevalencia a nivel mundial de 8% a 12% en niños y adolescentes y de 1.2% a 7.3% en adultos.

En la actualidad se tiene el conocimiento que de cada 100 niños en edad escolar, de 3 a 5 presentan TDAH, mientras que en la adolescencia se reportan diferencias por sexo, ya que de 100 hombres adolescentes de 1 a 6 lo presentan, y de 100 mujeres adolescentes de 1 a 2 lo presentan.

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con diferencias que van de 3 a 5 hombres por 1 mujer.

En hermanos de niños con TDAH se ha encontrado que tienen un riesgo dos veces mayor de presentarlo.

## 4

### Aspectos socioculturales

Se sabe que el TDAH ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro.

El TDAH está asociado con serias dificultades sociales, psicológicas (baja autoestima) y de aprendizaje, así como otros más complejos como fracaso académico, abuso de sustancias y delincuencia en la adolescencia y la edad adulta (Figura 2).

En consecuencia, este trastorno produce una demanda sustancial de servicios judiciales, de salud mental y de educación. La calidad de las relaciones sociales de estos niños y adolescentes con sus hermanos, compañeros, padres y otros adultos es pobre; como resultado de su agresividad, de inatención a las normas sociales y de tendencia a atribuir motivos hostiles a los otros.

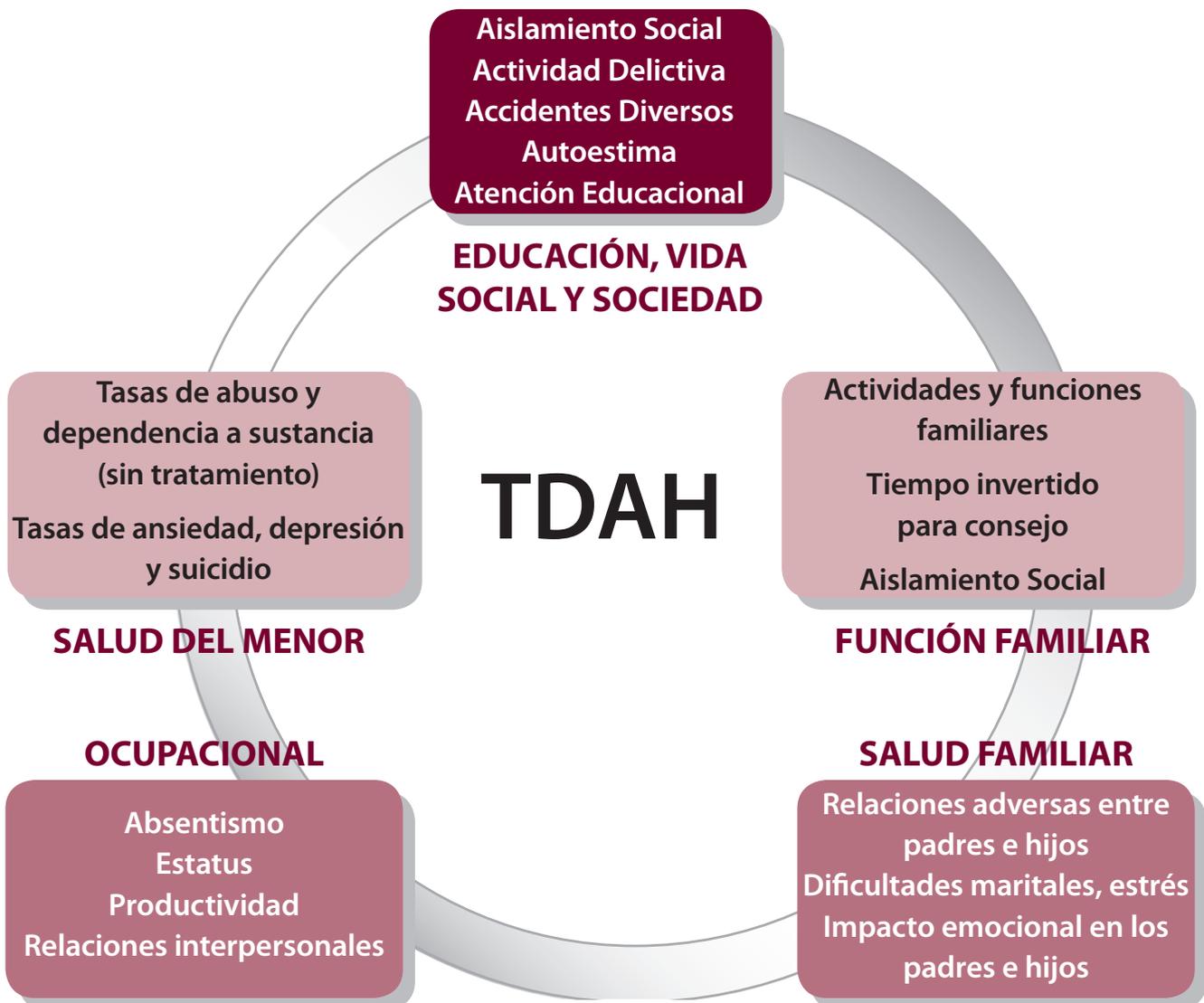
Como consecuencia, los niños y adolescentes son rechazados por los otros, y tratados de una manera negativa y controlada por sus iguales, profesores y padres. Sus familias experimentan estrés, sentimientos de incompetencia y discordias matrimoniales a causa de estas conductas socialmente perturbadoras.

En la tabla 2, se presentan algunos datos en relación con las consecuencias que tienen los niños o adolescentes con TDAH no diagnosticados y, por lo tanto, sin tratamiento oportuno y en la figura 2, el impacto del TDAH a largo plazo.

**Tabla 2. Alteraciones asociadas al TDAH**

- Déficit cognitivos en planificación, atención sostenida, percepción del tiempo e inhibición.
- Desorganización.
- Agresividad física y verbal.
- Sesgo de atribución hostil.
- Rechazo social.
- Sueño no reparador.
- Desmoralización.
- Depresión y ansiedad.
- Dificultades en el aprendizaje y escaso rendimiento académico.
- Escaso éxito profesional.
- Mayor riesgo de accidentes.

**Figura 2. Impactos del TDAH a largo plazo**



La etiología del TDAH es multifactorial, ya que influyen diversas variables; sin embargo, actualmente se cuenta con el conocimiento de algunos de ellos; es importante saber que ningún factor por sí solo explica el origen del trastorno (Figura 3). Algunos factores que intervienen son los siguientes:

### Factores genéticos

- Pregunte si algún familiar tiene TDAH. Se ha encontrado que un tercio de personas con TDAH tienen un familiar con el trastorno.
- Si el niño o adolescente tiene TDAH, sus hermanos tienen la probabilidad de padecerlo. Los hermanos de un niño con TDAH tienen un riesgo dos veces mayor de padecer el trastorno que la población general.
- No en todos los hermanos se manifiesta de la misma manera. Un hermano puede manifestar predominantemente síntomas de hiperactividad, mientras que otros pueden manifestar sólo síntomas de inatención. ¿Alguno de los padres es alcohólico? Existe mayor presencia en hijos de alcohólicos y de padres con personalidad antisocial.

### Factores neuroquímicos

- Presencia de problemas químicos a nivel cerebral. Algunos estudios muestran que ciertos neurotransmisores (sustancias químicas del cerebro que permiten la transmisión de la información de una neurona a otra) son deficientes. En especial, han sido identificados dos neurotransmisores: la dopamina y la norepinefrina.

### Factores neuroanatómicos y fisiológicos

- Las áreas cerebrales involucradas son: la corteza prefrontal, los núcleos basales del cerebro y el cerebelo.

### Factores psicosociales

- La familia es muy importante. Las vivencias que producen estrés psicológico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad contribuyen a la aparición o a la persistencia de TDAH.
- Factores predisponentes. Temperamento difícil del niño o adolescente y exigencias sociales.
- El nivel socioeconómico no parece ser un factor influyente.
- Técnicas educativas inapropiadas como falta de reglas, límites inconsistentes o falta de acuerdo entre los padres.

Figura 3. Múltiples factores etiológicos.



La mayor parte de los padres observan por primera vez la actividad motora excesiva cuando sus hijos son pequeños, coincidiendo frecuentemente con el desarrollo de la locomoción independiente. Sin embargo, puesto que muchos niños pequeños sobreactivos no llegan a desarrollar un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es preciso ser cautelosos al establecer este diagnóstico en los primeros años de la vida.

Habitualmente, el trastorno es diagnosticado por vez primera durante los años de enseñanza elemental, cuando queda afectada la adaptación escolar. En la mayoría de los casos visitados en centros clínicos, el trastorno se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia.

En muchos sujetos, los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta, aunque una minoría experimenta el cuadro sintomático completo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en plena edad adulta. Otros adultos pueden mantener sólo algunos de los síntomas, en cuyo caso debe utilizarse el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en remisión parcial. Este diagnóstico se aplica a sujetos que ya no sufren el trastorno completo, pero que todavía presentan algunos síntomas que causan alteraciones funcionales. Asimismo, es necesario tomar en cuenta los predictores de persistencia como historia familiar, adversidad psicosocial y comorbilidad, cuando se presenta esta última que es más la regla que la excepción, será más difícil la recuperación y el individuo tendrá mayor probabilidad de disfunción grave (Figura 2). Por lo tanto, es importante la detección y tratamiento oportuno, como la referencia a un especialista en un segundo o tercer nivel de asistencia.

## Evaluación, diagnóstico y recomendaciones generales

## 7

El diagnóstico del TDAH está basado principalmente en la evaluación clínica, tomando en cuenta los criterios diagnósticos descritos previamente y el sistema de **multiinformantes**, que incluye entrevista con los padres sobre las diferentes etapas del desarrollo del niño o adolescente y su comportamiento, un examen directo con el menor, una revisión de la información que proviene del profesor de la escuela. Se requiere de una historia clínica completa (antecedentes familiares, personales, patológicos e historia del desarrollo), así como conocer cuándo interconsultar a un especialista y cuándo referirlo a otro nivel de atención.

Además de la impresión global de los informantes sobre la presencia de los síntomas del trastorno, se debe obtener (sobre todo en niños) descripciones de conductas específicas en diversas situaciones, como durante la realización de tareas estructuradas o no estructuradas, trabajo en grupo o individual, y actividades de ocio o académicas. Esta aproximación minimiza el sesgo del informante que surge de las expectativas del comportamiento del menor o de la presencia de comorbilidad psicopatológica, tales como conductas negativistas o agresivas.

La evaluación en adolescentes requiere una aproximación similar a la empleada con los niños. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con éstos, la entrevista con el adolescente puede desempeñar un papel más importante en la evaluación, ya que éste tiene mayor conocimiento de sus problemas sociales, escolares y de comportamiento. Asimismo, se recomienda la confidencialidad, es decir, no

se debe comentar la información a otros miembros de la familia a menos que el menor esté de acuerdo y/o lo autorice o si se encuentra en una situación que amerite romper el secreto profesional.

El proceso diagnóstico en los adolescentes es más arduo por que las manifestaciones del trastorno cambian con la edad. La actividad motora más manifiesta disminuye y surge como problema principal un sentimiento interno de inquietud, agitación y falta de atención. Es un tanto más difícil obtener una descripción fiel de la conducta del adolescente, especialmente en la escuela y en el ámbito laboral, debido a la ausencia de un profesor único que sea responsable a lo largo del día.

Cabe señalar que no existen pruebas diagnósticas para el TDAH, el electroencefalograma no hace el diagnóstico ni es un estudio obligado.

Los estudios psicológicos son complementarios para el diagnóstico, evolución y tratamiento del TDAH y las pruebas neuropsicológicas son importantes para detectar si tiene compromiso en algunas funciones cerebrales y para saber si tiene problemas de aprendizaje.

Existen diferentes escalas de evaluación para el TDAH que tienen el objetivo cuantificar los síntomas del padecimiento. La principal aplicación es realizar un tamizaje o distinguir entre los chicos que tienen alta probabilidad de padecerlo y otros sirven para comprobar de forma estandarizada los cambios en los síntomas a través del tratamiento, sin que eso sustituya el criterio clínico. Las siguientes son las escalas de evaluación que se utilizan con más frecuencia en niños y adolescentes:

### **CEPO**

La Escala CEPO es un instrumento útil en las investigaciones clínicas y epidemiológicas para el TDAH. Valora exclusivamente los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad en la adolescencia; tiene dos versiones: una autoaplicable, es decir, que el chico puede leerla y contestarla por sí mismo y otra para ser contestada por los padres o tutores de los adolescentes valorando los mismos síntomas. La Escala CEPO en sus dos versiones permite distinguir de manera global los grupos de pacientes con TDAH de aquellos que no lo padecen, así como la severidad de los síntomas de este trastorno. La puntuación de 46 o más para ambas versiones, indica alta probabilidad de padecer TDAH; sin embargo no sustituye el diagnóstico clínico. (Al final del módulo se anexa la escala para que pueda ser aplicada por el profesional de la salud).

### **Escalas de Conners**

Creadas en 1970, son posiblemente los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento con medicación estimulante, su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento, como instrumento útil para recoger información de padres y profesores. Las escalas de Conners son un listado de síntomas con un formato de escala tipo Likert. Hoy día existen más de 30 versiones. En México fueron adaptadas por investigadores expertos: la escala para padres con 93 ítems y la escala para profesores con 39 ítems. Una puntuación igual o mayor a 14 en niños menores de 8 años de edad y una puntuación igual o mayor a 15 en niños y adolescentes de 9 a 17 años, nos permite distinguir los grupos de pacientes con TDAH y sin TDAH. (En el anexo aparecen ambas escalas para su aplicación por el profesional de la salud).

Debido a que los problemas conductuales asociados al TDAH son muy diversos y crónicos, se requiere la implementación de una gran variedad de tratamientos. Para ello, es necesaria la intervención de profesionales de diversas disciplinas y distintos niveles de atención, como médicos generales y familiares, pediatras, psiquiatras generales, psiquiatras de niños y adolescentes, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y profesores. Cada uno de ellos aporta su experiencia para abordar problemas específicos. La integración de todas las áreas se denomina **Tratamiento Multimodal**.

Actualmente los tratamientos más efectivos están enfocados a reducir los síntomas clave. Los tratamientos para el TDAH son prolongados, sólo controlan y disminuyen los síntomas, no curan. Hasta el momento, las intervenciones que han demostrado ser más efectivas son: farmacoterapia (medicamentos), psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual y orientación a padres y profesores (Tabla 3).

En la actualidad, la investigación médica muestran que un niño y adolescente que recibe tratamiento, terapia y medicamentos (si están indicado) adecuados y oportunos, tiene menor riesgo de consumir sustancias adictivas, como el alcohol, siendo de uso común en personas con TDAH que nunca fueron tratadas, por lo tanto con mayor riesgo de presentar abuso o dependencia a éste o a otras drogas, así como comportamiento antisocial y otros trastornos psiquiátricos, como depresión o ansiedad.

Las consecuencias negativas en la adolescencia y en la primera parte de la edad adulta son más probables cuando el afectado vive en circunstancias psicosociales adversas (hostilidad en la relación paterno filial).

**Tabla 3. Recomendaciones previas al inicio del tratamiento**

- Brinde a los padres una explicación del tipo de medicamento; qué es, para qué sirve y qué efectos adversos puede tener.
- Acláreles cuánto tiempo debe tomarlo, el horario y la dosis requerida.
- Explique por qué es necesario que el niño o adolescente tome ese medicamento y en qué forma le ayudará.
- Contemple que el medicamento ayuda a crear un terreno fértil para el aprendizaje.
- Deben tomar en cuenta que el medicamento no es la solución del problema; sólo es una herramienta que ayuda en el tratamiento.

El tratamiento es integral, personalizado y multidisciplinario. El tratamiento debe ser adecuado a las necesidades y características específicas de cada uno de los pacientes. Después de realizar un adecuado diagnóstico se deben identificar los síntomas clave para que se pueda establecer de forma adecuada la directriz terapéutica a seguir.

El uso de medicamentos estimulantes como el metilfenidato (MFD) y no estimulantes (Atomoxetina) en el tratamiento de TDAH han sido muy estudiados; más de 70 niños de cada 100 que son

tratados con estos medicamentos muestran mejoría, cabe mencionar que los medicamentos para el TDAH no son drogas adictivas.

Se conoce que la etiología tiene como mecanismo final una alteración del sistema dopaminérgico y noradrenérgico, diana de los mecanismos de acción de los medicamentos estimulantes y no estimulantes de manera respectiva.

En la siguiente tabla se muestra cuáles medicamentos son la primera línea de tratamiento, mismos que están disponibles en el país, así como el sistema de liberación, nombre comercial y su vida media (Tabla 4).

**Tabla 4. Primera Línea de Tratamiento**

<b>ESTIMULANTES</b>
MFD liberación inmediata (Tradea, Ritalin)/vida media: 4 horas
MFD liberación "SODAS" (Ritalin LA)/vida media: 6-8 horas
MFD liberación "Diffucaps" (Metadate CD)/vida media: 6-8 horas
MFD liberación osmótica "OROS" (Concerta)/vida media: 12 horas
<b>NO ESTIMULANTE</b>
Atomoxetina (Strattera)/vida media: 21 horas

### **Metilfenidato (MFD)**

El mecanismo de acción de esta sal se da primordialmente por medio del bloqueo del transportador de dopamina, lo que incrementa la cantidad de dopamina disponible en el espacio sináptico. Este medicamento ha sido aprobado por la FDA (por sus siglas en inglés), para usarse en pacientes a partir de los seis años de edad. El MFD disminuye los síntomas claves del padecimiento (inatención, hiperactividad e impulsividad), asimismo, mejora las interacciones psicosociales y el desempeño académico.

Los efectos adversos más frecuentes son: disminución en el apetito, insomnio, cefalea, irritabilidad, ansiedad y dolor de estómago; no obstante, son limitados. Los efectos sobre el sistema cardiovascular (incrementando la presión arterial o el pulso), no son clínicamente significativos como también, la talla no se ve afectada a largo plazo. Signos de sobredosis: agitación psicomotriz, hipertensión arterial, confusión, delirio, alucinaciones, euforia, fiebre, midriasis, sudoración, espasmos musculares y vómitos.

La dosis recomendada es: 0.6 a 1 mg/kg/día (sin exceder de 72 mg/día). Prescriba el medicamento logrando una dosis óptima.

### **Atomoxetina (ATX)**

La ATX actúa por medio de la inhibición de la recaptura de noradrenalina a nivel presináptico; ha mostrado efectividad a corto y largo plazo en el tratamiento del TDAH en niños a partir de los seis años, adolescentes y adultos. Este medicamento se administra una vez al día, tiene un bajo potencial cardiotoxico y no afecta el crecimiento. Los efectos adversos más frecuentes son los gastrointestinales (náusea y disminución del apetito).

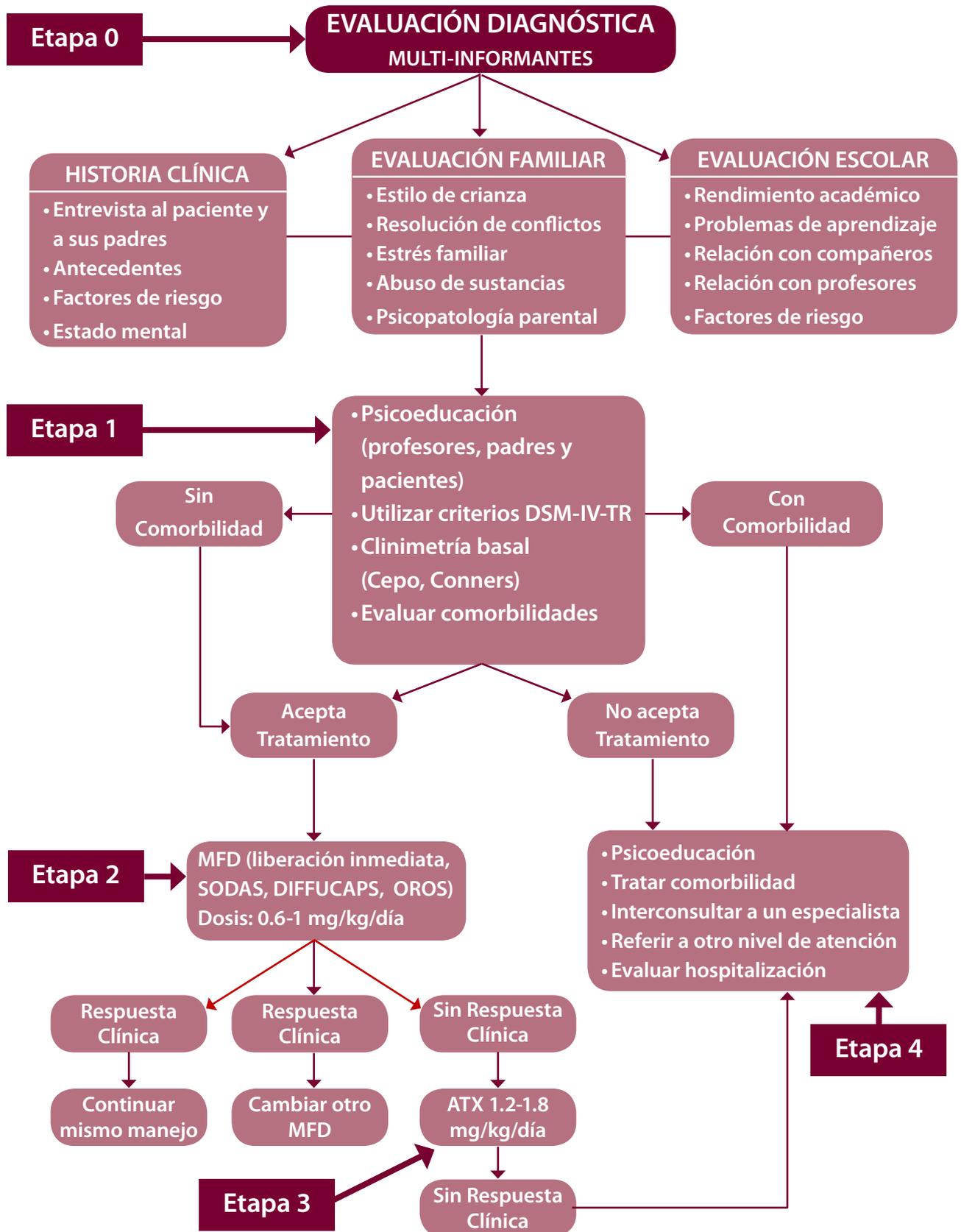
Se ha reportado daño hepático de forma rara, ocasional y transitoria. También se ha registrado la presencia de hipomanía o manía, edema angioneurótico, rash y urticaria como reacciones alérgicas. No se ha establecido perfil de seguridad en menores de seis años.

**Se recomienda una dosis de:** 0.5 mg/kg/día hasta alcanzar de 1 a 3 semanas, después 1.2 a 1.8 mg/día (una o dos dosis); asimismo, el efecto clínico se observa posterior a la cuarta semana de tratamiento.

### **Recomendaciones para el tratamiento (Figura 3)**

1. En la etapa de la evaluación y diagnóstico se recomienda el sistema de multiinformantes (padres y profesores). Es importante identificar tanto los síntomas clave, como la comorbilidad con otros trastornos externalizados o internalizados.
2. Recolecte datos de tratamientos previos, respuesta y efectos adversos.
3. La psicoeducación es parte del tratamiento e involucra a los padres, profesores y tutores.
4. Utilice de forma indistinta cualquiera de los medicamentos establecidos dentro de la primera línea de tratamiento, de acuerdo con el juicio clínico y la mejor perspectiva-paciente.
5. El monitoreo clínico sistemático (registro basal de peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial y frecuencia cardiaca) y la farmacovigilancia son esenciales para evaluar efectos adversos cardiopáticos (realizar un electrocardiograma de control), de crecimiento y desarrollo.
6. Aunque no existe un consenso global o estandarizado al momento de evaluar el TDAH que nos indique sobre cuándo se denomina **respuesta** y remisión, de acuerdo con el consenso del grupo de trabajo latinoamericano de TDAH, se propone que cuando se habla de respuesta al tratamiento farmacológico y/o psicossocial, es la disminución de la sintomatología en al menos un 30% con respecto a la puntuación basal obtenida a través de la clinimetría adecuada (CEPO, CONNERS), y **remisión** es el cambio completo de estado en un paciente dado, existiendo la **remisión sindromática, remisión sintomática y remisión funcional**.
7. Si se presenta un respuesta parcial a las 4 semanas o nula a la semana de iniciado el tratamiento y se han descartado variables como la falta de apego, se puede cambiar a otra formulación del estimulante, dependiendo de la disponibilidad de formulaciones de cada país (Tabla IV).
8. Se recomienda el uso de MFD de liberación corta en aquellos pacientes con peso bajo para la edad por la posibilidad de ajustar las dosis matutinas.
9. Se recomienda el uso de MFD de liberación prolongada o sostenida debido a que facilita la adherencia al tratamiento.
10. La atomoxetina se recomienda en pacientes con TDAH de predominio inatento, en aquellos que necesiten apoyo sobre alteraciones asociadas al sueño, síntomas de ansiedad, enuresis, tics incluyendo el de Tourette.
11. Se recomienda la atomoxetina en aquellos pacientes con antecedentes de uso/abuso de sustancias.
12. Se sugiere no suspender el medicamento los fines de semana ni en vacaciones.
13. Las Pruebas Neuropsicológicas y Psicológicas no deben ser consideradas como obligatorias en el proceso de evaluación y diagnóstico de un paciente adolescente con TDAH. Estas pruebas, pueden ser solicitadas en un principio cuando por historia clínica se observe una baja capacidad cognitiva general o dificultades en el lenguaje, escritura y cálculo, que no son acordes con el nivel intelectual que le corresponde.
14. La aplicación rutinaria de clinimetría, apoya tanto en la evaluación clínica, como en el establecimiento de metas dentro del proceso psicoeducativo.

**Figura 3. Algoritmo de tratamiento farmacológico para el TDAH en niños y adolescentes**



## Conclusiones

1. El TDAH es un padecimiento que se caracteriza por tres síntomas: inatención, hiperactividad e impulsividad.
2. El origen del TDAH es multifactorial, tanto biológico como psicosocial (ambiental).
3. El TDAH es una enfermedad que no se cura, sólo se controla.
4. El tratamiento del TDAH es multimodal: farmacológico y psicosocial, esperando una mejoría funcional y control continuo de los síntomas.
5. El electroencefalograma no es necesario para el establecimiento del diagnóstico.
6. Los padres y los maestros pueden aprender estrategias de afrontamiento contra los síntomas.
7. El TDAH presenta altas tasas de comorbilidad con trastornos internalizados (depresión y ansiedad) y otros trastornos externalizados (TND, TD).
8. Es necesario apoyarse mediante interconsultas, de no ser posible referir a un especialista o canalizar a otra institución.



## Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y para ofrecer un mayor compromiso y respeto a la dignidad de los pacientes menores de edad. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud.

### Consideraciones éticas en la relación con el paciente

#### Asentimiento del menor

Además de obtener la autorización del padre, madre o tutor, se debe buscar la cooperación voluntaria del menor. Una vez que se le ha informado, en términos comprensibles para su desarrollo cognitivo, lo que es conveniente para su atención.

#### Consentimiento

Generalmente, se informa al padre, madre o tutor sobre el diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, en algunos casos este acto puede ir en perjuicio de los intereses del menor y resulta conveniente mantener la confidencialidad de la información obtenida.

### Principios éticos

#### Respeto por las personas

- Protección a las personas con autonomía disminuida.
- Proteger a las personas dependientes o vulnerables contra daño o abuso.

#### Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

#### Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

#### Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

#### Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

### Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.

- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

## **Derechos humanos y derechos de la niñez**

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

## Referencias

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). 1992, Geneva: World Health Organization

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* ;164:942-948, 2007.

Overtoom CE, Verbaten MN, Kemner C, Kennemans JL y cols.: Effects of Methylphenidate, desipramine, and L-Dopa on attention and inhibition in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behav Brain Res*, 145:7-15, 2003.

Rohde LA, Roman T, Hutz MH: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current aspects on pharmacogenetics. *Pharmacogenomics J*, 3:11-13, 2003.

Conners, C.K. (1989). *Conners' Rating Scales* .Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

Conners, C.K. (1994). Conners Rating Scales. En M.E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 550-578). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

MTA Cooperative Group: National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow Up: Changes in effectiveness and growth after the end of treatment. *Pediatrics*, 113:762-769, 2004.

Pliszka y cols. And The Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. The Texas Children\_S Medication Algorithm Project: Revision Of The Algorithm For Pharmacotherapy Of Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(6):642-657, 2006.

Cox DJ, Merkel RL, Moore M, Thorndike F, Muller C, Kovatchev B: Relative Benefits of Stimulant Therapy With OROS Methylphenidate Versus Mixed Amphetamine Salts Extended Release in Improving the Driving Performance of Adolescent Drivers With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatric*; 118:704-710, 2006.

Biederman J: New-generation long-acting stimulants for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Medscape Psychiatry and Mental Health*. Medscape Health Network, Vol 2, 2003.

Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon JS, Warburton R, Reed E, Davis SG. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Nov;34(11):1495-503.

Biederman J, Petty CR, Wilens TE, Fraire MG, Purcell CA, Mick E, Monuteaux MC, Faraone SV. Familial

risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2008 Jan;165(1):107-15. Epub 2007 Nov 15.

Wilens y cols.: Long-Term Atomoxetine Treatment In Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Journal Of Pediatrics*. 54:112-119, 2006.

Del Bosque J, Larraguibel M, Vázquez JL, Guillen S y cols. Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para escolares con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en: Trabajos del I Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psiquiatría; Suplemento Época 2*, 23(S-2):43-45, 2007.

Palacios L, Manjarrez L, Patiño Rodrigo, De la Barra F, Cortijo A, Muñoz C, Vázquez F, Suárez A, Garza A, Llamasa G, Barragán E, Ulloa RE, Ortiz S, De la Peña F. Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en: Trabajos del I Consenso Latinoamericano del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psiquiatría; Suplemento Época 2*, 23(S-2):46-49, 2007.

Ulloa RE, Arroyo E, Ávila JM, Cárdenas JA, Cruz E, Gómez D, Higuera F, Rivera Federico, Santos G, Velásquez V, De la Peña F. Algoritmo del Tratamiento para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y Adolescentes. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 5, 2008.

Palacios L, y cols. Algoritmo de Tratamiento Farmacológico para Adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En: 1er Consenso Latinoamericano de TDAH. Intersistemas, S.A. de C.V. Lomas de Chapultepec, México, D.F. Pág. 85-96.

Alonso-Rivera C, y cols. Tratamiento Farmacológico en el Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad: Evaluación de las Características de los Medicamentos Utilizados. En: 1er Consenso Latinoamericano de TDAH. Intersistemas, S.A. de C.V. Lomas de Chapultepec, México, D.F. Pág. 85-96.

## Anexos

### CLÍNICA DEL ADOLESCENTE Escala Autoaplicable para Adolescentes CEPO (Versión Adolescentes)

Nombre del paciente:

---

Médico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Los reactivos que se enlistan a continuación, describen algunas conductas que presentan los adolescentes. Lee cada uno con cuidado y decide qué tanto lo has presentado: Nunca (0) algunas veces (1) casi siempre (2) o siempre (3). Marcar con una (X) el número que mejor te describa para cada reactivo. **NO** hay respuestas buenas o malas. Por favor responde todo. **Gracias.**

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. A cada rato me dicen que me calle	0	1	2	3
2. Me desespero si tengo que formarme para comprar algo	0	1	2	3
3. Los maestros me dicen que no los escucho cuando me hablan	0	1	2	3
4. Me siento inquieto cuando estoy sentado	0	1	2	3
5. Interrumpo a mis amigos antes que terminen de hablar	0	1	2	3
6. Dejo incompletas las tareas	0	1	2	3
7. Me cuesta trabajo esperar mi turno	0	1	2	3
8. Me cuesta trabajo poner atención	0	1	2	3
9. Me desespero cuando estoy sentado	0	1	2	3
10. Mis padres me dicen que no los escucho cuando me hablan	0	1	2	3
11. Pierdo mis libros o cuadernos	0	1	2	3
12. Soy desorganizado en mis tareas	0	1	2	3
13. Corro en lugares donde no debo hacerlo (escuela, cine, pasillos, etc.)	0	1	2	3
14. Soy más relajado que los demás	0	1	2	3
15. A toda hora tengo energía para hacer actividades	0	1	2	3
16. Cometo errores por ser descuidado	0	1	2	3
17. Me meto donde no me llaman	0	1	2	3

18. Interrumpo a mis padres o maestros cuando están hablando	0	1	2	3
19. Evito hacer tareas en las que tengo que concentrarme	0	1	2	3
20. Me distraigo por cualquier cosa	0	1	2	3
21. Hago cosas al aventón	0	1	2	3
22. Olvido donde dejo mis cosas	0	1	2	3
23. Los maestros me mandan a sentar	0	1	2	3
24. Siento que no se me acaba la cuerda	0	1	2	3
25. Me siento inquieto la mayor parte del día	0	1	2	3
26. Me molesto cuando tengo que hacer trabajos laboriosos	0	1	2	3
27. Soy de los que habla, habla y habla	0	1	2	3
28. Soy de los que muevo a cada rato las manos o pies	0	1	2	3
29. Me cuesta trabajo mantener la atención en juegos	0	1	2	3
30. Me distraigo porque vuela la mosca	0	1	2	3
31. Tengo problemas para concentrarme en tareas o trabajos	0	1	2	3
32. Soy desorganizado con mis cosas en casa	0	1	2	3
33. Me dicen que soy descuidado con mis cosas	0	1	2	3
34. Respondo antes de que terminen de preguntarme	0	1	2	3
35. Me es difícil seguir instrucciones de mis maestros o padres	0	1	2	3
36. Me distraigo cuando estoy jugando	0	1	2	3
<b>TOTAL:</b> _____				

**CLÍNICA DEL ADOLESCENTE**  
**Escala Autoaplicable para Adolescentes CEPO**  
**(Versión Padre-Tutor)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Los reactivos que se enlistan a continuación, describen algunas conductas que presentan los adolescentes. Lee cada uno con cuidado y decide qué tanto lo ha presentado: Nunca (0) algunas veces (1) casi siempre (2) o siempre (3). Marcar con una (X) el número que mejor te describa para cada reactivo. **NO** hay respuestas buenas o malas. Por favor responde todo. **Gracias.**

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. A cada rato le dicen que se calle	0	1	2	3
2. Se desespera si tiene que formarse para comprar algo	0	1	2	3
3. Los maestros le dicen que no los escucha cuando le hablan	0	1	2	3
4. Se ve inquieto cuando está sentado	0	1	2	3
5. Interrumpe a sus amigos antes que terminen de hablar	0	1	2	3
6. Deja incompletas las tareas	0	1	2	3
7. Le cuesta trabajo esperar su turno	0	1	2	3
8. Le cuesta trabajo poner atención	0	1	2	3
9. Se desespera cuando está sentado	0	1	2	3
10. Parece que no escucha cuando usted le habla	0	1	2	3
11. Pierde sus libros o cuadernos	0	1	2	3
12. Es desorganizado en sus tareas	0	1	2	3
13. Corre en lugares donde no debe hacerlo (escuela, cine, pasillos, etc.)	0	1	2	3
14. Es más relajiento que los demás	0	1	2	3
15. A toda hora tiene energía para hacer actividades	0	1	2	3
16. Comete errores por ser descuidado	0	1	2	3
17. Se mete donde no le llaman	0	1	2	3
18. Interrumpe a los adultos cuando están hablando	0	1	2	3

19. Evita hacer tareas en las que tiene que concentrarse	0	1	2	3
20. Se distrae por cualquier cosa	0	1	2	3
21. Hace cosas al aventón	0	1	2	3
22. Olvida donde dejó sus cosas (dinero, llaves, ropa)	0	1	2	3
23. Los maestros le mandan a sentarse	0	1	2	3
24. Parece que no se le acaba la cuerda	0	1	2	3
25. Se ve inquieto la mayor parte del día	0	1	2	3
26. Se molesta cuando tiene que hacer trabajos laboriosos	0	1	2	3
27. Es de los que habla, habla y habla	0	1	2	3
28. Es de los que mueven a cada rato las manos o pies	0	1	2	3
29. Le cuesta trabajo mantener la atención en juegos	0	1	2	3
30. Se distrae porque vuela la mosca	0	1	2	3
31. Tiene problemas para concentrarse en tareas o trabajos	0	1	2	3
32. Es desorganizado con sus cosas en casa	0	1	2	3
33. Le dicen que es descuidado con sus cosas	0	1	2	3
34. Responde antes que terminen de hacerle la pregunta	0	1	2	3
35. Le es difícil seguir instrucciones de sus maestros o padres	0	1	2	3
36. Se distrae cuando está jugando	0	1	2	3
<b>TOTAL:</b> _____				

## Cuestionario de Conducta para Niños

### Reporte del Padre

(Versión Adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida)

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Año escolar que cursa: \_\_\_\_\_

Nombre del padre que responde el cuestionario: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** La siguiente lista de reactivos señala conductas relacionadas con su hijo o con problemas que tiene. Lea cuidadosamente cada reactivo y decida qué tanto ha estado afectado su hijo por este problema en el último mes marcando con una "X" una sola casilla por reactivo, para "nunca", "un poco", "bastante" o "demasiado". La información que usted proporcione será confidencial y sólo será utilizada para la evaluación de su hijo. Por favor asegúrese de responder todos los reactivos.

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
<b>Problemas para comer</b>				
1. Pica y no come				
2. No come suficiente				
3. Tiene sobrepeso				
<b>Problemas para dormir</b>				
4. Es inquieto				
5. Tiene pesadillas				
6. Se despierta				
7. Tarda en dormirse				
<b>Miedo y preocupaciones</b>				
8. Tiene miedo a nuevas situaciones				
9. Tiene miedo a la gente				
10. Tiene miedo a estar solo				
11. Se preocupa de enfermedades y muerte				
<b>Tensión muscular</b>				
12. Está tenso y rígido				
13. Tiene sacudidas				
14. Tiembla mucho				
<b>Problemas de lenguaje</b>				
15. Tartamudea				
16. Difícil de entender				

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
<b>Control de esfínteres</b>				
17. Moja la cama				
18. Orina a cada rato				
19. Se ensucia de popó				
20. Retiene las heces, muy estreñido				
<b>Quejas somáticas repetidas</b>				
21. Dolores de cabeza				
22. Dolores de estómago				
23. Vomita				
24. Dolores diversos				
25. Evacua sin control				
<b>Problemas para chupar, masticar o agarrar</b>				
26. Se chupa el dedo				
27. Se muerde o come las uñas				
28. Muerde su ropa, sábanas u otros objetos				
29. Coge el cabello o la ropa				
<b>Inmadurez</b>				
30. No actúa conforme a su edad				
31. Lloro fácilmente				
32. Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo				
33. Se niega a separarse de sus padres u otros adultos				
34. Habla como bebé				
<b>Problemas con sus sentimientos</b>				
35. Se enoja con él mismo				
36. Se deja empujar por otros niños				
37. Se ve infeliz o triste				
38. Se siente culpable				
<b>Auto-sobreestimación</b>				
39. Fanfarronea				
40. Se jacta o bravea				
41. Es insolente o descarado				
<b>Problemas para hacer amigos</b>				
42. Es tímido				
43. Le da miedo lo que otros niños le hacen				

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
44. Se siente fácilmente lastimado				
45. Le cuesta hacer amigos				

**Problemas con sus hermanos**

46. Tiene sentimientos de ser engañado				
47. Se siente inferior				
48. Se pelea				

**Problemas para conservar a sus amigos**

49. Molesta a otros niños				
50. Quiere ser el primero				
51. Les pega a otros niños				

**Inquietud**

52. Es inquieto o hiperactivo				
53. Es excitable o impulsivo				
54. No termina lo que inicia o no puede mantener su atención en algo				
55. Tiene conducta explosiva				
56. Se avienta				
57. Tira y rompe las cosas				
58. Hace berrinches y se enfurece				

**Actitudes hacia el sexo**

59. Juega con sus órganos sexuales				
60. Tiene juegos sexuales con otros niños				
61. Es reservado en cuanto a su cuerpo				

**Problemas en la escuela**

62. Le cuesta trabajo aprender				
63. Le molesta ir a la escuela				
64. Le da miedo ir a la escuela				
65. Es distraído, sueña despierto				
66. Se va de pinta				
67. Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares				

**Mentiras**

68. Niega haber hecho algo malo				
---------------------------------	--	--	--	--

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
69. Culpa a otros de sus errores				
70. Cuenta historias que nunca existieron				

#### Robos

71. Roba a sus padres				
72. Roba en la escuela				
73. Roba tiendas y otros sitios				

#### Problemas con el fuego

74. Prende fuego				
------------------	--	--	--	--

#### Problemas con la policía

75. Se mete en problemas con la policía				
Especifique:				

#### Perfeccionismo

76. Todo debe ser perfecto				
77. Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera				
78. Se propone metas muy altas				

#### Problemas adicionales

79. Es inatento, se distrae fácilmente				
80. Siempre inquieto				
81. Es imposible dejarlo solo				
82. Se trepa en los demás				
83. Se levanta muy temprano				
84. Corre durante la comida				
85. Demanda ser satisfecho inmediatamente				
86. Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo				
87. Trae el sierre abierto				
88. Lloro frecuente y fácilmente				
89. Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos				
90. Actúa como si estuviera impulsado por un motor				
91. Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente				

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
92. Está pobremente conciente de sus alrededores o de la hora del día				
93. Sigue sin atar sus agujetas				
95 Otro:				
96 Otro:				
97 Otro:				
98 Otro:				
99 Otro:				
100 Otro:				

¿Qué tan serio considera el problema de su hijo actualmente?

( ) Sin problema alguno                      ( ) problema menor                      ( ) problema mayor

Agregue cualquier comentario que considere importante para que podamos conocer mejor a su hijo:

-----  
 -----  
 -----

Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de Conducta para Niños**

**Reporte del Maestro**

**(Versión Adaptada del Cuestionario de Conners para Maestros elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida, [adolesc@imp.edu.mx](mailto:adolesc@imp.edu.mx))**

El presente cuestionario de conducta para niños, está diseñado para explorar el aprovechamiento del niño en la escuela, algunas conductas problemáticas o disruptivas que pudiera tener, así como la relación que guarda el niño con sus compañeros y maestros.

La información que proporciona el maestro es confidencial, se solicita con la autorización de los padres del niño con el fin de normar las pautas diagnósticas dentro del proceso de evaluación médico-psiquiátrico.

Fecha de llenado: \_\_\_\_\_

Nombre del niño:

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro:

\_\_\_\_\_

Nombre del Director:

\_\_\_\_\_

Nombre de la escuela:

\_\_\_\_\_

Dirección de la escuela:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono y/o FAX de la escuela:

\_\_\_\_\_

1. ¿Desde hace cuánto tiempo conoce usted al niño?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Describa con sus propias palabras brevemente si detecta algún problema en el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Por favor evalúe el nivel de aprovechamiento en las diferentes materias para el niño:

	Arriba del promedio	Promedio	Abajo del promedio	Reprobado
Matemáticas				
Español				
C. Naturales				
C. Sociales				
Otra:				

4. Los siguientes reactivos describen algunas conductas que tienen o pueden a llegar a tener los niños. Lea cuidadosamente cada reactivo y decida que tanto describe al niño, marcando con una "X" una sola casilla por reactivo. Por favor asegúrese de responder todos los reactivos.

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
1. Está inquieto				
2. Hace ruidos extraños				
3. Sus demandas deben complacerse inmediatamente, se frustra fácilmente				
4. Pobre coordinación motora				
5. Es inquieto, muy activo				
6. Es excitable e impulsivo				
7. Es inatento y se distrae fácilmente				
8. No termina lo que inicia				
9. Es muy sensitivo				
10. Es muy serio y se ve triste				
11. Sueña despierto				
12. Se enfurece fácilmente				
13. Llora fácilmente				
14. Molesta a otros niños				
15. Es pendenciero				
16. Cambia de ánimo drástica y rápidamente				
17. Actúa como listo				
18. Es destructivo				
19. Roba				

	Nunca	Un Poco	Bastante	Demasiado
20 Miente				
21. Tiene berrinches explosivos o conductas impredecibles				
22. Se aísla de otros niños				
23. Parece no ser aceptado por el grupo				
24. Es tramposo				
25. Parece faltarle liderazgo				
26. Le cuesta trabajo estar con niños del sexo opuesto				
27. Le cuesta trabajo estar con niños del mismo sexo				
28. Molesta a otros niños o interfiere con sus actividades				
29. Es sumiso				
30. Es desafiante				
31. Es imprudente				
32. Es tímido				
33. Es miedoso				
34. Demanda excesivamente la atención del maestro				
35. Es muy molesto				
36. Está ansioso por complacer				
37. Es poco cooperador				
38. Es un problema su cuidado				
39. Otro:				
40. Otro:				
41. Otro:				
42. Otro:				

5. Por favor agregue cualquier otra información que considere necesaria para la mejor evaluación del niño.

6. De acuerdo con su experiencia, cómo considera la conducta del niño comparada con la de sus demás alumnos:

mucho peor ( ) peor ( ) igual ( ) mejor ( ) mucho mejor ( )

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;"><b>SECRETARÍA DE SALUD</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</b></p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos <b>Secretario de Salud</b></p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b></p> <p>Dra. Maki Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b></p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b></p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza <b>Directora General</b></p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey <b>Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</b></p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela <b>Director de Enseñanza</b></p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham <b>Director de Investigaciones en Neurociencias</b></p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra <b>Director de Servicios Clínicos</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</b></p>	
<p>T.R. Virginia González Torres <b>Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</b></p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago <b>Director de Normatividad y Coordinación Institucional</b></p> <p>Lic. Susana Moya Villar <b>Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</b></p>	

