

## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

---

### Introducción

El síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad es una patología que se expresa a través de manifestaciones conductuales y que tiene una base biológica, constituye uno de los problemas más comunes de la infancia, afecta aproximadamente al 5% de la población infantil, y se presenta con más frecuencia en varones que en mujeres, en una proporción de 3 a 1. **(1) (2) (3)**

Este diagnóstico se encuentra en el 30% de los niños que consultan a los servicios de salud mental infantil, consultas motivadas en su gran mayoría por las escuelas debido a problemas de conducta y bajo rendimiento escolar; en esta población la relación hombre-mujer es de 5-7 a 1. **(4) (5) (6)**

Este trastorno se compone típicamente de tres características: Problemas para mantener la Atención, Impulsividad, e Hiperactividad. Las mismas se dan en una proporción mayor a la esperable por la edad del niño, afectando diferentes áreas de funcionamiento (escolar, familiar, social) y por lo menos una de ellas debe aparecer antes de los 7 años de edad.

Cabe aclarar que este trastorno puede presentarse en el 30% de los casos en forma parcial como Déficit de Atención sin Hiperactividad o “a predominio Atencional”, y sólo en un 10% de los casos sin desatención como trastorno “con predominio de Hiperactividad-Impulsividad”. **(1)**

Los niños que padecen este síndrome tienen un rendimiento escolar inferior al que les correspondería por su capacidad intelectual, y suelen tener dificultades para cumplir con las pautas, manejarse en forma independiente, y responder a los límites que se les pone en el hogar y en la escuela. Por esta razón reciben más retos y castigos, y requieren una mayor supervisión de sus padres y maestros para poder cumplir con sus obligaciones. **(7)**

El 30% de estos niños repiten por lo menos un grado escolar, y es frecuente que desarrollen problemas de conducta que los vuelve difíciles de manejar y más expuestos a ser rechazados por sus pares. Por otra parte, su tendencia a actuar antes de pensar (impulsividad) así como sus problemas de atención contribuyen a que sean más propensos a sufrir accidentes que los que no tienen el síndrome. **(5) (7)**



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

### Cómo se presentan los síntomas principales en la vida cotidiana

La hiperactividad suele observarse desde una edad temprana, estos niños son muy inquietos desde que comienzan a caminar, están en constante movimiento y parecen inagotables.

A medida que crecen se ve claramente su dificultad para acomodar su actividad motriz a las exigencias del ambiente, les cuesta permanecer sentados cuando la situación lo requiere, se remueven en su asiento y se levantan a cada rato hasta que son reprendidos por sus padres o maestros, para volver a hacer lo mismo a los 5 minutos.

La impulsividad hace que estos niños parezcan atropellados e impacientes, les cuesta esperar su turno en juegos o situaciones grupales, quieren todo ya, son muy insistentes e interrumpen las actividades de los demás como si quisieran ser siempre el centro de atención.

En cuanto al déficit de atención, los maestros notan que el niño se distrae mucho en clase y deja incompletas las tareas. En casa muchas veces dan la impresión de no escuchar cuando se les habla y hay que repetirles varias veces las cosas para que las hagan. Tienden a evitar las actividades que requieren un esfuerzo de atención, cometen errores por descuido y suelen dejarlas sin terminar. Hay que estar a su lado para que hagan la tarea escolar y son olvidadizos, es frecuente que pierdan útiles y no sepan dónde dejaron sus cosas, ni qué hay que llevar al colegio al día siguiente.

Todas estas características se notan menos cuando el niño se halla en una situación novedosa o muy motivante o cuando recibe atención exclusiva, y se ponen más de manifiesto frente a situaciones más rutinarias o en las que se requiere más perseverancia y autocontrol. (7)

### Cuáles son sus causas

Actualmente se considera que el Déficit de Atención con Hiperactividad está relacionado con un desbalance en la producción cerebral de dos neurotransmisores: Dopamina y Noradrenalina. (8) Estudios de metabolismo cerebral realizados sobre pacientes con este trastorno evidenciaron una menor actividad metabólica especialmente en la base de la corteza cerebral frontal, esta zona está relacionada con el control de los impulsos y la persistencia atencional. (9) (10) (11)

Por otra parte estudios de neuroimágenes han mostrado diferencias estadísticamente significativas, entre niños con adhd y controles, en cuanto al tamaño del lóbulo frontal, cuerpo caloso y vermis cerebeloso. (12)

Si bien no se sabe con certeza la causa de este desbalance neuroquímico, existe considerable evidencia que la Herencia juega un papel preponderante.

Cuando en una familia un miembro presenta el trastorno, la probabilidad de que haya otro miembro afectado es del 40%. Estudios sobre hermanos gemelos mostraron que cuando uno de ellos tiene el trastorno la probabilidad que el otro lo tenga también es del 70%. (13)

Las lesiones cerebrales constituyen un factor causal solamente en el 5% de los niños con ADHD, y entre ellas podemos destacar las infecciones del SNC, traumatismos craneanos severos, hipoxia, intoxicación por plomo etc. (14)

### Qué papel juegan los factores psicológicos

Las investigaciones realizadas hasta la fecha han demostrado que ni las técnicas de crianza, ni los conflictos emocionales del niño o de sus padres son responsables de la causa del Déficit Atencional con Hiperactividad, el cual tiene una base biológica y no psicológica.

Esto no quiere decir que los factores psicosociales deban desestimarse, ya que los mismos juegan un importante papel en la aparición de problemas emocionales y de conducta que muchas veces están asociados al trastorno. (15)

Por otra parte, la manera en que el niño se sienta aceptado o rechazado, estimulado o criticado va a determinar en gran medida su autoestima y sus posibilidades de desarrollar habilidades que le permitan compensar al menos parcialmente sus dificultades.

### Qué sucede cuando el niño crece

Años atrás se creía que este problema se superaba espontáneamente en la adolescencia, hoy en día en cambio, gracias a los datos surgidos de los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes, realizados en Estados Unidos y Canadá, se sabe que lo que suele disminuir con el tiempo es solamente la Hiperactividad.

La Impulsividad y el Déficit Atencional permanecen en el 60% al 80% de los casos a lo largo de toda la vida. (16)

La adolescencia de estos niños suele ser más tumultuosa debido a los problemas de conducta que frecuentemente se asocian al trastorno y al bajo rendimiento escolar, se ha descrito una mayor frecuencia de repetición de años escolares y de expulsiones de las escuelas. (17) (18)

En la vida adulta estos pacientes refieren tener muchos problemas interpersonales, inestabilidad laboral y afectiva, con una baja tolerancia al estrés debido a los cambios frecuentes en su estado de ánimo, a su tendencia a perder el control fácilmente y a las dificultades que tienen para organizarse en sus actividades. Los pacientes que llegan a la adultez sin



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

haber recibido tratamiento muestran una tasa de abuso de alcohol y drogas que duplica la de la población que no padece el trastorno. (16)

Por todo esto es que es importante la detección precoz, en los primeros años escolares, de este problema, ya que el tratamiento temprano puede evitar los severos problemas de adaptación que este trastorno muchas veces trae aparejados.

### Cómo se diagnostica

Para arribar al diagnóstico de este trastorno se requiere una minuciosa evaluación de la conducta del niño en los distintos ámbitos en los que se desenvuelve, así como de la historia de cada uno de sus síntomas, y cómo impactan éstos en su vida familiar y escolar.

Desde el punto de vista psiquiátrico hay que descartar la presencia de trastornos del espectro autista, manía, depresión o ansiedad excesiva, que pueden tener algunos síntomas comunes con el Déficit de Atención con Hiperactividad.

Esto puede hacerse a través de entrevistas psiquiátricas estructuradas o semi-estructuradas que abarquen información sobre las entidades diagnósticas más importantes en la infancia.

Las más utilizadas son el K-SADS-PL (19) y el DISC-R, (20) éstas se usan principalmente en investigación, pero tomar partes de las mismas en la entrevista clínica puede ser de gran ayuda en la determinación del diagnóstico.

Muchos niños que son extremadamente hiperactivos en su contexto habitual pueden controlar el movimiento en el consultorio debido a sentirse intimidados ante una situación poco común. Si el niño presenta comportamientos de hiperactividad e impulsividad durante la entrevista, puede ser un dato importante cuando va acompañado de reportes sobre esa misma conducta en la casa y la escuela, pero el diagnóstico no se puede descartar por la ausencia de hiperactividad en el consultorio. (21)

Para cuantificar la intensidad y frecuencia de las conductas problemáticas en distintos ámbitos, se recurre a la información que brindan los cuestionarios y escalas completadas por los padres y maestros. Entre los más utilizados se ubican el Child Behavior Checklist (CBCL), la escala de Conners para padres y para maestros (CPRS y CTRS)[62], la escala de DuPaul (ADHD RS) y el Home Situation Questionnaire de Barkley (HSQ). (7)

Dichos cuestionarios han sido confeccionados teniendo en cuenta parámetros epidemiológicos para detectar funcionamientos que se alejan de lo estadísticamente esperado en determinadas poblaciones.

Es importante descartar que los síntomas de distracción no se deban a trastornos sensoriales (problemas de vista u oído), o a problemas respiratorios que interfieran con un descanso nocturno adecuado (como la hipertrofia adenoide). La anemia y el hipertiroidismo pueden presentar síntomas similares al adhd aunque no constituyen hallazgos frecuentes.

También es importante obtener una estimación del nivel madurativo del niño tanto en lo intelectual como en el área socio-emocional, y evaluar la existencia de trastornos específicos de aprendizaje.

El electroencefalograma y el mapeo cerebral, muy útiles en el diagnóstico de epilepsia, no tienen ninguna utilidad para diagnosticar el Déficit Atencional con o sin Hiperactividad. Tampoco tienen ninguna validez diagnóstica las determinaciones metabólicas obtenidas a través de análisis de sangre u orina.

El diagnóstico es eminentemente clínico y requiere de un profesional con conocimiento del desarrollo normal infantil y con entrenamiento para observar las interacciones y para hacer las preguntas pertinentes de manera de poder obtener información relevante.



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

### Cómo es el tratamiento

Hasta la actualidad el tratamiento que ha demostrado una mayor respuesta es la medicación estimulante atencional, en las últimas décadas se han llevado a cabo más de 170 estudios con este tipo de medicación realizados sobre más de 6000 pacientes en edad escolar, los que certifican su eficacia y seguridad. (22)

La misma es efectiva en el 70% de los casos y sus resultados se pueden apreciar a los pocos días de comenzado el tratamiento, mejorando la atención y disminuyendo la impulsividad y la hiperactividad, pero sin provocar sedación ni acostumbamiento ya que no son tranquilizantes. (22) (23)

La mejoría de estos síntomas principales del ADHD suele acompañarse de un aumento del rendimiento académico y de la aceptación social del niño por parte del grupo de pares.(24)

Estudios realizados sobre las interacciones madre-hijo demostraron que la calidad de las mismas mejoran significativamente cuando el niño afectado recibe medicación.(25) (26)

Los fármacos de este tipo disponibles en nuestro país son dos: el metilfenidato (Rubifen, Ritalina, Methylin) y la pemolina (Tamilan).

Ambos comparten un mecanismo de acción similar, inhibiendo la recaptación de catecolaminas en las terminales nerviosas presinápticas y aumentando de esta manera la concentración, principalmente de dopamina, en el espacio sináptico.

El metilfenidato tiene un efecto clínico de tres horas aproximadamente y por eso requiere 2 o 3 tomas diarias usualmente desayuno, almuerzo y merienda, (27) mientras que la pemolina tiene un efecto más prolongado, requiriendo usualmente una sola toma diaria.(28)

Debido a que suelen disminuir el apetito es necesario controlar peso y talla mientras dura el tratamiento. La pemolina, además, requiere un frecuente monitoreo de la función hepática, ya que se han reportado casos de falla hepática irreversible asociados al consumo de esta medicación. (22) (29)

Otros medicamentos utilizados en el tratamiento del ADHD son los antidepresivos tricíclicos, como la desipramina (Nebril) y la nortriptilina (Ateben). Estos fármacos han sido los más estudiados, luego de los estimulantes, para tratar el Déficit Atencional. Su eficacia es algo menor que la de los primeros y constituyen una segunda línea de tratamiento cuando los estimulantes fracasan o no son bien tolerados. Estos pueden administrarse en una sola toma diaria hasta una dosis máxima de 3,5 mg/kg/día en el caso de desipramina o imipramina, y de 2 mg/kg/día en el caso de la nortriptilina. Es importante tener en cuenta que los tricíclicos son altamente tóxicos en sobredosis ya que pueden provocar arritmias fatales, a su vez previo a su administración hay que asegurarse que el paciente no tenga problemas de conducción ni una frecuencia cardíaca basal mayor de 120. Por estas razones se recomienda realizar ECG luego de cada aumento de dosis así como también que el paciente evite el ejercicio intenso dentro de las 10 horas siguientes a la toma de estas medicaciones (30) (31)

Dentro de los antidepresivos debe mencionarse también al Bupropion, cuyo mecanismo de acción dopaminérgico y noradrenérgico lo ubica entre los fármacos útiles para el ADHD. (32)

Una tercera línea de tratamiento farmacológico está constituida por dos antihipertensivos, la clonidina (Catapresan PL) y la guanfasina (Hipertensal), actualmente discontinuada su producción en nuestro país, cuya eficacia es mayor en el control de la hiperactividad y la impulsividad que en la desatención.(33) (34)

Es importante destacar que ninguno de los medicamentos utilizados genera dependencia o adicción, por esta razón pueden perfectamente indicarse en la adolescencia y aún en la adultez, en caso que los síntomas del trastorno hayan persistido, ya que la medicación es igualmente efectiva en distintas edades. (35) (36) (37)

Los padres y maestros deben recibir por parte del profesional tratante una adecuada orientación en el manejo del niño, ya que las pautas que funcionan con los niños que no presentan este trastorno suelen resultar ineficaces con los que sí lo presentan.

Existen técnicas de orientación y entrenamiento a padres basadas en modelos cognitivos-comportamentales que han demostrado ser efectivos para disminuir la conducta desafiante del niño y mejorar la interacción familiar. (38) (39)

Debido a que el 30% de los niños con Déficit Atencional con Hiperactividad presentan también trastornos del aprendizaje, fundamentalmente en la lecto-escritura, puede ser necesario llevar a cabo tratamientos reeducativos psicopedagógicos o fonoaudiológicos.

La psicoterapia individual no es efectiva para mejorar los síntomas principales del trastorno, pero puede ser de utilidad en los niños que han desarrollado problemas emocionales, que tienen deteriorada su autoestima, o que presentan conducta desafiante y dificultades en la integración social. (40)



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

### Comorbilidad

En años recientes se ha ido acumulando evidencia que muestra que el ADHD suele presentarse acompañado de altos niveles de asociación con un número importante de otras patologías. Esta surge de los resultados de distintos estudios de investigación clínicos y epidemiológicos llevados a cabo en diferentes países pertenecientes a diferentes culturas. (5) (6) (41) (42)

Se denomina comorbilidad a los trastornos psiquiátricos que coexisten con la condición diagnóstica a la que se hace referencia, en este caso el ADHD.

Esto no implica que exista una relación de causalidad o interdependencia entre los trastornos coexistentes, sino que hace referencia a una alta probabilidad de asociación de distintas patologías en un mismo individuo, las que poseen características clínicas y un curso evolutivo propios de cada una de ellas.

Desde el punto de vista clínico, los niños que presentan ADHD asociado con otros trastornos revisten mayor gravedad, ya que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida (familiar, social, y académica) y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen ADHD puro. (16) (17) (18) Por otra parte cuando un paciente presenta ADHD asociado con otro trastorno, el tratamiento de uno de los cuadros no induce la remisión automática del otro.

Aproximadamente en el 65% de los casos el ADHD se encuentra asociado con otras patologías, no solamente con Trastornos de Conducta, lo que se ha podido establecer ya desde hace muchos años, sino también con cuadros de Depresión Mayor, severos Trastornos de Ansiedad, Tics crónicos, y Trastornos específicos del Aprendizaje como la Dislexia. (43) Estos altos niveles de comorbilidad han llevado a que actualmente se considere al ADHD como una entidad heterogénea con etiologías, factores de riesgo, y pronósticos potencialmente diferentes.

El diagnóstico en estos casos es más complicado y los diseños de tratamiento requieren una mayor complejidad y necesariamente un abordaje múltiple que puede incluir la psicoterapia individual y/o familiar, y tratamientos reeducativos de tipo psicopedagógico o fonoaudiológico. A su vez el manejo farmacológico es más complejo que en el ADHD puro pudiendo requerir en algunos casos la utilización simultánea de más de una medicación para tratar eficazmente al paciente.

### Comorbilidad con Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad abarcan un grupo de patologías que presentan como características principales los temores y preocupaciones excesivas y persistentes, la evitación fóbica, y los episodios agudos de ansiedad con fuerte descarga autonómica y sensación de catástrofe inminente conocidos como ataques de pánico.

En su conjunto afectan aproximadamente a un 10% de la población infantil, por lo general siguen un curso crónico y en muchos casos continúan en la vida adulta. (44)

Se ha encontrado que un 20% de los niños con ADHD sufren también de severos Trastornos de Ansiedad. (6) (43)

La forma de presentación más común de estos cuadros en la infancia es la que se denomina Angustia de Separación, los niños que presentan este trastorno tienen un temor patológico a desprenderse de sus padres, suelen tener pesadillas acerca de este tema, viven con el miedo de que les ocurran accidentes a sus padres cuando estos no están presentes, les cuesta dormirse solos y rehusan participar en actividades que implican pasar tiempo fuera de casa, limitándose significativamente su vida social. En ocasiones pueden negarse a ir a la escuela y tener rabiets y crisis de pánico al momento de separarse de sus padres.

Esto es diferente de lo que sucede con el niño hiperactivo con déficit atencional que puede oponerse a ir a la escuela debido a la vivencia de fracaso que la misma le despierta, sin embargo cuando ambas condiciones, ADHD y Angustia de Separación coexisten, pueden intervenir conjuntamente en la determinación de un mismo síntoma, en este caso por ejemplo, el desarrollo de una fobia escolar.

Otros niños con ansiedad generalizada pueden tener preocupaciones excesivas y constantes respecto de su rendimiento en la escuela, con los amigos o en los deportes, tienen un temor exagerado a quedar en ridículo, suelen estar tensos y tienen tendencia a las somatizaciones como por ejemplo cefaleas frecuentes o dolores abdominales. Suelen ser muy autocríticos y viven con temor de no ser aceptados socialmente, esto último está presente también en la fobia social donde puede observarse una vergüenza excesiva y por ende un fuerte retraimiento frente a personas ajenas al entorno íntimo familiar. Por esta razón estos niños pueden no mostrar su hiperactividad en la situación escolar o frente a extraños sino solamente en el hogar. (45)

Desde el punto de vista clínico cuando el paciente presenta ADHD asociado con uno o más de estos cuadros ansiosos deben ser tratadas ambas patologías.

En cuanto a la medicación es importante tener en cuenta que los estimulantes pueden exacerbar los síntomas de ansiedad, en estos casos los antidepressivos tricíclicos pueden resultar una opción adecuada. (46)



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

### Comorbilidad con Trastornos del estado de ánimo

La prevalencia de trastornos depresivos en niños de edad escolar se estima en un 2%, llegando en la adolescencia a un 5% aproximadamente.(42) (47)

Se calcula que entre un 20 a 30% de los niños con ADHD presentan a su vez cuadros depresivos mayores. Esta asociación se ha encontrado en estudios epidemiológicos realizados sobre población general, así como también en estudios sobre población clínica de niños y adolescentes con cuadros depresivos, y en grupos de pacientes con ADHD.(43) (48)

Esto es cualitativamente distinto de la baja autoestima, por sentirse el niño poco competente en áreas en las que ha fracasado reiteradamente.(49)

Los síntomas del ADHD, los problemas de conducta, y el rendimiento escolar empeoran cuando se desencadena un cuadro depresivo, la vida social por lo general se resiente y aumenta el nivel de conflicto familiar. El riesgo de abuso de alcohol o de drogas es mayor en esta población que en la que presenta ADHD solamente, por otra parte el riesgo de suicidio es mayor que en las depresiones no comórbidas, debido a la impulsividad presente en los niños con ADHD.(50)

La depresión de inicio en la infancia presenta mayor severidad y una mayor carga hereditaria que la que comienza en la vida adulta, en la primera existe una mayor tendencia a la cronicidad, una vez que remite el 70% de los niños afectados recaen en un lapso de 5 años y el 30% evoluciona en el tiempo hacia la enfermedad maniaco depresiva.(42) Estudios realizados sobre familiares directos de niños con ADHD y trastornos depresivos han encontrado una muy alta incidencia de depresión entre los padres y hermanos de estos niños.(43)

Desde el punto de vista de la evaluación clínica es importante tener en cuenta que el ADHD no es en sí mismo un trastorno afectivo, y si bien muchos niños hiperactivos se irritan y explotan con facilidad frente a la frustración, cuando el enojo y malhumor es persistente se hace necesario indagar la posible comorbilidad con depresión.

Este tipo de asociación empeora el pronóstico del ADHD en el mediano y largo plazo (18) y complica su respuesta terapéutica (farmacológica y psicosocial) en lo inmediato, ya que en presencia de una depresión los estimulantes suelen perder eficacia y pueden aún empeorarla, a su vez, las medidas ambientales que los padres ponen en práctica durante el programa de orientación y entrenamiento cognitivo-conductual no promueven los cambios deseados en la conducta del niño a diferencia de lo que sucede en el déficit atencional con hiperactividad sin este tipo de comorbilidad. (38)

En relación con el tratamiento se debe abordar en primer lugar el trastorno depresivo, ya sea con psicoterapia, medicación antidepresiva o una combinación de ambas. Además, teniendo en cuenta la alta incidencia familiar de la depresión infantil, es conveniente indagar si alguno de los padres esta cursando también una depresión para orientarlo a un tratamiento, ya que en estos casos suele haber un alto grado de tensión y conflicto familiar, mayor irritabilidad dirigida hacia el niño y menor apoyo emocional, factores estos que intervienen en la aparición y mantenimiento del trastorno depresivo en el niño.

Todo profesional que haya trabajado extensamente en la evaluación y tratamiento de pacientes con ADHD, probablemente haya encontrado un subgrupo de pacientes extremadamente difíciles de manejar, cuya hiperactividad e impulsividad es muy severa desde muy temprana infancia, con altos niveles de agresividad y escaladas de violencia que culminan en ataques de rabia y descontrol que pueden durar horas y terminar en episodios de llanto y autorreproches, los padres de estos niños refieren que su ánimo es muy cambiante e impredecible, oscilando entre la severa irritabilidad y la depresión franca varias veces en el mismo día, sin períodos prolongados en los que el ánimo esté estable.

Este tipo de cuadro clínico se considera que está representado entre el 10% y el 14% de la población clínica de pacientes con ADHD, y ha sido definido por un grupo importante de investigadores como trastorno bipolar de inicio temprano, (51) estos sostienen que cuando el trastorno maniaco depresivo tiene comienzo en la niñez sus síntomas suelen ser crónicos (sin episodios distintivos de manía o de depresión separados por períodos de estabilidad emocional) y mixtos (síntomas maníacos y depresivos coexistiendo en el mismo momento). (52)

Estos pacientes, comparados con los ADHD-no bipolares, se ven más afectados en su funcionamiento psicosocial, tienen una más alta tasa de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos de conducta, y suelen empeorar sus síntomas con la medicación de primera o segunda línea para el ADHD.(53) El tratamiento farmacológico es muy complejo en estos casos y requiere en primer lugar estabilizar el ánimo para poder luego en un segundo paso abordar el ADHD. (54)

### Comorbilidad con Trastornos de conducta

Se denominan trastornos de la conducta a aquellos problemas de comportamiento que, debido a su persistencia y a la afectación que producen en la vida del niño y su familia, llegan a constituir entidades clínicas definidas. Estas son el trastorno oposicionista desafiante y el desorden de conducta (referido a conducta antisocial).

Ambos se asocian al ADHD en un 20 al 40% de los casos.(43) Estos niños son más rechazados socialmente y suelen ser expulsados de las escuelas.(17)

La conducta oposicionista está dada por un patrón sistemático de desobediencia a las pautas impuestas por los adultos, las que el niño desafía activamente. Estos niños suelen ofenderse y perder los estribos fácilmente, tienden a atribuir sus faltas a terceros y con sus pares tienen una actitud provocadora. Este cuadro constituye una forma más leve y puede ser a veces





## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

un precursor del trastorno de conducta antisocial.(55) Este último, de mayor severidad, involucra un comportamiento francamente agresivo y la transgresión de normas sociales.

En cuanto al pronóstico a mediano y largo plazo la comorbilidad con estos serios problemas de conducta, especialmente el trastorno de conducta antisocial, aumenta en forma muy significativa el riesgo de abuso de sustancias y de conductas delictivas en la adolescencia en comparación con la población que presenta ADHD solamente.(17)

En estos casos suele haber una alta incidencia parental de conductas antisociales, alcoholismo y abuso de drogas. Es común encontrar un alto grado de disfunción familiar que lleva a que los padres sean ineficaces para hacer cumplir las pautas de disciplina en la crianza de sus hijos, ya sea por ausencia de supervisión de la conducta de los hijos o estableciendo castigos violentos en forma azarosa e inconsistente.(56)

El tratamiento desde el punto de vista farmacológico es el mismo cuando se trata de este tipo de comorbilidad, de hecho los fármacos que se utilizan para tratar el ADHD suelen mejorar también, aunque en menor medida, los trastornos de conducta especialmente la conducta oposicionista.

En cuanto al abordaje psicosocial, el programa de orientación y entrenamiento a padres es efectivo para disminuir la conducta oposicionista del niño,(38) quien en algunos casos puede también beneficiarse de la psicoterapia individual. En los casos más severos es aconsejable intervenir sobre todo el sistema involucrado en el problema a través de una terapia familiar y en ocasiones utilizar también recursos de la comunidad por ejemplo cuando hay abuso de sustancias.

### Comorbilidad con Trastornos de Aprendizaje

Se denominan trastornos del aprendizaje a aquellas dificultades persistentes en un área académica (lectura, aritmética, o escritura) en la que el niño rinde significativamente por debajo de lo esperable por su nivel intelectual, y sin que eso se deba a problemas físicos (visión o audición) o a una mala enseñanza.

Se calcula que el 10% de la población presenta Trastornos Específicos de Aprendizaje de los cuales el más común es el que afecta el desarrollo de la lectoescritura y que conocemos como Dislexia. En la población de niños con ADHD ese porcentaje asciende al 20% (43)

Este trastorno tiene una alta incidencia familiar (57) (la probabilidad de que exista en la familia otro miembro disléxico es de un 50%), y en muchos casos se manifiesta tempranamente con signos tales como retraso en la aparición del lenguaje, dificultades importantes para la pronunciación, y dificultades para retener información auditiva, por ejemplo nombres de los colores, de los compañeros del jardín de infantes etc. (58)

Cuando estos niños están en edad escolar se hace evidente la lentitud para leer debido a la dificultad que tienen para decodificar la palabra escrita lo que contrasta con su buena capacidad de comprensión. Tienden a rechazar la lectura, se avergüenzan al leer frente a los demás y su autoestima se ve frecuentemente deteriorada.

Un porcentaje importante de los niños con ADHD no comórbido con Dislexia tienen a lo largo de su evolución un bajo rendimiento escolar, de hecho alrededor del 35% repiten grados por sus dificultades atencionales y por no poder establecer rutinas de estudio adecuadas.(6)

Teniendo en cuenta ésto, es altamente probable que cuando ambas patologías se encuentren asociadas los problemas en el rendimiento académico se potencien provocando un alto grado de fracaso escolar, aún en aquellos niños que tienen un elevado cociente intelectual.

En cuanto al tratamiento, así como la medicación para el ADHD aumenta los niveles de atención sostenida y por ende de retención de la información generando un mayor rendimiento del tiempo invertido en estudiar, la misma no es efectiva sobre los síntomas disléxicos, los que se deben a un déficit en el nivel fonológico del lenguaje, esto es, en los procesos de decodificación de la palabra hablada o escrita, y requieren por lo tanto un tratamiento reeducativo específico.

Por ejemplo, en la práctica clínica se puede observar que estos pacientes al recibir medicación para el ADHD pueden concentrarse más en juegos y en conversaciones, escuchar con más atención a sus maestros, completar actividades y dejar de perder útiles, pero siguen con el mismo grado de dificultad para leer y escribir que antes de recibir el tratamiento farmacológico.

### Comorbilidad con otros trastornos

#### Tics

Se denominan tics a los movimientos motores o vocales, repentinos, rápidos, recurrentes y sin un patrón rítmico que aparecen usualmente en forma de salvas varias veces en el día.

En cuanto a su presentación pueden dividirse en simples, cuando comprometen solamente un grupo muscular (pestaño, sacudidas de cabeza, gritos, soplidos o ruidos en forma de carraspera), y complejos cuando involucran varios grupos musculares en la misma acción (golpeteo, gestos faciales o con las manos, palabras o frases cortas).

En cuanto a su evolución pueden ser transitorios cuando duran más de un mes pero menos de un año, o crónicos cuando



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

---

se extienden por un período mayor de un año.

Los tics crónicos pueden ser solamente motores, solamente vocales, o mixtos siendo estos últimos los que constituyen el síndrome denominado Gilles de La Tourette. Por lo general suelen aparecer alrededor de los 7 años, su intensidad es mayor en la preadolescencia y tienden a disminuir hacia fin de la adolescencia.

Los tics crónicos en su conjunto tienen una prevalencia del 0,5% en la población general, con una mayor predominancia en varones.

En el grupo de niños con ADHD la prevalencia de los tics crónicos simples y del síndrome de Gilles de La Tourette asciende al 10%, a su vez entre el 50 y el 60% de los niños que presentan el cuadro de Tourette tienen comorbilidad con ADHD. En estos casos los tics comienzan algunos años después que los síntomas del ADHD. **(59) (60)**

Clínicamente los niños que presentan este tipo de comorbilidad suelen ver más afectada su calidad de vida por los síntomas del ADHD que por los tics, salvo claro está que estos últimos sean de una severidad tal que afecten la vida social.

Esto implica que en muchos pacientes con este tipo de asociación no sea necesario tratar los tics, sino solamente el ADHD.

### Retraso mental

La prevalencia del déficit atencional con hiperactividad es tres a cuatro veces mayor en los niños que tienen retraso mental que en los que poseen inteligencia normal. En estos casos la hiperactividad, impulsividad, y los problemas atencionales comprometen seriamente las capacidades adaptativas de estos niños ya de por sí desaventajados, tornando más difícil su educación.

Por esta razón cuando se detecta alguno de esos síntomas en pacientes con esta problemática es muy importante no dar por sentado que dichos síntomas son sólo una manifestación más del retraso mental sin realizar la evaluación diagnóstica correspondiente. Teniendo en cuenta que en estos casos los síntomas del ADHD responden igualmente al tratamiento farmacológico, al no diagnosticarlo se priva al paciente de un tratamiento que puede ayudarlo a aprovechar al máximo el potencial con el que cuenta. **(61) (62)**





## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

---

### Importancia de la comorbilidad

Los resultados más recientes de los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes con ADHD muestran que los patrones de comorbilidad se mantienen relativamente estables en el mismo individuo a lo largo de los años, y que su presencia complica el pronóstico en términos de logro académico y funcionamiento psicosocial.

Esto permite delinear distintos subgrupos de pacientes con ADHD con diferente evolución y diferente pronóstico:

La asociación con trastornos de conducta en la infancia aumenta el riesgo de conducta antisocial, abuso de alcohol o drogas, y trastorno bipolar en la adolescencia.

La asociación con depresión mayor en la infancia anticipa una mayor incidencia de conducta oposicionista, depresión mayor, trastorno bipolar, y agorafobia.

Los trastornos de ansiedad severos de inicio en la infancia predicen la aparición de trastornos de ansiedad en años posteriores.

La comorbilidad con trastornos del aprendizaje incrementa el riesgo de fracaso escolar.

La persistencia en el tiempo de estos trastornos comórbidos apoya fuertemente la hipótesis actual que indica que los mismos constituyen verdaderos cuadros psicopatológicos coexistentes y no meros epifenómenos del ADHD.

Los subgrupos de pacientes con ADHD delineados sobre la base de la comorbilidad pueden tener factores de riesgo, cursos clínicos, factores neurobiológicos y respuestas farmacológicas diferentes, por lo tanto su apropiada identificación puede llevar a un mayor refinamiento en el diseño de estrategias de prevención y tratamiento.(63)



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

---

### ALGUNOS EJEMPLOS CLINICOS

#### ADHD simple (sin comorbilidad)

Santiago 15 años - 2do año Secundario

Menor de 3 hnos-flia clase media

Motivo de Consulta: Problemas de conducta y rendimiento escolar - Repitió 1er año

Fue muy inquieto desde el año y medio de edad, muy insistente e impaciente, no podía estar sentado más de 5 minutos durante el almuerzo o la cena, siempre le costó entretenerse sólo, salvo con los videojuegos.

Le costaba esperar su turno en juegos y tendía a interrumpir las conversaciones y actividades de los demás.

Durante la escuela primaria siempre hubo que estarle encima para que haga las tareas, se distraía con cualquier cosa dejando todo sin terminar.

En clase deambulaba, hablaba cuando no correspondía, perdía sus útiles y dejaba siempre incompleto su cuaderno.

Socialmente: Los chicos de su edad no le tienen paciencia porque los cansa y en el colegio nunca pueden contar con él para ningún trabajo.

Es habilidoso para el fútbol pero se distrae excesivamente y no lo ponen en el equipo.

Interacción familiar: Santiago no se lleva bien con los hermanos quienes se quejan que los molesta y que los padres siempre están ocupándose de él.

Para el padre es un problema de disciplina y lo maneja a través de retos y penitencias. La madre tiende a explicarle pero tampoco logra resultados. -"El entiende pero a los 10 minutos vuelve a hacer lo mismo".

Fue evaluado por una psicopedagoga a los 8 años quien determinó que el niño tenía un cociente intelectual alto y no presentaba trastornos de aprendizaje. La profesional sugiere consulta neurológica para descartar organicidad. De la consulta resulta que el examen neurológico y el EEG son normales y se concluye que el problema es emocional.

Se deriva al paciente a psicoterapia, a la que concurre con una frecuencia de 2 veces por semana durante 2 años, de los 9 a los 11 años, sin resultados.

Entrevista con Santiago: Es simpático y colaborador, sus comentarios son inteligentes. Habla de sus dificultades con lágrimas en los ojos diciendo que debe ser un tarado mental porque repitió y encima le está yendo mal en el colegio.

Salud: S/P

Antecedentes Familiares: El padre tuvo problemas de conducta y de atención (esto último hasta la actualidad). El hermano mayor tiene problemas de atención sin hiperactividad.

Diagnóstico: ADHD simple no comórbido

Tratamiento: Comenzó a los 15 años con medicación estimulante y se realizaron 8 entrevistas de orientación a los padres.

Mejóro significativamente el rendimiento escolar y la conducta social. Comenzó a tener amigos, a llevarse mejor con sus hermanos y con el padre.

Actualmente esta cursando 1er año de la facultad y está de novio hace 1 año.



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

### INFORMES ESCOLARES DE NIÑOS CON ADHD SIMPLE

#### Informe de Agustín - 3er grado:

Al llegar al aula, Agustín camina por los bancos aunque se le insista en que debe dirigirse a su lugar para prepararse para el trabajo. Cuando se le pide que saque sus materiales, no lo hace o muestra las tareas que completó pero que no corresponden al momento. Su dedicación hacia la tarea disminuye en el transcurso del día, ya que comienza a trabajar pero, o no termina de copiar lo necesario o no concluye con la ejercitación.

Muchas veces trabaja apresuradamente sin tener en cuenta lo que se pide o dando respuestas incompletas. Participa en clase cuando el tema que se trata es de su interés, pero sin respetar turnos en el intercambio de opiniones o gritando sus comentarios. Cuando la propuesta no le interesa interrumpe los comentarios con ruidos o chistes para desviar la atención de sus compañeros.

Ante la puesta de límites reacciona desafiante y crítico, o alejándose del grupo o situación que causó el llamado de atención. Suele cantar en clase, durante las explicaciones o en el momento de trabajar. Sus materiales generalmente se encuentran en el suelo, y no los levanta hasta que necesita utilizarlos.

Se muestra impaciente al momento de corregir, pidiendo ser uno de los primeros. Para consultar sobre alguna duda no puede esperar su turno y exige que se le responda a él en primer lugar.

Es muy colaborador y responde positivamente a las pautas que se le asignan en cuanto a tareas que le impliquen movilizarse, pero ante las que le demanden tranquilidad y concentración se resiste o se va antes de terminar de escuchar la consigna. Ante los retos responde con canciones, ruidos o risas, se va a su lugar, pero en muy poco tiempo vuelve a dispersarse.

#### Informe de Juan Ignacio - 4to grado:

Es un niño muy afectuoso, de buen carácter, necesita comentar aquellas cosas o situaciones que movilizan sus sentimientos.

Es colaborador, se ofrece permanentemente para ayudar y prestar un servicio a los demás. En cuanto a su desempeño en el aprendizaje cabe destacar que se predispone bien para comenzar el trabajo, copia rápidamente las consignas y trata de resolver la actividad lo más pronto posible. No reflexiona acerca de qué es lo que debe hacer, actúa impulsivamente y con ganas de "terminar pronto". Por lo general es inquieto, aún en su banco, juega con los lápices o cualquier elemento que tiene a su alcance. Esto lo dispersa frecuentemente y hace difícil su atención para comprender toda la consigna.

Sin embargo he notado que en los momentos en que se entusiasma con la tarea a realizar y se concentra, arriba a muy buenos resultados y conclusiones, pero la inestabilidad y la falta de constancia no le permiten demostrar todo su potencial.

Este niño tiene un CI de 125 (medido a través del WISC III) y su rendimiento académico se ubica entre regular y bueno

El prof. de Gimnasia dice que el alumno es habilidoso pero que cuando no tiene la pelota se distrae, y que se olvida de las indicaciones, no recuerda las jugadas preparadas con antelación.

Juan Ignacio piensa que no le da la cabeza y que jugando al fútbol es un tronco.

### **ADHD comórbido con Trastorno de Ansiedad**

#### Mariana 8 años - 4to grado

Mayor de 2 hnos – flia. de clase media

Motivo de Consulta: Bajo rendimiento escolar

Siempre fue muy inquieta, impaciente y dispersa. En el colegio se porta bien pero se distrae mucho, pierde sus cosas, no completa su cuaderno y sus notas son muy bajas.

Socialmente no está integrada, sus compañeros la toman por tonta. Tiene habilidad motriz para el tenis y el hockey pero se distrae y no puede seguir el partido.

Tiene un CI normal, y no presenta problemas disléxicos ni visuoespaciales.

Del interrogatorio surgen importantes síntomas de ansiedad: miedo a quedarse sola sin los padres en otras casas, necesita la presencia de la madre para poder conciliar el sueño, tiene pesadillas acerca de que los padres se mueren y ella se queda sola, tiene cólicos y diarrea de tanto en tanto antes de ir al colegio. Esto comenzó alrededor de los 6 años.

Los padres relatan que siempre está preocupada, tiene miedo de sentir dolor cuando tenga hijos, y vive con permanente temor de quedar en ridículo ante los demás.

Seis meses antes de la presente consulta los padres describen un episodio de taquicardia, palidez, disnea, sudoración y vómitos que duró algunos minutos. Se realizó una completa evaluación clínico-cardiológica y neurológica que resultó normal.



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

Dos meses antes de la consulta psiquiátrica es evaluada por un neuropediatra quien diagnostica ADHD e indica Ritalina 2 tomas diarias.

La medicación tiene un resultado espectacular en cuanto a la atención pero a los 10 días la niña comienza a presentar ataques de palidez taquicardia sudoración y vómitos, con sensación de muerte inminente, casi todos los días. Le suspenden la medicación y los síntomas retrogradan en una semana.

Antec. Familiares: Madre problemas de atención desde chica. Tía materna ataques de Pánico con agorafobia.

Diagnóstico: ADHD comórbido con Trastorno de ansiedad múltiple (Ansiedad de Separación, Ansiedad Excesiva y Ataques de Pánico)

Tratamiento: Antidepresivo tricíclico

Psicoterapia

La medicación mejoró el rendimiento escolar y deportivo, comenzó a ser más aceptada por su grupo de pares. Mejoraron significativamente los síntomas de ansiedad de separación y ya no tuvo ataques de pánico. Persistieron las preocupaciones inadecuadas para su edad y el excesivo temor al ridículo.

### ADHD comórbido con Depresión Mayor

Agustín 12 años - 6to grado

Menor de 3 hnos – flia. clase media

Motivo de Consulta: Tiene serios problemas de rendimiento escolar desde siempre. Hace 2 meses le diagnosticaron ADHD y le indicaron Ritalina sin resultados.

Desde sala de 4 se quejan de que vuela, está en babia, repitió 3er grado. En casa es inquieto y molesta permanentemente a los hermanos.

Su CI es promedio y no presenta trastornos específicos del aprendizaje.

Socialmente: No es rechazado por sus compañeros pero en los últimos tiempos él no muestra interés por relacionarse y jugar con ellos.

Desde hace 2 años está casi todo el tiempo irritable y de mal humor, con épocas de varios meses en los que se muestra abúlico y sin interés en nada, su apetito aumentó groseramente y actualmente está con sobrepeso, también presenta desde hace un año insomnio de conciliación.

Los padres notan que en los últimos 2 años está muy desafiante, explota cuando se lo corrige, -“convivir con él es muy difícil, todo le viene mal, nada lo conforma”.

Antes no era así, si bien siempre fue inquieto, insistente, de no hacer caso, cuando era más chico parecía más feliz.

Diego habla muy bajo, casi musita, se queja de cansancio, tiene una mirada triste y refiere tener ganas de llorar casi todos los días sin saber por qué, también nota que se enoja por cualquier cosa, -“Los chicos me dicen amargado”.

Por indicación del pediatra está en psicoterapia individual desde hace un año y medio, los padres notan que puede hablar más de sus cosas, pero su estado de ánimo no mejoró.

Salud: S/P Antec. Fliares: Hermana bipolar. Abuela paterna bipolar.

Pido IC endocrinológica que resulta normal.

Diagnóstico: ADHD + Depresión mayor crónica de 2 años de evolución

Indicación: medicación antidepresiva (sertralina, zoloft)

Continuar la psicoterapia

A los 20 días de iniciada la medicación desaparece la irritabilidad, se puede dormir sin problemas y se normaliza el apetito, se lo ve alegre y comienza a querer hacer programa con los compañeros de colegio. En la escuela notan que pone más voluntad para hacer las tareas pero sigue distraído. En la entrevista refiere sentirse con más pilas y dice que los compañeros se acercan más, que ya no lo molestan.

Al mes se le agrega medicación estimulante, a la que responde muy bien.



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

### Referencias del autor:

#### Dr Claudio Michanie

-Médico psiquiatra infanto-Juvenil, miembro de AAPI, miembro de la AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry).

-Director de CEDAC (Centro de Estudio de las Dificultades de Aprendizaje y Conducta)

-Ex coordinador del proyecto de investigación y asistencia del ADHD en el Hospital Francés.

-Realizó investigación epidemiológica y clínica sobre el ADHD.

Recibió entrenamiento en el extranjero en los siguientes centros:

-Pediatric Psychopharmacology Unit, Massachusetts General Hospital – Harvard Medical School.

-ADHD Program, Western Psychiatric Institute and Clinic – University of Pittsburgh

-Mood and Behavior Module, Western Psychiatric Institute and Clinic – University of Pittsburgh

### Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC. American Psychiatric Association
2. Szatmari P. Offord D. et al: Ontario Child Health Study: Prevalence of Attention Deficit Disorders with Hyperactivity. *J Child Psychol Psychiatr*, 1989. 30: 219-230.
3. Bird, H. Canino, G. Rubio-Stipec, M.: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 1988. 45: 1120-1126.
4. Carlson C. Lahey B. et al: Sociometric status of clinic referred children with Attention Deficit Disorders with and without Hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1987. 15: 537-547.
5. Szatmari P. Offord D. et al: Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with ADD: Findings from the Ontario Child Health Study. *J Child Psychol Psychiatr*, 1989. 30: 205-217.
6. Michanie, C. Marquez, M. Estevez, P.: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio de comorbilidad. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 1993. vol. 91, No 4: 231-238.
7. Barkley, R.A., Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 2nd ed., 1990 New York: Guilford Press.
8. Raskin L. Shaywitz S. et al: Neurochemical correlates of ADD. *Pediatrics Clinics of North America*, 1984. 31: 387-396.
9. Lou H. Henriksen L.: Focal cerebral hypoperfusion in children with Dysphasia and/or Attention Deficit Disorder, *Archives of Neurology*, 1984. 41: 825-829.
10. Lou H. Henriksen L.: Striatal dysfunction in Attention Deficit and Hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology*, 1989. 46: 48-52.
11. Chelune G Ferguson W.: Frontal lobe desinhibition in Attention Deficit Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 1986. 16: 221-234.
12. Semrud-Clikeman M. Filipek P.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Magnetic resonance imaging morphometric analysis of the corpus callosum. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 1994. 33: 875-881.
13. Goodman R. Stevenson J.: A twin study of Hyperactivity: II. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989. 30: 691-709.
14. Dubey D.: Organic factors in hyperkinesis: A critical review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1976. 46: 353-366.
15. Bond C. McMahon R.: Relationships between maternal distress and child behavior problems, maternal personal adjustment, maternal personality, and maternal parenting behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 1984. 93: 348-351.
16. Weiss G. Hechtman L. Milroy T.: Psychiatric status of hyperactives as adults: A controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1985. 24: 211-220.
17. August G. Stewart M. Holmes C.: A four year follow up of hyperactive boys with and without conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1983. 143: 192-198.
18. Biederman J. Faraone S. Milberger S.: A prospective 4-year follow-up study of attention deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1996. 53: 437-446.
19. Kaufman J. et al.: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36: 980-988.
20. Schwab-Stone M. et al.: The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): II. Test-retest reliability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993. 32: 651-657.



## El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica

Dr. Claudio Michanié

21. Sleator E. Ullman R.: Can the physician diagnose hiperactivity in the office? *Pediatrics*, 1981. 67: 13-17.
22. Wilens T. Biederman J.: The Stimulants. *Psychiatric Clinics of North America*, 1992. 15: 191-222.
23. Safer D.J. Allen R.P.: Absence of tolerance to the behavioral effects of methylphenidate in hyperactive and inattentive children. *Pediatrics*, 1989. 115: 1003-1008.
24. Schachar R.J. et al.: Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997. 36: 754-763.
25. Barkley R.A.: The effects of methylphenidate on the interactions of preschool ADHD children with their mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988. 27: 336-341.
26. Barkley R.A. Cunningham C.E.: The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry*, 1979. 36: 201-208.
27. Stein M.A. et al. Methylphenidate dosing: twice daily versus three times daily. *Pediatrics*, 1996. 98: 748-756.
28. Pelham W. Greensdale K. et al.: Relative efficacy of long acting stimulants on children with ADHD: A comparison of standard methylphenidate, sustained release methylphenidate, sustained release dextroamphetamine, and pemoline. *Pediatrics*, 1990. 86: 226-237.
29. Shevell M. Schreiber R.: Pemoline-associated hepatic failure: a critical analysis of the literature. *Pediatr Neurol*, 1997.16: 14-16.
30. Spencer T. et al.: Nortriptyline treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993. 32: 205-210.
31. Spencer T. et al.: Desipramine treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993. 32: 354-360.
32. Barrickman LL. et al.: Bupropion versus methylphenidate in the treatment of attention- deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. 34: 649-657.
33. Hunt R.D. Capper L. O'Connell P.: Clonidine in Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1990. 1: 87-102.
34. Hunt R.D. Arnsten A.F. et al.: An open trial of guanfacine in the treatment of attention- deficit hyperactivity disorder [see comments]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. 34: 50-54.
35. Smith B.H. et al.: Equivalent effects of stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37: 314-321.
36. Smith B.H. et al.: Dosage effects of methylphenidate on the social behavior of adolescents diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Exp Clin Psychopharmacol*, 1998. 6: 187-204.
37. Spencer T. et al.: A double-blind, crossover comparison of methylphenidate and placebo in adults with childhood-onset attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1995. 52: 434-443.
38. Barkley R.: *Defiant children (2nd edition): A clinician's manual for assesment and parent training*. 1987. Ney York: Guilford Press.
39. Barkley R. Guevremont D. et al.: A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992. 60: 450-462.
40. Fehlings D. Roberts W.: ADHD: Does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1991. 12: 223-228.
41. Bird H. Canino G. Rubio-Stipec M.: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 1988. 45: 1120-1126.
42. Anderson J. Williams S. McGee R.: DSM III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 1987. 44: 69-76.
43. Biederman J. Newcorn J. Sprich S.: Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1991. 148: 564-577.
44. Bowen R. Offord D. Boyle M.: The prevalence of overanxious and separation anxiety disorders: Results from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1990. 29: 753-758.
45. Pliszka S.: Comorbidity of ADHD and Overanxious disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992. 31: 197-203.
46. Pliszka S.: Effect of anxiety on cognition, behavior, and stimulant responding in adhd. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989. 28: 882-887.
47. Birmaher B. Ryan N. Williamson D.: Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35: 1427-1439.
48. Alessi N. Magen J.: Comorbidity of other psychiatric disturbances in depressed, psychiatrically hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 1988. 145: 1582-1584.
49. Biederman J. Mick E. Faraone S.: Depression in adhd children: True depression or demoralization? *Journal of Affective Disorders*, 1998. 47: 113-122.
50. Jensen J. Burke N. Garfinkel B.: Depression and symptoms of ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988.





**El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD)  
y las patologías asociadas más frecuentes en la clínica**

Dr. Claudio Michanié

---

27: 742-747.

51. Wosniak J. Biederman J. Kiely K.: Mania-like symptoms suggestive of childhood onset bipolar disorder in clinically referred children. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995. 34: 867-876.
52. Geller B. Sun K. Zimmerman B.: Complex and rapid cycling in bipolar children and adolescents: A preliminary study. *Journal of Affective Disorders*, 1995. 34: 259-258.
53. Biederman J. Klein R. Pine D.: Resolved: Mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998. 37: 1091-1099.
54. Wosniak J. & Biederman J.: A pharmacological approach to the quagmire of comorbidity in juvenile mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35: 826-828.
55. Biederman J. Faraone S. Milberger S.: Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996. 35: 1193-1204.
56. Lahey B. Piacentini J. McBurnett K.: Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988. 27: 163-160.
57. Gilger J. Pennington B. De Fries J.: A twin study of the etiology of comorbidity: Attention deficit hyperactivity disorder and Dyslexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992. 31: 343-348.
58. Shaywitz S.: Dyslexia, current concepts. *New England Journal of Medicine*, 1998. 338: 307-312.
59. Coffey B. Miguel E. Savage C.: Tourette's disorder and related problems: A review and update. *Harvard Review of Psychiatry*, 1994. vol.2, No. 3: 121-132.
60. Shapiro A.: Signs, symptoms, and clinical course. In: *Gilles de la Tourette Syndrome*, 1988. Ed. New York: Raven Press, 169-193.
61. Aman M. Marks R. Turbott S.: Clinical effects of methylphenidate and thioridazine in intellectually subaverage children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991. 30: 246-256.
62. Aman M. Kern R. Osborne P.: Fenfluramine and methylphenidate in children with mental retardation and borderline IQ: Clinical effects. *American Journal of Mental Retardation*, 1997. 101: 521-534.
63. Goldman L. Genel M. Bezman R.: Diagnosis and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 1998. vol 279, No 14: 1100-1107.

