

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**PRESENCIA DE COMORBILIDAD DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

MARIGEL PERIANZA JIMENEZ

TUTOR TEORICO:

Dr. Marco Antonio López Buitrón

TUTOR METODOLOGICO:

Dra. Claudia Fouilloux Morales

México, D. F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Tabla de Contenidos

<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>3</u>
<u>MARCO DE REFERENCIA</u>	<u>4</u>
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	<u>11</u>
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>11</u>
<u>HIPÓTESIS</u>	<u>11</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>12</u>
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>12</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>15</u>
<u>DISCUSION</u>	<u>20</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>22</u>
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>23</u>

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a mis padres por darme un gran ejemplo, sin su amor incondicional hubiese sido muy difícil...

A mis hermanos por su apoyo y cariño en todo momento...

A mis maestros por compartir sus conocimientos...

Y principalmente a DIOS por no dejarme sola...

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención (TDAH) es un trastorno de inicio en la infancia que tiene una alta comorbilidad. Una de las comorbilidades que han causado una investigación ardua es el Trastorno Bipolar (TB).

Esta aún en discusión si la presencia del TB es una complicación del TDAH, una variante del TDAH o un trastorno aparte.

En adultos el TDAH se encuentra muy poco estudiado, se sabe que la mayor parte de los niños con TDAH en la infancia tendrán en su adultez síntomas residuales, la mayor parte de estos síntomas son poco tratados o incluso no detectados. Dado que existe una alta comorbilidad en la infancia, es probable que este fenómeno se mantenga en la edad adulta

No se han encontrado estudios que aborden la comorbilidad de estos dos padecimientos en México, por lo que considero es un tema importante para su evaluación. Nos planteamos que es probable que exista una alta proporción de pacientes psiquiátricos adultos que hayan tenido TDAH en la infancia.

Dada la alta comorbilidad con Trastorno bipolar (TB) decidimos evaluar una muestra de pacientes con este trastorno y utilizar el Wender Utah Rating Scale (WURS), que es una escala con una alta sensibilidad y especificidad para realizar diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia. Encontramos en nuestra muestra (n=35) una presencia de 28.6% de casos, lo que coincide con los reportes previos, con mayor presencia en hombres sin llegar a la significancia estadística. Este estudio también debe hacernos reflexionar sobre el abordaje que hacemos del TDAH en pacientes adultos.

Marco de referencia

Generalidades del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

La comorbilidad puede ser definida como la concurrencia de 2 o más trastornos mentales ocurriendo con uno u otro y/o con condiciones médicas¹. Mientras algunos psiquiatras clásicos, por ejemplo Karl Jaspers², postularon que todas las señales de enfermedad deberían ser incluidas bajo un único diagnóstico, en la actualidad se tiende a seguir sistemas diagnósticos DSM-IV y CIE-10, siendo la comorbilidad la regla y no la excepción^{3,4}.

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema de salud mental común, su diagnóstico se basa en tres síntomas principales inatención, hiperactividad e impulsividad. Típicamente aparece en la infancia, sin embargo puede encontrarse en todas las edades. En el DSM IV-TR (Manual de Clasificación y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, de la Academia Americana de Psiquiatría) se sugiere una prevalencia del 3-5% en niños de edad escolar. Se sabe que cuando menos la mitad de esta población continúa con algunos síntomas después de la adolescencia. Por lo que 2 a 4% de los adultos tendrían TDAH. Sin embargo, estas cifras varían enormemente en función de la población estudiada, el método de estudio realizado y los criterios requeridos⁵.

Sin embargo, si atendemos a los diversos síntomas y manifestaciones que se hallan en los niños con TDAH, llegaremos fácilmente a la conclusión de que la forma más rara de TDAH es la que se exhibe de forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno.

El TDAH es uno de los problemas de salud mental más frecuente en la población pediátrica, se estima su prevalencia en la población abierta entre el 3% y el 4%, la más elevada corresponde al grupo de niños entre los 6 y los 9 años que es del 8%; la prevalencia en la población adolescente del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) es del 40%. En los Estados Unidos de América (EUA) se ha comprobado que el 20% de los niños, hospitalizados en una unidad psiquiátrica y el 44% de los niños que reciben educación especial cursan con TDAH. En la población abierta la prevalencia la proporción niño-niña es de 3-1⁶.

La importancia de estudiar la comorbilidad, es decir, la presencia de más de un diagnóstico, en el TDAH, puede permitir entender mejor las características clínicas del padecimiento, su evolución, y las opciones terapéuticas para el mismo. Los artículos de revisión más recientes mencionan que la comorbilidad ha sido reportada preferentemente

relacionada con otros padecimientos externalizados, TC y TDO, y más tarde con problemas de agresión y violencia e inclusive tiene una relación muy estrecha con el consumo de drogas y alcohol y algunos componentes psicosociales, especialmente familiares. Existe un grupo de niños y adolescentes con TDAH asociado a problemas internalizados y sería el de TDAH-Ansiedad-Depresión. Igualmente se reconoce un subgrupo de niños y adolescentes con TDAH asociado al trastorno bipolar (TB), de depresión-hipomanía o euforia, en que se puede demostrar una participación genética fundamental que lo comienza a identificar como un subgrupo independiente⁷.

Comorbilidad del TDAH

Las comorbilidades en el TDAH son más la regla que la excepción, hasta dos terceras partes de los pacientes con TDAH presentan otro trastorno comórbido⁸. En la literatura científica internacional se ha reportado al Trastorno Negativista Desafiante (TND)^{9,10} como enfermedad comórbida más frecuentemente asociada al TDAH, en los estudios latinoamericanos también se considera que los TD son muy frecuentes¹¹. Los recursos sociales, económicos y médicos de cada país van a determinar el tipo de manejo que se le dé al paciente con comorbilidad de TND. En los casos de TDAH comórbido con cualquier otra enfermedad, debe tratarse siempre de forma inicial la que manifiesta síntomas más graves. En la comorbilidad del TDAH con trastornos depresivos¹² se sugiere para el tratamiento: terapia psicoambiental, terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, así como el uso de antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina para los casos graves. La comorbilidad con trastorno bipolar^{13,14} se considera importante por la sobreposición de los síntomas con los del TDAH, sobre todo en el grupo de niños de corta edad (preescolares), su tratamiento se establece con antipsicóticos atípicos o el uso de estabilizadores del ánimo. Se debe insistir en considerar y jerarquizar las comorbilidades, para atender adecuadamente las enfermedades, reconociendo que en ocasiones como en los trastornos de aprendizaje, debe primero atenderse el TDAH y después valorar la evolución del problema de aprendizaje. Las comorbilidades alteran la calidad de vida del paciente y de la familia, agravan la evolución, hacen más complejo el tratamiento y su adherencia al mismo ya sea farmacológico, conductual, social o familiar. Son necesarios estudios epidemiológicos originales de cada país para dimensionar adecuadamente la enfermedad comórbida con el TDAH¹⁵

TRASTORNO BIPOLAR y TDAH

Debido a que más de la mitad de los pacientes presentan comorbilidad, en cuanto al trastorno bipolar se consideran cifras del 11 al 21%. Esta comorbilidad es de primordial importancia debido a que ambos

trastornos comparten cuatro de los síntomas que se requieren para hacer el diagnóstico: 1) incremento en la capacidad de hablar, 2) distraibilidad, 2) aumento en la actividad dirigida hacia alguna meta, 4) excesiva participación en actividades placenteras con alto potencial para consecuencias peligrosas. La manía y el TDAH comparten esta sintomatología; sin embargo se considera que entre 11 y 21% de los TDAH padecerán trastorno bipolar, lo que implica problemas en la vida adulta con posibles recaídas y hospitalización por episodios depresivos o maníacos.

West y Cols¹⁶encontraron que 57% de adolescentes bipolares quienes habían sido hospitalizados para el tratamiento de manía aguda o hipomanía también cumplían criterios para déficit de atención con hiperactividad. Borchardt y Cols¹⁷encontraron que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, así como el trastorno de conducta, psicosis, y algún trastorno de abuso de sustancias psicoactivas, eran todos significativamente más comunes en pacientes bipolares que en pacientes unipolares. Un estudio pionero de Wozniak y Col¹⁸Encontró que 98% de los pacientes pre-púberes maníacos incluidos en su estudio también presentaban criterios diagnósticos para TDAH. La presencia de TDAH en hijos de pacientes bipolares podría constituir un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno bipolar¹⁹Otros estudios apuntan que aproximadamente 1/3 de los niños o adolescentes con TDAH padecen además un trastorno depresivo mayor y 1/5 tienen comorbilidad con trastorno bipolar²⁰ La comorbilidad de TDAH entre pacientes con TBP disminuye estadísticamente en los estudios con población adulta. La disminución en la prevalencia de comorbilidad de TDAH en pacientes con TBP continúa con rangos en pre-púberes del 98%, 70% en la adolescencia y del 30% en los adolescencia mayores.

En los niños algunos estudios han coincidido en puntuaciones altas en trastorno bipolar en niños remitidos a las consultas por TDAH^{21,23} la inversa, casi todos los niños con TB infantil cumplen con criterios referentes al TDAH²³

Criterios que se solapan

Esta asociación tiene lugar en parte porque los síntomas de exceso de movilidad, falta de atención y conducta compulsiva son características tanto de la manía como de la hiperactividad. La distinción tradicional es bastante simple: la manía, más que la hiperactividad, se caracteriza por un curso episódico con sentimientos de júbilo y grandiosidad. Un historial familiar del trastorno bipolar puede darnos una pista en esta dirección, pero no debería tomarse al pie de la letra, puesto que un padre con trastorno bipolar puede haber estado muy distanciado del hijo y contribuir así a que éste se muestre inatento y con conductas de búsqueda de atención en su medio²⁴.

Los esquemas diagnósticos no se hicieron teniendo esta distinción en cuenta. Los criterios del DSM-IV para la manía una vez consideradas las características principales de cambios de humor y episodio bien definido deben obedecer al menos a tres de la lista que aparece a continuación:

“Más hablador que lo habitual” (equivalente al criterio del TDAH de “a menudo habla en exceso”), “falta de atención” (compárese con el criterio de TDAH “se distrae fácilmente”) y “aumento de actividades dirigidas a la consecución de un objetivo o agitación psicomotora” (compárese con el criterio de TDAH “a menudo en movimiento” o como si estuviera “dirigido por un motor”). Las conductas impulsivas consideradas en los criterios de TDAH coincidirían normalmente con el criterio referente a la manía de “participación en actividades agradables con consecuencias perjudiciales”²⁴.

Resultaría difícil distinguir de manera funcional dichas definiciones, aparte del requisito de un cambio en el patrón habitual de comportamiento que aparezca de forma explícita en la definición actual de trastorno bipolar. Por lo tanto, la pertenencia a un tipo de trastorno aumentaría en gran medida la probabilidad de pertenecer al otro. La experiencia clínica sugiere que estas similitudes pueden ser más de tipo verbal que corresponder a hechos reales. La forma de hablar abrupta y superficial del paciente obsesivo, con sus cambios de tema, egocentrismo y ritmo rápido, no es la misma del discurso agradable e informal de la persona con TDAH. Las entrevistas organizadas por los investigadores y estudiantes de psicología clínica no admiten, sin embargo, tales distinciones cualitativas²⁴.

La conceptualización de trastorno bipolar en la infancia y en la adolescencia está cambiando, y no sin controversia. Algunas autoridades en la materia han propugnado una ampliación de la categoría de manía en la infancia. La revisión de los criterios para establecer “trastorno bipolar pediátrico” (TBP) aumenta los casos dejando entrar en él a personas que presentan un curso continuo (en lugar de claramente episódico); y que tienen breves episodios de trastorno emocional en lugar de claros episodios de cambios de humor a lo largo de una semana o más tiempo. Esto conlleva una coincidencia tremenda con los imprevisibles y rápidos estados de cambios de humor vistos anteriormente como parte de la alteración en el autocontrol de muchos niños hiperactivos²⁴.

De hecho, no se trata solamente de un solapamiento de los criterios oficiales como se vio anteriormente, sino que hay una fuerte tendencia a que los rasgos asociados a un trastorno sean los rasgos principales del otro. La “irritabilidad”, por ejemplo, es un rasgo principal de la manía, pero su falta de precisión será evidente a todos los profesionales que trabajan con niños. La fácil provocación del enfado común a niños normales, se observa con frecuencia mostrando niveles

excepcionalmente altos en niños con enfermedades o lesiones cerebrales, autismo, depresión y TDAH- además de ser un problema común por sí mismo que contribuye a, y puede ser, la parte principal de un diagnóstico de trastorno de conducta²⁴.

Asimismo, la “menor necesidad de sueño” incluida en la definición de manía es difícil de distinguir del insomnio de algunos niños con TDAH si no se considera el criterio de alteración de un estado anteriormente normal. El “sentimiento subjetivo de que los pensamientos vuelan” que ayuda a definir la obsesión, a menudo también la comunican niños con TDAH que no muestran otros rasgos de obsesión²⁴.

En resumen, la validez discriminativa de ambos conceptos no está clara. Podemos argumentar que TBP y TDAH se confunden a menudo, o que ambos tienen espectros que se solapan, o que el TBP es una denominación innecesaria de ciertos síntomas del TDAH. Algunas investigaciones recientes, sin embargo, sugieren que puede hacerse una distinción. Post y otros²⁵ estudiaron este problema en un programa de investigación que ha contrastado niños y adolescentes (cuya edad media era de 10 años) que presentaban un fenotipo estricto de TBP con un grupo de la misma edad diagnosticados rigurosamente de TDAH²⁶). El fenotipo TBP fue “estricto” en el sentido de que requería un estado de ánimo eufórico y comunicativo – no simplemente irritabilidad- y evidencia de episodios de trastornos que contrastasen con el estado normal del niño. Una vez hecho esto, fue obvio que el TBP tenía unas asociaciones específicas. Estos jóvenes no tenían simplemente síntomas diferentes, sino una mayor probabilidad de tener miembros de su familia con una enfermedad mental. Además, el curso de su trastorno era más grave con el paso del tiempo y sus alteraciones afectivas permanecían de manera evidente.

Estas son básicamente las razones que llevan a pensar que el clásico TDAH puede diferenciarse de una forma de alteración emocional intensa y variable.

Complicaciones/ Causas precedentes

La distinción entre TBP y TDAH no es ni suficientemente sólida ni duradera para permitir obtener conclusiones claras acerca de su relación. Un TBP de tipo-adulto manifiesto generalmente aparece tras la pubertad. El TBP, en el sentido de alteraciones intensas y muy variables, parece acompañar otros aspectos del TDAH desde una edad temprana. Cuando se hace un seguimiento de niños que tenían hiperactividad y falta de atención, pero no alteraciones del estado de ánimo, de los 7 a los 17 años, encontramos entonces que no había un aumento de la manía o la depresión en comparación con los grupos de

control²⁷. La combinación de TDAH con ciclos rápidos de humor parece ser más una variante del TDAH (o una condición aparte) que una complicación.

Riesgo genético compartido

Se han hecho estudios de miembros de la familia de niños con TBP. Muestran un elevado índice de ambos: TDAH y alteraciones afectivas. Sin embargo, no representan un modelo genético claramente informativo y podrían reflejar tanto influencias familiares en el desarrollo del niño como pruebas del linaje genérico.

Los hijos de personas con TBP de tipo adulto corren el riesgo de tener una variedad de problemas de salud mental, pero el TDAH no se destaca entre ellos³⁸.

Riesgo ambiental compartido

Tampoco es fácil de comentar. Un alto porcentaje de circunstancias adversas caracterizó a los sujetos con TBP en comparación con aquellos afectados por TDAH, en los estudios de Geller vistos anteriormente.

Iatrogénico (alteraciones producidas por la medicación)

Los estimulantes pueden inducir a un estado de depresión, haciendo que un clínico confiado diagnostique una alteración afectiva de manera inadecuada. SSRI y otros antidepresivos administrados al niño deprimido pueden inducir un cambio en el ánimo especialmente en niños con edad en torno a la pubertad²⁹. Además, pueden provocar un estado de agitación e inquietud que recuerde el TDAH.

En población mexicana.

Existen múltiples reportes sobre las características de TDAH en niños y adolescentes, aunque no encontramos ninguno en población psiquiátrica adulta mexicana. La comorbilidad más frecuente documentada en niños con TDAH fue el trastorno desafiante oposicionista con un 13.2%, sin reportarse caso de comorbilidad con trastorno bipolar en la infancia³⁰.

TDAH EN LOS ADULTOS

El diagnóstico de TDAH en los adultos representa un problema considerable por sus complicaciones y respuesta al tratamiento. Estudios de seguimiento recientes demuestran que el 30 al 70% de los niños con TDAH continuarán con síntomas en la adolescencia y adultez. Además de la persistencia de los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, es común la inestabilidad emocional y de pareja, son poco tolerantes al estrés, pueden cursar con humor lábil y temperamento explosivo. Presentan alto riesgo de presentar ansiedad,

depresión, consumo excesivo de tabaco o consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas. No son infrecuentes las conductas temerarias o el intento suicida³¹⁻³⁵

Por lo que respecta al trastorno bipolar, el solapamiento de síntomas con el TDAH es todavía mas marcado que para el trastorno depresivo mayor y la distimia. Los síntomas que se han mostrado más discriminativos son: el sentimiento de grandiosidad, el animo exaltado, la realización de actos atrevidos, la falta de Inhibición en dirigirse a la gente, absurdidad, fuga de ideas, pensamiento veloz, hipersexualidad, disminución de la necesidad para dormir, pensamiento muy agudo, intensidad en la dirección de la acción a un objetivo, incremento de la productividad, humor irritable y lenguaje acelerado, se ha reportado hasta una prevalencia de trastornos afectivos del 20 al 40%³⁶.

Justificación

Los pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan comorbilidad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tienen diferencias fenomenológicas, en la presentación y en el curso de la enfermedad cuando son comparados con pacientes adultos con TBP sin comorbilidad con TDAH.

Los pacientes con TB adultos con comorbilidad con TDAH se refieren con un inicio más temprano de la enfermedad (TBP) así como con mayores episodios depresivos y mixtos. Por otra parte un estudio reciente ha reportado la asociación entre antecedentes de TDAH en la infancia y disminución de la respuesta de los moduladores del estado de ánimo como tratamiento principal en el TBP, indicando el posible efecto desfavorable del TDAH en el curso del TBP. Sin embargo las investigaciones realizadas hasta la fechas son pocas y nos proporcionan datos obtenidos de pacientes con otras condiciones sociodemográficos, por lo cual consideramos de primordial importancia determinar la comorbilidad en nuestro país, por otra parte el conocer esta comorbilidad favorecerá al óptimo manejo de los pacientes con TBP y TDAH, así como a la detección temprana y manejo oportuno de ambos trastornos.

Pregunta de investigación

En base a los antecedentes mencionados, y tomando en cuenta que la presencia reportada de TDAH en la infancia ¿Cuál es la presencia del diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia en una muestra de pacientes adultos con TB del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

Hipótesis

Los pacientes con TB tendrán una presencia mayor del 20% de TDAH en la infancia.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la comorbilidad de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

Objetivos Específicos

1. Describir las variables demográficas (Sexo y edad) de la muestra
2. Describir las variables clínicas de la muestra (Edad de inicio del padecimiento, tipo de primer episodio y tipo de último episodio).
3. Describir el tratamiento farmacológico de la muestra
4. Describir las calificaciones obtenidas en el WURS y el número de casos con TDAH divididos por hombres y mujeres.
5. Describir si existe asociación entre la presencia de TDAH en la infancia y las variables demográficas y clínicas.
6. Describir si existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el WURS y ser hombre o mujer
7. Describir si existen diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el WURS y el uso de medicamento actual

Material y métodos

Tipo de estudio

El estudio que se realizará será transversal, descriptivo y observacional.

Universo del estudio

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de TB que acudan al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Población en estudio; selección y tamaño de la muestra

Se seleccionaron a 35 pacientes accesibles con diagnóstico de TB que acuden al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en los meses de septiembre a diciembre del 2007.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

Pacientes que deseen participar en el estudio, aceptando el consentimiento informado

Pacientes con diagnóstico de TBP de acuerdo al CIE 10

Pacientes con remisión de TBP (que no presenten episodio actual maniaco, depresivo o mixto)

Pacientes con edad mayor a 18 años

Criterios de exclusión:

Pacientes que no deseen participar en el estudio

Pacientes con algún episodio actual maniaco, depresivo o mixto

Pacientes que presenten recaída durante el período de estudio

Pacientes con diagnóstico de Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar

Pacientes con antecedentes de tratamiento antipsicótico en la infancia (permanente o de larga duración)

Pacientes con comorbilidad psiquiátrica que incluyan déficit cognitivo grave y abuso de sustancias o dependencia en los últimos seis meses.

Variables y escalas de medición

Variables.

Trastorno Bipolar: Definición conceptual: un trastorno afectivo de larga evolución, en el que los episodios depresivos se ven interferidos por la aparición de otros episodios caracterizados por un estado de ánimo elevado (euforia excesiva), expansivo (hiperactividad anómala) o irritable. **Definición operacional:** Diagnóstico en base a los criterios del CIE-10 realizada por el médico tratante y que no muestre cambios en

toda la evolución del paciente dentro de la institución, esto corroborado por medio del expediente clínico y que en el momento de evaluación sea referido como eutímico. Categórica

Presencia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) con diagnóstico retrospectivo en la infancia: El trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un problema de salud mental común, su diagnóstico se basa en tres síntomas principales inatención, hiperactividad e impulsividad. Típicamente aparece en la infancia, sin embargo puede encontrarse en todas las edades. **Definición operacional:** Diagnóstico obtenido en base a los resultados del WURS, para ello se utilizara el punto de corte (36 puntos) con el punto de corte de WURS, que es de 36 puntos, determinando que arriba de este puntaje tendrá diagnóstico retrospectivo de TDAH. Categórica

INSTRUMENTOS

WURS (Wender Utah Rating Scale)³⁷ (anexo 2).

Wender desarrolló en base a un trabajo empírico, un cuestionario para el diagnóstico de TDAH en adultos. Es importante que la información sea obtenida mediante la entrevista del paciente, y de un informante adicional, preferentemente de un padre para hacer el diagnóstico retrospectivo de TDAH. Siete grupos de síntomas fueron propuestos para caracterizar la sintomatología del adulto con TDAH, y son los siguientes: 1) inatención, 2) hiperactividad, 3), labilidad emocional, 4) irritabilidad y temperamento explosivo, 5) pobre tolerancia a la frustración, 6) desorganización, e 7) impulsividad³⁸. Otros autores han encontrado una fuerte relación entre la sintomatología de los auto-reportes de los adultos y la de sus familiares con TDAH³⁹.

La escala es un instrumento auto-aplicable de la sintomatología retrospectiva en la infancia. Se ha mostrado que este instrumento tiene una estructura confiable con una sensibilidad de 91.5%, especificidad de 90.8% y alta consistencia interna (alpha de Cronbach mayor a .80). Ha sido validada en varios idiomas, incluyendo el español en población mexicana^{40,41}. El punto de corte aceptado es de 36.

Procedimiento

El estudio fue presentando inicialmente ante el comité de ética e investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en el mes de marzo del 2007, después de su aprobación se inicio la aplicación de los instrumentos en los meses de septiembre a diciembre del 2007 en el servicio de la consulta externa de dicho hospital. Los pacientes accesibles que cumplieron con los criterios de inclusión fueron evaluados mientras acudían a su consulta externa por el investigador principal, llevando aproximadamente 20 minutos en la aplicación del instrumento por cada paciente. Los datos obtenidos

fueron codificados en una base de datos, realizándose el análisis estadístico, resultados y conclusiones en el mes de enero y febrero del 2008.

Análisis Estadístico

Posterior a que los datos se codificaron, fueron analizados por medio del programa SPSS para Windows. Inicialmente se utilizó estadística descriptiva (promedio, frecuencias y porcentaje) para la descripción de la muestra. Se realizó análisis no paramétrico, utilizamos la prueba exacta de Fisher para la búsqueda de asociación entre las variables dicotómicas (p. ej. Presencia de TDAH, uso de fármacos, sexo, primer episodio) y U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos de pacientes divididos por presencia de TDAH en la infancia y edad de inicio y actual. Además para la comparación entre hombres y mujeres, el tipo de fármaco usado y la puntuación obtenida en el WURS también se utilizó la U de Mann-Whitney.

Implicaciones éticas.

El presente estudio se considera como una investigación sin riesgo debido a que el diseño del estudio contempla un estudio observacional que no involucra asignación de maniobras ni intervenciones. De cualquier manera cada uno de los sujetos que sean susceptibles de participar en el estudio se les explicará detalladamente el motivo del mismo, cada uno de los procedimientos a los que serán sometidos, los riesgos, inconvenientes o molestias y/o beneficios posibles derivados del mismo y una vez aclaradas sus dudas decidirán libremente su participación. Dado que es un estudio descriptivo y no implica ninguna intervención

RESULTADOS

La muestra estuvo comprendida por 35 pacientes, los cuales 26 fueron mujeres (74.3%) y 9 hombres (25,7%). El rango de edad iba desde los 18 años hasta los 56, el promedio de edad fue de 37.7 años, con una desviación estándar de 10.2.

La edad de inicio del padecimiento iba desde los 15 hasta los 43 años, el promedio fue de 23 años, con una desviación estándar de 6.1; el debut de la enfermedad fue en 20 (57.1%) pacientes con un cuadro de manía y 15 (42.9%) con depresión. El último episodio de reactivación de la sintomatología en los pacientes fue en 23 (65.7%) con manía, 8 (22.9%) con depresión y 4 (11.4%) con sintomatología mixta.

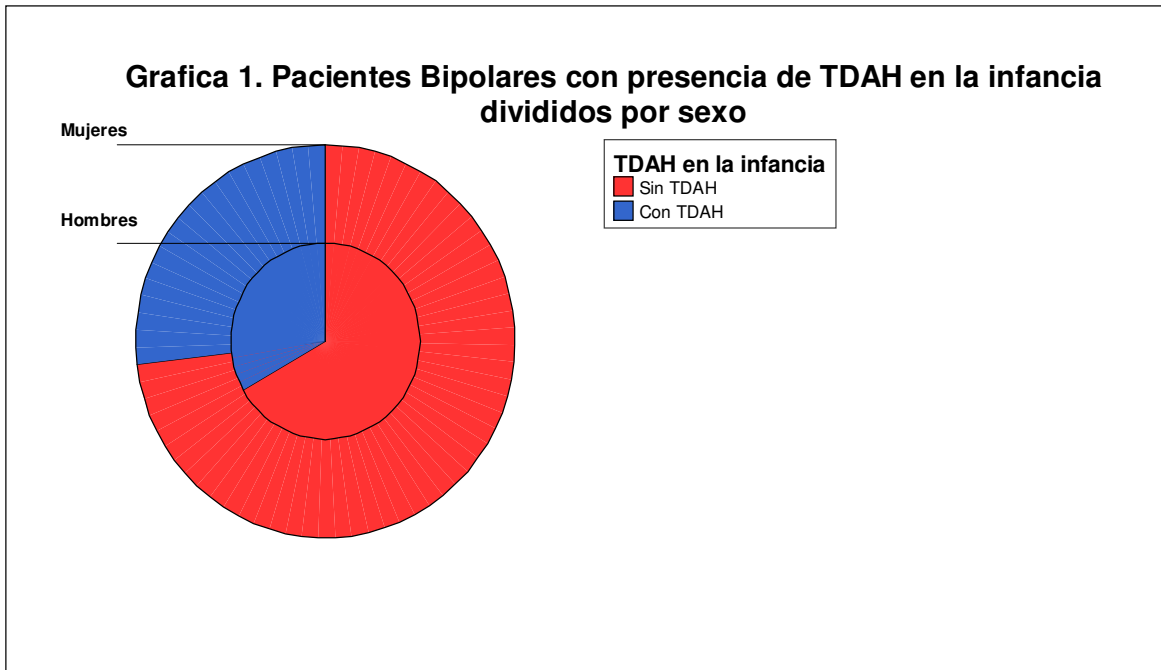
El tratamiento farmacológico actual se muestra en el cuadro 1 (siguiente página).

Cuadro 1. Tratamiento farmacológico de los pacientes.

Fármaco	Dosis promedio
---------	----------------

Antipsicótico	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Haloperidol ➤ Olanzapina ➤ Quetiapina ➤ Risperidona ➤ Trifluoperazina ➤ Ninguno 	<p style="text-align: right;">6(17.1%) 4 (11.4%) 3 (8.6%) 4 (11.4%) 3 (8.6%) 15 (42%)</p>
Modulador afectivo	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acido valpróico ➤ Carbamacepina ➤ Litio ➤ Ninguno 	<p style="text-align: right;">21 (60%) 5 (14.3%) 7 (20%) 2 (5.7%)</p>
Ansiolítico	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alprazolam ➤ Clonacepam ➤ Loracepam ➤ Ninguno 	<p style="text-align: right;">3 (8.6%) 10 (28.6%) 1 (2.9%) 21 (59.9%)</p>
Anticolinérgico	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Biperiden ➤ Ninguno 	<p style="text-align: right;">2 (5.7%) 33 (94.3%)</p>

En cuanto a la calificación obtenida en el WURS, el rango fue de 1 punto a 60. El promedio fue de 25.2 puntos con una desviación estándar de 16.68. Los pacientes que cumplieron con el punto de corte para hacer diagnóstico de TDAH en la infancia fueron 10 (28.6%) De estos 7 fueron mujeres y 3 hombres (Grafica 1). Dado que la presencia fue mayor al 20% aceptamos la hipótesis.



5. Describir si existe asociación entre la presencia de TDAH en la infancia y las variables demográficas y clínicas.

Se realizó la prueba exacta de Fisher para buscar asociación entre las variables dicotómicas y la presencia de TDAH en la infancia; para las variables numéricas se realizó U de MannWhitney para la comparación entre grupos de paciente con y sin presencia de TDAH. Estos datos se muestran en el cuadro 2 (siguiente página). Como puede observarse ningún valor logró la significancia estadística.

Cuadro 2. Asociación entre la presencia de TDAH y variables clínicas

Variable	Presencia de TDAH		Valor de significancia
	Si	No	
Edad	Promedio 39.1	Promedio 37.24	.546
Edad de inicio	Promedio 21.5	Promedio 23.66	.151
Sexo			.694
F	19 (74%)	7 (26%)	
M	6 (58%)	3 (42%)	
Tipo de primer episodio.			
Depresión	11 (73.4%)	4 (26.6%)	1.0
Manía	14 (60%)	6 (30%)	
Ultimo episodio			.106
Depresión	8 (100%)	0	
Manía	14 (61%)	9 (39%)	
Mixto	3 (75%)	1 (25%)	
Uso de antipsicótico			.712
No	10 (67%)	5 (33%)	
Si	15 (75%)	5 (25%)	
Uso de modulador afectivo			.496
No	1 (50%)	1 (50%)	
Si	24 (73%)	9 (27%)	
Uso de tranquilizante			.454
No	15 (79%)	4 (21%)	
Si	10 (63%)	6 (37%)	

No existieron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en el WURS entre hombres y mujeres ($U=103$, $p=.584$); así como tampoco existieron entre el uso actual de antipsicótico ($U=121.5$, $p=.342$), modulador afectivo ($U=18$, $p=.286$) o tranquilizante ($U=126.5$, $p=.398$) y la puntuación obtenida en el WURS.

DISCUSIÓN

Uno de los abordajes que se hace necesario en el paciente psiquiátrico es la comorbilidad, la mayor parte de los trastornos comórbidos son tratados y detectados adecuadamente por los psiquiatras. Pero probablemente una de las comorbilidades que han sido sujetas de discusión, ha sido la relación entre el TDAH y el TB, ya que su vinculación es ambigua, existe un traslape en los síntomas y los criterios diagnóstico, lo que la hace un tema altamente controversial.

El TDAH es un problema de salud mental común, afectando del 3-5% de los niños en edad escolar y se espera que del 2 al 4% de los adultos tendrían TDAH⁴, sin embargo estas cifras varían enormemente y una de las poblaciones menos estudiadas son los pacientes psiquiátricos, donde es de esperarse mayor comorbilidad. Se piensa que hasta un 20 a 40% de los pacientes bipolares tendrán comorbilidad, nuestros datos coinciden con los estudios previos, pues obtuvimos una presencia del 28.6% de pacientes bipolares con antecedente de TDAH en la infancia.

En cuanto a la prevalencia reportada por sexo, es de una proporción de 3:1 hombre-mujer⁵. En nuestro estudio, desafortunadamente prevalecieron las mujeres, lo que incluyó un sesgo en la selección, ya que más el 70% lo eran; lo que probablemente haya condicionado que no existiera una asociación estadísticamente significativa, además del tamaño de muestra. Aun así en las mujeres el 26.9% tenía antecedente de TDAH y en cambio en los hombres era del 50%, probablemente de haber ampliado la muestra, hubiera resultado significativa esta diferencia, así observamos que existe una mayor presencia en el sexo masculino coincidiendo con los reportes previos.

Por otro lado, la edad de inicio entre los dos grupos es ligeramente menor en los pacientes con antecedente de TDAH, aunque tampoco mostró significancia, es probable que efectivamente la presencia de éste trastorno sea un factor de riesgo para el desarrollo de trastorno bipolar¹⁹. De nuevo es necesario ampliar la muestra del estudio, que resulto una limitante importante.

Es probable que la pertenencia a un trastorno aumentara en gran medida la posibilidad de pertenecer al otro. Aunque aquí entramos en un terreno ambiguo, ya que la validez discriminativa para distinguir ambos trastornos es pobre, Post y cols²⁶ han evaluado esto, y han llegado a la conclusión de que los niños con el fenotipo claramente de TBP en la infancia además tenían más miembros en su familia con una enfermedad mental. En este sentido, hubiera sido deseable que el presente estudio evaluara antecedentes familiares para observar si estos hallazgos eran replicables. Como lo refiere Post, los niños con ambas comorbilidades tenían más alteraciones afectivas, un peor pronóstico; es probable que este perfil de población sea la que estamos

tratando en el hospital, y por ende hayan iniciado más temprano el padecimiento.

Aún así, tomando en cuenta los estudios de Bierdeman²⁰⁻²¹ es probable que la presencia de cambios en el humor, sea una variante del TDAH o una condición aparte, más que una complicación del TDAH. Al parecer es claro la presencia de una alta comorbilidad, pero no de una relación causal, por lo que no podemos mencionar con los resultados de este estudio que el TDAH predisponga al TB de una manera fidedigna, y será necesario hacer estudios de carácter fenomenológico e incluso genético que puedan dar más luz sobre si estamos observando una consecuencia, variante o comorbilidad.

Llama la atención que en población mexicana³⁰, no se ha reportado comorbilidad en la infancia de TB y TDAH, quizás sea necesario seguimiento, una evaluación estricta destinada a detectar TB; pues si encontramos tan alta presencia de TDAH en pacientes psiquiátricos adultos coincidiendo con la literatura, es de esperar que también se observe una prevalencia parecida en los niños. Desafortunadamente no encontramos ningún otro estudio que evaluara la presencia de TDAH en la infancia en población psiquiátrica adulta en México.

Como lo refiere Roizzoblat³⁶, quién desafortunadamente no discrimino el TB de otros trastornos afectivos, se reporta una presencia del 20 al 40%, estos pacientes presentarán mayor sintomatología, y quizás requerirán mayor número de medicamentos. En nuestro caso no encontramos asociación entre el uso de medicamentos y la presencia de TDAH, esto puede ser secundario a diferencias idiosincrásicas, la dificultad que implica equiparar las indicaciones de cada clínico y finalmente el tamaño de muestra. Aún así encontramos que se encuentra menor indicado el uso de antipsicóticos, tranquilizantes en pacientes con antecedente de TDAH.

Ninguno de los pacientes evaluados aquí, tenía en la actualidad diagnóstico de TDAH ni tratamiento para ello, por lo que debemos someter a reflexión si el diagnóstico es buscado, si el clínico es capaz de realizar el proceso discriminativo y finalmente preguntarnos si la instalación de tratamiento tendría algún efecto en la evolución de los pacientes. Es probable que si, por lo que los hallazgos de este estudio nos deben hacer evaluar la posición del clínico ante el TDAH en adultos y en una población doblemente vulnerable que es la de pacientes psiquiátricos e instar a realizar una búsqueda de síntomas y una mejoría en el tratamiento.

Conclusiones.

En una muestra de pacientes con trastorno bipolar del hospital psiquiátrico Fray Bernardino encontramos una presencia de TDAH en la infancia del 29.6% de comorbilidad. Existía una mayor presencia en hombres aunque sin alcanzar la significancia estadística, la mayor parte de los pacientes se encontraban en tratamiento con modulador afectivo, no existió ninguna asociación entre las variables demográficas descritas en este estudio y clínicas con la presencia de TDAH en la infancia.

Bibliografía.

1. Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press 1990;13-37.
2. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 9. auflage. Berlin: Springer;1973.
3. Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen HU, Andrade L, Essau C, Whitaker A, Kraemer H, Robins LN, Kupfer DJ. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. Br J Psychiatry Suppl 1996;(30):58-67.
4. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh Edition Editores: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock Editorial: Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2000. Dos volúmenes, 3.344 págs.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
6. De la Peña F. Nuevas perspectivas clínicas en el trastorno por déficit de atención, Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 9:40-41, 1998.
7. De la Peña F. Justificación para el uso de la venlafaxina en los adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) comórbido con trastorno depresivo mayor (TDM) o trastorno distímico (TD), Información Clínica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 10:61-62,1999.
8. Ulloa RE, Sánchez S, Saucedo JM, Ortiz S. Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar. Actas Esp Psiquiatr. 2006; 34: 330-5.
9. Biederman J, Spencer TJ, Newcorn JH, Gao H, Milton DR, Feldman PD, et al. Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial. Psychopharmacology (Berl). 2007; 190: 31-41.
10. Ruiz-García M, de la Peña OF, Garza-Morales S, Resendiz-Aparicio JC. Algoritmos farmacológicos del trastorno por déficit de atención con comorbilidad. En: Ruiz-García M, editor. Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastorno por déficit de atención. México D.F.: Editores de Textos Mexicanos; 2007. p. 297-362.

11. Michanie C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAC/H). Arch Arg Pediatr. 1993; 9: 57-62.
12. De la Peña F, Ulloa RE, Paez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. Salud Mental. 1999; 22: 88-92.
13. Spencer T. ADHD and comorbidity in childhood. J Clin Psychiatry. 2006; 67 (Suppl 8): 27-31.
14. Masi G, Perugi G, Toni C, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder – bipolar. Comorbidity in children and adolescents. Bipolar Disorders. 2006; 8: 373-81.
15. Barragan-Peréz E, De la Peña-Olvera F, Ortíz-Leon S, Ruíz García M, Hernandez Aguilar J, Palacios Cruz L, Suarez-Reynaga A. Primer Consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Bol Med Hosp Infant Mex 2007, 64, septiembre-octubre :326-343
16. West SA, McElroy SL, Strakowski SM, Keck PE Jr, McConville BJ. Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent
17. mania. Am J Psychiatry 1995;152(2):271-3.
18. Borchardt CM, Bernstein GA. Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with unipolar depressed adolescents. Child Psychiatry Hum Dev 1995;26(1):11-8.
19. Wozniak J, Biederman J, Monuteaux M, Richards J, Faraone S. Parsing the comorbidity between bipolar disorder and anxiety disorders: a familial risk analysis. J Child Adolesc Psychopharmacol 2002;12:101-11.
20. Sachs GS, Baldassano CF, Truman CJ, Guille C. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with earlyand
21. late-onset bipolar disorder. Am J Psychiatry 2000;157:466-8.
22. Biederman J, Faraone SV, Spencer T et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 1792–1798.

23. Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., et al. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and peditrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry*, 49(9), 728-738.
24. Willcutt, E. G., DeFries, J. C., Pennington, B. F., Olson, R. K., Smith, S. D., & Cardon, L. R. (2003). Genetic etiology of comorbid reading difficulties and ADHD. In R. Plomin, J. C. DeFries, P. McGuffin & I. Craig (Eds.), *Behavioral Genetics in a Postgenomic Era* (pp. 227-246)
25. Willcutt, E.G., Pennington, B.F., & DeFries, J.C. (2000). Twin study of the etiology of comorbidity between reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am J Med Genet*, 96(3), 293-301.
26. Eric Taylor. Trastornos coexistentes con el TDAH King's College, Londres. Instituto de Psiquiatría.
27. [Post RM, Chang KD, Findling RL, Geller B, Kowatch RA, Kutcher SP, Leverich GS](#). Prepubertal bipolar I disorder and bipolar disorder NOS are separable from ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2004 Jul;65(7):898-902.
28. [Tillman R, Geller B](#). Controlled study of switching from attention-deficit/hyperactivity disorder to a prepubertal and early adolescent bipolar I disorder phenotype during 6-year prospective follow-up: rate, risk, and predictors. *Dev Psychopathol*. 2006 Fall;18(4):1037-53
29. [Biederman J, Faraone SV, Hatch M, Mennin D, Taylor A, George P](#).
30. Conduct disorder with and without mania in a referred sample of ADHD children. *J Affect Disord*. 1997 Jul;44(2-3):177-88.
31. [Chang K, Howe M, Gallelli K, Miklowitz D](#). Prevention of pediatric bipolar disorder: integration of neurobiological and psychosocial processes. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Dec;1094:235-47.
32. Young, G.S., Maharaj, N.J., Conquer, J.A. Blood phospholipid fatty acid analysis of adults with and without attention deficit/hyperactivity disorder (2004) *Lipids* 39(2) 117-23
33. Joffre-Velázquez Víctor Manuel, García-Maldonado Gerardo, Martínez-Perales Gerardo. Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. Un estudio descriptivo en niños mexicanos

atendidos en un hospital psiquiátrico Bol Med Hosp Infant Mex Vol. 64, mayo-junio 2007 : 152-160.

34. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 85S-121S.
35. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, Doyle AE. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000; 48(1): 9-20.
36. Spencer T, Biederman J, Wilens TE, Faraone SV. Adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a controversial diagnosis. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 7: 59-68.
37. Wender PH. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 7: 76-79.
38. Higuera Romero Félix, Pella Cruzado Víctor Manuel. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Revisión de conocimientos actuales ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES MG Volumen 2, No. 1, enero-marzo 2004 : 33-38
39. Roizblatt AS, Bustamante F, Bacigalupo F. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad en adultos. *Rev Med Chile* 2003; 131:1195-1201
40. Rodriguez Jimenez CR, Ponce Alfaro G, Monasor Sanchez R, Jimenez Gimenez M, Perez Rojo JA, Rubio Valladolid G, Jimenes Arriero MNM, Palomo Alvarez T: [Validation In The Adult Spanish Population Of The Wender Utah Rating Scale For The Retrospective Evaluation In Adults Of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder In Childhood.] *Rev Neurol* 2001; 33:138-144
41. Wender PH: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder In Adults. New York, Oxford University Press, 1995
42. Schubiner H, Tzelepis A, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ. Prevalence Of ADHD And Conduct Disorder Among Substance Abusers. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(4):244-51
43. Mccann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P: Discriminant Validity Of The Wender Utah Rating Scale For Attention-

Deficit/Hyperactivity Disorder In Adults. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2000; 12:240–245

44. Lara-Munoz C, Herrera-Garcia S, Romero-Ogawa T, Torija L, Garcia ML: Psychometric Characteristics Of The Spanish Version Of The Wender Utah Scale Of Retrospective Evaluation Of ADHD. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1998; 26:165–171