

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA A LO LARGO DEL DESARROLLO EVOLUTIVO EN CASOS DE TDAH

Estefanía Santurde del Arco

Psicopedagoga Gabinete ATRIA (Atención Integral a la Infancia y la Adolescencia)
Correo electrónico: estefaniasanturde@gabineteatria.com

José Antonio Del Barrio del Campo

Profesor Titular de Universidad
Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Universidad de Cantabria

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.43>

Fecha de Recepción: 21 Febrero 2015

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la edad pediátrica y es una de las principales razones por las que los niños acuden a servicios de salud mental (Soutullo y Diez, 2007). La comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad (Sushevskaja, Olumchev, Saveska y Kadri, 2011). De este modo, se evita que la presencia de comorbilidad empeore la evolución de la sintomatología y beneficia el aumento de la calidad de vida de los afectados y sus familias (Tallis, 2008).

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de caso control comparando las respuestas obtenidas de los cuestionarios completados por dos grupos de familias con niños de entre 6 y 16 años. Un grupo formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH (N=204) y el grupo control de padres con niños sin TDAH (N=342).

Este trabajo tiene como objetivo principal constatar si los niños y adolescentes con TDAH tienen mayores problemas externalizantes (problemas de conducta y agresividad) e internalizantes (ansiedad y depresión) en comparación con los niños y adolescentes que no cursan con sintomatología de TDAH. Así como, concienciar sobre la importancia de detectar precozmente y tratar de forma adecuada las comorbilidades en los casos de TDAH.

PALABRAS CLAVE: TDAH, Diagnóstico, Comorbilidades, Calidad de vida.

ABSTRACT

Evolution of the symptomatology along the evolutionary development in cases of TDAH.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most frequent psychiatric disorder in the pediatric age and it is one of the main reasons for which the children come to services of mental health (Soutullo y Diez, 2007). The comorbidity is usually a complication of the ADHD not detected as soon as possible or not treated in a suitable way, therefore it is important to highlight that the precocious diagnosis and the beginning of a treatment they diminish the risk of comorbidity (Sushevska, Olumchev, Saveska y Kadri, 2011). This way, one prevents the presence of comorbidity from worsening the evolution of the symptomatology and benefits the increase of the quality of life of the affected ones and its families (Tallis, 2008).

There has been realized a transverse descriptive study of case control comparing the obtained answers of the questionnaires completed by two groups of families with children of between 6 and 16 years. A group formed by children's parents with a positive diagnosis of ADHD (N=204) and the group parents control with children without ADHD (N=342).

This work takes as a main target to state if the children and adolescents with ADHD have major problems externalizantes (problems of conduct and aggressiveness) and internalizantes (anxiety and depression) compared to the children and adolescents who do not study with ADHD symptomatology. As well as, to make aware on the importance of detecting precozmente and of treating the comorbidities as a suitable form in the cases of ADHD.

KEY WORDS: TDAH, Diagnosis, Comorbidities, Quality of life.

ANTECEDENTES

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la edad pediátrica y es una de las principales razones por las que los niños acuden a servicios de salud mental (Soutullo y Diez, 2007).

Actualmente, se admite que el TDAH "puro" es algo muy infrecuente, estimándose la comorbilidad en más del 60% de los casos (Díaz, 2006). La comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada (Carricajo et al., 2009; San Sebastian, Soutullo y Figueroa, 2010; Sushevska et al., 2011).

Los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia acompañan al TDAH son el trastorno oposicional desafiante, trastorno del humor (depresión o enfermedad bipolar) y trastornos de ansiedad (San Sebastian et al., 2010; Soutullo y Diez, 2007). Así como el trastorno disocial, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno relacionado con la ingesta de sustancias nocivas y los trastornos del sueño (Lavigne y Romero, 2010).

La prevalencia del TDAH con los trastornos de conducta se establece entre un 30-60% (Althoff, Rettew, Hudziak, 2003; Gul, Tiryaki, Kultur, Topbas y Ak, 2010; Presentación y Siegenthaler, 2005). Se trata de la comorbilidad que conlleva mayores repercusiones negativas, se ha destacado el mayor uso de drogas y alcohol (Torok, Darke y Kaye, 2012). En los casos de adolescentes con un trastorno externalizante, se ha constatado que sufren la sintomatología de TDAH de forma más severa y viven en ambientes familiares que no pueden proporcionarles un apoyo adecuado en su desarrollo debido a factores socioeconómicos, insatisfacción con su vida, tensiones parentales y falta de interés por las actividades del adolescente (Hurtig et al., 2007). Inclusive, han observado que los casos con un diagnóstico del subtipo combinado o predominantemente hiperactivo-impulsivo desarrollan mayores síntomas de hiperactividad-impulsividad, trastornos de conducta y trastorno oposicionista-desafiante que aquellos con un diagnóstico de subtipo inatento (Roselló, Pitarch y Abad, 2002).

Las cifras que se indican en la literatura en cuanto a la comorbilidad del TDAH con los trastornos internalizantes (trastornos depresivos y/o de ansiedad) oscilan entre el 20-40% de los casos

(López, Serrano y Delgado, 2004). Concretamente, en relación a los trastornos depresivos la prevalencia se ha indicado entre un 15 y un 75% (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991), y en los trastornos de ansiedad se ha estimado un 25 % de los casos (Biederman et al., 1991; Presentación y Siegenthaler, 2005; Schatz y Rostain, 2006). Los de mayor prevalencia dentro de los trastornos de ansiedad son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada (Díaz, 2006). Además, los trastornos de ansiedad han sido identificados con mayor frecuencia en los casos del subtipo de inatención (Tzang, Chang y Liu, 2009).

La comorbilidad es más frecuente en el TDAH tipo combinado que en el inatento, y los niños suelen tener más problemas comorbidos que las niñas (Soutullo y Díez, 2007). Los pacientes con TDAH hiperactivo-impulsivo y combinado presentan mayor severidad de los trastornos tanto internalizados como externalizados (Ulloa, Sánchez, Sucedá y Ortiz, 2006).

Finalmente, debemos señalar que debido a la alta comorbilidad que se constata en este trastorno, es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial referente al tema evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social (San Sebastián et al., 2010).

OBJETIVOS

Constatar si los niños y adolescentes con TDAH tienen mayores problemas externalizantes (problemas de conducta y agresividad) e internalizantes (ansiedad y depresión) en comparación con los niños y adolescentes que no cursan con sintomatología de TDAH.

La hipótesis que planteamos es que los niños diagnosticados de TDAH (todos los subtipos) desarrollan más síntomas de depresión, ansiedad, problemas de conducta y agresividad que los niños sin un diagnóstico de TDAH.

PARTICIPANTES

Respecto a la distribución por el grupo al que pertenecen los sujetos de la muestra, el grupo de TDAH se dividió en tres subgrupos, el subtipo hiperactividad más impulsividad representaba el 2.4% (N=13), el subtipo déficit de atención el 13.7% (N=75) y el subtipo combinado el 21.2% (N=116) del total de casos. Y el grupo control representaba el 62.6% (N=342) del total de casos. La sobrerrepresentación de casos en el subtipo combinado se justifica por la mayor prevalencia que estiman los autores en el diagnóstico de este subtipo, seguido del predominantemente inatento y finalmente el subtipo hiperactivo impulsivo (Cardo y Servera, 2005).

Referente a la distribución teniendo en cuenta la variable curso académico que está cursando el niño. En cuanto al grupo de TDAH el 76.9% del subtipo hiperactivo impulsivo, 64% del subtipo déficit de atención y el 71.6% del subtipo combinado se encontraba cursando primaria (ciclo inicial de 6 a 8 años, ciclo medio de 8 a 10 años y ciclo superior de 10 a 12 años). Y el porcentaje restante corresponde al 23.1% del subtipo hiperactivo impulsivo, 36% del subtipo déficit de atención y el 28.4% del subtipo combinado que estaba cursando el primer ciclo de secundaria (1º y 2º de la ESO de 12 a 14 años). De forma similar, en el grupo control se observa que un 61.1% de los niños se encontraba cursando primaria y el 38.9% restante estaba cursando el primer ciclo de secundaria (1º y 2º de la ESO de 12 a 14 años). El mayor número de casos diagnosticados de TDAH que se observan en la muestra se encontraban cursando primaria. El mayor porcentaje en este periodo escolar se justifica por la mayor prevalencia de TDAH que los autores han constatado en el rango de edad de los 6 a los 9 años (Cardo y Servera, 2005).

La muestra se ha recogido de diversas localidades de las Provincias de Cantabria y de Bizkaia. En Cantabria se ha obtenido el 36.3% (N=124) del grupo control y el 41.7% (N= 85) del grupo TDAH. Y en Bizkaia se ha conseguido el 63.7% (N=218) del grupo control y el 58.3% (N=119) del grupo TDAH.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA A LO LARGO DEL DESARROLLO EVOLUTIVO EN CASOS DE TDAH

A su vez, podemos observar que de los casos diagnosticados en el subtipo combinado y déficit de atención es mayor el porcentaje que no recibe atención psicológica en el momento del estudio. La atención psicológica en estos subtipos se comenzó a realizar de forma mayoritaria a los 6 años.

MÉTODO

Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de caso control comparando las respuestas obtenidas de los cuestionarios completados por dos grupos de familias con niños de entre 6 y 16 años. Un grupo formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH (N=204) y el grupo control de padres con niños sin TDAH (N=342).

Resultados

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones, donde observamos mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y el Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que en el nivel de primaria prácticamente la mayoría de las puntuaciones no se distribuyen normalmente ($p < 0.05$).

De acuerdo a los resultados de la prueba de normalidad, se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney y observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en todos los grupos para el nivel de primaria. Entre el grupo control y el subtipo combinado para la escala de depresión ($z = -7.479$; $p = 0.000$), ansiedad ($z = -5.901$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = 5.091$; $p = 0.000$) y agresividad ($z = -7.879$; $p = 0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 1). Entre el grupo control y el subtipo déficit de atención encontramos diferencias significativas en la escala depresión ($z = -4.557$; $p = 0.000$), ansiedad ($z = -4.257$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = -2.424$; $p = 0.015$) y agresividad ($z = -3.365$; $p = 0.001$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo predominantemente inatento presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 2). Finalmente, entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo observamos exclusivamente diferencias en la escala de problemas de conducta ($z = -2.968$; $p = 0.003$) y agresividad ($z = -4.087$; $p = 0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo hiperactivo impulsivo presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 3).

En el nivel de secundaria, observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado, y entre el grupo control y el subtipo predominantemente inatento. No es posible hallar comparaciones entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo por falta de casos. Las diferencias entre el grupo control y el subtipo combinado se han encontrado en la escala de depresión ($z = -5.459$; $p = 0.000$), ansiedad ($z = -4.142$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = -5.073$; $p = 0.000$) y agresividad ($z = -5.162$; $p = 0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 4). Entre el grupo control y el subtipo déficit de atención encontramos diferencias significativas en la escala depresión ($z = -4.076$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = -4.479$; $p = 0.000$) y agresividad ($z = -4.892$; $p = 0.000$), a excepción de la escala de ansiedad ($z = -1.635$; $p = 0.102$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo predominantemente inatento presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 5).

Tabla 1

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado nivel de primaria

Escala	U	Z	p
Depresión	736.000	-7.479	.000
Ansiedad	1137.000	-5.901	.000
Problemas de Conducta	4735.500	-5.091	.000
Agresividad	3528.000	-7.879	.000

Tabla 2

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo predominantemente inatento nivel de primaria

Escala	U	Z	p
Depresión	1389.000	-4.557	.000
Ansiedad	1411.500	-4.257	.000
Problemas de Conducta	3809.500	-2.424	.015
Agresividad	3387.500	-3.365	.001

Tabla 3

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo nivel de primaria

Escala	U	Z	p
Depresión	242.500	-.335	.738
Ansiedad	257.500	-.033	.973
Problemas de Conducta	395.500	-2.968	.003
Agresividad	255.000	-4.087	.000

Tabla 4

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	657.500	-5.459	.000
Agresividad	1118.500	-4.142	.000
Ansiedad	196.500	-5.073	.000
Depresión	177.000	-5.162	.000

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA A LO LARGO DEL DESARROLLO EVOLUTIVO EN CASOS DE TDAH

Tabla 5

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo predominantemente inatento nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	862.500	-4.076	.000
Agresividad	1420.500	-1.653	.102
Ansiedad	313.500	-4.479	.000
Depresión	330.000	-4.892	.000

CONCLUSIONES

Nuestros resultados respecto a la existencia de mayores síntomas de problemas de conducta y agresividad en los tres subtipos del trastorno frente al grupo control, y mayores síntomas de depresión y ansiedad en los subtipos combinado y déficit de atención frente al grupo control en primaria. Y en secundaria, mayores síntomas en todos los subtipos frente al grupo control, a excepción de la puntuación en ansiedad entre el subtipo inatento y el grupo control que no se han encontrado diferencias. Son coincidentes con lo hallado en investigaciones previas; como es el caso de Díaz (2006), señala que actualmente el TDAH “puro” es algo muy infrecuente, estimándose la comorbilidad en más del 60% de los casos. Otros autores han identificado que la comorbilidad es más frecuente en el TDAH tipo combinado e hiperactivo impulsivo que en el inatento (Soutullo y Diez, 2007; Ulloa et al., 2006) y los pacientes diagnosticados del subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado presentan mayor severidad de los trastornos tanto internalizados como externalizados (Ulloa et al., 2006).

De acuerdo a los resultados de la hipótesis planteada y el alto porcentaje que se especifica en la literatura en cuanto a la comorbilidad del TDAH (López et al., 2004; McLaughlin y Harrison, 2006; Presentación y Siegenthaler, 2005; Schatz y Rostain, 2006) debemos concienciarnos sobre la necesidad de evaluar dicha sintomatología lo antes posible y elaborar planes de tratamiento para abordar los trastornos que coexistan con el TDAH. Puesto que cabe especificar que la comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad (Carricajo et al., 2009; Sebastian et al., 2010; Sushevska et al., 2011). De este modo, se evita que la presencia de comorbilidad empeore la evolución de la sintomatología y beneficia el aumento de la calidad de vida de los afectados y sus familias (Tallis, 2008).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Althoff, R.R., Rettew, D.C. & Hudziak, J.J. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals*, 33(4), 245-252.
- Bierdeman, J., Newcorn, J. & Sprich S. (1991) Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Cardo, E., & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención hiperactividad: Revisión metodológica. *Revista de neurología*, 40 (supl 1), 11-15.
- Carricajo Lobato, M.P., García Núñez, C., Martí Martínez, A.B., Fenollar Ibáñez, F.M., Ziadi Trives, M., Castillo Alarcón, M.P. & Fuentes Albero, M. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comorbilidad. Congreso Virtual de Psiquiatría, 1-28 febrero.
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Gul, N., Tiryaki, A., Kultur, S.E.C., Topbas, M. & Ak, I. (2010). Prevalence of Attention Deficit

- Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20, 50-56.
- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., Loo, S., Järvelin, M.R. & Moilanen, I. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 16(6), 362-369.
- Lavigne, R. & Romero, J.F. (2010). El TDAH. *¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?*. Pirámide. Madrid.
- López, J.A., Serrano, I. & Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.
- Presentación, M.J. & Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (3), 261-275.
- Roselló, B., Pitarch, I. & Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34(Supl 1), 82-90.
- San Sebastian, J., Soutullo, C. & Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En Soutullo, C. & Mardomingo, M.J. (Ed.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 55-76). Madrid: Médica Panamerica.
- Schatz, D.B. & Rostain, A.L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 10, 141-149.
- Soutullo, C. & Diez, A. (2007). *Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Sushevska, L., Olumchev, N., Savaeska, M. & Kadri, H. (2011). Analysis of Subtypes and Other Associated Conditions of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) in School Population from 6 to 12 Years of Age. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*, 28(1), 53-58.
- Tallis, J. (2008). Neurología y trastorno por déficit de atención: Mitos y realidades. En Janin, B. (Ed.), *Niños desatentos e hiperactivos, ADD-ADHD: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp.187-223). Madrid: CEP S.L.
- Torok, M., Darke, S. & Kaye, S. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Severity of Substance Use: The Role of Comorbid Psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/a0027846.
- Tzang, R.F., Chang, Y.C. & Liu, S.I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 318-325.
- Ulloa, R.E., Sánchez, S., Saucedo, J. M. & Ortiz, S. (2006). Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 330-335.

