

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>

Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad

Comorbidities associated to attention deficit hyperactivity disorder

Recibido: 14/04/2016. Aceptado: 16/06/2016.

Juan Bernardo Zuluaga-Valencia¹ • Diana Carolina Fandiño-Tabares¹¹ Universidad de Manizales - Facultad de Ciencias Sociales y Humanas - Programa de Psicología - Manizales - Colombia.Correspondencia: Juan Bernardo Zuluaga-Valencia. Programa de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Manizales. Carrera 9 No. 19-03, edificio central. Teléfono: +57 6 8879680, ext.: 1683. Manizales. Colombia. Correo electrónico: juanb@umanizales.edu.co.

| Resumen |

Introducción. Para diagnosticar trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes, es necesario identificar la coexistencia de comorbilidades afectivo-comportamentales que complejizan la evaluación y los procesos terapéuticos requeridos.

Objetivo. Describir la comorbilidad afectivo-comportamental asociada a los diferentes subtipos del TDAH en niños y adolescentes de Manizales.

Materiales y métodos. Muestra conformada por 141 participantes entre los 5 y 15 años de edad, escolarizados, diagnosticados con TDAH y coeficiente intelectual mayor o igual a 85. Estudio exploratorio-descriptivo, donde se analizaron registros de la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI-KID).

Resultados. El rango de edad con mayor asociación comórbida está entre los 8 y 11 años. El subtipo de TDAH predominante es el combinado. El 32% de la muestra presenta asociación comórbida afectivo-comportamental y los trastornos internalizantes tienen una representación del 68.8%, siendo la fobia simple específica la comorbilidad más preponderante en 80.6% de los casos.

Conclusiones. La fobia simple específica es el trastorno internalizante más frecuente en el estudio en rangos de edad y subtipos de TDAH. El trastorno oposicionista desafiante es la comorbilidad externalizante predominante y exclusiva del subtipo de TDAH combinado.

Palabras clave: Comorbilidad; Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad; Trastornos Fóbicos (DeCS).

.....
Zuluaga-Valencia JB, Fandiño-Tabares DC. Comorbilidades asociadas al TDAH. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 61-6. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>.

| Abstract |

Introduction: In order to diagnose attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents, identifying the coexistence of affective-behavioral comorbidities is necessary since they complicate the required evaluation and therapeutic processes.

Objective: To describe the affective-behavioral comorbidity associated to the different subtypes of ADHD in a sample of children and adolescents in Manizales, Colombia.

Materials and methods: The sample consisted of 141 participants aged between 5 and 15 years, attending school, diagnosed with ADHD and with IQ greater than or equal to 85. An exploratory-descriptive study was conducted in which records of the international neuropsychiatric interview (MINI-KID) were analyzed.

Results: 8-11 years is the most common age range in which comorbid association is found, and combined ADHD is the most frequent subtype. 32% of the sample presents comorbid affective-behavioral association and internalizing disorders represent 68.8%, with simple phobia as the most prevalent comorbidity in 80.6% of the cases.

Conclusions: Simple phobia is the most frequent internalizing disorder in the study, both in age ranges and ADHD subtype. Oppositional defiant disorder is the most common externalizing comorbidity of the combined ADHD subtype.

Keywords: Comorbidity; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Phobic Disorders (MeSH).

.....
Zuluaga-Valencia JB, Fandiño-Tabares DC. [Comorbidities associated to ADHD]. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 61-6. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>.

Introduction

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), como problema de salud pública, ha suscitado un interés en profesionales del área clínica e investigadores. Es reconocido como un trastorno neurobiológico que se desarrolla en la etapa infantil y se “caracteriza por un nivel de atención, impulsividad e hiperactividad no adecuado a la edad de desarrollo” (1, p47). En este sentido, la alta frecuencia e intensidad con que se manifiestan las características mencionadas son signo de alarma para que padres, educadores y terapeutas reconozcan que estas manifestaciones no son habituales ni esperables para la edad y el nivel de desarrollo de los niños.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2), el TDAH es un trastorno de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, en

el que se presentan tres síntomas: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad. Nicolau i Palou (3), por su parte, admite que este trastorno dificulta los procesos de autocontrol, la capacidad para mantener la atención, el manejo efectivo de la expresión emocional, la inhibición de respuestas impulsivas, la modulación del comportamiento y el nivel de actividad, con base en las condiciones contextuales y la proyección de consecuencias.

Sin desconocer las causas neurobiológicas, Asherson *et al.* (4) afirman que es preciso revisar esa concepción y recomiendan integrar variables psicosociales en su comprensión, como el ambiente familiar, escolar y social, los cuales ejercen un papel modulador que potencializa los procesos de autorregulación necesarios para que el niño o adolescente logre adaptarse al medio. Si, por el contrario, estos contextos no brindan herramientas, es factible que la evolución del trastorno sea negativa, profundice los síntomas, potencialice la severidad de los mismos y disminuya la calidad de vida.

Por su parte, González (5) sostiene que el interés por el TDAH radica en su alta prevalencia, su carácter crónico y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo, propiciando fracaso escolar, interacciones negativas con el grupo de pares, baja autoestima, baja tolerancia a la frustración y menoscabando la capacidad adaptativa de la persona. Se conoce, de acuerdo con Barkley (6), sobre el funcionamiento ejecutivo, donde se observa que las áreas afectivo-comportamentales afectadas se relacionan con la toma de decisiones, el control de impulsos, la capacidad de autocontrol y la reacción contextual ajustada a las situaciones de la vida cotidiana. Además de dificultades para planear y apropiarse de las instrucciones requeridas para cumplir cualquier actividad académica o social de manera oportuna, lo que causa fácil exposición a conductas de riesgo y da lugar a niveles altos de accidentalidad y vulneración a terceros.

A partir de aquí se derivan otros trastornos que comprometen estructuras psíquicas y del comportamiento, denominadas comorbilidades, que se refieren a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos en la persona. En este contexto, Artigas-Pallarés (7) define dos elementos determinantes: el primero es “que la presencia de la comorbilidad condicione una forma de presentación, pronóstico y abordaje terapéutico, distinto para cada proceso comórbido [...]” (7, p68) y el segundo es la frecuencia de aparición de uno de los trastornos cuando el otro está presente. Esto será significativo en la prevalencia aislada en la población general.

Álvarez *et al.* (8) reconocen que la comorbilidad puede considerarse concurrente cuando “el niño cumple criterios de dos o más trastornos en el momento de evaluación o sucesiva cuando el niño cumple criterios de TDAH en un momento de su vida y cuando estos síntomas mejoran o se resuelven con la edad, desarrolla un nuevo trastorno” (8, p84). Esta condición diagnóstica dual es la que debe definir el proceso de evaluación e intervención.

“La identificación y delimitación de estos problemas es una cuestión prioritaria tanto para la configuración de un diagnóstico diferencial adecuado, como para la aplicación de un tratamiento eficaz y amplio que cubra todas las necesidades del niño” (9, p105).

A su vez, González *et al.* (10) identifican que más del 85% de los niños y adolescentes con TDAH presentan una asociación comórbida y cerca del 60%, dos comorbilidades. Por tanto, “al realizar la exploración y evaluación diagnóstica, es importante descartar otros trastornos que, aunque pueden coexistir con el TDAH, son entidades diferentes y como tales deben clasificarse” (10, p147).

“Las cifras de comorbilidad varían según el tipo de muestra estudiada poblacional versus clínica, niños pequeños versus

adolescentes, inicio del tratamiento precoz versus tardío, y TDAH versus todos los subtipos. Así, la prevalencia de comorbilidad tiende a ser mayor en seguimientos que incluyen muestras clínicas, pacientes adolescentes, con TDAH combinado y pacientes que han iniciado el tratamiento tardíamente” (8, p84).

Este estudio pretende describir las comorbilidades afectivo-comportamentales (internalizantes-externalizantes) asociadas a los diferentes subtipos de TDAH.

El TDAH y su relación con trastornos internalizantes

La mayor prevalencia de trastornos internalizantes se reporta en mujeres. Estos tienden a pasar desapercibidos, se relacionan en especial con preocupaciones y pensamientos alterados y su sintomatología suele ser más encubierta y menos observable que la de los trastornos externalizantes. López-Villalobos *et al.* (11) identificaron que este tipo de comorbilidad oscila entre 15% y 20% y que existe una mayor probabilidad de presentar ansiedad y depresión en los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH que en sujetos que no presentan este trastorno. Esta asociación comórbida causa una importante morbilidad y disfuncionalidad en el niño, interfiriendo en los ámbitos familiar y social.

El TDAH y su relación con trastornos externalizantes

La relación del TDAH con estos trastornos presenta una alta variabilidad. Díaz-Atienza (12) observa una relación con el trastorno oposicionista desafiante de 36% y de 16.3% con trastorno disocial. Este autor reconoce que, si bien el trastorno negativista desafiante en la infancia no pronostica el trastorno disocial en la adolescencia, sí es un predictor potente en la generación de trastornos de conductas en la adolescencia o de trastornos de personalidad en la vida adulta.

Por su parte, Barkley (13) observa que los niños con TDAH que no recibieron diagnóstico y tratamiento presentan un riesgo elevado de desarrollar trastorno de conducta, consumo de sustancias psicoactivas, conductas disruptivas y delictivas.

De acuerdo con Achenbach & Edelbrock y Roca & Alemán (citados por 12), los trastornos externalizantes son psicopatologías caracterizados por la exteriorización de conductas disruptivas y alteraciones del comportamiento, donde la agresividad, impulsividad, oposicionismo, falta de autocontrol conductual-emocional son constantes. Al respecto, Díaz-Atienza sostiene que la presencia o ausencia de la agresividad “es fundamental como indicador de riesgo en la presentación prospectiva de los trastornos de conducta” (12, p47) en la definición de este perfil comórbido. Sumado a ello, encuentra que las dificultades de conducta presentan una relación proporcional y son consustanciales a la presencia de TDAH. Por esto, se suelen presentar diagnósticos errados.

Según el autor, los trastornos de conducta deben comprenderse según dos ópticas: la categorial utilizada en el escenario clínico e investigativo y la dimensional relacionada con el escenario del tratamiento y la intervención psicoterapéutica. Desde una perspectiva psicosocial, Goldstein & Schwebach (14) estudiaron la interacción entre las dinámicas conflictivas a nivel familiar y la genética en la comorbilidad externalizante del TDAH.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio no experimental de corte exploratorio-descriptivo, con una población de 141 niños, niñas y adolescentes entre los 5 y 15 años, diagnosticados con TDAH y escolarizados, que asisten a programas de atención en Manizales. Estos fueron los criterios

de selección propuestos por el DSM-IV, además de que la población contara con un coeficiente intelectual mayor o igual a 85. A su vez, se excluyeron sujetos con trastornos generalizados del desarrollo, trastorno afectivo-bipolar, alteraciones de orden neurológico, discapacidad cognitiva global o coeficiente intelectual menor a 85.

Se utilizó la entrevista *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI-KID), adaptada al español colombiano por Pineda (15). Entrevista diagnóstica estructurada, de breve duración, que explora los principales trastornos psiquiátricos definidos en el eje I del DSM-IV TR, con alta aceptación en el medio clínico e investigativo, en torno a su validez y confiabilidad interna. Este proceso investigativo contó con la participación de un equipo profesional capacitado por el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia, el cual evaluó toda la muestra del estudio de manera estandarizada.

Resultados

Los datos fueron analizados con el programa software SPSS (versión 21.0) y se presentan en tres momentos:

Momento 1. Características socio-demográficas

Cerca del 50% de los casos se encontró en el rango de edad de 8 a 11 años. Alrededor del 90% de la muestra pertenecía a estratos socio-económicos bajo y medio y el 80%, al sexo masculino. De igual manera, hubo una distribución equitativa entre instituciones privadas y públicas, mientras que la etapa escolar primaria representó las dos terceras partes (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas del estudio.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Rango de edad	5-7 años	38	27
	8-11 años	63	44.7
	12-15 años	40	28.4
Sexo	Femenino	25	17.7
	Masculino	116	82.3
Etapa escolar	Transición	6	4.3
	Primaria	87	61.7
	Secundaria	48	34
Tipo de institución educativa	Privada	73	51.8
	Pública	68	48.2
Estrato socio-económico (ESE)	Bajo	44	31.2
	Medio	78	55.3
	Alto	19	13.5

Fuente: Elaboración propia.

Momento 2. Distribución de la muestra según subtipo y rango de edad

Se encontraron 67.4% para el TDAH-subtipo combinado, 31.9% para el TDAH-subtipo inatento y 0.7% para el TDAH-subtipo hiperactivo/impulsivo. Predominó el subtipo combinado en los

rangos de 5 a 7 años y de 8 a 11 años, cuya cantidad de participantes con este diagnóstico fue cuatro veces mayor que la del subtipo inatento en el primer caso, mientras que para el segundo caso fue de algo más de dos terceras partes. En el rango de 12 a 15 años, la distribución fue homogénea entre los subtipos. Al aplicar la prueba de Chi cuadrado a fin de analizar la asociación entre las variables rango de edad y subtipo, se manifestó dependencia entre estas ($p=0.01$). Se calculó el coeficiente de V de Cramer para determinar la fuerza de asociación de las variables y se reveló una relación débil entre ellas, evidente en la Tabla 2 (V de Cramer=0.256).

Tabla 2. Rangos de edad y subtipos de TDAH.

Rango de edad	Subtipo-TDAH	Frecuencia	Porcentajes
5-7 años	Combinado	30	81.1
	Inatento	7	18.9
8-11 años	Combinado	45	71.4
	Inatento	18	28.6
12-15 años	Combinado	20	50
	Inatento	20	50

Fuente: Elaboración propia.

Momento 3. Comorbilidad afectivo-comportamental según subtipo y rango de edad

Se observó que el 68.1% de la muestra no presentó comorbilidad asociada. Asimismo, el 31.9% (45 casos) manifestó comorbilidad afectivo-comportamental asociada, más frecuente en la agrupación de los trastornos internalizantes (68.8%). En segundo lugar, se encontraron los trastornos externalizantes correspondientes al 17.8% y, por último, las comorbilidades mixtas (trastornos internalizantes/externalizantes) con un 13.3%.

Cerca del 50% de los participantes con comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas se encontraron en el rango de 8-11 años, mientras que los demás rangos se dividieron de manera equitativa con una representación de un cuarto de la muestra con asociación comórbida afectivo-comportamental.

Al examinar la distribución de la comorbilidad en función de los subtipos, se reveló que el subtipo combinado presentó las tres agrupaciones comórbidas encontradas en el estudio (trastornos internalizantes, trastornos externalizantes, y comorbilidades mixtas). A su vez, en el subtipo inatento solo hubo asociación comórbida con trastornos de tipo internalizante. Los trastornos internalizantes fueron la agrupación comórbida más prevalente en el subtipo combinado (57.6%). Los resultados mostraron, con la examinación de la distribución en función del rango de edad, que los trastornos internalizantes en este subtipo tuvieron más presencia en el rango de 8-11 años (47.4%), seguido por el rango de 5-7 años (36.8%).

En el subtipo combinado, los trastornos externalizantes se manifestaron de modo más frecuente en el rango de 8-11 años (62.5%), seguido por el rango de 12-15 años (25%). No obstante, la comorbilidad mixta (trastornos internalizantes/externalizantes) solo se observa en el subtipo combinado, en los rangos de 5-7 y de 8-11 años, con mayor ocurrencia en este último rango de edad (66.7%).

El subtipo inatento mostró una asociación comórbida solo con trastornos de tipo internalizante, donde el 50% de los casos se

agruparon en el rango de 12-15 años. En los rangos de 5-7 y de 8-11 años, la cantidad de casos con subtipo inatento y asociación comórbida internalizante tuvieron igual representación.

Momento 3.1. TDAH y comorbilidad internalizante

En relación con el tipo de trastorno internalizante presentado, la fobia simple específica fue el trastorno comórbido más frecuente (80.6%), seguida por el trastorno de ansiedad por separación (12.9%) y el trastorno de ansiedad social (6.5%). Respecto al rango de edad, la fobia simple específica se manifestó en todos los rangos, siempre con el mayor porcentaje de aparición. Esta condición se pudo observar de igual forma al examinar los datos en función del subtipo.

En el subtipo combinado, la fobia simple específica se dio de manera exclusiva en los rangos de 5-7 años y de 12-15 años, mientras que en el rango de 8-11 años se identificó la aparición de otro tipo de diagnósticos comórbidos como la ansiedad por separación, aunque en menor proporción.

Por su parte, en el subtipo inatento, se observó el aumento con la edad de la diversidad de trastornos comórbidos de tipo internalizante. La fobia simple específica apareció en mayor proporción que los otros trastornos internalizantes. En el rango de 5-7 años, la fobia simple específica y la ansiedad por separación fueron exclusivas en el rango de 8-11 años y ansiedad de separación y trastorno de ansiedad social, en el rango de 12-15 años (Tabla 3).

Tabla 3. Trastornos internalizantes por rango de edad y subtipo de TDAH.

Rango	Subtipo	Trastorno internalizante	Frecuencia	Porcentaje (%)
5-7 años	Combinado	Fobia simple específica	7	70
		Inatento	3	30
	Total		10	100
8-11 años	Combinado	Fobia simple específica	7	58.3
		Ansiedad por separación	2	16.7
	Inatento	Fobia simple específica	2	16.7
		Ansiedad por separación	1	8.3
	Total		12	100
12-15 años	Combinado	Fobia simple específica	3	33.3
		Inatento	3	33.3
	Inatento	Ansiedad social	2	22.2
		Ansiedad por separación	1	11.1
	Total		9	100

Fuente: Elaboración propia.

Los casos analizados con fobia simple específica aparecieron con mayor frecuencia, seguidos de las fobias combinadas y las fobias relacionadas con condiciones hospitalarias y las fobias de tipo situacional en menor proporción.

Momento 3.2. TDAH y comorbilidad externalizantes

Los trastornos externalizantes solo se presentaron de manera exclusiva en el subtipo combinado (18%). El trastorno oposicionista desafiante (TOD) fue el único trastorno externalizante identificado en la muestra y presentó una mayor frecuencia en el rango de 8-11 años (11.11%). Le siguieron los rangos de 12-15 (4.44%) y de 5-7 años (2.22%).

Momento 3.3. TDAH y comorbilidad mixta (trastornos externalizantes + internalizantes)

La comorbilidad mixta (trastornos internalizantes/externalizantes) apareció en 13.3% de los casos. A su vez, el subtipo combinado fue el único en mostrar este tipo de asociación en los rangos de edad de 5-7 y de 8-11 años. De los 6 casos que manifestaron esta condición, 4 tuvieron diagnósticos comórbidos relacionados con fobia simple específica y trastorno oposicionista desafiante. En los casos con tres asociaciones comórbidas (Tabla 4), se manifestaron las tipologías mencionadas, sumadas al trastorno de ansiedad por separación.

Tabla 4. Trastornos internalizantes/externalizantes por subtipo y rango de edad.

Subtipo	Rango	Fobia simple específica/TOD		Fobia simple específica/TOD/Ansiedad por separación	
		Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Combinado	5-7 años	1	25	1	50
	8-11 años	3	75	1	50

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los resultados del presente estudio destacan que el rango de 8-11 años ocupó una representación cercana al 50% de la muestra. Dicho resultado es congruente con la distribución de edad hallada por Grau-Sevilla (18), Rodríguez *et al.* (19), González (5) y Nicolau i Palou (3), quienes reconocen que este rango de edad agrupó el mayor porcentaje de los procesos de evaluación diagnóstica sobre el TDAH. Estos autores consideran que en esta etapa se inician procesos escolares y de relación interpersonal exigentes, donde la regulación conductual, el seguimiento de normas y límites y la búsqueda de satisfacciones inmediatas se hacen más visibles. Esto indica que no es la presencia del síntoma en sí (inatención, hiperactividad, impulsividad), lo que determina la disfuncionalidad de la persona, sino la frecuencia negativa de comportamientos que ocasionan múltiples confrontaciones disciplinarias con padres o maestros y problemas de relación con sus iguales.

En cuanto a los subtipos de TDAH, Pascual-Castroviejo (20), Rodríguez *et al.* (19), Navarro (9), González (5) y Calderón *et al.* (21) revelan en sus estudios que el subtipo más frecuente fue el combinado con un 67.4%, con comorbilidades asociadas a trastornos externalizantes (conducta disocial, trastorno oposicionista y de comportamiento), acentuando las dificultades personales y de relación en los contextos familiar y social. "Frecuentemente se observan serias dificultades para establecer de manera adecuada relaciones sociales con sus compañeros y rechazo por sus iguales debido a sus características conductuales" (22, p70).

Un hallazgo importante en este estudio vinculado con los subtipos de TDAH fue la dinámica de distribución de la muestra en el rango de 12-15 años, en donde la cantidad de participantes diagnosticados con subtipo inatento fue igual a los diagnosticados con subtipo combinado. Lo anterior es consistente con lo establecido por Pineda *et al.* (22), Holguín *et al.* (23), Vélez *et al.* (16), Rodríguez *et al.* (19) y Orjales (17), quienes reconocen que, al pasar de la preadolescencia a la adolescencia, la sintomatología asociada a la hiperactividad tiende a matizarse, mientras que la relacionada con dificultades de atención, bajo rendimiento escolar y autocontrol emocional suele incrementarse.

En el análisis de las comorbilidades afectivo comportamentales, Díez *et al.* (24) sugieren que entre 40% y 60% de las personas diagnosticadas con TDAH manifestaron algún trastorno comórbido. Este rango porcentual fue mucho menor al detectado en este estudio, en el que solo 31.9% de la muestra exhibieron asociación comórbida. Los resultados indicaron predominancia de trastornos internalizantes, vinculados en especial con trastornos de ansiedad, los cuales se evidenciaron en un 22% de los participantes. De otro lado, las asociaciones comórbidas de tipo externalizante y de tipo mixto (internalizante/externalizante) solo se presentaron en el 10% de la muestra.

El subtipo combinado fue el de mayor frecuencia en la muestra total, manifestándose en los tres tipos de comorbilidad identificados con predominancia en el rango de 8-11 años. Por su parte, el subtipo inatento tuvo presencia exclusiva en asociaciones comórbidas internalizantes, más que todo en el rango de 12-15 años. López-Villalobos *et al.* (16) sostienen que los síntomas característicos de los trastornos internalizantes inician después de los 7 años, lo cual es coherente con los hallazgos de la presente investigación. No obstante, los resultados describen un comportamiento opuesto entre subtipos en función de la edad, ya que la aparición de agrupaciones comórbidas internalizantes incrementó con la edad en el subtipo inatento, mientras que en el subtipo combinado se dio una menor aparición de trastornos internalizantes en la adolescencia.

De acuerdo con Díaz-Atienza (12) y con Díez *et al.* (24), la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente varía entre el 5% y el 18% de los casos reportados con TDAH en el mundo. En el estudio realizado por López-Villalobos *et al.* (16), cerca del 50% de los participantes presentaron cuadros clínicos de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, ansiedad social y fobia simple, resultados que concuerdan con el trabajo de Rodríguez *et al.* (19). En este estudio, la fobia simple específica se evidenció en 80.6% de los casos y la mayor proporción se diagnosticó con subtipo combinado (54.8%).

La fobia se desencadena por la presencia o anticipación de objetos, situaciones o seres vivos y tienen la tendencia a ser moldeadas de manera inadvertida por los adultos cuidadores a través de castigos o correctivos inapropiados. Teniendo en cuenta el elemento detonador, se manifestaron más las fobias relacionadas con eventos naturales. Dicho hallazgo se distancia de lo expresado por García & Rivera (25), quienes encuentran una mayor relación de los casos de TDAH con fobias de tipo situacional.

Otro trastorno internalizante encontrado fue el de ansiedad por separación, que solo se diagnosticó en 12.9% de los casos, distribuido de forma equitativa para los subtipos combinado e inatento y con mayor ocurrencia en el rango de 8-11 años. Por último, se reveló que la ansiedad social solo apareció en el 6.5% de los casos, con presencia exclusiva al subtipo inatento en el rango de 12-15 años.

En un segundo momento del análisis de los resultados respecto a la aparición de los trastornos externalizantes, la única comorbilidad observada fue el TOD, diagnóstico característico del TDAH-subtipo combinado, con mayor incidencia en el rango de 8-11 años. Este hallazgo concuerda con lo expresado por Navarro (9), Grau-

Sevilla (18) y Calderón *et al.* (21), quienes reconocen que los sujetos diagnosticados con subtipo combinado tienen niveles superiores de agresividad, hostilidad, oposición y ausencia de compromiso al relacionarse con figuras de autoridad.

La revisión realizada por Joselevich *et al.* (26), Holguín *et al.* (23), Navarro (9) y Álvarez *et al.* (8) indica una asociación comórbida entre el TDAH y el TOD cercana al 35%. Este trastorno se reconoce como la puerta de entrada a otras psicopatologías disruptivas que afectan ostensiblemente la adaptación y la calidad de vida.

En el tercer momento del análisis, se encontró la comorbilidad mixta, que solo ocurrió en casos de subtipo combinado y en los rangos de 5-7 y de 8-11 años con incidencia superior en este último.

En esta clasificación se incluyeron la fobia simple específica, el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de ansiedad por separación. La combinación de fobia simple específica y el TOD ocurrió más en el rango de 8-11 años, mientras que la combinación de fobia simple específica, ansiedad por separación y TOD presentó un caso para cada rango de edad. Al respecto, Rodríguez *et al.* (19) y Joselevich *et al.* (26) señalan que cerca del 50% de los casos presentaron diagnóstico de TOD como asociación comórbida, detonante de la aparición de trastornos de conducta y ansiedad en el subtipo combinado. De acuerdo con estas consideraciones, los resultados del presente estudio mostraron un patrón afín. Sin embargo, las proporciones y frecuencias de los hallazgos fueron inferiores a los de los estudios anteriores.

Conclusiones

La aparición de comorbilidades internalizantes y externalizantes, como las de mayor incidencia en el rango de 8-11 años, pueden ser resultado de la disfuncionalidad de los contextos, la exclusión y la falta de programas de atención oportuna para esta población.

A su vez, la presencia de las tres agrupaciones comórbidas en el TDAH subtipo combinado pueden estar confirmando la severidad del trastorno en los inicios de la adolescencia, convirtiéndose en un riesgo para la salud mental.

El presente artículo es producto del macroproyecto de investigación titulado “Caracterización neuropsicopedagógica de niños y niñas con TDAH que asisten a programas de atención de la ciudad de Manizales”, adscrito al Grupo de Investigación en Psicología del Desarrollo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales.

El macroproyecto hace parte del convenio de cooperación interinstitucional con el Grupo de Investigación Neuroaprendizaje de la Universidad Autónoma de Manizales, desde el proyecto llamado “Caracterización de los potenciales relacionados a eventos cognitivos en la diferenciación de los subtipos clínicos del trastorno por déficit de atención” y del contrato de prestación de servicios con el Grupo de Investigación Control y Procesamiento de Señales Digitales de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales, a partir del proyecto apoyado por Colciencias titulado “Identificación automática del trastorno por déficit de atención/hiperactividad sobre registros de potenciales evocados cognitivos”.

Todos los acudientes de los participantes firmaron un consentimiento informado con anterioridad. El macroproyecto se acogió a los lineamientos del Acuerdo 1 de mayo 29 de 2003 del Consejo Superior, por medio del que se crea y reglamenta el comité de Ética en Investigación en la Universidad de Manizales.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad de España. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Barcelona: Editorial del Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson-APA; 1995.
3. Nicolau i Palou R. TDAH: el control de las emociones. *Revista de Psiquiatría de la Asociación Española Infanto-Juvenil*. 2002;19(Número especial):1-5.
4. Asherson P, Kuntsi J, Taylor E. Unravelling the complexity of attention deficit hyperactivity disorder: a behavioral genomic approach. *Br J Psychiatry*. 2005;187:103-5. <http://doi.org/cr8gfs>.
5. González E. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en el salón de clases [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2006.
6. Barkley R. El desorden de hiperactividad y déficit atencional. *Revista Investigación y Ciencia*. 1998;266:48-53.
7. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*. 2003;36(Suppl 1):68-78.
8. Álvarez M, Soutullo C, Díez A, Figueroa A. TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. In: Martínez MA, coord. Todo sobre el TDAH. Tarragona: Altaria Publicaciones; 2013.
9. Navarro M. Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por Déficit de atención con hiperactividad: una investigación empírica [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2009.
10. González R, Bakker L, Rubiales J. Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2014;12(1):141-58. <http://doi.org/b379>.
11. López-Villalobos J, Serrano I, Delgado J, Ruíz F, García M, Sánchez M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Anales de Psiquiatría*. 2004;20(5):205-10.
12. Díaz-Atienza J. Comorbilidad en el TDAH. *Rev Psiquiatr Psicol. Niño Adolesc*. 2006;6(1):44-55.
13. Barkley R. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.
14. Goldstein S, Schwabach AJ. The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a retrospective chart review. *J Autism Dev Disord*. 2004;34(3):329-39. <http://doi.org/dc7z2d>.
15. Pineda D. MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional para niños y adolescentes. Adaptación al español colombiano. Medellín: Universidad de San Buenaventura-Universidad de Antioquia; 2006.
16. López-Villalobos J, Serrano I, Delgado J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y ansiedad. *Psicothema*. 2004;16(3):402-7.
17. Orjales I. Déficit de atención con hiperactividad: manual para padres y educadores. Madrid: CEPE; 1999.
18. Grau-Sevilla MD. Análisis del contexto familiar en niños con TDAH [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2007.
19. Rodríguez L, López-Villalobos J, Garrido M, Sacristán AM, Martínez M, Ruíz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(42):251-68.
20. Pascual-Castroviejo I. Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol*. 2002;35(1):11-7.
21. Calderón J, Castaño M, Jiménez D, Dussán L, Valderrama A. Trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias en el departamento de Caldas. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2010.
22. Pineda D, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX, Grupo de Investigación Fundema. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Rev Neurol*. 2001;32(3):217-22.
23. Holguín JA, Osío O, Sánchez Y, Carrizosa J, Cornejo JW. Comorbilidad del trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) en una muestra poblacional de niños y adolescentes escolares, Sabaneta, Colombia, 2001. *Iatreia*. 2007;20(2):101-10.
24. Díez A, Figueroa A, Quintana C, Soutullo C. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8(4):135-55.
25. García M, Rivera R. Asociación entre los subtipos 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 [Tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad de la Sabana; 2012.
26. Joselevich E, Bernaldo de Quirós G, Moyano MB, Scandar RO. A.D./H.D. Qué es, qué hacer: Recomendaciones para padres y docentes. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica; 2003.