



LO QUE SABEMOS

El TDA/H y los trastornos coexistentes

Tanto como dos terceras partes de los niños con el TDA/H tienen por lo menos otro trastorno mayor.¹ El movimiento constante y la inquietud, el interrumpir y responder abruptamente, la dificultad para

esperar en filas o permanecer sentado en los restaurantes y la necesidad de recordatorios constantes pueden opacar la presencia de estos otros trastornos. Pero así como el TDA/H sin tratar puede dejar cicatrices duraderas, así también otros trastornos no tratados pueden causar sufrimiento en los individuos con el TDA/H y sus familias. Cualquier trastorno puede coexistir con el TDA/H, pero ciertos trastornos parecen presentarse más comúnmente con el TDA/H.

¿CÓMO SE IDENTIFICAN ESTAS CONDICIONES COEXISTENTES?

Ante todo, la precisión diagnóstica es esencial para cualquier persona que se sospecha tiene el TDA/H. Actualmente, las personas no pueden ser examinadas con pruebas de lápiz y papel o de sangre para probar que tienen el TDA/H (u otros trastornos psiquiátricos). En su lugar, una evaluación cuidadosa por un médico adiestrado o un profesional de la salud mental es la forma más apropiada para determinar si una persona tiene uno o más trastornos. Estas evaluaciones requieren tiempo y esfuerzo, e incluyen muchas preguntas de cernimiento acerca de diversos trastornos, al igual que preguntas acerca del funcionamiento de la persona en el hogar, con otros y en la escuela o el trabajo. Los padres y los maestros usualmente son

efectivos al describir conductas observadas, mientras que el paciente es usualmente más efectivo al explicar sus sentimientos internos, tales como tristeza o preocupación. Por esta razón, el clínico regularmente entrevista tanto al paciente como a los miembros de la familia. Es útil visualizar estas evaluaciones como un proceso continuo. Un diagnóstico cuidadoso que periódicamente se reevalúa mejora la detección y el tratamiento de otras condiciones coexistentes en la medida que éstas surgen o afectan negativamente al paciente.

¿CUÁLES SON LAS CONDICIONES QUE MÁS COMÚNMENTE COEXISTEN CON EL TDA/H?

El TDA/H puede coexistir con uno o más trastornos. Los trastornos más comunes que ocurren con el TDA/H son (1) Trastornos de Conducta Perturbadora; (2) Trastornos del Estado de Ánimo; (3) Trastornos de Ansiedad; (4) Tics y Síndrome de Tourette; y (5) Inhabilidades Específicas en el Aprendizaje.

TRASTORNOS DE CONDUCTA PERTURBADORA (TRASTORNO OPOSICIONAL DESAFIANTE Y TRASTORNO DE CONDUCTA)

Alrededor del 40 por ciento de los individuos con el TDA/H tiene el trastorno oposicional desafiante (TOD). Entre los individuos con el TDA/H, el trastorno de conducta (TC) es también común, ocurriendo en el 25 por ciento de los niños, en el 45-50 por ciento de los adolescentes y en el 20-25 por ciento de los adultos. El TOD envuelve un patrón de discusiones con diversos adultos, la pérdida del control, el rehusarse a seguir las reglas, el culpar a otros, el molestar a otros deliberadamente y el mostrarse molesto, resentido, rencoroso y vengativo.

El TC está asociado con intentos de romper las reglas sin ser atrapado. Tales niños pueden ser agresivos hacia personas o animales, destruir propiedad, mentir o robar cosas de otros, fugarse del hogar, ausentarse de la escuela sin permiso o violar las reglas de hora de llegada al hogar. El TC es a menudo descrito como delincuencia, y los niños que tienen el TDA/H y el trastorno de conducta pueden tener vidas más difíciles que aquellos niños con el TDA/H únicamente. Académicamente, los estudiantes que tienen tanto el TDA/H como el TC tienen el doble de la probabilidad de tener dificultades

en la lectura que los niños con el TDA/H. Los niños que presentan tanto el TDA/H como el TC, a diferencia de otros niños con el TDA/H solamente, están en mayor riesgo de problemas sociales y emocionales. Los estudios ahora sugieren que la presencia conjunta del TDA/H y el TC puede ser un subtipo particular del TDA/H, ya que, a menudo, muchos miembros de la familia presentan conjuntamente ambos trastornos.

El tratamiento de la persona con el TDA/H y el TOD/TC requiere de esfuerzos para desalentar las conductas delictivas, a fin de que la persona seleccione cada vez más conductas prosociales. El TOD y el TC usualmente

Los trastornos más comunes

que ocurren con el TDA/H son

(1) Trastornos de Conducta

Perturbadora; (2) Trastornos del

Estado de Ánimo; (3) Trastornos

de Ansiedad; (4) Tics y Síndrome

de Tourette; y (5) Inhabilidades

Específicas en el Aprendizaje.

requieren de una estructura fuerte y clara acompañada de reforzamiento de las conductas apropiadas, al igual que de un plan de manejo de la conducta positiva para extinguir las conductas antisociales.

La medicación sigue siendo importante. La investigación ha mostrado que los estudiantes con el TDA/H y el TC que son tratados con medicinas estimulantes no sólo son más atentos, sino también menos agresivos y antisociales. Además, las combinaciones de medicamentos, tales como un psicoestimulante con un antidepresivo, parecen ser muy efectivas para estos pacientes.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Algunos niños, además de ser hiperactivos, impulsivos o inatentos, también parecen estar siempre en un estado de ánimo negativo. Pueden llorar diariamente de forma inesperada y sin ninguna razón, y pueden estar frecuentemente irritables con otros sin razón aparente.

Tanto el estado de ánimo triste y deprimido, como el estado de ánimo persistentemente elevado o irritable (manía) ocurren con el TDA/H más de lo que se podría esperar al azar.

DEPRESIÓN

Los estudios más cuidadosos sugieren que entre el 10-30 por ciento de los niños con el TDA/H, y el 47 por ciento de los adultos con el TDA/H, tienen también depresión. Típicamente, el TDA/H ocurre primero y la depresión ocurre más tarde. Tanto los factores ambientales como los factores genéticos pueden contribuir.

En lo que concierne al ambiente, a medida que los niños con el TDA/H aumentan en edad, pueden sentirse excluidos. Muy a menudo no son incluidos en las listas para fiestas de cumpleaños, días de juego y actividades que incluyen quedarse a dormir en el hogar de otro niño. Puede ser que estos niños no sean invitados a jugar en los hogares de otros niños debido a dificultades relacionadas con accidentes ocurridos en el pasado o que no sean seleccionados para estar en equipos deportivos o participar en juegos. Esto conduce a un daño serio a la autoestima del niño. A medida que estos episodios se acumulan, el niño con el TDA/H puede desalentarse, y aproximadamente uno de cada cuatro puede llegar a deprimirse clínicamente. A pesar de que todos los niños tienen días malos en los que se sienten desanimados, los niños deprimidos pueden estar desanimados o irritables la mayoría de los días. Los niños con el TDA/H y depresión también pueden retraerse de los demás, dejar de hacer las cosas que una vez disfrutaban, tener problemas para dormir o pasar el día durmiendo, perder su apetito, criticarse a sí mismos excesivamente (“¡Yo nunca hago nada bien!”), y hablar acerca de morir (“Yo quisiera estar muerto”). Afortunadamente, el TDA/H por sí mismo no está asociado con un aumento en el riesgo de conducta suicida. Estudios actuales sugieren que tanto el TDA/H como la depresión pueden compartir un lazo genético subyacente, ya que las familias con el TDA/H también parecen tener más miembros con depresión de lo que podría esperarse por el azar.

El tratamiento de los niños con el TDA/H y la depresión conlleva el minimizar los traumas ambientales y el uso de diferentes regímenes de medicación. Para minimizar la dificultad del niño con el TDA/H al jugar con otros, los padres y los maestros pueden organizar experiencias de juego en un grupo pequeño (a veces sólo dos personas). Además, es vital que los padres

supervisen el escenario escolar. Aun los niños que tienen planes educativos preparados cuidadosamente pueden continuar abriéndose paso con dificultad si el plan es inadecuado. Varios estudios han demostrado que ciertos medicamentos antidepresivos mejoran el TDA/H solo, o acompañado de depresión. El antidepresivo desipramina (Norpramin) ha mejorado tanto el TDA/H como el TDA/H y la depresión. Los investigadores también han encontrado que los estimulantes (tales como Ritalin) pueden ser combinados de forma segura con antidepresivos tales como fluoxetina (Prozac) — estos niños no sólo se sienten mejor, sino que también funcionan mejor en la escuela. Se ha encontrado que los antidepresivos más nuevos, tales como el bupropion (Wellbutrin) y la venlafaxina (Effexor), son efectivos en algunos individuos con el TDA/H únicamente y que también pueden beneficiar a aquellos individuos tanto con el TDA/H como con depresión.

MANÍA/TRASTORNO BIPOLAR

Hasta el 20 por ciento de los individuos con el TDA/H también pueden manifestar un trastorno bipolar. Esta condición envuelve periodos de un estado de ánimo anormalmente elevado en contraste con episodios de depresión clínica. Los adultos con manía pueden tener episodios prolongados (días a semanas) de estar absurdamente felices, y de hasta creer que tienen poderes especiales o que reciben mensajes de Dios, de la radio o de celebridades. Con este estado de ánimo expansivo, ellos también pueden hablar de manera incesante y rápida, pasar días sin dormir e involucrarse en tareas que finalmente los meten en problemas. Mientras están en un estado maniaco, pueden hacer compras excesivas, lo que les lleva a endeudarse, se tornan hipersexuales o se ponen en contacto con personas a todas horas durante la noche.

En la gente más joven, la manía puede mostrarse de manera diferente. Los niños pueden tener estados de ánimo que cambian muy rápidamente, sin razón aparente, estar persistentemente irritables, exhibir agresividad no premeditada y, en ocasiones, escuchar voces o ver cosas que el resto de las personas no escuchan ni ven. El TDA/H es mucho más común que la manía y, mientras muchos niños con manía pueden presentar primero los síntomas del TDA/H, muy pocos niños con el TDA/H desarrollarán manía. La combinación del TDA/H y la manía a menudo conduce a dificultades severas en el funcionamiento. El traslapeo de la manía y el TDA/H está estudiándose activamente.

A medida que se dé seguimiento a través del tiempo a los pacientes con el TDA/H y manía, se hará más claro cómo se manifiestan sus síntomas en la adultez.

Desde el punto de vista del tratamiento, el estado de ánimo debe estabilizarse con medicamentos antes de que el tratamiento del TDA/H pueda ser exitoso. Actualmente, los pacientes con el TDA/H y manía son tratados con estabilizadores del estado de ánimo, tales como litio, valproato (Depakote) o carbamazapina (Tegretol). Debido a que estos medicamentos usualmente no mejoran los síntomas del TDA/H, se añaden los estimulantes o los antidepresivos para mejorar los síntomas del TDA/H.

ANSIEDAD

Hasta el 30 por ciento de los niños y el 20-40 por ciento de los adultos con el TDA/H también va a tener un trastorno de ansiedad. A menudo, los trastornos de ansiedad no son evidentes. La investigación ha mostrado que la mitad de los niños que presentan síntomas prominentes de ansiedad no son descritos como ansiosos por sus padres. Tal como ocurre con la depresión,

**Los individuos con el TDA/H
frecuentemente tienen dificultades
para aprender en la escuela...hasta
un 50 por ciento de los niños con
el TDA/H tiene un trastorno del
aprendizaje coexistente.**

puede ser que los sentimientos internos del niño no sean evidentes para los padres y para los maestros. Los pacientes con trastornos de ansiedad a menudo se preocupan excesivamente acerca de una cantidad de cosas (escuela, trabajo, etc.) y pueden sentirse nerviosos, estresados o cansados, tensos y tener problemas para alcanzar el descanso durante el sueño. Un número pequeño de pacientes puede informar episodios breves de ansiedad severa (ataques de pánico), los cuales se intensifican a los 10 minutos con quejas de latidos fuertes del corazón, sudoración, temblor, asfixia, dificultad para respirar, náusea o dolor estomacal, mareos y temores

de volverse loco o de morir. Estos episodios pueden ocurrir sin razón aparente y en ocasiones despiertan a los pacientes. Los estudiantes con el TDA/H y ansiedad informan más problemas escolares, familiares, sociales y con los compañeros que los estudiantes que sólo tienen el TDA/H. Los estudiantes con el TDA/H acompañado de ansiedad tienen menos probabilidad de manifestarse como hiperactivos y perturbadores, pero en su lugar parecen más lentos o ineficientes. Hasta ahora, la investigación genética sugiere que el TDA/H y la ansiedad son trastornos separados, heredados independientemente uno de otro.

El tratamiento del TDA/H y la ansiedad requiere el prestarle atención a los factores precipitantes y el adiestramiento en los métodos para el manejo de las circunstancias que provocan el temor. Las técnicas de relajación y las formas alternas de pensar durante las situaciones estresantes pueden ser de ayuda. El TDA/H y la ansiedad parecen responder menos a los tratamientos de medicación convencionales para el TDA/H. Específicamente, los niños con el TDA/H y ansiedad sólo mostraron un 30 por ciento de respuesta efectiva al metilfenidato (Ritalin), versus un 70-80 por ciento de respuesta efectiva observado en los niños con el TDA/H únicamente. Más aún, al menos un estudio ha demostrado que los niños con el TDA/H y ansiedad son más sensibles a los efectos secundarios negativos de los medicamentos estimulantes. En consecuencia, puede ser necesario el uso de regímenes alternos de medicación. Los antidepresivos tricíclicos (p. ej. desipramina [Norpramin], nortriptilina [Pamelor], imipramina [Tofranil]), las benzodiazepinas (lorazepam [Ativan], clonazepam [Klonopin], alprazolam [Xanax], etc.) y más recientemente la buspirona (Buspar) pueden beneficiar a estos pacientes.

TICS Y SÍNDROME DE TOURETTE

Sólo alrededor del 7 por ciento de aquellos con el TDA/H tienen tics o el Síndrome de Tourette, pero el 60 por ciento de aquellos con el Síndrome de Tourette tienen TDA/H. Los tics (movimientos o vocalizaciones repentinas, rápidas, recurrentes y no rítmicas) o el síndrome de Tourette (tanto movimientos como vocalizaciones) pueden ocurrir con el TDA/H de dos maneras. Primero, los manierismos o movimientos tales como parpadeo de los ojos o aclarar la garganta de manera excesiva ocurren a menudo entre las edades de 10-12 años. Cuando los niños están nerviosos o cansados, estos tics pueden empeorar o aparecer de

forma más llamativa. Estos tics transitorios usualmente desaparecen gradualmente luego de uno a dos años, y tienen tanta probabilidad de presentarse en niños con el TDA/H como en otros niños. El síndrome de Tourette es mucho más raro, pero constituye un trastorno de tic más severo, en el cual los pacientes pueden hacer ruidos (p.ej., gritar una palabra o un sonido) y movimientos (p.ej., parpadeo de los ojos de forma repetitiva) casi diariamente, durante años. A menudo, el síndrome de Tourette incluye el TDA/H, pero lo opuesto no es cierto.

Los tics también pueden tornarse más notables cuando los pacientes son tratados con estimulantes o - mucho menos probable - con bupropion. A pesar de que estas medicinas ya no parecen causar los tics, ellas pueden desenmascararlos o exagerarlos. Por consiguiente, bajar las dosis puede algunas veces disminuir los tics. Otros medicamentos tales como la nortriptilina (Pamelor o Aventyl), la clonidina (Catapres) o la guanfacina (Tenex) se pueden usar para disminuir los tics mientras se trata el TDA/H.

INHABILIDADES ESPECÍFICAS EN EL APRENDIZAJE

Los individuos con el TDA/H frecuentemente tienen dificultades para aprender en la escuela. Dependiendo de cómo se definan los trastornos del aprendizaje, hasta un 50 por ciento de los niños con el TDA/H tiene un trastorno del aprendizaje coexistente. Las personas con inhabilidades en el aprendizaje pueden tener un problema específico en la lectura y el cálculo, pero no son menos inteligentes que sus compañeros de la misma edad. La investigación indica que los estudiantes que presentan tanto el TDA/H como un trastorno en la lectura (dislexia) no son más ansiosos, hiperactivos o agresivos que los estudiantes con el TDA/H únicamente. Sin embargo, el trastorno en el aprendizaje sí impacta el desempeño escolar, lo cual a la vez impacta la familia y las relaciones con los compañeros.

El tratamiento requiere atención cuidadosa de las fortalezas y debilidades únicas del estudiante. Si las dificultades académicas ocurren a pesar de un tratamiento beneficioso (con intervenciones psicosociales y medicación), entonces es necesario conseguir una evaluación educativa que examine las inhabilidades específicas en el aprendizaje. Usualmente esto requiere que los miembros de la familia se pongan en contacto con el director de la escuela, la maestra o el departamento de consejería para iniciar el proceso, el

cual culmina con el diseño - cuando sea necesario - de un plan educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) o un plan para el estudiante según la Sección 504. Como mínimo, el IEP se revisa anualmente por el personal escolar para asegurar que la planificación educativa está ayudando al estudiante a progresar académicamente. Los medicamentos no mejoran específicamente las inhabilidades específicas en el aprendizaje, pero pueden mejorar los síntomas del TDA/H de tal modo que el aprendizaje se acelere.

¿QUÉ HAY ACERCA DEL ABUSO DE SUSTANCIAS?

El trabajo reciente sugiere que los jóvenes con el TDA/H están en mayor riesgo de uso muy temprano del cigarrillo seguido por alcohol y abuso de drogas. El fumar cigarrillos es más común en los adolescentes con el TDA/H. Los adultos con el TDA/H tienen tasas elevadas de fumar e informan una dificultad particular para dejar de hacerlo. Los jóvenes con el TDA/H tienen el doble de probabilidad de convertirse en adictos a la nicotina que los individuos sin el TDA/H.

Según documentado por la investigación actual, el abuso de la cocaína y los estimulantes no es más común entre los individuos con el TDA/H tratados previamente con estimulantes: crecer tomando medicinas estimulantes no conduce al abuso de sustancias en estos niños cuando se convierten en adolescentes y adultos. De hecho, aquellos adolescentes con el TDA/H a quienes se le prescribió medicación estimulante tienen menos probabilidad de usar drogas ilegales posteriormente que aquellos a quienes no se les prescribió medicación.

LECTURAS SUGERIDAS EN INGLÉS

Biederman, J. (1998). Attention-deficit/ hyperactivity disorder: A life-span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry* 59 (Supplement 7): 4-16.

Biederman, J, et al. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 104:e20.

Hechuman, L., Ed. (1996). *Do they grow out of it? Long-Term Outcomes of Childhood Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/ hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry* 59 (Supplement 7): 50-5B.

Gregg, S. (1996). Preventing antisocial behavior in disabled and at-risk students. Appalachia Educational Laboratory Policy Brief. Pgs. 1-12.

Wachtel, A. (1998). The attention deficit answer book. New York: Plume (Penguin).

BIBLIOGRAFÍA EN INGLÉS

1. MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 56, 12.

La información que se provee en esta Lo Que Sabemos fue financiada por el Acuerdo de Cooperación número R04/CCR321831-01 del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El contenido es responsabilidad total de sus autores y no necesariamente representa la posición oficial del CDC. Esta Lo Que Sabemos fue aprobada por la Junta Profesional Asesora de CHADD en febrero de 2004.

© 2004 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). Todos los derechos reservados.

Para información adicional acerca de TDA/H o de CHADD, favor de ponerse en contacto con el:

CHADD National Resource Center on AD/HD

8181 Professional Place, Suite 150

Landover, MD 20785

1-800-233-4050

www.help4adhd.org

Por favor, visite también el sitio electrónico de CHADD en www.chadd.org.

CHADD desea agradecer a los siguientes profesionales por su destacada labor en el Proyecto de Traducción al Español de las Hojas de Datos de CHADD.

José J. Bauermeister, Ph.D.- Director del Equipo
Carmen C. Salas, Ph.D.- Traductora Principal

Editores del manuscrito:

Eduardo Cumba, MA

Ángela Gaviria, MS,Ed.S.

Maribel Matos, Ph.D.

Grace Reina, Ph.D.