



LO QUE SABEMOS

El TDA/H y los trastornos coexistentes: Tics y síndrome de Tourette

El TDA/H es una afección neurobiológica común que afecta a entre el 3 y el 7 por ciento de los niños en edad escolar de nivel primario.¹ Sin embargo, los estudios más recientes señalan que la incidencia del TDA/H podría ser mayor.² No obstante, en apenas alrededor

del 30 por ciento de esos niños, el TDA/H es el único diagnóstico. Entonces, las dos terceras partes de los niños con TDA/H tienen al menos una afección adicional coexistente.³

Cualquier trastorno puede coexistir con el TDA/H, pero ciertos trastornos parecen ocurrir más comúnmente.⁴ Entre ellos se encuentran los tics y el síndrome de Tourette. Es importante diagnosticar y, si es necesario, tratar esas afecciones adicionales al TDA/H porque, al igual que el TDA/H no tratado puede tener efectos duraderos, estos otros trastornos también pueden tenerlo. Si no se diagnostican, pueden causar sufrimiento innecesario en las personas con TDA/H y sus familias.

¿CÓMO SE IDENTIFICAN LAS AFECCIONES COEXISTENTES?

Como parte del proceso de diagnóstico del TDA/H, el médico o profesional de la salud mental debe entonces determinar si existe algún otro trastorno psiquiátrico o neurológico que afecte al paciente. Con frecuencia, los síntomas del TDA/H

pueden superponerse con otros trastornos. El desafío para el profesional clínico de la salud es discernir si el síntoma corresponde al TDA/H, a otro trastorno, o a ambos trastornos al mismo tiempo. Para algunas personas, la superposición de síntomas entre los distintos trastornos posibilita diagnósticos múltiples.

Al realizar una evaluación completa, un médico o profesional de la salud mental que esté familiarizado con el TDA/H y los demás trastornos podrá diagnosticar el TDA/H y éstas afecciones relacionadas. Con frecuencia, se usan entrevistas y cuestionarios para obtener información del paciente, su familia y sus maestros a fin de evaluar los demás trastornos.

En el caso de tics, la naturaleza intermitente de la afección podría dificultar la identificación de las etapas preliminares del trastorno; sin embargo, con el tiempo, surgirá un patrón de tics motores y otros comportamientos. Durante el proceso de evaluación, es importante determinar la intensidad y frecuencia de los síntomas. Además, es fundamental establecer el grado en el que los tics y otros comportamientos deterioran el funcionamiento y afectan la autoestima desde el punto de vista de los padres, compañeros, personal de la escuela y del niño que sufre la afección. Los patrones relacionados con los tics (por ejemplo, son suscitados o empeorados por el estrés o el cansancio) también podrían ser claves para recomendar modificaciones o estrategias apropiadas para afrontarlos. El trastorno de tic crónico y el síndrome de Tourette pueden causar impedimentos significativos.

¿QUÉ ES EL TIC SENCILLO?

Los tics sencillos se definen como movimientos o vocalizaciones repentinos, repetitivos, inútiles e involuntarios. En general, entre ellos se ubicarían el pestañear, abrir la boca, aspirar ruidosamente por la nariz o carraspear. Los tics suelen observarse en la niñez, en hasta el 20 por ciento de los niños. Los tics pueden ser temporales, y permanecer menos de 12 meses, o ser crónicos.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE TOURETTE?

El síndrome de Tourette, un trastorno genético hereditario complejo cuyas manifestaciones principales consisten en tics (tanto motores como vocales) que permanecen durante más de un año. El síndrome de Tourette suele ser leve y en general viene acompañado

de otras afecciones, como el TDA/H, el comportamiento obsesivo compulsivo, los trastornos del aprendizaje y los trastornos del estado de ánimo.

Los tics motores pueden variar desde movimientos sencillos como parpadeos, lamerse los labios o abrir la boca, hasta movimientos más complejos como muecas, movimientos de la cabeza, encogerse de hombros, o una combinación de éstos. Entre los tics vocales podrían estar el carraspeo, la tos, sonidos parecidos a los ladridos, eructos innecesarios o vocalizaciones más complejas como repetir parte de palabras o frases o, en casos poco comunes, decir palabras obscenas.

LA INCIDENCIA DEL TDA/H Y LOS TICS O EL SÍNDROME DE TOURETTE

El TDA/H y los trastornos de tic se pueden observar con frecuencia en el mismo paciente. Algunos niños que tienen TDA/H podrían desarrollar un trastorno de tic motor simple que aparece por primera vez durante el curso de su tratamiento para el TDA/H. Aunque estas dos afecciones aparecen relacionadas con el tiempo, ahora la mayoría de los expertos considera que, en la mayoría de los casos, su aparición simultánea es puramente accidental y no causal.

La incidencia del TDA/H coexistente en los niños que tienen síndrome de Tourette es extremadamente alta. Se ha informado que apenas el 7 por ciento de los que tienen TDA/H, tienen Tourette, pero que el 60 por ciento de los niños que tienen Tourette, tienen TDA/H.⁵ Se piensa que el diagnóstico del TDA/H generalmente precede a la aparición de los tics motores o vocales del Tourette, aunque a veces los dos aparecen juntos.

PRIORIZAR LOS TRATAMIENTOS -- ¿QUÉ TRASTORNO SE TRATA PRIMERO?

En muchos casos, cuando un niño tiene TDA/H y tics sencillos, el profesional clínico de la salud podría decidir tratar primero el TDA/H, porque es la afección que tendrá más impacto sobre el niño y los tratamientos son más efectivos. Podría ser necesario tratar los tics sólo si estuvieran causando una disfunción significativa.

Cuando un niño tiene TDA/H y síndrome de Tourette coexistente, con frecuencia surge la pregunta sobre qué tratar primero. En la mayoría de los casos, los médicos decidirán tratar primero los síntomas del Tourette, sobre

todo si son particularmente molestos para el niño y la familia. Este curso también reducirá las probabilidades de empeorar los tics durante la fase inicial del tratamiento o cuando sean necesarias dosis mayores de estimulantes.

Si un niño ya ha sido diagnosticado y se lo ha tratado con estimulantes, y se desarrollan tics significativos, el médico podría decidir suspender el tratamiento con estimulantes hasta que los tics se hayan tratado y estén bajo control. En ese momento, se pueden agregar estimulantes para tratar los síntomas del TDA/H.⁶ Se debe tener en cuenta que, aunque en el pasado el uso de estimulantes no se ha recomendado en caso de que hubiera tics o síndrome de Tourette, varios estudios más recientes consideran que esta advertencia está desactualizada.^{7,8} (Lea más sobre el debate acerca de este asunto a continuación en Los medicamentos: ¿empeoran los tics?)

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE TOURETTE

La educación adecuada del paciente y su familia es el primer paso en el tratamiento del síndrome de Tourette. Antes de decidir cómo tratar al paciente, es importante decidir si tratar o no los síntomas relacionados con el síndrome de Tourette. La asesoría y la modificación de la conducta podrían ser suficientes para aquellos individuos que tienen síntomas leves. Sin embargo, el uso de medicamentos podría considerarse cuando los síntomas interfieren en las relaciones con los compañeros, las interacciones sociales, el desempeño laboral o académico, o en las actividades de la vida diaria. La terapia siempre debe estar dirigida a las necesidades del paciente, y los síntomas más problemáticos deben ser abordados primero.

MEDICAMENTOS

En los niños que padecen TDA/H y síndrome de Tourette, los síntomas más leves generalmente pueden tratarse con Catapres (clonidina) aplicado como parche en la piel o en píldoras. La clonidina tiene la ventaja de tratar todos los síntomas del Tourette: los tics, el TDA/H, los comportamientos obsesivos compulsivos, los de oposición y otros. El principal efecto secundario de la clonidina es la sedación o el cansancio si la dosis es demasiado alta o si se aumenta con demasiada rapidez. Entre otros medicamentos utilizados para tratar el síndrome de Tourette se encuentran el Haldol (haloperidol) u Orap (pimozida), muy similar al haloperidol.

INTERVENCIONES CONDUCTUALES

Para muchos niños que padecen TDA/H y síndrome de Tourette, medicar los tics podría no ser necesario. Existe una evidencia creciente de que las intervenciones conductuales pueden causar una reducción sustancial de los tics. La práctica del control de los tics en situaciones de la vida diaria podría ser parte de las sesiones de terapia, y la autosupervisión (contar los tics) ha demostrado tener beneficios temporales pero significativos. La terapia de reversión de hábitos es una intervención que consiste en entrenamiento de concientización y en respuesta contrapuesta. Un movimiento contrapuesto se realiza durante tres minutos luego de cada tic y luego de cada sensación de que el tic está a punto de surgir.⁹

Las intervenciones conductuales completas para los tics (ICCT) (CBIT, en inglés) incluyen una guía para los padres sobre qué mejora o empeora los tics, técnicas de relajación y estrategias para reducir la gravedad de los tics. Las ICCT se basan en el hecho de que los tics vienen precedidos por una sensación premonitoria que señala que vendrá un tic. La Asociación del síndrome de Tourette (Tourette Syndrome Association) también recomienda consejería para los pacientes y sus familias sobre cómo sobrellevar los síntomas, el rechazo de los compañeros, los problemas escolares y muchos otros problemas.¹⁰

TRATAMIENTO DEL TDA/H

Luego de controlar los tics con uno o más de los cursos de tratamiento mencionados anteriormente, podría ser necesario un estimulante (metilfenidato o anfetamina) o un no estimulante (atomocetina) para tratar los síntomas del TDA/H. Este tratamiento suele ser muy efectivo para ayudar a controlar el TDA/H y podría mejorar el rendimiento académico. Para algunos pacientes, este tratamiento podría causar un aumento entre leve y significativo de los tics. Si esto no se puede controlar con un aumento moderado del medicamento administrado para los tics. Podría ser necesario suspender o reemplazar el medicamento para el TDA/H con otro medicamento distinto.

Dos estudios recientes realizados para determinar la seguridad del uso de la clonidina y del metilfenidato en conjunto para el tratamiento del TDA/H y los tics fueron alentadores, y concluyeron que se trataba de dos tratamientos seguros y efectivos.^{11,12}

LOS MEDICAMENTOS: ¿EMPEORAN LOS TICS?

Durante muchos años, se aceptaba ampliamente que el tratamiento con estimulantes (anfetamina y/o metilfenidato) usado para el tratamiento del TDA/H tendería a empeorar los trastornos de tic. Aunque estos medicamentos podrían aumentar temporalmente los tics, eso no significa necesariamente que su uso en pacientes con síndrome de Tourette no se deba recomendar.¹³

La información reciente señala que podría no ser así. Aunque los trastornos podrían empeorar con dosis muy elevadas de estos medicamentos, las dosis más parecidas a las recetadas en la práctica real no mostraron señales de efectos negativos sobre los tics.¹⁴ Su médico puede determinar si los estimulantes son tratamientos apropiados para su hijo con trastornos de tic coincidentes.

Para mayor información sobre el síndrome de Tourette, consulte el sitio web de la Asociación nacional del síndrome de Tourette (National Tourette Syndrome Association) en: <http://www.tsa-usa.org/>

LIBROS ACERCA DEL SÍNDROME DE TOURETTE Y EL TDA/H

Ryan: A Mother's Story of Her Hyperactive/Tourette Syndrome Child por Susan Hughes

Teaching the Tiger: A Handbook for Individuals Involved in the Education of Students with Attention Deficit Disorder, Tourette Syndrome or Obsessive-Compulsive Disorder por Marilyn P. Dornbush y Sheryl K. Pruitt

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual*, cuarta edición, revisión del texto (2000). Washington, D.C.: APA.
2. Academia estadounidense de pediatría (American Academy of Pediatrics). (2000). Guías de práctica clínica: Diagnóstico y evaluación del niño que padece trastorno por déficit de atención / hiperactividad (Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder). *Pediatrics*, 105: 1158-1170; S.N. Visser y C.A. Lesesne (2005). Mental health in the United States: Prevalence of Diagnosis and Medication Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder -- Estados Unidos, 2003, *Journal of the American Medical Association*, 294: 2293-2296; W.J. Barbaresi, S.K. Katusic, R. Colligan et al (2002), How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 156: 217-224.

3. Biederman, J.; Faraone, S.V.; & Lapey, K. (1992). Comorbilidad del diagnóstico en los trastornos por déficit de atención (Comorbidity of diagnosis in attention-deficit disorders). En G. Weiss (Ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention deficit hyperactivity disorder* (pp. 335-360). Philadelphia: Saunders.
4. Adesman, A. (2003, diciembre). A diagnosis of AD/HD? Don't overlook the probability of comorbidity! *Contemporary Pediatrics*. Recuperado el 2 de agosto de 2005 de www.contemporarypediatrics.com
5. Barkley, R. (1993). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (segunda edición). New York: Guilford Press.
6. Practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults (2002). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (2) Suplemento, 26S-49S.
7. Kurlan, R. (2002). Methylphenidate to treat AD/HD is not contraindicated in children with tics. *Movement Disorders* 17, 5-6.
8. Silay, Y. S., & Jankovic, J. (2005). Emerging drugs in Tourette Syndrome. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 10, 365-380.
9. Woods, D. W., Miltenberger, R. G., & Lumley, V. A. (1996). Sequential application of major habit-reversal components to treat motor tics in children. *Journal of Applied Behavior Analysis* 29, 483-493.
10. Tic Tactic (2004, otoño). *Brain Waves*, 16(4). Recuperado el 2 de agosto de 2005 de www.neuro.jhmi.edu/BrainWaves
11. Wilens, T. E., & Spencer, T. J. (1999). Combining methylphenidate and clonidine: A clinically sound medication option. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 614.
12. The Tourette's Syndrome Study Group. (2002). Treatment of AD/HD in children with tics: A randomized controlled trial. *Neurology*, 58, 527-536.
13. Silay, Y. S., & Jankovic, J. (2005). Emerging drugs in Tourette Syndrome. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 10, 365-380.
14. Pliszka, S. R., Carlson, C. L., & Swanson, J. M. (1999). ADHD with comorbid disorders: *Clinical assessment and management*. New York, NY: Guilford Press.

La información provista en esta hoja recibió el apoyo de la Subvención/Número de Acuerdo de Cooperación R04/CCR321831-01 de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). El contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC. Esta hoja de datos fue aprobada por la Junta de asesoría profesional de CHADD en 2005.

© 2005 Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD).

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

**National Resource Center on AD/HD
Children and Adults with
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**

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.