

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad

José Antonio López-Villalobos, Isabel Serrano Pintado* y Juan Delgado Sánchez-Mateos*
Unidad de Salud Mental - Sacyl (Palencia) y * Universidad de Salamanca

El estudio analiza el perfil comórbido del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y trastornos depresivos y/o de ansiedad (TI), explorando el modelo que predice esta asociación psicopatológica. Se analiza una muestra de 90 casos con TDAH (6-16 años) y mediante investigación diferencial se compara la agrupación TDAH+TI con la ausencia de esta comorbilidad. El caso de TDAH se define según criterios DSM-IV y la comorbilidad mediante el CSI. Se consideran las variables perfil intelectual, resultados académicos, dimensión relacional y antecedentes psiquiátricos. Se utilizan estadísticos descriptivos y exploratorios, implementando un procedimiento de regresión logística. Los resultados reflejan que los casos de TDAH presentan alteración en dimensiones académicas, relacionales, familiares y clínicas. No se aprecia un perfil diferencial entre TDAH+TI y TDAH sin TI. Se concluye que con nuestros datos y diseño de trabajo no poseemos evidencia empírica de que el modelo propuesto prediga TDAH+TI ($p < 0.05$).

Attention deficit hyperactivity disorder: comorbidity with depressive and anxiety disorders. The study analyses the profile of comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Depressive / Anxiety Disorders (ID), exploring the pattern that could predict this psychopathological association. A sample of 90 cases of ADHD is analysed (6-16 years). The differential investigation compares the grouping ADHD+ID with the absence of this comorbidity. ADHD was defined according to DSM-IV criteria, whereas comorbidity was defined by means of CSI. The following variables were considered: intelligent profile, academic results, relational dimension and previous psychiatric history. Descriptive and exploratory statistics were used, implementing a procedure of logistic regression. The analysis of the sample of ADHD reports alterations in the following dimensions: academic, relational, familiar and clinical. Significant differences are not appreciated between ADHD+ID and ADHD without ID. It can be concluded according to these results that there is no empirical evidence for a predicted value of ADHD+ID with the proposed pattern ($p < 0.05$).

El estudio se centra en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y su comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad, analizando las variables cognitivas, clínicas y sociodemográficas en casos TDAH, que son relevantes sobre el incremento de la probabilidad del desarrollo de estos trastornos.

En este artículo hemos decidido agrupar los trastornos depresivos y de ansiedad en la categoría de trastornos internalizadores (TI), que es una denominación compartida por un amplio número de investigadores en materia de TDAH (Connor et al., 2003; Jensen et al., 2001; Roselló, Amado y Bo, 2000) y que nos permite realizar comparaciones con suficiente número de casos.

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Los síntomas deben presentarse en dos o más am-

bientes, estar presentes antes de los siete años de edad y causar un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral (APA, 2002).

El TDAH es una de las causas más frecuentes, en población infantil, de remisión a los médicos de familia, pediatras, neuropediatras, psicólogos y psiquiatras infantiles (Lerner, 2002; Miranda, Roselló y Soriano, 1998), siendo uno de los más importantes problemas clínicos y de salud pública en términos de morbilidad y disfuncionalidad, que se extiende desde la infancia a la adolescencia y hasta la vida adulta (Balluerca, Gómez, Stock y Caterino, 2000; Barkley, 1998; Biederman, 2003; Cabanyes y Polaino-Lorente, 1997). La tasa de prevalencia más citada entre los niños en edad escolar oscila entre 3%-7% (APA, 2002), aun cuando en diversos estudios podemos observar que el rango de la prevalencia oscila entre el 1,9% y 17,8%, considerándose que la mejor estimación estaría entre el 5 y el 10% (Scahill y Schwab-Stone, 2000).

La controversia sobre si la hiperactividad es un constructo con entidad propia o si, en realidad, se trata de un conjunto de síntomas que forman parte de otras entidades psicopatológicas, ha sido resuelta por un importante grupo de autores que acreditan la asociación de TDAH con otros diagnósticos comórbidos, con independencia sindrómica (Hinshaw, 1987; Kaliaperumal, Khalilian y

Channabasavanna, 1994), considerando que son las propias características del TDAH las que incrementan la posibilidad de padecer otras alteraciones en el área de la salud mental. Los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado 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 TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja (Biederman, Faraone, Mick, Moore y Lelon, 1996; Michanie, 2000; Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996).

El TDAH puede manifestar problemas de diagnóstico diferencial con la ansiedad o la depresión. En el caso de la ansiedad es posible la presencia de inatención e inquietud, pero la clínica está asociada a preocupaciones o temores y no a un trastorno que tiene su comienzo antes de los siete años y manifiesta una relativa cronicidad o persistencia. Paralelamente, la depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud; sin embargo, suele acompañarse de tristeza, apatía o pérdida de ilusión y ser frecuentemente episódica, por contraposición al TDAH. En resumen, la sintomatología de los TI suele tener un inicio posterior a los siete años, es más episódica que la del TDAH y presenta clínica específica.

Como grupo, los niños con TDAH tienen una proporción mayor de síntomas de ansiedad y depresión que los niños normales o con dificultades de aprendizaje (Biederman, Faraone, Mick et al., 1996; Jensen, Shervette, Xenakis y Richters, 1993) y su comorbilidad con TI oscila entre un 12% y un 41% de los casos (Biederman, Faraone, Milberger et al., 1996; Jensen et al., 1993; Pfiffner et al., 1999).

Segmentando la agrupación TI, estudios epidemiológicos de niños y adolescentes reflejan que la comorbilidad promedio de TDAH con depresión oscila entre el 15-30% (Biederman et al., 1998; Neuman et al., 1999), existiendo investigaciones que no aprecian riesgo superior de trastornos afectivos en jóvenes con TDAH, respecto al grupo control (Eddy et al., 1999; Miranda et al., 1998). Los datos sugieren que la comorbilidad de la depresión y el TDAH en la infancia y la adolescencia no es benigna, produce una alta morbilidad, incapacitación y peor pronóstico a largo plazo (Biederman et al., 1995).

La comorbilidad de TDAH con ansiedad se estima en torno a un 20-25% como promedio (Cabanyes y Polaino-Lorente, 1995; Barkley, 1998; Michanie, 2000; Neuman et al., 1999), apreciándose mayores niveles de ansiedad que en el grupo de control (Spencer et al., 1999).

Investigaciones de Pfiffner et al. (1999) reflejan que la comorbilidad TDAH+TI en niños entre 7 y 12 años está fuertemente asociada con TI en sus padres. En la misma línea, diversos estudios reflejan que dicha comorbilidad se asocia con una historia de padres que han sufrido TI (Biederman y Faraone, 1997; Jensen, Martin y Cantwell, 1997), apreciándose que los niños con TDAH y sus

parientes en primer grado de consanguinidad muestran una frecuencia significativamente mayor de TI que los controles y sus respectivos familiares (Faraone y Biederman, 1997).

El objetivo básico de nuestro estudio es el análisis del perfil clínico de comorbilidad TDAH+TI en sus dimensiones familiares, cognitivas, relacionales y académicas. Este perfil, escasamente estudiado desde una perspectiva multidimensional (Vance et al., 2002), fue sugerido como un nuevo subtipo de TDAH al observar que su ocurrencia se sitúa entre seis y diez veces más que la esperada en la población normal (Jensen et al., 1997) e incrementa la severidad de síntomas clínicos de TDAH (Connor et al., 2003).

En el contexto del objetivo previo, conocemos que los casos de TDAH sin comorbilidad presentan problemas académicos, de relación social y cognitivos (APA, 2002; Miranda et al., 1998, Polaino-Lorente et al., 1997) y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad pueden concurrir con afectación en el plano relacional y académico (APA, 2002; Gutiérrez y Rey, 2000). Paralelamente, tenemos referencias científicas unidimensionales sobre la existencia de asociación entre niños con TDAH y TI y padres que han sufrido trastornos por ansiedad o del estado de ánimo (Biederman y Faraone, 1997; Jensen et al., 1997). El conjunto de las anteriores argumentaciones nos lleva a que en nuestro análisis sobre el modelo que predice la comorbilidad TDAH+TI, consideremos las variables cognitivas, académicas y relacionales y nos planteemos, apoyándonos en la investigación existente, la siguiente hipótesis:

El modelo que mejor predice en un contexto multidimensional TDAH + TI, teniendo como referencia la ausencia de esa combinación comórbida (TDAH sin TI), estará formado por la presencia de más antecedentes psiquiátricos familiares de TI.

La pertinencia del estudio se basa en la escasez de investigaciones multidimensionales sobre la comorbilidad analizada (especialmente en población española), y en su utilidad potencial, que puede sintetizarse en las siguientes dimensiones: ser un instrumento para conocer el desarrollo de la psicopatología y una herramienta potencial para mejorar la nosología, permitir un conocimiento de comorbilidad que implica afectación en el trastorno primario e incidencia en la cronicidad, recuperación o recaídas de la persona afectada y/o favorecer programas de intervención y/o de prevención en el plano de la problemática asociada al TDAH.

Metodología de investigación

Procedimiento

En un contexto de población clínica, se analiza una muestra de 90 casos con TDAH comprendidos entre 6 y 16 años, procedente de una selección bianual de todos los casos con el trastorno, atendidos en unidad de salud mental y derivados de un centro de salud urbanos y seis rurales.

Se ha utilizado metodología propia de investigación diferencial multivariable/multigrupo, contrastando casos de TDAH + TI con casos que no poseen esa agrupación comórbida (TDAH sin TI).

Los casos de TDAH son definidos según el apartado ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) de la entrevista estructurada del National Institute of Mental Health (NIMH), denominada Diagnostic Interview Schedule for Children en su versión para padres –DISC-IV– (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab, 2000).

Los tres criterios acumulativos para la aceptación de caso de TDAH son los siguientes: en primer lugar, se define de caso me-

Tabla 1
TDAH: comorbilidad con trastornos internalizadores (TI)

Autor	TI %	Autor	TI %
Anderson et al. 1987	26	Scahill et al. 1999	30
August et al. 1996	41	Roselló et al. 2000	33
Wolraich et al. 1996	21	Schulz. 2002	29
Wolraich et al. 1998	20	Amador et al. 2002	12

diante cuestionario con todos los criterios DSMIV y entrevista clínica con los padres del niño según modelo DISC-IV. El segundo criterio necesario es el resultado positivo de TDAH en el mismo cuestionario contestado por su profesor. Finalmente, la aceptación de caso para nuestro estudio requiere la exclusión de todos los casos de retraso mental, trastorno orgánico cerebral, alteraciones orgánicas auditivas o visuales que justifiquen el trastorno o personas que estén medicadas en el momento de la exploración.

La definición de caso de TDAH será complementada con el cuestionario EDAAH para profesores, que valora el TDAH, su tipología y alteraciones de conducta según criterios dimensionales y con baremos en población española (Farré y Narbona, 1998).

La comorbilidad con los trastornos depresivos y de ansiedad se ha estudiado utilizando el CHILD SYMPTOM INVENTORY (CSI) de Kenneth D. Gadow y Joyce Sprafkin (1997), que incluye un análisis de cuadros diagnósticos ajustados a criterios DSMIV.

El perfil intelectual ha sido analizado a través de la implementación del WISC-R (Wechsler, 1999), considerando el coeficiente intelectual total.

La dimensión académica ha sido estudiada mediante el «Factor Resultados Académicos», que puede definirse como eficacia en los resultados escolares. El factor está compuesto por el número de suspensos del último año, el número de cursos repetidos y la opinión del profesor sobre el rendimiento académico y ha sido extraído mediante análisis factorial. La opinión del profesor sobre el rendimiento académico ha sido obtenida mediante la respuesta del mismo a las preguntas de «si tiene dificultades de aprendizaje» y «si tiene malos resultados académicos» según una escala graduada de frecuencia que oscila entre cero y tres puntos para cada pregunta, por lo que la puntuación total oscilaría entre cero y seis puntos, representando el punto más alto la máxima afectación académica.

La dimensión relacional ha sido estudiada mediante el «Factor relacional», que puede definirse como relación interpersonal global (agrupa relación con compañeros, padres y profesores) y ha sido extraído mediante análisis factorial. La relación con los compañeros ha sido obtenida mediante la respuesta de padres y profesores a las preguntas de «cuando juega le cuesta seguir las normas o reglas», «se pelea frecuentemente» y «no es aceptado por los compañeros», según una escala graduada de frecuencia que oscila entre cero y tres puntos para cada pregunta. La puntuación total oscila entre cero y nueve puntos, representando el punto más alto la máxima afectación en la relación con los compañeros.

La relación con padres y profesores ha sido obtenida mediante la respuesta respectiva a las preguntas si «es desobediente», «se enfada con facilidad», «no soporta cuando se le niega algo» y «miente frecuentemente», según una escala graduada de frecuencia que oscila entre cero y tres puntos para cada pregunta. La puntuación total oscila entre cero y doce puntos, representando el punto más alto la máxima afectación en la relación con padres y profesores.

Los grupos de preguntas han sido obtenidos mediante argumentación teórica y se ha observado una correlación de Spearman de cada una de las variables (relación con compañeros, padres y profesores) mayor de -0.5 y significativa ($p < 0.000$), con la escala de evaluación de la actividad social y laboral -EEASL- (APA, 1994).

Finalmente, se consideraron las variables antecedentes psiquiátricos de TDAH y antecedentes psiquiátricos por ansiedad o depresión en primer o segundo grado de consanguinidad, núcleo de convivencia familiar, educación de los padres, sexo y edad.

Descripción de la muestra

La muestra se compone de 90 personas con TDAH. Estimando la prevalencia media de TDAH en torno a un 4% (APA, 1994), representa una revisión del 24,45% de la población de TDAH en la zona de referencia. La muestra presenta un 82,8% de varones y un 17,2% de mujeres entre 6 y 16 años, con un 65,5% de procedencia urbana y el resto rural. El 75,9% de los casos conviven con sus padres conjuntamente y un 24% son hijos de padres separados.

Los padres de los casos analizados representan un 64,28% de población económicamente activa y su educación se divide en un 8,1% con estudios al nivel de leer y escribir, un 62,6% con estudios primarios o EGB, 25,3% con Bachiller superior, BUP o FP y 4% con estudios al nivel de diplomado o licenciado.

Análisis de datos

Se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios aplicados a las diferentes variables cognitivas, clínicas y sociodemográficas.

Se realizaron dos análisis factoriales por el procedimiento de Componentes Principales con la finalidad de reducir la dimensionalidad de los datos, obteniéndose un solo factor en cada caso. Se consideraron los estadísticos de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de Esfericidad de Bartlett.

Considerando los análisis factoriales y ajustándonos al objetivo de nuestro estudio y a la hipótesis planteada, se utilizó el método de análisis multivariante de regresión logística, en el que los parámetros han sido estimados por el método de máxima verosimilitud. El ajuste del modelo a los datos se observó a través de la Desviación ($-2 \log$ de la verosimilitud) y la proporción de incertidumbre de los datos explicada por el modelo ajustado se representó por el R cuadrado de Nagelkerke. Para la significación del modelo se utiliza la prueba de la razón de verosimilitud, a través del estadístico Ji - cuadrado. La significación de los parámetros del modelo se realizó a través del test de Wald, aceptando un nivel de significación $\alpha \leq 0.05$. Las estimaciones de máxima verosimilitud (coeficientes) fueron estimadas para cada factor del modelo, en las que se determinaron las «Odds ratio» y se calcularon los correspondientes intervalos de confianza al nivel del 95%. En el modelo predictivo multivariante de regresión logística la selección de variables se realizó por un proceso controlado por el investigador de sucesión por pasos hacia atrás, comenzando con el modelo teórico completo. En este modelo predictivo el proceso de selección por pasos hacia atrás culminará cuando el cambio en la significación del modelo sea significativo ($\alpha \leq 0.05$), según la prueba de la razón de verosimilitud.

Resultados

En primer lugar dejamos constancia de que todos los casos analizados son considerados TDAH según la perspectiva categórica propuesta en los criterios del DSMIV y la dimensional propuesta por el cuestionario EDAAH de Farré y Narbona.

Perfil de comorbilidad TDAH + TI

La agrupación TDAH+TI está conformada por 45 casos que representan el 50% de la muestra total de TDAH, con mayor incidencia en el sexo masculino (TDAH+TI= 76% / TDAH sin TI= 88%) y con media de edad de 10,49 (DE= 2,95) años para TDAH+TI y de 10,04 (DE= 2,97) para TDAH sin TI.

La distribución de los TI es de 45% en ansiedad generalizada, 18% ansiedad de separación, 15% fobia simple, 10% fobia social, 5% trastorno obsesivo-compulsivo, 3% depresión mayor y 3% trastorno distímico.

PERFIL INTELECTUAL: en función del análisis exploratorio el CI Total del WISC-R refleja una puntuación media similar en los grupos TDAH+TI [media= 99.80 (IC95%= 99,95-103,65)] y TDAH sin TI [media= 99,60 (IC95%= 95,38-103,82)].

PERFIL ACADÉMICO Y RELACIONAL: el análisis exploratorio refleja que los casos con TDAH+TI tienen puntuaciones medias semejantes al resto de la muestra en los factores de Dimensión Relacional [TDAH+TI: .04 (IC95% entre -.26 y .34) // TDAH sin TI: -.04 (IC95% entre -.34 y .25)] y Resultados Académicos [TDAH+TI: -.11 (IC95% entre -.42 y .20) // TDAH sin TI: .11 (IC95% entre -.17 y .39)].

En el plano académico los casos de TDAH analizados han repetido curso un 29% (TDAH+TI= 25% / TDAH sin TI= 33%) y el número medio de suspensos en la evaluación del último año es de 2,76 [TDAH+TI= 2,73 (IC95%= 1,9 - 3,56) / TDAH sin TI= 2,78 (IC95%= 2,09 - 3,46)].

La escala de la actividad social y escolar (EEASL) no presenta diferencias medias entre los grupos TDAH+TI [media= 54,84 (IC95%= 51,17-58,52)] y TDAH sin TI [media= 53,23 (IC95%= 50-56,67)]. En el conjunto de los casos de TDAH la mayor agrupación se encuentra en los niveles 40 y 50. Bajo el rango 50 se encuentran el 65% de los casos, representando sería afectación en la actividad social o escolar (Figura 1).

PERFIL OTRAS DIMENSIONES: en la Tabla 2 reflejamos las variables antecedentes de TDAH, antecedentes psiquiátricos, existencia de padres separados y existencia de nivel educativo básico en los padres (EGB o inferior). Se contrasta el número de casos con TDAH+TI respecto al resto de la muestra, reflejando entre paréntesis el porcentaje de casos que contienen cada variable, en cada agrupación de TDAH.

Mediante la prueba de Ji-cuadrado, considerando un nivel de significación $p \leq 0.05$, observamos independencia entre todas las variables referidas y TDAH+TI (SÍ / NO).

Tabla 2
Variables familiares

Variables familiares	TDAH+TI	TDAH sin TI
Antecedentes TDAH	25 (56%)	28 (61%)
Antecedentes PSQ	29 (66%)	24 (52%)
Padres separados	11 (24%)	11 (24%)
N. E. básico padres	28 (64%)	36 (78%)

Resultados: modelo predictor de TDAH + TI

Para responder a la hipótesis planteamos el problema como uno de regresión logística cuya VD dicotómica es TDAH+TI (SÍ / NO) y las variables predictoras son antecedentes psiquiátricos (SÍ / NO), factor Relacional, factor Resultados Académicos y CI Total. En el modelo, utilizamos como variables de control el sexo y la edad.

Aplicamos el algoritmo que introduce todas las variables predictoras conjuntamente y mediante la prueba del logaritmo del cociente de verosimilitud observamos que el modelo completo no es significativo al nivel de $\alpha = 0,05$ (χ^2 [6]= 8,218; $p = 0.223$).

Los coeficientes que hacen que los resultados sean los más probables en cada una de las variables predictoras cuando todas las demás están presentes en el modelo, a través de un algoritmo iterativo de máxima verosimilitud, son los correspondientes a las variables que figuran en la Tabla 3.

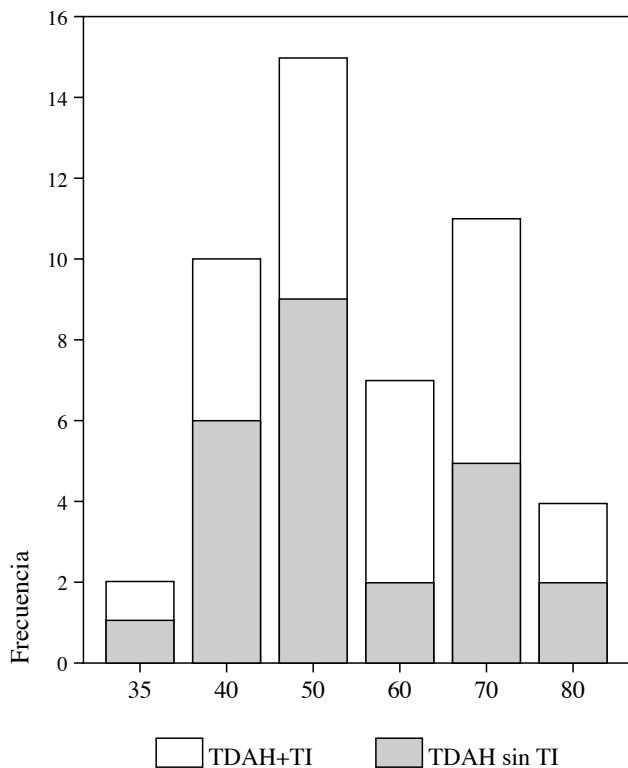


Figura 1. EEASL en TDAH

Tabla 3
Regresión logística multivariable sobre TDAH+TI

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	,110	,088	1,540	1	,215	1,116	,938	1,327
Sexo	,972	,637	2,327	1	,127	2,643	,758	9,218
C. intelect.	-,009	,020	,192	1	,661	,991	,953	1,031
Antecedentes	,425	,452	,883	1	,347	1,529	,630	3,711
F. relacional	,261	,241	1,181	1	,277	1,299	,811	2,081
F. académico	-,606	,315	3,711	1	,054	,546	,294	1,011
Constante	-1,639	2,268	,522	1	,470	,194		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: edad, sexo, c. intelectual, antecedentes, factor relacional, factor académico

La selección del modelo que mejor predice la variable TDAH+TI se realizó eliminando variables una a una, siguiendo el criterio de comenzar con la que tenga un nivel de significación más alto y culminando cuando existe un cambio significativo en el modelo ($\alpha \leq 0,05$). El modelo propuesto no es significativo en ningún paso y no mejora la desviación, ni la discriminación, terminando sólo con la constante.

En síntesis, con nuestros datos, no posemos evidencia empírica de que con las variables propuestas el modelo prediga significativamente TDAH+TI.

Discusión

El estudio se centró en la asociación de TDAH con los trastornos internalizadores (TDAH+TI), sugerido como un nuevo subtipo de TDAH por Jensen, Martín y Cantwell (1997) y que, a pesar de su alta tasa de comorbilidad, ha sido escasamente estudiado desde una perspectiva multidimensional (Vance et al., 2002).

La muestra clínica analizada contiene un 50% de casos con TDAH+TI, representados mayoritariamente por los trastornos comórbidos de ansiedad según el CSI (Gadow y Sprafkin, 1997). Los cuadros clínicos de ansiedad más frecuentes fueron los trastornos por ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia simple y fobia social, equivalentes a los observados en el estudio de Vance et al. (2002).

La literatura científica también cita altas cifras de comorbilidad TDAH+TI que se sitúan en torno a un 20-40% de los casos y refleja la necesidad de que en la rutina de evaluación clínica de TDAH se considere la exploración de la posible concurrencia de TI (Vance et al., 2002; Schulz, 2002; Cara, 2003). Esta necesidad no sólo se produce por su frecuencia, sino también por que la agrupación de síntomas constituye un elemento predictor de la persistencia de TDAH (Biederman et al., 1996) y de la continuidad clínica de TI en la época adulta (Gutiérrez y Rey, 2000); concuriendo con la mayor eficacia de tratamientos combinados farmacológicos y cognitivo-conductuales (Jensen et al., 2001; Kapil et al., 2003). En definitiva, en el contexto de la organización sanitaria cuyo primer escalón de atención a este tipo de trastornos se sitúa en los centros de atención primaria y frecuentemente en el servicio de pediatría, resulta especialmente necesaria esta consideración que permitirá realizar un mejor diagnóstico y planificación del tratamiento, optimizando los resultados del mismo y realizan-

do una necesaria derivación a los centros especializados de salud mental.

Los análisis realizados sobre el perfil TDAH+TI reflejan ausencia de diferencias relevantes con los casos de TDAH que no presentan esa combinación comórbida en dimensiones cognitivas, académicas y relacionales. El resultado medio del CI total del WISC-R no aprecia diferencias entre los grupos de comparación y se sitúa en 99,70, que es un valor equivalente a la media de la población con la que se ha baremado el test. Tampoco se aprecian diferencias en dimensiones académicas y relacionales, encontrando que el 65% de los casos se encuentra por debajo del rango 50 con sería afectación en la actividad social o escolar, según la escala EEASL.

Completando el análisis del perfil observamos que existen diferencias, no significativas, de un 14% en materia de antecedentes familiares psiquiátricos en primer grado de consanguinidad por ansiedad y depresión a favor del grupo TDAH+TI, probablemente debido a que se trata de una muestra clínica que presenta altas tasas de comorbilidad en todos sus miembros.

Es posible que la ausencia de diferencias significativas del perfil se deba a que la muestra es clínica y los niños derivados a este entorno tienen más probabilidad de mostrar graves síntomas de comorbilidad y adversidad familiar (Sayal et al., 2002), no apreciándose diferencias entre el entorno de consulta especializada en salud mental y pediátrica, donde los casos de TDAH tienen niveles de comorbilidad y disfunción similares (Busch et al., 2002).

En consonancia con los resultados previos, la búsqueda de un modelo predictor concluye que con nuestros datos y nuestro diseño de trabajo no posemos evidencia empírica de que con las variables propuestas el modelo prediga TDAH+TI. Este resultado equivale a no prestar apoyo a la hipótesis nosológica de un grupo discriminante formado por TDAH+TI en una muestra clínica.

En síntesis, ausencia de diferencias entre los grupos de contraste, pero importante afectación en el plano académico, relacional, familiar y clínico de los casos de TDAH. La magnitud de la comorbilidad con TI refleja la necesidad de que se considere su exploración en la rutina de evaluación de casos de TDAH en el plano de atención primaria y especializada. Simultáneamente, la afectación de los casos de TDAH, avalada por este y otros estudios (López, García, Ruiz y Sánchez, 2002), invita al desarrollo de programas específicos que, en el marco de la salud pública, se centren en este sector de población clínica.

Referencias

- Amador, J.A., Idiazábal, M.A., Sangorrín, J., Espadaler, J.M. y Forns, M. (2002). Utilidad de las escalas de Conners para discriminar entre sujetos con y sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 14 (2), 350-356.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- August, G.J., Realmuto, G.M. y McDonald A.W. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorder among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal Abnormal Child Psychology*, 24, 571-595.
- Balluerka, N., Gómez, J., Stock, W. y Caterino, L. (2000). Características psicométricas de las versiones americana y española de la escala TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad): un estudio comparativo. *Psicothema*, 12 (4), 629-634.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M.L. y Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Biederman, J. (2003). *A ten-year follow-up of ADHD subjects*. Program and abstracts of the American Psychiatric Association 156th Annual Meeting; May 17-22; San Francisco, California.
- Biederman, J., Mick, E. y Faraone, S.V. (1998). Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: «true» depression or demoralization? *Journal Affect Disorder* 47 (3), 113-122.
- Biederman, J. y Faraone, S.V. (1997). *Patterns of comorbidity in girls with ADHD*. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry: Toronto.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Moore, P. y Lelon, E. (1996). Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between

- ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 734-742.
- Busch, B., Biederman, J. y Cohen, L.G. (2002). Correlates of adhd among children in pediatric and psychiatric clinics. *Psychiatric services*, 53 (9), 1.103-1.111.
- Cabanyes, J. y Polaino-Lorente, A. (1997). Trastornos de la atención e hiperactividad infantil: planteamiento actual de un viejo problema. En Polaino-Lorente y col., *Manual de Hiperactividad Infantil* (pp. 31-46), Madrid: Unión Editorial.
- Cara, J.F. (2003). *Update on attention deficit hyperactivity disorder*. www.medscape.com/ viewarticle/44616.
- Connor, D.F., Edwards, G., Fletcher, K.E., Baird, J., Barkley, R.A. y Steingard, R. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 193-200.
- Eddy, L.S., Toro, J., Salamero, M., Castro, J. y Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores. *Anales Españoles de Pediatría*, 50 (2), 145-150.
- Faraone, S.V. y Biederman, J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors? *Journal Nerv. Mental Disorders*, 185, 533-541.
- Farre, A. y Narbona, J. (1998). EDAH. *Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.
- Gadow, K.D. y Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom Inventory 4, Norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Gutierrez, J.R. y Rey, F. (2000). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: Diapasón.
- Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463.
- Jensen, P.S., Martin, D. y Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1.065-1.079.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., March, J.S., Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K.C., Wigal, T. y Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 147-58.
- Kaliaperumal, V.G., Khalilian, A.R y Channabasavanna, S.M. (1994). Structural equations models in child behavior. *NIMHANS Journal*, 12, 125-134.
- Lerner, M. (2002). *Office-based management of ADHD*. Satellite Symposium to the American Academy of Pediatrics National Conference and Exhibition. Boston, Massachusetts.
- López, J. A., García, M.J., Ruiz, F. y Sánchez, M.I. (2002). Adversidad en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiquiatría Biológica*, 9 (1), 46.
- Michanic, C. (2000). Comorbilidad en el ADHD. En E. Joselevich, *Síndrome de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. ADHD. en niños adolescentes y adultos*. Barcelona: Paidós.
- Miranda, A., Rosello, B. y Soriano M. (1998). *Estudiantes con deficiencias atencionales*. Valencia: Promolibro.
- Miranda, A., Pastor, J.C., Roselló, M.B. y Mulas, F. (1996). Eficacia de las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de la hiperactividad. *Psicothema*, 8 (1), 85-109.
- Neuman, R.J., Todd, R.D., Heath, A.C, Reich, W., Hudziak, J., Burchholz, K., Madden, P., Begleiter, H., Porjesz, B., Kuperman, S., Hesselbrock, V. y Reich, T. (1999). Evaluation of ADHD typology in three contrasting samples: A latent class approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 38 (1), 25-33.
- Pfiffner, L.J., Mcburnett, K., Lahey, B., Loeber, R., Green, S., Frick, P. J. y Rathouz, P.J. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (6), 881-893.
- Polaino-Lorente, A., Ávila De Encio, C., Cabanyes, J., García Villamizar, D.A., Orjales, I. y Moreno, C. (1997). *Manual de hiperactividad infantil*. Madrid: Unión Editorial.
- Sayal, K. y Taylor, E. (2003). *Heterogeneity and Comorbidity in Hyperactivity Disorders*. www. medscape. com.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J. y Byrne, P. (2002). Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 181, 43-48.
- Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K.R., Leckman, J.F., Zhang, H.P. y Kasl, S. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 38 (8), 976-984.
- Scahill, L. y Schwab-Stone, M. (2000). Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9 (3), 541-555.
- Schultz, K.B. (2002). *ADHD symptomatology: The contribution of depression and anxiety measures to an accurate diagnosis*. Dissertation-Abstracts-International:-Section-B: The Sciences and Engineering, 62(8-B), 3.815.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K. y Schwab, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV). Description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 39 (1), 28-38.
- Spencer, T., Biederman, J. y Wilens, T. (1999). Attention Deficit Hyperactivity disorder and coexistent dysfunctions. *Pediatric clinics of north America, Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*, 46 (5), 973-986.
- Vance, A., Costin, J., Barnett, R., Luk, E., Maruff, P. y Tonge, B. (2002). Characteristics of parent- and child-reported anxiety in psychostimulant medication naive, clinically referred children with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*, 36 (2), 234-239.
- Wechsler, D. (1999). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada*. (5ª ed.). Madrid: TEA.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A. y Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19 (3), 162-168.