

# El TDAH y su comorbilidad

A. Hervás Zúñiga\*, O. Durán Forteza\*\*

\*Psiquiatra, Doctora en Medicina, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Hospital Sant Joan de Deu.

\*\*Psiquiatra. Hospital Universitario Mutua de Terrassa.



## Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo muy frecuente en la edad infantil y cuyos síntomas suelen perdurar en la edad adulta. Más de 2/3 de los niños diagnosticados de TDAH cumplen criterios, simultáneamente, de otro trastorno psiquiátrico, lo que se conoce como comorbilidad. Esta situación complica el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, por lo que constituye uno de los grandes desafíos de este trastorno. Los aspectos más importantes en cuanto a epidemiología, diagnóstico y tratamiento de los trastornos comórbidos al TDAH más relevantes, ya sea por su frecuencia o gravedad, se analizan en este artículo

## Abstract

*Attention deficit hyperactivity disorder is a very common neurodevelopmental disorder in childhood and whose symptoms tend to persist into adulthood. More than 2/3 of the cases have other associated psychiatric disorders what are known as comorbidities. The comorbidity complicates the diagnosis, treatment and prognosis of ADHD and presents a great challenge for this subject. In this article we analyze the main points of epidemiology, diagnosis and treatment of ADHD comorbidity*

**Palabras clave:** TDAH; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Comorbilidad; Tratamiento.

**Key words:** ADHD; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Comorbidity; Treatment.

*Pediatr Integral 2014; XVIII (9): 643-654*

El TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad) es un heterogéneo trastorno del neurodesarrollo de inicio en la infancia temprana, originado por la interacción de una predisposición biológica con factores ambientales, por un déficit en la autorregulación cognitiva y que se manifiesta por la presencia de síntomas persistentes de inatención y de hiperactividad-impulsividad.

La sintomatología tiende a mejorar con la edad, pero en un porcentaje frecuente de los casos, los síntomas perduran en la edad adulta (en aproximadamente el 60% de los casos, la sintomatología es clínicamente significativa en la edad adulta).

El TDAH es muy frecuente, con una prevalencia variable según los estudios, que oscila entre un 7-10%, en la edad infantil<sup>(1)</sup>, y un 2,5% a 5,5% en la edad adulta<sup>(2)</sup>, y tiene importantes problemas de adaptación psicosocial<sup>(3)</sup>.

## Comorbilidad: definición y epidemiología

La comorbilidad se define como: la presencia de dos o más condiciones nosológicas simultáneas, y en el TDAH puede considerarse la norma más que la excepción. Esta implica un peor funcionamiento y pronóstico, especialmente en aquellos casos en los que es múltiple.

Caron y Rutter<sup>(4)</sup> definen la comorbilidad como: la ocurrencia simultánea de dos o más condiciones nosológicas no relacionadas. Sin embargo, a medida que se van sucediendo avances científicos, se van hallando nexos comunes, tanto en las bases biológicas como en los mecanismos cerebrales implicados, tanto en el TDAH como en otros trastornos comórbidos asociados como, por ejemplo, con el TDAH y el Trastorno Negativista Desafiante (TND) o los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA).

Según el estudio MTA del NIMH (Estudio Multimodal de Tratamiento del NIMH) 5, más de 2/3 de los niños diagnosticados de TDAH cumplen,

además y en el mismo momento, criterios diagnósticos de otro trastorno psiquiátrico. Por otro lado, se ha encontrado que el TDAH asociado a comorbilidad tiene más dificultades de adaptación psicosocial. Por esto, la comorbilidad supone uno de los grandes desafíos en la detección y diagnóstico del TDAH.

En ocasiones, los síntomas de TDAH se confunden con los síntomas de otros trastornos, como por ejemplo, con ansiedad, ya que las personas ansiosas suelen presentar en situaciones de examen, un incremento de la inatención e incluso de la hiperactividad. En otras ocasiones, los síntomas nucleares del TDAH se modifican cuando existe otro problema comórbido. Por ejemplo, el TDAH asociado a ansiedad suele presentarse con menor impulsividad que el grupo no comórbido. Las comorbilidades complican la evaluación.

Aproximadamente, un 67% de los niños con TDAH presentan al menos un trastorno psiquiátrico o del neurodesarrollo comparado con un 11% de los niños sin TDAH. Además, la comorbilidad muchas veces es múltiple, ya que de estos, un 33% de los TDAH presentaría un único trastorno comórbido, un 16% dos y un 18% tres o más<sup>(6)</sup>.

En la adolescencia y en la edad adulta, existen otras comorbilidades, siendo una de las más prevalentes el uso abusivo o dependencia de sustancias tóxicas en un 25-50%<sup>(7)</sup> (Tabla I).

### El Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno de Conducta (TC)

La comorbilidad del TDAH con el trastorno negativista desafiante y los trastornos de conducta es frecuente; de hecho, es probable que tengan una base etiológica común. Su presencia empeora sustancialmente el pronóstico, por lo que precisa de un tratamiento precoz, intensivo y multimodal.

La comorbilidad de TDAH y TND/TC es una de las más frecuentes en la población clínica. Se podría con-

siderar que los síntomas del TND forman un continuo con TC: en el TND los síntomas son menos severos, aunque suelen preceder a los síntomas de TC. El 90% de los niños con TC presentan también TND, siendo común, aunque no en todos los casos, la progresión de TND a TC<sup>(8)</sup>. Entre un 54-67% de los niños de 7 años que acuden a consulta tienen TND y entre un 20-40% se asocian a TC en la edad adolescente (estas cifras, incrementan si hablamos de trastornos subclínicos, es decir, que no cumplen todos los criterios de Trastorno de Comportamiento). Posteriormente en la edad adulta, hasta en un 26% persiste el trastorno de conducta y un 12% desarrollan un trastorno de personalidad antisocial<sup>(9)</sup>.

Por otro lado, la presencia de un diagnóstico de TND o de TC es un factor de riesgo para desarrollar en la adolescencia tardía/edad adulta, un trastorno por consumo de sustancias<sup>(10)</sup>.

Existen mecanismos etiológicos en común para el TDAH y el TND/TC. Estudios en gemelos han hallado una mayor severidad en términos de carga genética y severidad clínica<sup>(11)</sup>, aunque otros autores atribuyen a factores psicosociales comunes a ambos trastornos, la causa de la asociación (por ejemplo<sup>(12)</sup>, calculan un “índice de adversidad familiar y parental” que relacionan con la presencia de ambos trastornos).

Es fundamental a la hora de realizar el diagnóstico, evaluar si asociados a los síntomas del TDAH, el paciente presenta: enfados, irritabilidad, discusiones frecuentes con el adulto o si es vengativo desde la infancia. De hecho,

la presencia de síntomas desde la infancia en un paciente con un TDAH, como son: agresiones, crueldad, robos, faltas a la escuela, mentiras, etc., que sugieren una asociación con un TC, indica la necesidad de realizar tratamientos más intensivos, dado el incremento del riesgo de una peor evolución a lo largo de la adolescencia y la edad adulta, comparado con aquellos que no los presentan.

En este sentido, un buen tratamiento multimodal de ambos trastornos es clave, tanto sintomatológico como preventivo:

- El tratamiento farmacológico con estimulantes, especialmente los de liberación prolongada (para mejorar el cumplimiento), como primera elección, o atomoxetina, como tratamiento de segunda línea, se considera esencial y debe empezarse cuanto antes (puede prevenir y mejorar los síntomas del TC). Para el tratamiento de la irritabilidad y la agresividad, han demostrado ser útiles los alfa 2 agonistas (como clonidina o guanfacina). Por otro lado, puede ser útil para tratar las explosiones de agresividad extrema, el uso de neurolepticos de segunda generación, monitorizando efectos adversos y variables físicas, o, en caso de que estos no sean eficaces, asociar estabilizadores del humor (valproato, litio), siempre que otras alternativas psicológicas, educacionales o primeras alternativas farmacológicas no hayan funcionado.
- El tratamiento psicológico para niños-adolescentes, interviniendo principalmente en el reconoci-

Tabla I. Prevalencia de la comorbilidad en el TDAH

#### Prevalencia de otros trastornos coexistentes en niños con TDAH, comparados con población general (Phend, 2011):

- Trastornos del Aprendizaje (46% versus 5%)
- Trastorno de conducta (27% versus 2%)
- Ansiedad (18% versus 2%)
- Depresión (14% versus 1%)
- Trastornos de lenguaje (12% versus 3%)
- Trastornos del Espectro Autista (6% versus 0,6%)
- Epilepsia (2,6% versus 0,6%)

**Tabla II.** Clasificación de los Trastornos de Ansiedad según el DSM5**Trastornos de Ansiedad en el DSM-5:**

- Trastorno de Ansiedad por Separación
- Mutismo Selectivo
- Fobia Específica
- Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)
- Trastorno de Pánico/Angustia
- Ataque de Pánico
- Agorafobia
- Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias o medicación
- Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica
- Otro Trastorno de Ansiedad especificado
- Trastorno de Ansiedad no especificado

miento de las emociones, la empatía, el autocontrol y las habilidades sociales, se considera eficaz.

- La intervención con los padres, utilizando estrategias de *“parents training”*, persiguiendo que aprendan a jugar y mejorar la comunicación con sus hijos, a ser positivos en los comentarios en acciones positivas, a dar instrucciones que sean efectivas, a utilizar sistemas de refuerzo y a su vez, poner límites, a ignorar efectivamente o utilizar el “tiempo fuera” en situaciones de agresividad, son básicas en todo tratamiento para esta comorbilidad<sup>(13)</sup>.
- En la comorbilidad con TC, en ocasiones existen problemas de delincuencia y problemas legales; por lo que, intervenciones psicosociales comunitarias de supervisión en la familia, escuela o en el entorno social en el que estén, pueden ser de gran ayuda.
- A pesar de que no podría considerarse una intervención terapéutica, sí que puede ser de gran utilidad (dado lo expuesto con anterioridad) para realizar un buen tratamiento y una buena prevención de complicaciones, la detección de comorbilidades múltiples (por ejemplo, TDAH y trastorno del comportamiento, con trastornos del aprendizaje, con trastorno por el uso de sustancias de abuso, con trastornos afectivos o con trastornos de ansiedad), que impliquen

intervenciones concretas, como son: intervenciones psicopedagógicas, el uso de antidepresivos, tratamiento psicológico para el manejo de adicciones...

### Comorbilidad con trastornos de ansiedad

**Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la infancia-adolescencia. La comorbilidad del TDAH se asocia frecuentemente a los trastornos de ansiedad. La presentación cambia respecto al TDAH sin comorbilidad, presentando menos impulsividad y más interferencia en el aprendizaje por asociarse a más dificultades atencionales. Los psicoestimulantes no están contraindicados para tratar esta comorbilidad, pero la atomoxetina es útil en ambos trastornos. Se debe asociar tratamiento psicológico.**

Los trastornos de ansiedad, junto con el TDAH, son los trastornos más frecuentes en niños y adolescentes. Hasta un 25% de los niños y adolescentes con TDAH que acuden a los servicios clínicos sufren un trastorno de ansiedad asociado<sup>(14)</sup>. Sin embargo, los estudios poblacionales indican que no existe un incremento de TDAH asociado a los trastornos de ansiedad comparado con la población general. Estos hallazgos podrían explicarse por una mayor probabilidad de que los TDAH con ansiedad sean enviados a consultas especializadas.

En los trastornos de ansiedad, existe una situación escasamente

amenazante que genera una cognición ansiosa desproporcionada que, a su vez, lleva al individuo a hacer una conducta evitativa. Asociada a esta cognición, puede aparecer sintomatología física de ansiedad, como: palpitaciones, sudoración, temblores... Esta situación debe tener una duración de al menos 6 meses.

Estos síntomas pueden estar relacionados con preocupaciones intensas sobre diversos sucesos, como: su rendimiento escolar, su imagen..., (trastorno de ansiedad generalizada), o bien preocupaciones relacionadas con el bienestar o la separación de sus seres queridos (trastorno de ansiedad de separación), ansiedad desencadenada por una situación, objeto o ente que no entraña riesgo objetivo (fobias específicas) o bien ansiedad en situaciones sociales en las que están expuestos a crítica, evaluación o contemplación por otras personas (fobia social) o ansiedad en lugares públicos o en los que no hay una salida fácil como el ascensor, cines..., (agorafobia) o ataques de pánico recurrentes sin precipitante claro (trastorno de angustia) (Tabla II).

En general, los niños que tienen una baja autoestima y un TDAH (que implicaría mayores dificultades en el día a día) ven incrementado el riesgo de sufrir una comorbilidad ansiosa. Esta comorbilidad es igualmente frecuente en chicos y chicas en la edad infantil, aunque posteriormente será más frecuente en chicas, y más frecuente en la edad adolescente que en edades más tempranas.

A diferencia de la comorbilidad con TND, la comorbilidad TDAH y ansiedad es independiente en sus raíces biológicas, no pareciendo existir una vulnerabilidad genética o neuropsicológica común. En algunos casos, la comorbilidad TDAH y TC incrementa el riesgo de tener además, un trastorno de ansiedad.

Por otro lado, se ha visto que un trastorno de ansiedad comórbido a un TDAH, puede modificar la presentación del TDAH, presentando menos conductas impulsivas, pero mayor interferencia en los aprendizajes, probablemente debido a la mayor afecta-

ción de la memoria de trabajo. Existe un tipo controvertido de TDAH no reconocido en el DSM5 (el “tiempo cognitivo lento”) que cursa con síntomas de inatención, pero ninguno de hiperactividad-impulsividad y con menor afectación de la función ejecutiva, a excepción de la memoria de trabajo. Este subtipo es proporcionalmente más frecuente en chicas y está más frecuentemente asociado a los trastornos de ansiedad.

En algunos casos de TDAH que cursan con ansiedad, puede ser complicado diferenciar ambos trastornos. En general, los adultos no suelen identificar los síntomas emocionales en los niños, por lo que la entrevista con ellos será imprescindible: habrá que preguntar a los niños con TDAH sobre las cosas que les preocupan y sobre sintomatología física de ansiedad, teniendo en cuenta que un ambiente extraño, como una consulta médica, puede generar ansiedad y esta, a su vez, hiperactividad (que en este caso estaría más relacionada con la ansiedad que con el TDAH). Por otro lado, si detectamos problemas de ansiedad asociados a inatención y una vez mejorada la ansiedad no ha mejorado la inatención, deberíamos sospechar la existencia de un TDAH enmascarado por esta.

Tratar exclusivamente la sintomatología TDAH es generalmente insuficiente. Aunque durante tiempo se pensó que el tratamiento farmacológico con estimulantes no era una buena opción en la comorbilidad TDAH-Trastorno de ansiedad (se creía que eran peor tolerados y menos eficaces), el estudio del MTA<sup>(15)</sup> demostró que no difería del tratamiento del TDAH asociado a otras comorbilidades. La recomendación general es empezar por el tratamiento del trastorno más intenso o que mayor repercusión tenga en el paciente. Si consideramos que el principal trastorno a tratar es el trastorno de ansiedad, utilizaremos un ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina), y si lo es el TDAH, se siguen considerando como primera línea de tratamiento los estimulantes (metil-

fenidato), aunque la atomoxetina (no estimulante), es también una buena alternativa por ser efectiva, tanto en los síntomas del TDAH como en los síntomas de ansiedad, pudiéndose considerar también de primera elección.

El tratamiento psicológico en niños y adolescentes con TDAH y trastorno de ansiedad es muy efectivo, incluso tanto como el tratamiento farmacológico considerado de primera elección. Este tratamiento debe ser de tipo cognitivo conductual, buscando incidir en la reestructuración de cogniciones ansiosas y de baja autoestima, en la exposición a las situaciones evitadas y en el manejo de la sintomatología física de ansiedad. También está indicado el tratamiento conductual en los padres, ya que ha resultado efectivo, tanto para los síntomas de TDAH como para los de ansiedad.

De este modo se recomienda que, si tras el tratamiento con estimulantes e iniciar tratamiento psicológico persisten síntomas comórbidos, habrá que asociar tratamiento con ISRS (Fig. 1).

### Comorbilidad con Trastorno de Tourette y de tics

Los tics son frecuentes en la edad infantil y el TDAH se asocia frecuentemente a los trastornos por tics; aunque suelen ser leves (y no necesitar tratamiento específico), existe una forma grave llamada Trastorno de Tourette. En casos graves, son útiles los alfa 2 agonistas y los neurolépticos.

Los tics son: movimientos o vocalizaciones repetitivos, coordinados, bruscos y rápidos, sin propósito aparente, parcialmente involuntarios, muy frecuentes en niños (aprox. 20%

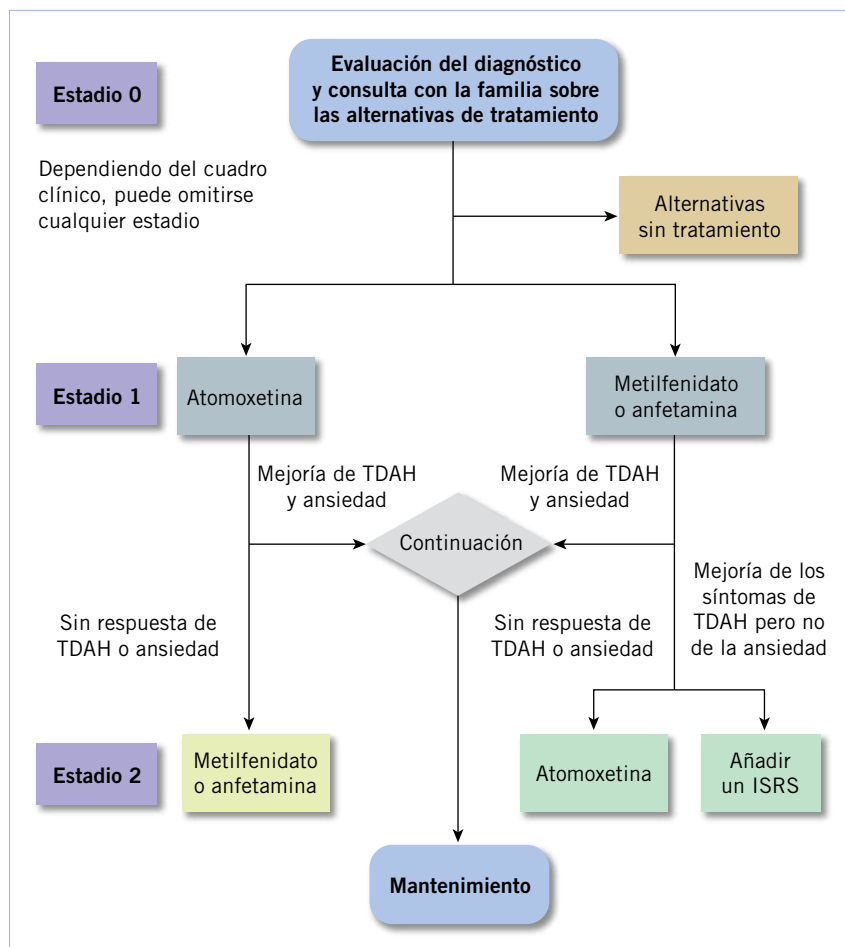


Figura 1. Árbol de tratamiento del TDAH comórbido con ansiedad.

de niños escolares), con cierto carácter hereditario, con un curso fluctuante, y frecuentemente de intensidad leve-moderada (habitualmente no requieren tratamiento específico). Existe una forma más grave de trastorno por tics (múltiples tics crónicos, tanto motores como fónicos) llamada Trastorno de Tourette.

La etiología de estos trastornos todavía no está del todo clara, aunque se han detectado factores asociados, entre ellos: genéticos, neurobiológicos (mayor número de problemas durante el parto), ambientales-autoinmunitarios (asociados a PANDAS) y psicológicos (la ansiedad puede empeorar estos trastornos). Se cree que se originan por una alteración en las vías dopaminérgicas de los ganglios basales y vía córtico-estriado-tálamo-cortical.

Se calcula que un 10-30% de los niños con TDAH tienen tics y un 38-75% de los pacientes con tics padecen un TDAH. Los tics tienden a mejorar en la adolescencia, aunque no ocurre lo mismo con el TDAH. La comorbilidad del TDAH con un trastorno de tics puede empeorar su funcionamiento y la aparición de problemas de conducta es frecuente.

En el tratamiento de los tics, es importante considerar que el primer paso es realizar una buena psicoeducación, tanto para el paciente como para los padres y profesores. Dado que la gravedad suele ser leve-moderada, es infrecuente la necesidad de un abordaje farmacológico de estos. De ser necesario, se aconseja iniciar con alfa 2 agonistas adrenérgicos (clonidina o guanfacina) o antagonistas dopaminérgicos (neurolepticos como: risperidona, aripiprazol, haloperidol, pimozida...).

Como en todos los casos, será importante realizar un tratamiento adecuado del TDAH. Aunque el uso de estimulantes ha sido muy debatido (se creía que incrementaban la presencia de tics), actualmente hay datos que indican que los tics no empeoran con estimulantes, por lo que son una alternativa adecuada en estos pacientes.

Otra opción pasa por utilizar la atomoxetina, que ha demostrado ser

eficaz en los síntomas del TDAH sin empeorar los tics.

Incluso, hay evidencia de que la Clonidina puede mejorar síntomas de TDAH (especialmente la hiperactividad y la impulsividad) y de los tics. Esta mejoría global es mayor si se asocia clonidina con metilfenidato, pero siempre habrá que descartar: problemas cardiovasculares antes del inicio farmacológico, realizar un ECG previo a su uso y realizar controles periódicos de tensión arterial.

### Comorbilidad con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS)

**La comorbilidad del TDAH con TUS, es frecuente en aquellos casos que cursan con comorbilidades con trastornos conductuales, pero también incrementa el riesgo de esta comorbilidad en el TDAH no tratado en la infancia. Es muy importante en los TDAH, explorar correctamente el uso de sustancias, ya que este implica peor pronóstico. Este riesgo se minimiza con un buen tratamiento del TDAH.**

El TDAH es un factor de riesgo de padecer TUS, de que el consumo de sustancias se inicie más temprano, de que progrese con mayor velocidad hacia un abuso o dependencia y de que estos trastornos se cronifiquen (tardan más tiempo en lograr la remisión). Y todavía más, la presencia de un TDAH comórbido con un TC en la infancia incrementa aún más el riesgo de padecer un TUS en la edad adulta. Por otro lado, la presencia de comorbilidad TDAH y TUS implica un mayor riesgo de padecer otra comorbilidad psiquiátrica (trastornos del humor, ansiedad). Es por este motivo que, el clínico debe estar siempre atento y explorar, ya desde la preadolescencia, el uso de sustancias de abuso en pacientes diagnosticados de TDAH.

La sustancia más utilizada es el tabaco y la sustancia ilegal más frecuente la marihuana. En la edad adulta, se ha evidenciado un mayor riesgo de consumos de cualquier sustancia (tanto alcohol y tabaco como: sustancias ilegales, como cannabis,

cocaína, heroína...) en pacientes diagnosticados de TDAH.

Se ha demostrado que el correcto tratamiento del TDAH en la infancia, incluso con estimulantes, se asocia a un menor riesgo de consumo de sustancias (y la ausencia de tratamiento incrementa los riesgos) y en adultos, hay evidencias de que los psicoestimulantes no exacerban los consumos. Sin embargo, especialmente en jóvenes con TUS o TC, existe riesgo de un uso recreativo de los psicoestimulantes. Por este motivo, se aconseja en estos casos, el uso de atomoxetina o psicoestimulantes de liberación prolongada, que han demostrado ser seguros y eficaces, tanto para los síntomas del TDAH como para la prevención del TUS (incluso algún estudio habla de una mejoría en los consumos) y con buena tolerancia. Sin embargo, también se aconseja intervención a nivel psicológico, tanto para mejorar el TUS como para actuar sobre los síntomas del TDAH.

### Comorbilidad con trastornos depresivos

**El TDAH puede enmascarar una depresión, porque los síntomas pueden ser comunes. La comorbilidad del TDAH con depresión está también asociada a comorbilidades con trastornos conductuales e implica un mayor riesgo suicida. Es fundamental explorar los síntomas depresivos en estos pacientes. El abordaje terapéutico, en muchas ocasiones, requiere el tratamiento tanto del TDAH como del trastorno depresivo independientemente.**

Alrededor de un 20-30% de los casos de TDAH en una población clínica, tiene un trastorno depresivo asociado<sup>(16,17)</sup>. Se calcula que el trastorno depresivo mayor es 5,5 veces más frecuente en jóvenes con TDAH que en los que no presentan este trastorno. En estos casos, los síntomas de TDAH pueden enmascarar la depresión, ya que esta puede cursar con un incremento de la irritabilidad, de la agresividad y de las conductas de riesgo (como consumo de sustancias o conductas peligrosas), en ocasiones, en el contexto de ideas

de desesperanza o deseos de muerte. También pueden aparecer alteraciones del sueño y del apetito. La asociación de TDAH con trastornos depresivos está especialmente relacionada con la comorbilidad con trastornos de conducta.

Hay autores que señalan, que podría haber una causa genética común al TDAH y a los trastornos depresivos. Por otro lado, las condiciones adversas de las personas con TDAH, como: el estrés escolar, el bajo rendimiento académico, las dificultades que presentan en habilidades sociales..., incrementan la vulnerabilidad a sufrir síntomas depresivos. Si estos son secundarios al TDAH, es posible que mejoren simplemente con un tratamiento adecuado de este trastorno, sin precisar un tratamiento específico. Síntomas como: problemas de concentración, sintomatología neurovegetativa o irritabilidad, aparecen tanto en TDAH como en depresión y no son suficientes para diferenciarlos. En cambio, el retraimiento social, la anhedonia, las cogniciones depresivas, las ideas de muerte y el retraso psicomotor son discriminativos e indican que el TDAH está asociado a un cuadro depresivo.

En este sentido, será fundamental, explorar síntomas como: irritabilidad, pérdida de interés en actividades placenteras y en la socialización, así como la aparición de ideas de muerte, para diagnosticar trastornos depresivos comórbidos. Este último punto (evaluar de forma sistemática el contenido suicida, planes para realizarlo e ideas de desesperanza respecto al futuro) resulta especialmente importante en la población adolescente con TDAH, depresión comórbida y trastornos conductuales asociados, dado que las conductas suicidas e intentos consumados son más frecuentes en esta población.

Otro dato relevante es que, como ya se ha comentado previamente, los niños con TDAH tienden a sobreestimar sus capacidades en competencias sociales y no suelen identificar los síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad en ellos mismos (será relevante preguntar a padres y profesores

sobre síntomas TDAH); en cambio, son los que mejor identifican los síntomas ansiosos y depresivos<sup>(18)</sup>.

Respecto al tratamiento, y de manera similar a la comorbilidad con el trastorno ansioso, será conveniente realizar una correcta evaluación del cuadro clínico y decidir si prevalece el TDAH o el trastorno depresivo (si los síntomas depresivos son relevantes, existen planes de suicidio, hay importante afectación del hambre o del sueño...). En el primer supuesto, debería iniciarse un psicoestimulante o atomoxetina, y evaluar si ha sido eficaz tanto para los síntomas de uno y otro trastorno. Si solo mejora el TDAH, habrá que plantearse añadir un ISRS (por ejemplo: fluoxetina 10-20 mg/día o sertralina 50-200 mg/día). Si tras añadir el psicoestimulante empeoran estos trastornos, se deberá retirar. Los psicoestimulantes no están contraindicados en pacientes con un trastorno depresivo. En el caso de que el trastorno depresivo sea severo, será necesario considerar un ingreso hospitalario o bien comenzar con un tratamiento combinado de ISRS y estimulantes.

También, se recomienda asociar un tratamiento específico con terapia cognitivo-conductual para tratar la sintomatología depresiva y del TDAH.

Independientemente del tratamiento farmacológico seleccionado, será fundamental realizar psicoeducación a los padres sobre sintomatología que pudiese aparecer (empeoramiento del estado del ánimo, síntomas de manía o ideas de suicidio) y realizar un seguimiento estrecho de esta.

## Comorbilidad con Trastorno Bipolar (TB)

**El TB es un trastorno grave y crónico. En ocasiones, puede estar asociado a TDAH, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento, y empeora la evolución. Se deberá tratar el TDAH cuando el paciente esté eutímico.**

El TB es un trastorno grave del humor de probable origen genético, crónico y recurrente, caracterizado por la presencia de episodios depresivos y

de manía o hipomanía (pueden ocurrir también episodios mixtos, en los que aparezcan síntomas de ambos tipos). Está descrito que entre el 50-60% de los casos de TB sufren el primer episodio antes de los 18 años, siendo más frecuente el inicio con un episodio depresivo (y cuanto más precoz es el inicio, más probable es que sea así), cosa que dificulta el diagnóstico.

Aunque inicialmente, se pueden presentar síntomas similares en TDAH y TB, la intensidad, la evolución y sus características asociadas, hacen que estos trastornos sean distinguibles. Sin embargo, existe una pequeña proporción de pacientes con comorbilidad en ambos trastornos. Como sucede con otros, esta comorbilidad dificulta el diagnóstico y el tratamiento<sup>(19)</sup>, y se asocia a una peor evolución. Esta comorbilidad es más frecuente en el TDAH combinado, en pacientes con más síntomas del TDAH, peor funcionamiento global y mayor comorbilidad psiquiátrica.

En el tratamiento se recomienda, si la comorbilidad TDAH y TB es clara, tratar inicialmente el TB (ya sea con estabilizadores del estado del ánimo o con neurolépticos de segunda generación) y, una vez lograda la eutimia, añadir un estimulante. Hay que tener en consideración que los neurolépticos atípicos son tan eficaces como los estabilizadores del humor en la manía aguda, aunque se toleran peor en niños y adolescentes (especialmente en lo que refiere a incremento de peso, hiperprolactinemia y somnolencia).

## Comorbilidad con Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)

**El DSM-5 ha introducido cambios importantes en la clasificación de los TEA, reconociendo la comorbilidad con el TDAH. La disfunción ejecutiva de ambos trastornos tiene un patrón distinto y sumatorio. Los estimulantes son efectivos en aproximadamente un 60% de los casos comórbidos de TDAH y TEA, pero en el otro 40% provocan efectos secundarios relevantes. Siempre es importante utilizar los estimulantes con precaución en esta población.**

**Tabla III.** Uso de fármacos en Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) comórbido con TDAH, cuadros clínicos emocionales o conductuales

Síntomas	Tratamientos
Hiperactividad, déficit de atención e impulsividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Metilfenidato:</b> (0,5-1,5 mg/kg/día). Con precaución, dada la tasa de respuesta y tamaño del efecto, (menor y peor tolerancia respecto al TDAH solo). Algún beneficio sobre la comunicación social y la autorregulación del TEA</li> <li>- <b>Atomoxetina:</b> (10-80 mg/día, inicio progresivo de 0,5 mg/kg/día hasta 1,2-1,4 mg/kg/día). Buena tolerancia y eficaz en los TDAH y ansiedad. En los casos de TEA graves no parece mejorar la hiperactividad</li> </ul>
Ansiedad y síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Fluoxetina</b> (10-60 mg/día),</li> <li>- <b>Fluvoxamina</b> (50-300 mg/día)</li> </ul>
Agresividad, autolesiones, irritabilidad, rigidez conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neurolépticos: <b>Risperidona</b> (0,25-6 mg/día, cierta eficacia en estereotipias y conductas repetitivas), <b>Aripiprazol</b> (2-15 mg/día) y <b>Olanzapina</b> (2,5-30 mg/día)</li> <li>- Alfa 2 agonistas: <b>Clonidina</b> (0,15 mg/día de inicio, mantenimiento 0,3 mg/día, máximo 1,2 mg/día en 4-6 tomas/día)</li> <li>- Anticonvulsivantes: <b>Valproato</b> (200-1.000 mg/día, según niveles plasmáticos)</li> </ul>

Los TEA son un grupo de trastornos del neurodesarrollo con gran variabilidad clínica (según la gravedad de los síntomas, el nivel cognitivo, las comorbilidades y la edad de presentación), en los que se afecta la interacción y comunicación social, aparecen intereses restringidos y conductas estereotipadas y repetitivas, intolerancia al cambio en sus rutinas y ambiente, y comportamientos sensoriales inusuales y estereotipados.

A pesar de que el DSM-IV-TR no lo reconocía, la reciente aparición del DSM-5 recoge como posible, la comorbilidad del TDAH y los TEA; además, propone un cambio de terminología de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) al TEA (Trastornos del Espectro del Autismo), que incluye las anteriores categorías del DSM-IV (autismo, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y TGD no específico).

Más del 70% de los casos de TEA presentan comorbilidad con uno o más trastornos psiquiátricos (esta asociación supone una de las causas más frecuentes de agresividad y problemas de conducta), siendo el TDAH uno de los trastornos más frecuentemente asociados.

Tanto el TDAH como los TEA presentan alteraciones de la función ejecutiva, aunque con matices distintos: si en los TEA es más frecuente observar alteraciones en la flexibilidad cognitiva y en la abstracción, en el TDAH se altera la inhibición cognitiva (presentando distractibilidad ante diferentes estímulos) y la memoria de trabajo y operativa.

Entre el 30 y el 50% de los pacientes con TEA asocian sintomatología del TDAH (aunque no lleguen a cumplir todos los criterios), como por ejemplo: hiperactividad motora, impulsividad o distractibilidad. Esta comorbilidad supone mayores dificultades de adaptación funcional. La comorbilidad es especialmente complicada de detectar en los casos llamados TEA de alto funcionamiento (con síntomas propios de los TEA con capacidad cognitiva normal), puesto que esta sintomatología pasa más desapercibida.

En lo que se refiere al tratamiento, suelen resultar indispensables, tan pronto como sea posible, las intervenciones psicoeducativas generalizadas cognitivo-conductuales útiles en los TEA (como la estructura, el apoyo visual y las contingencias positivas), las adaptaciones curriculares y el apoyo de profesionales especializados.

No existe un tratamiento farmacológico específico para tratar los TEA, pero el tratamiento farmacológico con estimulantes para el TDAH se ha demostrado efectivo, al menos, en un 60% de los casos asociados a TEA. En un 40%, pueden presentar efectos secundarios de irritabilidad, agitación, insomnio e incluso agresividad, por lo que el uso de estimulantes en esta comorbilidad debe utilizarse con precaución, empezando siempre con una pequeña dosis de estimulantes para excluir aquellos casos en los el fármaco provoque efectos secundarios. La atomoxetina también es un fármaco efectivo en esta comorbilidad, como lo es la clonidina y la guanfacina<sup>(20)</sup> (Tabla III).

### Comorbilidad con trastornos del aprendizaje

**El tratamiento del TDAH es de gran utilidad en pacientes con comorbilidad con trastornos de aprendizaje, aunque se debe asociar con reeducaciones y adaptaciones escolares para evitar el fracaso escolar.**

Los trastornos del aprendizaje son trastornos de base neurobiológica que suceden en niños con inteligencia normal. Se ha hallado una fuerte carga hereditaria en la presentación de estos trastornos. Cabe tener presente que persisten a lo largo de toda la vida, aunque con repercusión y manifestaciones distintas en función de la etapa vital.

Representan una de las principales comorbilidades del TDAH; de modo que, aproximadamente un 20-40% de los pacientes con TDAH tienen un trastorno del aprendizaje. Además, ambos trastornos son causa frecuente de bajo rendimiento escolar, por lo que deberá realizarse el diagnóstico diferencial.

Por ejemplo, en el caso de la dislexia (el trastorno del aprendizaje más prevalente y mejor conocido), un 25% de los niños con dislexia sufren también un TDAH.

No existen pruebas médicas específicas para el diagnóstico, así como tampoco se recomienda realizar ninguna

prueba de neuroimagen o función cerebral (EEG, neuroimagen funcional...). Así pues, las herramientas diagnósticas son: una buena anamnesis y un estudio neuropsicológico dirigido (que incluya una evaluación concreta de los aprendizajes).

Por otro lado, conviene tener en cuenta que la asociación de estos trastornos a un TDAH suele empeorar el rendimiento académico. Por este motivo, es esencial el realizar un tratamiento adecuado del TDAH y, si es necesario, iniciar un tratamiento farmacológico adecuado.

En lo referente a los trastornos del aprendizaje, el tratamiento se basa en dos pilares:

1. Las reeducaciones: ayuda directa al niño para mejorar la lecto-escritura y/o desarrollo de estrategias compensatorias para avanzar en los aprendizajes. Esta reeducación debe ser precoz, aunque en algunas situaciones el diagnóstico no esté del todo establecido, y adecuada a la edad del paciente.
2. Las adaptaciones escolares o acomodaciones: facilidades que se deben ofrecer a los alumnos con trastornos del aprendizaje para que puedan progresar a pesar de sus dificultades. Estas adaptaciones deberán ser individualizadas, facilitando tiempo extra y la optimización del tiempo de estudio, y evitando poner en evidencia sus limitaciones o ridiculizarlos. Las adaptaciones deben realizarse no solo en el material de aprendizaje y estudio, sino también en los exámenes y pruebas de evaluación.

## Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.\* Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S, Singh KP. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC Pediatr.* 2012; 12:50.
2. Barkley RA, Knouse LE, Murphy KR. Correspondence and disparity in the self- and other ratings of current and childhood ADHD symptoms and impairment in adults with ADHD.

3. Escobar R, Soutullo CA, Hervás A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. (2005). *Pediatrics.* Sep; 116(3): 364-369.
4. Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry.* Noviembre de 1991; 32(7): 1063-80.
- 5.\*\* Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Febrero de 2001; 40(2): 147-58. Resultados del estudio más importante realizado en los EEUU sobre TDAH y tratamiento.
- 6.\*\* Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics.* Marzo de 2011; 127(3): 462-70.
7. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc.* 1 de septiembre de 2007; 257(6): 309-17.
- 8.\* Loeber R, Burke J.D. Lahey B.B, Winters A, Zera M. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* Diciembre de 2000; 39(12): 1468-84.
- 9.\*\* Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Febrero de 2006; 45(2): 192-202.
10. Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1 de marzo de 2012; 53(3): 304-12.
11. Thapar A, Harrington R, McGuffin P. Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br J Psychiatry.* Septiembre de 2001; 179: 224-9.
12. Patterson GR, Degarmo DS, Knutson N. Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology.* Marzo de 2000; null(01): 91-106.
13. Cluster-randomized, controlled 12-month trial to evaluate the effect of a parental psychoeducation program on medication persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Montoya A, Hervás A, Fuentes J, Cardo E, Polavieja P, Quintero J, Tannock R. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014 Jun 13; 10: 1081-92.
- 14.\* Tannock, R. ADHD with anxiety disorders. *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 131-55.
15. Klein RG, Mannuzza S, Bazanis E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD.* *Arch Gen Psychiatry.* Diciembre de 1999; 56(12): 1073-86.
- 16.\*\* Barkley RA, Murphy KR. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook.* Guilford Press; 2006. 786 p.
- 17.\* Barkley RA. Global issues related to the impact of untreated attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to young adulthood. *Postgrad Med.* Septiembre de 2008; 120(3): 48-59.
18. Caci H, Doepfner M, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone SV, Hervás A, Fitzgerald M. (2013) Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *Eur Psychiatry.* 2013 Dec 16. pii: S0924-9338(13) 00439-2.
19. State RC, Frye MA, Altshuler LL, Strober M, DeAntonio M, Hwang S, et al. Chart review of the impact of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity on response to lithium or divalproex sodium in adolescent mania. *J Clin Psychiatry.* Agosto de 2004; 65(8): 1057-63.
20. Hervás A, Huss M, Johnson M, McNicholas F, van Stralen J, Sreckovic S, Lyne A, Bloomfield R, Sikirica V, Robertson B. (2014). Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled, phase III trial. *Approved for publication in European Neuropsychopharmacology Journal.*



## Bibliografía recomendada

- Lingineni RK, Biswas S, Ahmad N, Jackson BE, Bae S, Singh KP. Factors associated with attention deficit/hyperactivity disorder among US children: results from a national survey. *BMC Pediatr.* 2012; 12:50.  
Estudio epidemiológico sobre el TDAH en población americana.
- Barkley RA, Knouse LE, Murphy KR. Correspondence and disparity in the self- and other ratings of current and childhood ADHD symptoms and impairment in adults with ADHD. *Psychol Assess.* Junio de 2011; 23(2): 437-46.  
Estudio que indica las dificultades de identificar los síntomas de TDAH del adulto, tanto en la edad adulta como retrospectivamente, lo que cambia, según quien sea el informador, la prevalencia del TDAH en el adulto.
- Escobar R, Soutullo CA, Hervás A, Gastaminza X, Polavieja P, Gilaberte I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. (2005). *Pediatrics.* Sep; 116(3): 364-369.  
Estudio sobre la calidad de vida en niños con TDAH comparado con niños con asma.
- Caron C, Rutter M. Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry.* Noviembre de 1991; 32(7): 1063-80.  
Revisión sobre el concepto de comorbilidad en las diferentes psicopatologías del niño y adolescente y las diferentes estrategias para explorarlo.
- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Febrero de 2001; 40(2): 147-58.  
Resultados del estudio más importante realizado en los EEUU sobre TDAH y tratamiento.
- Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc.* 1 de septiembre de 2007; 257(6): 309-17.  
Estudio sobre la comorbilidad del TDAH en adultos con trastornos de personalidad.
- Loeber R, Burke J.D. Lahey B.B, Winters A, Zera M. Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* Diciembre de 2000; 39(12): 1468-84.  
Revisión importante de la comorbilidad del TDAH con trastornos de conducta.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Febrero de 2006; 45(2): 192-202.  
Estudio muy relevante sobre las consecuencias en adultos jóvenes de la hiperactividad en la infancia.
- Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Sigfusdottir ID, Young S. An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1 de marzo de 2012; 53(3): 304-12.  
Estudio de prevalencia del TDAH en adolescentes con consumo de drogas legales e ilícitas.
- Thapar A, Harrington R, McGuffin P. Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br J Psychiatry.* Septiembre de 2001; 179: 224-9.  
Estudio utilizando una población de gemelos sobre el origen genético de ambos trastornos.
- Patterson GR, Degarmo DS, Knutson N. Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology.* Marzo de 2000; null(01): 91-106.  
Otro estudio analizando la comorbilidad del TDAH con trastornos de conducta y si son trastornos separados o un tipo más severo de TDAH.
- Cluster-randomized, controlled 12-month trial to evaluate the effect of a parental psychoeducation program on medication persistence in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Montoya A, Hervás A, Fuentes J, Cardo E, Polavieja P, Quintero J, Tannock R. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014 Jun 13; 10: 1081-92.  
Estudio multicéntrico caso-control de un programa de psicoeducación para padres de hijos con TDAH.
- Tannock, R. ADHD with anxiety disorders. *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 131-55.  
Buena revisión de la comorbilidad de TDAH con ansiedad.
- Klein RG, Mannuzza S, Bazzani E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry.* Diciembre de 1999; 56(12): 1073-86.  
Resultados del estudio más importante del tratamiento del TDAH, el MTA y los resultados de la primera fase de estudio randomizado.
- Barkley RA, Murphy KR. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook.* Guilford Press; 2006. 786 p.  
Excelente libro, completo sobre el TDAH.
- Caci H, Doepfner M, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone SV, Hervás A, Fitzgerald M. (2013) Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results from the European Lifetime Impairment Survey. *Eur Psychiatry.* 2013 Dec 16. pii: S0924-9338(13) 00439-2.  
Estudio del funcionamiento como adultos de aquellos diagnosticados de TDAH en la infancia.
- State RC, Frye MA, Altshuler LL, Strober M, DeAntonio M, Hwang S, et al. Chart review of the impact of attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity on response to lithium or divalproex sodium in adolescent mania. *J Clin Psychiatry.* Agosto de 2004; 65(8): 1057-63.  
Estudio sobre el tratamiento de la comorbilidad de TDAH con trastorno bipolar.
- Hervás A, Huss M, Johnson M, Menicholas F, van Stralen J, Sreckovic S, Lyne A, Bloomfield R, Sikirica V, Robertson B. (2014). Efficacy and safety of extended-release guanfacine hydrochloride in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled, phase III trial. Aproved for publication in *European Neuropsychopharmacology Journal.*  
Estudio de la eficacia de la guanfacina en el tratamiento del TDAH.

## Caso clínico

### Motivo de consulta:

Se trata de un adolescente de 15 años derivado desde el centro escolar por presentar problemas de conducta de reciente aparición, en forma de agresividad física y verbal, que han acabado con frecuentes expulsiones, así como mal rendimiento académico que presenta desde los 10 años.

### Antecedentes:

Entre los antecedentes familiares, refieren que un hermano del padre sufre esquizofrenia y consumo de alcohol y otro tío, también de la misma rama familiar, presentó antecedentes legales (había estado en prisión) y toxicomanía.

Como antecedentes personales, destaca hipertensión arterial en la madre el último trimestre del embarazo, por lo que se realizó cesárea. Tanto en el puerperio como en el desarrollo no hubo incidencias, salvo enuresis nocturna primaria hasta los 10 años de edad.

Tiene miopía, aunque es reacio a utilizar gafas por motivos estéticos.

Los padres habían consultado previamente, cuando el paciente tenía 10 años y había sido diagnosticado de un TDAH asociado a fobia, y se habían desvinculado cuando se les ofreció tratamiento y lo rechazaron. Se descartaron trastornos del aprendizaje en ese momento.

### Sintomatología actual y exploración:

En las primeras visitas, se ponen de manifiesto los siguientes síntomas que describen como “desde siempre”:

Le cuesta mantener la atención, parece que no escucha, no presta atención a los detalles, se distrae con facilidad, comete errores por no fijarse, olvida cosas del día a día, es desorganizado en sus tareas, muy mal rendimiento académico, es muy inquieto, le cuesta hacer actividades tranquilas, es muy hablador, le gusta el riesgo, es impaciente, interrumpe conversaciones y le cuesta esperar a que sea su turno. Cree que se descontrola con facilidad y en alguna ocasión, tras un enfado, ha llegado a darse cabezazos contra la pared.

También presenta, aunque de más reciente aparición, conductas desafiantes, tanto en casa como en el colegio, agresividad verbal, incumple horarios, se fuga de casa, provoca a los profesores, miente frecuentemente y ha tenido conflictos con iguales presentando agresividad física contra objetos (en alguno ha intervenido la policía). Lo han expulsado del equipo de fútbol en el que juega.

Por otro lado, explica consumos de cannabis de los que minimiza las consecuencias negativas.

Tanto él como su familia lo consideran un chico sociable.

### Evolución:

Se inicia tratamiento psicológico para trabajar el auto-control y se les dan estrategias a los padres. También se ofrece soporte social y se realizan coordinaciones con el centro escolar.

Se decide iniciar tratamiento con Atomoxetina hasta 60 mg/día (dosis de 1,2 mg/kg/día). Dos meses más tarde, explican que ha abandonado el tratamiento a pesar de que habían evidenciado una leve mejoría en el rendimiento académico (no en la conducta). El paciente se niega a seguir con el tratamiento, porque refiere que se sentía más triste. En este periodo, tras una discusión familiar, ha requerido la intervención del servicio de urgencias de psiquiatría en dos ocasiones. Por todo esto y buscando un mejor cumplimiento, se decide cambiar el tratamiento por Risperidona en solución hasta 1,5 ml/día, que tolera adecuadamente.

### Exploración psicopatológica:

Aspecto cuidado. Cierta inquietud psicomotriz. Durante la realización de las pruebas neuropsicológicas es lento, se cansa con facilidad, aunque se muestra colaborador y trabajador. Es impulsivo en algunas respuestas. Eutímico, aunque expresa cierta preocupación por alguna consecuencia relacionada con sus problemas de conducta. Sueño y hambre conservado. Refiere miedos a la oscuridad por las noches que, aunque previamente habían generado mayor interferencia, en ese momento no la generaban. No presenta síntomas de la esfera psicótica ni afectiva mayor.

### Exploraciones complementarias:

Analítica sanguínea básica sin alteraciones.

WISC-IV: la capacidad intelectual global se sitúa dentro del intervalo de la normalidad. Por otro lado, se hallan déficits leves en comprensión de normas sociales y velocidad de procesamiento y un déficit grave en memoria de trabajo auditiva.

Localización espacial de WMS-III: dificultades leves de atención basal visual y memoria de trabajo visual dentro de la normalidad.

Toulouse Pieron: dentro de la normalidad.

Test de los Cinco Dígitos: dentro de la normalidad.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

## El TDAH y su comorbilidad

### 33. Señale la respuesta que considere MÁS ACERTADA:

- La comorbilidad en el TDAH es rara y sólo se debe considerar con el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- La comorbilidad en el TDAH predice una peor evolución, dificultando el diagnóstico y el tratamiento, y empeorando el pronóstico.
- Según el estudio MTA (Estudio Multimodal de Tratamiento) del NIMH, menos de un 1% de los niños con TDAH asocian otro trastorno comórbido.
- a y c son ciertas.
- b y c son ciertas.

### 34. En la comorbilidad con los trastornos de ansiedad:

- Presentan menos impulsividad que el TDAH sin comorbilidad.
- Es más probable que haya mayor interferencia en los aprendizajes, ya que se asocian a mayores dificultades atencionales.
- Aunque se pensaba que los psicoestimulantes podían empeorar la ansiedad, actualmente no están contraindicados.
- La atomoxetina puede ser útil para tratar ambos trastornos.
- Todas son ciertas.

### 35. Señale la respuesta CORRECTA:

- En la comorbilidad con los tics es fundamental, un tratamiento intensivo y precoz.
- El tratamiento del TDAH en la infancia se asocia a un mayor riesgo de uso de sustancias de abuso en la adolescencia.
- La asociación del TDAH con depresión se relaciona con mayor riesgo suicida.
- En el tratamiento de la comorbilidad TDAH y trastorno bipolar se aconseja priorizar el tratamiento del TDAH para lograr la eutimia.
- El DSM5 no contempla la comorbilidad del TDAH con los TEA (Trastornos del Espectro del Autismo).

### 36. El tratamiento de la depresión y de la ansiedad comórbidos con el TDAH es similar en los siguientes puntos, SALVO que:

- Se pueden utilizar los estimulantes.
- Conviene priorizar el trastorno que mayor repercusión provoca y tratarlo convenientemente, aunque es frecuente que se precise tratamiento para ambos.
- Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) pueden ser de utilidad.
- Se aconseja tratamiento psicológico cognitivo conductual.
- Todas son ciertas.

### 37. En referencia a los TEA (Trastornos del Espectro del Autismo) podemos afirmar lo siguiente, SALVO que:

- Tanto en los TEA como en el TDAH hallamos una alteración en las funciones ejecutivas.
- Es difícil diagnosticar el TDAH comórbido en pacientes con un TEA de alto funcionamiento.
- La comorbilidad con cualquier trastorno en el TEA es grave, pero poco frecuente.
- En el tratamiento de la comorbilidad de los TEA con TDAH, los estimulantes se deben utilizar con precaución.
- En el TDAH suele afectarse la inhibición cognitiva, la memoria de trabajo y operativa y en el TEA la flexibilidad cognitiva y la abstracción.

## Caso clínico

### 38 Respecto al caso clínico, ¿cuál considera que es el diagnóstico actual?

- TDAH y trastorno depresivo comórbido.
- TDAH, trastorno negativista desafiante (TND) y consumo de cannabis y alcohol comórbidos.
- TDAH y fobia a la oscuridad comórbidos.
- TND y TUS (Trastorno por Uso de Sustancias) comórbidos.
- Es un caso claro de TDAH sin comorbilidad.

**39. En referencia al caso clínico expuesto, la AFIRMACIÓN más adecuada sería:**

- a. No conviene hacer el diagnóstico de TDAH hasta que no hayan mejorado los síntomas del TND (Trastorno Negativista Desafiante).
- b. Se trata de un caso poco frecuente, ya que el uso de sustancias estupefacientes es poco habitual en pacientes diagnosticados de TDAH.

c. En casos como este, el uso de estimulantes de liberación inmediata supone la opción más segura.

d. En casos como este, el abordaje multidisciplinar es fundamental.

e. c y d son correctas.

**40 Señale la respuesta MÁS ADECUADA:**

a. Probablemente un tratamiento adecuado del TDAH a los 10

años de edad hubiese prevenido en gran parte los síntomas actuales.

b. El tratamiento con alfa adrenérgicos, como la clonidina, podría ser de utilidad.

c. Dado que la capacidad intelectual es normal, no se puede realizar el diagnóstico de comorbilidad.

d. Todas son ciertas.

e. a y b son ciertas.