

112396

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD
MENTAL

COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)
CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA

T E S I S

Para obtener el diploma de especialista en:
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia



P R E S E N T A:

Dra. Silvia María Sánchez Murillo

MÉXICO, D. F.

2003

03410761



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Juan M Saucedo G.
DR. JUAN MANUEL SAUCEDA GARCÍA
Tutor teórico de tesis

Silvia Ortiz León
BRA. SILVIA ORTIZ LEÓN
Tutora metodológica de tesis

[Handwritten signature]

Rosa Elena Ulloa Flores
DRA. ROSA ELENA ULLOA FLORES
Tutora metodológica de tesis

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptional.

NOMBRE: Silvia Sandra

FECHA: 9/8/05

FIRMA: *[Handwritten signature]*

DEDICATORIA

A mi esposo y a mis padres

Por todo el amor y apoyo que me han brindado

A mi hijo Fabricio

A mis hermanos y hermanas

Por estar siempre a mi lado

A mis compañeros y amigos

Por la amistad y hospitalidad brindada

AGRADECIMIENTOS

**A las doctoras Rosa Elena Ulloa y Silvia Ortiz
A los doctores Juan Manuel Saucedo y José Antonio Cárdenas**

Por todo el apoyo, conocimientos y ayuda brindada

**A la doctora Pilar Poza y al doctor Federico Rivera
De la Clínica de Conducta del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro**

Por su apoyo

**Al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro
Y a los Maestros del curso de Paidopsiquiatría de la UNAM**

Por los conocimientos adquiridos durante el entrenamiento

Los niños con TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) pueden presentarse al clínico con una llave escabrosa de problemas. La comorbilidad en el TDAH es importante porque puede determinar la presentación clínica, curso y respuesta al tratamiento.

Las patologías comórbidas más frecuentes del TDAH que implican un desafío en la práctica clínica son el Trastorno Oposicionista Desafiante, Trastorno de Conducta, Trastorno de Aprendizaje, Trastornos ansiosos, Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Bipolar.

Hay importantes diferencias en la sintomatología como una función de la comorbilidad y el género.

Se diseñó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar el tipo de psicopatología coexistente al TDAH tomando en cuenta género, edad, tipo de TDAH según DSM-IV. Se realizó en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (HPIJNN), durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de agosto del 2002, utilizando como principal instrumento de tamizaje el Child Behavior Checklist (CBCL).

La población de estudio quedó constituida por 102 niños con TDAH. En ellos la edad media fue de 8.31 ± 1.47 DS, siendo el grupo etáreo de 7 años el de mayor incidencia. El género masculino fue el más representativo, con un 85%. El tipo de TDAH más frecuente, fue el tipo combinado, con un 60.7%.

Las subescalas sindromáticas del CBCL más frecuentes fueron problemas de atención con un 86%, problemas sociales en un 84%, conducta delincuente con un 78% y ansioso-depresivo con un 71%.

De las subescalas sindromáticas del CBCL las que presentaron promedios de t-score más altos fueron conducta agresiva con un 68.23 ± 11.23 , problemas de atención con un 69.25 ± 9.09 y problemas sociales con 67.62 ± 8.59 .

Las t-score medias para problemas externalizantes fue mayor que para los internalizantes. El número de problemas coexistentes fue mayor en el tipo hiperactivo-impulsivo (HI) y combinado con un promedio de 5 y de 3 en el tipo inatento.

El 66.1% de la población con TDAH tipo combinado presentó problemas de aislamiento en una media de 64.08 ± 9.10 .

INTRODUCCIÓN	1
Trastorno opositorista desafiante (TOD) y trastorno de conducta (TC)	6
TDAH y Trastornos de Ansiedad	7
TDAH y trastornos depresivos (TDM)	8
TDAH y Trastorno bipolar (TB)	10
OBJETIVOS	11
HIPÓTESIS (Hi)	11
MÉTODO Y MATERIAL	11
Muestra	11
Criterio de inclusión	12
Criterio de exclusión	12
Criterio de eliminación	12
Instrumento	13
Procedimiento	14
Análisis de datos	15

RESULTADOS	16
Frecuencia por edad	16
Frecuencia por género	17
Frecuencia por escalas sindromáticas de CBCL	18
Frecuencias por tipo de TDAH (según DSM-IV)	21
Frecuencias de cada subescala por tipo de TDAH	22
Comorbilidad por género	26
Diferencias por edad	26
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFÍA	34



INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un conjunto de fenómenos neuropsicológicos, cuyos síntomas principales son según el DSM-IV inatención e hiperactividad-impulsividad, los cuales han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo, suelen estar presentes antes de los 7 años, en 2 ó más ambientes y debe existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. 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 (35).

El término comorbilidad se refiere a otros trastornos psiquiátricos que afecta a un individuo conjuntamente con su diagnóstico primario.

La existencia de trastornos asociados (comórbidos) al trastorno por déficit de atención con hiperactividad constituye un determinante esencial para establecer las estrategias de intervención, curso y terapias efectivas para así modificar el pronóstico del trastorno a largo plazo.

El trastorno por déficit atención con hiperactividad (TDAH) es una patología psiquiátrica en niños y adolescentes que representa un problema mayor de salud pública en los Estados Unidos por su morbilidad e incapacidad asociada en niños, adolescentes y probablemente en adultos. Es el desorden psiquiátrico pediátrico más común, presentándose en uno de cada veinte niños. Es una condición incapacitante y frecuentemente es acompañada de altos niveles de frustración, baja autoestima y comorbilidad.



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

La hiperactividad es un trastorno que raramente se manifiesta de manera aislada, ya que dos tercios de los niños con TDAH en edad escolar remitidos clínicamente para su evaluación presentan al menos otro trastorno psiquiátrico diagnosticable.

El desorden de TDAH tiene una elevada prevalencia y la extensión de sus consecuencias deletéreas en la vida de estos niños y sus familias hace importante su estudio. Se ha visto que en la vida adulta estos individuos tienen posiciones ocupacionales más bajas, además de que los predisponen a desventajas específicas y afectación de importantes áreas funcionales no relacionadas con diagnósticos psiquiátricos comunes.

La comorbilidad está presente en al menos dos terceras partes de las referencias clínicas de niños con TDAH, incluyendo más del 50% para trastornos oposicionales; 30% a 50% para desórdenes de conducta; 15% a 20% para trastornos del estado de ánimo y del 20% al 25% para trastornos ansiosos (2), los trastornos de tics crónicos y Tourette frecuentemente coexisten con TDAH. Los trastornos de aprendizaje en niños con TDAH oscilan del 10% al 25% dependiendo de la posición y del criterio usado (8). Los trastornos en el lenguaje también son frecuentes, varían desde el 8% hasta el 90% dependiendo de las definiciones precisas de trastorno del habla o lenguaje, la naturaleza de los problemas de comunicación, la fuente y tipo de muestra y el tipo de métodos utilizados para diagnosticar el TDAH (6).

Según los estudios en población clínica se reporta que en el estudio Multimodal de tratamiento del TDAH (MTA) realizado en Estados Unidos se reportó una comorbilidad del 50% con TOD y TC, 6% con depresión, 16% con manía, 34% con ansiedad y del 20 al 30% con trastorno de aprendizaje (14). Según un estudio en población clínica realizado en España en niños con TDAH el 44% presentaba comorbilidad con TOD, el 19% con TC y 38.9% con trastornos del ánimo y ansiedad (9). En Canadá según "The Ontario Child



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

Health Study”, en niños de edad de 4 a 11 años, 53% de los niños y 42% de las niñas que tenían TDAH tenían al menos otro diagnóstico del eje I del DSM-III. Para niños en las edades de 12 a 16 años, la prevalencia de TDAH con algún otro diagnóstico fue de 48% para niños y 76% para niñas (15).

La comorbilidad del TDAH es importante porque comparando un niño con TDAH sólo y un niño con TDAH con una condición comórbida su presentación clínica, pronóstico y respuesta al tratamiento pueden ser diferentes. Hay, por supuesto un número de otras condiciones que pueden ser comórbidos con TDAH como patologías médicas, TOC y trastornos generalizados del desarrollo.

Por ello es importante que los profesionales tengan un claro conocimiento de esta alta asociación, de manera que en la evaluación del TDAH tengan muy en cuenta la detección de otras psicopatologías, tomando en cuenta además edad y género del paciente ya que le permitirá seleccionar las estrategias más efectivas de intervención en cada caso concreto.

El DSM-IV estima la prevalencia del TDAH en niños de edad escolar en 3 al 5 %.

El TDAH en los Estados Unidos corresponde al 10 % de niños y 5 % de niñas en edad escolar elemental. La prevalencia declina con la edad, sin embargo, del 30 al 80% de los niños diagnosticados con hiperactividad continúan teniendo rasgos de TDAH en la adolescencia y hasta el 65 % en la adultez (Barkley, 1996). La frecuencia en adultos es estimada en 2 al 7 % (extrapolado de estudios epidemiológicos y de seguimiento en niños) (Wender, 1995).



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

En niños con edad escolar, la proporción de hombres y mujeres es de 9 a 1 en servicios clínicos, pero aproximadamente 4 a 1 en encuestas epidemiológicas de la comunidad (APA,1994). De los niños con THDA el 30 - 50 % tienen asociada una incapacidad para el aprendizaje.” (8).

“Sobre la mitad o más de los TDAH también tienen otros diagnósticos, es obligada una completa evaluación de los niños con TDAH para determinar la presencia / ausencia de otros trastornos. La presencia de un segundo o tercer comórbido indica un problema más serio y un peor pronóstico” (Lewis 1997).



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

Los trastornos psiquiátricos comórbidos más frecuentes se describirán a continuación:

Comorbilidad del TDAH según psicopatología y país					
Psicopatología	ESTADOS UNIDOS (1)	NUEVA ZELANDA (2)	ESPAÑA (3)	PUERTO RICO (4)	CANADÁ (5)
Trastorno oposicionista desafiante (TOD)	50 % (50 %) *	47%	44 %	35 %	
Trastorno de conducta (TC)	30-50 % (50 %) *		19 %		
Trastorno del ánimo	15-20%	26 %	38.9 %		
Depresión (TDM)	(6 %) *				
Manía (TB)	(16 %) *				
Trastorno de ansiedad	20-25 % (34 %) *				
Trastorno de aprendizaje (TA)	10-25 % (20-30 %) *				

(1) Niños referidos clínicamente. (11)

* Estudio Multimodal de tratamiento en TDAH (MTA), población clínica. (14)

(2) Estudio epidemiológico comunitario. Hasta 18% tenían 2 ó más condiciones comórbidas".

(3) Población clínica (9)

(4) Población general (10)



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

(5) The Ontario Child Health Study, en niños de edad de 4 a 11 años, 53% de los niños y 42% de las niñas que tenían TDAH tenían al menos otro diagnóstico del eje I del DSM-III. Para niños en las edades de 12 a 16 años, la prevalencia de TDAH con algún otro diagnóstico fue de 48% para niños y 76% para niñas (15).

Trastorno oposicionista desafiante (TOD) y trastorno de conducta (TC):

Aproximadamente 50% de los niños con TDAH reúnen criterios tanto para TOD como para el TC. La edad tiene un efecto distinto en la frecuencia de asociación entre TDAH y TC. La mayoría de los niños menores de 12 años que reúnen criterios para TOD ó TC generalmente reunirán criterios para TDAH. En muestras de adolescentes, el TC puro es más frecuente y solo un tercio de los pacientes adolescentes con TC reúnen el criterio para TDAH.

El niño puede reunir criterios para un TDAH solo, TDAH y TOD con TC ó TOD con TC solo. Niños en los 2 primeros grupos son buenos candidatos para intervención psicofarmacológica (13).

Muchos rasgos distinguen el TDAH del TDAH-TC. Niños con TDAH-TC provienen de familias de clase socioeconómica baja que los niños con TDAH solo. Las maestras reportan que los niños con TDAH-TC presentan más síntomas de inatención e hiperactividad que los niños con TDAH sin TC. Asimismo, los TDAH y TDAH-TC difieren en las mediciones de logro académico (22).

La historia médica y perinatal no distingue a los niños con TDAH y TDAH-TC. En cuanto a antecedentes familiares, los niños con TDAH-TC con mayor frecuencia presentan



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

antecedentes de conducta antisocial en los familiares de primera línea comparado con los niños con TDAH solo. Los niños con TDAH-TC tienen un número elevado de familiares con TC (26%) comparado con el grupo de TDAH solo (13%). Aparentemente, estos trastornos cosegregan, indicando que el TDAH-TC es un subtipo familiar distintivo. Por otro lado, debido al mayor porcentaje de psicopatología familiar, los niños con TDAH-TC están expuestos a un mayor nivel de estrés psicosocial (23).

Cuando el niño con TDAH tiene comorbilidad con TC el riesgo de personalidad antisocial adulta y convictos criminales aumenta marcadamente. Cuando son tratados los niños con TDAH-TC no solamente muestran la misma reducción en la inatención e hiperactividad como los niños con TDAH solo, también las conductas antisociales por si solas se reducen.

TDAH y Trastornos de Ansiedad:

Cerca de un cuarto a un tercio de los niños con TDAH reunirán criterios de algún trastorno de ansiedad comparado con un 5 al 15% de la población general.

Pliszka encontró que los niños con TDAH y ansiedad eran mayores al momento de la presentación que los niños con TDAH solo (13,25). Biederman y cols no encontraron diferencias en el porcentaje de niños con TC y TDAH y TDAH-ansiedad (2). En contraste Tannock encontró porcentajes mayores de TC en niños con TDAH- ansiedad (26). Niños con TDAH- ansiedad reportan mayores problemas escolares y dificultades escolares que aquellos con TDAH solo. Las madres de niños con TDAH y ansiedad reportan niveles mayores de problemas durante el embarazo y retrasos en el desarrollo que las madres de niños con TDAH solo. Los niños con TDAH y ansiedad experimentan mayores estresores en eventos de la vida que niños con TDAH solo. Biederman y cols. encontraron porcentajes



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

mayores de divorcio y separación entre las familias con niños con TDAH- ansiedad (59%) comparado con niños con TDAH solo (27%) (2).

El porcentaje de trastornos ansiosos fue más elevado únicamente en los familiares de niños con TDAH- ansiedad y no en los familiares de niños con TDAH solo. Esto es más consistente con la hipótesis que el TDAH y ansiedad son trastornos separados heredados independientemente.

Los niños con TDAH-ansiedad no solamente tienen menores mejoras conductuales pero los que mejoraron tendieron a declinar a través del tiempo. Dupaul y cols. dividieron los niños con TDAH en internalizantes y no internalizantes basados en la calificación de línea base del CBCL (27). Similar a Pliszka, ellos encontraron que los niños con TDAH con comorbilidad de síntomas internalizantes tienen una respuesta menor a estimulantes que los niños con TDAH no ansiosos (25). Trabajos más recientes no han confirmado estos hallazgos. Los niños ansiosos con TDAH son más probables de beneficiarse de la combinación de medicación y tratamientos psicosociales que los niños con TDAH no ansiosos.

Recientemente, los IRSS han sido satisfactorios en ensayos abiertos en tratar niños y adolescentes con trastornos ansiosos. Esta medicación puede ser combinada con estimulantes (28).

TDAH y trastornos depresivos (TDM):

Los estudios han lanzado resultados bastante discrepantes de la prevalencia de trastornos afectivos en la población con TDAH con un rango estimado de 3% (que no es mayor que la



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

población general) hasta un 75%. Los síntomas depresivos generalmente inician después de los síntomas del TDAH y la coexistencia de TDAH y TDM no parece prolongar el episodio depresivo ó aumentar el número de episodios depresivos. El TDAH no está asociado a un incremento en el riesgo de intentos suicidas ó suicidio completo, es la comorbilidad ó abuso de sustancias los que incrementan tal riesgo (29).

Cuando el TDM está claramente diagnosticado este sigue su propio curso independiente, persistiendo (si no se trata) aun si los síntomas de TDAH remiten (2). Así si los síntomas depresivos continúan después de que el niño ha respondido al tratamiento medicamentoso del TDAH, el tratamiento para la depresión debe ser aplicado. Comparando a los niños con TDAH sin depresión y los jóvenes con TDAH-TDM, estos últimos presentan una visión negativa de ellos mismos y más atribuciones “depresogénicas”, esto es, ellos tienden a ver los resultados positivos como relacionados con la suerte más que a sus esfuerzos y los resultados negativos son siempre vistos como fallas personales.

Si los niños tienen TDAH solo, los porcentajes de TDAH y TDAH en familiares de primer grado fueron más elevados sobre los porcentajes de un grupo control. Un patrón similar fue encontrado en los familiares de niños con TDAH-TDM. El hecho de que los probandos depresivos con TDAH también presentan un incremento en el riesgo de TDM en sus familiares sugiere alguna unión familiar común del TDAH y TDM.

Numerosos estudios han mostrado que los antidepresivos tricíclicos no son efectivos en el tratamiento de niños con TDM (30). Recientemente, se encontró que la paroxetina al igual que la fluoxetina es superior al placebo en el tratamiento de los adolescentes con TDM pero la imipramina no. Si un niño con TDAH y TDM responde a estimulantes pero persiste depresivo el agregar fluoxetina (10-20 mg/día), sertralina (50-200 mg/día) ó paroxetina (10-30 mg /día) puede ser beneficioso (31).



TDAH y Trastorno bipolar (TB) :

Recientes estudios han mostrado que niños diagnosticados como bipolares tienen alta prevalencia de síntomas de TDAH y otros trastornos externalizantes y hay un alto porcentaje de trastorno bipolar entre los niños con TDAH en centros institucionales.

Comparado con niños con TDAH sin TB, el grupo comórbido muestra un porcentaje mayor de trastornos de lectura y menores puntuaciones en el GAF (evaluación de funcionamiento global). También presentan porcentajes mayores de trastornos de conducta, ansiedad y depresión. Niños con TDAH-manía presentan porcentajes mayores de TB entre sus familiares, mientras que los porcentajes de TB en los familiares de niños con TDAH sin manía no excedieron aquellos del grupo control (32).

Independientemente si se tiene o no un diagnóstico de TB los estabilizadores de ánimo pueden ser de beneficio en aquellos pacientes con TDAH que tienen un humor irritable y agresión peligrosa y que responden solo parcialmente a los estimulantes. Un enfoque combinado utilizando tanto litio y estimulantes puede ser necesario en los niños con TDAH- TC para controlar el amplio rango de síntomas de inatención y agresividad (34).

El divalproato sódico ha mostrado ser prometedor en adolescentes con manía, también ha mostrado reducir las explosiones de agresividad. Los estimulantes pueden combinarse con divalproato sódico sin dificultad.



OBJETIVOS:

1. Determinar el tipo de psicopatología externalizante e internalizante coexistente al TDAH en población clínica de niños mexicanos.
2. Comparar las puntuaciones de diagnósticos coexistentes al TDAH en niñas y niños de población clínica mexicana.
3. Comparar las puntuaciones de diagnósticos coexistentes al TDAH en niños y niñas mayores y menores de 9 años.

HIPÓTESIS (H_i):

Las puntuaciones de síndromes coexistentes al TDAH en población clínica infantil mexicana serán mayores para los síndromes externalizantes que los internalizantes. Las puntuaciones de síndromes externalizantes serán mayores en niños y para síndromes internalizantes será mayor en niñas. La presencia de psicopatología coexistente aumentará a mayor edad del niño.

MÉTODO Y MATERIAL:

MUESTRA:

Los individuos de la muestra fueron 102 niños y niñas que acudieron a la Clínica de la Conducta del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro (HPIJNN) y en los cuales



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

constaba en el expediente que se les había realizado un diagnóstico de TDAH por un psiquiatra y que correspondían a las edades entre 6 y 11 años de edad. Se confirmó el diagnóstico de TDAH aplicando los criterios diagnósticos del DSM-IV para TDAH y sus diferentes subtipos.

Criterio de inclusión:

1. Todo niño ó niña entre los 6 y 11 años de edad que acudieron a la Clínica de la Conducta y que en el expediente constara que tienen un diagnóstico de TDAH (según DSM-IV) y cuyos padres ó tutores pudieran y accedieran (luego de explicarles el objetivo de aplicar el instrumento) a contestar el instrumento (CBCL) en forma autónoma.

Criterio de exclusión:

1. Todo niño ó niña que no tuviera un diagnóstico de TDAH.

Criterio de eliminación:

1. Los sujetos a los cuales no se les pudiera aplicar adecuadamente el instrumento de medición.
2. Los niños que presentaran un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.



INSTRUMENTO:

La evaluación de psicopatologías asociadas al TDAH se realizó mediante el inventario de síntomas para niños y adolescentes CBCL (Child Behavior Checklist).

El CBCL es un método para evaluar psicopatología que no requiere entrevistadores. Los formularios versión castellana (traducido y validado por Glorissa Canino (1990) (19)) del CBCL de T.N. Achenbach (Universidad de Vermont) son llenados por los padres ó tutores encargados del niño. Difiere de las evaluaciones diagnósticas en tomar un enfoque dimensional en oposición al enfoque categorial de la psicopatología.

La medición contiene 118 problemas (frases) que describen algunos comportamientos y problemas de los niños y de los adolescentes que el familiar ó tutor califica ó selecciona si esa manera de comportarse es la que ha tenido el niño durante los últimos 6 meses, calificando como 0 si no es cierto o no es aplicable al niño, 1 algunas veces o verdadero algunas veces (ocasionalmente o parcialmente cierto) y 2 muy cierto o verdadero la mayoría de las veces.

El CBCL es un método de evaluación bien estandarizado de niños con problemas conductuales y emocionales. El CBCL revisado produce 9 escalas (síndromes) clínicas y 3 escalas sociales.

Los 9 síndromes de información cruzada que registra son: conducta delincuente, conducta agresiva, aislamiento, quejas somáticas, ansioso / depresivo, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención y problemas sexuales.



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

Los 9 síndromes de información cruzada y las 3 escalas de banda amplia (competencia social, actividades y escolar) son normados separadamente para niños y niñas en edades de 4 a 11 años y 12 a 18 años.

En el CBCL las puntuaciones en las escalas son reportadas como t-score teniendo una media de 50 y una desviación estándar de 10; la t-score en una escala clínica sobre 70 representa una puntuación mayor que las puntuaciones del 98 % de aquellos evaluados en una población no clínica y se considera que son clínicamente relevantes (anormal).

El CBCL es un instrumento no estandarizado ni validado para niños mexicanos, pero el cual ha sido utilizado en varios estudios de población mexicana en México, así como población de habla español en Estados Unidos, Perú, España y Puerto Rico entre otros. Según la bibliografía de estudios publicados utilizando ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) se mencionan 65 referencias únicamente en población de habla español utilizando este instrumento.

Se ha sugerido que el CBCL puede servir como un instrumento útil para validar casos con comorbilidad.

PROCEDIMIENTO:

El diseño del estudio se define como estudio descriptivo, transversal y comparativo.

Durante el tiempo de recolección de la muestra para el estudio se seleccionaron aquellos pacientes con TDAH que asistieron a su cita programada en la Clínica de la Conducta. Se le solicitó a los médicos tratantes de dicha clínica referir el paciente al investigador principal para proceder a entregarles el instrumento de evaluación y que en ese mismo momento



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

fuera contestado (en la sala de espera de la consulta externa) por los padres o tutores, procediéndose a su recolección (tiempo estimado de 15 a 20 minutos) una vez completadas las respuestas.

En el momento que entregaron el instrumento se revisó y preguntó si todas las frases fueron contestadas y en caso de que no hubieran comprendido alguna frase o palabra se les aclaró para su debida respuesta.

Si por alguna razón no se les pudo aplicar el instrumento el día que asistieron a la consulta (dificultad de los padres para leer el instrumento o el no encontrarse el investigador principal en el hospital) se concertó una cita posterior, lo que se presentó en solo dos casos, para aplicar el instrumento. En el caso de que no supieran leer se les leyó el instrumento – un solo caso- para que procedieran a contestar las frases y poder obtener la opinión de ellos.

ANÁLISIS DE DATOS:

La información demográfica y los diagnósticos obtenidos por medio del CBCL se vació en una base de datos diseñada para el estudio. En el presente estudio se utilizó un corte de 60 como la puntuación clínicamente significativa basándose en estudios previos (3 y 20).

Para el *análisis de datos* se utilizó estadística descriptiva para las variables clínicas y demográficas. Para las comparaciones entre grupos se utilizaron la prueba chi cuadrada y t de student.

Todos los análisis fueron de la modalidad de dos colas y se definieron como estadísticamente significativos los valores de $p =$ menor de .05.



RESULTADOS

1) Frecuencias por edad

Para la realización del presente trabajo se obtuvo una muestra de 102 niños con edades comprendidas entre los 6 y los 11 años. El cuadro siguiente nos muestra la distribución de frecuencias correspondientes y la relación porcentual de ellos.

Distribución de Frecuencias por Edad y Relación porcentual		
Edad en años	N	%
6	9	8.82
7	28	27.45
8	19	18.63
9	25	24.51
10	10	9.80
11	11	10.78
TOTAL	102	100%



2) Frecuencias por género

Distribución de Frecuencias por Género y Relación porcentual		
Género	N	%
Masculino	87	85.3
Femenino	15	14.7
TOTAL	102	100%

La edad promedio de los 102 niños fue de 8.31 ± 1.47 años siendo la edad mínima de 6 años y la máxima de 11 años.



3) Frecuencias por escalas sindromáticas del CBCL

Frecuencias de pacientes que obtuvieron un puntaje umbral (t-score mayor de 60) en las Escalas Sindromáticas del CBCL		
Escala Sindromática	N	%
Aislamiento	60	58.82
Quejas somáticas	69	67.65
Ansioso-depresivo	73	71.56
Problemas sociales	86	84.31
Problemas de pensamiento	57	55.88
Problemas de atención	88	86.27
Conducta delincuente	69	67.64
Agresividad	80	78.43
Problemas sexuales	36	35.29

- Según las t-score de las subescalas sindromáticas del CBCL las t-score promedio obtenidas fueron:
 - Aislamiento: 62.9 ± 8.86 (mín. 50 – máx. 86).
 - Quejas somáticas: 62.25 ± 8.59 (mín. 50 – máx. 82).
 - Ansioso – depresivo: 65.30 ± 10.28 (mín.50 – máx. 95).



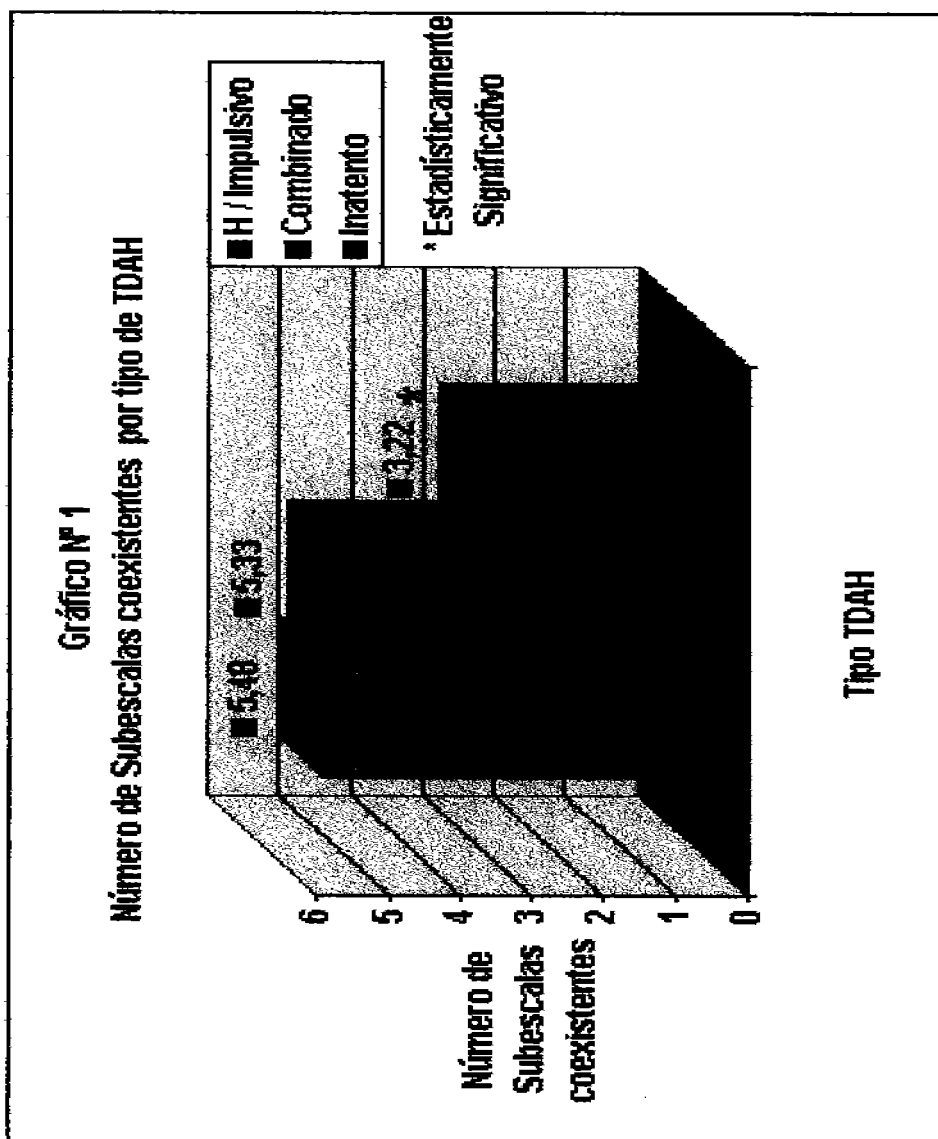
**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

- Problemas sociales: 67.62 ± 8.59 (mín. 50 – máx. 87).
 - Problemas de pensamiento: 61.87 ± 9.31 (mín. 50 – máx. 88).
 - Problemas de atención: 69.25 ± 9.09 (mín. 51 – máx. 91).
 - Conducta agresiva: 68.23 ± 11.23 (mín. 50 – máx. 93).
 - Conducta delincuente: 65.13 ± 9.51 (mín. 50 – máx. 81).
 - Problemas sexuales: 56.53 ± 9.14 (mín. 50 – máx. 85).
-
- Al sumar las t-score de los problemas internalizantes (aislamiento, quejas somáticas y ansioso-depresivo) se encontró un promedio de 63.48 ± 7.46 (mín. 50 – máx. 79) y para problemas externalizantes (conducta delincuente y conducta agresiva) de 66.67 ± 9.49 (mín. 50 – máx. 85).

 - El promedio de problemas coexistentes en la población fue de 5.19 ± 2.13 (mín. 0 – máx. 8). Se excluyó el problema de atención por ser el TDAH el diagnóstico principal de toda la población. El número de problemas coexistentes por tipo de TDAH se muestra a continuación en el gráfico número 1.



COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA





4) Frecuencias por tipo de TDAH (según DSM-IV)

Distribución de Frecuencias por tipo de TDAH (según DSM-IV) Y relación porcentual		
Tipo de TDAH	N	%
Combinado	45	44.12
Combinado en remisión parcial	17	16.67
Inatento	7	6.86
Inatento en remisión parcial	2	1.96
Hiperactivo- impulsivo	27	26.47
Hiperactivo- impulsivo en remisión parcial	4	3.92
TOTAL	102	100%

La edad promedio en el tipo combinado fue de 8.34 ± 1.40 , en el tipo hiperactivo-impulsivo fue de 8.32 ± 1.62 y en el tipo inatento de $8.11 \text{ años} \pm 1.54$.



5) Frecuencias de cada subescala por tipo de TDAH

A) Tipo combinado (62 niños):

Los pacientes con TDAH combinado presentaron mayor frecuencia de problemas de aislamiento que los pacientes con otros subtipos de TDAH (66.1% (41 niños) vs 47.5% (19 niños), Prueba Exacta de Fisher (PEF), $p = .049$).

Los valores de las t-score en este grupo fueron mayores para la subescalas de aislamiento (64.08 vs 61.08, $t = 1.72$, 100 gl., y $p = .088$) y pensamiento (63.65 vs 59.13, $t = 2.47$, 100 gl y una $p = .015$) que para los otros 2 subtipos de TDAH

B) Tipo hiperactivo-impulsivo (31 niños):

Los pacientes con TDAH hiperactivo-impulsivo presentaron menores t-score en la subescala de problemas del pensamiento que para los otros tipos de TDAH (59.45 ± 8.73 vs 62.93 ± 9.41 , $t = 1.8$, 100 gl., y $p = .076$).

Las valores de las t-score en este grupo fueron mayores para la subescala de conducta agresiva que para los otros 2 subtipos de TDAH (71.32 ± 10.83 vs 66.87 ± 11.20 , $t = 1.88$, 100 gl., y $p = .064$).



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

Los pacientes con TDAH hiperactivo-impulsivo presentaron mayor frecuencia de problemas sociales que los pacientes con otros subtipos de TDAH (96.8% (30 niños) vs 78.9% (56 niños), Prueba Exacta de Fisher (PEF), $p = .050$).

Las valores de las t-score en este grupo fueron mayores para la subescala de conducta delincuente y problemas externalizantes que para los otros 2 subtipos de TDAH (67.9 ± 8.85 vs 63.92 ± 9.59 , con una $t = 2.04$, 100 gl., y $p = .046$ y 69.61 ± 8.4 vs 65.39 ± 9.69 , con una $t = 2.212$, 100 gl., y $p = .030$ respectivamente).

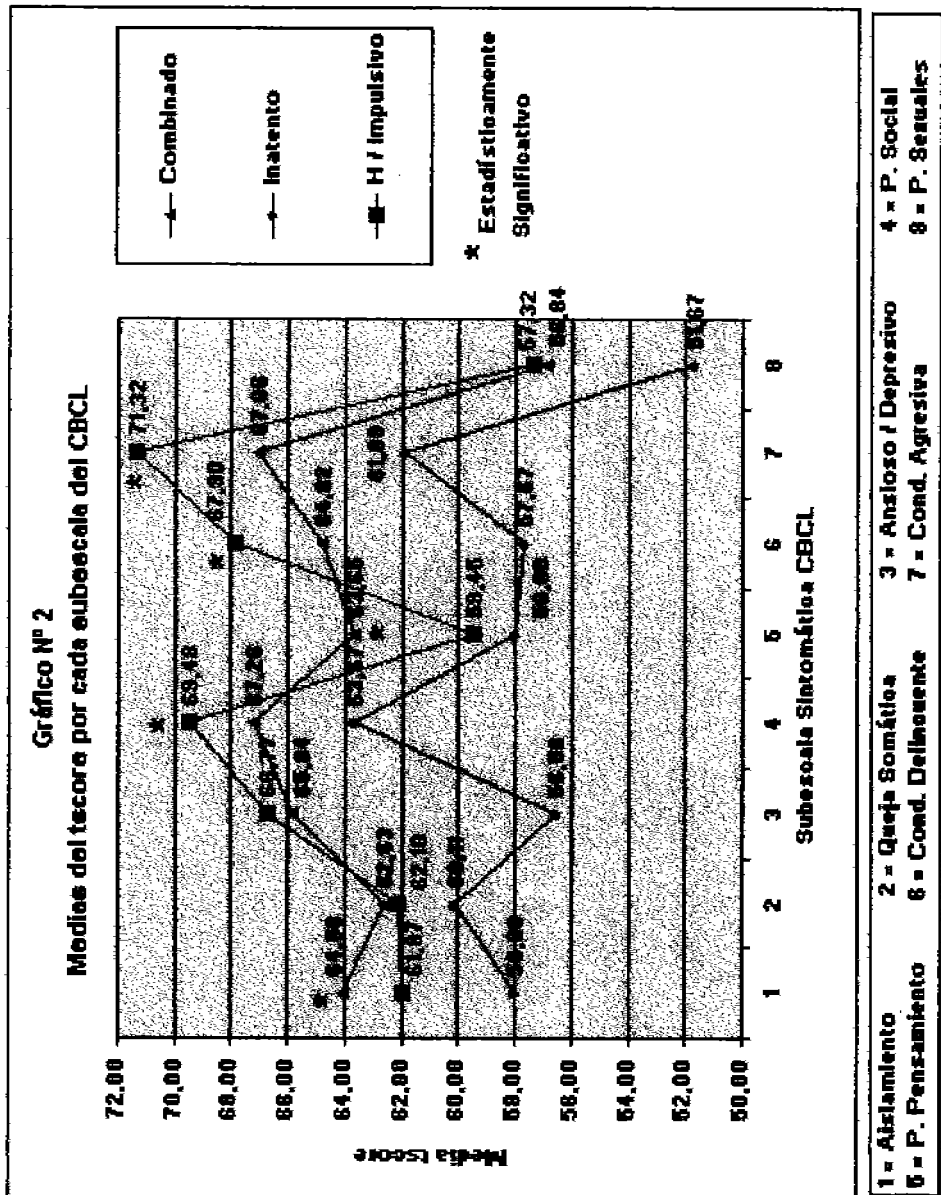
C) Tipo inatento (9 niños):

Este grupo presentó menores t-score en las subescalas de aislamiento, ansioso-depresivo, delincuencia, agresividad, así como en problemas internalizantes, externalizantes y en el número de problemas coexistentes.

Las t-scores promedio para cada subescala y los síndromes internalizantes y externalizantes se muestran en los gráficos 2 y 3 que se presentan a continuación.

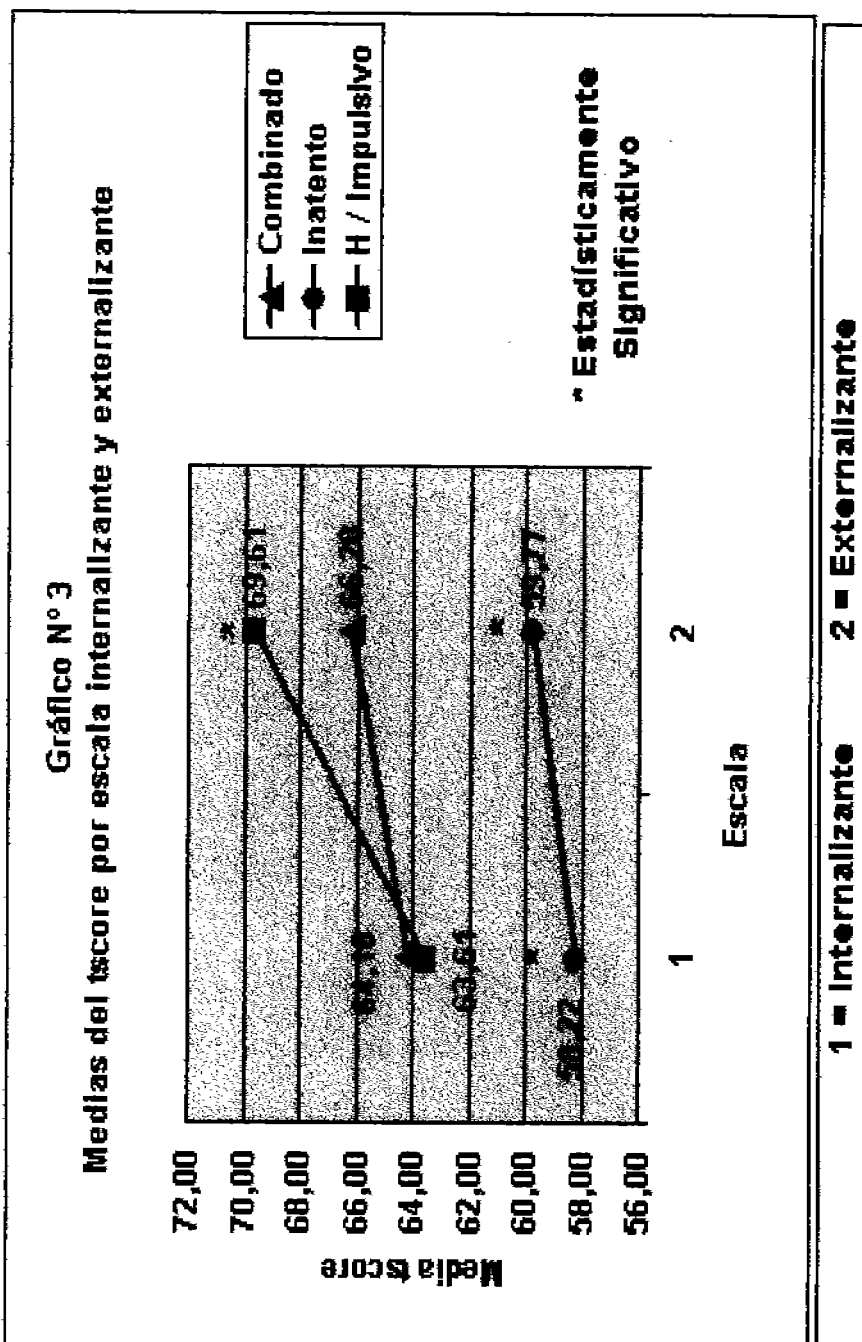


COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA





COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA





6) Comorbilidad por género

Según frecuencia por género y subescala sindromática del CBCL, el género masculino presentó un porcentaje mayor para la subescala de queja somática que el género femenino (72.4% (63 niños) vs 40% (6 niñas), PEF, $p = .018$).

El promedio de las t-score en las diferentes subescalas según género fue mayor para el género masculino que para el género femenino en las subescalas de aislamiento (63.57 ± 8.8 vs 59 ± 8.46 , $t = 1.92$, 19.6 gl., y una $p = .069$), problemas internalizantes (64.0 ± 7.60 vs 60.4 ± 5.8 , con una $t = 2.04$, 22.9 gl., y una $p = .052$) y quejas somáticas (62.94 ± 8.75 vs 58.2 ± 6.46 , con una $t = 2.478$, 23.8 gl., y una $p = .021$).

Cabe mencionar que este estudio no se observaron diferencias significativas entre niñas y niños.

7) Diferencias por edad

El análisis no mostró diferencias por edad en número o tipos de subescalas del CBCL.



DISCUSIÓN

Los resultados reportados en este estudio muestran que los niños mexicanos del HPIJNN con diagnóstico de TDAH presentan anomalías significativas, como por ejemplo, se encontró que del análisis de frecuencia por escalas sindromáticas del CBCL el porcentaje de problemas ansioso-depresivos son relativamente superiores (71%) a lo descrito internacionalmente, así como los problemas de conducta delincuente (67%) y agresividad (80%). Las subescalas de problemas sociales y de atención presentaron las mayores frecuencias (86 y 88 respectivamente). Los problemas sociales, de atención y la conducta agresiva mostraron las t- score más altas (67, 69 y 68 respectivamente) similares a las reportadas en estudios de muestras clínicas realizadas en Estados Unidos en pacientes con TDAH y comorbilidad, como se puede comprobar en el anexo incorporado en el estudio (Anexo1) (20).

Estos hallazgos resultan consistentes con un amplio cuerpo de literatura que indica que los niños con TDAH en muestras clínicas frecuentemente manifiestan trastornos comórbidos, que están asociados con un aumento de la disfunción psicosocial (Biederman et al., 1991). También se menciona que los niños con TDAH y comorbilidad con TOD ó TC característicamente se presentan con un inicio temprano de agresión, indicando que este grupo está en un mayor riesgo para la persistencia de la agresión y disturbios antisociales en la niñez tardía y adolescencia (Mac Donald y Achenbach (1996)).

El hecho de que el 86% (88 niños) de la muestra presenta t- score mayores de 60 para los problemas de atención confirma que el CBCL es un buen instrumento de detección del TDAH si tomamos en cuenta que 79 niños (de 102) de la muestra presentan un TDAH



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

activo en el momento de la evaluación y el resto se encuentra en remisión parcial (según el DSM-IV).

En este estudio, la frecuencia por tipo de TDAH (según DSM-IV) mostró que el más frecuente es el tipo combinado (60%), este resultado es consistente con otros similares (Eiraldi et al. 1997; Faraone et al. 1998; Paternite et al. 1995) que argumentan que en instituciones clínicas psiquiátricas se han encontrado las frecuencias mayores para el tipo de TDAH tipo combinado con 45-62% de las muestras clínicas de pacientes con TDAH.

Los datos en este estudio muestran que la distribución por género masculino/femenino es de 5,8 a 1 siendo relativamente menor a lo descrito en la literatura que reporta una proporción de 9 a 1 en niños con edad escolar (APA, 1994).

En este estudio no se encontraron diferencias significativas en los síntomas y subtipos de TDAH entre niñas y niños a pesar de que la literatura reporta que el TDAH es algo diferente en niñas que en niños y la comorbilidad tiene diferente impacto en los síntomas centrales del TDAH, así mismo las niñas con TDAH son menos sintomáticas que los varones, particularmente con respecto al nivel de actividad y agresión, aunque los niveles de impulsividad parecen comparables (Carlson et al., 1997; Gabú y Carlson, 1997).

El grupo de edad más representativo fue el de 7 años (27%), similar a lo reportado en la literatura donde se anota que la edad promedio de inicio del TDAH es entre los 4 y 5 años (APA, 1994) y la mayoría de los niños con TDAH no se diagnostican formalmente hasta los años de escuela primaria, cuando las dificultades en el rendimiento escolar y el funcionamiento social los distinguen de sus pares. Según referencias bibliográficas sólo el 24% de los niños que reúnen criterios para el subtipo hiperactivo-impulsivo son mayores de 6 años comparados con más del 70% de los niños que reúnen criterios para los tipos



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

combinado e inatento (6). Cabe mencionar que en este estudio no se observaron diferencias significativas en edad al momento de la consulta en los diferentes tipos de TDAH.

El número de problemas coexistentes en los niños de este estudio fue de 5 a 7 considerándose importante por las implicaciones en las consecuencias y pronóstico a largo y corto plazo. Estudios recientes demostraron un impacto significativo en la evaluación, curso clínico, tratamiento y consecuencias del TDAH cuando se presentan condiciones comórbidos (síntomas aislados, formas subclínicas o el trastorno propiamente dicho) que cuando no hay comorbilidad por ejemplo pobre funcionamiento escolar, conductas de riesgo para el manejo de automóviles o riesgo para abuso posterior de sustancias y trastorno de personalidad antisocial (Rate y Jensen, 1997).

En la muestra de este estudio el TDAH tipo combinado presentó las puntuaciones más altas en las t-score totales, trastornos internalizantes y particularmente en la subescala de aislamiento. El TDAH tipo hiperactivo-impulsivo presentó las puntuaciones más altas en las subescalas de problemas sociales, conducta agresiva, conducta delincuente y problemas externalizantes.

Por lo anterior, podemos decir que a nivel clínico la población clínica mexicana con TDAH tipo combinado e hiperactivo-impulsivo presentan mayor patología, que puede reflejarse en mayor disfunción social. Los TDAH tipo inatento que a pesar de que en este estudio obtuvieron las t-store más bajas en todas las subescalas inclusive en los trastornos internalizantes, en contraste con la literatura que menciona que este grupo puntúa significativamente mayor que para el grupo con impulsividad e hiperactividad, debe ser objeto de estudios posteriores para descartar que estén siendo subdiagnosticados o no detectados y al igual que los otros 2 tipos de TDAH requieren vigilancia, detección y seguimiento.



El grupo de mayor riesgo en la muestra en estudio fue el grupo de TDAH tipo hiperactivo-impulsivo por ser el que presentara el mayor número de subescalas coexistentes o sea mayor comorbilidad así como medias de t-score mayor en problemas ansiosos depresivos, problemas sociales, conducta delincuente y conducta agresiva (problemas externalizantes). Sin embargo el TDAH tipo combinado presentó las t-score totales más altas así como mayores porcentajes de población y medias de t-score en problemas internalizantes. La muestra de población con TDAH tipo inatento presentó las menores puntuaciones en todas las variables estudiadas, situación que amerita llevar a cabo estudios adicionales que permitan reforzar las conclusiones del presente estudio o enriquecerla con nuevos aportes. No se encontraron diferencias significativas entre niñas y niños. Se menciona que las niñas con TDAH y ansiedad comórbida son menos impulsivas que aquellas con sólo TDAH. Sin embargo el número de estudios es limitado, las muestras han sido pequeñas y pocos han examinado las interacciones entre género y comorbilidad.

Compartimos la opinión de Douglas (1999) en el sentido de que el daño en una de las funciones ejecutivas como es la inhibición conductual, es el problema central en el TDAH tipo combinado e hiperactivo-impulsivo pero no en el tipo de predominio inatento.

Se concluye que según la hipótesis y objetivos planteados al inicio del estudio, la población clínica infantil mexicana con TDAH no muestra diferencias significativas según género y edad. Las hipótesis de diferencias de género y edad no se comprobaron y se necesitan más estudios para corroborar nuestros resultados.

Los hallazgos reportados deben ser vistos bajo ciertas limitaciones metodológicas. A pesar de que los diagnósticos psiquiátricos incluyen información de fuera del hogar, estos datos fueron reportados por los padres que puntuaron el CBCL. Así los resultados pueden no



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

generalizarse a situaciones en donde informantes adicionales son utilizados para el diagnóstico de TDAH. La habilidad para generalizar también está limitada porque los datos demográficos para caracterizar los sujetos y sus padres no fueron recolectados. También los subgrupos de TDAH utilizados resultaron ser pequeños para permitir comparaciones significativas. Estudios posteriores con muestras mayores permitirán aclarar y corroborar los resultados obtenidos y poder así generalizar los resultados a todos los niños mexicanos con TDAH y psicopatología coexistente.

Se recomienda aplicar los instrumentos empleados, pero en una muestra poblacional de mayor tamaño y dar seguimiento por un periodo de tiempo mayor al usado en este estudio, a fin de minimizar la incertidumbre que pudiera generarse al compararse los resultados con los reportados para otras naciones.



CONCLUSIONES

- La edad más frecuente de atención del TDAH son los 7 años, coincidiendo con el inicio de los estudios primarios.
- La relación de género es de aproximadamente 5.8 a 1 siendo preponderante en el género masculino.
- El tipo de TDAH más frecuente es el tipo combinado, representando el 60 % de la muestra y en segundo lugar el tipo hiperactivo-impulsivo con un 30 %.
- Las subescalas sindromáticas del CBCL con t-scores medias más altas fueron los problemas de atención, conducta agresiva y problemas sociales (coincidiendo con lo reportado en la literatura (20)).
- Los problemas externalizantes (conducta delincuente y conducta agresiva) presentaron mayores t-scores medias en todos los tipos de TDAH en comparación con los problemas internalizantes.
- El promedio de problemas coexistentes en la muestra fue de 5, siendo mayor en los tipos de TDAH hiperactivo-impulsivo y combinado.
- Los problemas de aislamiento y en general los problemas internalizantes son más frecuentes en el tipo de TDAH combinado.



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

- Los problemas sociales, conducta delincuente y conducta agresiva, son los más frecuentes en el tipo de TDAH hiperactivo-impulsivo.
- El TDAH tipo inatento presenta las puntuaciones más bajas en los problemas externalizantes e internalizantes comparado con los otros tipos de TDAH.
- Los problemas internalizantes son más frecuentes en el género masculino.
- Las t-scores totales máximas se presentan en el tipo TDAH combinado.
- Con la muestra seleccionada de 102 niños, al compararse con los datos de otros países, se obtienen resultados porcentuales mayores que los reportados para dichas naciones, siendo las conductas externalizantes (agresiva y delincuente) y las internalizantes (aislamiento, quejas somáticas y ansioso-depresivo) las que presentan las más significativas diferencias.



BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach TM (1991), Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
2. Biederman J, Newcorn J, cols. (1991), Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am. J. Psychiatry* 148: 564-577.
3. Biederman J, Faraone SV, Doyle A cols. (1993), Convergence of the Child Behavior Checklist with structures interview- based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 34: 1241-1251.
4. Biederman J, Faraone SV, cols. (1996), CBCL findings further support comorbidity between ADHD and Major Depression in a referred sample. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 35:6: 734-74.
5. Biederman J, Wozniak J, cols. (1995), CBCL clinical scales discriminate prepuberal children with structures interview-derived diagnosis of mania those with ADHD. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 34:4: 464-471.
6. Brown T. (2000), Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults. American Psychiatric Press, Inc. 1st ed., USA.
7. Hudziak J, Wadsworth M cols. (1999), Latent Class analysis of CBCL Attention Problems. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 38:8: 985-991.



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

8. AACAP (1997), Practice Parameters for the Assesment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36:10 suppl: 85S-112S.
9. Roselló B, Amado L, cols. (2000), Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Rev. Neurol. Clin*, 1:181-192.
10. Bird HR, Canino G., et al (1988), Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 1120-1126.
11. Jensen PS, Martin D, cols. (1997), Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-IV. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 36: 1065-1079.
12. Abikoff H, Klein RG, cols. (1992), ADHD and conduct disorder: Comorbidity and implications for treatment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 60: 881-892.
13. Pliszka SR (2000), Patterns of Psychiatric Comorbidity with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of NA.* 9:3: 525-539.
14. Arnold LE, Abikoff HB, et al (1997), National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of children with ADHD (the MTA). Design challenges and choices. *Arch. Gen. Psychiatry* 54:865-870.
15. Szatmari P, Boyle M, cols. (1989), ADHD and conduct disorders: Degree of diagnostic overlap and differences among correlatives. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 28: 865-872.



16. Arnold LE, Jensen I, Kaplan H, Sadock B, eds. Comprehensive textbook of psychiatry
Baltimore:Williams & Wilkins; 1995. P. 2295-310.
17. Clarkin JF, Kendall PC. Comorbidity and treatment planning: Summary and future
directions. *J Consult Clin. Psicol.* 1992; 60:904-8.
18. Pedreira Massa J, cols. (1996), Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en
atención primaria pediátrica. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y
Ciencias Afines*, 24, 4: 173-190.
19. Rubio-Stipec M., Bird H., Canino G., Gould M. The internal consistency and
concurrent validity of a Spanish translation of the CBCL. *J Abnorm Child Psychol*,
1990, 18, 393-406.
20. Steingard R., Biederman J., cols. (1992), Psychiatric Comorbidity in Attention Deficit
Disorder: Impact on the Interpretation of Child Behavior Checklist Results. *J. Am.
Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31: 3, 449-454.
21. Barkley R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and
Treatment: The Guildford Press; New York; 1990.
22. Shapiro SK., cols. (1986), The occurrence of behavior disorders in children: The
interdependence of ADD and conduct disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc.
Psychiatry*, 25, 809-819.



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

23. Biederman J, Faraone SV., cols. (1992), Further evidence for family-genetic risk factors in ADHD. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 728-738.
24. Faraone SV., Biederman J., cols. (1993), Evidence for the independent familial transmission of ADHD and learning disabilities: Results from a family genetic study. *Am. J. Psychiatry*, 150, 891-895.
25. Pliszka SR. (1989), Effects of anxiety on cognition, behavior and stimulant response in ADHD. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28, 882-887.
26. Tannock R. (1994), ADD with anxiety disorders. In Brown TE (ed): *Subtypes of ADD in children, adolescents and adults*, New York, American Psychiatric Press.
27. Du Paul GJ, Barkley RA., cols. (1994), Response of children with ADHD to methylfenidate : Interaction with internalizing symptoms. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28, 882-887.
28. Birmaher B., Waterman GS., cols. (1994), Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33, 993-999.
29. Brent DA., cols. (1993), Psychiatric risk factors for adolescent suicide. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32, 521-529.
30. Pliszka SR. (1991), Antidepressants in the treatment of child and adolescent psychopathology. *J. Clin. Child Psychology*, 20, 313-320.



**COEXISTENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH) CON OTROS TIPOS DE PSICOPATOLOGÍA**

31. Labellarte MJ., cols. (1998), The new antidepressant: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Pediatr. Clin. North Am*, 45, 1137-1156.
32. Biederman J., Faraone SV., cols. (1996), ADHD and juvenile mania: An overlooked comorbidity?. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35, 997-1008.
33. Geller B., cols. (1998), Prepubertal and young adolescent bipolarity versus ADHD: Assessment and validity using the WASH-U-KSADS, CBCL and TRF. *J. Affect Disorder*, 51, 93-100.
34. Carlson GA., cols. (1992), The effects of methylphenidate and lithium on attention and activity level. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 262-270.
35. Mc Gee R, Williams S, Feehan M (1992), Attention deficit disorder and age of onset of problem behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 20, 487-502.
36. APA.DSM-IV: Masson S.A.; Washington D.C.; 1994.

ANEXOS

ANEXO 1

COMORBIDITY AND THE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST

TABLE 1. *CBCL Clinical Scales in ADDH and Comparison Children*

	Any ADDH (<i>N</i> = 67)	ADDH+ Comorbidity (<i>N</i> = 55)	ADDH- Comorbidity (<i>N</i> = 12)	High Risk (<i>N</i> = 15)	Non-ill (<i>N</i> = 23)
Aggression*	69.3 ± 11.6 ^{a,b}	71.7 ± 10.9 ^{a,b,c}	58.2 ± 6.7	59.1 ± 7.0	55.1 ± 0.1
Delinquency*	67.8 ± 8.3 ^{a,b}	69.9 ± 7.6 ^{a,b,c}	58.2 ± 3.2	57.4 ± 0.9	55.3 ± 0.8
Hyperactivity*	72.5 ± 10.5 ^{a,b}	74.1 ± 10.3 ^{a,b,c}	65.3 ± 8.1 ^a	60.2 ± 8.2	55.0 ± 0.0
Schizoid*	64.6 ± 8.6 ^a	64.9 ± 8.9 ^a	62.1 ± 6.8	61.1 ± 6.6	55.6 ± 2.7
Somatization*	63.1 ± 7.7 ^a	63.4 ± 8.0 ^a	61.3 ± 6.2	60.9 ± 5.0	56.0 ± 2.5
Uncommunicative*	66.3 ± 9.1 ^{a,b}	67.4 ± 9.1 ^{a,b}	61.3 ± 7.6	59.2 ± 6.3	55.4 ± 1.2
Withdrawal*	68.4 ± 10.3 ^{a,b}	70.1 ± 10.1 ^{a,b,c}	60.6 ± 7.1	61.6 ± 7.3	55.3 ± 0.7
Depression ^{a,d}	65.9 ± 9.6 ^{a,b}	67.8 ± 9.6 ^{a,b,c}	58.4 ± 5.2	59.2 ± 6.3	55.4 ± 1.5

Note: Any ADDH consists of patients with (ADDH+) and without (ADDH-) comorbidity.

^a By Sheffe *F*-test significance at 95% vs non-ill comparisons.

^b By Sheffe *F*-test significance at 95% vs high risk.

^c By Sheffe *F*-test significance at 95% vs ADDH-.

^d For ages 6-11 only: ADDH+ comorbidity, *N* = 29; ADDH- comorbidity, *N* = 7; high risk, *N* = 12; non-ill comparisons, *N* = 16.

* = By ANOVA *p* ≤ 0.001 = vs non-ill comparisons.