

Suplemento Especial

Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico

Capítulo de la Asociación Psiquiátrica Americana



Mensaje de la Presidenta

La psiquiatría es la rama de la medicina que se especializa en evaluar, diagnosticar y tratar a las personas con trastornos mentales. El psiquiatra utiliza el modelo médico para ofrecer tratamiento, sin embargo, también toma en cuenta, además de los factores biológicos, los aspectos sociales, psicológicos, culturales y espirituales. Su enfoque se basa en los efectos bioquímicos y psicológicos de la conducta y el funcionamiento de la persona. Para ello, tiene que tener conocimientos actualizados de medicina general, fisiología, bioquímica y otros aspectos del funcionamiento del cerebro y del cuerpo en su totalidad, así como de farmacología con énfasis en psicofarmacología. Su educación médica también incluye diversas modalidades de psicoterapia, terapia electroconvulsiva y otras destrezas terapéuticas.

El tratamiento de un equipo multidisciplinario es de gran ayuda para los pacientes con problemas de salud mental. Este equipo debe contar con psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social, médico primario, enfermero psiquiátrico y otros profesionales de ayuda. La participación del psiquiatra en un equipo multidisciplinario es insustituible ya que cuenta con la preparación académica que se requiere para la atención adecuada de estos pacientes. La ausencia del médico especialista en psiquiatría pone en alto riesgo la salud física y mental del paciente.

La Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico, Capítulo de la Asociación Americana, tiene como misión crear consciencia para que el paciente reciba la adecuada protección de su salud y abogar por ello. Como parte de nuestra misión educativa hemos preparado este suplemento con temas de interés y de actualidad dentro del área de la psiquiatría. Esperamos sea de su agrado.

Ingrid Alicea Berríos, MD, DFAPA
Presidenta
Sociedad Psiquiátrica de Puerto Rico,
Capítulo de la Asociación Psiquiátrica Americana

Cuando un paciente nos dice: “Doctor, no puedo más..., yo me quiero morir”

Jorge González Barreto, MD

Especialista en Psiquiatría
Práctica privada de Psiquiatría, Manatí, PR
Presidente, Facultad Médica del Hospital Doctors Center de Manatí
Consultor, Manatí Medical Center y Health South Rehabilitation Hospital, Manatí
Tesorero, Capítulo Puerto Rico, Sociedad Americana de Psiquiatría



Su respuesta como clínico podría ser: “Bueno..., me acabas de decir algo muy serio; te quiero ayudar... ¿podemos hablar...?”. El médico tiene que sentirse afortunado de que el paciente esté compartiendo con él este pensamiento, pues le está dando la oportunidad de ayudarlo. Es en este momento cuando el médico puede hacer la diferencia entre la vida o la muerte.

El pensamiento autodestructivo es una realidad común escuchada en nuestra práctica de psiquiatría, tanto en la oficina privada como en los pacientes en un hospital. No hay duda de que tener un pensamiento de esta naturaleza refleja que el paciente está pasando por una situación muy difícil, y si lo comparte es que está dispuesto a ser escuchado.

La evaluación psiquiátrica incluye indagar sobre pensamientos autodestructivos que pudieran llegar hasta el pensamiento suicida o hasta tener un plan estructurado, ciertamente utilizando los criterios diagnósticos del DSM-V^{1,2,4}.

En este artículo deseamos compartir herramientas para confrontar esta situación, que se puede presentar en todas las especialidades, tanto en el paciente que visita al internista, como al oncólogo, al cirujano y a múltiples otras subespecialidades. Es una situación compleja y que puede parecer abrumadora.

A continuación, compartimos puntos claves a tener en cuenta para ayudar a ese paciente en un momento tan difícil. Debemos indagar sobre áreas estratégicas que nos puedan ayudar a entenderlo, a tener mayor destreza clínica y seguridad al evaluarlo tomando en consideración factores de riesgo, a identificar factores

que pudieran proteger al paciente, maneras de preguntar específicamente sobre suicidio, determinar el nivel de riesgo y opciones para disponer del caso apropiadamente poniendo como prioridad la seguridad del paciente y del médico. Lo ideal es tener un ambiente privado para evaluar al paciente y que haya algún familiar cercano para brindar apoyo en el proceso de evaluación. En ningún momento se debería dejar solo a este paciente, hasta ser evaluado por un psiquiatra o estar en un hospital, en cuyo caso necesitaría supervisión cercana de enfermería, esperando la disposición final.

Factores de riesgo³

1. Historial de intentos suicidas previos (que podrían ser intoxicación con medicamentos o narcóticos para dolor⁵) y comportamiento de daño autoinfligido (cortarse muñecas o piernas);
2. Historial psiquiátrico previo o tratamiento activo, incluyendo desórdenes de uso de sustancias;
3. Síntomas específicos como anhedonia, no esperanzado, pánico, ansiedad, desorden de sueño, alucinaciones de comando (escuchar voces que le digan que se autodestruya);
4. Historial de familiares que se hayan suicidado o hayan requerido hospitalizaciones psiquiátricas;
5. Factores precipitantes: problemas que causen al paciente humillación, culpabilidad o desesperación, como la pérdida de empleo, problemas económicos, pérdida de una relación o del buen estado de salud (ya sea real o por percepción), dolor crónico, condiciones del sistema nervioso central, problemas familiares, abuso sexual o físico, o aislamiento social;
6. Cambios en el tratamiento: comenzó o detuvo un tratamiento psiquiátrico o tuvo una reciente alta de un hospital. Cabe mencionar que el paciente puede

sufrir una descompensación durante el ajuste de medicamentos o en la etapa de comienzo y discontinuación de medicamentos psiquiátricos; y

7. Acceso a armas de fuego. Es la vía más común usada por varones de 10 a 24 años. En general, la tasa de suicidios por armas de fuego disminuyó en los Estados Unidos, pero aumentó la tasa de suicidios por asfixia.⁶

Factores protectivos

1. Internos: habilidad para enfrentar al estrés, principios religiosos, tolerancia a la frustración; y
2. Externos: tener la responsabilidad de cuidar niños, tener mascotas, tener apoyo social y familiar, tener relación positiva terapéutica con médicos.

Preguntas sobre el pensamiento suicida

1. Ideación: ¿Cuándo empezó a sentirse así? ¿Con qué frecuencia? ¿Qué lo precipitó? ¿Duración de ese pensamiento? ¿Ocurre cuando está tranquilo o cuando está enojado?;
2. Plan: ¿Cuánto tiempo lo está planificando? ¿Tiene la oportunidad real de actuar sobre esa idea? ¿Ha estado tratando o practicando lo que planifica?;
3. Comportamiento: intentos anteriores de autoahuyentarse; ¿Cuántos intentos no completó?; ¿Lo ha practicado (hacer el lazo para asfixiarse, coger el arma de fuego –legal o ilegal–)?; eventos anteriores de cortaduras auto infligidas; e
4. Intención: preguntar específicamente cuál sería el resultado hacia el futuro sobre la acción que piensa realizar, tratar de identificar si siente algún tipo de preocupación sobre los efectos que causaría a los que quedarían vivos y posiblemente utilizar este sentir del paciente como motivación para que pueda seguir luchando y aceptar más ayuda. Tratar de clarificar las razones por las que el paciente quiere morir y las posibles razones de querer vivir.

Nivel de riesgo e intervención

Se debe considerar el juicio clínico y utilizar siempre el ambiente menos restrictivo y de mayor seguridad para el paciente en ese momento.

- Alto: paciente psiquiátrico muy inestable; posiblemente psicótico, con un evento claro causando la recaída e inestabilidad, con ideas suicidas estructuradas y persistentes, luego de un intento suicida. La admisión psiquiátrica se debería recomendar y


mantener una vigilancia/supervisión constante;

- Moderada: paciente con múltiples factores de riesgo y pocos factores protectivos, con ideas suicidas, que no tiene un plan o intención. La admisión a un hospital psiquiátrico podría ser necesaria dependiendo de factores de riesgo. Considerar consulta con psiquiatra en sala de emergencia; y
- Leve: paciente con pocos factores de riesgo y con muchos factores protectivos; tiene pensamientos de muerte, sin plan, no tiene intención de realizar esas ideas destructivas. Considerar referirlo a clínica ambulatoria.⁷ Proporcionar fuentes de ayuda para el paciente, como líneas telefónicas de emergencia que el paciente podría utilizar.^{9,10}

Documentación

Es muy importante documentar la evaluación de riesgo, la intervención realizada, la integración con los familiares, los medicamentos y referidos utilizados, si hay armas de fuego documentar las instrucciones dadas a familiares, la información de quien acepta el caso en consulta y quien va a acompañar al paciente. Si no hay apoyo familiar considerar llamar a una ambulancia o activar orden involuntaria a un hospital según lo aplicable por la ley (en PR, Ley 408), para ser evaluado por un psiquiatra.

Comentario

No hay duda de la complejidad de esta situación clínica. Luego de estructurar los muchos detalles que incluye, se puede simplificar la evaluación y ayudar grandemente al paciente. Por otro lado, además de la satisfacción de poder ayudarlo, la relación terapéutica con él se verá reafirmada. Finalmente, debemos entender que los conceptos presentados no son absolutos, y que estos no eliminan el juicio clínico en el manejo de cada paciente y que cada caso es diferente y único. 

Referencias

1. APPI. 2013. American Psychiatric Publishing Group. DSM-V. Psychiatryonline.org.
2. American Psychiatric Association, www.psych.org.
3. Free mobile App; SAMHSA Suicide Safe.
4. Instituto Nacional de la Salud Mental. <http://www.nimh.nih.gov>.
5. CDC.gov; Policy Impact: Prescription Painkiller Overdoses.
6. CDC, MMWR, March 6, 15. Suicide Trends among Persons aged 10-24 Years - United States, 1994-2012.
7. www.suicidepreventionlifeline.org, 1-800-273-TALK (8255).
8. SAFE-T, American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behavior.
9. www.assmca.gobierno.pr
10. Línea Pas, assmca.gobierno.pr. 1-800-981-0023.

Relación entre salud mental, trastornos psiquiátricos y adicción



Erick F. Santos Hernández, MD, MPH

Psiquiatra

Definiciones de salud mental

La Organización Mundial de la Salud define “salud mental” no solo como la ausencia de trastornos psiquiátricos, sino como el estado de bienestar donde la persona ve realizadas sus habilidades, puede tolerar adecuadamente los estreses propios de la vida, es productiva y contribuye a la vida comunitaria. Una persona que no se siente realizada vocacionalmente, sin deseos de contribuir a una mejor convivencia comunitaria, con estado de ánimo alterado o inestable, con enfermedad mental o adicciones, no cuenta con una buena salud mental. La definición de salud mental del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos añade que “implica un funcionamiento intelectual adecuado y estable, capacidad de adaptación a los cambios y una relación consistente y satisfactoria con los demás y su medio ambiente, conservando las capacidades de aprendizaje, manejo del lenguaje y memoria”.

Grupos en mayor riesgo

Así, tampoco poseen una buena salud mental:

- Un creciente grupo de ancianos con severo déficit intelectual y pérdida de memoria (demencias); ni
- Personas con pobres relaciones familiares y sociales (antisociales, con trastornos de conducta, de personalidad, con adicciones a sustancias y al juego, y otros trastornos mentales). En esta población se ha encontrado una extensa comorbilidad psiquiátrica, en especial en los adictos. Debemos enfrentar estas disfunciones mentales racionalmente.

Recomendaciones de los CDC

Los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) recomiendan intervenciones múltiples en cuatro áreas claves:

- I- Establecer un programa sólido de epidemiología y vigilancia de todas las condiciones, en particular de trastornos mentales y de conducta como las adicciones, el abuso de menores y ancianos, la violencia doméstica y la conducta antisocial. Esto permitiría conocer nuestra situación con más certeza y

desarrollar prioridades para hacer mejor uso de nuestros recursos económicos y humanos.

- II- Promover mejores ambientes comunitarios en los trabajos y en las familias, programas municipales de apoyo a las familias en riesgo de alcoholismo y adicciones, de problemas severos de salud física y mental y de violencia doméstica; leyes que aumenten los precios del alcohol y el tabaco, y que limiten los anuncios de estos productos en los medios; diseño de edificios y calles seguras para los ciudadanos; que los maestros inculquen una sana convivencia y conducta a sus estudiantes, y la espiritualidad y fraternidad entre ellos. Las iniciativas que promueven mejores relaciones y que combaten la violencia y la corrupción deben ser bienvenidas para mejorar la salud mental y hacer mejor uso de nuestros recursos.
- III- Mejorar las prestaciones de salud mental basadas en evidencia científica y que las brinden personas preparadas y especializadas, que favorezcan el trabajo interdisciplinario cuando se requieran tratamiento y rehabilitación. Que los resultados sean evaluados por lo menos cada 6 meses por personas debidamente calificadas y se favorezca la contratación de los servicios más efectivos y eficientes.
- IV- Promover alianzas entre los prestadores de servicios de salud mental con otras organizaciones promotoras de salud, como la Asociación Americana Contra el Cáncer y su programa de apoyo de cesación de fumar, los colegios profesionales, los hospitales generales y psiquiátricos, los *boy scouts*, las universidades, las escuelas de Medicina, las alcaldías, los tribunales, la Legislatura, ASSMCA, el Departamento de Familia, Recreación y Deportes, la policía de la Guardia Nacional, las emisoras de radio y televisión, las agencias federales, los sindicatos obreros y las escuelas privadas.

Es necesario que trabajemos ardua y generosamente para que nuestra población goce de una mejor salud mental. **G**

Nuestros adolescentes y el uso de internet



Joalex Antongiorgi Torres, MD

Residente de Psiquiatría (Tercer año)
Recinto de Ciencias Médicas, UPR



(Supervisión) **Luz Colón De Marti, MD**

Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Directora de Programa de Entrenamiento de
Psiquiatría, Recinto de Ciencias Médicas, UPR

Evolución de formas de ingresar a las redes

Nuestra juventud está expuesta a variados estímulos electrónicos que pueden influenciar su comportamiento e impactar su manera de pensar. Según un estudio presentado por la Asociación de Ejecutivos de Ventas y Mercadeo de Puerto Rico (SME Puerto Rico)¹ –compañía que estudia tendencias de negocios y mediáticas– en 2013 contábamos con un 57% de uso de internet en la población de 12 años en adelante (estimaron 1 808 154 usuarios). Esto sigue en aumento en la medida en que se desarrollan nuevas herramientas, como el celular y las tabletas personales. En un inicio solo se utilizaba la computadora, pero en 2014 SME Puerto Rico estimó que el 76,7% utilizaba el celular para conectarse a internet, mientras que el 53,9% lo hacía desde su computadora. Así, se puede lograr acceso casi desde cualquier lugar.

Adolescentes y conexión ilimitada

Muchos adolescentes pueden estar utilizando sus celulares inclusive en las escuelas, lo que interfiere en su aprovechamiento académico. También esto facilita su uso inapropiado para acosar/intimidar a compañeros, por ejemplo con videos o con la alteración de fotos a manera de burla.

Pero aceptando y asumiendo que internet es parte del diario vivir y que “llegó para quedarse”, debemos reconocer que puede utilizarse como una opción para

el aprendizaje, como un sano entretenimiento y para propiciar la comunicación con familiares que están lejos.

Riesgos del uso ilimitado de internet

Sin embargo, es nuestra responsabilidad educarnos sobre su uso y beneficios. Además, debemos buscar que los menores la utilicen apropiadamente y conocer los riesgos de su utilización sin la supervisión adecuada.

La Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AAPNA)² identifica como riesgos:

- Divulgar información privada para que otras personas (incluyendo depredadores sexuales) puedan obtenerla;
- Acceder a información no adecuada para su edad;
- Estar expuestos a información con pornografía, odio, violencia, anuncios que engañen o bombardeen al niño con ideas nocivas, invitaciones para inscribirse a ganar premios que requieran proveer información personal; y
- El tiempo que no se utiliza en el desarrollo de destrezas sociales por estar conectado a internet o los medio electrónicos.

Plan de intervención y utilización

Una vez establecidos los riesgos asociados al uso de internet, se debe establecer un plan de intervención. Se la debe considerar como cualquier otra actividad

diaria y adiestrarnos en su uso para lograr una mejor supervisión.

Se considera como padre responsable al que:


- Vigila los lugares que su hijo frecuenta;
- Supervisa que su hijo no hable con desconocidos por teléfono;
- Regula el tiempo en que su familia utiliza la televisión; y
- Ayuda en la educación de su hijo.

Con el mismo cuidado debemos establecer la supervisión que requiere el uso de internet. Los adolescentes saben hoy las diferentes formas de usarla, pero no siempre lo hacen de manera apropiada; es en este momento cuando los padres tienen que utilizar su juicio y educar sobre el uso correcto de internet.

Comentario y recomendaciones

Podemos ofrecer las siguientes recomendaciones:

- Compartir juntos el uso de estos medios para ofrecer ejemplo a seguir;
- Compartir con otros padres sus normas al respecto;
- limitar el tiempo de uso;
- Enseñar que hablar con desconocidos por las redes sociales es igual a hablar con desconocidos en la calle;
- Nunca brindar información personal;
- No aceptar encuentros con personas desconocidas a través de internet; y
- Usar programas que funcionen con filtro parental.

En caso de que haya problemas más serios con el uso de internet, se puede buscar ayuda profesional especializada. 

Referencias

1. Asociación de Ejecutivos de Ventas y Mercadeo de Puerto Rico (SME Puerto Rico), www.smepr.org; acceso 3/18/2015.
2. Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes (AAPNA), www.aacap.org; Facts for Families; acceso 3/18/2015.

HOSPITAL SAN JUAN CAPESTRANO



.....porque tú eres importante para nosotros

Ponemos a tu disposición 27 años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de condiciones emocionales, un inigualable equipo de profesionales comprometidos con tu bienestar y las más innovadoras facilidades para el cuidado de tu salud mental. ¡Llámanos!



Parejas, Familias



Adultos, Adultos Mayores



Adolescentes de 13-17 años

¡Pronto nuevos servicios para adolescentes y adultos en nuestras Clínicas Ambulatorias!

1-888
967-4357

Línea de Acceso las 24 Horas
CUADRO (787) 760-0222 / 625-2900
www.sjcapestrano.com

síguenos en  Like

ACEPTAMOS LA MAYORÍA DE LOS PLANES MÉDICOS

- **Depresión**
- **Ansiedad**
- **Alcoholismo**
- **Insomnio**
- **Adicción a las drogas**
- **Irritabilidad**
- **Disfunción Familiar**
- **Problemas Matrimoniales**

¡Convenientemente cerca de tí a través de toda la Isla!

Clínicas Ambulatorias

- **Río Piedras** (787) 760-0222
- **Condado** (787) 725-6000
- **Caguas** (787) 745-0190
- **Humacao** (787) 850-8382
- **Manatí** (787) 884-5700
- **Carolina** (787) 769-7100
- **Ponce** (787) 842-4070
- **Hatillo** (787) 878-0742
- **Mayagüez** (787) 265-2300
- **Bayamón** (787) 740-7771

- **Clínica de Adolescentes**
- **Guaynabo** (787) 708-6323



Hospital San Juan
CAPESTRANO
redescubre tu esperanza

¿Es depresión o trastorno de déficit de atención e hiperactividad?



William Julio, MD, FAPA

Psiquiatra General y Geriátrico

Epidemiología en TDAH

La condición de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH, o *ADHD*) se caracteriza por la inatención, hiperactividad, impulsividad, o una combinación de ellas. En los Estados Unidos se estima que alrededor del 60% de los niños con TDAH llegan a la adultez padeciendo la condición; dichos pacientes componen alrededor del 4% de la población u 8 millones de individuos.

Diagnóstico y síntomas principales

Menos del 20% de los adultos con TDAH han sido diagnosticados o tratados, y solo alrededor de una cuarta parte de ellos busca ayuda. Se entiende que esta condición biológica y más a menudo genética, ocurre temprano en el desarrollo del cerebro. Los adultos con TDAH pueden exhibir los mismos síntomas que tenían cuando niños, y aunque la hiperactividad comúnmente disminuye en la adultez, la inatención y la impulsividad pueden persistir.

Los síntomas de TDAH usualmente incluyen inhabilidad para enfocarse, desorganización e inquietud. Los adultos con TDAH pueden tener dificultad organizándose, escuchando instrucciones, recordando detalles, o tener dificultad para completar tareas, lo que puede hacer más difíciles sus relaciones domésticas, académicas o laborales. Las personas con TDAH pueden exhibir diferentes síntomas y experimentarlos en diferentes niveles de severidad, que causan desde un impedimento leve a uno significativo.

Depresión y TDAH

La depresión es común entre los adultos que padecen TDAH. Se estima que la depresión es 2,7 veces más prevalente en los adultos con TDAH que entre la población general. No es poco común que profesionales diagnostiquen a un paciente con depresión pero fallen en diagnosticar un TDAH subyacente, lo cual puede ocurrir especialmente con niñas y mujeres.

Algunos adultos con TDAH se deprimen sin ninguna razón obvia, la condición ocurre en ausencia de circunstancias o eventos negativos de la vida como podrían ser dificultades en el trabajo o en la escuela, pérdida de empleo, problemas de relaciones o enfermedad crónica por ejemplo. El riesgo para este tipo de depresión, conocida como depresión primaria, pareciera ser principalmente heredado.

En otros casos, la depresión ocurre como una consecuencia directa de frustración crónica y decepciones de vivir con una condición de TDAH no tratada o pobremente manejada. Se estima que el 25% de los adultos con el desorden no han recibido tratamiento adecuado. Esos casos de depresión se consideran secundarios al TDAH.

Diferencia entre TDAH y depresión

Para complicar las cosas, los profesionales de la salud pueden confundir TDAH con depresión. Diferenciar las condiciones puede ser difícil porque ambas condiciones pueden presentar olvidos e inhabilidad para

enfocarse. Sin embargo, hay distinciones entre los síntomas de TDAH y los causados por depresión.

La condición de TDAH puede causar ánimos bajos, pero estos están usualmente relacionados con contratiempos específicos. Estos sentimientos tienden a ser transitorios. En contraste, los problemas de ánimo asociados con depresión son generalmente pervasivos y crónicos, y están presentes por semanas o meses. Además, a diferencia de los ánimos bajos causados por TDAH que a menudo comienzan en la niñez, la depresión típicamente no se desarrolla hasta la adolescencia o más tarde.

En cuanto a la motivación, con TDAH el paciente aparenta una imposibilidad de lograr las cosas porque está tramado y no puede decidir qué hacer primero. En el paciente deprimido es más por letargo, y no puede iniciar ninguna actividad.

En cuanto a las dificultades para dormir, cuando se padece TDAH, el problema usualmente ocurre con la inducción del sueño. La mente continúa activa, añadiendo cosas a la lista de tareas para hacer el día siguiente. En cambio, los pacientes que padecen depresión tienden a quedarse dormidos, pero se despiertan repetidamente durante la noche y temprano en la mañana. Además, en cada despertar la mente se presenta llena de pensamientos negativos y de ansiedad.

Opciones terapéuticas

En cuanto al tratamiento, no es aconsejable comenzar a tratar el TDAH y la depresión primaria a la vez. Se debe trabajar primero con la condición que causa mayor discapacidad. Los problemas de TDAH son reales pero la depresión puede poner en riesgo la vida del paciente.


La mayoría de los antidepresivos trabajan bien en conjunto con los medicamentos estimulantes, y también con el no estimulante atomoxetine, aunque podría necesitarse hacer ajustes menores en las dosis. El bupropión es un antidepresivo que podría también ser de utilidad para tratar TDAH.

Cuando la depresión es secundaria al TDAH, un medicamento o un ajuste de estilo de vida puede ser lo que se necesite para mejorar el ánimo del paciente. Se reconoce que cambios en el estilo de vida pueden ayudar.

El ejercicio aeróbico puede tener efecto en el estado de ánimo de las personas con TDAH.

Finalmente, en conjunto con o en vez de medicación, una forma de psicoterapia conocida como terapia cognitivo conductual (TCC) ha probado ser altamente efectiva para tratar la depresión. La primera meta de la TCC es permitirle al paciente identificar y reducir pensamientos negativos intensos y frecuentes.

Comentario

La meta del tratamiento para ambas condiciones es la misma: reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas. De esta manera, contribuiremos a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes de una forma significativa. 

Referencias

1. Knouse, LE *et al.* Depression in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Mediating Role of Cognitive-Behavioral Factors. *Cogn Ther Res* (2013) 37:1220-1232.
2. Yang, H *et al.* Prediction of Childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Research in Developmental Disabilities* 34 (2013) 3168-3181.
3. Sobanski, E. Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2006) 256 [Suppl 1]:1/26-1/31.
4. Marks, B. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* (2004) 65[Suppl 3]:3-7.
5. Gau, S *et al.* Association between sleep problema and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in young adults. *Sleep* (2007) 30:195-201.
6. Barkley, R *et al.* ADHD in adults: What the science says. New York: Guilford Press (2008).