

ASOCIACIÓN ENTRE LOS SUBTIPOS MIXTO E INATENTO DEL TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACIVIDAD Y ANSIEDAD EN UN
GRUPO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DE BOGOTA

Martha Cecilia García Gutiérrez

Ruth Piedad Rivera Duarte

Universidad de La Sabana

Contenido

Introducción, 7

Planteamiento Del Problema, 7

Preguntas Problema, 9

Justificación, 9

Marco Teórico Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, 11

A Nivel Biológicos, 30

A Nivel Funcional, 31

A Nivel de Desarrollo, 32

Ansiedad, 35

Objetivos, 52

Objetivo general, 52

Objetivos específicos, 52

Hipótesis, 53

Método, 54

Tipo de estudio, 54

Participantes, 54

Descripción del Instrumento, 55

Procedimiento, 56

Análisis de los datos, 57

Consideraciones Éticas, 57

Resultados, 59

*Clasificación de la muestra según subtipos de tdah y tipos de trastornos de
Ansiedad, 59*

Frecuencias de los subtipos de trastorno de ansiedad según tipo de tdah, 61

Asociación entre el Tdah y el Trastorno de Ansiedad, 62

Discusión, 65

Limitaciones y Recomendaciones Para Futuras Investigaciones, 70

Referencias, 72

Apéndices, 79

Lista de Tablas

Tabla 1. *Características de las participantes según género, edad y Tipo de TDAH*, 59

Tabla 2. *Tipos de TDAH según género*, 60

Tabla 3. *Distribución de resultados según tipo de Trastorno de Ansiedad*, 61

Tabla 4. *Comorbilidad entre los subtipos de TDAH y los Trastornos de Ansiedad.*, 62

Tabla 5. *Relación entre los subtipos de TDAH y los Trastornos de Ansiedad*, 64

Lista de figuras

Figura 1. Relación entre TDAH y Angustia mayor, 63

Figura 2. Relación entre TDAH y agorafobia, 63

Figura 3. Relación entre TDAH y Ansiedad separación. 63

Lista de Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado, 80

Apéndice B. Formato de entrevista, 81

Introducción

Planteamiento Del Problema

De acuerdo a las últimas investigaciones realizadas en Colombia y Latinoamérica, preocupa el aumento de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH observando porcentajes cada vez más altos de prevalencia del TDAH sobre la población infantil no solo en nuestro país sino también en la región Bogotana.

Cornejo, Sánchez y Osio (2006) consideraron que el TDAH es el problema de comportamiento más común durante la infancia y constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar por lo que representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida.

El proceso de diagnóstico con los niños y adolescentes que presentan síntomas de TDAH es un proceso vital si se tiene en cuenta la existencia de síntomas comorbidos con otros trastornos.

Estudios e investigaciones ponen en manifiesto que la existencia de trastornos comórbidos asociados al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un factor determinante en su intervención. Dentro de los Trastornos comorbidos se encuentran, el Desafiante posicional, el Síndrome de Gilles de la Tourette, las dificultades de aprendizaje y el Trastorno de la ansiedad; tomando especial relevancia este último, por lo que se hace importante realizar mayores investigaciones

De acuerdo a Artigas-Pallares (2003) los trastornos de ansiedad se han considerado los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil. Su comorbilidad con el TDAH es mucho mayor de la que se esperaría por azar.

Al igual que para los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas, por lo que puede ser muy difícil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o bien su falta de autoestima, derivada del TDAH, le ha hecho desarrollar una conducta ansiosa.

El niño ansioso suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar, junto a algunos síntomas que se confunden con los propios del TDAH, como son inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño. También en los casos de comorbilidad con ansiedad puede ocurrir, al igual que con la depresión, que los padres no tengan percepción de los sentimientos ansiosos del hijo. 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. (Artigas – Pallares 2003)

A pesar de los diferentes estudios realizados en Colombia sobre este trastorno, se observa la importancia de ampliar la realización de investigaciones con la población bogotana que permitan la identificación de posibles entidades coexistentes y brinden mayores herramientas en el acercamiento y manejo a este trastorno y su comorbilidad asociados a los subtipos de TDAH y los trastornos afectivos como el Trastorno de Ansiedad, ya que preocupa la alta frecuencia del TDAH en la población infantil así como también los pacientes que presentan un diagnóstico equivocado debido al alto solapamiento de síntomas entre estas dos entidades.

Así mismo, estos resultados pueden proporcionar mayores conocimientos que faciliten y/o desarrollen alternativas más asertivas en la intervención con los niños y adolescentes que presentan TDAH

Preguntas Problema

¿Cuál es la relación del trastorno de ansiedad con el trastorno de déficit de atención subtipo inatento?

¿Cuál es la relación del trastorno de ansiedad con el trastorno de déficit de atención subtipo combinado?

Justificación

Una de las principales razones que fundamentan esta investigación es la de determinar desde un punto de vista práctico, confiable y empírico, la comorbilidad existente entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) con el Trastorno de Ansiedad en niños, específicamente en aquellos que asisten a consulta al Hospital Militar Central de la ciudad de Bogotá en el rango de edad entre los 7 y 16 años.

La población corresponde a 56 menores escolarizados, todos hijos de militares en ejercicio activo y en retiro, y que han sido y diagnosticados cada uno de ellos como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) por un equipo interdisciplinario del Hospital, conformado por psiquiatría, neuropsicología y pediatría.

Diferentes estudios, discutidos en el presente trabajo, han encontrado en los niños, relación del diagnóstico con una deficiencia en las funciones ejecutivas, afectando directamente las acciones autodirigidas, las cuales permiten la autorregulación, la

memoria no verbal, el autocontrol, la activación, la motivación, el afecto y la reconstitución, situación que en conjunto no permite internalizar conductas que son básicas en la anticipación de los cambios en el futuro, como en la maximización a largo plazo de los beneficios para estos menores.

Es relevante trabajar con esta población, pues todos poseen características familiares y de vida semejantes, la mayoría ha permanecido la mayor parte del tiempo al cuidado de la mamá y con cierta ausencia del padre debido a los horarios y actividades laborales de los mismos, y con antecedentes de cambios de residencia y colegio por los traslados militares, lo que identifica a una población con unas características culturales particulares e interesantes de analizar.

De igual forma, la presencia de TDAH con una posible manifestación de ansiedad, debido a los constantes cambios en los entornos académicos y culturales, afectando así los niveles de interacción social y el rendimiento académico en estos niños, sobre este aspecto esta investigación retoma lo que Holguín, Osio, Sánchez, Carrizosa y Cornejo (2005) refieren sobre la ansiedad en niños y la presencia de TDAH (con o sin hiperactividad), en el cual la ansiedad aparece durante el periodo escolar y mejora en épocas de menor estrés, posiblemente se asocia a fallas crónicas de interacción social o académica. Lo cual constituye un aspecto relevante de análisis, debido a que permite determinar en estos menores, cuáles son los subtipos de TDAH con mayor presencia y el grado de comorbilidad de estos con la ansiedad.

Marco Teórico

Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad

El término Trastorno de Déficit de Atención con y sin Hiperactividad, TDAH por sus siglas en español, hace referencia a un conjunto de síntomas de considerable heterogeneidad clínica y pronóstico diverso y variable.

Martínez-León (2006) define el TDAH, como aquel que se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los siete años de edad, caracterizándose por presentar dificultades crónicas en atención (bajos niveles de concentración y organización, olvidos frecuentes), impulsividad (impedimento en controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás) e hiperactividad (actividad motora excesiva).

Servera-Barceló (2005) menciona que normalmente la naturaleza del TDAH es relativamente mórbida y no puede explicarse por ningún déficit neurológico importante ni por otros de tipo sensorial, motor o del habla, sin que tampoco se detecte retraso mental o trastornos emocionales graves. Estas dificultades guardan una gran relación con un impedimento para seguir las «conductas gobernadas por reglas» (CGR) y con problemas para mantener una forma de trabajo consistente a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos; este autor destaca además la definición que establece Barkley y Mash (2007) como dificultades que interfieren de manera notable en el desarrollo social, académico, recreativo u ocupacional del niño.

Por la complejidad del trastorno, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades mentales de la American Psychiatric Association –APA-(2001) señala que existen tres síntomas fundamentales en el TDAH y aunque no siempre pueden estar

presentes todos al mismo tiempo, si tienen gran predominio, contrario a la Organización Mundial de la Salud. OMS., en su clasificación de 1993, que exige la presencia de los tres; estos síntomas son: dificultad para mantener la atención, elevada actividad motriz e impulsividad.

La American Psychological Association APA (2001), menciona la clasificación de este trastorno en varios subtipos: (a) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (problemas para mantener la atención, gran actividad motriz e impulsividad); (b) Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (dificultad para ejercer un control voluntario sobre la atención con conductas impulsivas con predominio de dificultad de autocontrol) y (c) Trastorno por déficit de atención tipo residual: hay impulsividad y dificultad en mantener la atención pero la motricidad está normal (predomina la dificultad de atención).

Esta subdivisión está basada en la frecuencia e intensidad de los síntomas: Predominantemente Inatento (TDAH), en el cual los niños tienen seis o más síntomas de inatención y cuatro o menos síntomas de hiperactividad/impulsividad. Predominantemente hiperactivo/impulsivo, con seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad y cuatro o menos de inatención y el combinado, con seis o más síntomas en ambas dimensiones.

Han existido múltiples teorías sobre el origen y evolución histórica de este trastorno, Holguín, et al. (2005) alude que el inicio de esta perturbación se remonta hasta mediados de 1500, cuando William Shakespeare (1564 – 1616), por boca de un personaje de Enrique VIII, habla de “una enfermedad de la atención”. Jhon Locke, gran pensador y educador inglés, deseaba “que se llevara un remedio para la inquietud, desobediencia, y agresividad de ciertos niños”.

Sobre este mismo tema, Moraga (2008) en su texto “Evolución en el Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida”, hace una reseña sobre este tema iniciando desde el año 1845, año en el cual el psiquiatra alemán Einrich Hoffmann, se hizo famoso en su práctica con niños, publicando una serie de libros y poemas infantiles describiendo dos casos de TDA, en uno de ellos, titulado “The Story of Fidgety Philip”, se reflejaba el caso de un niño que presentaba todas las características de un TDAH de predominio hiperactivo-impulsivo. Otro poema de ese mismo libro, titulado “The Story of Johny Head-in-Air”, relataba el caso de un niño que tenía el comportamiento propio de un paciente con TDAH de predominio inatento. Posteriormente Sir George F. Still, en el año 1902, publica una serie de artículos en la revista Lancet en los que describe casos de niños impulsivos con trastornos de conducta genéticamente determinados y que en la actualidad se diagnosticarían como TDAH. Still, 1902, relacionó estos problemas con el retraso mental y con un déficit en lo que él llamaba “control moral”.

Bourneville citado por Mardomingo (2002) describe en 1896 un grupo de niños con síntomas de intranquilidad, conductas destructivas y escaso control de los impulsos, patología que denominó con la expresión “niño inestable”

Mendiguchía citado por Mardomingo (2002) menciona que en el libro “Anomalías mentales de los escolares” de Philippe y Paul Boncour en 1905 hacen referencia a un tipo de niños difíciles caracterizados por inestabilidad motriz y psíquica. Finalmente Mardomingo (2002) señala que no fue sino hasta 1914 que Heuyer atribuye a estos trastornos a factores sociales y ambientales en su libro “Niños anormales y delincuentes juveniles”.

García (2003) menciona que en 1937 el uso de las anfetaminas afectaba la hiperactividad psicomotriz, estimulantes que en la actualidad se pueden adquirir para uso clínico y se prescriben para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El TDAH fue denominado inicialmente como Disfunción Cerebral Mínima, sobrevalorando la influencia de la lesión cerebral en la aparición del trastorno, en especial por los trabajos de Strauss (1937), los cuales hicieron aún más énfasis en la existencia de una lesión cerebral que explicaba la existencia de los síntomas y desde 1950 se describe esta patología como Síndrome Hiperkinético debido a la inquietud motora de los pacientes. Desde los años 1960 se describe el Síndrome del Niño Hiperactivo, y posteriormente el del déficit de Atención.

En 1968 aparece por primera vez este trastorno en las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas de la American Psychiatric Association (DSMII), luego en 1980, la atención se dirige básicamente hacia la atención sostenida y el control de impulsos, se destaca el Modelo Atencional de Douglas, el cual revolucionó lo que hasta ese momento se definía como síndrome reactivo hiperkinético e impulsó el término TDAH, que se utiliza hoy en día. (Moraga, 2008).

En 1980 (DSM-III) se cambia el nombre de Reacción Hiperkinética de la Infancia a Trastorno por Déficit de Atención (con o sin Hiperactividad) (TDA con H, TDA sin H), poniendo más énfasis en la inatención y la impulsividad. Desde el 1994 (DSM-IV) se llama TDAH, y hay tres tipos (combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo), según los síntomas predominantes que presente el niño. (Soutullo, 2007).

Ruiz, Gutiérrez y Garza (2005) mencionaron las actualidades diagnósticas y terapéuticas del TDAH; presentando como evidencia científica, los estudios recopilados sobre neuroquímicos, morfométricos, genéticos y de neuroimágenes, apoyando un claro

sustento biológico en su etiología, en donde los factores ambientales pueden jugar un papel importante como el caso del entorno socio/familiar quienes no predisponen a padecer el TDAH pero si pueden mejorar o agravar su sintomatología y consecuencias.

Vera, Ruano y Ramírez (2007) mencionan en su estudio que “son claras tanto la agregación familiar, como las anormalidades cerebrales estructurales y funcionales que el TDAH presenta” (p. 435). A partir de ellas, sólo se han implicado fuertemente hasta el momento en su etiología los genes del receptor 4 de la dopamina y el de su transportador; pero la búsqueda de las conexiones entre los otros genes que regulan el proceso de transmisión de las catecolaminas y el TDAH continuará, pues estos genes constituyen el factor heredado más importante que determina las manifestaciones de esta entidad.

Otro punto de vista de estudio del TDAH puede ser desde la correlación del mismo con otro trastornos, uno de ellos que se puede discriminar es el caso de los niños con TDAH y ansiedad, sobre todo aquellos situaciones en donde se vincula la historia familiar de ansiedad, que es muy prevalente en los 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 (Artigas-Pallares, 2003).

Holguín, et al (2005) se refieren a la ansiedad en niños y la presencia también de TDAH, en la cual la ansiedad aparece durante el período escolar y mejora en épocas de menor estrés; posiblemente se asocia a fallas crónicas en la interacción social o académica y con frecuencia el tratamiento del TDAH disminuye los síntomas de ansiedad.

López, Serrano y Sánchez (2004) se refieren al caso de la ansiedad a la posibilidad de encontrar la presencia de inatención e inquietud, pero la clínica está asociada a preocupaciones o temores y no a un trastorno que tiene su comienzo antes de los siete años y que manifiesta una relativa cronicidad o persistencia.

Recientes investigaciones de Vera, et al (2007) sugieren que las alteraciones del comportamiento relacionados con el TDAH tienen un base neuroanatómica y/o bioquímica, definiendo la atención como “la capacidad de escoger entre un conjunto de estímulos, el que sea de verdadero interés” (p. 436) y distribuyen las funciones atencionales en el sistema posterior que se orienta a estímulos novedosos y un sistema anterior que se encarga de las funciones ejecutivas, en donde incluye la corteza parietal, los colículos superiores y el núcleo pulvinar, que recibe inervación noradrenérgica procedente del locus coeruleus.

A este respecto, Vera, et al (2007) también aseguran que la noradrenalina (NA) es el centro que inhibe la descarga espontánea de las neuronas que incrementa la tasa de estímulo relevante de las células blanco logrando que el sistema posterior se oriente e involucre en un estímulo novedoso, para luego pasar al sistema anterior ejecutivo el cual integra la corteza pre-frontal (CPF) y la circunvolución anterior del cíngulo.

La reactividad de la CPF y el cíngulo anterior a las señales que ingresan está modulada primariamente por las aferencias dopaminérgicas procedentes del área ventral del segmento mesencefálico. Las fibras ascendentes estimulan los receptores D1 post-sinápticos en las neuronas piramidales en la CPF y el cíngulo anterior las cuales a su vez, facilitan la llegada a los receptores excitatorios N-metil-D-aspartato (NMDA) de las aferencias provenientes del sistema posterior de atención. De este modo, la dopamina (DA) permite la entrada selectiva a la CPF y al cíngulo de las aferencias excitatorias

reduciendo la actividad neuronal irrelevante de las neuronas durante el desempeño de una función ejecutiva. En condiciones normales, los transportadores dopaminérgicos la absorben para que luego se pueda reutilizar (Vera, et al., 2007).

Esta teoría se ha podido evidenciar de forma más clara a través de las neuroimágenes y el avance tecnológico que estas han tenido, pues se ha podido delimitar algunas áreas cerebrales críticas en las cuales posiblemente asienta el trastorno pues se ha encontrado que la corteza prefrontal derecha, el núcleo caudado, el globo pálido y algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen un tamaño más reducido en los niños hiperactivos respecto a los niños normales. (Vera, et al., 2007).

Estos investigadores también concluyeron que la cabeza del núcleo caudado izquierdo es significativamente menor que la del derecho en los pacientes afectados. En niñas con TDAH se ha visto disminución bilateral del volumen prefrontal posterior, así como de ambos núcleos caudados y del globo pálido izquierdo. También se observó disminución del volumen del vermis cerebeloso, especialmente en el lóbulo posteroinferior. (Vera, et al., 2007).

Los estudios con tomografía por emisión de positrones (PET de sus iniciales en inglés) muestran una disminución en el metabolismo cerebral de la glucosa a nivel frontal, en otros, una disminución del flujo sanguíneo regional en estructuras neocorticales y frontales, más marcado en el hemisferio derecho.

Si se toman en conjunto, los hallazgos presentados, orientan hacia una disfunción de las vías neurales prefronto-estriatales sobre todo, pero no exclusivamente, derechas, en los individuos con el TDAH si se comparan con sujetos normales (Vera, et al., 2007).

Por el momento sigue la incógnita de por qué estas estructuras cerebrales son más pequeñas en quienes sufren el trastorno, aunque se sospecha que la presencia de mutaciones de algunos genes muy activos en estas áreas cerebrales desempeña un importante papel en este sentido. En este mismo tema se han destacado otros autores Rotta, Ohlweiler y Soncini (2007) relacionando el TDAH con el síndrome del hemisferio derecho en lo que se refiere al desarrollo de funciones que tienen que ver con el éxito del individuo en la sociedad, y están relacionadas con las áreas corticales superiores que participan o son responsables de funciones como: atención, memoria, memoria integrada, noción de esquema corporal, psicomotricidad en general, comprensión y utilización del lenguaje no verbal; habilidades referidas a aspectos pragmáticos del lenguaje; adecuación social y aprendizaje. En síntesis, el hemisferio derecho propicia la percepción y la memoria, permitiendo el entendimiento y la interacción del individuo con objetos, animales y personas.

En Colombia, en la revisión realizada por Martínez-León (2006) destaca el estudio elaborado por Bará-Jiménez, Vicuña, Pineda y Henao (2003), en donde estudiaron las características neuropsicológicas y de la conducta de los niños con TDAH en una muestra de la ciudad de Cali, encontraron similitudes con otros estudios nacionales e internacionales. Se infirió y corroboró la presencia de las dimensiones cognitivas y conductuales del trastorno con independencia de los aspectos culturales y regionales. Los resultados arrojaron una confirmación de que los niños inatentos presentan un coeficiente intelectual (CI) más bajo, además de deficiencias en la velocidad perceptual, y en consecuencia de tener un coeficiente intelectual normal, registran entre 7 y 15 puntos por debajo del resto de la población.

Según Barkley (1997) estas falencias se deben en la dificultad en las funciones ejecutivas, debido a que son aquellas acciones autodirigidas que le permiten al individuo autorregularse y son la memoria no verbal, autocontrol de la activación, motivación y el afecto, y la reconstitución; pues en conjunto permiten internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro y así maximizar a largo plazo los beneficios para el individuo.

Como se puede apreciar los adelantos científicos en el campo del TDAH son cada día con más validez y soporte empírico, sin embargo falta un acuerdo absoluto en como conceptualizar este trastorno, lo que si se evidencia de forma explícita es un déficit neurobiológico hacia el sector del lóbulo frontal, ocasionándole problemas al niño a nivel de atención, comportamental y motora lo que si tiene una repercusión directa y proporcional frente al desarrollo académico, social y de acción, impidiendo así un adecuado funcionamiento del infante.

Con relación a la prevalencia el déficit atencional por hiperactividad es una de las problemáticas más prevalentes hoy en día en la población infantil. Las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables a nivel mundial. La APA considera que la prevalencia está entre un 3 y un 7 % (APA, 2000). Debido a la imprecisión del diagnóstico, basado en criterios subjetivos y cuya apreciación puede variar a lo largo del tiempo, las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables y pueden ser superiores al 15%. Aunque el coeficiente intelectual puede ser normal o alto, el rendimiento escolar suele ser bajo, especialmente en la adolescencia y suele haber una comorbilidad importante: 35.2% trastorno oposicional desafiante, 25.7% trastorno de conducta, 18.2% problemas depresivos y 25.8% problemas de ansiedad (Green, 1999 citado por Caballo y Simón, 2007).

Según estudios epidemiológicos de Cubero (2006) referidos a la OMS y la Asociación Psiquiátrica Americana, los porcentajes de prevalencia son: Estados Unidos entre un 3 y 5%, Puerto Rico: 9,5%; Canadá: 9%; Colombia:16%; Nueva Zelanda: entre 2% y 6%; Alemania: 4%; China: entre un 6% y 9%; Ucrania: 12,6%. Hay mayor sintomatología en los niños que en las niñas, ya que los primeros son más propensos a padecer el trastorno, con una proporción que va desde 2 a 1, hasta 9 a 1, dependiendo el subtipo. Con referencia a esto el estudio que llevaron a Gaub y Carlson (1997) citado por Martínez-León (2006) en su revisión basado en el criterio de género, en la cual no encontraron diferencias significativas sobre este tema, respecto a impulsividad, tareas académicas, funcionamiento social, habilidades motoras finas, educación parental o depresión parental. Por otra parte entrando en una comparación entre los géneros, las niñas con TDAH presentaron más inconvenientes a nivel intelectual, así como tasas más bajas en hiperactividad como en conductas externalizantes.

Lo cierto es que este trastorno se ha convertido en una constante preocupación a nivel de los padres como de los profesores, pues el trastorno cada vez incide de forma ascendente y directa en la vida académica de los niños (bajo rendimiento) así como en las exigencias de conducta que se exigen en las instituciones escolares y estatutos sociales como la culminación de tareas, logros, el control sobre los útiles escolares, quedarse quieto, quedarse sentado, la atención y concentración en clases, el no hablar en horas inapropiadas, la no impulsividad frente a esperar el turno, no interrumpir o hablar cuando otra persona lo hace, entre otras, lo que ocasiona en el niño que padece el trastorno deficiencias en las habilidades sociales y por tanto baja autoestima (Martínez-León, 2006)

En relación a este tema, Escobar y Hervas (2008) realizaron una exploración sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y la forma de asociación con un deterioro en varias dimensiones de calidad de vida y el desarrollo de trastornos psiquiátricos comórbidos, su objetivo es el de evaluar el impacto de la enfermedad de los subtipos de TDAH en niños con diagnóstico inicial y sin tratamiento, en una muestra de 124 niños (80 de subtipo combinado, 25 inatento y 19 hiperactividad-impulsividad) entre 6 y 12 años de edad con nuevo diagnóstico de TDAH y sin tratar, encontraron que los subtipos combinado e inatento se asociaron con mayor gravedad del trastorno, más trastornos psiquiátricos comorbidos y peor calidad de vida, que el subtipo con predominio de hiperactividad/impulsividad.

Artigas-Pallarés (2003) menciona en su revisión sobre Neurología Pediátrica que “El trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es, junto con la dislexia, la causa más importante de fracaso escolar” (p.12). Castañeda y Vázquez (2006) citado por Soutullo (2007) concluyeron que en México, la frecuencia del TDAH en la ciudad de Sonora es mayor que en otras regiones de ese país; los datos de su estudio detectaron un 19.5 % y que predominaba más en niños que en niñas con una relación de 3:1 a 7:1 hombre-mujer. Adicionalmente encontraron que la forma hiperactiva-impulsiva era más frecuente y la combinada la que tenía menor porcentaje.

Gómez-Londoño (2005) citado por Pineda, Aguirre, Puerta y Lopera (2006) el TDAH es el problema de conducta más frecuente en los niños(as) de edad escolar, en Colombia, presentándose en niñas con problemas cognitivos y de la atención, contrario a la presentación en niños donde el TDAH se muestra con impulsividad – agresividad, lo que los hace más propensos a los accidentes.

Estudios en la ciudad de Manizales, evidenciaron una prevalencia alrededor del 16.1% Pineda, Ardila, Rosselli, Arias, Henao y Gómez (1999); Pineda, Ardila, Rosselli, Arias, Henao y Gómez (1999), prevalencia que Pineda, Aguirre, Puerta y Lopera, (2001) confirmaron en otro estudio, donde la prevalencia ascendió a un 17.1%; adicionalmente Martínez-León (2006) en su revisión literaria menciona que este trastorno fue más común en hombres que en mujeres, presentando comorbilidad con problemas de aprendizaje, trastorno oposicionista desafiante y con problemas de conducta, aunque también están asociadas algunas condiciones neuropsicológicas.

En Medellín con base en un estudio observacional descriptivo de corte transversal (tipo encuesta), con confirmación clínica realizado en las escuelas y colegios de la ciudad de Sabaneta, se estableció una prevalencia de 13.7 y 22.6%, con unas diferencias significativas en el diagnóstico de los subtipos inatento (30.1%) y combinado (43.8%) e hiperactivo (26%). (Cornejo y Osío, 2001 citado por Cornejo Sánchez, y Osio, 2006). Dentro de este mismo estudio se estableció según cita Cornejo, et al. (2006) una prevalencia de 15.86% , teniendo en cuenta el coeficiente de inteligencia con unos rangos que se aproximaron a 80 o más puntos en los resultados de la prueba, asimismo, en otro grupo en el que no se exigió un valor mínimo en la prueba de inteligencia, se determinó un 20.43% de prevalencia; de igual forma se encontró que la comorbilidad más frecuente es la relacionada con la dificultad de aprendizaje (15.1%), seguida por el trastorno desafiante-oposicional (5%), ansiedad generalizada y trastorno de la conducta con (2.7%), valores inferiores halados en otros estudios, en los cuales se ha informado de una frecuencia del 7% de estos trastornos en los niños inatentos y hasta en el 50% de los escolares con hiperactividad e impulsividad Cornejo, et al (2006,) o en un 23% de los inatentos y hasta en el 80% de los hiperactivos (Wolraich, 1996 citado por Cornejo, et

al. 2006). Las diferencias se explican por los orígenes diferentes de las muestras poblacional o clínica.

Pineda, et al (1999) realizaron un estudio en la ciudad de Manizales, con base en los niveles de vida especificado a través de los estratos socioeconómicos del 1 al 6, estableciendo una muestra de 540 niños y adolescentes entre 4 y 17 años, a quienes dividieron en tres grupos (de 4 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 17 años) y en tres estratos socioeconómicos, bajo (1 y 2), medio (3 y 4) y alto(5 y 6) .estableciendo una prevalencia del 16.1% muy superior a la informada en los estudios de población norteamericana., al igual que una prevalencia del 3.3% para TDAH tipo I o combinado, del 4.3% para TDAH tipo II o inatento y del 8.5% para TDAH tipo hiperactivo-impulsivo. Además encontraron que los niños de estratos socioeconómicos bajos puntuaron puntuaciones proporcionalmente más altas en las variables de hiperactividad, agresión, atipicidad, aislamiento y problemas de conducta.

Vinaccia, Alzate y Tobón (2005) citado por Martínez-León (2006) plantean la hipótesis sobre la posibilidad de que la alta prevalencia del TDAH en el contexto colombiano, estuviera relacionada con los altos niveles de violencia del país; hipótesis que a consideración de los mismos, requiere ser tratada con mayor investigación y análisis, pues consideran que los datos aún continúan siendo estimativos por lo que se pueden asumir como datos preliminares para el fortalecimiento de nuevos estudios con un alto grado de validez y confiabilidad.

Respecto al mismo tema de prevalencia, Pineda, et al (2006) analizaron la utilidad de una lista de 18 síntomas del trastorno por déficit de atención/ hiperactividad TDAH en 342 niños y adolescentes de ambos sexos de la población general de la ciudad de Manizales, y en 214 en niños y adolescentes de ambos sexos de 151 familias del aislado

genético de Antioquia. Tanto en la muestra de la población general como en la de las familias la lista de síntomas mostró que el grupo de TDAH tuvo un número significativamente mayor de síntomas en las dimensiones de inatención, hiperactividad-impulsividad y en la escala total. En la muestra de la población general el análisis encontró que la escala puede diferenciar tres grupos (control, combinado e inatento). El cuestionario tiene una sensibilidad y una especificidad de 81,1% para una puntuación total de 18,5. En las familias antioqueñas la sensibilidad y especificidad estuvo por encima del 84% en la escala de inatención y en la puntuación total.

Con cierta frecuencia se escucha la opinión de que se están diagnosticando demasiados casos de este trastorno, al confundir la hiperactividad con la inquietud propia de determinadas fases del desarrollo; o bien con el carácter “movido” de algunos niños. Sin embargo los estudios muestran que, en realidad, se detectan muchos menos casos de los que en realidad existen. Es muy ilustrativo en este sentido el trabajo de Froehlich, Lanphear, Epstein, Barbaresi, Katusic y Kahn (2007) en el que se valora la prevalencia del TDAH según criterios DSM IV en una muestra de más de 3000 niños. En este estudio se comprobó que sólo un 47,9% de los niños que cumplían criterios del trastorno habían sido diagnosticados previamente y sólo un 32% fueron tratados.

Lo que marca una profunda exigencia en el adecuado diagnóstico del TDAH, ya que la inquietud motora tiende a enmarcarse dentro un rango patológico, y más aún cuando esta actividad se ve incrementada, hacia un modo adaptativo y un adecuado desarrollo infantil, debido a la curiosidad y la necesidad de explorar el entorno, sin embargo, en los niños con este trastorno, el aumento de actividad parece responder más a una necesidad interna de moverse que al interés por conocer lo que les rodea. A quienes los

observan les parece que les “han dado cuerda”; o que están movidos por una especie de “motor interno” más que por su necesidad de explorar ó curiosoear (Pineda, et al.2006).

Es por eso que es importante la necesidad de explorar los síntomas que el niño presenta que más o menos se inicia en la enseñanza elemental, cuando se afecta la adaptación escolar, de ahí es relevante examinar a qué edad comenzaron los síntomas, su severidad, frecuencia, y persistencia; y cuántos problemas causaron en la vida diaria. Se puede corroborar y complementar la información ofrecida por el paciente con la información transmitida por los padres y hermanos, o por los maestros y reportes escolares.

Algunos expertos critican que el DSM IV TR indique que el trastorno debe haber estado presente antes de los 7 años (Criterio B) ya que, en algunos casos, resulta muy difícil valorarlo retrospectivamente. Además no hay datos que apoyen la elección de ese límite de edad y no otro (Barkley, 1997).

En los adolescentes es fundamental preguntar sobre consumo de alcohol y tóxicos, principalmente cannabis, y si hay dudas hacer una analítica de tóxicos en orina. Esto es imprescindible en adolescentes, y muy necesario en mayores de 11 años que tengan problemas de oposicionalidad ante las normas, que fumen tabaco, o que tengan otros signos de riesgo de abuso de sustancias como tatuajes o piercings (cuantos más tatutajes y más piercings, y más agresivos sean éstos más probabilidad de que hay un trastorno psiquiátrico o de abuso de sustancias asociado). (Martínez – León, 2006).

La comorbilidad de TDAH con otros trastornos es un aspecto fundamental en los diferentes estudios. Ruiz, et al. (2005) señalan con respecto a la comorbilidad del TDAH que cerca de 65% de los pacientes con TDAH tienen un trastorno comórbido o asociado al momento de establecer el diagnóstico, lo cual resalta la necesidad de realizar

una valoración integral e individual en cada paciente. Las principales entidades asociadas son los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta, los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos bipolares.

Soutullo (2007) señala que el TDAH frecuentemente se acompaña de otros problemas en niños. Suele haber más problemas cuanto más tiempo ha pasado el TDAH sin tratamiento correcto. Los trastornos que con frecuencia acompañan al TDAH son el trastorno oposicional desafiante, los trastornos del humor (depresión o enfermedad bipolar).

Martínez-León (2006) menciona que la relación y asociación entre los niños con TDAH y los niños con problemas de aprendizaje se da en forma consistente y especialmente los problemas relacionados con lectura y dificultades en aritmética, de igual forma expone que las proporciones varían dependiendo de la definición y la dificultad de aprendizaje.

Artigas-Pallarés (2003), relaciona la comorbilidad de TDAH con otros trastornos como el Síndrome de Tourette; los Trastornos generalizados del desarrollo, en los que menciona que en sus formas más leves, con inteligencia normal, pueden ser muy difíciles de separar del TDAH.; los Trastornos de la comunicación a los cuales también los denomina como trastornos específicos del lenguaje (TEL), y los conecta 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; trastornos de conducta (TC), los cuales constituyen, junto con las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDAH.

Es por lo tanto difícil determinar si los TC representan un trastorno comórbido o simplemente son una de las manifestaciones principales del TDAH. Sin embargo, si el punto de mira se fija en los casos más graves de TC, se hace patente que se trata de trastornos distintos asociados que se potencian mutuamente. Ello no contradice que exista un gran solapamiento sintomático entre ambos trastornos.

La concurrencia de TC, o TOD, se ha estimado entre el 15 y el 60% de los niños con TDAH. Por el contrario, si se contempla el problema desde la vertiente del TC, resulta que entre el 69 y el 80% de preadolescentes con TC presentan los criterios para TDAH. Sin embargo, en la edad adolescente las formas 'puras' de TC, sin TDAH, son más prevalentes; Trastornos del desarrollo de la coordinación; Trastornos Depresivos y Trastornos de Ansiedad, refiriéndose a estas dos últimas como muy importantes en la incidencia que se tiene con TDAH (Artigas-Pallarés.2003. p. 14),

Artigas-Pallares (2003) menciona que la comorbilidad del TDAH con el Trastorno de Ansiedad es mucho mayor de la que se esperaría por azar y al igual que para los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas, por lo que no siempre es fácil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o bien su falta de autoestima, derivada del TDAH, le ha hecho desarrollar una conducta ansiosa.

Al respecto Leija (2005) en su estudio sobre la correlación del TDAH con el trastorno depresivo y el Trastorno de Ansiedad en niños concluye que la mayor parte de la población del estudio realizado no presenta un Trastorno Depresivo ni un Trastorno de

Ansiedad concomitante al TDA. Se encontró que dicha correlación sólo se presentaba en un 20% de los niños para ambos trastorno, y los niños que presentaron depresión, presentaron también ansiedad, así como que los niños con un TDA de tipo inatento tienden más a tener este tipo de sintomatología que los otros subgrupos de TDA, más específicamente, este grupo de niños, reflejó sentimientos de incapacidad al enfrentarse a sus problemas y al relacionarse con otros satisfactoriamente, lo que genera en ellos sentimientos de soledad y pobre autoestima. Cabe mencionar, que en el resto de la muestra, es decir en niños hiperactivos e impulsivos o ambos, se encontró menor sintomatología que en el grupo antes mencionado.

Todos los síntomas y características mencionados anteriormente de los niños que presentan TDAH no solo presentan un gran solapamiento con otros trastornos, sino además, presentan una relación de acuerdo al subtipo al cual el niño con TDAH presenta. Con respecto, a esto se menciona que los diferentes estudios e investigaciones sugieren consistentemente que existen diferencias en la prevalencia de los problemas de aprendizaje entre los subtipos. Roselló, Amado y R.M. (2000) citan los resultados de los estudios de Lamminmäki y cols. Lahey y cols., en los cuales coinciden en señalar que el grupo de TDAH y el grupo combinado presentan más problemas académicos, que el grupo Hiperactivo impulsivo y que el grupo control. Además, el porcentaje de problemas de lectura es más alto en el grupo de los TDAH y de problemas de matemáticas en el grupo de combinados.

Otro aspecto que menciona el estudio de Roselló, et al. (2000) es la información relativa a los problemas externalizantes/ internalizantes; el autor señala que los subtipos del TDAH también al parecer difieren respecto a la asociación con los trastornos típicos de internalización y de externalización.

Los estudios empíricos llevados a cabo refieren una asociación significativa de los trastornos internalizantes en el grupo de niños TDAH sin hiperactividad, mientras que, por el contrario, el grupo de niños con un TDAH con hiperactividad, presenta una tasa superior de trastornos externalizantes. Los sujetos en los que el déficit atencional no aparece asociado a manifestaciones de hiperactividad es más probable que reciban un diagnóstico de ansiedad o trastorno afectivo, y tienden a ser evaluados como más ansiosos que los sujetos del grupo con hiperactividad. Por otra parte, la investigación pone de manifiesto que los niños con TDAH con hiperactividad son más agresivos, menos colaboradores y que suelen ser más rechazados por sus compañeros que los niños con un TDAH sin hiperactividad. Además, es mucho más frecuente que se les asigne un diagnóstico concomitante de trastorno oposicionista desafiante (TOD) o trastorno de conducta, que a los niños con un TDAH sin hiperactividad.

Además de esto, Milicic y Gorostegui (2006) destacan la compatibilidad y comorbilidad del TDAH con depresión y manía en la infancia, trastornos de conducta disruptivos, cuadros ansiosos, abuso de sustancias, etc.; sumada a la superposición de síntomas que hacen que el diagnóstico diferencial del TDAH no sea una tarea fácil para lo cual sugieren una evaluación clínica tendiente a descartar enfermedades que presentan como síntoma principal, manifestación, inicio o evolución un problema de falta de atención, pues se estima que el 50% de los niños con TDAH presentan comorbilidad con otras psicopatologías.

Dentro de algunas diferencias que enmarcan a este trastorno, dependen de algunos rasgos relacionados con la edad, el sexo y la fuente en donde se obtengan, además del lugar y nivel socioeconómico, por ejemplo, en la adolescencia, la comorbilidad con trastornos de conducta y depresión suelen aumentar significativamente en relación con

etapas anteriores, la incidencia de comorbilidad del TDAH con otros trastorno también se da con trastorno oposicionista desafiante en un 30-40%, trastorno de conducta (7 – 9 años) 14.3%, depresión 9-38%, desordenes por ansiedad 25%, trastorno bipolar 12-14%, trastornos específicos del aprendizaje 9 a 30%.

Detectar la comorbilidad tiene importancia para el diagnóstico, en la medida que el cuadro asociado puede afectar la expresión de los síntomas, el pronóstico y la respuesta al tratamiento, ya sea farmacológico o ambiental, un ejemplo, es el planteado por Hetchman, (2000) citado por Milicic y Gorostegui (2006), la comorbilidad del TDAH con Ansiedad, o en general con los desordenes internalizados, la respuesta a los tratamientos con psicoestimulantes es inferior que para otros grupos, mientras otros estudios muestran que con los trastornos de conducta, los psicoestimulantes demostraron efectos positivos sobre la atención disminuyendo las conducta agresivas.

Estas autoras, también destacan la frecuente coexistencia y comorbilidad del TDAH, según el área comprometida tanto a nivel biológico, funcional, de desarrollo y de problemas familiares o del ambiente, y subrayan:

A Nivel Biológicos

Destacan la relación del trastorno con aspectos biológicos vinculados con las variaciones temperamentales, lesiones del sistema nervioso central SNC, retardo mental, tumores o abscesos del lóbulo frontal, déficits sensoriales, visuales y auditivos, así como también el uso de medicamentos que afectan la atención: antihistamínicos, fenobarbital, etc, y problemas tiroideos; los cuales producen una comorbilidad con otros cuadros como los trastornos de aprendizaje de lenguaje no verbal (LNV), Síndrome de Guilles de

la Tourette, Trastorno de Asperger, Trastorno Primario de Vigilancia (TPV) (Milicic y Gorostegui, 2006),

A Nivel Funcional

Destacan la coexistencia o comorbilidad con Trastorno Opositor Desafiante (TOD), en un 45% de los niños; Agresividad, Trastorno del ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastornos Adaptativos con conductas Disruptivas, Trastornos Específicos de la Conducta y Trastorno de Conducta, respecto a este último, Castro (2000) citado por Milicic y Gorostegui (2006) manifiesta que el 69% al 80% de los preadolescentes presentan criterios para el TDAH, con un pico de aparición alrededor de los 6.5 años, en los cuales los estudios de seguimiento apuntan a riesgo de personalidad antisocial, criminalidad, otros trastornos psiquiátricos, pobre ajuste social y adicciones

Peschel, et al. (1992) citado por Milicic y Gorostegui (2006) aproximadamente el 25% de los niños con TDAH (en su mayoría niños menores y varones) también sufren trastornos funcionales tales como ansiedad la cual varía entre el 20 – 25 % de los casos, en la que se presenta superposición de síntomas, ya que por lo general son síntomas somáticos, tales como dolores abdominales y otros, y a la vez se niegan síntomas que también pueden acompañar a la ansiedad como las compulsiones, obsesiones, entre otras; Asimismo se puede presentar depresión o algún tipo de discapacidad de comunicación o aprendizaje.

A Nivel de Desarrollo

Trastornos específicos del aprendizaje

Problemas familiares o del ambiente

Relacionan los problemas atribucionales al colegio, metodológicos, crisis familiares (separaciones, abuso, maltrato, etc.), problemas de estilos de crianza, ambientales caóticos, ausencia de normas.

Frente a este mismo tema, Artiga y Pallares (2004), consideran que el TDAH puede manifestar problemas de diagnóstico diferencial con ansiedad y depresión especialmente, y teniendo en cuenta que nuestro interés de estudio se relaciona con los diferentes subtipos de TDAH y su correlación con la ansiedad, es necesario realizar una descripción detallada de los mismos especialmente sobre la definición y características de los Trastornos emocionales, y particularmente en aquellos vinculados con los Trastornos de Ansiedad.

Con respecto a la definición de estos trastornos emocionales, parte con la depresión, definición con la cual, se han presentado muchas confrontaciones por parte de los diferentes autores, teniendo en cuenta que fue conceptualizada en un marco de la psicopatología del adulto, y que a partir de los años setenta se empezó a reconocer la existencia de la misma en la infancia. Rosello,2000

No obstante, la depresión infantil es una entidad que se expresa de manera más heterogénea, lo cual se despliega como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento.

Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausalidad, a lo que se suman: (a) Las características propias de los niños, quienes por estar en proceso de desarrollo, presentan a menudo dificultades para identificar y

verbalizar emociones; (b) Las diferentes expresiones sintomatologías según las distintas edades; (c) Las características propias e individuales del niño; y finalmente (d) La posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas (Montenegro, 1994; Zamora, 1994; Marcelli & Ajuriaguera, 1996; Simón, 1996; Polaino, 1998; Méndez, 2002; Vail, 2005; Hazell, 2002. citado por Milicic y Gorostegui, 2006)

Los diferentes estados de ánimo bajo son frecuentes en cualquier niño o adolescente y deben diferenciarse de la depresión como síntoma, como síndrome y como trastorno. (Loubat, Aburto y Vega (2008).

Teniendo en cuenta que los niños con TDAH presentan una mayor incidencia de depresión que la población general se hace importante realizar un amplio diagnóstico diferencial que permita determinar y diferenciar cuando un niño/adolescente de acuerdo a sus características presenta un trastorno depresivo, un TDAH (Comeche y Vallejo, 2005)

Holguín, et al (2005), mencionan que los niños referidos por depresión tienen una tasa mayor de TDAH y tienden a presentar irritabilidad, negativismo, aislamiento social, pobre desempeño escolar y síntomas somáticos. En este mismo artículo se menciona que se ha reportado una tasa de depresión mayor en niños con TDAH de un 30 por ciento, la cual se incrementa con el tiempo hasta un 40 por ciento contrastando con 5 por ciento en controles; un 70 por ciento de niños referidos por depresión leve o moderada tenían TDAH. Mientras más temprano fue el inicio de la depresión más alta fue la prevalencia de TDAH.

Lo mencionado anteriormente es de suma importancia considerando que muchos de los niños y adolescentes que llegan a consulta han sido erróneamente diagnosticados sin tener muchas veces en cuenta las características propias de desarrollo, por lo que se

hace cada vez mas prioritario presentar un claro conocimiento del concepto y las características que definen e involucran un trastorno depresivo en edades infantiles. (Comeche y Vallejo, 2005)

De igual manera que la depresión , otra de los Perturbaciones que se incluye dentro de los Trastornos Emocionales es el Oposicionista desafiante (TOD), el cual se caracteriza por un patrón persistente de conducta marcadamente negativa, desafiante, desobediente, provocativa y hostil, en ausencia de otros comportamientos antisociales o agresivos que violen las normas y los derechos de los demás y que están claramente fuera de los límites normales del comportamiento, en relación a niños de la misma edad y contexto sociocultural (Soutullo, 2007).

Milicic y Gorostegui (2006) refiere que la comorbilidad asociada al TDAH varia según estudios poblacionales o clínicos, de acuerdo con los instrumentos o baterías diagnosticas utilizadas, el tiempo de seguimiento y la edad de los pacientes entre otros.

Milicic y Gorostegui (2006) también relacionan la frecuencia de coexistencia es del 5% del TDAH con el trastorno oposicionista desafiante y del 2.7% con los trastornos de conducta., asimismo, informa una frecuencia del 7% de estos trastornos en los niños inatentos y hasta en el 50% de los escolares con hiperactividad e impulsividad o en un 23% de los inatentos y hasta en el 80% de los hiperactivos; las diferencias se explican por los orígenes diferentes de las muestras poblacionales o clínicas

Nigg (2001) citado por Martínez-León (2005) menciona que los niños de edad preescolar y los niños con TDAH frecuentemente exhiben un trastorno oposicionista desafiante, en su artículo afirma que los problemas de conducta o agresión son asociados con el TDAH de tipo combinado y los estudios longitudinales sugieren una distinción entre TDAH tipo combinado con o sin Trastornos de conducta. En el mismo artículo la

autora menciona que a pesar de observarse un nivel alto de co-ocurrencia, la evidencia apoya también diferencias significativas entre TOD, TC Y TDAH.

Ansiedad

Otros de los trastornos con los cuales surge comorbilidad en el TDAH son los trastornos de ansiedad, tema de análisis de la presente investigación, y la cual es bastante común en niños y adolescentes, ya que conforma un grupo de problemas que tienden a mantenerse hasta la vida adulta, con mucha frecuencia con secuelas psicológicas, familiares y académicas.

Esta asociación se establece en un amplio rango como lo reseña Anderson JC, et al., (1987) citado por Milicic y Gorostegui (2006) quien lo describe entre el 1% al 24.6%, aunque la autora encontró en sus propios estudios un 5% de los escolares a quienes se les había diagnosticado el trastorno de hiperactividad y déficit de atención.

Méndez, Olivares y Bermejo (2006) hacen alusión hacia el análisis topográfico de la ansiedad y distinguen tres tipos de respuestas:

Psicofisiológicas

El denominador común es el notable incremento de la activación vegetativa, que se refleja principalmente en: (a) *Respuestas electrodérmicas*: el aumento de actividad de las glándulas sudoríparas se manifiesta, sobre todo en las palmas de las manos sudorosas, húmedas o pegajosas, produciendo un incremento de la conductancia de la piel; (b) *Respuestas cardiovasculares*: el aumento de las contracciones cardíacas en frecuencia (taquicardia) e intensidad (palpitaciones), eleva la presión arterial y la tasa del pulso. Los cambios en el flujo sanguíneo varían la coloración de la piel (enrojecimiento

o palidez) y la temperatura (calor o frío súbitos); (c) *Otras respuestas*: aumento del tono muscular, que puede producir movimientos espasmódicos y percibirse como entumecimiento o tensión en diversas zonas del cuerpo; incremento de la tasa respiratoria, que se percibe como sensaciones de ahogo, acompañado a veces de suspiros, etc.

Motoras.

(a) *Respuestas de evitación activa*: el niño o adolescente lleva a cabo una acción que obvia la aparición de los estímulos que provocan las respuestas de ansiedad; (b) *Respuestas de evitación pasiva*: el niño o adolescente deja de realizar una acción logrando que los estímulos evocadores de las respuestas de ansiedad no se presenten; (c) *Respuestas de escape*: el niño o adolescente se aleja del objeto temido cuando se encuentra de forma inesperada con él por presión social; (d) *Respuestas motoras alteradas*: si las condiciones fuerzan al niño o adolescente a mantenerse en la situación temida, aparecen perturbaciones de la conducta motora verbal (voz temblorosa, bloqueos, repeticiones, etc.), y no verbal (tics, temblores, muecas faciales, etc.).

Cognitivas.

Pensamientos e imágenes mentales relacionadas con la situación fóbica: (a) *Percepción de estímulos amenazadores*: el perro tiene un aspecto muy fiero, la oscuridad es peligrosa, etc.; (b) *Evaluación negativa del repertorio conductual de afrontamiento*: soy miedoso, no me atrevo, etc., (c) *Preocupación por las reacciones somáticas*: ¿y si me desmayo?, ¿y si me mareo?, ¿y si vomito?, ¿y si me orino?, etc. (d) *Rumiaciones de escape/evitación*: no pienso ir al dentista, en el recreo me marché a casa, etc.; (e) *Expectativas de daño*: el gato me arañará, me va a doler la inyección, etc.

De igual forma Méndez, et al (2006) llevan a cabo el análisis funcional en donde se revela que la ansiedad depende de dos clases de estímulos: (a) *Externos*. Estimulación física, insectos, precipicios, agua, heridas, procedimientos médicos invasivos, transportes públicos, túneles, puentes, etc., y situaciones sociales: hablar en público, iniciar o mantener conversaciones, asistir a fiestas, dirigirse a figuras con autoridad, concertar una cita con una persona del otro sexo, etc. (b) *Internos*: El malestar generado por los cambios psicofisiológicos, la preocupación por la propia reactividad o por el desempeño personal, etc.

Milicic y Gorostegui (2006) aluden que es muy difícil establecer un diagnóstico diferencial entre TDAH y los trastornos de ansiedad, debido a que, igual que en otros cuadros, hay superposición de síntomas. Sin embargo, existen algunas diferencias en la observación clínica; aunque la inatención y la inquietud motora es común para ambos cuadros, en el TDAH.; se manifiesta más impulsividad, inatención e inquietud que en los cuadros ansiosos. Por otra parte, los niños ansiosos presentan menos problemas sociales que los niños TDAH con conductas disruptivas externalizantes.

De acuerdo al DSM-IV-R de American Psychiatric Association APA (2000), los niños podrían ser diagnosticados con cualquiera de los nueve trastornos de ansiedad que incluye: Trastorno de Ansiedad por separación, Trastorno de Pánico, agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Fobia social/ Trastorno de ansiedad social, fobias específicas, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de estrés postraumático, y Trastorno por estrés. De estos, los más relacionados y /o los que de alguna manera comparten mayor número de síntomas con el TDAH se encuentra el Trastorno de ansiedad por separación (TAS), definido por Artigas – Pallares (2004) como una condición psicológica en el cual un niño / adolescente o adulto presenta una excesiva

ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego, tal como la madre o el padre.

Caballo y Simón (2007) argumenta que el TAS se caracteriza por una reacción de ansiedad excesiva ante la separación del hogar o de las personas a las que el niño está vinculado; estas figuras de vinculación suelen ser padres, especialmente la madre.

El DSM-IV-TR APA (2000) caracteriza este trastorno por una ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto al hogar o de las personas con que se vincula y pone en manifiesto la duración del mismo por lo menos durante 4 semanas, con un inicio que se da antes de los 18 años, y cuya alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. También señala tres diferencias: se considera más grave, aparece a edades más tempranas y el tiempo mínimo requerido para su diagnóstico es menor.

Los síntomas del TAS son: Signos de estrés al ser separado del sujeto motivo del apego (tal como un otro significativo, madre u hogar); Preocupación persistente y excesivo acerca de perder el sujeto motivo del apego ; Preocupación persistente y excesivo acerca de que algún evento vaya a llevar a la separación de un sujeto motivo de un apego importante; Temor excesivo a estar solo sin el sujeto motivo del apego; Renuencia o rechazo a dormir sin que esté cerca un sujeto motivo del apego; Pesadilla recurrente acerca de la separación. (Artigas – Pallares 2004)

A menudo el TAS es un síntoma de una condición comórbida. Existen estudios que muestran que los niños y niñas que lo sufren tienen mayores probabilidades de tener TDAH, trastorno afectivo bipolar, trastorno de pánico y otros desórdenes luego en la vida

Examinando otros de los trastornos asociados a la ansiedad, se encuentra el Trastorno de Pánico (TP) cuya característica esencial según DSM-IV-TR APA (2000), es la presencia recurrente de ataques de pánico, que pueden durar minutos u horas y consisten en una serie de síntomas aversivos, somáticos y cognitivos, que a menudo alcanzan su máxima intensidad en los primeros 10 minutos, antes de disminuir gradualmente.

Los síntomas más característicos: palpitaciones, sacudidas de corazón o elevación de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores; sensación de ahogo o falta de aliento; sensación de atragantarse; opresión o malestar torácico; náuseas o molestias abdominales; inestabilidad, mareo o desmayo; sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo); miedo a perder el control o volverse loco; miedo a morir; parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo; escalofríos o sofocos (Caballo y Simón, 2007).

Caballo y Simón (2007) también aluden que la mayoría de los individuos que sufren un TP experimentan ansiedad generalizada entre los episodios de pánico, ansiedad anticipatoria (preocupación acerca de la futura ocurrencia de los ataques de pánico) y agorafobia. La agorafobia puede o no ocurrir en el contexto de un TP. Esta se define como un temor intenso de encontrarse en situaciones de las cuales puede ser difícil o embarazoso escapar o pedir ayuda en caso de que se presente algún síntoma. Como resultado de esto los individuos con dicho trastorno restringen su participación en actividades cotidianas que tienen lugar fuera del hogar, o necesitan una compañía cercana cuando viajan a sitios desconocidos o viven tales situaciones con ansiedad intensa, cuando la agorafobia presenta un elevado nivel de gravedad, la persona puede decidir permanecer siempre en casa.

APA (2000) en el DSM-IV-TR el TP presenta dos subcategorías: sin agorafobia y con agorafobia. Sin agorafobia se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes, o al menos uno de los ataques de pánico se ha seguido durante un mes o más, además se da ausencia de agorafobia, así como los ataques de pánico no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia psicoactiva o a una enfermedad médica. Los criterios del TP con agorafobia son los mismos del TP sin agorafobia, excepto por la presencia de este síntoma.

Algunos investigadores como Kearney, Albano, Eisen, Allan y Barlow (1997) citados por Caballo y Simón (2007) en sus estudios en donde examinaron empíricamente a un grupo de niños con TP encontraron la mayoría con agorafobia y los comparan con un grupo de control de chicos con trastorno de ansiedad sin pánico (tomando una muestra total de 40 jóvenes). Su objetivo fue investigar las variables sobre las cuales existía comorbilidad, los ambientes evitados, la gravedad de los síntomas y sensibilidad a la ansiedad. Las comparaciones con el grupo control tuvieron como fin averiguar si era posible discriminar con adecuada validez cada una de estas poblaciones.

Los resultados mostraron que los síntomas frecuentes en el grupo experimental (TP) presentaban quejas somáticas tales como pulso acelerado, escalofríos, y temblor o nerviosismo, los síntomas más graves fueron dificultad respiratoria, sensación de desmayo, pulso acelerado y asfixia. Con referencia a los ambientes más frecuentes evitados incluían ascensores, restaurantes, multitudes, salones, parques y almacenes., también se concluyó que estos jóvenes presentan significativamente más diagnóstico de depresión que de ansiedad sin pánico, mientras que los chicos con TP mostraron más diagnóstico y preocupación acerca de cambios en la función corporal, particularmente en lo referente a dificultades respiratorias.

Con respecto a la Ansiedad Generalizada (TAG) constituye uno de los diagnósticos de ansiedad más común en niños y adolescentes al igual que el trastorno de ansiedad específica. (Caballo y Simón, 2007).

De acuerdo al DSM-IV-TR, APA (2000) el TAG presenta una tasa de prevalencia de aproximadamente el 3% a lo largo de un año y de un 5% a lo largo de la vida.. Se ha encontrado que los síntomas del TAG son más prevalentes entre los 12 – 19 años que entre los 5 – 11 años (Strauss, Lease, Last y Francis, 1987, citados por Caballo y Simón, 2007). Asimismo se ha encontrado diferencias de genero, ya que ocurre más en niñas que en niños, pues los hallazgos generales de literatura sobre trastornos de ansiedad en adultos, el TAG, al menos de la adolescencia en adelante, ha sido diagnosticado más frecuentemente en mujeres que en hombres (Silverman y Ginsburg, 1995 citados por Caballo y Simón, 2007). Frente este mismo tema el DSM-IV-TR indica que muchos individuos con un TAG informan que se han sentido ansiosos y nerviosos toda su vida.

Otro de los trastornos presentes dentro de los trastornos de ansiedad es la Fobia Social, la cual se caracteriza por un miedo intenso y persistente en respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público de la propia persona, está teme a actuar de un modo que sea humillante o embarazoso (Bados, 2001.).

Botella y Baños (2003) definen la fobia social, como un marcado miedo a (y muchas veces evitación) de situaciones en que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros, o a que se noten sus síntomas de ansiedad, es decir, se trata de situaciones en las que la persona cree que puede ser evaluada u observada por los demás, con independencia de que esto sea así realmente o no.

Desde el punto de vista clínico de la niñez y la adolescencia, en su revisión Caballo y Simón (2007) frente a este problema refiere que se manifiesta en los niños que de forma estable, interactúan poco con sus iguales y mantienen relaciones insuficientes y/o insatisfactorias con ellos, permaneciendo mucho tiempo solos, se aíslan de los demás, exhiben un estilo pasivo e inhibido de relación y sufren ansiedad social (temor en situaciones sociales y miedo a la evaluación negativa), por lo que evitan activamente distintas situaciones sociales de su vida cotidiana.

Los criterios diagnósticos para la fobia social según CIE 10 OMS (1992) citados por Bados (2005) en la fobia social existe un miedo exagerado a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes). Puede haber una preocupación a ruborizarse, temblar, tener náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que su problema principal es alguno de estos síntomas de la ansiedad.

Para establecer un diagnóstico de fobia social, Botella, Baños (2003), indican que se también se requieren los siguientes criterios: Los síntomas psicológicos, conductuales o cognitivos son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas. Puede temerse una sola situación social o casi todas ellas fuera del círculo familiar. La situación fóbica es evitada cuando ello es posible.

De acuerdo al DSM-IV-TR, APA (2000), la característica principal de este cuadro, establece “una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta notablemente alterada e inadecuada para el nivel de desarrollo del sujeto y que se inicia antes de los 5 años de edad”. Se incluyen dos subtipos, inhibido y desinhibido, en este

caso, es de interés el tipo inhibido en el que se produce una alteración dominante de la relación social en donde reside la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado a nivel de desarrollo del sujeto, como por ejemplo, mezcla de acercamiento, evitación y resistencia

Con respecto a la Fobia Específica, Bados (2005) la determina como una consecuencia de la exposición a un estímulo fóbico, el cual produce una respuesta inmediata de ansiedad que puede llegar incluso a ataque de pánico; en los niños la ansiedad puede manifestarse mediante lloros, rabietas, inmovilidad o aferrarse a otra persona. Los adultos, pero no necesariamente los niños, reconocen que su miedo es excesivo o irracional.

De acuerdo con el DSM-IV APA (2000), en las fobias específicas se da un miedo intenso y persistente que es excesivo o irracional y es desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicos: animales, lugares cerrados, alturas, oscuridad, tormentas, vuelos, ver sangre, recibir inyecciones (intravenosas, musculares), intervenciones médicas (por ejemplo dentales), tragar alimentos sólidos, conducir un coche, aguas profundas. Conviene matizar que en la fobia a la sangre suelen aparecer náuseas y desvanecimiento y no siempre se da el miedo.

En comparación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 Organización Mundial de la Salud (1994/2000) citado por Bados (2005) requieren la presencia de síntomas de ansiedad (de la misma lista de 14 síntomas citada para el pánico) que se hayan manifestado en algún momento desde el inicio del trastorno. Además, la CIE-10 especifica que los síntomas de ansiedad deben limitarse a la situación temida o a la contemplación de la misma. Entre las posibles situaciones fóbicas

la CIE-10 incluye tener que utilizar urinarios públicos y hacer exámenes (Organización Mundial de la Salud, 1992, 1994/2000 citado por Bados, 2005).

El DSM-IV APA (2000) citados por Bados (2005) distingue los siguientes tipos de fobias específicas (a) *Animal*. El miedo es causado por uno o más tipos de animales. Los animales más temidos son las serpientes, arañas, insectos, gatos, ratas, ratones y pájaros (Antony y Barlow, 1997, citado por Bados, 2005). (b) *Ambiente natural*. El miedo es provocado por situaciones naturales: tormentas, viento, alturas, agua, oscuridad; (c) *Sangre/inyecciones/heridas (SIH)*. El miedo es inducido por la visión de sangre/heridas, por recibir inyecciones u otras intervenciones médicas invasoras, por la realización de un análisis de sangre y/o ver o hablar de intervenciones quirúrgicas. También se han incluido en este apartado el miedo a los hospitales, ambientes médicos y dentales, instrumental médico y olores de medicinas, aunque no está claro si constituyen una subtipología. Estos fóbicos no temen la visión de su sangre menstrual o la manipulación de carnes rojas. (Bados, 2005); (d) *Situacional*. El miedo es inducido por situaciones específicas tales como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, volar en avión, coches (conducir o viajar), lugares cerrados (Bados, 2005), (e) *Otro tipo*. El miedo hace referencia a otro tipo de estímulos. Se incluyen situaciones que pueden conducir al atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad (cáncer, SIDA); la fobia a los espacios (miedo a caerse si no se está cerca de paredes o de medios de sujeción); y los miedos de los niños a los ruidos fuertes y a las personas disfrazadas

En el estudio de Lipsitz y cols. (2002) citados por Bados (2005) el 90% de las fobias a animales, el 84% de las fobias a la sangre/inyecciones y el 67% de las fobias de tipo ambiente natural (alturas) empezaron en la infancia (? 12 años) en comparación a sólo el 18% de las fobias de tipo situacional (conducir, ascensores, espacios cerrados). Otros

han señalado que las fobias de tipo situacional suelen tener una edad de comienzo bimodal con una elevación en la infancia y otra en la mitad de los 20 años. En los adultos, el trastorno tiende a ser crónico a no ser que se reciba tratamiento; en concreto, la remisión espontánea en la vida adulta se calcula en alrededor del 20% (American Psychiatric Association, 1994/1995). Cuanto mayor es el número de fobias específicas o miedos específicos acompañando a estas, menor es la probabilidad de recuperación (Curtis y cols., 1998, citados por Bados, 2005).

Para Méndez, et al (2006) las fobias específicas se consideran fundamentalmente reacciones adquiridas. Rachman (1977) citados por Méndez, et al (2006) y se propone tres vías de adquisición: el condicionamiento directo, el aprendizaje por observación y/o la transmisión de la información. Tradicionalmente, se ha destacado la importancia del condicionamiento clásico en la génesis y del condicionamiento operante en el mantenimiento de las respuestas fóbicas. Sin embargo, en el curso del desarrollo es posible que los adultos moldeen inadvertidamente o intencionalmente ciertos miedos infantiles, reforzando conductas de temor y extinguiendo o castigando el comportamiento apropiado.

Otros autores como Bragado y García Vera.(1998) citados por Méndez, et al. (2006). refieren que algunos niños con ansiedad de separación se les ha reforzado sistemáticamente la dependencia Con respecto a la comorbilidad, la fobia específica a diferencia de otras fobias y trastornos de ansiedad, los problemas psicopatológicos (p.ej., ansiedad generalizada, depresión), son menos frecuentes (Brown y cols. 2001 citados por Bados, 2005)

Estos autores realizaron un estudio en el que hallaron que de 110 pacientes con fobia específica (principalmente de tipo situacional), sólo el 34% presentaron algún trastorno

comórbido actual del Eje I. El 33%, 27% y 10% recibieron respectivamente al menos un diagnóstico adicional actual de trastornos de ansiedad o depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos (los porcentajes fueron 56%, 45% y 36% para diagnósticos actuales o pasados). Los diagnósticos actuales más frecuentes fueron otras fobias específicas (15%), fobia social (9%), trastorno de pánico con agorafobia (5%) y trastorno de ansiedad generalizada (5%; 7% sin tener en cuenta el criterio de que el trastorno no ocurriera exclusivamente durante un trastorno afectivo). Sólo un 3% y un 4% de los pacientes presentaron depresión mayor y distimia, respectivamente. Las fobias específicas (principalmente de tipo situacional, que son las que suelen comenzar más tarde) tendieron a preceder a otros trastornos de ansiedad y afectivos con las excepciones de la fobia social (que tendieron a aparecer antes) y el trastorno de ansiedad generalizada (con igual probabilidad de precederlas y seguiras). (Bados, 2005).

Es probable que la comorbilidad sea más elevada en los fóbicos específicos que presentan fobias situacionales que en los que presentan otro tipo de fobias (animal, SIH). (Brown y cols., 2001, Bados, 2005).

Por otra parte, cuanto mayor es el número de miedos específicos que un fóbico específico tiene, mayor es la probabilidad de que presente uno o más del resto de trastornos de ansiedad (Curtis y cols, 1998 citados por Bados, 2005). En niños, la fobia específica se asocia frecuentemente con trastorno de ansiedad por separación y con el antiguo trastorno de hiperansiedad (Sandín, 1997, citados por Bados, 2005)ç

Cornejo, et al. (2006) en su estudio en Sabaneta, Colombia, refiere que la comorbilidad asociada al TDAH con los trastornos de ansiedad y las fobias se han descrito en un amplio rango, que va del 1% al 24.6%, asimismo se encontró que el 5% de los escolares a quienes se les había diagnosticado el trastorno de hiperactividad y

déficit de atención. De igual forma se encontró un rango del 3.6% en comorbilidad del TDAH con los trastornos afectivos.

Según Rodríguez, Maglio y Keegan (2006) una de las mayores causas de mantenimiento del trastorno Obsesivo Compulsivo TOC, son *los pensamientos intrusivos* (considerados como fenómenos comunes) pues se constituyen en la materia prima de las obsesiones, es decir, pueden transformarse en tales dependiendo del significado que sea. Sistemas de creencias, las cuales están relacionadas con el proceso de adscripción de significado, el más estudiado es la fusión pensamiento-acción (Rachmann 1993, 1997,2003; Rassin, Merckelbach, Muris y Spaan 1999, Craske, Barrios y Holguín 2002, citados por Rodríguez, et al. 2006).

Estas creencias hacen referencia a la tendencia de las personas con TOC a considerar pensamientos y acciones como equivalentes respecto de sus consecuencias éticas (vertiente moral) o bien suponer que la probabilidad de que acontezcan algunas situaciones aumenta si se piensa en ellas (vertiente probabilística).

Aunque otros autores como Masegué (2008), manifiesta que existen tres factores fundamentales en el mantenimiento del TOC son: Situación de estrés, factores ambientales y experiencias

Rodríguez (2008) expresa como mantenedores del TOC, la ansiedad derivada de pensamientos intrusivos (obsesiones) y los impulsos (compulsiones), los cuales son habitualmente considerados como ajenos a los propios razonamientos (egodistonicos), visto desde la perspectiva que se establece dentro de la línea de pensamiento de la niña, llevar a cabo cada uno de los actos (por alivio o placer) o como se podría definir desde el DMSIII como aquella experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto, ya que es un acto consiente inmediato del individuo.

Cornejo, et al (2006) en su estudio en Sabaneta Colombia determina una comorbilidad del TDAH con TOC en un 0.9% en los escolares en estudio, lo cual puede ser interesante para sugerir la necesidad de terapias coadyuvantes en estos pacientes, ahora que se sabe que las manifestaciones clínicas del TDAH en pacientes con TOC son una verdadera comorbilidad y no síntomas de una ansiedad producida por el TOC.

Otro de los trastornos incluidos dentro de esta misma gama de perturbaciones ansiosas se destaca el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el cual a diferencia de los demás trastornos de ansiedad descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2000), requiere de la identificación de un suceso provocador : la exposición a un estímulo estresante traumático, aunque es de destacar que por lo general estas experiencias se enfatizan por su intensidad y naturaleza, con lo que producen miedo, terror y desamparo extremos y son referidas como horrendas, además de que son impredecibles e incontrolables

Frente a esto el DSM-IV-TR APA (2000), citado por Caballo y Simón (2007) destaca los siguientes criterios de diagnóstico:

La persona ha experimentado, presenciado o enfrentado a un (os) acontecimiento (s) que entrañan peligro real, amenaza de muerte o lesiones serias, o constituye una amenaza para la propia integridad física o la de los otros. La respuesta del sujeto debe incluir terror, desamparo u horror intensos. En el caso de los niños, esto puede expresarse por medio de un comportamiento desorganizado, agitado. El suceso traumático se reexperimenta de forma persistente. Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general (ausente antes del trauma). Presencia de síntomas persistentes de aumento de la activación (ausente antes del trauma). La duración de las perturbaciones que se prolongan por más de un mes. El trastorno causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, escolar, etc.

El TEPT en niños era, hasta 1991, un problema de salud que había pasado desapercibido y aun hoy en día, no se cuenta con datos precisos de su prevalencia. Tanto en el caso de la población adulta como en la infantil, la prevalencia del TEPT se ha estimado a partir de la ocurrencia de acontecimientos tales como desastres, accidentes, actos violentos, etc. De ahí, que se calcula que $\frac{3}{4}$ partes de la población se ha expuesto a acontecimientos que podrían causar TEPT. De los expuestos, la tercera o cuarta parte termina por desarrollarlo (Green, 1994 citado por Caballo y Simón, 2007). Con referencia a los niveles de prevalencia de TPET en niños, refiere asociaciones entre la intensidad y magnitud del trauma con la sintomatología del trastorno. Nader, Pynoos, Fairbanks y Frederick (1990) citados por Caballo y Simon (2007), encontraron TEPT en un 74% de los niños directamente expuestos a una experiencia traumática catorce meses después del suceso y tasas proporcionalmente menores en niños no directamente involucrados con el suceso.

Relacionando todo la gama de perturbaciones ansiosas, Artigas-Pallarés (2004) menciona que el niño ansioso suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar, junto algunos síntomas que se confunden con los propios del TDAH, como son inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño. También en los casos de comorbilidad con ansiedad puede ocurrir, al igual que con la depresión, que los padres no tengan percepción de los sentimientos ansiosos del hijo.

Con base en lo anterior, Artigas-Pallarés (2004) también menciona que 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. Sin embargo, también en este caso, existe un gran solapamiento con el tipo de

TDAH preferentemente disatencional. Un dato interesante para discriminar los niños con TDAH y ansiedad es la historia familiar de ansiedad, que es muy prevalente en los niños ansiosos

En el caso de la Ansiedad es posible la presencia de inatención inquietud, pero la clínica esta asociada a preocupaciones o temores y no a un trastorno que tiene su comienzo antes de los siete años y manifiesta una relativa cronicidad o persistencia, paralelamente la depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud, apatía o pérdida de ilusión, y ser frecuentemente episódica, por contraposición del TDAH. (Artigas-Pallarés, 2004).

Roselló, et al (2000) en su estudio Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, mencionan que de acuerdo a los resultados la ansiedad generalizada obtuvo correlaciones importantes. El autor menciona que el criterio diagnóstico esta formado por siete ítems, de los que se han de manifestar al menos cuatro de ellos para recibir un diagnóstico positivo.

La característica esencial de este trastorno es la ansiedad y la preocupación excesiva durante un período superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. La ansiedad y la preocupación se acompañan en el niño de al menos uno de los síntomas siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.

De acuerdo a los resultados de este estudio, se determina que el subtipo combinado es el que presenta mayor comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada, en un 19,4%. Valores cercanos a los obtenidos en el subtipo hiperactivo impulsivo con un 15,4% y el subtipo inatento con un 10,7%. Hechos que nos indica que los análisis

estadísticos no han encontrado diferencias significativas en la comorbilidad a este trastorno en los diferentes subtipos de TDAH.

En *segundo lugar*, por lo que respecta a la comorbilidad del TDAH con trastornos de tipo internalizante, la comorbilidad a la fobia específica es superior en el subtipo hiperactivo inatento, cual se observan unos índices del 7,1%. Un porcentaje algo inferior se aprecia en el subtipo combinado (5,6%), mientras no se advierte comorbilidad asociada en el subtipo hiperactivo impulsivo. A pesar de que la tendencia es que el subtipo inatento presenta mayor comorbilidad a la fobia específica, no se han encontrado diferencias significativas entre este subtipo y el combinado en este trastorno internalizante. Aun así, la tendencia continúa indicando que es el subtipo combinado el que mayor índice de psicopatología manifiesta con un 8,3%, frente al 3,6% del subtipo inatento y ningún caso en el subtipo hiperactivo-impulsivo (Roselló, et al 2000).

Objetivos

Objetivo general

El objetivo de este estudio fue identificar si hay asociación entre los subtipos mixto e inatento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la ansiedad en un grupo de niños, niñas y adolescentes que asistieron a consulta clínica del Hospital Militar Central de Bogotá.

Objetivos específicos

Describir los resultados de la aplicación de la prueba denominada Minikid a un grupo de 56 niños, niñas y adolescentes del Hospital Militar Central, con antecedentes de Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Determinar los subtipos de comorbilidad entre el sub tipo mixto e inatento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Ansiedad en un grupo de niños y adolescentes del Hospital Militar Central en Bogotá.

Establecer la asociación de la comorbilidad entre el subtipo mixto e inatento del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno de Ansiedad en un grupo de niños y adolescentes de 6 a 16 años del Hospital Militar Central en Bogotá.

Hipótesis

H₀

El tipo de trastorno de ansiedad no depende del subtipo mixto e inatento del déficit de atención con hiperactividad

H₁

El tipo de trastorno de ansiedad depende del subtipo mixto e inatento del déficit de atención con Hiperactividad

Método

Tipo de estudio

Se llevo a cabo un estudio empírico analítico con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La elección de la muestra se desarrolló en un contexto clínico, concretamente en el departamento de psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, cuya selección se estableció por conveniencia y no de forma probabilística debido a la dificultad de acceso a la población.

Participantes

La muestra se dio a raíz de la selección de un grupo de 56 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico confirmado de TDAH según Criterios Estadísticos del DSM IV T-R (APA 2000), de los cuales 11 fueron de género masculino y 45 de género femenino, con edades que variaron entre los 7 y 16 años.

El diagnóstico de TDAH en el Hospital, se realizó a partir de una evaluación psiquiátrica con entrevista semiestructurada y la valoración por neuropsicología a través del protocolo institucional y la determinación del Cociente Intelectual (CI). El criterio diagnóstico de TDAH se realizó de manera conjunta entre psiquiatría, pediatría y neuropsicología.

Descripción del Instrumento

Se indagó respecto a las variables de trastornos de ansiedad, a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI kid 1997), (Ver Apéndice B) dirigida a los niños y adolescentes (de 6 a 17 años 11 meses); es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve que explora, para el diagnóstico, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáinz, Bousoño, 2002).

La MINI kid abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y relacionados con los trastornos de ansiedad objetivo de este estudio, atañe los módulos relacionados con el Trastorno Depresivo Mayor, Riesgo Suicida, Agorafobia, Distimia, Hipomanía, Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad por Separación. Las respuestas de cada uno de los módulos se responden con “sí o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo (Sheehan y cols.2000 citado por Pineda, 2006).

Con referencia a la confiabilidad y validez de la versión en español de la MINI kid, según un estudio realizado en México en el 2004, la confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente; dentro de una escala de 0 a 1, en la que 1 es el máximo valor de validez, estableciendo .60 como un porcentaje bueno.

La validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 de acuerdo a lo reportado en la reunión de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (Palacios, De La Peña, Heinze, 2004).

Procedimiento

Se llevo a cabo la evaluación con cada participante una vez terminaban su consulta externa en Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, entre los meses de Julio a Noviembre de 2009. Se inicio a partir de la firma del Consentimiento Informado (Ver Apéndice A) y firmado por los padres, quienes autorizaron el procedimiento.

Las entrevistas se ejecutaron de modo individual en uno de los consultorios de psiquiatría propuesto para este fin; cada niño o adolescente se sentó frente a la psicóloga entrevistadora.

Antes de iniciar la entrevista, se explicó a cada niño y adolescente la finalidad de la entrevista así como la confidencialidad de la misma, asimismo, se esclareció los objetivos de los resultados, los cuales formaban parte de una investigación y que a la vez serían usados y/o publicados protegiendo su identidad; una vez los participantes solucionaron sus inquietudes, se procedió a leer cada pregunta o afirmación, utilizando el método de parafraseo, para asegurar la percepción y entendimiento de los diferentes puntos, a los que los participantes respondieron de forma oral.

Cada respuesta se registró en la hoja de respuestas respectiva, escrito con tinta negra, ubicándolos en las casillas de respuestas de los módulos seleccionados. Cada entrevista duró cerca de 20 minutos; al final se revisaron las respuestas e incluyeron en las casillas designadas a los criterios diagnósticos.

Luego esta información se introdujo a la base de datos previamente diseñada y validada, se realizó el procesamiento de los datos, para lo cual se contrato a un profesional en estadística y se procedió a la elaboración del documento.

Análisis de los datos

En cuanto a los análisis cuantitativos, se realizaron análisis descriptivos de las variables y se utilizó el Análisis de Correspondencias como técnica estadística que permite poner de manifiesto gráficamente las relaciones existentes entre las diversas modalidades de dos o más variables categóricas a partir de la información proporcionada por tablas de frecuencias cruzadas. Para establecer la asociación entre las variables se utilizó la prueba de chi-cuadrado, a un nivel de significancia del 5%. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el SPSS para Windows, versión 17.

Consideraciones Éticas

Teniendo en consideración que el presente trabajo forma parte de una investigación científica en la cual participaron niños, niñas y adolescentes, es importante mencionar los principios éticos en los que fueron basadas cada una de los objetivos y procedimientos realizados en este estudio.

Dichos principios éticos están basados en el código del psicólogo los cuales tienen en cuenta los siguientes aspectos:

Al trabajar con participantes humanos, es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación. Se debe respetar su privacidad. Los participantes tienen

derecho a ser protegidos de daño físico y psicológico y a ser tratados con respeto y dignidad.

De igual forma, el participante humano puede elegir si participa o no en la investigación o si se retira en cualquier momento, sin recibir ninguna consecuencia negativa por negarse a participar o por retirarse de la investigación.

Todo participante humano tiene derecho al anonimato cuando se reporten los resultados y a que se protejan los registros obtenidos.

En el caso de niños pequeños o de personas con limitaciones severas, el consentimiento informado lo firmará el representante legal del participante.

Resultados

Clasificación de la muestra según subtipos de tdah y tipos de trastornos de ansiedad

La muestra estuvo conformada por 56 niños, niñas y adolescentes de los cuales el 20% fueron niños y el 80% niñas. Siendo la edad más frecuente los niños de 8 años con el 12%. El promedio de edad fue de 10.25 (2,6 DS). Ver tabla 1

Respecto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, los resultados muestran que, de los 56 niños y adolescentes evaluados, 41 presentan el subtipo mixto, lo que corresponde a un 71,9%, 15 de ellos presenta el subtipo inatento, lo que corresponde a un 26,3%. (Tabla 1).

Tabla 1.

Características de las participantes según género, edad y Tipo de TDAH

Variables (n,%)	N=56 (100)
Edad	
Rango	7-16 años
Género	
Masculino	11 (20)
Femenino	45(80)
Tipo de TDAH (n, %)	
Inatento	15(26)
Mixto	41(72)

Cómo se observa en la tabla 2, los participantes que tienen subtipo de trastorno Mixto en su mayoría son de género femenino. Y los casos observados con tipo de trastorno inatento, corresponden al 75%.

Tabla 2.

Tipos de TDAH según género

	Masculino Frecuencia (%)	Femenino Frecuencia (%)
Inatento	9 (75)	6 (13,3)
Mixto	3 (25)	38(84,5)

Respecto a los Trastornos de Ansiedad, los resultados hallados muestran que 8 de los evaluados, correspondiente al 14%, presentan trastorno depresivo mayor, y 14 presentan riesgo de padecerlo, lo que corresponde a un 26,6% de los evaluados. Por otra parte, el 61,4% de los evaluados no presenta el trastorno.

Acerca del trastorno de angustia, los resultados permiten establecer que 13 de los evaluados, es decir el 22,8%, presenta el trastorno, un 17,5% está en riesgo, mientras que el 59,6% no lo presenta, lo que corresponde a 34 evaluados.

De los 56 evaluados, los resultados muestran que un 8,8% de los niños presenta agorafobia, lo que corresponde a 5 niños, 12 de ellos (21,1%) esta en riesgo de presentarla y 40 correspondiente al 70,2% no presentó agorafobia.

En cuanto a la evaluación del trastorno de ansiedad por separación, en los resultados se observa que un 19,3% de los niños y adolescentes presenta el trastorno, un 29,8% se encuentra en riesgo y un 50,9% no lo presenta.

En la tabla 3 se presentan los porcentajes de los Trastornos de Ansiedad que presentan los 56 niños y adolescentes evaluados. Según los rangos de edad, comprendidos entre 7 – 10 años y 11 – 16 años respectivamente.

Tabla 3.

Distribución de resultados según tipo de Trastorno de Ansiedad y Edad de 7 -9 Años

	Si Frecuencia (%)	No Frecuencia (%)	Riesgo Frecuencia (%)
Angustia	6(24)	16(64)	3 (12)
Ansiedad Separación	6(24)	14(56)	5(20)

Distribución de resultados según tipo de Trastorno de Ansiedad y Edad de 10 – 16 Años

	Si Frecuencia (%)	No Frecuencia (%)	Riesgo Frecuencia (%)
Angustia	8(26)	15(48)	8 (26)
Agorafobia	4(13)	17(55)	10 (32)
Ansiedad Separación	5(16)	14(45)	12(39)

Frecuencias de los subtipos de trastorno de ansiedad según tipo de tdah

Respecto al trastorno de angustia, en el subtipo inatento el 26,7% de los evaluados presentó el trastorno, para el subtipo hiperactivo ningún niño lo presentó y en el subtipo mixto un 22% lo presentó.

En relación al trastorno de agorafobia, el 20% del subtipo inatento presentó el trastorno, ningún caso del subtipo hiperactivo lo presentó y un 4,9% del subtipo mixto lo presentó.

Los resultados de comorbilidad entre los subtipos de TDAH y el trastorno de ansiedad por separación se encontraron que el 6,7% de los evaluados del subtipo inatento presentó el trastorno. Ninguno de los casos del subtipo hiperactivo presentó el trastorno, mientras el 24% del subtipo mixto presentó dicho trastorno de ansiedad.

En la Tabla 4, se presentan los resultados de la comorbilidad entre los subtipos de TDAH y los Trastornos de Ansiedad.

Tabla 4.

Distribución de resultados entre los subtipos Mixto e Inatento del TDAH y los Trastornos de Ansiedad.

		TDAH		
		INATENTO	MIXTO	Total
Angustia	Si	4(26,7)	9(22)	13(22,8)
	No	8(53,3)	25(61)	34(59,6)
	Riesgo	3(20)	7(71,1)	10 (7,6)
	Total	15(100)	41(100)	57(100)
Agorafobia	Si	3(20)	2(4,9)	5(8,8)
	No	9(60)	30(73,2)	40(70,2)
	Riesgo	3(20)	9(22)	12(21,1)
	Total	15(100)	41(100)	57(100)
Ansiedad-Separación	Si	1(6,7)	10(24,4)	11(19,3)
	No	7(46,7)	21(51,2)	29(50,9)
	Riesgo	7(46,7)	10(24,4)	17(29,8)
	Total	15(100)	41(100)	57(100)

Asociación entre el Tdah y el Trastorno de Ansiedad

Finalmente, la relación entre el Tipo de Trastorno de Déficit de Atención con Ansiedad separación no es de dependencia. ($\chi^2=4,642$, p-valor=0326). Ver figura 3.

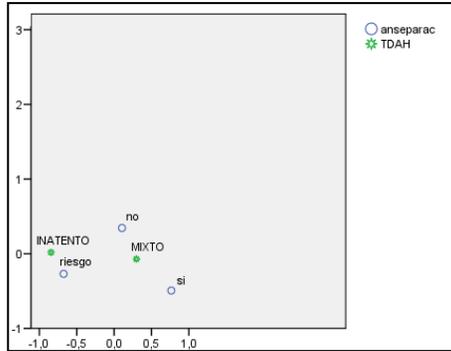


Figura 3. Relación entre TDAH y Ansiedad separación.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra de 56 participantes se encontró que no hay relación entre los subtipos de TDAH y los trastornos de ansiedad. Ver tabla 5.

Tabla 5.

Relación entre los subtipos de TDAH y los Trastornos de Ansiedad.

Asociación	Chi - cuadrado	P (bilateral)
TDAH – ANGUSTIA	,957	,916
TDAH – AGORAFOBIA	3,587	,465
TDAH – ANSIEDAD SEPARACION	4,642	,326

Discusión

Un hecho real es la existencia de comorbilidad relacionada con el TDAH con el desarrollo de conductas disruptivas, a partir de la predisposición temprana del sujeto, que al interactuar con las experiencias ambientales provoca comportamientos desadaptativos, produciendo en el mismo, un cúmulo de experiencias que contribuyen a la formación inadecuada de la autoestima (por ejemplo, rechazo de pares e iguales) y el favorecimiento de un conjunto cognitivo negativo, lo que lleva dificultades posteriores, como la depresión y los trastornos de ansiedad. (Caballo y Simón, 2007, Leija 2005, Holguín, et al., 2008).

Con base en esto y teniendo en cuenta que existen pocos estudios en la población del país, respecto al TDAH y su comorbilidad con la ansiedad, surgió la necesidad de elaborar este trabajo, en donde se estableció la premisa de asociación de la comorbilidad entre el subtipo de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Ansiedad, en una muestra clínica de 56 niños, niñas y adolescentes de 7 a 16 años del Hospital Militar Central en Bogotá.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 20% son niños y el 80% de las niñas presentaron TDA-H contrario a lo encontrado en algunas investigaciones nacionales como la de Pineda, et al. (1999) citado por Cornejo, et al. (2006), efectuada en escolares de 4 a 17 años, se encontró una prevalencia de 19.8% en hombres y 12.3% en mujeres. Situación contraria al resultado del presente estudio, el cual concuerda con los resultados expuestos en otras publicaciones como la planteado por Cornejo y Osio (2001) y Cornejo, et al (2006), quienes encontraron en una población de 460 niños en la ciudad de Sabaneta, entre los 4 y los 17 años, en donde obtuvieron una prevalencia del TDAH

con relación al sexo de 41.7% masculino y 58.3% femenino, y una incidencia según el subtipo de TDAH, encontrando más frecuentemente el tipo combinado con el 43.8%, el tipo hiperactivo con el 26% y tipo inatento del 30.1% , resultados similares a los datos obtenidos en la presente investigación, la cual también presentó una mayor incidencia en el género femenino con un 79%; y unas diferencias significativas en el diagnóstico de acuerdo a los subtipos establecidos con inatento en un 13%; 84.5 % de tipo mixto o combinado y 2,2 % de tipo hiperactivo en comparación con lo encontrado en el género masculino.

Lo anterior también reafirma que la mayoría de la población femenina con TDAH presenta subtipo inatento y las manifestaciones del trastorno se limiten a conductas del ámbito académico y el impacto no sea tan evidente (Pineda, et al. 2006).

Así mismo, los resultados arrojaron que la edad más frecuente en la que se presentó el TDAH fue de 8 años en un 12% en los participantes; El promedio de edad fue de 10.25 (2,6 DS). Se ha señalado que es en esta edad (7-8 años) en la cual se comienzan a evidenciar mayores manifestaciones de ansiedad y mejora en épocas de menor estrés, posiblemente asociadas a fallas crónicas en la interacción social o académica y con frecuencia el tratamiento del TDAH disminuye paralelamente algunos síntomas de ansiedad (Holguín, et al. 2008). Situación que se asemeja a resultados de otros estudios como Cornejo y Osio (2001), Cornejo, et al. (2006), quienes establecieron como la edad más frecuente de presencia de TDAH en la ciudad de Sabaneta fue en la de los 11 años de edad, disminuyéndose hacia la adolescencia.

Respecto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, los resultados muestran que, de los 56 niños y adolescentes evaluados, 41 presentan el subtipo mixto o combinado, lo que corresponde a un 71,9%, 15 de ellos presenta el subtipo inatento, lo

que corresponde a un 26,3%, coincidiendo con las investigaciones al respecto Cornejo y cols. (2005), en su investigación “Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos”) en la cual se encuentra una alta ocurrencia de TDAH-C, el cual tiene mayor comorbilidad con el Trastorno de Ansiedad con un 2.7% al igual que con los problemas de fobias 2.3%. y depresión en 2.3% y trastorno obsesivo compulsivo en un 0.9% no se que tan relevante sea mencionarlo, que opinas de dejarlo o no

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos de ansiedad se han considerado uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil y su comorbilidad con el TDAH es mucho mayor de la que se esperaría por azar. Artigas-Pallares (2003), teniendo en cuenta que existe un amplio solapamiento de síntomas entre el TDAH y el trastorno de ansiedad. Este solapamiento y su comorbilidad con otros trastornos también tienen una relación de acuerdo al subtipo de TDAH que el niño presente Lejía (2005) correlación del TDAH con el trastorno depresivo y el Trastorno de Ansiedad en niños)

De acuerdo a los resultados se observo que con excepción al trastorno por separación, el TDAH de subtipo inatento es el que mayor asociación presenta con el trastorno de Ansiedad; presentándose el Trastorno de angustia en un 26%; trastorno de Agorafobia en un 20% y el Trastorno de Ansiedad por separación en un 6.7%. El trastorno de ansiedad por separación en el subtipo mixto se da en un 24,4%.

A pesar de observarse un bajo índice en general de comorbilidad se podría decir que los participantes con TDAH- de tipo inatento presentan una mayor vulnerabilidad, lo anterior es respaldado por el estudio de Roselló, et al. (2000) en el cual pone en manifiesto que los sujetos en los que el déficit atencional no aparece asociado a

manifestaciones de hiperactividad es más probable que reciban un diagnóstico de ansiedad o trastorno afectivo, y tienden a ser evaluados como más ansiosos que los sujetos del grupo con hiperactividad de niños TDAH-H.

Por lo que respecta a la comorbilidad del TDAH con trastornos de tipo internalizante como el trastorno de Angustia, arrojó en este estudio un porcentaje mayor al TDAH de tipo inatento (26.7%) y con un porcentaje algo inferior el subtipo mixto (22%), lo que difiere con lo mencionado en el estudio de Rosello (2000) que de acuerdo a los resultados evidencia que el TDAH de tipo mixto es el que mayor comorbilidad presentó con los trastornos internalizantes y posteriormente con valores cercanos siguió el de subtipo hiperactivo impulsivo.

En general, los datos arrojados en esta investigación evidencian un índice de asociación de no dependencia con el trastorno de Ansiedad, así como lo respalda otro estudio como es el de Cornejo y Osio (2001); Cornejo, et al. (2006) en la ciudad de Sabaneta, en donde los mayores índices de prevalencia y comorbilidad del TDAH se da con las Dificultades del Aprendizaje en un 15.1%, Trastorno Oposicional Desafiante en un 5.0%, Ansiedad Generalizada y Trastorno de la Conducta cada una con un 2.7%, Lo cual nos señala que la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de ansiedad no mostró una proporción mayor en los subgrupos de análisis, con diferencias estadísticamente significativas como si se estableció en el caso de las dificultades de aprendizaje y el trastorno desafiante-oposicional los cuales mostraron los mayores rangos de comorbilidad.

Sin embargo, aunque los resultados no tuvieron una correlación clínicamente significativa, lo cual nos indica que se puede ampliar en estudios posteriores, si nos muestra una tendencia importante a nivel estadístico de comorbilidad de TDAH con los

trastornos de ansiedad y que esta comorbilidad tiende a incrementarse con el tiempo, no obstante sobre esto punto cabe hacer notar que los rangos de comorbilidad que registra la literatura varían dependiendo la edad, el sexo, la dinámica familiar teniendo en cuenta sus características particulares y la fuente de donde se obtengan, además del lugar y nivel socioeconómico. (Holguín, et al., 2005; Méndez, et al 2006, Cornejo y Osio 2001 y Cornejo, et al. 2006).

Limitaciones y Recomendaciones Para Futuras Investigaciones

Estos resultados, además de ser una evidencia de la presencia del TDAH en niños y adolescentes escolares representa también una evidencia de confiabilidad del instrumento utilizado en la evaluación del TDAH y su comorbilidad con los trastornos de ansiedad, sin embargo, se puede plantear como una de las limitaciones del estudio el difícil acceso a la muestra por su carácter clínico, el cumplimiento a las sesiones por parte de los integrantes de la muestra y en algunos casos excepcionales la continuidad de algunos participantes debido a los traslados laborales de los padres.

Asimismo, de acuerdo al proceso de evaluación se sugiere incluir una Psicóloga Clínica en el grupo de especialistas, que conforman la fase de evaluación de estos niños; Ya que es importante complementar el proceso de diagnóstico de TDAH, con otro tipo de pruebas de evaluación como el Sistema Multidimensional para la Evaluación de la Conducta- BASC (Reynold y Kamphaus, 1992) y la versión Colombiana (Pineda, Kamphaus y col, 1999), Escalas de chequeo para padres de familia y/o cuidadores y profesores., Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST).

Lo anterior, ayudaría a establecer al proceso de evaluación un enfoque multinformante, multimodal e interdisciplinario.

Con respecto a la prueba MiniKid , es un buen instrumento de evaluación que toma en cuenta la respuesta fisiológica y motor, sin embargo, el rango de edad es muy amplio, lo que hace que no tenga en cuenta de modo específico las diferentes características correspondientes a cada una de las etapas de desarrollo. De igual manera no es de desconocer, la relevancia que tiene el evaluar la parte cognitiva,(percepción de estímulos amenazadores, evaluación negativa del repertorio conductual de

afrontamiento, preocupación por las reacciones somáticas, rumiaciones de escape/evitación, y las expectativas de daño), ya que se constituye en un canal fundamental de respuesta en los trastornos de ansiedad, (Caballo y Simón, 2007).

Es de tener en cuenta que los aspectos previamente mencionados pueden influir de manera directa sobre la validez interna de la prueba.

Dentro de las sugerencias que se pueden incluir en la aplicación de la Minikid con otros instrumentos que indaguen un poco más sobre los trastornos de ansiedad se puede trabajar pruebas adicionales de evaluación como criterios del DSM IV a través de lista de verificación, cuestionarios, CMAS-R, auto registros y observación directa. (Caballo, y Simón, 2007).

Otro de los aspectos que se destacan dentro de las limitaciones es el uso de preguntas cerradas, que hace que se limite la obtención de información que pueden ser muy útil en la detección y comprensión de otros aspectos de adaptación o a varios estímulos estresantes vitales., en el caso de la ansiedad.

Aunque una de las ventajas dentro este mismo estudio fue la existencia del previo diagnóstico establecido por psiquiatría y neuropsicología, lo cual contribuye a evitar la pérdida de tiempo en diagnósticos errados, exagerados o producidos artificialmente sobre TDAH.

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2000), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS-III*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association, APA (2001), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS-IV*. Barcelona: Masson
- Almonte, C.; Montt S, M.E. y Correa, A. (2006). *Psicopatológica infantil y de la adolescencia*. Santiago: Edit. Mediterráneo. p 144-170
- Artigas-Pallarés J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*; 38 (Supl 1): S117-S123
- Artigas-Pallarés (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología* N° 36, supl. 1
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Ed. Síntesis S.A. Cap 1, p 11-22
- Bados, A. (2005). *Fobias específicas*. Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Bará - Jiménez, Vicuña Pineda, D.A., y Henao G.C., (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención /hiperactividad de Cali. Colombia. *Rev de Neurologia*, 37, 608-615
- Barkley, R. (1990) *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94

- Barkley R. y Mash E. (2007). *Assessment of childhood disorders*, New York: Guilford Press
- Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. (2002) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 2ª edición. Barcelona: Psiquiatría Editores. Barcelona
- Botella, C. y Baños, R. (2003). *Avance en la sicopatología y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós, Cap 1, p 16-32.
- Caballo, V. y Simón M.A.(2007). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide. p. 60-92
- Capdevila-Brophy, J., Artigas-Pallarés, J.E. y Obiols-Llandrich. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿Síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134
- Castro J. (2000). *Trastornos de la conducta* En: Montenegro, H y Guajardo, H Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago de Chile: Edit. Mediterranea
- Cubero, C.(2006). Los trastornos de atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Revista electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. Universidad de Costa Rica. Enero-Abril. Vol 6. (001).
- Comeche Moreno, M.I. y Vallejo Pareja, M.A. (2005). *Manual de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson, S..
- Cornejo W., Sánchez, Y. y Osío, O. (2006). *Déficit de atención e hiperactividad, bases genéticas, clínicas y terapéuticas*, Fundación Gradadas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención-hiperactividad, Cap 4. Primera Edición. Colombia.

- Escobar y Hervas (2008) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niños con diagnóstico reciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 36 (5):285-294
- Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 61(9):857-864.
- García., G.. (2003). Fármacos estimulantes y psiquiatría infantil. Una revisión de su aplicación en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. *Salud Mental*, abril, año/ Vol. 26 número 002. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México. Recuperado el 12 de Noviembre de 2009 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58222604>
- Gaub, M y Carlson C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review; *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045
- Greene RW, Doyle AE. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev*; 2: 129-148.
- Holguín J, Osio O, Sánchez J, Carrizosa J, Cornejo W. 2005). *Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos*. Antioquia- Colombia.
- Holguín J, (2006). Déficit de atención e hiperactividad. bases genéticas, clínicas y terapéuticas. *Fundación Gradas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención-hiperactividad*. Primera Edición. Colombia. p. 1

- Leija (2005). *Correlación del TDAH con el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad*. Madrid: Piramide
- López Villalobos, J.A., Serrano Pintado, L y Delgado Sánchez, M.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 16(3): 402-407.
- Loubat, M.O. y .Aburto M. y Vega, M. (2008). Universidad de Santiago de Chile, USACH, Chile
- Mardomingo, M.J. (2002). *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte*. Madrid: Narcea, S.A. 284 p
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit de atencional e hiperactividad. *Revista IJCHP*, Vol. 6, (2), 379-399
- Massegué, E. (2008). *Génesis y mantenimiento del TOC. Clínica de la Ansiedad*, Barcelona, España. Recuperado el 18 de Noviembre de 2009 de http://www.clinicadeansiedad.com/02/209/G%C3%A9nesis_y_mantenimiento_d_el_TOC.htm
- Méndez, F., Olivares, J., Bermejo, R., (2006). *Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas*. Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente, Madrid: Ediciones Pirámide. p. 59-89.
- Milicic M Neva, y Gorostegui, M.H..(2006). Déficit de atención e hiperactividad, bases genéticas, clínicas y terapéuticas, *Fundación Gradadas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención-hiperactividad, Cap 3*. Primera Edición. Colombia.
- Moreno, I. (1998). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Moraga, R.B. (2008). *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Draft Editores, S.L. p.7-9,21-27,
- Palacios, De La Peña, F y Heinze, G. (2004). Validez y confiabilidad del MINI KID. Presentando en poster en el congreso de Academia Americana de Psiquiatría Infantil. Washington D,C,
- Puerta. B. (1999). Déficit de atención e hiperactividad: un trastorno neuropsiquiátrico. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 18*, 124-129
- Pineda D., Aguirre D., Puerta y Lopera F. (2006). Utilidad del listado de síntomas para el diagnóstico de trastorno de la atención/ hiperactividad en población general y familias antioqueñas *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. N° 17: 86-102.
- Pineda, D, Ardila A., Rosselli, M., Arias, B., Henao, G.C. y Gómez, L.F. (1999). Prevalence of attention déficit/hiperactivity disorder symptoms in 4 to 17 year old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 455-462
- Pineda D., Henao A., Puerta G.C., Mejía L.C., Gómez S.E., Miranda L.F., Roselli M.L., Ardila M., Restrepo A., Murrelle M.A. y Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencias de atención. *Revista de Neurología, 28*, 365-372
- Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigás-Pallares J. Tratamiento del trastorno oposicional desafiante. *Rev Neurol* 2006; 42: 82-88.
- Rodríguez, R, Maglio, A. L. y Keegan, E. (2006). Adaptación argentina de la escala de fusión pensamiento-acción: resultados preliminares de su aplicación en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, otros trastornos de ansiedad y población no

clínica. *Anuario de Investigación*, 14. Recuperado el 18 de Noviembre de 2009 de <http://www.scielo.org.ar>.

Rodríguez, R. (2008). Perfil cognitivo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: resultados preliminares. *Anuario de Investigación*, 15. Recuperado el 18 de Noviembre de 2009 de <http://www.scielo.org.ar>

Roselló A., L. Amado B. y R.M. Bo. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-192.

Rotta N., Ohlweiler L, y Soncini N.(2007). *Síndromes del hemisferio no dominante*.
Barcelona: Mac Graw Hill

Ruíz, Gutiérrez y Garza. (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.
Actualidades diagnósticas y terapéuticas.

Sgvolden. T. (1999). Attention déficit/hyperctivity disorder. *European Psychologist*, 4,
109-114

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión *Rev Neurol* 40
(6): 358-368

Soutullo C.. (2007). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): descripción y diagnóstico. *Revista electrónica de la Asociación mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados*. Recuperado el 12 de Marzo de 2010 de http://www.deficitdeatencion.org/junio2007_09.htm

Taylor, E. (2004). *Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención*.
Londres: Instituto de psiquiatría King's College

Vargas, L., Palacios, L., González, G. y De la Peña, F., (2008). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Salud Mental, (24), 173-179.*

Vera A, Ruano M, y Ramirez L. (2007). *Características clínicas y neurobiológicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad.* Madrid: Pirámide

Vinaccia, S., Alzate, F y Tobón S (2005) Evaluación de la conducta tipo A en población infantil colombiana a partir del Matthews Youth For Health International. *Journal of Clinical and Health Psychology, 5, 471-484*

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Asociación entre el subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la ansiedad en un grupo de niños y adolescentes de 7 a 16 años de edad del Hospital Militar Central

Investigadores: Ma. Rocío Acosta, Roberto Chaskel, Martha C. García y Ruth Rivera

1. INTRODUCCIÓN

A usted señor (a) _____
le estamos invitando a su hijo (a) _____ a
participar en un estudio de investigación del Hospital Militar Central y el posgrado en
psicología clínica de la niñez y la adolescencia de la Universidad de la Sabana.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir, que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio actual. Los estudios de investigación como éste, sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados para ayudar a futuro a otros niños y adolescentes.
- En caso de detectar algún tipo de trastorno emocional, inmediatamente será citado su niño nuevamente con el Dr. Roberto Chaskel para profundizar en los hallazgos e iniciar el tratamiento respectivo si es necesario.

Segundo, algunas personas tienen creencias personales, ideológicas y religiosas que pueden estar en contra de los procedimientos que se desarrollan dentro de las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, como contestar preguntas sobre la conducta privada, hablar de sus emociones, acepta un diagnóstico psiquiátrico o psicológico, etc. Si usted tiene creencias de este tipo, por favor hágaselo saber a alguno de los investigadores del grupo de Neurociencias o de Neuropsicología y Conducta, antes de firmar acuerdos para participar en la investigación.

Información Sobre el Estudio de Investigación:

La presente investigación pretende determinar si hay relación entre el tipo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la Ansiedad en un grupo de 57 niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá.

El instrumento de evaluación que será aplicado es La MINI-KID, que es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve (máximo 20 minutos) empleada para la detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos en niños.

Beneficios:

La participación en el estudio es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de algunas alteraciones emocionales que se pueden presentar en los niños y

adolescentes con TDAH. Las retribuciones estarán presentes desde el mejor conocimiento de su hijo(a) desde Psiquiatría y Neuropsicología y a mediano y largo plazo podrán participar en talleres organizados especialmente para aquellos que manejan esta condición de salud.

Reserva de la Información y Secreto:

La información personal que su hijo(a) nos brindará permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia. A los cuestionarios se les asignará un código de tal forma que el personal técnico, diferente a los docentes investigadores, no conocerá su identidad.

Inconvenientes, Malestares y Riesgos:

El llenado del cuestionario se considera un procedimiento sin riesgo a nivel médico. Garantizamos su derecho a la intimidad y la de su hijo (a), manejando esta información a un nivel confidencial absoluto. No se dará esta información personal a nadie por fuera del grupo. Nunca se publicará ni se divulgarán a través de ningún medio los nombres de los participantes. Los síntomas y diagnósticos detectados sólo se les informará, si con ello se puede conseguir un tratamiento eficaz de algún problema.

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio “Asociación entre el subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la Ansiedad en un grupo de niños y adolescentes de 7 a 16 años de edad del Hospital Militar Central” y de haber recibido del Doctor _____ explicaciones verbales sobre el y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto del tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntariamente, manifiesto que he resuelto autorizar la participación de mi hijo (a). Además, expresamente autorizo al equipo de investigación para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento Informado, en presencia del Doctor _____ y dos testigos, en la ciudad de Bogotá el día ___ del mes de _____ del año_____.

Nombre, firma y documento de identidad del papá o la mamá

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Nombre, firma y documento de identidad del Investigador

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Apéndice B. Instrumento

**M.I.N.I. KID MINI INTERNATIONAL
NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW
para Niños y Adolescentes**

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo

University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.

Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto, C. Santana

© Copyright 1998- 2005, Sheehan DV.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

MINI cambios, adelantos & revisiones

Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas

La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias

La MINI Plus para la investigación

La MINI Kid para niños y adolescentes

La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamieto

Nombre del paciente:	_____	Número de protocolo:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Hora en que inició la entrevista:	_____
Nombre del entrevistador:	_____	Hora en que terminó la entrevista:	_____
Fecha de la entrevista:	_____	Duración total:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS		
		CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	De por Vida	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A
J TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8

K	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
L	ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L	DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M	ABUSO DE DROGAS (no alcohol) .90 F11.1-F19.1	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
M	DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol) .90 F11.1-F19.1	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
N	TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P	TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q	TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	313.81	F91.3
R	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
U	TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1

V	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx
W	TRANSTORNO PENETRANTE DEL DESARROLLO	Actual	<input type="checkbox"/>	299.00/299.10/299.80	F84.0/.2/.3/.5/.9

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA:

La naturaleza y propósito de esta entrevista debe ser explicada al niño o adolescente, antes de comenzar la entrevista. Un ejemplo de una introducción se presenta a continuación:

"Te voy a hacer muchas preguntas acerca de tí mismo. Esto es para yo poder conocerte mejor y ver como puedo ayudarte. La mayoría de las preguntas se contestan 'sí' o 'no'. Si no entiendes una palabra o pregunta, preguntame y yo te la explico. Si no estas seguro de como contestar una pregunta, no trates de adivinar – mejor dime que no estas seguro. Algunas de las preguntas te parecieran extrañas, pero trata de contestarlas de todos modos. Es importante que contestes las preguntas tan honestamente como puedas, para así yo poder ayudarte. ¿Tienes alguna pregunta antes de empezar?"

Para niños menores de 13 años, se recomienda que entreviste juntos al niño y al padre. Debe de hacerle las preguntas al niño, pero debe de alentar al padre a interrumpir si piensa que la respuesta

del niño no está clara o no es precisa. El entrevistador/a determina si la respuesta del niño cumple con los criterios diagnósticos de la pregunta, esta decisión es basada en su juicio clínico.

PRESENTACIÓN:

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras, cada una corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas “**filtro**” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en « letra normal » deben leerse “palabra por palabra” al paciente de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en « MAYÚSCULAS » no deben ser leídas al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en « **negrita** »* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado, deben ser considerados al **MARCAR** las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (∩) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, circular « **NO** » en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una *barra(/)* el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, la pregunta H6).

Frases en (paréntesis) son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

FORMATO DE LA ENTREVISTA

Las preguntas de la entrevista están diseñadas para evocar los criterios diagnósticos específicos. Las preguntas deben leerse “palabra por palabra.” Si el niño o adolescente no entiende una palabra en específico o un concepto, puede explicarle lo que significa o le puede dar ejemplos que capturen su esencia. Si el paciente no está seguro si tiene un síntoma en específico, puede pedirle que le explique o que le de un ejemplo para de esta manera determinar si refleja el criterio que se está investigando. Si un ítem de la entrevista tiene mas de una pregunta, el entrevistador/a debe tomar una pausa entre pregunta y pregunta de modo a permitirle suficiente tiempo al paciente para responder.

Preguntas acerca de la duración de los síntomas están incluidas para aquellos diagnósticos en el cuál el período de tiempo es un elemento crítico. Debido a que los niños pueden tener dificultad estimando el período de tiempo, le puede ayudar asociando el período de tiempo a eventos significativos en sus vidas. Por ejemplo, cumpleaños, comienzo o terminación del año escolar, un día festivo u otro evento anual.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser marcadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta, con un círculo, SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse que cada dimensión de la pregunta haya sido tomada en cuenta por el paciente (por ejemplo, período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben marcarse sí en la
MINI KID.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento, o información acerca de los últimos cambios en la M.I.N.I. KID, se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.

University of South Florida

Institute for Research in Psychiatry

3515 East Fletcher Avenue

Tampa, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544

fax : +1 813 974 4575

e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Doug Shytle, Ph.D.

Child Psychiatry Research Center, MDC-14

University of South Florida

3515 East Fletcher Avenue

Tampa, FL USA 33613-4788

ph :+1 813 974 1452

fax:+1 813 974 1978

e-mail : dshytle@hsc.usf.edu

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(SIGNIFICA: CIRCULAR **NO** EN **E5** Y PASAR DIRECTAMENTE A **F1**)

E1	a	¿Alguna vez has estado bien asustado o nervioso por ninguna razón; o alguna vez has estado bien asustado o nervioso en una situación donde la mayoría de los niños no se sentirían así? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	(NO	SÍ	1
	b	¿Te pasó esto mas de una vez?	(NO	SÍ	2
	c	¿Este sentimiento de nerviosismo aumentó rápidamente en los primeros minutos?	(NO	SÍ	2
E2		¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas?	(NO	SÍ	3
E3		¿Después de que te pasó esto, tenías miedo de que te volviera a pasar? ¿Tuviste miedo por un mes o más de que te volviera a pasar otra vez? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	(NO	SÍ	4
E4		Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:			
	a	¿Sentías que tu corazón latía más fuerte o más rápido?	(NO	SÍ	5

b	¿Sudaste? ¿Tenía las manos húmedas? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	6
c	¿Tenías temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
d	¿Sentías dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
e	¿Sentías que te estabas ahogando? ¿Sentías que no podías tragar? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9
f	¿Tenías dolor o presión en el pecho?	NO	SÍ	1
g	¿Tenías ganas de vomitar? ¿Tenías molestias en el estómago? ¿Tenías diarreas? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
h	¿Te mareaste o te desmayaste?	NO	SÍ	1
i	¿Se sentían extrañas las cosas a tu alrededor o te parecía que no eran reales? ¿Sentías o mirabas las cosas como si estuvieran bien lejos? ¿Te sentiste fuera o separado de tu cuerpo? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
j	¿Tenías miedo de que estabas perdiendo el control de tí mismo? ¿Tenías miedo de que te estabas volviendo loco? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
k	¿Tenías miedo de que te estabas muriendo?	NO	SÍ	1

	l	¿Tenías alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	1
	m	¿Te sentías bien frío o bien caliente?	NO	SÍ	1
E5		¿MARCÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4 ? <i>TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA</i> SI SÍ A E5, PASAR A E7	NO	SÍ	
E6		SI E5 = NO , ¿MARCÓ SÍ EN 1, 2 o 3 síntomas de E4a-m ? <i>CRISIS CON SÍNTOMAS</i> ENTONCES PASAR A F1. <i>LIMITADOS ACTUAL</i>	NO	SÍ	
E7		¿ En el pasado mes , tuviste estos problemas mas de una vez? ¿Si esto te pasó	NO	SÍ	1

solamente una vez el mes pasado, te preocupó mucho que te volviera a pasar?

TRASTORNO DE ANGUSTIA

MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

ACTUAL

F. AGORAFOBIA

F1	¿Te sientes ansioso, asustado, o incómodo en lugares o situaciones donde te podría dar mucho miedo; como el estar en una multitud, el permanecer en fila, cuando estás completamente solo, o cuando cruzas un puente, o viajas en autobús, tren o automóvil? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
----	--	----	----

SI F1 = NO, CIRCULE NO EN F2

F2	¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero se te hace bien difícil?	NO	SÍ
----	---	----	----

¿MARCÓ **NO** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

¿MARCÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

--

¿MARCÓ **SÍ** EN **F2** (AGORAFOBIA ACTUAL)

NO	SÍ
-----------	-----------

NO	SÍ
-----------	-----------

NO	SÍ
-----------	-----------

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

(SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

		(
G1	a	¿En el último mes, has tenido mucho miedo de estar lejos de alguien; o has tenido mucho miedo de perder a alguien de quien estas apegado? (Como que se te pierdan tus padres o que algo malo les suceda) MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1
	b	¿A quién tienes miedo de perder o estar lejos de _____ ?			

G2	a	¿Te molestabas mucho cuando estabas lejos de _____ ? ¿Te molestabas mucho cuando <u>pensabas</u> que ibas a estar lejos de _____ ? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	2
	b	¿Te preocupaba mucho el que pudieras perder a _____ ? ¿Te preocupaba mucho que algo malo le pudieras pasar a _____ ? (Como un accidente de coche o muerte) MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
	c	¿Te preocupaba mucho el que pudieras separarte de _____ ? (¿Como perderte o que te secuestren (raptan)?)	NO	SÍ	4

d	¿Te negabas a ir a la escuela u otros lugares porque tenías miedo de estar lejos de_____ ?	NO	SÍ	5
e	¿Tenías mucho miedo de estar en tu casa si _____no estaba ahí?	NO	SÍ	6
f	¿No querías dormir a menos que_____ no estuviera contigo?	NO	SÍ	7
g	¿Tenías pesadillas de estar lejos de_____ ? ¿Te pasó esto mas de una vez? MARCAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA	NO	SÍ	8
h	¿Te enfermabas mucho (como dolores de cabeza o dolores de estómago, nauseas o vomitos, latidos del corazon rápidos o mareos) cuando estabas lejos de_____ ? ¿Te enfermabas mucho cuando pensabas que ibas a estar lejos de_____ ? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	9
	G2 RESUMEN: ¿MARCÓ SÍ EN POR LO MENOS 3 DE G2a-h?	NO	SÍ	
G3	¿Esto ha seguido por lo menos por 4 semanas?	NO	SÍ	
G4	¿Tu miedo de estar lejos de _____te molestó mucho? ¿Te causó muchos problemas en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos? ¿De cualquier otra manera? MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	1

¿MARCÓ SÍ EN G1, G2 RESUMEN Y G3 Y G4 ?

NO

SÍ

TRASTORNO DE

**ASOCIACIÓN ENTRE LOS SUBTIPOS MIXTO E INATENTO DEL TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACIVIDAD Y ANSIEDAD EN UN GRUPO
DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTA**

Martha Cecilia García Gutiérrez

Ruth Piedad Rivera Duarte

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Instituto de Postgrados – FORUM

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia

Agosto 2010

**ASOCIACIÓN ENTRE LOS SUBTIPOS MIXTO E INATENTO DEL TRASTORNO
POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACIVIDAD Y ANSIEDAD EN UN GRUPO
DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTA**

María Rocío Acosta Barreto¹
Martha Cecilia García Gutiérrez²
Ruth Piedad Rivera Duarte³

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Instituto de Postgrados – FORUM
Facultad de Psicología
Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia
Agosto 2010

¹ Directora Trabajo de Grado

² Coautora: Alumna Especialización

³ Coautoria: Alumna Especialización

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre cada subtipo Mixto e Inatento del TDAH y ansiedad; mediante un diseño descriptivo correlacional con aplicación de corte transversal de la “MINI kid” Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Sheehan y cols 2000 citados por Pineda, Aguirre, Puerta y Lopera, 2006), en un grupo de 56 niños, niñas y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá. Los Resultados indicaron que no hubo una asociación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas ya que los datos arrojados muestran un bajo índice en general de comorbilidad y una relación de no dependencia con el trastorno de Ansiedad

PALABRAS CLAVE: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Ansiedad, Comorbilidad

Abstract

The aim of the present study is to determine the association between Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADDH) and anxiety. In this study we include 56 children between ages 7 to 16 years old that assist to the Psychiatric Department of Hospital Militar Central in Bogotá Colombia. This is a descriptive association study. The results showed no statistically significant correlation between the variables although, the data displays low comorbidity and no relation between TDAH and Anxiety Disorders

KEY WORDS: Attentional Deficit Hyperactivity Disorder, Depression, comorbidity

Asociación Entre el Subtipo Mixto e Inatento del Trastorno por Déficit de Atención e hiperactividad y Ansiedad en un Grupo de Niños y Adolescentes del Hospital Militar Central de Bogotá

De acuerdo a las últimas investigaciones realizadas en Colombia y Latinoamérica, preocupa el aumento de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) observando porcentajes cada vez más altos de prevalencia sobre la población infantil no solo en nuestro país sino también en la región Bogotana.

El TDAH es el problema de comportamiento más común durante la infancia y constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar por lo que representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (Cornejo, Sánchez y Osio, 2006)

Martínez-León (2006) define el TDAH, como aquel que se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los siete años de edad, caracterizándose por presentar dificultades crónicas en atención (bajos niveles de concentración y organización, olvidos frecuentes), impulsividad (impedimento en controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás) e hiperactividad (actividad motora excesiva).

Por la complejidad del trastorno, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades mentales de la American Psychiatric Association APA (2001) señala que existen tres síntomas fundamentales en el TDAH y aunque no siempre pueden estar presentes todos al mismo tiempo, si tienen gran predominio, contrario a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su clasificación de 1993, que exige la presencia de los tres; estos síntomas son: dificultad para mantener la atención, elevada actividad motriz e impulsividad.

La American Psychological Association APA (2001), por su parte, menciona la clasificación de este trastorno en varios subtipos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (problemas para mantener la atención, gran actividad motriz e impulsividad), Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (dificultad para ejercer un control voluntario sobre la atención con conductas impulsivas con predominio de dificultad de autocontrol) y Trastorno por déficit de atención tipo residual: hay impulsividad y dificultad en mantener la atención pero la motricidad está normal (predomina la dificultad de atención) (APA, 2001).

Esta subdivisión está basada en la frecuencia e intensidad de los síntomas:

Predominantemente Inatento (TDAH), en el cual los niños tienen seis o más síntomas de inatención y cuatro o menos síntomas de hiperactividad/impulsividad. Predominantemente hiperactivo/impulsivo, con seis o más síntomas de hiperactividad/impulsividad y cuatro o menos de inatención y el combinado, con seis o más síntomas en ambas dimensiones.

Las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables a nivel mundial. La APA considera que la prevalencia está entre un 3 y un 7 % (APA, 2000). Debido a la imprecisión del diagnóstico, basado en criterios subjetivos y cuya apreciación puede variar a lo largo del tiempo, las cifras de prevalencia de TDAH que se sugieren son muy variables y pueden ser superiores al 15%. Aunque el coeficiente intelectual puede ser normal o alto, el rendimiento escolar suele ser bajo, especialmente en la adolescencia y suele haber una comorbilidad importante: 35.2% trastorno oposicional desafiante, 25.7% trastorno de conducta, 18.2% problemas depresivos y 25.8% problemas de ansiedad (Green, 1999 citado por Caballo y Simón, 2007).

Estudios en Colombia como el realizado por Pineda Ardila, Rosselli, Arias, Henao y Gómez (1999) en la ciudad de Manizales, establecieron una prevalencia del 16.1% muy superior a la informada en los estudios de población norteamericana., al igual que una prevalencia del 3.3%

para TDAH tipo I o combinado, del 4.3% para TDAH tipo II o inatento y del 8.5% para TDAH tipo hiperactivo-impulsivo.

Vinaccia, Alzate y Tobón (2005) citado por Martínez-León (2006) plantean la hipótesis sobre la posibilidad de que la alta prevalencia del TDAH en el contexto colombiano, estuviera relacionada con los altos niveles de violencia del país.

Gómez-Londoño (2005) por su parte, señala que según el investigador Pineda, et al.a (2006) el TDAH es el problema de conducta más frecuente en los niños(as) de edad escolar, en Colombia, presentándose en niñas con problemas cognitivos y de la atención, contrario a la presentación en niños donde el TDAH se muestra con impulsividad – agresividad, lo que los hace más propensos a los accidentes.

Lo cierto es que este trastorno se ha convertido en una constante preocupación tanto en los padres de familia como en los profesores, pues el trastorno cada vez incide de forma ascendente y directa en la vida académica de los niños (bajo rendimiento) así como en las exigencias de conducta que se exigen en las instituciones escolares y estatutos sociales lo que ocasiona en el niño que padece el trastorno deficiencias en las habilidades sociales y por tanto baja autoestima. (Martínez-León, 2006).

La comorbilidad de TDAH con diversos trastornos es un aspecto fundamental en los diferentes estudios. Ruíz, Gutiérrez y Garza (2005), señalan con respecto a la comorbilidad del TDAH que cerca de 65% de los pacientes con TDAH tienen un trastorno comórbido o asociado al momento de establecer el diagnóstico, lo cual resalta la necesidad de realizar una valoración integral e individual en cada paciente.

Artigas-Pallarés (2003) relaciona la comorbilidad de TDAH con trastornos como el Síndrome de Tourette; los Trastornos generalizados del desarrollo; los Trastornos de la comunicación a los cuales también los denomina como trastornos específicos del lenguaje

(TEL), y los conecta 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. Estos niños tienen un elevado riesgo de presentar dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura; trastornos de conducta (TC), los cuales constituyen, junto con las dificultades escolares, la repercusión más negativa del TDAH.

Esta relación y asociación entre los niños con TDAH y los niños con problemas de aprendizaje se da en forma consistente y especialmente los problemas relacionados con lectura y dificultades en aritmética, las proporciones varían dependiendo de la definición y la dificultad de aprendizaje (Martínez-León, 2006).

Otros de los trastornos con los cuales surge comorbilidad en el TDAH son los trastornos de ansiedad, tema de análisis de la presente investigación, y la cual es bastante común en niños y adolescentes, ya que conforma un grupo de problemas que tienden a mantenerse hasta la vida adulta, con mucha frecuencia con secuelas psicológicas, familiares y académicas.

Los niños y adolescentes con TDAH tienen un riesgo mayor de tener un diagnóstico comórbido (Martínez - León 2006). La comorbilidad y el TDAH puede coexistir con la ansiedad sobre todo aquellas situaciones en donde se vincula la historia familiar de ansiedad, que es muy prevalente en los 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 (Artigas-Pallares, 2003).

Milicic y Gorostegui (2006) aluden que es muy difícil establecer un diagnóstico diferencial entre TDAH y los trastornos de ansiedad, debido a que, igual que en otros cuadros, hay superposición de síntomas. Sin embargo, existen algunas diferencias en la observación clínica; aunque la inatención y la inquietud motora es común para ambos cuadros, en el TDAH.; se manifiesta más impulsividad, inatención e inquietud que en los cuadros ansiosos. Por otra parte,

los niños ansiosos presentan menos problemas sociales que los niños TDAH con conductas disruptivas externalizantes.

De acuerdo al DSM-IV-R de American Psychiatric Association APA (2000) los niños podrían ser diagnosticados con cualquiera de los nueve trastornos de ansiedad que incluye: Trastorno de Ansiedad por separación, Trastorno de Pánico, agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Fobia social/ Trastorno de ansiedad social, fobias específicas, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno de estrés postraumático, y Trastorno por estrés. De estos, los más relacionados y /o los que de alguna manera comparten mayor número de síntomas con el TDAH se encuentra el Trastorno de ansiedad por separación (TAS), definido por Artigas – Pallares (2004), como una condición psicológica en el cual un niño / adolescente o adulto presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación del hogar o de la gente hacia quienes tiene una fuerte relación de apego, tal como la madre o el padre.

El mismo autor plantea que los trastornos de ansiedad se han considerado los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil y su comorbilidad con el TDAH es mucho mayor de la que se esperaría por azar. Al igual que para los trastornos depresivos, existe un amplio solapamiento de síntomas, por lo que puede ser muy difícil determinar si el niño ha desarrollado hiperactividad y falta de atención a causa de la ansiedad, o bien su falta de autoestima, derivada del TDAH, le ha hecho desarrollar una conducta ansiosa (Artigas-Pallares, 2003).

Leija (2005) menciona en su estudio que la mayor parte de la población del estudio realizado no presenta un Trastorno Depresivo ni un Trastorno de Ansiedad concomitante al TDAH. Se encontró que dicha correlación sólo se presentaba en un 20% de los niños para ambos trastornos, y los niños que presentaron depresión, presentaron también ansiedad, así como que los niños con un TDAH de tipo inatento tienden más a tener este tipo de sintomatología que los otros subgrupos de TDAH, más específicamente, este grupo de niños, reflejó sentimientos de

incapacidad al enfrentarse a sus problemas y al relacionarse con otros satisfactoriamente, lo que genera en ellos sentimientos de soledad y pobre autoestima.

Otros autores como Holguín, Osio, Sánchez, Carrizosa y Cornejo (2005), se refieren a la ansiedad en niños y la presencia también de TDAH, en la cual la ansiedad aparece durante el período escolar y mejora en épocas de menor estrés.

La característica esencial del Trastorno de Ansiedad generalizada (TAG) es la ansiedad y la preocupación excesiva durante un período superior a seis meses. Se identifican síntomas como la irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (Roselló, Amado y Bo, 2000)

Por otra parte, el TAS se caracteriza por una ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto al hogar o de las personas con que se vincula DSM-IV-TR (APA 2000).

Relacionando todo la gama de perturbaciones ansiosas, Artigas-Pallarés (2004) menciona que el niño ansioso suele mostrar un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar, junto algunos síntomas que se confunden con los propios del TDAH, como son inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño.

Aunque la inatención y la inquietud motora es común para ambos cuadros, en el TDAH se manifiesta más impulsividad, inatención e inquietud que en los cuadros ansiosos. Por otra parte, los niños ansiosos presentan menos problemas sociales que los niños TDAH con conductas disruptivas externalizantes (Milicic y Gorostegui, 2006).

Los síntomas coexistentes marcan una profunda exigencia en el adecuado diagnóstico del TDAH, ya que la inquietud motora tiende a enmarcarse dentro un rango patológico, y más aún cuando esta actividad se ve incrementada hacia un modo adaptativo y un adecuado desarrollo infantil, debido a la curiosidad y la necesidad de explorar el entorno, sin embargo, en los niños

con este trastorno, el aumento de actividad parece responder más a una necesidad interna de moverse que al interés por conocer lo que les rodea (Pineda, et al. 2006).

Todos estos síntomas y características de los niños y adolescentes que tienen TDAH no solo presentan un gran solapamiento con otros trastornos, sino además, una relación de acuerdo al subtipo de TDAH al cual el niño y adolescentes con TDAH.

Al respecto Roselló, et al. (2000) señala en su estudio que los subtipos del TDAH también difieren al parecer respecto a la asociación con los trastornos típicos de internalización y de externalización. Existe una asociación significativa de los trastornos internalizantes en el grupo de niños TDAH sin hiperactividad, mientras que por el contrario, el grupo de niños con un TDAH con hiperactividad, presenta una tasa superior de trastornos externalizantes. Los sujetos en los que el déficit atencional no aparece asociado a manifestaciones de hiperactividad por lo que es más probable que reciban un diagnóstico de ansiedad o trastorno afectivo, y tienden a ser evaluados como más ansiosos que los sujetos del grupo con hiperactividad.

Así mismo, este autor refiere que el subtipo combinado es el que presenta mayor comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada, en un 19,4%. Valores cercanos a los obtenidos en el subtipo hiperactivo impulsivo con un 15,4% y el subtipo inatento con un 10,7%. Hechos que nos indica que los análisis estadísticos no han encontrado diferencias significativas en la comorbilidad a este trastorno en los diferentes subtipos de TDAH.

En segundo lugar, por lo que respecta a la comorbilidad del TDAH con trastornos de tipo internalizante, la comorbilidad a la fobia específica es superior en el subtipo hiperactivo inatento, cual se observan unos índices del 7,1%. Un porcentaje algo inferior se aprecia en el subtipo combinado (5,6%), mientras no se advierte comorbilidad asociada en el subtipo hiperactivo impulsivo. A pesar de que la tendencia es que el subtipo inatento presenta mayor comorbilidad a la fobia específica, no se han encontrado diferencias significativas entre este subtipo y el

combinado en este trastorno internalizante. Aun así, la tendencia continúa indicando que es el subtipo combinado el que mayor índice de psicopatología manifiesta con un 8,3%, frente al 3,6% del subtipo inatento y ningún caso en el subtipo hiperactivo-impulsivo (Roselló, et al. 2000).

Detectar la comorbilidad tiene gran importancia para el diagnóstico, en la medida que el cuadro asociado puede afectar la expresión de los síntomas, el pronóstico y la respuesta al tratamiento, ya sea farmacológico o ambiental (Hetchman, 2000 citado por Milicic y Gorostegui, 2006).

Lo mencionado anteriormente es fundamental considerando que muchos de los niños y adolescentes que llegan a consulta han sido erróneamente diagnosticados sin tener muchas veces en cuenta las características propias de desarrollo, por lo que se hace cada vez más prioritario presentar un claro conocimiento del concepto y las características que definen e involucran un trastorno en edades infantiles (Comeche y Vallejo, 2005).

Milicic y Gorostegui (2006) refieren que la comorbilidad asociada al TDAH varía según estudios poblacionales o clínicos, de acuerdo con los instrumentos o baterías diagnósticas utilizadas, el tiempo de seguimiento y la edad de los pacientes entre otros. El objetivo de este estudio fue identificar si hay asociación entre los subtipos del Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la ansiedad en un grupo de niños, niñas y adolescentes que asistieron a consulta clínica del Hospital Militar Central de Bogotá.

Es relevante realizar estudios en la población colombiana los cuales brinden cada vez mayores conocimientos y herramientas para un diagnóstico confiable y eficaz en nuestros niños y adolescentes, que a su vez favorezcan un proceso de intervención asertiva.

Aunque los resultados no tuvieron una correlación clínicamente significativa, lo cual nos indica que se puede ampliar en estudios posteriores, si nos muestra una tendencia importante a nivel estadístico de comorbilidad de TDAH con los trastornos de ansiedad.

Método

Tipo de estudio

Se llevo a cabo un estudio empírico analítico con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La elección de la muestra se desarrolló en un contexto clínico, concretamente en el departamento de psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, cuya selección se estableció por conveniencia y no de forma probabilística debido a la dificultad de acceso a la población.

Participantes

La muestra se dio a raíz de la selección de un grupo de 56 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico confirmado de TDAH según Criterios Estadísticos del DSM IV T-R (APA 2000), de los cuales 11 fueron de género masculino y 45 de género femenino, con edades que variaron entre los 7 y 16 años.

El diagnóstico de TDAH en el Hospital, se realizó a partir de una evaluación psiquiátrica con entrevista semiestructurada y la valoración por neuropsicología a través del protocolo institucional y la determinación del Cociente Intelectual (CI). El criterio diagnóstico de TDAH se realizó de manera conjunta entre psiquiatría, pediatría y neuropsicología.

Descripción del Instrumento

Se indagó respecto a las variables de trastornos de ansiedad, a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI kid 1997), dirigida a los niños y adolescentes (de 6 a 17 años 11 meses); es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve que explora, para el

diagnostico, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáinz y Bousoño, 2002).

La MINI kid abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y relacionados con los trastornos de ansiedad objetivo de este estudio, atañe los módulos relacionados con el Trastorno Depresivo Mayor, Riesgo Suicida, Agorafobia, Distimia, Hipomanía, Trastorno de Angustia y Trastorno de Ansiedad por Separación. Las respuestas de cada uno de los módulos se responden con “si o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo (Sheehan, et al. 2000 citado por Pineda, et al. 2006).

Con referencia a la confiabilidad y validez de la versión en español de la MINI kid, según un estudio realizado en México en el 2004, la confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente; dentro de una escala de 0 a 1, en la que 1 es el máximo valor de validez, estableciendo .60 como un porcentaje bueno.

La validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 de acuerdo a lo reportado en la reunión de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (Palacios, De la Peña y Heinze, 2004).

Procedimiento

Se llevo a cabo la evaluación con cada participante una vez terminaban su consulta externa en Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, entre los meses de Julio a Noviembre de 2009. Se inicio a partir de la firma del consentimiento informado y firmado por los padres, quienes autorizaron el procedimiento.

Las entrevistas se ejecutaron de modo individual en uno de los consultorios de psiquiatría propuesto para este fin; cada niño o adolescente se sentó frente a la psicóloga entrevistadora.

Antes de iniciar la entrevista, se explicó a cada niño y adolescente la finalidad de la entrevista así como la confidencialidad de la misma, asimismo, se esclareció los objetivos de los resultados, los cuales formaban parte de una investigación y que a la vez serían usados y/o publicados protegiendo su identidad; una vez los participantes solucionaron sus inquietudes, se procedió a leer cada pregunta o afirmación, utilizando el método de parafraseo, para asegurar la percepción y entendimiento de los diferentes puntos, a los que los participantes respondieron de forma oral.

Cada respuesta se registró en la hoja de respuestas respectiva, escrito con tinta negra, ubicándolos en las casillas de respuestas de los módulos seleccionados. Cada entrevista duró cerca de 20 minutos; al final se revisaron las respuestas e incluyeron en las casillas designadas a los criterios diagnósticos.

Luego esta información se introdujo a la base de datos previamente diseñada y validada, se realizó el procesamiento de los datos, para lo cual se contrató a un profesional en estadística y se procedió a la elaboración del documento.

Resultados

En cuanto a los análisis cuantitativos, se realizaron análisis descriptivos de las variables y se utilizó el Análisis de Correspondencias como técnica estadística que permite poner de manifiesto gráficamente las relaciones existentes entre las diversas modalidades de dos o más variables categóricas a partir de la información proporcionada por tablas de frecuencias cruzadas. Para establecer la asociación entre las variables se utilizó la prueba de chi-cuadrado, a un nivel de significancia del 5%. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el SPSS para Windows, versión 17.

La muestra estuvo conformada por 56 niños, niñas y adolescentes de los cuales el 20% fueron niños y el 80% niñas. Siendo la edad más frecuente los niños de 8 años con el 12%. El promedio de edad fue de 10.25 (2,6 DS). Ver tabla 1

Respecto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, los resultados muestran que, de los 56 niños y adolescentes evaluados, 41 presentan el subtipo mixto, lo que corresponde a un 71,9%, 15 de ellos presenta el subtipo inatento, lo que corresponde a un 26,3%. (Tabla 1).

Tabla 1.

Características de las participantes según género, edad y Tipo de TDAH

Variables (n,%)	N=56 (100)
Edad	
Rango	7-16 años
Género	
Masculino	11 (20)
Femenino	45(80)
Tipo de TDAH (n, %)	
Inatento	15(26)
Mixto	41(72)

Cómo se observa en la tabla 2, los participantes que tienen subtipo de trastorno Mixto en su mayoría son de género femenino. Y los casos observados con tipo de trastorno inatento, corresponden al 75%.

Tabla 2.

Tipos de TDAH según género

	Masculino Frecuencia (%)	Femenino Frecuencia (%)
Inatento	9 (75)	6 (13,3)
Mixto	3 (25)	38(84,5)

Respecto a los Trastornos de Ansiedad, los resultados hallados muestran que 8 de los evaluados, correspondiente al 14%, presentan trastorno depresivo mayor, y 14 presentan riesgo de padecerlo, lo que corresponde a un 26,6% de los evaluados. Por otra parte, el 61,4% de los evaluados no presenta el trastorno.

Acerca del trastorno de angustia, los resultados permiten establecer que 13 de los evaluados, es decir el 22,8%, presenta el trastorno, un 17,5% está en riesgo, mientras que el 59,6% no lo presenta, lo que corresponde a 34 evaluados.

De los 56 evaluados, los resultados muestran que un 8,8% de los niños presenta agorafobia, lo que corresponde a 5 niños, 12 de ellos (21,1%) esta en riesgo de presentarla y 40 correspondiente al 70,2% no presentó agorafobia.

En cuanto a la evaluación del trastorno de ansiedad por separación, en los resultados se observa que un 19,3% de los niños y adolescentes presenta el trastorno, un 29,8% se encuentra en riesgo y un 50,9% no lo presenta.

En la tabla 3 se presentan los porcentajes de los Trastornos de Ansiedad que presentan los 56 niños y adolescentes evaluados. Según los rangos de edad, comprendidos entre 7 – 10 años y 11 – 16 años respectivamente.

Tabla 3.

Distribución de resultados según tipo de Trastorno de Ansiedad y Edad de 7 -9 Años

	Si Frecuencia (%)	No Frecuencia (%)	Riesgo Frecuencia (%)
Angustia	6(24)	16(64)	3 (12)
Ansiedad Separación	6(24)	14(56)	5(20)

Distribución de resultados según tipo de Trastorno de Ansiedad y Edad de 10 – 16 Años

	Si Frecuencia (%)	No Frecuencia (%)	Riesgo Frecuencia (%)
Angustia	8(26)	15(48)	8 (26)
Agorafobia	4(13)	17(55)	10 (32)
Ansiedad Separación	5(16)	14(45)	12(39)

Frecuencias de los subtipos de trastorno de ansiedad según tipo de tdah

Respecto al trastorno de angustia, en el subtipo inatento el 26,7% de los evaluados presentó el trastorno, para el subtipo hiperactivo ningún niño lo presentó y en el subtipo mixto un 22% lo presentó.

En relación al trastorno de agorafobia, el 20% del subtipo inatento presentó el trastorno, ningún caso del subtipo hiperactivo lo presentó y un 4,9% del subtipo mixto lo presentó.

Los resultados de comorbilidad entre los subtipos de TDAH y el trastorno de ansiedad por separación se encontraron que el 6,7% de los evaluados del subtipo inatento presentó el trastorno. Ninguno de los casos del subtipo hiperactivo presentó el trastorno, mientras el 24% del subtipo mixto presentó dicho trastorno de ansiedad.

En la Tabla 4, se presentan los resultados de la comorbilidad entre los subtipos de TDAH y los Trastornos de Ansiedad.

Tabla 4.

Distribución de resultados entre los subtipos Mixto e Inatento del TDAH y los Trastornos de Ansiedad.

		TDAH		
		INATENTO	MIXTO	Total
Angustia	Si	4(26,7)	9(22)	13(22,8)
	No	8(53,3)	25(61)	34(59,6)
	Riesgo	3(20)	7(71,1)	10 (7,6)
	Total	15(100)	41(100)	57(100)
Agorafobia	Si	3(20)	2(4,9)	5(8,8)
	No	9(60)	30(73,2)	40(70,2)
	Riesgo	3(20)	9(22)	12(21,1)
	Total	15(100)	41(100)	57(100)
Ansiedad-Separación	Si	1(6,7)	10(24,4)	11(19,3)
	No	7(46,7)	21(51,2)	29(50,9)
	Riesgo	7(46,7)	10(24,4)	17(29,8)
	Total	15(100)	41(100)	57(100)

Asociación entre el Tdah y el Trastorno de Ansiedad

Para establecer la asociación entre el tipo de trastorno de déficit de atención con hiperactividad se puede establecer que no hay relación de dependencia con el trastorno de ansiedad ($\chi^2=2,320$, p-valor=0,677), Ver figura 1.

En la figura 2 muestra el diagrama de cuantificaciones de las modalidades de las variables Tipo de TDAH y el trastorno de ansiedad en riesgo suicida. No se encuentran relacionadas estas variables. ($\chi^2=4,508$, p-valor=0,34).

Finalmente, la relación entre el Tipo de Trastorno de Déficit de Atención con Ansiedad separación no es de dependencia. ($\chi^2=4,642$, p-valor=0326). Ver figura 3.

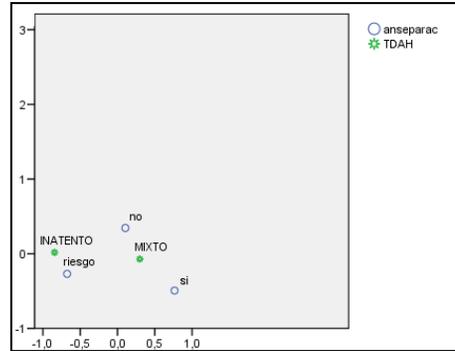


Figura 3. Relación entre TDAH y Ansiedad separación.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra de 56 participantes se encontró que no hay relación entre los subtipos de TDAH y los trastornos de ansiedad. Ver tabla 5.

Tabla 5.

Relación entre los subtipos de TDAH y los Trastornos de Ansiedad.

Asociación	Chi - cuadrado	P (bilateral)
TDAH – ANGUSTIA	,957	,916
TDAH – AGORAFOBIA	3,587	,465
TDAH – ANSIEDAD SEPARACION	4,642	,326

Discusión

Un hecho real es la existencia de comorbilidad relacionada con el TDAH con el desarrollo de conductas disruptivas, a partir de la predisposición temprana del sujeto, que al interactuar con las experiencias ambientales provoca comportamientos desadaptativos, produciendo en el mismo, un cumulo de experiencias que contribuyen a la formación inadecuada de la autoestima (por ejemplo, rechazo de pares e iguales) y el favorecimiento de un conjunto cognitivo negativo, lo que lleva dificultades posteriores, como la depresión y los trastornos de ansiedad. (Caballo, Simón, 2007, Leija 2005, Holguín, et al.2005).

Con base en esto y teniendo en cuenta que existen pocos estudios en la población del país, respecto al TDAH y su comorbilidad con la ansiedad, surgió la necesidad de elaborar este trabajo, en donde se estableció la premisa de asociación de la comorbilidad entre el subtipo de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Ansiedad, en una muestra clínica de 56 niños, niñas y adolescentes de 7 a 16 años del Hospital Militar Central en Bogotá.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 20% son niños y el 80% de las niñas presentaron TDA-H contrario a lo encontrado en algunas investigaciones nacionales como la de Pineda D y Henao 1999 según revisión Cornejo, et al. (2006), efectuada en escolares de 4 a 17 años, se encontró una prevalencia de 19.8% en hombres y 12.3% en mujeres. Situación contraria al resultado del presente estudio, el cual concuerda con los resultados expuestos en otras publicaciones como la planteado por Cornejo, y Osio (2001) citado por Cornejo, et al. (2006) quienes encontraron en una población de 460 niños en la ciudad de Sabaneta, entre los 4 y los 17 años, en donde obtuvieron una prevalencia del TDAH con relación al sexo de 41.7% masculino y 58.3% femenino, y una incidencia según el subtipo de TDAH, encontrando más frecuentemente el tipo combinado con el 43.8%, el tipo hiperactivo con el 26% y tipo inatento del 30.1% ,

resultados similares a los datos obtenidos en la presente investigación, la cual también presentó una mayor incidencia en el género femenino con un 79%; y unas diferencias significativas en el diagnóstico de acuerdo a los subtipos establecidos con inatento en un 13%; 84.5 % de tipo mixto o combinado y 2,2 % .

Lo anterior también reafirma que la mayoría de la población femenina con TDAH presenta subtipo inatento y las manifestaciones del trastorno se limiten a conductas del ámbito académico y el impacto no sea tan evidente (Pineda, et al 2001).

Así mismo, los resultados arrojaron que la edad más frecuente en la que se presentó el TDAH fue de 8 años en un 12% en los participantes; El promedio de edad fue de 10.25 (2,6 DS). Se ha señalado que es en esta edad (7-8 años) en la cual se comienzan a evidenciar mayores manifestaciones de ansiedad y mejora en épocas de menor estrés, posiblemente asociadas a fallas crónicas en la interacción social o académica y con frecuencia el tratamiento del TDAH disminuye paralelamente algunos síntomas de ansiedad (Holguín, et al. 2005). Situación que se asemeja a resultados de otros estudios como Cornejo y Osio (2001), citado por Cornejo, et al (2006) quienes establecieron como la edad más frecuente de presencia de TDAH en la ciudad de Sabaneta fue en la de los 11 años de edad, disminuyéndose hacia la adolescencia.

Respecto al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, los resultados muestran que, de los 56 niños y adolescentes evaluados, 41 presentan el subtipo mixto o combinado, lo que corresponde a un 71,9%, 15 de ellos presenta el subtipo inatento, lo que corresponde a un 26,3%, coincidiendo con las investigaciones al respecto Cornejo, et al. (2006) en su investigación “Prevalencia del trastorno por déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos”) en la cual se encuentra una alta ocurrencia de TDAH-C, el cual tiene mayor comorbilidad con el Trastorno de Ansiedad con un 2.7% al igual que con los problemas de

fobias 2.3%. y depresión en 2.3% y trastorno obsesivo compulsivo en un 0.9% no se que tan relevante sea mencionarlo, que opinas de dejarlo o no

Como se ha mencionado anteriormente, los trastornos de ansiedad se han considerado uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la edad infantil y su comorbilidad con el TDAH es mucho mayor de la que se esperaría por azar. Artigas-Pallares (2003) teniendo en cuenta que existe un amplio solapamiento de síntomas entre el TDAH y el trastorno de ansiedad. Este solapamiento y su comorbilidad con otros trastornos también tienen una relación de acuerdo al subtipo de TDAH que el niño presente (Lejía 2005, correlación del TDAH con el trastorno depresivo y el Trastorno de Ansiedad en niños)

De acuerdo a los resultados se observo que con excepción al trastorno por separación, el TDAH de subtipo inatento es el que mayor asociación presenta con el trastorno de Ansiedad; presentándose el Trastorno de angustia en un 26%; trastorno de Agorafobia en un 20% y el Trastorno de Ansiedad por separación en un 6.7%. El trastorno de ansiedad por separación en el subtipo mixto se da en un 24,4%.

A pesar de observarse un bajo índice en general de comorbilidad se podría decir que los participantes con TDAH- de tipo inatento presentan una mayor vulnerabilidad, lo anterior es respaldado por el estudio de Roselló, et al. (2000) en el cual pone en manifiesto que los sujetos en los que el déficit atencional no aparece asociado a manifestaciones de hiperactividad es más probable que reciban un diagnóstico de ansiedad o trastorno afectivo, y tienden a ser evaluados como más ansiosos que los sujetos del grupo con hiperactividad de niños TDAH-H.

Por lo que respecta a la comorbilidad del TDAH con trastornos de tipo internalizante como el trastorno de Angustia, arrojó en este estudio un porcentaje mayor al TDAH de tipo inatento (26.7%) y con un porcentaje algo inferior el subtipo mixto (22%), lo que difiere con lo mencionado en el estudio de Roselló, et al. (2000) que de acuerdo a los resultados evidencia que

el TDAH de tipo mixto es el que mayor comorbilidad presento con los trastornos internalizantes y posteriormente con valores cercanos siguió el de subtipo hiperactivo impulsivo.

En general, los datos arrojados en esta investigación evidencian un índice de relación de no dependencia con el trastorno de Ansiedad, así como lo respalda otro estudio como es el de Cornejo y Osio (2001) citado por Cornejo, et al. (2006), en la ciudad de Sabaneta, en donde los mayores índices de prevalencia y comorbilidad del TDAH se da con las Dificultades del Aprendizaje en un 15.1%, Trastorno Oposicional Desafiante en un 5.0%, Ansiedad Generalizada y Trastorno de la Conducta cada una con un 2.7%, Lo cual nos señala que la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de ansiedad no mostro una proporción mayor en los subgrupos de análisis, con diferencias estadísticamente significativas como si se estableció en el caso de las dificultades de aprendizaje y el trastorno desafiante-oposicional los cuales mostraron los mayores rangos de comorbilidad.

Aunque los resultados no tuvieron una asociación estadísticamente significativa, lo cual nos indica que se puede ampliar en estudios posteriores, si nos muestra una tendencia clínica con respecto a la comorbilidad existente de TDAH con los trastornos de ansiedad, no obstante sobre esto punto cabe hacer notar que los rangos de comorbilidad que registra la literatura varían dependiendo la edad, el sexo, la dinámica familiar teniendo en cuenta sus características particulares y la fuente de donde se obtengan, además del lugar y nivel socioeconómico. (Holguín, et al. 2005; Méndez, Olivares y Bermejo, 2006, Cornejo y Osio 2001 y Cornejo, et al, 2006).

Referencias

- American Psychiatric Association, APA (2000), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS-III*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association, APA (2001), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DMS-IV*. Barcelona: Masson
- Almonte, C.; Montt S, M.E. y Correa, A. (2006). *Psicopatológica infantil y de la adolescencia*. Santiago: Edit. Mediterráneo. p 144-170
- Artigas-Pallarés J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurológica*; 38 (Supl 1): S117- S123
- Artigas-Pallarés (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Neurología* N° 36, supl. 1
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Ed. Síntesis S.A. Cáp 1, p 11-22
- Bados, A. (2005). *Fobias específicas*. Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Barcelona: Universidad de Barcelona
- Bará - Jiménez, Vicuña Pineda, D.A., y Henao G.C., (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastorno por déficit de atención /hiperactividad de Cali. Colombia. *Rev de Neurologia*, 37, 608-615
- Barkley, R. (1990) *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94
- Barkley R. y Mash E. (2007). *Assessment of childhood disorders*, New York: Guilford Press

- Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. (2002) *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. 2ª edición. Barcelona: Psiquiatría Editores. Barcelona
- Botella, C. y Baños, R. (2003). *Avance en la sicopatología y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós, Cáp 1, p 16-32.
- Caballo, V. y Simón M.A.(2007). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide. p. 60-92
- Capdevila-Brophy, J., Artigas-Pallarés, J.E. y Obiols-Llandrich. (2006). Tempo cognitivo lento: ¿Síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento o una nueva entidad clínica? *Revista de Neurología*, 42(2), 127-134
- Castro J. (2000). *Trastornos de la conducta* En: Montenegro, H y Guajardo, H *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Santiago de Chile: Edit. Mediterranea
- Cubero, C.(2006). Los trastornos de atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Revista electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*. Universidad de Costa Rica. Enero-Abril. Vol 6. (001).
- Comeche Moreno, M.I. y Vallejo Pareja, M.A. (2005).*Manual de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson, S..
- Cornejo W., Sánchez, Y. y Osío, O. (2006). *Déficit de atención e hiperactividad, bases genéticas, clínicas y terapéuticas*, Fundación Gradas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención-hiperactividad, Cap 4. Primera Edición. Colombia.
- Escobar y Hervas (2008) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: Impacto de la enfermedad de acuerdo al subtipo en niños con diagnóstico reciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 36 (5):285-294

Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. (2007).

Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 61(9):857-864.

García., G.. (2003). Fármacos estimulantes y psiquiatría infantil. Una revisión de su aplicación en

el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños. *Salud Mental*, abril, año/
Vol. 26 número 002. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.

Recuperado el 12 de Noviembre de 2009 de:

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58222604>

Gaub, M y Carlson C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical

review; *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-
1045

Greene RW, Doyle AE. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant

disorder: implications for assessment and treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev*; 2: 129-
148.

Holguín J, Osio O, Sánchez J, Carrizosa J, Cornejo W. 2005). *Prevalencia del trastorno por*

déficit de atención-hiperactividad en niños y adolescentes colombianos. Antioquia-
Colombia.

Holguín J, (2006). Déficit de atención e hiperactividad. bases genéticas, clínicas y terapéuticas.

*Fundación Gradas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención-
hiperactividad*. Primera Edición. Colombia. p. 1

Leija (2005). Correlación del TDAH con el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad.

Madrid: Piramide

- López Villalobos, J.A., Serrano Pintado, L y Delgado Sánchez, M.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema* 16(3): 402-407.
- Loubat, M.O. y .Aburto M. y Vega, M. (2008). Universidad de Santiago de Chile, USACH, Chile
- Mardomingo, M.J. (2002). *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte*. Madrid: Narcea, S.A. 284 p
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit de atencional e hiperactividad. *Revista IJCHP*, Vol. 6, (2), 379-399
- Massegué, E. (2008). *Génesis y mantenimiento del TOC. Clínica de la Ansiedad*, Barcelona, España. Recuperado el 18 de Noviembre de 2009 de http://www.clinicadeansiedad.com/02/209/G%C3%A9nesis_y_mantenimiento_del_TOC.htm
- Méndez, F., Olivares, J., Bermejo, R., (2006). *Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas*. Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente, Madrid: Ediciones Pirámide. p. 59-89.
- Milicic M Neva, y Gorostegui, M.H..(2006). Déficit de atención e hiperactividad, bases genéticas, clínicas y terapéuticas, *Fundación Gradas. Grupo de apoyo para niños y adultos con déficit de atención-hiperactividad, Cap 3*. Primera Edición. Colombia.
- Moreno, I. (1998). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moraga, R.B. (2008). *Evolución en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida*. Draft Editores, S.L. p.7-9,21-27,

- Palacios, De La Peña, F y Heinze, G. (2004). Validez y confiabilidad del MINI KID. Presentando en poster en el congreso de Academia Americana de Psiquiatría Infantil. Washington D,C,
- Puerta. B. (1999). Déficit de atención e hiperactividad: un trastorno neuropsiquiátrico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 18, 124-129
- Pineda D., Aguirre D., Puerta y Lopera F. (2006). Utilidad del listado de síntomas para el diagnóstico de trastorno de la atención/ hiperactividad en población general y familias antioqueñas *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. N° 17: 86-102.
- Pineda, D, Ardila A., Rosselli, M., Arias, B., Henao, G.C. y Gómez, L.F. (1999). Prevalence of attention déficit/hiperactivity disorder symptoms in 4 to 17 year old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 455-462
- Pineda D., Henao A., Puerta G.C., Mejía L.C., Gómez S.E., Miranda L.F., Roselli M.L., Ardila M., Restrepo A., Murrelle M.A. y Grupo de Investigación de la Fundación Universidad de Manizales (1999). Uso de un cuestionario breve para el diagnóstico de deficiencias de atención. *Revista de Neurología*, 28, 365-372
- Rigau-Ratera E, García-Nonell C, Artigás-Pallares J. Tratamiento del trastorno oposicional desafiante. *Rev Neurol* 2006; 42: 82-88.
- Rodríguez, R, Maglio, A. L. y Keegan, E. (2006). Adaptación argentina de la escala de fusión pensamiento-acción: resultados preliminares de su aplicación en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, otros trastornos de ansiedad y población no clínica. *Anuario de Investigación*, 14. Recuperado el 18 de Noviembre de 2009 de <http://www.scielo.org.ar>.
- Rodríguez, R. (2008). Perfil cognitivo de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo: resultados preliminares. *Anuario de Investigación*, 15. Recuperado el 18 de Noviembre de 2009 de <http://www.scielo.org.ar>

- Roselló A., L. Amado B. y R.M. Bo. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 181-192.
- Rotta N., Ohlweiler L, y Soncini N.(2007). *Síndromes del hemisferio no dominante*. Barcelona: Mac Graw Hill
- Ruíz, Gutiérrez y Garza. (2005). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Actualidades diagnósticas y terapéuticas.
- Sgvolden. T. (1999). Attention déficit/hyperctivity disorder. *European Psychologist*, 4, 109-114
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión *Rev Neurol* 40 (6): 358-368
- Soutullo C.. (2007). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): descripción y diagnóstico. *Revista electrónica de la Asociación mexicana por el déficit de atención, hiperactividad y trastornos asociados*. Recuperado el 12 de Marzo de 2010 de http://www.deficitdeatencion.org/junio2007_09.htm
- Taylor, E. (2004). *Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención*. Londres: Instituto de psiquiatría King's College
- Vargas, L., Palacios, L., González, G. y De la peña, F., (2008).Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Salud Mental*, (24), 173-179.
- Vera A, Ruano M, y Ramirez L. (2007). *Características clínicas y neurobiológicas del trastorno de déficit de atención e hiperactividad*. Madrid: Pirámide
- Vinaccia, S., Alzate, F y Tobón S (2005) Evaluación de la conducta tipo A en población infantil colombiana a partir del Mattews Youth For Health International. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 471-484

Apéndice A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Asociación entre el subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la ansiedad en un grupo de niños y adolescentes de 7 a 16 años de edad del Hospital Militar Central

Investigadores: Ma. Rocío Acosta, Roberto Chaskel, Martha C. García y Ruth Rivera

1. INTRODUCCIÓN

A usted señor (a) _____ le estamos invitando a su hijo (a) _____ a participar en un estudio de investigación del Hospital Militar Central y el posgrado en psicología clínica de la niñez y la adolescencia de la Universidad de la Sabana.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir, que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio actual. Los estudios de investigación como éste, sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados para ayudar a futuro a otros niños y adolescentes.
- En caso de detectar algún tipo de trastorno emocional, inmediatamente será citado su niño nuevamente con el Dr. Roberto Chaskel para profundizar en los hallazgos e iniciar el tratamiento respectivo si es necesario.

Segundo, algunas personas tienen creencias personales, ideológicas y religiosas que pueden estar en contra de los procedimientos que se desarrollan dentro de las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, como contestar preguntas sobre la conducta privada, hablar de sus emociones, acepta un diagnóstico psiquiátrico o psicológico, etc. Si usted tiene creencias de este tipo, por favor hágaselo saber a alguno de los investigadores del grupo de Neurociencias o de Neuropsicología y Conducta, antes de firmar acuerdos para participar en la investigación.

Información Sobre el Estudio de Investigación:

La presente investigación pretende determinar si hay relación entre el tipo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la Ansiedad en un grupo de 57 niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá.

El instrumento de evaluación que será aplicado es La MINI-KID, que es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve (máximo 20 minutos) empleada para la detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos en niños.

Beneficios:

La participación en el estudio es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de algunas alteraciones emocionales que se pueden presentar en los niños y adolescentes con TDAH. Las retribuciones estarán presentes desde el mejor conocimiento de su hijo(a) desde Psiquiatría y Neuropsicología y a mediano y largo plazo podrán participar en talleres organizados especialmente para aquellos que manejan esta condición de salud.

Reserva de la Información y Secreto:

La información personal que su hijo(a) nos brindará permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia. A los cuestionarios se les asignará

un código de tal forma que el personal técnico, diferente a los docentes investigadores, no conocerá su identidad.

Inconvenientes, Malestares y Riesgos:

El llenado del cuestionario se considera un procedimiento sin riesgo a nivel médico. Garantizamos su derecho a la intimidad y la de su hijo (a), manejando esta información a un nivel confidencial absoluto. No se dará esta información personal a nadie por fuera del grupo. Nunca se publicará ni se divulgarán a través de ningún medio los nombres de los participantes. Los síntomas y diagnósticos detectados sólo se les informará, si con ello se puede conseguir un tratamiento eficaz de algún problema.

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio “Asociación entre el subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la Ansiedad en un grupo de niños y adolescentes de 7 a 16 años de edad del Hospital Militar Central” y de haber recibido del Doctor _____ explicaciones verbales sobre el y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto del tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntariamente, manifiesto que he resuelto autorizar la participación de mi hijo (a). Además, expresamente autorizo al equipo de investigación para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento Informado, en presencia del Doctor _____ y dos testigos, en la ciudad de Bogotá el día ____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad del papá o la mamá

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Nombre, firma y documento de identidad del Investigador

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Apéndice B. Instrumento

**M.I.N.I. KID MINI INTERNATIONAL
NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW
para Niños y Adolescentes**

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo

University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.

Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto, C. Santana

University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998- 2005, Sheehan DV.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

MINI cambios, adelantos & revisiones

Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas

La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias

La MINI Plus para la investigación

La MINI Kid para niños y adolescentes

La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto

Nombre del paciente:	_____	Número de protocolo:	_____
Fecha de nacimiento:	_____	Hora en que inició la entrevista:	_____
Nombre del entrevistador:	_____	Hora en que terminó la entrevista:	_____
Fecha de la entrevista:	_____	Duración total:	_____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CUMPLE LOS		
		CRITERIOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
B RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	N/A	N/A
C TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
D EPISODIO (HIPO) MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
	De por Vida	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G TRASTORNO de ANSIEDAD de SEPARACIÓN	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.21	F93.0
H FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
I FOBIA ESPECÍFICA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.29	N/A

J	TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
K	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
L	ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
L	DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9/305.00	F10.2x/F10.
M	ABUSO DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
M	DEPENDENCIA DE DROGAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-90/305.20-90	F11.1-F19.1
N	TRASTORNOS DE TIC	Actual Pasado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	307.20-307.23	F95.x
O	TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00-314.01	F90.0/F98.8
P	TRASTORNO DE LA CONDUCTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.x
Q	TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	313.81	F91.3
R	TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por Vida Actual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29
S	ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
T	BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
U	TRASTORNO de ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1

V	TRASTORNOS ADAPTATIVOS	Actual	<input type="checkbox"/>	309.24/309.28 309.3/309.4	F43.xx
W	TRANSTORNO PENETRANTE DEL DESARROLLO	Actual	<input type="checkbox"/>	299.00/299.10/299.80	F84.0/.2/.3/.5/.9

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR

PRESENTACIÓN DE LA ENTREVISTA:

La naturaleza y propósito de esta entrevista debe ser explicada al niño o adolescente, antes de comenzar la entrevista. Un ejemplo de una introducción se presenta a continuación:

"Te voy a hacer muchas preguntas acerca de tí mismo. Esto es para yo poder conocerte mejor y ver como puedo ayudarte. La mayoría de las preguntas se contestan 'sí' o 'no'. Si no entiendes una palabra o pregunta, preguntame y yo te la explico. Si no estas seguro de como contestar una pregunta, no trates de adivinar – mejor dime que no estas seguro. Algunas de las preguntas te pareceran extrañas, pero trata de contestarlas de todos modos. Es importante que contestes las preguntas tan honestamente como puedas, para así yo poder ayudarte. ¿Tienes alguna pregunta antes de empezar?"

Para niños menores de 13 años, se recomienda que entreviste juntos al niño y al padre. Debe de hacerle las preguntas al niño, pero debe de alentar al padre a interrumpir si piensa que la respuesta del niño no

está clara o no es precisa. El entrevistador/a determina si la respuesta del niño cumple con los criterios diagnósticos de la pregunta, esta decisión es basada en su juicio clínico.

PRESENTACIÓN:

La M.I.N.I. está dividida en **módulos** identificados por letras, cada una corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un **recuadro gris**, una o varias preguntas “**filtro**” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en « letra normal » deben leerse “palabra por palabra” al paciente de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en « MAYÚSCULAS » no deben ser leídas al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en « **negrita** »* indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Solo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado, deben ser considerados al MARCAR las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (∩) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, circular « **NO** » en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una *barra(/)* el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, la pregunta H6).

Frases en (paréntesis) son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

FORMATO DE LA ENTREVISTA

Las preguntas de la entrevista están diseñadas para evocar los criterios diagnósticos específicos. Las preguntas deben leerse “palabra por palabra.” Si el niño o adolescente no entiende una palabra en específico o un concepto, puede explicarle lo que significa o le puede dar ejemplos que capturen su esencia. Si el paciente no está seguro si tiene un síntoma en específico, puede pedirle que le explique o que le de un ejemplo para de esta manera determinar si refleja el criterio que se está investigando. Si un ítem de la entrevista tiene mas de una pregunta, el entrevistador/a debe tomar una pausa entre pregunta y pregunta de modo a permitirle suficiente tiempo al paciente para responder.

Preguntas acerca de la duración de los síntomas están incluídas para aquellos diagnósticos en el cuál el período de tiempo es un elemento crítico. Debido a que los niños pueden tener dificultad estimando el período de tiempo, le puede ayudar asociando el período de tiempo a eventos significativos en sus vidas. Por ejemplo, cumpleaños, comienzo o terminación del año escolar, un día festivo u otro evento anual.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser marcadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta, con un circulo, SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse que cada dimensión de la pregunta haya sido tomada en cuenta por el paciente (por ejemplo, período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben marcarse sí en la
MINI KID.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento, o información acerca de los últimos cambios en la M.I.N.I. **KID**, se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.

University of South Florida

Institute for Research in Psychiatry

3515 East Fletcher Avenue

Tampa, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544

fax : +1 813 974 4575

e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu

Doug Shytle, Ph.D.

Child Psychiatry Research Center, MDC-14

University of South Florida

3515 East Fletcher Avenue

Tampa, FL USA 33613-4788

ph :+1 813 974 1452

fax:+1 813 974 1978

e-mail : dshytle@hsc.usf.edu

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(SIGNIFICA: CIRCULAR **NO** EN **E5** Y PASAR DIRECTAMENTE A **F1**)

E1	a	¿Alguna vez has estado bien asustado o nervioso por ninguna razón;	(NO
				SÍ
				1
		o alguna vez has estado bien asustado o nervioso en una situación		
		donde la mayoría de los niños no se sentirían así?		
		MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA		
			(
	b	¿Te pasó esto mas de una vez?	NO	
			SÍ	
			2	
			(
	c	¿Este sentimiento de nerviosismo aumentó rápidamente en los primeros minutos?	NO	
			SÍ	
			2	

E2		¿Te ha pasado esto cuando no te lo esperabas?	(NO
				SÍ
				3

E3 ¿Después de que te pasó esto, tenías miedo de que te volviera a pasar? NO
SÍ
4

¿Tuviste miedo por un mes o más de que te volviera a pasar otra vez?

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

E4 **Quiero que pienses en aquel momento en el que estuviste bien asustado o nervioso por ninguna razón:**

a ¿Sentías que tu corazón latía más fuerte o más rápido? NO
SÍ 5

b ¿Sudaste? ¿Tenía las manos húmedas? NO
SÍ 6

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Tenías temblores o sacudidas musculares? NO
SÍ 7

d ¿Sentías dificultad para respirar? NO
SÍ 8

e ¿Sentías que te estabas ahogando? ¿Sentías que no podías tragar? NO
SÍ 9

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

f ¿Tenías dolor o presión en el pecho? NO
SÍ 10

g	¿Tenías ganas de vomitar? ¿Tenías molestias en el estómago?	NO
	SÍ	11
	¿Tenías diarreas?	
	MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
h	¿Te mareaste o te desmayaste?	NO
	SÍ	12
i	¿Se sentían extrañas las cosas a tu alrededor o te parecía que no eran reales?	NO
	SÍ	13
	¿Sentías o mirabas las cosas como si estuvieran bien lejos? ¿Te sentiste fuera o separado de tu cuerpo?	
	MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
j	¿Tenías miedo de que estabas perdiendo el control de tí mismo?	NO
	SÍ	14
	¿Tenías miedo de que te estabas volviendo loco?	
	MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
k	¿Tenías miedo de que te estabas muriendo?	NO
	SÍ	15
l	¿Tenías alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO
	SÍ	16
m	¿Te sentías bien frío o bien caliente?	NO
	SÍ	17

E5 ¿MARCÓ **SÍ** EN **E3** Y EN POR LO MENOS 4 DE **E4**? NO
SÍ

TRASTOR
NO DE ANGUSTIA d DE POR
VIDA
SI **SÍ** A E5, PASAR A E7

E6 SI **E5** = **NO**, ¿MARCÓ **SÍ** EN 1, 2 o 3 síntomas de **E4a-m**? NO
SÍ
CRISIS
CON SÍNTOMAS
ENTONCES PASAR A F1.

LIMITADO
S ACTUAL

E7 ¿En el pasado mes, tuviste estos problemas mas de una vez? ¿Si esto te pasó NO
SÍ
18

solamente una vez el mes pasado, te preocupó mucho que te volviera a pasar?

TRASTORNO DE ANGUSTIA
MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA
ACTUAL

F. AGORAFOBIA

F1	¿Te sientes ansioso, asustado, o incómodo en lugares o situaciones donde te podría dar mucho miedo; como el estar en una multitud, el permanecer en fila, cuando estás completamente solo, o cuando cruzas un puente, o viajas en autobús, tren o automóvil?	NO SÍ 19
----	--	----------------

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

SI F1 = NO, CIRCULE NO EN F2

F2	¿Le tienes tanto miedo a estas cosas que tratas de alejarte de ellas? o ¿Solamente las puedes hacer cuando alguien está contigo? o ¿Las haces, pero	NO SÍ 20
----	--	----------------

¿MARCÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

NO	SÍ
----	----

¿MARCÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

NO	SÍ
----	----

¿MARCÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

(SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

		(
G1	a	¿En el último mes, has tenido mucho miedo de estar lejos de alguien;	NO
			SÍ
			1
		o has tenido mucho miedo de perder a alguien de quien estas apegado?	
		(Como que se te pierdan tus padres o que algo malo les suceda)	
		MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
	b	¿A quién tienes miedo de perder o estar lejos de _____ ?	

G2	a	¿Te molestabas mucho cuando estabas lejos de _____ ?	NO
			SÍ
			2
		¿Te molestabas mucho cuando <u>pensabas</u> que ibas a estar lejos de _____ ?	
		MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	
	b	¿Te preocupaba mucho el que pudieras perder a _____ ?	NO
			SÍ
			3
		¿Te preocupaba mucho que algo malo le pudieras pasar a _____ ?	
		(Como un accidente de coche o muerte)	

MARCAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Te preocupaba mucho el que pudieras separarte de_____ ? NO
SÍ
4

(¿Como perderte o que te secuestren (rapten)?)

d ¿Te negabas a ir a la escuela u otros lugares porque tenías miedo de NO
SÍ
5
estar lejos de_____ ?

e ¿Tenías mucho miedo de estar en tu casa si _____no estaba ahí? NO
SÍ
6

f ¿No querías dormir a menos que_____ no estuviera contigo? NO
SÍ
7

g ¿Tenías pesadillas de estar lejos de_____ ? NO
SÍ
8

¿Te pasó esto mas de una vez?

MARCAR NO, SI CONTESTÓ NO EN ALGUNA

h ¿Te enfermabas mucho (como dolores de cabeza o dolores de estómago, nauseas o vomitos, NO
SÍ
9

latidos del corazón rápidos o mareos) cuando estabas lejos de _____ ? ¿Te enfermabas mucho cuando pensabas que ibas a estar lejos de _____ ?

MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

\

G2 RESUMEN: ¿MARCÓ **SÍ** EN POR LO MENOS 3 DE **G2a-h**?

NO

SÍ

\

G3 ¿Esto ha seguido por lo menos por 4 semanas?

NO

SÍ

G4 ¿Tu miedo de estar lejos de _____ te molestó mucho?

\

¿Te causó muchos problemas en tu casa? ¿En la escuela? ¿Con tus amigos?

NO

SÍ

10

¿De cualquier otra manera?

MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

¿MARCÓ **SÍ** EN **G1**, **G2 RESUMEN** Y **G3** Y **G4** ?

NO

SÍ

TRASTORNO DE ANSIEDAD

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	Especialización en Psicología clínica de la niñez y la adolescencia
2	TÍTULO DEL PROYECTO	ASOCIACIÓN ENTRE EL SUBTIPO MIXTO E INATENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACIVIDAD Y ANSIEDAD EN UN GRUPO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ
3	AUTOR(es)	García Gutiérrez Martha Cecilia Rivera Duarte Ruth Piedad
4	AÑO Y MES	2010 Agosto
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	Acosta Barreto María Rocio
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	<p>El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el subtipo de TDAH y ansiedad; mediante un diseño descriptivo correlacional con aplicación de corte transversal de la "MINI kid" Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Sheehan y cols 2000 citados por Pineda, Aguirre, Puerta y Lopera, 2006), en un grupo de 56 niños, niñas y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá. Los Resultados indicaron que no hubo una correlación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas ya que los datos arrojados muestran un bajo índice en general de comorbilidad y una relación de no dependencia con el trastorno de Ansiedad</p> <p>The aim of the present study is to determine the association between Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADDH) and anxiety. In this study we include 56 children between ages 7 to 16 years old that assist to the Psychiatric Department of Hospital Militar Central in Bogotá Colombia. This is a correlational descriptive study. The results showed no statistically significant association between the variables although, the data displays low comorbidity and no relation between TDAH and Anxiety Disorder</p>
7	PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Ansiedad, Comorbilidad
8	SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Sector financiero, comercio, educación, exportaciones, manufactura, servicios transporte, etc. Se recomienda consultar al DANE o Cámara de Comercio.
9	TIPO DE INVESTIGACIÓN	<p>Se llevo a cabo un estudio empírico analítico con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal.</p> <p>La elección de la muestra se desarrolló en un contexto clínico, concretamente en el departamento de psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, cuya selección se estableció por conveniencia y no de forma probabilística debido a la dificultad de acceso a la población</p>

10	OBJETIVO GENERAL	El objetivo de este estudio fue identificar si hay asociación entre los subtipos mixto e inatento del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y la ansiedad en un grupo de niños, niñas y adolescentes que asistieron a consulta clínica del Hospital Militar Central de Bogotá.
11	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<p>Describir los resultados de la aplicación de la prueba denominada Minikid a un grupo de 56 niños, niñas y adolescentes del Hospital Militar Central, con antecedentes de Trastornos de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).</p> <p>Determinar los subtipos de comorbilidad entre el sub tipo de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Ansiedad en un grupo de niños y adolescentes del Hospital Militar Central en Bogotá.</p> <p>Establecer la asociación de la comorbilidad entre el subtipo mixto e inatento de Trastorno del Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno de Ansiedad en un grupo de niños y adolescentes de 6 a 16 años del Hospital Militar Central en Bogotá.</p>
12	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	Se relacionan el total de referencias bibliográficas utilizadas en el proyecto organizadas según normas ICONTEC o APA. MIRIAM AYUDANOS EN ESTE PUNTO YA QUE NO SABEMOS QUE PONER
13	RESUMEN O CONTENIDO	<p>El TDAH es el problema de comportamiento más común durante la infancia y constituye la enfermedad crónica más frecuente del período escolar por lo que representa un problema complejo, debido a que aparece en edades tempranas, repercute en la vida diaria del niño y existe la probabilidad de que persista a lo largo de la vida (Cornejo, Sánchez y Osio, 2006)</p> <p>Martínez-León (2006) define el TDAH, como aquel que se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los siete años de edad, caracterizándose por presentar dificultades crónicas en atención (bajos niveles de concentración y organización, olvidos frecuentes), impulsividad (impedimento en controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás) e hiperactividad (actividad motora excesiva).</p> <p>La American Psychological Association APA (2001), por su parte, menciona la clasificación de este trastorno en varios subtipos: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (problemas para mantener la atención, gran actividad motriz e impulsividad), Trastorno por déficit de atención sin hiperactividad (dificultad para ejercer un control voluntario sobre la atención con conductas impulsivas con predominio de dificultad de autocontrol) y Trastorno por déficit de atención tipo residual: hay impulsividad y dificultad en mantener la atención pero la motricidad está normal (predomina la dificultad de atención) (APA, 2001).</p>

		<p>Con base en esto, El objetivo de esta investigación fue determinar la correlación entre el subtipo de TDAH y ansiedad; mediante un diseño descriptivo correlacional con aplicación de corte transversal de la "MINI kid" Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Sheehan y cols 2000 citados por Pineda, Aguirre, Puerta y Lopera, 2006), en un grupo de 57 niños, niñas y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá. Los Resultados indicaron que no hubo una correlación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas ya que los datos arrojados muestran un bajo índice en general de comorbilidad y una relación de no dependencia con el trastorno de Ansiedad</p>
14	METODOLOGÍA	<p>Se utilizó la prueba Mini Kid Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI kid 1997), dirigida a los niños y adolescentes (de 6 a 17 años 11 meses); es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve que explora, para el diagnóstico, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáinz, Bousoño, 2002). Con referencia a la confiabilidad y validez de la versión en español de la MINI kid, según un estudio realizado en México en el 2004, la confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente; dentro de una escala de 0 a 1, en la que 1 es el máximo valor de validez, estableciendo .60 como un porcentaje bueno.</p> <p>Posteriormente se llevó a cabo la evaluación con cada participante una vez terminaban su consulta externa en Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, entre los meses de Julio a Noviembre de 2009. Se inició a partir de la firma del Consentimiento Informado y firmado por los padres, quienes autorizaron el procedimiento.</p> <p>Las entrevistas se ejecutaron de modo individual en uno de los consultorios de psiquiatría propuesto para este fin; cada niño o adolescente se sentó frente a la psicóloga entrevistadora.</p> <p>Antes de iniciar la entrevista, se explicó a cada niño y adolescente la finalidad de la entrevista así como la confidencialidad de la misma, asimismo, se esclareció los objetivos de los resultados, los cuales formaban parte de una investigación y que a la vez serían usados y/o publicados protegiendo su identidad; una vez los participantes solucionaron sus inquietudes, se procedió a leer cada pregunta o afirmación, utilizando el método de parafraseo, para asegurar la percepción y entendimiento de los diferentes puntos, a los que los participantes respondieron de forma oral. Cada respuesta se registró en la hoja de respuestas respectiva, escrito con tinta negra, ubicándolos en las casillas de respuestas de los módulos seleccionados. Cada entrevista duró cerca de 20 minutos; al final se revisaron las respuestas e incluyeron en las casillas designadas a los criterios diagnósticos.</p>

		Luego esta información se introdujo a la base de datos previamente diseñada y validada, se realizó el procesamiento de los datos, para lo cual se contrato a un profesional en estadística y se procedió a la elaboración del documento.
15	CONCLUSIONES	<p>En general, los datos arrojados en esta investigación evidencian un índice de relación de no dependencia con el trastorno de Ansiedad, así como lo respalda otro estudio como es el de Cornejo y Osio (2001); Cornejo, et al. (2006) en la ciudad de Sabaneta, en donde los mayores índices de prevalencia y comorbilidad del TDAH se da con las Dificultades del Aprendizaje en un 15.1%, Trastorno Oposicional Desafiante en un 5.0%, Ansiedad Generalizada y Trastorno de la Conducta cada una con un 2.7%. Lo cual nos señala que la comorbilidad entre el TDAH y los trastornos de ansiedad no mostró una proporción mayor en los subgrupos de análisis, con diferencias estadísticamente significativas como si se estableció en el caso de las dificultades de aprendizaje y el trastorno desafiante-oposicional los cuales mostraron los mayores rangos de comorbilidad.</p> <p>Sin embargo, aunque los resultados no tuvieron una asociación clínicamente significativa, lo cual nos indica que se puede ampliar en estudios posteriores, si nos muestra una tendencia importante a nivel estadístico de comorbilidad de TDAH con los trastornos de ansiedad y que esta comorbilidad tiende a incrementarse con el tiempo, no obstante sobre esto punto cabe hacer notar que los rangos de comorbilidad que registra la literatura varían dependiendo la edad, el sexo, la dinámica familiar teniendo en cuenta sus características particulares y la fuente de donde se obtengan, además del lugar y nivel socioeconómico. (Holguín, et al., 2005; Méndez, et al 2006, Cornejo y Osio 2001 y Cornejo, et al. 2006).</p>
16	RECOMENDACIONES	Dentro de las sugerencias que se pueden incluir en la aplicación de la Minikid con otros instrumentos que indaguen un poco más sobre los trastornos de ansiedad se puede trabajar pruebas adicionales de evaluación como criterios del DSM IV a través de lista de verificación, cuestionarios, CMAS R, auto registros y observación directa. (Caballo, y Simón, 2007).