



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“COMORBILIDAD DEL SINDROME DE DEFICIT DE ATENCION EN LA EDAD PEDIATRICA EN EL HOSPITAL GENERAL DR.DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

P R E S E N T A

DR. JUAN PABLO GONZÁLEZ DÍAZ

ASESOR DE TESIS: DR. SANTIAGO GARCÍA SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO DE 2014



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.

Agradecimientos:

A mi esposa Paulina, por cada día a mi lado, a pesar de las incontables guardias, por el apoyo incondicional y ser mi parte de mi vocación.

A mis padres, Pablo y Maricarmen por los primeros pasos de lo que el día de hoy soy, por todo el amor y la educación que me han brindado.

A mis hermanos Marco Antonio y Paola por siempre apoyarme aun cuando no me encontraba con ellos

A mis suegros, tíos, primos y familia que se siempre me brindaron su apoyo y cariño, gracias por aceptarme y ser complemento de mi vida

Y a mis compañeros, amigos, maestros y paciente por permitirme ser parte de la aventura y genialidad del servicio de pediatría, de estar con esos pequeños que sin duda marcan nuestras vidas, con sus sonrisas y lagrimas.

A todos los que en menor o mayor parte contribuyeron, de corazón, gracias infinitas.

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNÁNDEZ FIERRO**

HOJA DE APROBACIÓN

**Dr. Víctor Hugo Alejos Garduño
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro**

**Lic. Wendy Lara Olguín
Psicóloga Clínica
Tutora e investigadora responsable.
Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.**

**Dr. Santiago García Sánchez
Tutor investigador responsable y Coordinador Pediatría
Profesor Titular Pediatría
Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro.**

Contenido

1. Introducción	5
1.1. Definición del problema	6
1.2. Justificación	7
1.3. Objetivos	8
1.3.1. General	8
1.3.2. Específicos.....	8
2. Marco teórico	9
3. Metodología	34
3.1. Lugar y fecha de realización.....	34
3.2. Diseño del estudio	34
3.3. Grupo de estudio	35
4. Resultados.....	41
5. Discusión.....	47
6. Conclusiones	48
7. Anexos	50
8. Bibliografía	53

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno de déficit de atención e hiperactividad es uno de los problemas de salud mental que con más frecuencia se presenta en la población. Es un síndrome neurobiológico, caracterizado por la inatención, impulsividad e hiperactividad, síntomas que afectan el desarrollo y la calidad de vida de las personas que lo padecen, particularmente si este trastorno no es detectado o manejado a tiempo y cuyos síntomas pueden perdurar hasta la edad adulta.

En México, el TDAH se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 50, uno de cada 10 mil niños presentaba este síndrome, y hoy lo padece el 12 por ciento del total de la población, según datos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y representa uno de los motivos más frecuentes de consulta debido a las enormes consecuencias en los diferentes aspectos de la vida del paciente. Las repercusiones potenciales que tiene sobre el desarrollo personal y familiar de la persona afectada hacen que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años.

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la comorbilidad existente en la edad pediátrica relacionada al trastorno por déficit de atención en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro?

1.1. JUSTIFICACIÓN

Se refiere en diversos estudios que hasta un 65% de la población en general de los pacientes con déficit de atención tienen un trastorno comórbido o asociado al momento de establecer el diagnóstico, lo cual resalta la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada paciente.

Las principales entidades asociadas son los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos bipolares. Una proporción mayor de 50% muestra trastornos de la coordinación ojo–mano que explicarán dificultades en el proceso de la lecto–escritura, quedando por definir si es una comorbilidad para así tomar las medidas pertinentes y no complicar el proceso de aprendizaje del niño afectado.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. General

Describir y reportar todas las patologías acompañantes y relacionadas directamente al trastorno de déficit de atención en el Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro durante el periodo que abarca del 1 de Enero de 2010 al 1 de Enero de 2012.

1.2.2. Específicos

- Determinar las características generales del trastorno por déficit de atención en la edad pediátrica en los pacientes canalizados al servicio de pediatría así como al servicio de psicología de esta unidad.
- Describir todos los estados comórbidos que se presentan en los pacientes diagnosticados con trastorno por déficit de atención.
- Correlacionar los diagnósticos de dicho trastorno con cada uno de las comorbilidades encontradas.
- Determinar el manejo de cada paciente diagnosticado con alguno de los diagnósticos referidos.

2. MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES:

El concepto de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ha evolucionado a lo largo de la historia, tanto en la nomenclatura y en su concepción general como en los criterios diagnósticos utilizados y en las formas de tratamiento. Se puede afirmar que la primera descripción sistemática del trastorno la realizó en 1902 el médico inglés George Still, quien observó que existía un grupo de niños que presentaban unas características peculiares como problemas atencionales, excesiva inquietud motora, conductas agresivas e impulsivas y que carecían de capacidad para internalizar reglas. Presentaban además inmadurez, escasa sensibilidad al castigo y conductas de robo o mentiras. Todos estos síntomas fueron considerados por Still como fallos en el control moral, que determinaban una escasa capacidad de adecuarse a las demandas sociales. Estos síntomas tenían, para este médico, un sustrato físico y no eran causados por una deficiencia intelectual, por una educación inadecuada o por un ambiente familiar desestructurado.

En las siguientes décadas, diversos autores evidenciaron que existía un grupo de niños que sufrían un daño cerebral y manifestaban síntomas similares a los descritos por Still. Esta circunstancia provocó que el trastorno comenzara a entenderse como una alteración neurológica. En esta línea, entre otras, se sitúan diversos estudios que se refieren al síndrome como “trastorno de comportamiento postencefálico” y “síndrome orgánico cerebral”.

Aproximadamente una década después, Strauss y Lethinen (1947) interpretaron la hiperactividad como un síntoma de una lesión cerebral exógena en la que se suponía que estaban interviniendo factores externos a la dotación genética del sujeto, acuándose en consecuencia el término de “Síndrome de Strauss “.

Pero sin lugar a dudas fueron el psiquiatra infantil Lauder y el neuropediatra Denhoff (1957) quienes realizaron por primera vez una descripción sistemática del síndrome hiperkinético. Estos investigadores consideraron que, a pesar de que la causa de los síntomas primarios residía en deficiencias en las estructuras talámicas, otros síntomas secundarios como la tendencia al robo o a la destrucción eran producto de una interacción entre factores biológicos y sociales.

En los años 60, la consideración de la hiperactividad como una disfunción cerebral mínima supuso un cambio de óptica apreciable en su concepción. Clements (1966) definió esta disfunción cerebral mínima como un trastorno de conducta y aprendizaje que presentan niños con una inteligencia normal pero que padecen disfunciones del sistema nervioso central. Por consiguiente se estaba otorgando así un papel preponderante a los factores neurológicos como responsables del problema.

El concepto de disfunción cerebral mínima, sin embargo, no encontró sustento experimental y empírico por lo cual, desde las posiciones de la psicología y la pedagogía, se comenzó a concebir la hiperactividad como un trastorno conductual que se fue concretando en etiquetas diagnósticas más específicas como trastornos de aprendizaje, trastornos de lenguaje entre otros. En ese momento, el énfasis se puso en la excesiva actividad motora que presentan los niños hiperactivos, considerando ésta significativamente mayor que la que presentan los niños de edad, sexo y nivel socioeconómico y cultural similares.

Estas concepciones se vieron reflejadas en la publicación del DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) que constituyó la primera clasificación que incluía este trastorno con el término “Reacción Hiperkinética en la Infancia y en la Adolescencia”. En dicho manual, la reacción hiperkinética estaba caracterizada por un exceso de actividad, de inquietud, y distractibilidad, especialmente en niños pequeños. Además se consideraba que estas conductas disminuían en la adolescencia.

En la década de los setenta, el trabajo de Virginia Douglas (1972) impulsó un cambio importante en la concepción del TDAH argumentando que la deficiencia básica del trastorno no residía en la excesiva actividad motora sino en la incapacidad para centrar la atención así como en la impulsividad. Según Douglas, en la base de estas dificultades está una escasa capacidad de autorregulación.

Las aportaciones de esta autora destacaron la dimensión cognitiva por encima de los aspectos conductuales, volviendo, de algún modo, a las concepciones iniciales de Still que señalaban una incapacidad para adecuarse a las demandas sociales. Influyeron además de forma importante en la clasificación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) que supuso un cambio de enfoque al reconocer como ejes básicos del problema la desatención y la impulsividad, dejando en un segundo plano los síntomas de hiperactividad. Esta clasificación estableció las categorías diagnósticas de “Déficit de atención con hiperactividad” y “Déficit de atención sin hiperactividad”.

No obstante, el reconocimiento de las alteraciones de la atención como elementos básicos de un subtipo del trastorno, desapareció posteriormente en el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987).

El TDAH fue clasificado como un trastorno de conducta perturbadora, modificándose incluso la terminología de referencia al utilizarse la denominación de “Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”.

Finalmente, fue con la publicación del DSM-IV y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994, 2000) cuando, a pesar de conservar el mismo rótulo diagnóstico general, se vuelve a contemplar el subtipo de TDAH “con predominio del déficit de atención”.

En los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, el TDAH se caracteriza por la aparición de síntomas de desatención, sobreactividad e impulsividad, de modo más frecuente y grave que los que se observan habitualmente en sujetos de la misma edad. Los niños con trastorno de déficit de atención con hiperactividad manifiestan problemas de atención, entendida como la capacidad para eliminar estímulos distractores y centrarse en la tarea objetivo. Por otra parte, estos niños presentan problemas de impulsividad, cuyos indicadores más apreciables son la excesiva rapidez en el procesamiento de la información, junto con la escasa capacidad de recoger la información suficiente antes de dar la respuesta, y de inhibir los mecanismos inapropiados para conseguir la meta.

Por último, el tercer síntoma que define el trastorno es la hiperactividad, un movimiento corporal excesivo para la edad del niño, una actividad casi permanente e incontrolada, que se caracteriza por no tener una meta concreta y aparecer en los momentos más inoportunos.

Tabla 1. Subtipos neuropsicológicos de TDAH en el DSM-IV-TR (2002)

Inatención	Hiperactividad	Impulsividad
No presta suficiente atención a los detalles	Mueve en exceso manos y pies (hiperkinesia)	Responde de forma precipitada a las preguntas
Tiene dificultades en la atención sostenida	Abandona su asiento en la clase.	
Parece no escuchar cuando se le habla directamente	Corre o da saltos en situaciones inapropiadas	Tiene dificultades para guardar el turno en una fila
Dificultad para finalizar las tareas (no oposicionismo)	Tiene dificultad para realizar actividades tranquilas	Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros
Dificultad para organizar sus actividades o tareas	Habla en exceso	
Rechaza cualquier esfuerzo mental sostenido	Actúa como si estuviese impulsado "por un motor".	
Pierde cosas necesarias		
Se distrae por estímulos irrelevantes		
Es olvidadizo		

Los criterios específicos que se incluyen en el DSM-IV y el DSM-IV-TR para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los que aparecen en el ICD-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico trastorno hiperactivo (THC) incluyen un listado similar de 18 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. También muestran su coincidencia en señalar que los síntomas se deben mantener a lo largo del tiempo y en

diferentes situaciones en las que el sujeto se desenvuelve. Al mismo tiempo, los síntomas deben de producir un desajuste significativo y manifestarse en dos contextos diferentes. La duración y severidad de las conductas, su inicio temprano y su importante impacto en diferentes ambientes son aspectos claves para el diagnóstico del trastorno.

EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5 por ciento. En los estados Unidos se da entre 2 y el 18 %. Sin embargo, en Colombia y España se ha reportado un índice del 14 y 18 por ciento. Sin tener un cifra precisa, se cree que en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, que lo revelan como un problema de salud pública.

Tanto el déficit de atención como la hiperactividad tienen mayor prevalencia en niños que en niñas. Entre los síntomas predominantes están la falta de concentración, la actividad inmoderada y constante, la desobediencia a reglas e instrucciones, y conductas antisociales y agresivas. El TDAH no tiene cura y subsiste en la adultez cuando no se diagnostica a temprana edad.

De acuerdo a los resultados del primer Consenso Latinoamericano de TDAH celebrado en junio de 2007, en la Ciudad de México, convocado por el Grupo de Expertos Nacionales para el Estudio del TDAH y donde participaron 130 especialistas pertenecientes a neurociencias de 19 países latinoamericanos. En donde se discutieron los resultados de un

meta análisis coordinado multinacional de dichos países, realizando una búsqueda y revisión de los diferentes artículos en los últimos 15 años, a través de las bases de datos de PubMed, Medline, Ovia y EBSCO.

Los artículos que se incluyeron, así como los trabajos, fueron aquellos en donde se encontraban guías o parámetros de diagnóstico y tratamiento, algoritmos de tratamiento realizados en países tanto latinoamericanos como internacionales a través de distintos consensos y los tratamientos aprobados y no aprobados para el trastorno según las agencias sanitarias reguladoras como la Food and Drug Administration (FDA).

La prevalencia estimada de este estudio fue de 5.29% (IC95% 5.01-5.56), estas estimaciones se asociaron a una variabilidad significativa ($P < 0.001$) entre las regiones, la cual se explica sólo de forma limitada a la localización geográfica y en mayor medida a las limitaciones metodológicas de las investigaciones incorporadas, no existen diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países desarrollados y latinoamericanos.

ETIOLOGÍA

La etiopatogenia del TDAH implica la interrelación de múltiples factores genéticos y ambientales. El TDAH se considera un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos resultado de distintas combinaciones de los factores de riesgo que actúan al mismo tiempo.

Se postula que el origen del TDAH está en una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas.

Diversos datos apoyan este modelo etiopatogénico, entre ellos el efecto beneficioso de los estimulantes y los modelos animales que implican las vías dopaminérgicas de gran relevancia en el funcionamiento del lóbulo prefrontal (Shaywitz et al., 1978; Arnsten, 2006).

Estudios volumétricos cerebrales han mostrado desviaciones en el desarrollo de las estructuras corticales en los sujetos con TDAH respecto a los controles. Estos estudios sugieren que el TDAH es un trastorno de la maduración cortical más que una desviación en el desarrollo (Shaw et al., 2007).

Componente genético en el TDAH

Existe evidencia científica de la importancia de los aspectos genéticos en el TDAH. En 20 estudios independientes realizados en gemelos, se ha comprobado que la heredabilidad del TDAH es del 76% (Faraone et al., 2005)⁶⁰. Recientes estudios genómicos muestran la complejidad genética del TDAH, que se ha asociado con marcadores en los cromosomas 4, 5, 6, 8, 11, 16 y 17 (Faraone et al., 2005⁶⁰; Smalley et al., 2002⁶¹).

Faraone et al. (2005) han identificado 8 genes que se han investigado en al menos tres trabajos más; 7 de estos genes han mostrado una asociación estadísticamente significativa con el TDAH. Estos genes se relacionan con los receptores DR4, DR5 y el transportador de dopamina (DAT), la enzima dopamina –hidroxilasa, el transportador (DBH) y el receptor 1B de la serotonina (HTR1B) y el gen asociado a la proteína sinaptosómica 25 (SNAP25).

En un trabajo realizado por investigadores españoles, se ha constatado la participación de los llamados factores neurotróficos (NTF) en la susceptibilidad genética del TDAH (Ribases et al., 2008).

Otros factores neurobiológicos en el origen del TDAH

La presencia de factores neurobiológicos no genéticos en la génesis del TDAH ha sido referida en distintos estudios: prematuridad, encefalopatía hipóxico-isquémica y bajo peso al nacimiento (Botting et al., 1997), consumo de tabaco y alcohol durante la gestación, fundamentalmente (Linnet et al., 2003). El consumo de otras sustancias como la heroína y la cocaína durante el embarazo también se ha relacionado con el TDAH (Ornoy et al., 2001)⁶⁵.

La exposición intrauterina a sustancias como el plomo y el cinc también se ha señalado como factor de riesgo para padecer TDAH (Tuthill, 1996). Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) moderados y graves en la primera infancia, así como padecer infecciones del sistema nervioso central (SNC) se han relacionado también con un mayor riesgo de TDAH (Millichap, 2008). A estos factores neurobiológicos no genéticos se les denomina, de forma genérica, factores ambientales.

Factores no neurobiológicos implicados en el origen del TDAH

Se han descrito también factores de riesgo psicosocial que influirían en el desarrollo de la capacidad de control emocional y cognitiva. Los problemas en la relación familiar son más frecuentes en familias de niños con TDAH. Esto puede ser una consecuencia o un factor de riesgo por sí solo (Biederman et al., 2002).

Actualmente, se acepta que es posible la interacción de factores ambientales y genéticos de forma que la presencia de determinados genes afectaría la sensibilidad individual a ciertos factores ambientales (Lehn et al., 2007; Thapar et al., 2007).

Factores dietéticos como el tipo de alimentación, la utilización de aditivos alimentarios, azúcar y edulcorantes han sido también motivo de polémica sin que por el momento existan estudios concluyentes que los relacionen con el TDAH (Mc Ardle et al., 2004).

COMORBILIDADES ASOCIADAS

Trastornos comórbidos más frecuentes en el TDAH

El término comorbilidad hace referencia a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos. El TDAH se asocia frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos (Pliszka et al., 1999).

Hasta tal punto el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad presenta otros trastornos asociados que muchos investigadores se han llegado a cuestionar la existencia real del propio TDAH. Esta frecuente asociación, en definitiva, subraya la debilidad nosográfica y podría tratarse de un conjunto de condiciones patológicas que comporten una

serie de subgrupos etiológicos cuya evolución y factores de riesgo podrían ser potencialmente diferentes (Bouvard y cols, 2006). De hecho las investigaciones actuales se han impuesto la necesidad de delimitar subgrupos homogéneos con la intención de aclarar los aspectos etiopatogénicos y adaptar estrategias de tratamiento específicas para el TDAH y el trastorno comórbido.

Aunque la comorbilidad presenta una prevalencia alta en todos los subgrupos de TDAH, por las investigaciones realizadas hasta el momento, sería el subtipo combinado el que conlleva una mayor variedad, especialmente los trastornos disociales, el trastorno negativista desafiante y los trastornos ansioso – depresivos.

Un estudio realizado en Suecia por el grupo de Kadesjo y Gillberg (2001), mostró que el 87% de niños que cumplían todos los criterios de TDAH tenían, por lo menos, un diagnóstico comórbido, y que el 67% cumplían los criterios para, por lo menos, dos trastornos comórbidos.

Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran el trastorno negativista desafiante, y los trastornos de aprendizaje, los trastornos por tics y los trastornos de ansiedad (Jensen et al., 1997; MTA, 1999, Barkley, 2006).

Una evaluación completa del TDAH en niños y adolescentes debe incluir una valoración de los trastornos psiquiátricos y del aprendizaje asociados. La presencia de comorbilidad condiciona la presentación clínica, el pronóstico, el plan terapéutico y la respuesta al tratamiento.

Tabla 3. Comorbilidad con TDAH

Trastorno	Tasa aproximada en niños con TDAH
Trastornos de aprendizaje (trastorno de la lectura, del cálculo)	Entre el 8 y el 39% trastorno de la lectura, del 12 al 30% trastorno del cálculo ³⁰
Trastorno del desarrollo de la coordinación motora (TDCM) / retraso de la coordinación motora	El 47% cumplen criterios de TDCM/el 52% tienen retraso en la coordinación motora ³⁰
Trastornos del desarrollo del habla, trastornos expresivos (pragmáticos)	Hasta el 35% inicio tardío del habla/entre el 10- 54% dificultades expresivas, principalmente pragmáticas ³⁰
Trastornos generalizados de desarrollo*	Hasta el 26% de los niños con trastorno generalizado del desarrollo (TGD) pueden presentar TDAH tipo combinado ³⁰
Trastorno negativista desafiante	Entre el 40 y el 60% ^{30,39}
Trastorno disocial	14,3% ³⁹
Trastorno de tics/síndrome de Tourette	10,9% ³⁹
Trastorno por abuso de sustancias	En la adolescencia el riesgo es 2-5 veces mayor que en controles normales, si hay comorbilidad con trastorno disocial ³⁰
Trastorno del estado de ánimo: depresión mayor/ trastorno bipolar	3,8%/2,2% ³⁹
Trastorno de ansiedad (angustia, fobia, obsesivo compulsivo, ansiedad generalizada, ansiedad de separación)	Entre el 25 y el 35% ^{30,39}
Trastorno del sueño	Entre el 30 y el 60% ³⁰

Trastornos de ansiedad.

De todos ellos, los que se han mostrado más prevalentes en el TDAH son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada.

Las investigaciones epidemiológicas ha puesto en evidencia que, aproximadamente el 25% de los niños con TDAH presentan un trastorno de ansiedad, en tanto que la prevalencia en la población general se encuentra entre el 5 y el 15% (Biederman y cols, 1991). Este dato epidemiológico nos obliga a que en todo niño con TDAH deba ser contemplada la posibilidad de que sufra un trastorno de ansiedad. A pesar de la frecuente asociación entre ambos, no se ha encontrado ningún vínculo etiopatogénico específico. Lo que sí parece recomendable es considerar esta comorbilidad, de forma más detenida, cuando nos encontramos con familias en donde existe una mayor agregación de trastornos por ansiedad y/o trastornos afectivos (Jensen y cols, 1993).

Trastornos de ansiedad

- Ansiedad de separación.
- Trastorno de angustia.
- Agorafobia.
- Fobias específicas.
- Fobia social.
- TOC.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno por estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad generalizada.

La ansiedad que presentan los niños con TDAH reviste una serie de características semiológicas específicas. Vemos que manifiestan una preocupación particularmente excesiva por el fracaso y anticipaciones ansiosas por los acontecimientos futuros. Son niños

que necesitan ser tranquilizados, más miedosos y suelen sufrir alteraciones psicósomáticas de forma frecuente (cefaleas, molestias abdominales etc..). En definitiva son niños más suspicaces y sensibles en las relaciones personales y familiares. En lo que respecta a la semiología del TDAH, algunos autores refieren que son niños menos hiperactivos e inatentos, aunque no existe un acuerdo generalizado al respecto.

Cuando evaluamos las características diferenciales entre aquellos niños con TDAH sin comorbilidad ansiosa y aquellos que la padecen, nos encontramos que, estos últimos, presentan un mayor número de acontecimientos vitales, más baja autoestima y peor rendimiento escolar y social. En cuanto al funcionamiento cognitivo, los que presentan la comorbilidad suelen tener una mayor alteración en las pruebas de adición de series y en tareas complejas de memoria, aunque un mejor rendimiento en el CPT y las técnicas de interrupción de la señal. Por tanto, una mayor alteración en la memoria de trabajo, aunque un mejor rendimiento en los tiempos de reacción (Schachar y cols, 1993).

Trastornos Afectivos.

Existe la evidencia científica de que el trastorno depresivo mayor es más prevalente en niños con TDAH que en la población general, aunque las tasas encontradas en los distintos estudios epidemiológicos son muy amplias, lo que demuestra las dificultades diagnósticas que conlleva esta comorbilidad. Para Biederman y cols (1991) la prevalencia se encontraría entre el 15 y el 75%. De otra parte, lo que parece estar fuera de toda discusión es que la necesidad de detectar una posible comorbilidad es sumamente importante ya que ésta tendría implicaciones sobre la implementación del tratamiento (State y cols, 2004) y medidas preventivas debido a que algunos pueden desarrollar trastornos psiquiátricos más graves (Weinberg y cols 1989).

Respecto a la etiopatogenia, se planteó si los trastornos depresivos eran reactivos al TDAH o, por el contrario, presentaban un sustrato vulnerable particular. Hoy se admite que los niños con Trastorno por Déficit de Atención (TDA) son más vulnerables frente a los trastornos afectivos que los niños con TDAH combinado, que el riesgo de padecer esta comorbilidad es el mismo en familias en donde se co-agrega el TDAH y los trastornos afectivos que en las que no se coagrega, que, para la mayoría de los investigadores, el TDAH y los trastornos depresivos compartirían factores de riesgo, aunque la expresión fenotípica sería diferente (Biederman y cols, 1991). De otra parte, algunos estudios longitudinales parecen indicar que la semiología depresiva en los niños con TDAH no es reactiva al trastorno, sino que es independiente de las consecuencias negativas sobre la autoestima derivadas del TDAH. Igualmente, la presencia de un trastorno depresivo comporta un mayor riesgo para otros trastornos psiquiátricos, para el trastorno disocial y de ansiedad, así como un peor rendimiento académico.

Sin embargo, la comorbilidad afectiva que más controversias está generando es la ciclotimia y/o la hipomanía, no solo como posible comorbilidad, sino también por la posibilidad de cometer errores de diagnóstico diferencial con el TDAH.

Trastornos de conducta.

En un sentido amplio, las conductas disruptivas parecen consustanciales con el TDAH.

Precisamente, esto da lugar a que se puedan cometer tantos “falsos positivos” a la hora de emitir el diagnóstico de trastorno de conducta comórbido en los pacientes con TDAH.

Pudiera parecer una discusión teórica sin repercusiones en la práctica, pero conlleva una responsabilidad muy importante, en tanto en cuanto la presencia de un trastorno de conducta es de una relevancia determinante a la hora de la implementación del tratamiento.

Hay dos formas paradigmáticas de definir lo que entendemos como trastornos de conducta: el paradigma categorial y el dimensional. El primero predomina en la literatura clínica, la segunda se utiliza más en el ámbito de la intervención. Las categorías se imponen en la investigación en la medida que la facilita, especialmente, el campo de la investigación farmacológica. Sin embargo, la posición dimensional responde más a la realidad y se utilizan prioritariamente en la intervención psicoterapéutica.

Otro aspecto que consideramos determinante para entender la comorbilidad TDAH y trastorno de conducta (TC) es la presencia, o no, de agresividad. Parece que su presencia es fundamental como indicador de riesgo en la presentación prospectiva de los trastornos de conducta.

El DSM-IV-TR contempla dos categorías diagnósticas: El Trastorno Disocial (TD) y el Trastorno Negativista Desafiante (TND). Por el contrario, la CIE-10 presenta una clasificación más ecológica en la medida que sitúa los problemas conductuales, según el contexto en el que se presenta: Trastorno Disocial limitado al contexto familiar, el Trastorno Disocial en niños no socializados, el Trastorno Disocial en niños socializados, el Trastorno Disocial Desafiante.

Las diferencias entre ambas clasificaciones son notorias: La CIE-10 insiste más en los aspectos de socialización, siendo el Trastorno Negativista Desafiante una subcategoría.

Igualmente, presenta una categoría mixta, cada vez más apoyada por los resultados de la genética molecular: el Síndrome Hiperkinético Disocial.

No presenta diferencias entre niños y niñas. El TND se caracteriza por la conducta negativista, hostil y desafiante que dure al menos cinco meses y que llega a producir un deterioro significativo en la vida social, académica o laboral de paciente. El TC implica una

duración mínima de 12 meses, la agresión física a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, violación grave de las normas que originen un deterioro importante en la vida social, académica o laboral.

Trastornos del aprendizaje escolar.

A pesar de que el fracaso escolar es algo muy frecuente en el niño con TDAH, siempre se ha relacionado con las alteraciones conductuales y/o con déficit de atención. Sin embargo, hoy sabemos que en estos niños existe una alta comorbilidad de lo que se ha denominado trastornos específicos del desarrollo. A saber, los trastornos de la lecto-escritura (dislexia), los trastornos del cálculo y los trastornos de la expresión escrita. También se han estudiado las alteraciones específicas del desarrollo del lenguaje ya que es un trastorno específico con alta comorbilidad en los niños con TDAH.

En EEUU la definición de trastorno del aprendizaje ha ido evolucionando a lo largo de los años, presentándose en la actualidad como exclusión. Es decir, se considera que hay un problema del aprendizaje cuando no coinciden las competencias cognitivas, evaluadas convenientemente, y los resultados escolares. Por tanto, el fracaso escolar no puede deberse a ningún hándicap, retraso mental o factores psicosociales.

La *Interagency Committee on Learning Disabilities* (1987) americana define a los trastornos del aprendizaje como un término genérico que comprende una gran variedad de trastornos que se manifestarían por una incapacidad evolutiva en las capacidades del niño para “*escuchar, leer, hablar, escribir, razonar o de realizar cálculos matemáticos*”. La etiopatogenia de estos trastornos tendrían una base disfuncional neuropsicológica.

Los trastornos del aprendizaje no se refieren solo a una cuestión de competencia individual,

sino que su diagnóstico implica la utilización de unos criterios de exclusión (cualquier déficit sensorial, mental, hándicap motor o cualquier otro trastorno, incluyendo los emocionales, excluyen el diagnóstico). Por tanto, existen dos planteamientos: aquellos que sostienen una disfunción cerebral – planteamiento neuropsicológico – y los que lo diagnostican cuando existe una diferencia significativa entre competencia y resultados escolares. En este último planteamiento se sitúa el DSM-IV.

Las alteraciones en el lenguaje:

Se estima que entre un 6 y un 35% de niños con TDAH experimentan un retraso en el comienzo del lenguaje apareciendo más tardíamente las primeras palabras y las primeras combinaciones para formar frases.

Estos niños tienen con más frecuencias trastornos en el procesamiento del habla. Es muy probable que las dificultades de atención auditiva, los problemas en el control motor, las dificultades en la memoria de trabajo verbal y en los procesos de análisis supongan mayor riesgo de sufrir trastornos en el procesamiento del habla.

También se han observado más dificultades a nivel fonológico en niños con TDAH, lo que los hace más vulnerables a tener dificultades en el aprendizaje de la lectura y la escritura.

Los niños con TDAH tienen dificultades para la elaboración y comprensión de narraciones, que se pueden deber a los problemas que tienen a nivel de planificación y organización, memoria de trabajo y, en suma, al funcionamiento ejecutivo. Así:

- las dificultades atencionales pueden influir interfiriendo en la entrada de información y, por tanto, en la comprensión.
- las dificultades de memoria operativa los hace menos eficaces en el reparto y control de recursos durante la realización de la tarea
- muestran más errores en el establecimiento de relaciones de causalidad entre los sucesos.

Estas dificultades en los procesos cognitivos implicados en la narración se pueden relacionar con numerosas implicaciones en la vida diaria de tipo social y académico: implicaciones en la capacidad representacional, en las estrategias para solucionar problemas, en la habilidad para interpretar los actos de los demás y para realizar conexiones entre sus propias acciones y las consecuencias de las mismas.

En resumen, los niños con TDAH demuestran peores habilidades lingüísticas que los niños que no tienen este trastorno en todos los niveles básicos de la lengua. Estas dificultades actúan interfiriendo la comunicación, tanto a nivel expresivo como comprensivo.

PATOLOGIAS MEDICAS COMORBIDAS

Se ha visto asociaciones específicas cada vez más estudiadas especialmente relacionadas a la presencia del trastorno de déficit de atención ligado o no a hiperactividad dentro de estas las más frecuentemente encontradas y que actualmente se encuentran en protocolos de estudio son las enfermedades alérgicas y de las cuales se mencionaran en este trabajo.

Asma, dermatitis atópica y patologías alérgicas.

Los niños alérgicos y asmáticos tienen un mayor riesgo a padecer trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según ha mostrado un equipo de investigadores de los Países Bajos y de Boston Massachuset en Estados Unidos, liderados por el Dr. Eelko Hak.

Para realizar este estudio, publicado en la revista 'Annals of Allergy, Asthma & Immunology', los expertos analizaron a 884 niños con TDAH y a 3.536 que no lo padecían. De los que sí, el 34 por ciento tenía asma y el 35 por ciento era alérgico.

El aumento de los casos de TDAH se ha producido en paralelo con un aumento de las enfermedades alérgicas también llamadas atópicas, como el asma y las alergias, encontrando que los factores de riesgo, como los alimentos que causan una reacción alérgica, podrían desencadenar los síntomas tanto del TDAH como del asma alérgico.

Para tener una mejor idea de si hay realmente una asociación o no entre estas afecciones, los investigadores usaron los datos de un estudio de gran tamaño del Reino Unido. En esa base de datos, los investigadores hallaron a casi 900 chicos a los que se diagnosticó por primera vez de TDAH y a los que se recetaron medicamentos para la enfermedad entre 1996 y 2006. Todos los chicos tenían entre 4 y 14 años de edad cuando les diagnosticaron la primera vez.

Los investigadores compararon a los niños con TDAH con aproximadamente 3,500 niños sin la afección. Después de ajustar los datos de modo que tuvieran en cuenta la edad, un peso bajo al nacer y un nacimiento prematuro, descubrieron relaciones significativas entre el diagnóstico del TDAH y un historial de asma, afecciones cutáneas o una receta de antihistamínicos .

También hallaron asociaciones más débiles entre el TDAH y la intolerancia a la leche de vaca, y a las recetas de corticosteroides orales o tópicos, medicamentos antibacterianos o antifúngicos.

La teoría de los autores es que los vínculos que hallaron podrían estar relacionados con la alergia a los alimentos. No obstante, este estudio no intentó demostrar una relación de causalidad, de modo que la razón exacta detrás de la asociación sigue siendo desconocida.

El Dr. Andrew Adesman, jefe de pediatría del desarrollo y conductual del Centro Médico Pediátrico Steven and Alexandra Cohen de Nueva York, señaló que otros estudios han observado la conexión entre el TDAH y las enfermedades alérgicas.

"La asociación parece ser real. Desconociendo el padecimiento inicial aun, siendo el reto el averiguar por qué están relacionados".

La Dra. Jennifer Appleyard, jefa de alergias e inmunología en el Hospital y Centro Médico St. John de Detroit, comentó que los estudios aun se encuentran en etapas iniciales. Pero aun no se ha demostrado que exista causalidad.

Appleyard indicó que las afecciones cutáneas y la intolerancia a la leche no se consideran normalmente enfermedades alérgicas encontrando también alergias alimentarias sin ninguna asociación específica. Según su opinión, la cuestión de fondo es que los padres no han de tener más temores a partir de este estudio. Añadió que los padres de niños con asma o

alergias no deberían empezar a preocuparse por si sus hijos contraerán el TDAH, y sin lugar a dudas no deberían realizar ningún cambio en la medicación debido a este estudio.

Concluyendo que se necesita más investigación para entender por qué parece que hay un mayor riesgo de desarrollar TDAH en niños con alergia y asma. Los medicamentos para estas condiciones son muy superiores a los riesgos, y pueden salvar la vida en algunas condiciones. El tratamiento no debe interrumpirse, salvo que sea aconsejado por un alergólogo certificado.

De acuerdo con la Universidad Americana de Alergia, Asma e Inmunología (ACAAI, por sus siglas en inglés), la alergia y el asma con frecuencia se heredan, por lo que si ambos padres tienen una alergia a un niño tiene la oportunidad de ser alérgica 75 por ciento. Además, si ninguno de los padres tiene alergias, las posibilidades de que un niño desarrolle una alergia es sólo del 10 al 15 por ciento.

Enuresis.

Es un trastorno de la eliminación que se ha visto relacionado al padecer enfermedades psicósomáticas así como trastornos específicos como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, consiste en la incapacidad para el control de la emisión de la orina.

Este es anormal para la edad mental del paciente a partir de los 5 años de edad y carece de una causa orgánica que le justifique.

Clasificación.

Enuresis primaria: si el niño no ha podido controlar nunca la micción.

Enuresis secundaria: si ha habido una etapa de control del esfínter y vuelve a aparecer la incontinencia.

Es importante añadir esta distinción en el diagnóstico de la enuresis:

Enuresis diurna: si la enuresis ocurre durante las horas de vigilia.

Enuresis nocturna: si es durante el sueño.

Enuresis mixta: Si el episodio ocurre indistintamente o en las dos fases

En estudios realizados en España la prevalencia de la enuresis nocturna entre los 5 y los 15 años es de un 10-15%, siendo más frecuente en los casos de menor edad, padres y/o hermanos enuréticos, menor nivel sociocultural y en centro de acogida. En un estudio epidemiológico en muchos centros nacional realizado por pediatras y dirigido por la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) se encontró un 11,7% de enuresis primaria a los 5 años de edad, un 7,4% a los 8-9 años y un 4,8% en mayores de 10 años.

Diagnostico

Se recomienda hacer una búsqueda activa de los casos a partir de los 5 años en cualquier visita por enfermedad o en los controles del desarrollo.

La realización del diario miccional durante al menos 3 días es el método de evaluación de varios parámetros que nos ayudarán a realizar un diagnóstico de enuresis "monosintomática" con precisión y a valorar factores pronósticos como el VMMD (Volumen miccional máximo diurno), que nos guiaran en nuestras decisiones: tipo de tratamiento a seguir o remitir a otros especialistas.

Criterios diagnósticos:

1. Emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, sea involuntaria o intencionada
2. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia mínima de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico-laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente)
4. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (por ejemplo, un diurético) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Etiología de la enuresis nocturna.

La enuresis no es una enfermedad, y raramente existe otra enfermedad coexistente que lo explique. Hoy en día se manejan múltiples factores como "posibles causantes" de la incontinencia infantil. Algunos de ellos son los siguientes:

- Retraso de la capacidad de "mantener la orina" (éste puede ser un factor hasta la edad de 5 años aproximadamente).
- Vejiga pequeña (niños con micciones diurnas frecuentes).
- Entrenamiento inadecuado del uso del baño, iniciar demasiado pronto o demasiado tarde el control del pipi.
- Presencia de sueño profundo (es muy común que los niños con enuresis presenten sueño profundo que les impide recibir el aviso de "vejiga llena").
- Factores neurológicos, fisiológicos, genéticos (el problema suele ser recurrente en familias con algún miembro que sufrió enuresis)

- Factores fisiopatológicos: los principales mecanismos fisiopatológicos que contribuyen a la enuresis son:
 - Poliuria nocturna: Diuresis nocturna mayor que la capacidad vesical teórica para la edad.
 - Alteración de los mecanismos del despertar.
 - Alteración vesical.
 - Capacidad vesical disminuida.
 - Actividad vesical nocturna aumentada.
- Circunstancias emocionalmente críticas para el niño: (nacimiento de un nuevo hermanito, cambio de colegio o de domicilio, etc)

La incidencia es mayor en el varón que en la mujer. Existe también incidencia familiar, estudios realizados en hermanos muestran un marcado patrón familiar, con una concordancia del 68% cuando se trata de gemelos monocigotos y del 36% en los heterocigotos. Los antecedentes familiares de enuresis son positivos en el 75% de los niños enuréticos. Si ambos padres fueron enuréticos el 70% de sus hijos lo serán y si lo fue un solo progenitor lo serán el 40%

- Su prevalencia desciende con la edad aproximadamente en un 10%:
 - Está presente de forma no patológica en el 82% de los niños de 2 años.
 - En el 49% de 3 años.
 - En el 26% de 4 años.
 - En el 7% de los niños de 5 años y el 3% de las niñas de esa edad.

- A partir de entonces se considera patológica:
 - A los 10 años de edad son enuréticos el 3% de los niños y el 2% de las niñas.
 - A los 18 años la prevalencia es del 1% para los chicos y el <1% para las chicas.
 - El 80% de los enuréticos padecen enuresis primaria.
 - El 65% de los niños con enuresis la padecen nocturna, un 16% mixta y un 18% sólo diurna.

3. METODOLOGIA

3.1. LUGAR Y FECHA DE REALIZACIÓN

El estudio se realizó en el Servicio de Psicología del Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, en México, Distrito Federal, durante el período del 1 de Enero de 2010 al 1 de enero de 2012, en el cual se invitó al total de pacientes detectados clínicamente o con sospecha de padecer el trastorno de déficit de atención.

3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo observacional descriptivo.

3.3. GRUPO DE ESTUDIO

Los sujetos incluidos en este estudio fueron seleccionados con base en los siguientes criterios:

- Pacientes derechohabientes al ISSSTE.
- Pacientes con diagnóstico establecido o con sospecha de presentar TDA
- Pacientes con edades comprendidas entre los 6 y 17 años.
- Pacientes sin retraso psicomotor.
- Pacientes sin presencia de espectro autista

3.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Un total de 42 pacientes cumplieron criterios de inclusión.

3.5. ANALISIS DE DATOS

La captura de datos se llevó a cabo en el Programa Microsoft Excel XP y el análisis estadístico se realizó por medio del Programa *Statistical Package For Social Sciences* (SPSS) Versión 19.0.

3.6. METODOLOGIA

Se realizó la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes así como su evaluación psicológica dentro del servicio de psicología, enfocando los esfuerzos en detectar datos compatibles con comorbilidades asociadas a trastorno de déficit de atención, relacionado o no a la hiperactividad que es la más frecuentemente presentada, pero también a otro tipo de morbilidades físicas como psicológicas.

Resumiendo nuevamente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una de las alteraciones psicopatológicas más frecuente en la infancia y adolescencia y se caracteriza por la presencia de tres grupos de síntomas: desatención, hiperactividad e impulsividad.

En el proceso de evaluación de este trastorno se utilizan diferentes procedimientos e instrumentos. Entre ellos encontramos las escalas de valoración como uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación del TDAH. Una de las más utilizadas son las "Escalas de Conners". También utilizando de forma dirigida la prueba Detector de Manual Moderno y de las cuales hablaremos a continuación.

DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS

Escalas de Conners.

Fueron diseñadas por C. Keith Conners en 1969. Aunque estas escalas se desarrollaron para evaluar los cambios en la conducta de niños hiperactivos que recibían tratamiento farmacológico, su uso se ha extendido al proceso de evaluación anterior al tratamiento. Estas escalas se han convertido en un instrumento útil cuyo objetivo es detectar la presencia de TDAH mediante la evaluación de la información recogida de padres y profesores.

Las escalas de Conners cuentan con dos versiones (la original y la abreviada) tanto para la escala de padres como la de profesores. Ambas contienen 10 preguntas que se agrupan dando lugar al "Índice de hiperactividad", por ser precisamente uno de los que mejor describen las conductas prototípicas del niño/a hiperactivo.

La Escala o Test de Conners para Padres (CPRS-93).

La escala de Conners para padres contiene 93 preguntas reagrupadas en 8 factores:

- Alteraciones de conducta
- Miedo
- Ansiedad
- Inquietud-Impulsividad
- Inmadurez- problemas de aprendizaje
- Problemas Psicosomáticos
- Obsesión
- Conductas Antisociales e Hiperactividad

Escala o Test de Conners para Profesores (CTRS-39).

La escala de Conners para profesores es mucho más breve y está compuesta de 39 preguntas repartidas en 6 factores:

- Hiperactividad
- Problemas de conducta
- Labilidad emocional
- Ansiedad-Pasividad
- Conducta Antisocial
- Dificultades en el sueño

En este caso se utilizó la Escala para Padres CPRS 93, aplicándola en la entrevista del paciente con los padres y extrayendo los resultados de cada uno de los tests aplicados.

Aplicación de las escalas

Cada pregunta describe una conducta característica de estos niños/as, que los padres o los profesores deberán valorar, de acuerdo con la intensidad con que se presenten. Para responder se proponen cuatro opciones:

Nada-Poco-Bastante-Mucho, que se puntúan de 0 a 3

(Nada=0, POCO=1, Bastante=2, Mucho=3).

Corrección de las escalas

Para valorar los datos, hay que sumar las puntuaciones obtenidas en el índice de hiperactividad de la escala.

En la escala de padres los niños que obtienen una puntuación de 15 o superior requieren un estudio en profundidad porque posiblemente sean hiperactivos. Para las niñas, la puntuación es de 13 o superior. En la escala de profesores, una puntuación de 17 para los niños y de 13 para las niñas hace sospechar la existencia de una posible hiperactividad.

Prueba ¡Detector!

En el caso de las pruebas de “Detección De Riesgo En La Escuela Primaria” (¡Detector!) diseñadas por el autor Pedro Sánchez Escobedo, de la casa editorial Manual Moderno.

Las cuales hacen mención que actualmente el índice de fracaso en la educación primaria en México es alarmante: los informes señalan que 3 de cada 10 niños que ingresan a la escuela primaria no la terminan.

Su objetivo es el de ayudar en la detección de manera temprana algunos de los problemas más comunes que afectan el desempeño escolar de los niños de primaria y permitir la referencia oportuna con el profesional correspondiente.

Tratándose de un instrumento computarizado que permite al psicólogo, profesional de la salud, maestro, director escolar, etc., recabar de modo sistemático la información necesaria para conformar hasta 20 hipótesis diagnósticas sobre alumnos de 5 a 13 años de edad: Déficit de atención (con y sin predominio de hiperactividad), Disfunción cerebral, Trastorno afectivo, Problema alimentario, Problema de ansiedad, Problema de conducta, Problema emocional, Problema de lenguaje, Problema psicomotor, Trastornos generalizados del desarrollo, Problema de salud, Discapacidad intelectual, Problema de socialización, Problema escolar, Autoestima pobre, Enuresis, Discapacidad de aprendizaje, Epilepsia, Sonambulismo y Pica.

Los usos de ¡Detector! son diversos: la detección temprana y canalización oportuna de los alumnos con problemas, incrementar las probabilidades de éxito escolar, optimación del tiempo de trabajo que requiere la evaluación, aumentar los recursos de las escuelas primarias, homogeneización de grupos escolares, simplificación de los procedimientos de

admisión a los servicios de educación especial, atención oportuna, servicio adicional de la escuela hacia los padres, y otros más.

Aplicación: Individual en formato escrito o bien en formato electrónico en un tiempo promedio de 30 minutos

Areas de aplicación: psicología clínica, psicología educativa.

En el caso de esta prueba se conto con el apoyo de los maestros de los pacientes para poder aplicar dicha prueba y se extrajeron los resultados desde el portal en línea de la pagina de manual moderno donde se publican los resultados previos.

3.7. Descripción de las variables y análisis de datos

Se analizaron diferencias entre grupos categorizados de acuerdo a las siguientes variables: Edad, sexo, presencia de trastorno de déficit de atención puro, predominio inatento, predominio hiperactivo, presencia de comorbilidades físicas y/o psicologicas.

Dichas correlaciones se llevaron a cabo mediante las siguientes Pruebas No Paramétricas: Prueba de Mann-Whitney, Prueba de Kruskal-Wallis, Prueba de la Mediana y mediante las Pruebas Paramétricas: Prueba T y Prueba ANOVA de un factor.

Mediante la fórmula que se muestra a continuación, se calculó la prevalencia (expresada en porcentaje) de pacientes con TDA, TDAH puros o con alguna comorbilidad asociada.

$$\text{Prevalencia \%} = \frac{\text{Número de Personas con Enfermedad}}{\text{Número del Total de la Población Estudiada.}}$$

Se utilizaron también medidas de tendencia central.

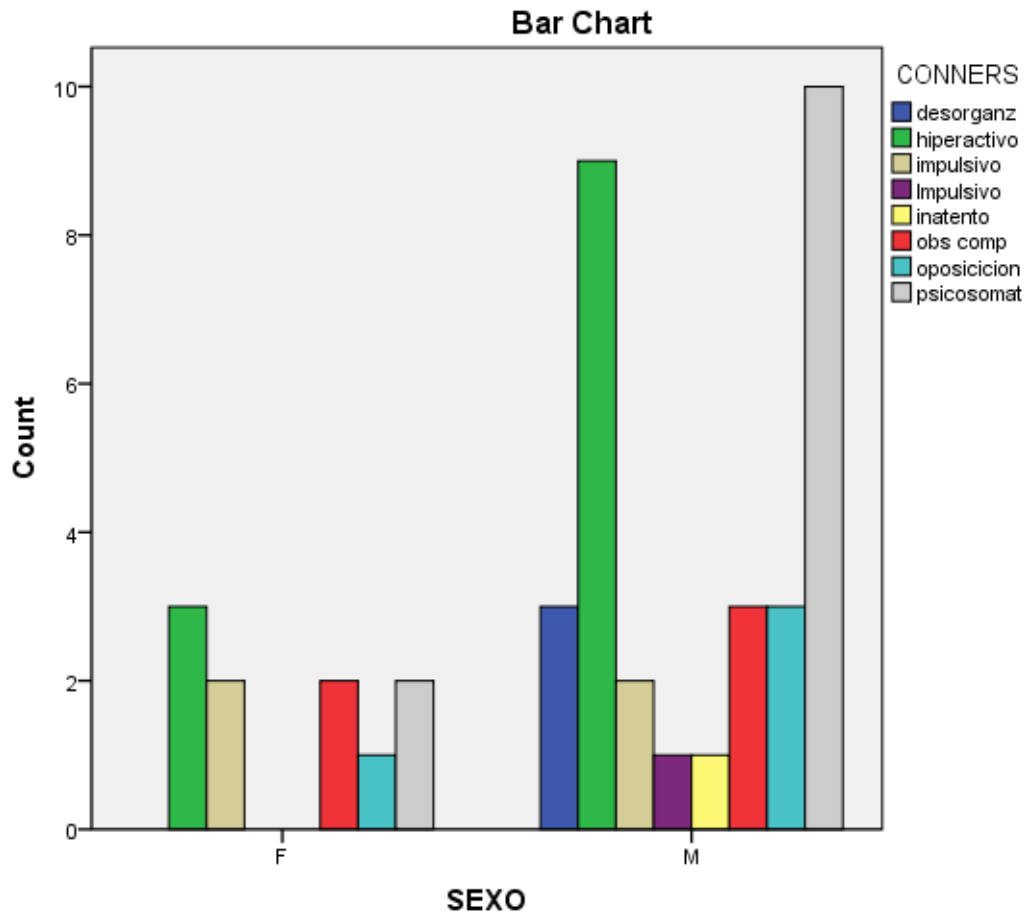
4. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 42 pacientes de los cuales 33 (79%) fueron masculinos y 9 (21%) femeninos, con un rango de edad entre los 6 años y hasta los 17 años de edad todos con el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención de base, y excluyendo a todos los que no entraran en el rango de edad, o que tuviesen un déficit intelectual. Se incluyeron a todos los que presentaban algún tipo de comorbilidad ya fuese psiquiátrica o con una patología médica asociada especialmente enfocada a trastornos atópicos que fueron los que más se encontraron.

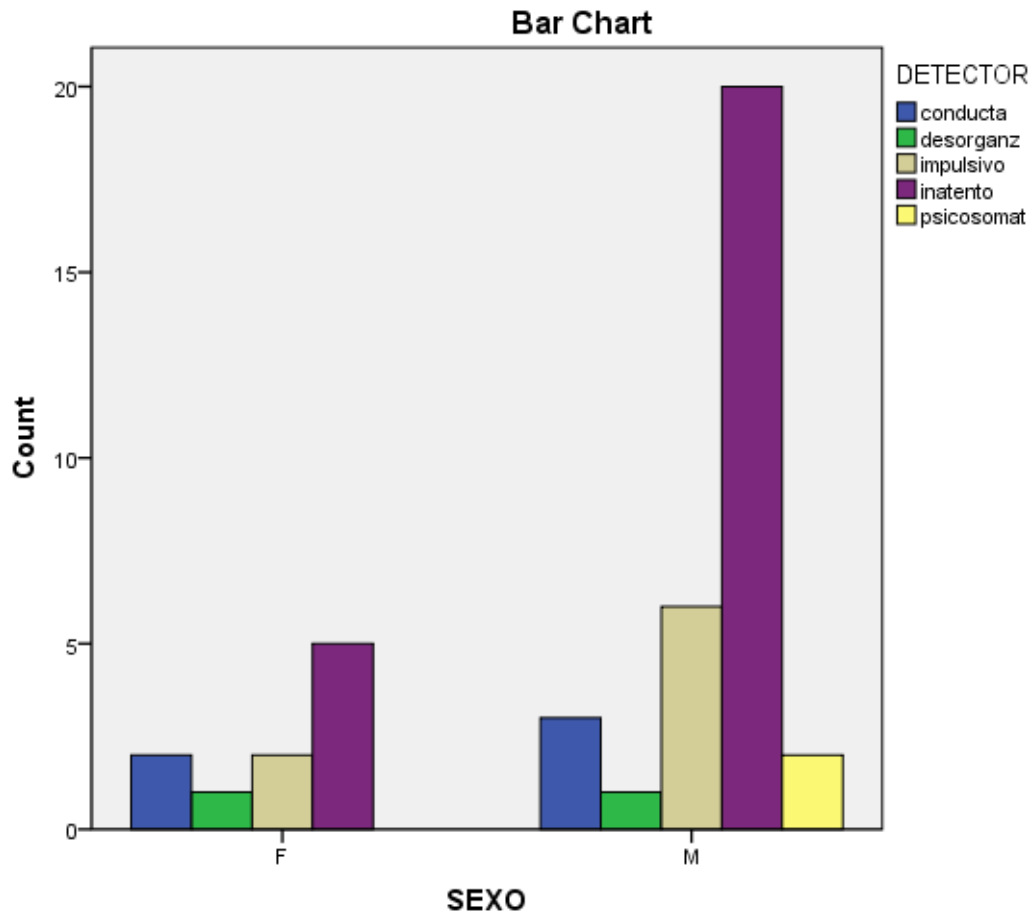
Y analizando a cada uno de los participantes incluidos con las escalas de Conners y Detector, tomando en cuenta los resultados de cada uno de los tests aplicados encontrando y describiendo el predominio de la patología comorbida encontrada.

Se anexan los resultados de las pruebas estadísticas reportadas hechas con el programa SPSS versión 19 en una computadora portátil HP Folio 13 y apoyados por tablas realizadas en Microsoft Excel 2007 de donde se vació la información al programa estadístico.

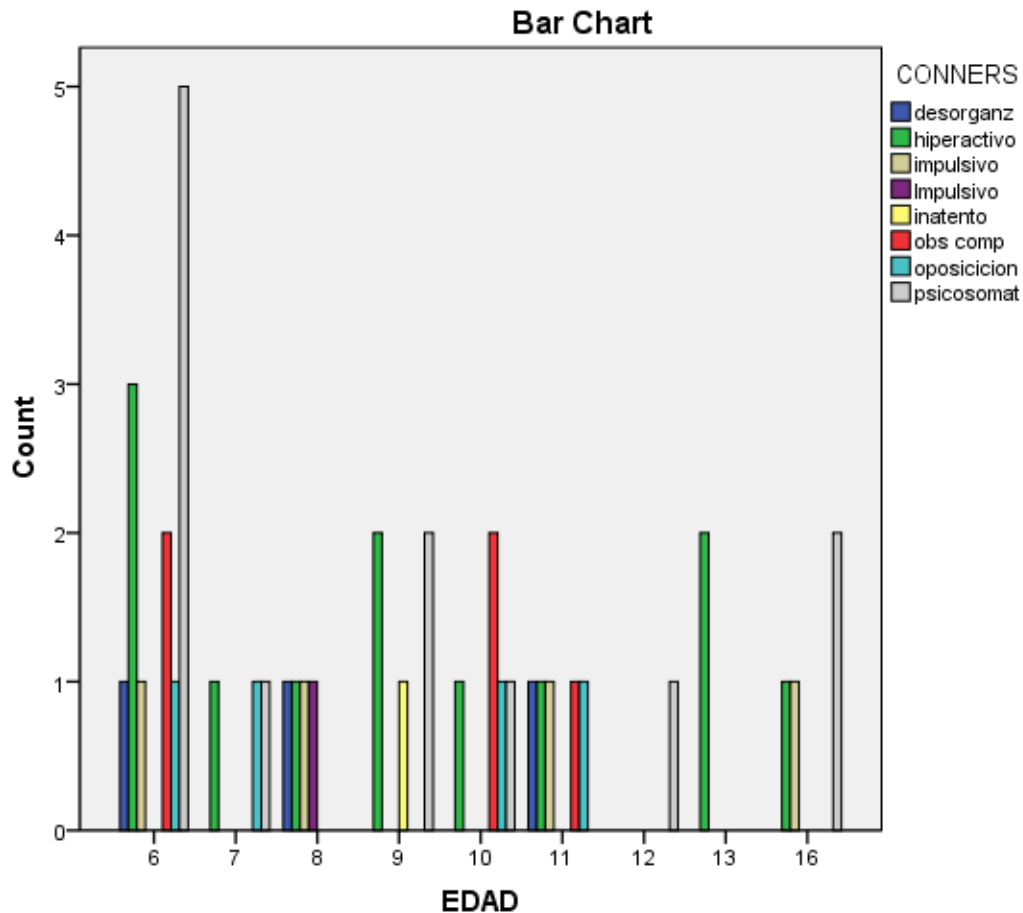
Se muestran las gráficas estadísticas de las relaciones encontradas de acuerdo a sexo, edad, Escala o Test aplicados así como cada una de las comorbilidades médicas o psicológicas/psiquiátricas encontradas.



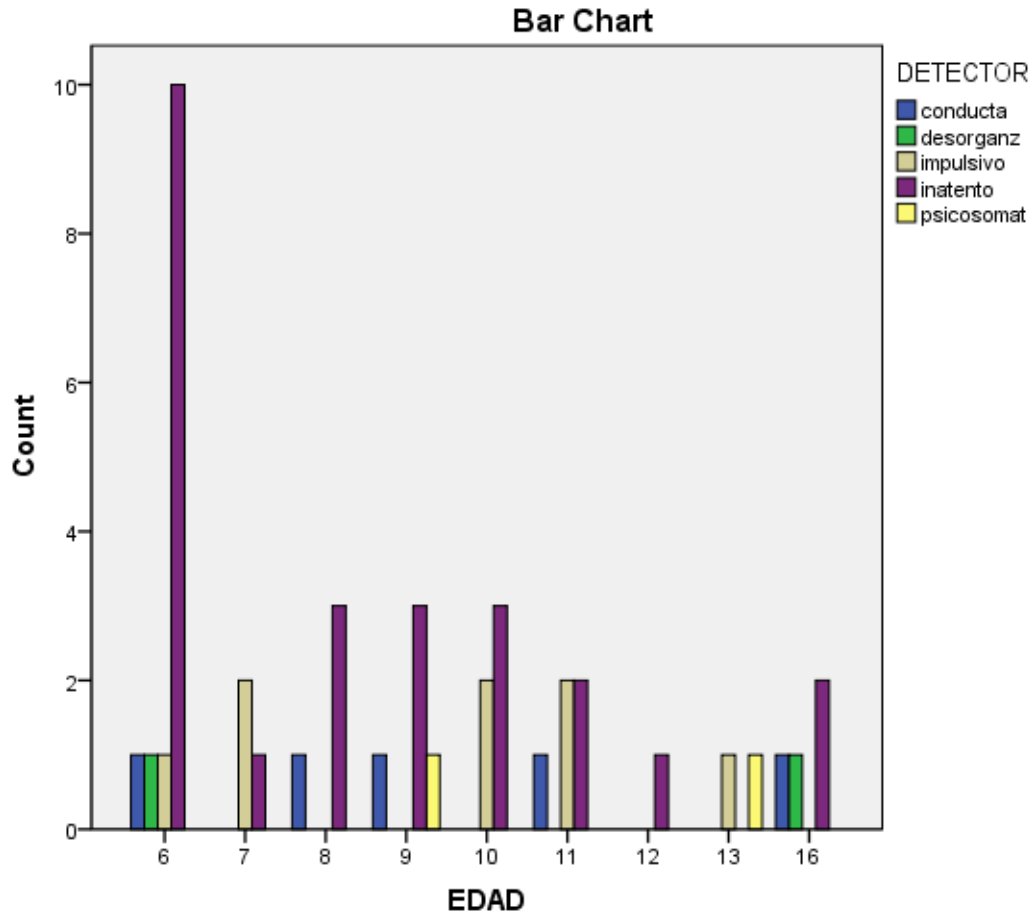
La primer grafica donde se observa el predominio o la tendencia previamente descrita en el marco teórico de mayor prevalencia del trastorno de déficit de atención en el sexo masculino y esta tabla describe que las patologías comorbidas analizadas por la prueba Connors muestran un predominio hiperactivo y psicossomático, a diferencia del sexo femenino que muestra un predominio hiperactivo y de igual manera impulsivo como obsesivo compulsivo.



La segunda grafica muestra los resultados de la prueba Detector también con una mayor prevalencia del sexo masculino con predominio inatento e impulsivo en ambos casos, que son los mayormente descritos en toda la bibliografía en la que se baso este estudio.



En esta tercer grafica se observa la relación de la edad medida de acuerdo a los pacientes incluidos en el estudio con la escala Connors y su prevalencia. Los resultados arrojan una predisposición a presentar un predominio psicossomático en todas las edades pero sobre todo en rango de los 6 a 7 años de edad asi como predominio hiperactivo similar en cada grupo etario analizado.



La cuarta grafica analiza de nuevo las edades de los pacientes incluidos en el estudio en donde se observa que en todos los grupos etarios tienen un predominio inatento y posteriormente un predominio impulsivo.

	Mean	Std. Deviation	N
TRAST DE ANSIEDAD	.21	.415	42
TRAST DE PERSONALIDAD	.07	.261	42
T OPOS DEF	.14	.354	42
RINITIS	.21	.415	42
ASMA	.19	.397	42
ENURESIS	.12	.328	42
DERMATITIS	.05	.216	42

Por ultimo se muestra la tabla estadística descriptiva con la media y la desviación estándar con cada una de las comorbilidades descritas y estudiadas en esta tesis.

Mostrando énfasis en las patologías medicas mencionadas la cual muestra una mayor incidencia en rinitis alérgica y asma bronquial.

5. DISCUSION

No podemos ignorar que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, o trastorno hiperactivo, es un “síndrome” muy diverso. Todo lo contrario de lo que se pretende dar a entender en la gran mayoría de las publicaciones sobre el tema. Creo que la simplificación nos impide tener una visión real de este problema que afecta a un 3-6% de los niños y niñas de nuestro entorno.

De otra parte, podría inferirse todo lo contrario de lo que se pretende. A saber: el TDAH es tan complejo, presenta tantas limitaciones, está tan contaminado por otros problemas que es imposible hacer nada. Y, sin embargo, nada más lejos de la realidad. Si somos capaces de delimitar claramente en cada niño sus dificultades específicas y “sobreañadidas” a lo que clínicamente entendemos como TDAH, si somos capaces y disponemos de medios apropiados para implementar una intervención individualizada, estos niños responden sorprendentemente bien, incluso mejor que otros pacientes que no presentan estos problemas.

6. CONCLUSIONES

Se respondió a la pregunta planteada en el problema: **¿Cuál es la comorbilidad existente en los pacientes diagnosticados con trastorno de déficit de atención en el hospital general de segundo nivel Dr. Darío Fernández Fierro?**

El concepto de Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad ha evolucionado a lo largo de la historia, tanto en la nomenclatura y en su concepción general como en los criterios diagnósticos utilizados y en las formas de tratamiento.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud, reporta que a nivel mundial existe una prevalencia del TDAH del 5 por ciento, en México este trastorno afecta a 1 millón y medio de niños y niñas menores de 14 años de edad, que lo revelan como un problema de salud pública.

Varios investigadores han considerado que a pesar de que la causa de los síntomas primarios residía en deficiencias de neurotransmisores en las estructuras talámicas, otros síntomas asociados producto de una interacción entre factores biológicos y sociales.

En los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, el TDAH se caracteriza por la aparición de síntomas de desatención, sobreactividad e impulsividad, de modo más frecuente y grave que los que se observan en sujetos de la misma edad.

Los criterios específicos para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad incluyen 18 síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad. Los cuales se deben mantener a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones en las que el sujeto se desenvuelve y deben de producir un desajuste significativo y manifestarse en dos contextos diferentes.

Todo paciente con sospecha de presencia de TDAH en niños y adolescentes debe incluir una valoración de los trastornos psiquiátricos y del aprendizaje asociados. Ya que la presencia de comorbilidad condiciona la presentación clínica, el pronóstico, el plan terapéutico y la respuesta al tratamiento.

Y en el caso de este estudio, así como muchas otras investigaciones, la identificación y reporte de alteraciones médicas tratables como son la enuresis, el asma, la dermatitis atópica y otros estados patológicos de origen inmunológico que se han visto asociados.

Teniendo resultados similares los anteriormente descritos en otras investigaciones con una incidencia mayor en hombres que en mujeres, así como mayor asociación a con desatención e impusividad en ambos grupos. Y en el caso de los problemas médicos mayor asociación a problemas atópicos de la infancia en este caso referidos a asma bronquial y rinitis atópica.

7. ANEXOS

Escala de Conners para Padres-Revisada (L) C. Keith Conners, Ph.D

Nombre del Niño(a) _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____				
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado Escolar: _____				
Nombre del Padre o Madre: _____ Fecha de Hoy: _____				
Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes? e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.				
	NO ES CIERTO (Nunca, rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
1. Enojado(a) y resentido(a)	0	1	2	3
2. Tiene dificultad para hacer o completar sus tareas escolares en casa	0	1	2	3
3. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
4. Tímido(a), se asusta con facilidad	0	1	2	3
5. Todo tiene que ser como él / ella dice	0	1	2	3
6. No tiene amigos(as)	0	1	2	3
7. Dolores de estómago	0	1	2	3
8. Pelea	0	1	2	3
9. Rechusa, expresa rechazo o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa)	0	1	2	3
10. Tiene dificultades para mantenerse atento(a) en tareas o actividades recreativas	0	1	2	3
11. Discute con adultos	0	1	2	3
12. No termina sus tareas	0	1	2	3
13. Dificil de controlar en las tiendas o mientras se hacen las compras del mercado	0	1	2	3
14. La gente le asusta	0	1	2	3
15. Revisa las cosas que hace una y otra vez	0	1	2	3
16. Pierde amigos(as) rápidamente	0	1	2	3
17. Males y dolencias (dolores)	0	1	2	3
18. Incansable o demasiado activo(a)	0	1	2	3
19. Tiene problemas para concentrarse en clase	0	1	2	3
20. Parece que no escucha lo que se le está diciendo	0	1	2	3
21. Se descontrola, pierde la paciencia, se enoja	0	1	2	3
22. Necesita supervisión constante para completar sus tareas	0	1	2	3
23. Corre, se sube a las cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3
24. Se asusta en situaciones nuevas	0	1	2	3

25. Exigente con la limpieza	0	1	2	3
26. No sabe como hacer amigos(as)	0	1	2	3
27. Se queja de males o dolores de estómago antes de ir a la escuela	0	1	2	3
28. Excitable, impulsivo(a)	0	1	2	3
29. No sigue instrucciones y no termina sus asignaciones escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una condición oposicionista o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
30. Tiene dificultades organizando sus tareas y actividades	0	1	2	3
31. Irritable	0	1	2	3
32. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
33. Le asusta estar solo(a)	0	1	2	3
34. Las cosas siempre tienen que ser hechas de la misma manera	0	1	2	3
35. Sus amigos(as) no lo(a) invitan a sus casas	0	1	2	3
36. Dolores de cabeza	0	1	2	3
37. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
38. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
39. Habla demasiado	0	1	2	3
40. Abiertamente desafiante y rehúsa obedecer a los adultos	0	1	2	3
41. No presta atención a detalles o comete errores en su trabajo escolar, trabajo en general u otras actividades	0	1	2	3
42. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo	0	1	2	3
43. Tiene muchos temores, miedos	0	1	2	3
44. Tiene rituales que tiene que seguir rigurosamente	0	1	2	3
45. Distráido(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
46. Se queja de estar enfermo(a) incluso cuando no le pasa nada	0	1	2	3
47. "Berrinches", "pataletas"	0	1	2	3
48. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo	0	1	2	3
49. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos)	0	1	2	3
50. Olvidadizo(a) con respecto a actividades cotidianas	0	1	2	3
51. Le es difícil entender matemáticas	0	1	2	3
52. Correteo entre bocados durante la comida	0	1	2	3
53. Le asusta la oscuridad, los animales, los insectos	0	1	2	3
54. Se propone metas demasiado elevadas	0	1	2	3
55. Inquieto(a) con las manos o pies, o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
56. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
57. "Quisquilloso", susceptible, se fastidia fácilmente con otros	0	1	2	3
58. Su escritura es ilegible (desordenada)	0	1	2	3
59. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3

60. Tímido(a), Introverso(a)	0	1	2	3
61. Culpa a otros por sus errores y mala conducta	0	1	2	3
62. Muy inquieto(a)	0	1	2	3
63. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela	0	1	2	3
64. Se fastidia si alguien reorganiza sus cosas	0	1	2	3
65. Se apega a sus padres u otros adultos	0	1	2	3
66. Molesta a otros niños(as)	0	1	2	3
67. Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros	0	1	2	3
68. Sus demandas tienen que ser atendidas inmediatamente, se frustra con facilidad	0	1	2	3
69. Presta atención solamente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
70. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
71. Pierde cosas necesarias para sus tareas o actividades (asignaturas escolares, lápices, libros, juguetes)	0	1	2	3
72. Se siente inferior a otros(as)	0	1	2	3
73. A veces pareciera cansado(a) o lento(a)	0	1	2	3
74. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
75. Lloro con frecuencia y con facilidad	0	1	2	3
76. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3
77. Cambios rápidos y drásticos de humor	0	1	2	3
78. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	2	3
79. Se distrae con facilidad con estímulos externos	0	1	2	3
80. Da respuestas a preguntas que aún no se le han terminado de hacer	0	1	2	3

8. BIBLIOGRAFIA

1. Polanczyk G, Süva M, Lessa H, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression anal/ses. *Am J Psychiatry*. 2007. (En prensa).
2. Rohde LA, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S, Tramontana S. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: Do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biol Psychiatry*. 2005; 57: 1436-41.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Fourth ed. New York NY: American Psychiatric Association; 1994.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes.
5. Clasificación de la CÍE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. Madrid, España, Médica Panamericana; 2001.
6. Polanczyk G, Rohde L, Epidemiology of ADHD across de lifespan. *Curropin Psychiatry*. 2007.
7. Capdevila-Brophy C, Artigas-Pallares J, Obiols-Llandri-ch'j E. Tempo Cognitivo Lento: ¿Síntomas del TDAH predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Rev Neurol*. 2006; 42: SI27-34.
8. Barragán E. Permeable personality. New York, NY: American Psychiatry Association Annual Meeting; 2004.
9. Resendiz C, de la Peña F. Generalidades de la comorbilidad. En: Ruiz M, editor. *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento de trastornos por déficit de atención*. México D.F. Editores de Textos Mexicanos, 2007.