

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 59 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2013

ISSN: 0001 - 6896

Editorial

73. De los modelos de la mente

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

76. Importancia del diagnóstico diferencial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

JOSEFINA RUBIALES

87. Habilidades sociales y apoyo social percibido en niños con diagnóstico de cáncer

MARISEL GUTIERREZ DE VÁZQUEZ, VIVIANA N. LEMOS

94. Evaluación de la calidad de la amistad en niños argentinos

SANTIAGO ALEJANDRO RESETT, LUCAS MARCELO RODRIGUEZ,
JOSÉ EDUARDO MORENO

104. Predictores de las relaciones interculturales con estudiantes universitarios extranjeros migrantes

ALEJANDRO CASTRO-SOLANO

Revisión

114. Problematicar la depresión

GONZALO ANDRADE VERGARA

Actualización

128. Capital psicológico: una puesta al día

SOLANA SALESSI

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 59 - Nº 2

Buenos Aires - Junio 2013

ISSN: 0001 - 6896

Nota

137. Hermenéutica e interpretación simbólica del suicidio

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO, EMMA LAURA RUBIO BALLESTEROS

Informaciones

144. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología

Fundación **acta**

Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Diana Vidal: Secretaria

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Luis Meyer: Tesorero

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Original

Importancia del diagnóstico diferencial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

JOSEFINA RUBIALES

JOSEFINA RUBIALES
Doctora en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET),
Centro de Investigación en
Procesos Básicos,
Metodología y Educación
(CIMEPB),
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de
Mar del Plata,
Prov. de Buenos Aires,
R. Argentina.

Introducción: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad, más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar. En un alto porcentaje de los casos se asocia con otros trastornos, lo cual implica la necesidad de ajustes en el proceso del diagnóstico diferencial. El objetivo del presente estudio fue analizar y comparar síntomas de trastornos asociados en niños con y sin TDAH con el fin de reflejar la importancia del diagnóstico diferencial. **Materiales y método:** participaron 90 niños conformándose dos grupos, la muestra clínica compuesta por 30 niños con diagnóstico de TDAH, y la muestra control por 60 niños sin diagnóstico. Para evaluar trastornos asociados se utilizó el listado de síntomas Child Behavior Checklist. **Resultados:** los resultados permiten observar que los niños con TDAH presentan mayor número de síntomas, en comparación con los niños que no lo padecen, existiendo una diferencia entre los subtipos de TDAH y no así de acuerdo al género de los niños. **Discusión y conclusiones:** se destaca la importancia de realizar un diagnóstico diferencial temprano para detectar la presencia de otros trastornos asociados en pos de la planificación de un tratamiento individualizado adaptado a las necesidades del niño.

Palabras claves: Trastornos asociados – TDAH – Infancia – Evaluación.

Importance of Differential Diagnosis in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is defined as a persistent pattern of symptoms of inattention and / or hyperactivity-impulsivity more frequent and severe than the typically observed in individuals with a similar level of development. In a high percentage of cases it is associated with other disorders, which implies the need to make adjustments to the process of differential diagnosis. The objective of this study was to analyze and compare symptoms of associated disorders in children with and without a diagnosis of ADHD in order to reflect the importance of differential diagnosis. **Materials and Method:** 90 children settling two groups, the clinical sample consisted of 30 children diagnosed with ADHD, and the control sample of 60 children without ADHD diagnosis. To assess associated disorders the list of symptoms Child Behavior Checklist was used. **Results:** The results allow us to observe that children with ADHD have a higher number of behavioral problems symptoms compared to those children without the disorder, with a difference among the subtypes of ADHD and not so according to gender of the children. **Discussion and conclusions:** The importance of an early differential diagnosis to detect the presence of associated disorders for further individualized treatment planning tailored to the needs of the child.

Key words: Associated disorders – ADHD – Childhood – Evaluation.

CORRESPONDENCIA
Dra. Josefina Rubiales.
Dean Funes 3250. B7602AYD
Mar del Plata,
Prov. de Buenos Aires,
R. Argentina;
josefinarubiales@gmail.com

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se define como un patrón persistente de síntomas de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en las personas con un grado de desarrollo similar [3]. Los estudios sobre la prevalencia mundial del TDAH estiman que la misma es del 5.29% [27].

El TDAH representa actualmente uno de los motivos de consulta psicológica y psicopedagógica más frecuente en niños de edad escolar, siendo uno de los problemas clínicos y de salud pública más importantes en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia y hasta la vida adulta [20, 34, 12].

Su etiología ha sido una cuestión ampliamente estudiada y debatida, siendo poco probable que la existencia de un único factor etiológico sea suficiente para determinar el TDAH. Actualmente no ha sido identificada una etiología única y los hallazgos son consistentes con una hipótesis multicausal, habiendo consenso en la comunidad científica sobre la importancia de la interacción de factores genéticos y ambientales en su origen, existiendo datos que demuestran la influencia de la carga genética, con valores de heredabilidad en torno al 76% [16], en correspondencia con un tipo de herencia poligénica multifactorial, con influencia cuantitativa y expresión variable, dependiendo de factores ambientales diversos [1, 15].

La clasificación fenotípica actual del trastorno establece tres subtipos: subtipo predominantemente inatento (TDAH-I), subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) y subtipo combinado o mixto (TDAH-C) [3]. Las investigaciones de la última década muestran una disyuntiva al respecto, ya que las definiciones de los subtipos continúan en constante revisión [13].

El TDAH es un síndrome complejo con caracte-

terísticas sintomáticas amplias y variadas, que no se presentan en forma exclusiva en el trastorno, sino que sus manifestaciones forman parte de conductas habituales en todas las personas; lo que varía es la frecuencia y la intensidad de los síntomas. Se trata de un trastorno heterogéneo, es decir, que la manifestación de sus síntomas no es igual y, por lo tanto, su diagnóstico resulta, aún hoy en día un proceso complejo. Los síntomas nucleares del TDAH conforman los criterios necesarios para realizar el diagnóstico, los cuales pueden ser divididos en tres categorías: déficit de atención, hiperactividad, e impulsividad, los mismos deben presentarse en forma excesiva e inadecuada para la edad, sin diferenciar el género, la edad o la condición socioeconómica [12]. Los síntomas deben cumplir con un criterio funcional (dificultades significativas en el desarrollo del niño), con un criterio contextual (persistencia en dos o más contextos) y con un criterio temporal (producirse antes de los 7 años) [34].

Estos tienen un gran impacto en el desarrollo del individuo e interfieren en su funcionamiento en las áreas social, emocional y cognitiva, afectando no sólo al niño, sino también al grupo de compañeros en el espacio áulico y a su familia [8].

Si bien todas las personas con diagnóstico de TDAH presentan los mismos síntomas, el trastorno afecta de forma diferente a las mujeres y a los varones. Las revisiones clínicas tienden a demostrar que se diagnostican más varones en una proporción de 3 a 1 [37]. Los índices de proporción reportados en algunos estudios clínicos sugieren que las mujeres están subdiagnosticadas [29]. Las niñas suelen presentar pocos síntomas agresivos e impulsivos, tienen índices más bajos de problemas de conducta, y una mayor probabilidad de mostrar síntomas de inatención en contraste con los niños, en quienes predominan la hiperactividad, la impulsividad y los comportamientos disruptivos [37, 35, 36]. Los varones presentan mayor probabilidad de tener problemas de aprendizaje y manifiestan problemas en la escuela o en actividades

realizadas en su tiempo libre. Como consecuencia, las niñas llegan con menor frecuencia a la consulta que los varones y, muchas de ellas, no han sido diagnosticadas [6].

El diagnóstico de niños con TDAH es uno de los aspectos más estudiados y controvertidos sobre el trastorno. En la actualidad no se dispone de un modelo diagnóstico clínico consensuado, ni de pruebas neurobiológicas específicas que permitan establecer un diagnóstico con certeza; aún no se han descubierto marcadores físicos o fisiológicos, de laboratorio o estudios de imágenes que permitan confirmarlo [10]). Por lo cual, en el presente se establece el diagnóstico por medio del cumplimiento de criterios clínicos específicos en aquellos niños en los que existan algunos síntomas de sospecha de presencia del trastorno [7].

Investigaciones actuales han subrayado el hecho de que el TDAH nunca se presenta solo sino más bien acompañado de otros síntomas, trastornos o síndromes [21], aspecto que es determinante en el curso y en el desarrollo del trastorno.

La presencia en un mismo individuo de dos o más trastornos o enfermedades distintos se denomina comorbilidad [17]. Para considerar la presencia de comorbilidad se requieren dos condiciones: en primer lugar, que la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico distinto para cada proceso comórbido; en segundo lugar, que la frecuencia con la que uno aparece cuando el otro está presente, sea más alta que la prevalencia aislada en la población general [2].

El TDAH al igual que 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 representa el extremo de dicho continuo, y cualquiera de las manifestaciones del TDAH puede presentarse en cualquier individuo en mayor o menor grado [2].

De acuerdo con el sistema de diagnóstico utilizado por el DSM IV, es poco frecuente encontrar un niño o adolescente que únicamente cumpla con los criterios necesarios para el diagnóstico de un solo problema. La presencia de comorbilidades es una regla común en el proceso diagnóstico de entidades mentales. Estas asociaciones diagnósticas, en la mayoría de las entidades mentales implican la necesidad de ajustes en los procesos diagnósticos a partir de un completo diagnóstico diferencial y en las intervenciones terapéuticas posteriores [9].

Los trastornos del desarrollo se diagnostican en función de criterios dimensionales y, por tanto, tienen límites poco definidos y que frecuentemente se solapan. En este sentido, el TDAH, más que una entidad homogénea es un grupo de condiciones con factores etiológicos y de riesgo potencialmente diferentes y con distintos resultados finales [8].

Tal como se mencionó anteriormente, los síntomas cardinales del trastorno que afectan tanto a niños, adolescentes y adultos son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Sin embargo, el TDAH no suele presentarse aislado, el TDAH puro es en realidad la presentación más infrecuente del trastorno, aproximadamente en un 87% de los casos se asocia con trastornos comportamentales o diagnóstico comórbido, y en el 67% de éstos hasta dos trastornos comórbidos, siendo el 60 % de los casos comórbidos con algún trastorno conductual o afectivo [19, 24, 5, 28].

Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos presentan una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad y revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica, además la evolución del trastorno es más desfavorable que en los niños sin comorbilidad asociada, requiriendo una intervención terapéutica más compleja [20].

Los trastornos asociados más frecuentemen-

te al TDAH en niños son: dificultades específicas del aprendizaje (entre el 30 y 40% presentan dislexia o discalculia); trastornos de ansiedad (entre un 20 y un 40%); problemas de conducta (15 a 50%); trastorno oposicionista-desafiante (30 a 50%); depresión (10%) y síndrome de la Tourette o tics (10 a 40%) [31, 35, 24].

A continuación se describen los trastornos asociados con mayor frecuencia al TDAH:

Trastornos externalizantes

Uno de los trastornos externalizantes es el trastorno de conducta, el cual constituye junto con las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDAH. Es, por lo tanto, difícil determinar si representan un trastorno comórbido o son una de las manifestaciones principales del TDAH [31, 2].

Los niños con TDAH y trastorno de conducta se suelen identificar a partir de los dos o tres años de edad, por sus conductas manipuladoras orientadas a obtener una atención especial. Durante los primeros años, las dificultades que presentan en las diversas actividades que realizan derivarán, en mayor medida, de los trastornos de conducta que de los problemas disatencionales. La disrupción familiar que suelen ocasionar puede ser muy importante y provocar dificultades en la convivencia familiar. Cuando se ha comparado el entorno familiar de niños con TDAH con el entorno familiar de niños con TDAH y trastornos de conducta asociado, se ha evidenciado que en las formas puras de TDAH existe un grado menor de psicopatología y estrés familiar [2].

Otro de los trastornos externalizantes más frecuentes en el TDAH es el trastorno oposicionista desafiante [39], el cual representa una de las comorbilidades más frecuente, afectando entre un 30 y un 50% de los niños con TDAH, especialmente en la adolescencia. Se define como un patrón de comportamiento hostil y desafiante que provoca un deterioro en la vida social y académica sin que responda al brote agudo de sintomatología de un

trastorno del ánimo o psicótico [24, 2].

Los comportamientos negativista y desafiante se expresan por terquedad persistente, resistencia a las órdenes y aversión a comprometerse, ceder o negociar y llegar a acuerdos con adultos o compañeros. La hostilidad puede dirigirse a los adultos o a los pares y se manifiesta molestando deliberadamente a los otros o agredéndolos verbalmente, y justificando su comportamiento como una respuesta a exigencias o circunstancias externas no razonables [27].

El adolescente con trastorno oposicionista desafiante se identifica de forma temprana por su tendencia a manipular las situaciones y por los problemas de disrupción familiar que suele crear. Este grupo de pacientes es especialmente propenso a las conductas delictivas y delincuencia juvenil así como al abuso de alcohol y drogas durante la adolescencia, e incluso también en la edad adulta [24, 2]. El trastorno es más prevalente en varones que en mujeres antes de la pubertad, pero probablemente las tasas se igualen posteriormente. Los síntomas suelen ser similares en cada género, con la excepción de que los varones pueden incurrir en más comportamientos de confrontación y sus síntomas ser más persistentes [26].

Trastornos internalizantes

Los trastornos de ansiedad son considerados los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. La comorbilidad con el TDAH es mucho mayor de la que se esperaría por azar; se estima en torno a un 20-25% [20], alcanzando en algunos estudios cifras del 40% [31].

Existe un amplio solapamiento de síntomas con la ansiedad, por lo que puede ser difícil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o si su falta de autoestima, derivada del TDAH y de sus dificultades para adaptarse a los diferentes contextos, genera una conducta ansiosa. Los niños ansiosos suelen

mostrar un estado permanente de preocupación que no es fácil de controlar, y la ansiedad se suele presentar en forma conjunta con algunos síntomas similares a los propios del TDAH, como pueden ser hiperactividad, irritabilidad, dificultad para la concentración, trastorno del sueño [2].

Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de síntomas como temores y preocupaciones persistentes, evitación fóbica y episodios agudos de ansiedad. Entre estos trastornos se encuentran: fobia simple (miedo específico unido a conductas de evitación); ansiedad de separación (temor patológico a separarse de sus padres); ansiedad generalizada (preocupaciones excesivas y constantes). Un dato interesante que suele ser de utilidad para discriminar los niños con TDAH y ansiedad es la historia familiar de parientes con ansiedad, que es muy prevalente en niños ansiosos. De acuerdo con los estudios genéticos, se refuerza la hipótesis de que el TDAH y la ansiedad son trastornos independientes que se heredan por separado pero se potencian mutuamente [2, 25].

Otro de los trastornos internalizantes que frecuentemente se observa en el TDAH es el trastorno depresivo. La depresión también muestra una fuerte comorbilidad con el TDAH. Estudios epidemiológicos de niños y adolescentes reflejan que la comorbilidad promedio de TDAH y trastornos afectivos (depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno distímico), oscila entre el 10-30% [31, 35, 24, 18, 20].

Los aspectos depresivos que más se suelen apreciar en niños con TDAH son la falta de autoestima, el estado de ánimo irritable, la falta de energía, las somatizaciones y los problemas del sueño. Asimismo debe considerarse que algunos síntomas relacionados con la dificultad para concentrarse son propios tanto del TDAH como del trastorno depresivo. Los datos sugieren que la comorbilidad de la depresión y el TDAH en la infancia y la adolescencia no es benigna, produce

una alta morbilidad, incapacitación y peor pronóstico a largo plazo [20, 30].

Roselló, Amado, Bo [32] realizaron un estudio centrado en el análisis de los tres subtipos diagnósticos de TDAH identificados por el DSM-IV, subtipo predominantemente inatento (TDAH-I), predominantemente hiperactivo-impulsivo (TDAH-H) y combinado (TDAH-C), de acuerdo con las condiciones comórbidas externalizantes e internalizantes que manifiestan. Los trastornos de tipo externalizante (trastorno oposicionista desafiante y trastorno disocial), se vinculan más con el subtipo hiperactivo-impulsivo y el combinado, y los trastornos de tipo internalizantes (ansiedad, fobia, depresión) se vinculan más con el subtipo combinado y el inatento [32].

El reconocimiento de este aspecto del TDAH constituye un determinante esencial en el curso y pronóstico del trastorno, ya que los niños que presentan TDAH asociado con otros trastornos revisten una mayor gravedad, con mayor afección en diferentes áreas de su vida, requiriendo una intervención terapéutica más compleja [20].

El objetivo del presente estudio fue analizar y comparar síntomas de trastornos asociados, en niños con y sin diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en función de la diferencia entre subtipos y géneros, con el propósito de analizar la importancia de un diagnóstico diferencial completo, que permita plantear un tratamiento acorde a las necesidades de cada niño.

Materiales y método

Tipo de estudio y diseño

Se realizó un diseño de tipo ex post facto retrospectivo con dos grupos, uno cuasi control, según la clasificación de Montero y León [23].

Participantes

Universo: niños con diagnóstico de TDAH y niños sin diagnóstico de TDAH, escolarizados, de la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina, con edades entre 8 y 14 años.

Muestra: en el estudio participaron un total de 90 niños; se conformaron, de forma intencional, dos grupos. La muestra clínica estuvo compuesta por 30 niños con diagnóstico médico de TDAH, 12 pertenecientes al subtipo con predominio inatento (TDAH-I) y 18 pertenecientes al subtipo con predominio combinado (TDAH-C), la distribución por género fue de 10 niñas y 20 niños, derivados por médicos neurólogos pertenecientes a centros de salud de la ciudad de Mar del Plata; y la muestra control estuvo compuesta por 60 niños sin diagnóstico de TDAH pareados por sexo y edad.

Los criterios para la muestra clínica fueron: a) haber sido diagnosticado con TDAH por los médicos neurólogos derivantes; b) cumplir el criterio diagnóstico para el TDAH según el DSM-IV; c) pertenecer a una rango de edad igual o mayor a 8 años y menor de 14; d) poseer una evaluación neuropsicológica que confirme el diagnóstico; e) tener nivel intelectual (CI) promedio; f) poseer el consentimiento informado de sus padres para participar en el estudio.

Los criterios para la muestra control fueron: a) no cumplir el criterio diagnóstico para el TDAH según el DSM-IV; b) pertenecer a un rango de edad igual o mayor a 8 años y menor de 14; c) poseer una evaluación neuropsicológica que descarte el diagnóstico; d) tener un nivel intelectual (CI) promedio; e) poseer el consentimiento informado de sus padres para participar en el estudio.

En ambas muestras se excluyeron los niños con antecedentes de enfermedades neurológicas o psiquiátricas, trastornos del aprendizaje y retraso mental.

Procedimiento

Los niños con previo diagnóstico de TDAH fueron derivados por los médicos neurólogos, se establecieron los contactos con los niños con TDAH y sus padres, asimismo se contactaron a los niños de la muestra control y sus padres a través de la escuela. Se procedió a solicitar el consentimiento informado de los padres y los niños. Se entrevistó y

administró a los padres de cada niño el cuestionario, en forma conjunta con una batería más amplia de pruebas incluidas en el marco del grupo mayor de investigación, dentro del cual se encuentra el presente trabajo.

Instrumentos

Para evaluar síntomas de trastornos asociados se utilizó el listado de síntomas *Child Behavior Checklist* CBCL [34], el cual se encuentra validado en Argentina. El cuestionario fue administrado a los padres de los niños de la muestra control y de la muestra clínica. El CBCL es un formulario estandarizado para registrar los problemas comportamentales y competencias de niños entre 4 y 18 años. Evalúa los siguientes síntomas comórbidos: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delincuente y conducta agresiva. Así también se encuentran 2 subescalas denominadas internalizantes y externalizantes, dentro del primer grupo se encuentran síntomas como retraimiento, quejas somáticas, síntomas de ansiedad y depresión, y dentro del segundo grupo se encuentran síntomas como conductas antisociales y agresivas. Para responder al listado de síntomas los padres debieron completar el mismo colocando para los 113 ítems que integran el cuestionario, si la conducta mencionada se presenta en su hijo siempre, a veces o nunca, puntuándose 0, 1 o 2 de acuerdo a su respuesta.

Resultados

Con el objeto de describir y comparar los síntomas de trastornos asociados en niños con y sin TDAH, los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo, y con el propósito de establecer si las diferencias observadas en síntomas de trastornos asociados son estadísticamente significativas, se sometieron los datos a la prueba U de Mann-Whitney para comparación de medias, para dos muestras independientes, en función de la pertenencia al grupo clínico (con TDAH) o al grupo control (sin TDAH), presentándose los resultados en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las medidas de trastornos asociados prueba U de Mann-Whitney, según grupo clínico o control

Síntomas	Grupo control				Grupo clínico				Sig. bilateral
	Mín.	Máx.	Med	DE	Mín	Máx	Med	DE	
Retraído	0	7	2.95	1.76	0	11	4.13	2.78	.07
Quejas somáticas	0	4	1.18	1.21	0	8	2.40	2.32	.01
Ansioso/deprimido	0	14	3.95	2.82	0	21	7.93	5.25	.00
Problema social	0	8	2.25	1.91	2	12	5.80	2.79	.00
Problemas de pensamiento	0	3	.58	.88	0	8	1.80	2.17	.00
Problemas de atención	0	12	3.47	2.84	4	18	10.90	4.09	.00
Conducta delincuente	0	7	1.77	1.64	0	12	4.63	2.98	.00
Conducta agresiva	0	18	6.85	4.80	3	35	15.60	7.80	.00
Internalizante	1	19	8.08	4.12	1	39	14.47	8.65	.00
Externalizante	0	22	8.62	6.00	3	47	20.23	10.27	.00

Puede observarse que la cantidad de síntomas promedio del grupo clínico es sistemáticamente superior a la media del desempeño de los niños del grupo control, tanto en síntomas internalizantes como externalizantes, y particularmente en estos últimos. Así, observamos que los niños diagnosticados con TDAH presentan un mayor número de síntomas vinculados con esas problemáticas. Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney confirman que las diferencias, para la mayoría de las variables, son estadísticamente significativas, con excepción de la variable retraído, para la cual si bien el grupo clínico presenta mayor cantidad de síntomas, no presentan diferencias significativas entre ambas muestras.

Con el objeto de describir la presencia de síntomas de trastornos asociados en niños con TDAH de acuerdo al género, se calcularon las medias y los desvíos estándar; y con el propósito de establecer si las diferencias entre estos grupos son estadísticamente significativas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney de comparación de medias para dos muestras independientes en función del género (tabla 2).

Los resultados permiten observar que las niñas con TDAH presentan un número inferior de síntomas comparadas con los niños

del mismo grupo, sin embargo las diferencias no son estadísticamente significativas para los síntomas de trastornos asociados en función del género en ninguna de las variables analizadas.

Para establecer si el número de síntomas de trastornos asociados varía en función de la pertenencia al grupo control y a los subtipos TDAH-I y TDAH-C, se realizó un análisis estadístico descriptivo; y con el objeto de analizar si las diferencias son significativas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para las variables evaluadas en función de la pertenencia al grupo control, grupo clínico subtipo TDAH-I o grupo clínico subtipo TDAH-C (tabla 3).

Los resultados del análisis descriptivo, demuestran que los niños del subtipo TDAH-I presentan mayor cantidad de síntomas retraído, quejas somáticas y problemas sociales, mientras que los niños del subtipo TDAH-C presentan mayor cantidad de ansioso/deprimido, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delincuente y conducta agresiva. Para los síntomas internalizantes y externalizantes en su conjunto se observa que si bien ambos subtipos alcanzan puntajes por encima del grupo control, el subtipo TDAH-I presenta un número inferior de síntomas respecto al subtipo TDAH-C.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y prueba U de Mann-Whitney para los síntomas de trastornos asociados en el grupo clínico discriminados por género

Síntomas	Género	Media	DE	Sig. bilateral
Retraído	Mujeres	3.30	2.58	.26
	Varones	4.55	2.85	
Quejas somáticas	Mujeres	2.30	2.62	.67
	Varones	2.45	2.23	
Ansioso/deprimido	Mujeres	7.60	6.55	.52
	Varones	8.10	4.66	
Problema social	Mujeres	5.60	3.09	.65
	Varones	5.90	2.71	
Problemas de pensamiento	Mujeres	1.00	1.24	.21
	Varones	2.20	2.44	
Problemas de atención	Mujeres	9.80	5.45	.27
	Varones	11.45	3.25	
Conducta delincuente	Mujeres	3.80	3.85	.15
	Varones	5.05	2.46	
Conducta agresiva	Mujeres	13.90	9.46	.25
	Varones	16.45	6.93	
Internalizante	Mujeres	13.20	9.31	.58
	Varones	15.10	8.48	
Externalizante	Mujeres	17.70	12.75	.19
	Varones	21.50	8.88	

Se puede observar que entre el grupo clínico subtipo TDAH-I y TDAH-C las diferencias son estadísticamente significativas para síntomas vinculados a la conducta agresiva y síntomas externalizantes, donde el subtipo TDAH-C presenta mayor dificultad comportamental.

Discusión y conclusiones

El objetivo general del estudio fue analizar y comparar síntomas de trastornos asociados en niños con y sin diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo permitirían confirmar las hipótesis de que los niños que padecen TDAH presentan mayor número de síntomas de problemas comportamentales, en comparación con los niños que no lo padecen y que sí existiría una diferencia entre los subtipos de TDAH y no así de acuerdo al género de los niños.

A partir de los resultados analizados se puede concluir que los niños con TDAH presentan más síntomas de trastornos asociados que lo esperable para niños con un desarrollo similar, lo cual puede verse influido por los síntomas propios del trastorno (desatención, hiperactividad e impulsividad) que afectan el desempeño conductual general del niño. Estos hallazgos constituyen un determinante importante a considerar en el curso y pronóstico del trastorno, ya que los niños con diagnóstico de TDAH que presentan otros trastornos asociados revisten una mayor gravedad conductual, con mayor afeción en las diferentes áreas de su vida [20].

Así también es importante mencionar que el presente estudio permite concluir que los niños con diagnóstico de TDAH del subtipo combinado se relacionan con mayor cantidad de síntomas de conductas agresivas y trastor-

Tabla 3. Estadísticos descriptivos y prueba U de Mann-Whitney de síntomas de trastornos asociados, en función del subtipo de TDAH

Síntomas		Med	DE	Mín.	Máx.	Sig. bilateral
Retraído	TDAH-I	4.42	3.45	0	11	.89
	TDAH-C	3.94	2.33	1	10	
Quejas somáticas	TDAH-I	2.67	2.57	0	8	.66
	TDAH-C	2.22	2.21	0	8	
Ansioso/deprimido	TDAH-I	5.92	3.57	0	12	.15
	TDAH-C	9.28	5.83	2	21	
Problema social	TDAH-I	5.92	3.08	2	11	1.00
	TDAH-C	5.72	2.67	2	12	
Problemas de pensamiento	TDAH-I	1.50	2.31	0	8	.35
	TDAH-C	2.00	2.11	0	6	
Problemas de atención	TDAH-I	9.83	4.50	4	17	.28
	TDAH-C	11.61	3.76	5	18	
Conducta delincuenta	TDAH-I	3.58	2.35	0	7	.16
	TDAH-C	5.33	3.21	1	12	
Conducta agresiva	TDAH-I	12.00	7.21	3	29	.02
	TDAH-C	18.00	7.41	6	35	
Internalizante	TDAH-I	13.00	8.16	1	25	.58
	TDAH-C	15.44	9.06	6	39	
Externalizante	TDAH-I	15.58	8.85	3	36	.02
	TDAH-C	23.33	10.19	8	47	

nos externalizantes. Lo cual confirma en cierta medida lo expuesto por la bibliografía que expresa que los trastornos de tipo externalizante se vinculan más con el subtipo combinado, y los trastornos de tipo internalizantes se vinculan más con el subtipo inatento [32], sin embargo en este estudio se observa claramente la afección especial del subtipo combinado el cual presenta una cantidad de síntomas sustancialmente mayor que el subtipo inatento en la mayoría de las variables analizadas, tanto internalizantes como externalizantes. A partir de lo antes mencionado se permite concluir que el subtipo combinado es el que necesita de instrumentos de evaluación más específicos a fin de analizar las comorbilidades presentes y la escala de jerarquías, para planificar el tratamiento adecuado a las necesidades de cada persona.

En la actualidad no se dispone de un modelo

para el diagnóstico clínico que sea único y consensuado, ni de pruebas neurobiológicas específicas para llegar al mismo, y debido al carácter multidisciplinar del TDAH, el diagnóstico es un proceso que requiere de la evaluación de diferentes profesionales, tales como: médicos, psicólogos, psicopedagogos y neuropsicólogos [11]. El carácter multidisciplinar del TDAH genera, por un lado, una riqueza descriptiva y asistencial sin paralelos, pero también una disparidad en la interpretación de los criterios clínicos y en la conceptualización del trastorno [38].

Por otro lado, y complejizando aún más el proceso diagnóstico, hay que reconocer que los niños con el trastorno representan una población heterogénea que tiene ciertos síntomas comunes, pero que difieren en otros importantes aspectos [22]. Por lo cual, para alcanzar un correcto diagnóstico, resulta eficiente realizar

una evaluación multidisciplinar que abarque diferentes aspectos [4, 38, 15], tales como: historia clínica evolutiva, entrevista con padres y docentes, administración de escalas y cuestionarios comportamentales a padres y docentes, entrevista y observación del comportamiento del niño o adolescente, evaluación neuropsicológica/cognitiva, evaluación psicológica y estudios complementarios para descartar patologías clínicas. Particularmente desde la evaluación psicológica es relevante evaluar cuestiones vinculadas con el autocon-

cepto, ansiedad, depresión, relaciones sociales y dinámica familiar, a los fines de determinar posibles comorbilidades y características psicológicas del paciente.

A partir de lo antes mencionado, se destaca la importancia de realizar un diagnóstico diferencial temprano como un determinante esencial en el diagnóstico y la planificación de un tratamiento integral del niño adaptado a sus necesidades y problemáticas comportamentales [14].

Referencias

1. Arcos-Burgos M, Acosta MT. Tuning major gene variants conditioning human behaviour: the anachronism of ADHD. *Curr Opin Genet Dev.* 2007; 17(3):234-8.
2. Artigas Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol.* 2003; 36(1):68-78.
3. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Barcelona: Masson; 2002.
4. Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3^o Edition. New York: Guilford; 2006.
5. Biederman J, Spencer TJ, Newcorn JH, Gao H, Milton DR. Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with ADHD: a meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacology (Berl).* 2007; 190(1):31-41.
6. Biederman J, Heiligenstein J, Faries D, Galil N, Dittman R, Emslie G, Kratochvil C, Laws H & Schuh K. Efficacy of Atomoxetine versus Placebo in school-age girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics.* 2002; 110(6):e75.
7. Buñuel Álvarez JC. Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2006; 8 (Sup 4):25-37.
8. Cardo E, Servera M. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estado de la cuestión y futuras líneas de investigación. *Rev Neurol.* 2008; 46(6):365-72.
9. Castellanos FX, Acosta MT. Síndrome de Tourette: análisis de la comorbilidad y sus tratamientos específicos. *Rev Neurol.* 2004; 38 (supl1):124-30.
10. Catelan-Mainardes SC. Transtorno de Déficit de Atención E Hiperatividade na Infância e Adolescência pela perspectiva da Neurobiologia. *Saud Pesq.* 2010; 3(3):385-91.
11. Couto TS, Melo-Junior MR, Gomes CRA. Aspecto neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): uma revisão. *Ciências & Cognição.* 2010; 15(1):241-51.
12. De la Peña F, Palacio JD, Barragán E. Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud.* 2010; 8(1):93-8.
13. Diamond A. Attention-deficit disorder attention-deficit hyperactivity disorder without hyperactivity: A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit hyperactivity disorder with hyperactivity. *Dev. Psychopathol.* 2005; 17:807-25.
14. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SD. Comorbidity of LD and ADHD Implications of DSM-5 for Assessment and treatment. *J Learn Disabil.* 2013; 46(1):43-51.
15. Etchepareborda MC, Díaz Lucero A, De Ramón I. Diagnóstico del TDAH. En: Etchepareborda MC. TDAH + FE : trastorno por déficit de atención con hiperactividad y de las funciones ejecutivas : abordaje interdisciplinar. Buenos Aires: El autor; 2011. pp.37-43.
16. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2005; 57:1313-23.
17. Holguín Acosta J, Cornejo Ochoa W. Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Neurol Colomb.* 2008; 24(S1):51-7.
18. Joselevich E. AD/HD, qué es, qué hacer.

- Recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Paidós; 2005.
19. Kadesjo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42:487-92.
 20. Lopez Villalobos J, Serrano Pintado I, Sanchez Mateos J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*. 2004; 16(3):402-7.
 21. Mateo, V. & Vilaplana Gramaje, A. Estrategias de identificación del alumno inatento e impulsivo desde el contexto escolar. *Quaderns Digitals*. 2007; 5:13-28.
 22. Mediavilla-García C. Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Rev Neurol*. 2003; 36(6):555-65.
 23. Montero I, León O. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol*. 2007; 7 (3):847-62.
 24. Mulas F, Etchepareborda MC, Abad Mas L, Diaz Lucero A, Hernandez, S, de la Osa A, Pascuale MJ & Ruiz-Andrés R. Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*. 2006; 43(1):71-81.
 25. Newcorn J, Halperin J, Jensen P, Abikoff H, Arnold L, Cantwell D, Connors C, Elliott G, Epstein J, Greenhill L, Hechtman L, Hinshaw S, Hoza B, Kraemer H, Pelham W, Severe J, Swanson J, Wells K, Wigal T & Vitiello, B. Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and Gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(2):137-46.
 26. Pino Calderón FJ, Gallardo Gil R, Herreros Rodríguez O. TDAH y trastorno oposicionista desafiante en el niño. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis Psiquiatria.com* [Internet] Febrero 2004. [Citado 10 de mayo 2013]. Disponible en; de www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/15127/
 27. Polanczyk G, Silva de Lima M, Lessa Horta B, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:942-48.
 28. Ramos-Loyo J, Taracena AM, Sánchez-Loyo LM, Matute E, González-Garrido AA. Relación entre el Funcionamiento Ejecutivo en Pruebas Neuropsicológicas y en el Contexto Social en Niños con TDAH. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 2011; 11(1):1-16.
 29. Ramtekkar UP, Reiersen AM, Todorov AA, Todd RD. Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-IV and ICD-11. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49:217-28.
 30. Reátegui Villegas DA, Vargas Murga H. Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Médica Herediana*. 2008;19(3):96-101.
 31. Rodríguez Molinero L, López Villalobos JM, Garrido Redondo M, Sacristán Martín AM, Martínez Rivera MT, Ruiz Sanz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11 (42):251-70.
 32. Roselló B, Amado L, Bo RM. Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clin*. 2000; 1:181-92.
 33. Samaniego V. El Child Behaviour Checklist: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años. Buenos Aires: Informe Final UBACYT Mimeo; 1998.
 34. Santos LF, Vasconcelos LA. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. *Psic: Teor e Pesq*. 2010; 26(4):717-24.
 35. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(6):631-42.
 36. Urzúa A, Domic M, Cerda A, Ramos M & Quiroz J. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños escolarizados. *Rev Chil Pediatr*. 2009; 80(4):332-38.
 37. Valdizán JR, Mercado E, Mercado-Undanivia A. Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Rev Neurol*. 2007; 44(Supl 2):27-30.
 38. Vaquerizo-Madrid J. Evaluación clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad, modelo de entrevista y controversias. *Rev Neurol*. 2008; 46(Supl 1):37-41.
 39. Zulic Agramunt C, Castaño Carrera C, Astaburuaga Jorquera M, Lepe Álvarez P, Padilla Valdés C, Salinas Véliz J. Correlación entre Test de Connors para padres y profesores en niños con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad en el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital Barros Luco Trudeau. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*. 2012; 23 (2):114-18.