

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y COMORBILIDAD

María Purificación Carricajo Lobato, Cristina García Núñez, Ana Belén Martí Martínez, Francisco Miguel Fenollar Ivañez, Medhi Ziadi Trives, Maria Paz Castillo Alarcón, Milagros Fuentes Albero.

Hospital General Universitario de Elche (Alicante)

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) es un trastorno neurobiológico complejo, los primeros estudios se remontan a la primera mitad del siglo XX, pero es a partir de 1950 cuando en la literatura científica se identifica a estos pacientes con el nombre de disfunción cerebral mínima, concepto que se modifica a partir de la década de los años 60 con el nombre de hiperactividad, introduciéndose el concepto actual de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en las clasificaciones DSM a partir de los años 70.

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas deben presentarse en dos o más ambientes, estar presentes antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (APA, 2002).

La forma más infrecuente de TDAH es la que aparece de forma aislada, es decir, limitada a las manifestaciones propias del trastorno, teniendo esto en cuenta, cuando se atiende a un niño con TDAH, si el diagnóstico se limita al TDAH, existen altas probabilidades de que pasemos por alto otros problemas, en ocasiones más importantes que el propio TDAH.

Aproximadamente la mitad de los niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) presenta al menos otro trastorno psiquiátrico, lo que con frecuencia complica el diagnóstico y el tratamiento, y empeora el pronóstico.

Aunque la comorbilidad presenta una prevalencia alta en todos los subgrupos de TDAH, sería el subtipo combinado el que presenta más variedad.

En este artículo revisaremos la comorbilidad más frecuentemente asociada al TDAH.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

El TDAH es una de las causas más frecuentes, en población infantil, de atención en pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles, siendo uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia a la adolescencia y hasta la vida adulta. La tasa de prevalencia más citada entre los niños en edad escolar oscila entre 3%-7%, aunque en diversos estudios podemos observar que el rango oscila entre el 1,9% y 17,8%, considerándose que la mejor estimación estaría entre el 5 y el 10%.

Los síntomas básicos tal y como hemos dicho son el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

El diagnóstico requiere la capacidad de empatizar con el paciente y su familia en los primeros momentos. Debe realizarse una anamnesis cuidadosa

acompañada de entrevistas abiertas y cerradas con padres y maestros, en su valoración son muy útiles los cuestionarios y escalas. Es preciso realizar una completa exploración física que incluya la exploración sensorial y la exploración neurológica. A nivel psiquiátrico debe realizarse una entrevista personal con el niño o el adolescente valorando la hiperactividad, el control de impulsos, el autoconcepto, la autoestima, las conductas negativistas y desafiantes... Los estudios genéticos, de neuroimagen y neurofuncionales se deben realizar en casos concretos. Las exploraciones psicodiagnósticas y psicopedagógicas, deben siempre acompañar el estudio de un niño o adolescente con TDAH, la exploración psicodiagnóstica debe incluir sendos estudios neurocognitivos (valorando atención sostenida, memoria de trabajo y control ejecutivo) y psicopatológicos, finalmente la exploración psicopedagógica debe identificar el nivel académico y el conocimiento de las técnicas instrumentales escolares.

Pautas diagnósticas del TDAH por el DSM-IV

1. Cumplir TODOS los criterios esenciales
2. 6 ó más de los 9 ítems de déficit de atención
3. 6 ó más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad

Criterios esenciales

Duración: los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos los últimos 6 meses.

Edad de comienzo: algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 7 años.

Ubicuidad: algún grado de disfunción debida a los síntomas deben haber estado presentes en dos situaciones o más (escuela, trabajo, casa, etc.).

Disfunción: los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica, familiar...). Un niño puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no es un niño hiperactivo.

Discrepancia: los síntomas son excesivos comparando con otros niños de la misma edad y cociente intelectual.

Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios de déficit de atención

1-A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

2-A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

3-A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

4-A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo.

5-A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.

6-A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.

7-A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.

8-A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

9-A menudo es descuidado en las actividades diarias.

Criterios de hiperactividad e impulsividad

1-A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.

2-A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

3-A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.

4-A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

5-A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.

6-A menudo habla excesivamente.

1-A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

2-A menudo tiene dificultades para guardar su turno.

3-A menudo interrumpe o estorba a otros

Comorbilidad

Aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados de TDAH presenta al menos un trastorno psiquiátrico comórbido.

Las cifras de comorbilidad varían según el tipo de muestra estudiada: poblacional frente a clínica, niños pequeños frente a adolescentes, inicio del tratamiento precoz frente a tardío y TDAH combinado frente a todos los subtipos (predominio inatento, predominio hiperactivo-impulsivo y combinado). La inclusión de pacientes que difieren en estas variables explica la disparidad en las prevalencias que observan distintos autores.

De todas formas, la mayoría de expertos coincide en que el 40-60% de los pacientes con TDAH presenta al menos un trastorno comórbido, aunque otros autores han observado una comorbilidad de hasta el 60-80%.

Ciertas características aumentan la probabilidad de que aparezca comorbilidad y éstas tienen que ver con el paciente (adolescente, edad avanzada al diagnóstico, bajo cociente intelectual, escaso nivel cultural y educativo, trastornos específicos del aprendizaje como trastorno en la lectoescritura y matemáticas), con el TDAH (subtipo combinado, inicio precoz, grave, de larga evolución, con agresividad) y con la presencia de antecedentes familiares (de TDAH, trastorno bipolar y depresión).

La comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad

La alta prevalencia de comorbilidad nos indica que si se diagnostica TDAH a un paciente y no se explora la presencia de otros trastornos psiquiátricos, posiblemente el niño permanezca con un diagnóstico y un tratamiento incompletos, con la alteración del funcionamiento que eso conlleva.

Los trastornos que con mayor frecuencia se asocian al TDAH son:

–Trastornos disruptivos (trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta).

–Trastornos de ansiedad.

–Trastornos del humor (trastorno depresivo y trastorno bipolar).

–Trastorno por tics / Síndrome de Gilles de al Tourette.

- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastornos generalizados del desarrollo y del espectro autista.
- Trastorno de aprendizaje.
- Trastornos del desarrollo de la coordinación.
- Retraso mental. Trastornos genéticos.

La presencia de comorbilidad en el TDAH se utiliza como un índice de gravedad de la psicopatología, ya que la alteración del funcionamiento suele ir aumentando con cada diagnóstico comórbido.

Trastornos disruptivos (trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta).

Los trastornos de conducta disruptiva (TCD) incluyen el trastorno de conducta, también llamado disocial (TC), el trastorno oposicionista (o negativista)-desafiante (TOD) y los TCD no especificados. Se han realizado numerosos estudios que han mostrado que existe una alteración cerebral subyacente, es decir, no se trata del resultado de unos malos hábitos educativos por la familia o la "sociedad". Entre el 40-60% de la población TDAH presenta un trastorno negativista desafiante y el 20-40% un trastorno de conducta disocial, es decir pacientes con alto riesgo de presentar conductas de abuso de sustancias, violencia y delincuencia, así como la presencia de un mayor número de embarazos en adolescentes.

Trastorno de conducta oposicionista-desafiante

El TOD es el trastorno comórbido más frecuente en el TDAH ya que se asocia en el 40% de los casos. Son niños que ya desde su etapa preescolar pueden presentar comportamientos negativistas hostiles y desafiantes durante periodos superiores a seis meses y en los que se producen:

- Crisis de rabietas.
- Discusiones frecuentes con adultos.
- Desafíos y rechazos a la autoridad del adulto.
- Actos voluntarios con el objetivo de molestar.
- Fáciles culpabilizaciones ajenas de sus errores o malos comportamientos.
- Actitudes coléricas y con fácil resentimientos.
- Actitudes rencorosas e incluso vengativas.

Son también niños fácilmente molestados por su grupo social que les pueden acabar rechazando, también pueden ser fácilmente responsables de actos de "bullying", es decir, actos de intimidación física o verbal.

El TDAH es, un factor de riesgo para presentar un TCD en el futuro, y los factores que aumentan este riesgo son: TDAH de inicio precoz y grave, o factores ambientales como alteración de las relaciones sociales, problemas familiares o tener padres hostiles. Sin embargo, el principal factor para que aparezca un TOD en el contexto de un TDAH es el retraso en la intervención psicosocial y farmacológica.

Hay también que destacar que el trastorno de conducta negativista desafiante severo y de inicio precoz es habitualmente el comienzo de un trastorno de conducta disocial en la adolescencia y de un trastorno de la personalidad antisocial en la vida adulta.

Trastorno de conducta disocial

Este trastorno que afecta aproximadamente a una cuarta parte de los pacientes TDAH es el trastorno comórbido con peor pronóstico. Son aquellos adolescentes que presentan conductas que violan los derechos básicos de las personas o bien las normas sociales importantes.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se han considerado los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. La prevalencia de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es del 5-18%. Los síntomas ansiosos repercuten de manera marcada en el rendimiento escolar y el funcionamiento social y familiar del niño, y se asocian a un aumento del riesgo de presentar un trastorno depresivo o ansioso en la edad adulta.

La mayoría de los niños con TDAH presenta algunos síntomas de ansiedad como miedo a dormir solos o a separarse de los padres, preocupación excesiva por la salud y el bienestar de su familia, molestias físicas cuando van al colegio, etc., que suelen estar relacionados con el fracaso escolar y las críticas recibidas de sus padres, amigos y profesores. Sin embargo, el 20-45% de los niños con TDAH cumple criterios diagnósticos de al menos un trastorno de ansiedad. Es decir, presenta un riesgo tres veces mayor que la población infantil sin TDAH. Los trastornos de ansiedad más frecuentes en el TDAH son el trastorno de ansiedad generalizada (alrededor del 45%) y el trastorno de ansiedad por separación (aproximadamente el 30%) y son más frecuentes en niñas y en el TDAH de predominio inatento.

Uno de los aspectos más distintivos del niño con TDAH y ansioso es que no suele ser hiperactivo y disruptivo y, en cambio, suele ser más lento e ineficiente que los que únicamente tienen TDAH.

Trastorno obsesivo compulsivo

Dentro de los trastornos de ansiedad destacamos el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). En niños y adolescentes con TOC, se ha comunicado una prevalencia de 25.5% para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Aquellos sujetos con TOC de inicio temprano y TDAH requieren mayor apoyo extracurricular en clases y presentan más obsesiones de tipo somático a diferencia de aquellos con TOC sin TDAH.

Al intentar aclarar si los síntomas de déficit de atención y facilidad para la distracción que presentan los niños y adolescentes que presentan TOC, son una comorbilidad clara con TDAH o son manifestaciones de ansiedad fóbica, se han realizado estudios que han confirmado la comorbilidad entre ambos trastornos. Esta comorbilidad no es benigna y ambos trastornos contribuyen a la disfunción mórbida y a tener que realizar un tratamiento intensivo de forma independiente para cada trastorno.

Trastornos del humor

Diversos estudios coinciden en señalar que alrededor del 30% de los niños con TDAH tienen asociado algún trastorno afectivo (depresión mayor, trastorno bipolar o distimia).

Trastorno depresivo

Aproximadamente un 5-10% de los menores de 19 años presenta, en algún momento, un trastorno depresivo como depresión mayor o distimia. Los síntomas típicos del niño con depresión son: apatía más que tristeza e irritabilidad. Además, también presenta alteraciones en el sueño, en el apetito, ideas de inutilidad, de culpa, de suicidio, y afectación del rendimiento académico y de las relaciones sociales.

Se estima que la prevalencia de depresión mayor en niños y adolescentes con TDAH está entre el 6 y el 38%, es decir, el diagnóstico de depresión es hasta cuatro veces más frecuente en niños y adolescentes con TDAH que sin él. La comorbilidad con trastornos depresivos, que es más frecuente en adolescentes, empeora el pronóstico del TDAH y estos pacientes suelen requerir más hospitalizaciones, presentar mayor número de síntomas que llegan a ser altamente incapacitantes y tienen mayor probabilidad de suicidio.

Trastorno bipolar

Se estima que la prevalencia de enfermedad bipolar en adolescentes es del 1,2%, similar a la de adultos, pero los estudios son escasos y en su gran mayoría referentes a población norteamericana.

El trastorno bipolar está infradiagnosticado, debido principalmente a las dificultades diagnósticas que conlleva, esto se debe en parte a que algunos síntomas son comunes a ambas patologías tales como: hiperactividad, impulsividad, inatención, distraibilidad, irritabilidad, problemas de sueño y capacidad de juicio disminuida, sin embargo, ciertas diferencias permiten atribuir los síntomas a una de las dos enfermedades: en el niño con enfermedad bipolar estos síntomas son más intensos y conllevan un mayor impacto en su calidad de vida, suelen tener un carácter episódico, con frecuencia se asocian a agresividad y, en ocasiones, a síntomas psicóticos (alucinaciones o ideas delirantes). Algunos autores afirman que hasta el 20% de los niños con TDAH presenta también enfermedad bipolar, lo que difiere en gran medida del 1% de prevalencia de enfermedad bipolar en población general. La asociación de estas dos patologías implica mayor cronicidad, mayor impacto sobre el funcionamiento diario y peor pronóstico ya que la respuesta al tratamiento es menor. La escala de Young para la manía se ha mostrado útil para diagnosticar el trastorno bipolar a niños con TDAH.

Trastorno por tics / Síndrome de Gilles de la Tourette.

Entre los trastornos de tics el más frecuente es el trastorno de tics crónicos motores y vocales. El trastorno de Tourette es un cuadro clínico grave que de acuerdo con la última definición del DSM IV TR, debe cumplir los criterios de:

1. Tics múltiples motores y uno o más tics vocales que se han presentado en algún momento, aunque no necesariamente de forma coincidente.
2. Los tics ocurren muchas veces al día (habitualmente en brotes), casi todos los días o, intermitentemente, a lo largo de un período superior a un año, y durante este intervalo no ha existido un período libre superior a tres meses consecutivos.
3. El inicio es antes de los 18 años.
4. El trastorno no se debe a los efectos de una sustancia o a una condición médica general.

Dentro de una familia con ST, los distintos miembros afectados muestren un espectro sintomático distinto, incluso con ausencia de tics, por ejemplo, puede darse la circunstancia de diagnosticar TDAH en un niño, que tenga o no asociado algún tic, o historia de tics, y que, además, uno de los padres tenga una historia típica de ST o una sintomatología típica de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y otros miembros de la familia tengan tics, hiperactividad, síntomas obsesivos o trastornos del aprendizaje. Esto nos presenta al ST como un espectro sintomático en el que se presentan, en distintas combinaciones y medidas, las citadas manifestaciones, aunque con una expresión predominante de tics motores y tics vocales, crónicos y variables, por lo menos en algún miembro de la familia. En ocasiones, los tics hacen su aparición por primera vez después de la administración de metilfenidato en un niño con TDAH.

Estudios recientes, basados en los criterios del DSM IV, han precisado una prevalencia del 3% en la población infantil. Hasta la actualidad no se ha podido esclarecer de forma concluyente si el ST favorece el desarrollo de TDAH, o bien ambos síndromes tienen un componente genético compartido, la misma consideración se puede hacer con respecto a la comorbilidad entre ST y TOC.

Casi la mitad (48%) de los pacientes con un trastorno de tics presenta TDAH, y en muestras clínicas se ha observado que el 12% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno de tics. Ambos trastornos evolucionan de manera independiente y no afectan al curso clínico del otro.

Trastornos generalizados del desarrollo y del espectro autista

Los trastornos generalizados del desarrollo, en sus formas más leves, con inteligencia normal, pueden ser muy difíciles de separar del TDAH.

Los síntomas del TDAH que se aproximan al autismo son:

- Estereotipias motoras
- Preocupación por ciertos temas, objetos o partes de objetos
- Trastorno del lenguaje
- Alteraciones en la pronunciación
- Pobre comunicación no verbal
- Problemas de interacción social
- Ingenuidad

Las estereotipias de los niños hiperactivos que más se aproximan a las propias del autismo son aleteo de manos, picar con los dedos, balanceo de la cabeza y repetición monótona de sonidos. Los niños con TDAH pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios. Los problemas de lenguaje, muy frecuentes en el TDAH, y en ocasiones el primer motivo de consulta por parte de los padres, ocasionan que se puedan adquirir algunas de las características propias del autismo: ecolalias, pobre capacidad expresiva y deficiente comprensión verbal. Los problemas semánticos, unidos a una pobre habilidad para entender el contexto social, pueden aproximarse a un trastorno semántico-pragmático del lenguaje. Tampoco resulta excepcional que el lenguaje se afecte prosódicamente o en la modulación del volumen expresivo. Otras veces, el niño con TDAH, en su forma disatencional, en lugar de ser extremadamente charlatán, es sumamente callado y se aproxima al mutismo selectivo, a su vez también relacionado con el autismo. Igualmente, la comunicación derivada de la gesticulación no verbal puede ser muy limitada o inapropiada. Un problema en algunos niños con TDAH es su falta de habilidad para la interacción social,

ello puede estar motivado tanto por una cierta ingenuidad como por una carencia de empatía.

Todas estas apreciaciones han conducido a la propuesta de que posiblemente exista un continuo entre el autismo con Retraso Mental grave, el Autismo clásico de Kanner y el TDAH.

Trastorno de aprendizaje

El déficit de atención es responsable “per se” de dificultades de aprendizaje ya desde el final de la etapa preescolar, pero es también frecuente encontrar niños, con los que sus profesores no consiguen la forma de avanzar en el aprendizaje de alguna de las técnicas instrumentales escolares (leer, escribir y calcular). Según diversos estudios el porcentaje de niños y adolescentes TDAH que presenta trastorno del aprendizaje alcanza el 60%.

Los trastornos de aprendizaje comórbidos más frecuentes son los trastornos de la lectura, de la escritura y del cálculo, también denominados dislexia, disgrafía y discalculia.

Los trastornos de la comunicación, también denominados trastornos específicos del lenguaje (TEL), se conectan estrechamente tanto con la dislexia como con el TDAH. La conexión entre la dislexia y el TEL parte del déficit fonológico propio de ambos trastornos. Una parte de los niños con TDAH muestran, como primer síntoma, dificultades fonológicas, retraso en el lenguaje o ambos problemas. Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura. El TDAH se presenta en un 33% de los niños disléxicos y entre los niños con TDAH, del 8 al 39% muestran dislexia.

Trastornos del desarrollo de la coordinación (TDC)

El TDC se define en el DSM IV como una marcada alteración en el desarrollo de la coordinación motora, que interfiere significativamente con el aprendizaje escolar o las actividades de la vida diaria y que no se debe a una enfermedad médica general. En la década de los 60 se propuso el término disfunción cerebral mínima, que incluía lo que hoy en día se considera TDAH, junto a trastornos del aprendizaje y manifestaciones motoras del tipo de las que se engloban en el TDC, esto ya nos orienta respecto a la relación existente entre la disfunción motora y el TDAH. En niños con TDAH, la comorbilidad con TDC aparece en un 47%. Los problemas que se han detectado significativamente más frecuentes en el grupo TDAH/TDC, con respecto al grupo TDAH, son: personalidad antisocial, abuso de alcohol, delincuencia, dislexia y bajo nivel educacional.

Retraso mental (RM). Trastornos genéticos

Existe un conjunto de trastornos genéticos que comparten las condiciones de tener RM y un fenotipo conductual propio para cada uno de ellos. Los más comunes son el síndrome X frágil, el síndrome de Angelman, el síndrome de Williams, el síndrome velocardio facial y el síndrome de Prader-Willi. Además, deben incluirse en este grupo, por su elevada frecuencia, el síndrome alcohólico fetal y los efectos fetales del alcohol.

Aunque todos estos grupos de pacientes difieren notablemente, tanto en aspectos conductuales como físicos, en todos ellos puede existir un TDAH, por ello, es preciso tener en mente a este grupo de pacientes. Aunque no es una

práctica rentable, desde el punto de vista diagnóstico, solicitar estudios genéticos de forma indiscriminada a los niños con TDAH, sí que se recomienda tener un elevado índice de sospecha y tratar de identificar alguno de los fenotipos conductuales propios de estas enfermedades.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Motivo de ingreso

Paciente de 11 años remitido desde su Centro de Salud Mental Infanto Juvenil, para su ingreso hospitalario, con el fin de realizar una reevaluación diagnóstica y terapéutica, ante el empeoramiento de su comportamiento, tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

Antecedentes personales

Médicos: No alergias medicamentosas conocidas. Intervenido quirúrgicamente de una hernia testicular a los tres años y medio.

Psiquiátricos:

En 2002, con 4 años y medio, es valorado por el Neuropediatra, por hiperactividad, dificultades en el lenguaje, tics... se realizó estudio genético (cariotipo: 46 XY: normal y fragilidad del cromosoma X:negativo) y se concluyó que presentaba un TDAH, se inicia tratamiento con Metilfenidato de liberación inmediata obteniendo una respuesta parcial.

En 2003, con 5 años y medio, es valorado por psiquiatra privado, entre las pruebas que se realizan destaca la escala McCarthy de inteligencia en la que obtiene un ICG de 109, que se corresponde con un nivel medio, refieren que el paciente presenta rasgos de TDAH y síntomas de trastorno afectivo tipo depresivo. Posteriormente ese mismo año es valorado en su Centro de Salud Mental donde concluyen que presenta un Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

En 2004 inicia tratamiento intensivo en el Hospital de día y Centro educativo terapéutico hasta septiembre de 2006, entre las pruebas realizadas se valora capacidad cognitiva mediante test de Weschler obteniendo un CIT: 84 (nivel medio-bajo), con CI Verbal de 86 y CI Manipulativo de 88. Se le diagnosticó de TDAH y se inició tratamiento con Metilfenidato de liberación prolongada (Concerta® 18mg/d).

En la actualidad en tratamiento y seguimiento en su Centro de Salud Mental Infanto Juvenil con el diagnóstico de: "Patología límite con preponderancia de los trastornos de personalidad. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite". Recibe tratamiento psicoterápico y psicofarmacológico con Valproico (Depakine® 500mg/d) y Fluoxetina (Prozac® 20mg/d). Antes de este tratamiento, ha recibido tratamiento farmacológico con risperidona que hubo que retirar por efectos secundarios, escitalopram y otros tratamientos que no fueron efectivos.

Antecedentes familiares

Médicos: sin interés.

Psiquiátricos: abuela materna con síndrome depresivo. Madre depresión posparto y síndrome depresivo desde los 23 años.

Estructura familiar

El paciente es el mayor de dos hermanos, se lleva con su hermana 6 años. Su padre trabaja en la construcción y su madre trabaja como administrativo. Los padres están separados desde hace 1 año. Hasta hace 1 mes, el paciente y su hermana han estado viviendo con su madre y su pareja actual. Actualmente ante los comportamientos disruptivos y continuos conflictos con su hermana, los padres deciden que conviva con el padre y abuela paterna y la madre con la hermana, manteniéndose el contacto.

Historia evolutiva

Embarazo sin complicaciones. Parto a término a la 38ª semana de gestación, vaginal y eutócico. Peso al nacer: 3.200kg. Talla al nacer: 52cm. Pruebas metabólicas normales. No patología neo ni perinatal. Lactancia materna unos días "por tener implantes en el pecho" y coincidir con "un periodo de bajo estado de ánimo" por lo que estuvo al cuidado de la abuela materna los 3 primeros meses de vida. Buena tolerancia a la introducción de alimentos, sabores y texturas. Muchas dificultades para conciliar el sueño hasta los 2-3 años, lloraba mucho, le daba miedo la oscuridad y tenía pesadillas. A partir de los 3 años se regularizó el ritmo del sueño. Inicia el control de esfínteres a los 24 meses. Deambulación a los 11 meses. Inicio del lenguaje a partir de los 3 años. Los padres lo describen como un niño triste, inseguro, con dificultades para hacer amigos y con baja autoestima, también destacan "su buen corazón". No fue a la guardería e inicia Educación Infantil, destacando su inquietud, sufriendo varias caídas accidentales y dificultades para atender. En 2003 fue valorado por el Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo, concluyendo que presentaba un TDAH más que un Trastorno Generalizado del Desarrollo. Repitió 2º recibiendo apoyos escolares por el psicopedagogo. Los padres refieren bajo rendimiento escolar y escasa motivación. En el momento actual cursa 5º y sigue teniendo apoyos específicos.

Enfermedad actual

Los padres refieren que desde los 3 años al inicio de la escolarización, tenía muchas dificultades para estarse quieto, mantener la atención y que era muy impulsivo. A los 5 años y coincidiendo con el nacimiento de su hermana, se mostró más nervioso, rechazando abiertamente a su hermana (algo que sigue presente) y empeorando más su comportamiento "mentiroso y desobediente". Los padres señalan un empeoramiento desde hace un año coincidiendo con la separación matrimonial, además desde hace unos 6-7 meses ha comenzado a realizar determinadas conductas repetitivas y sin sentido (rituales): lavarse las manos hasta 20-30 veces al día, tocar el interruptor de la luz unas 5 veces y de una forma determinada, tocarse los genitales olerse las manos posteriormente, colocar sus juguetes de una forma determinada... Desde que ha comenzado este curso, su comportamiento ha empeorado, no acepta normas ni límites, es muy difícil que haga los deberes, en el colegio llora porque no tiene amigos, se muestra agresivo con los profesores y compañeros, interrumpe el ritmo de la clase porque se pone a cantar, gritar, reirse o se levanta de su silla. También presenta conductas disruptivas en el centro escolar como: bajarse los pantalones y mostrar sus genitales, orinar en lugares inapropiados (lavabo, duchas...)

Exploración

Física: Peso: 35kg (P50). Talla: 1.38m (P25). IMC:18.4 .TA:98/63 mmHg. FC: 71 lpm. Tª:36. ° C.

Psicopatológica: Consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Atento y colaborador. Lenguaje fluido y coherente. Tendencia evitar la mirada al principio de la entrevista. Estado de ánimo hipotímico y baja autoestima. No refiere ideación autolítica. Alteraciones del contenido del pensamiento en forma de ideas obsesivas escasamente elaboradas relacionadas con el sexo y con la limpieza. Actos compulsivos (rituales): tocarse los genitales y olerse las manos, orinar con mucha frecuencia, lavado de manos, encender y apagar las luces. No otras alteraciones en el curso ni contenido del pensamiento de tipo delirante. No alteraciones en la sensorio-percepción. Inquietud psicomotriz manifiesta. No alteraciones del sueño. No alteraciones del apetito con tendencia a la hiporexia en las últimas semanas pero sin pérdida ponderal. Escasa tolerancia a la frustración, dificultades para aceptar las normas y límites. No autoagresividad. Presencia de heteroagresividad verbal y física hacia el adulto e iguales, sobre todo en el contexto escolar. Conciencia parcial de enfermedad.

Pruebas complementarias

- *Analítica:* bioquímica general, hemograma, coagulación, metabolismo lipídico, perfil tiroideo y prolactina sin alteraciones.
- *Sedimento de orina:* sin alteraciones.
- *EEG:* dentro de límites normales.
- *RMN Cerebral:* sin alteraciones.
- *Interconsulta a pediatría:* normalidad en la exploración física general.
- *Interconsulta a cardiología:* realizando exploración y ECG donde se objetiva un ritmo sinusal a 65 lpm y sin alteraciones de la repolarización.
- *Pruebas psicológicas:* CDI (puntuación de 37, puntuación por encima del punto de corte 19), Escala de Rosenberg (23 puntos, que se corresponde con autoestima media); STAIC (subescala de Estado: 38 puntos que se corresponde con un percentil 90; subescala Rasgo: 40 que se corresponde con un percentil 80); SCL 90-R: obtiene puntuaciones elevadas en todos los ítems; test de Maudsley para obsesiones y compulsiones: obtiene una puntuación total de 12 sobre 30, en comprobación obtiene 4 puntos de 9, en lavado obtiene 2 puntos sobre 11, en lentitud-repetición obtiene 2 puntos sobre 7 y en Duda-conciencia obtiene 5 puntos sobre 7. Según el autoinforme del comportamiento de Jóvenes de 11-18 años (YSR/11-18) obtiene puntuaciones patológicas en todos los ítems (“problemas afectivos”, “problemas de ansiedad”, “problemas somáticos”, “problemas de hiperactividad y déficit de atención”, “problemas opositoristas desafiantes” y “problemas de conducta”).
- *Pruebas psicológicas a los padres:* cuestionario de comportamiento de Achenbach (CBCL/6-18): tanto el padre como la madre coinciden en los resultados, obteniendo valores patológicos en: “Ansiedad-depresión”, “Aislamiento-depresión”, “problemas sociales”, “problemas de pensamiento”, “Problemas de atención”, conducta anormal y “conducta agresiva”.

Tratamiento

Durante el ingreso se procede a la observación y registro de comportamientos y rituales, a la vez que se suspende el tratamiento farmacológico los tres primeros días. Se aplica el programa de contención y control de conductas: mediante sistema de refuerzos y modelado. Se procede a instaurar tratamiento psicofarmacológico con Clomipramina (Anafranil®25mg) 1 comprimido cada 8 horas, además de Atomoxetina (Strattera®40mg) 1 comprimido cada 24 horas.

Evolución

Permanece acompañado por sus padres los dos primeros días, posteriormente recibe visitas. Excepto el primer día del ingreso, que mostró casi todos sus rituales, el resto de días de su hospitalización tan sólo persistía la necesidad de ir al baño para orinar y lavarse las manos, aunque la frecuencia se fue reduciendo a medida que se iba ajustando la dosis farmacológica de Clomipramina y se seguía el sistema conductual de control y reducción del tiempo y frecuencia de dicho ritual.

Se adapta sin dificultades a las actividades de la sala y a su rutina, aceptando las normas sin oponerse ni presentar conductas heteroagresivas.

Destaca su grado de inquietud, con muchas dificultades para permanecer en su habitación, tendía a distraerse con facilidad.

Acude al colegio del hospital donde es capaz de centrarse y trabajar de forma satisfactoria y respondiendo a los refuerzos positivos.

Poco a poco se reducen los rituales del WC al igual que no vuelven a aparecer los rituales del primer día, no presenta problemas de interacción ni con el personal sanitario ni con el resto de pacientes.

Juicio clínico

Se diagnostica al paciente de Trastorno Obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos), Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y Trastorno oposicionista desafiante.

CONCLUSIONES

Este trabajo es una revisión sobre las distintas comorbilidades relacionadas con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) apoyándonos en un caso clínico.

El TDAH "puro" es algo muy infrecuente, estimándose la comorbilidad en más de 60%, por lo que es de gran importancia tenerlo en cuenta tanto para el tratamiento farmacológico, como para la intervención psicológica y psicosocial.

La forma más simple de entender la comorbilidad sería referirse a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos, pero se requieren dos condiciones para definirla con más rigor. En primer lugar, que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada proceso comórbido, como por ejemplo nuestro paciente con TDAH, TOC y TOD, se necesitan tener en cuenta todos los procesos para proponer un tratamiento farmacológico y psicológico y para comprender al paciente en su globalidad. La segunda característica para aceptar que dos procesos son comórbidos, es la condición de que la frecuencia con la que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general.

De todas formas, al menos en parte, la comorbilidad no deja de ser un artefacto conceptual derivado de la forma arbitraria en la que se han definido los trastornos mentales en el DSM IV. Otra cuestión importante para entender el problema de la comorbilidad es que tanto el TDAH como la mayoría de los trastornos a los que se asocia no son entidades discretas, sino que se trata de dimensiones conductuales que se distribuyen según un modelo continuo, el trastorno no representa otra cosa que el extremo de dicho continuo. Por ejemplo, pensemos que cualquiera de las manifestaciones del TDAH puede presentarse en cualquier individuo en mayor o menor grado, por ello, el DSM IV aporta como condición necesaria para diagnosticar el trastorno que las manifestaciones lleguen a causar un deterioro en la actividad escolar, social o laboral del individuo, con ello, podemos llegar a la conclusión de que dos niños idénticos, se diagnosticarían o no de TDAH en función del lugar en el que vivan, por ejemplo. También ocurre, en ocasiones, que los límites entre dos trastornos distintos pueden ser muy difíciles de establecer. Por ejemplo, en caso de un niño con TDAH preferentemente disatencional, con pocas habilidades sociales, con torpeza motora, con problemas pragmáticos del lenguaje y con ciertos rasgos obsesivos, puede ser muy difícil, y quizás terapéuticamente irrelevante, distinguir si se trata de un TDAH o un síndrome de Asperger leve. Debemos tener en cuenta estas consideraciones e integrarlas en nuestro pensamiento clínico, para entender la comorbilidad de forma lo más aproximada a la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Díez Suárez, A. Figueroa Quintana, C. Soutullo Esperón. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 4:S135-55
2. Joaquín Díaz Atienza. Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 2006; 6(1): 44-55
3. Ernesto Reyes Zamorano, Josefina Ricardo Garcell, Lino Palacios Cruz, Elvia Serra Toca, Gabriela Galindo y Villa Molina, Francisco de la Peña Olvera. Potenciales relacionados con eventos y comorbilidad en un grupo de adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Salud Mental* 2008; 31:213-220.
4. J. Artigas-Pallarés. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *REV NEUROL* 2003; 36 (Supl 1): S68-S78
5. Jordi Sasot Llevadot. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Comorbilidad (Trastornos asociados) Fundación Adana. Problemas asociados al TDAH. II jornada.
6. A.P.A. (American Psychiatric Association) DSM-IV-TR. Breviario. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 1ª ed. 2002. Elsevier-Masson.
7. José Antonio López-Villalobos, Isabel Serrano Pintado y Juan Delgado Sánchez-Mateos. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 2004. Vol. 16, nº 3, pp. 402-407 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG www.psicothema.com Copyright © 2004 Psicothema
8. Rasim Somer Diler, MD, W. Burleson Daviss, MD, Adriana Lopez, MScBSc, David Axelson, MD, Satish Iyengar, PhD, and Boris Birmaher, MD. Differentiating Major Depressive Disorder in Youths with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Affect Disord*. 2007 September; 102(1-3): 125-130
9. J Biederman, M C Monuteaux, E Kendrick, K L Klein, S V Faraone. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Arch Dis Child* 2005;90:1010-1015. doi: 10.1136/adc.2004.056937
10. Josephine Elia, Paul Ambrosini and Wade Berretti. ADHD characteristics: I. Concurrent comorbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008, 2:15 doi: 10.1186/1753-2000-2-15