



LO QUE SABEMOS

## El TDA/H y los trastornos coexistentes

**H**asta las dos terceras partes de los niños con TDA/H tienen al menos una afección adicional coexistente.<sup>1</sup> El movimiento y la agitación constantes, interrumpir y hablar fuera de turno, la dificultad para esperar en fila o permanecer sentado en un restaurante,

y la necesidad de recordatorios constantes podrían eclipsar otros trastornos. Pero al igual que el TDA/H no tratado puede dejar huellas duraderas, otros trastornos no tratados también pueden causarle sufrimiento innecesario a las personas con TDA/H y sus familias. Cualquier trastorno puede coexistir con el TDA/H, aunque ciertos trastornos parecen ocurrir más comúnmente con él.

### ¿CÓMO SE IDENTIFICAN LAS AFECCIONES COEXISTENTES?

Cuando se esté considerando el diagnóstico del TDA/H, el profesional clínico o de la salud mental también deberá determinar si hay otros trastornos psiquiátricos que afecten al niño y que pudieran ser responsables de los síntomas existentes. Con frecuencia, los síntomas del TDA/H pueden superponerse con otros trastornos. El desafío para el profesional clínico de la salud es discernir si el síntoma corresponde al TDA/H, a otro trastorno, o a ambos trastornos al mismo tiempo. Para algunos niños, la superposición de síntomas entre los distintos trastornos hace necesario hacer diagnósticos múltiples.

Al realizar una evaluación completa, un profesional clínico o profesional de la salud mental que esté familiarizado con el TDA/H y otros trastornos psiquiátricos podrá diagnosticar el TDA/H y las afecciones relacionadas. Con frecuencia, se usan entrevistas y cuestionarios para obtener información del paciente, su familia y sus maestros sobre los síntomas a fin de evaluar los demás trastornos.

## **¿QUÉ AFECCIONES COEXISTEN MÁS COMÚNMENTE CON EL TDA/H?**

El TDA/H puede coexistir con uno o más trastornos. Los trastornos más comunes que pueden ocurrir con el TDA/H son (1) los trastornos de comportamiento perturbador, (2) los trastornos del estado de ánimo, (3) los trastornos de ansiedad, (4) los tics y el síndrome de Tourette, y (5) las discapacidades de aprendizaje.

---

**Los trastornos más comunes que pueden ocurrir con el TDA/H son los trastornos de comportamiento perturbador, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, los tics y el síndrome de Tourette, y las discapacidades de aprendizaje.**

---

### **TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (TRASTORNO DE OPOSICIÓN DESAFIANTE Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA)**

Cerca del 40 por ciento de las personas que padecen TDA/H tienen el trastorno de oposición desafiante (TOD). Entre las personas que tienen TDA/H, el trastorno de la conducta (TC) también es común y aparece en el 25 por ciento de los niños, entre el 45 y el 50 por ciento de los adolescentes, y entre el 20 y el 25 por ciento de los adultos. El TOD involucra un patrón que consiste en tener altercados con varios adultos, perder la paciencia, negarse a seguir reglas, culpar a otros, molestar deliberadamente a otros, estar enojado y resentido, y ser rencoroso y vengativo.

El TC se relaciona con los esfuerzos por romper las reglas sin dejarse atrapar. Esos niños podrían ser agresivos hacia las personas o los animales, destruir la propiedad, mentir o robar, huir, faltar a clases, o llegar tarde a casa. El TC con frecuencia se describe como delincuencia, y los niños que tienen TDA/H y trastorno de conducta podrían llevar vidas que son más difíciles que las de los niños que sólo padecen TDA/H.

Académicamente, los estudiantes que padecen tanto TDA/H como TC tienen el doble de probabilidades de tener dificultades para leer que otros niños con TDA/H. Los niños que tienen tanto TDA/H como TC, pero no otros niños con TDA/H, tienen un mayor riesgo de fracaso social y emocional. Los estudios sugieren ahora que el TDA/H y el TC podrían ser un subtipo particular de TDA/H, pues varios miembros de la familia suelen padecer ambos trastornos juntos.

El tratamiento de una persona con TDA/H y TOD/TC exige esfuerzos para desanimar las conductas delictivas, de manera que el paciente elija cada vez más comportamientos en pro de la sociedad. El TOD y el TC generalmente exigen una estructura fuerte y clara con refuerzo de conductas apropiadas, así como también un plan de manejo positivo de la conducta para eliminar conductas antisociales.

El uso de medicamentos sigue siendo importante. La investigación ha revelado que los estudiantes con TDA/H y TC que son tratados con medicamentos estimulantes, no sólo son más atentos sino menos antisociales y menos agresivos. Además, las combinaciones de medicamentos, como un psicoestimulante con un antidepresivo, parecen ser muy eficaces para estos pacientes.

### **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**

Algunos niños, además de ser hiperactivos, impulsivos y/o faltos de atención, también podrían parecer como si siempre estuvieran de mal humor. Podrían llorar a diario, sin motivo aparente, de repente, y con frecuencia podrían estar irritables con los demás también sin razón aparente. Los ánimos tristes y depresivos, así como los estados de ánimo irritables o exaltados (manía), aparecen con el TDA/H más de lo que podría esperarse por casualidad.

### **DEPRESIÓN**

Los estudios más cuidadosos sugieren que entre el 10 y el 30 por ciento de los niños que tienen TDA/H, así como el 47 por ciento de los adultos que lo padecen, también sufren depresión. Típicamente, primero aparece el TDA/H y luego la depresión. Tanto los factores ambientales como los genéticos pueden influir.

En cuanto al ambiente, a medida que los niños que tienen TDA/H crecen, podrían sentirse excluidos. Con mucha frecuencia, no los invitan a las fiestas de cumpleaños, a jugar ni a las fiestas de pijamas. Estos

niños podrían no ser invitados a jugar en casa de otros niños por haber tenido problemas en el pasado con incidentes, o podrían no ser escogidos para participar en equipos deportivos o en juegos. Esto afecta sustancialmente la autoestima del niño. A medida que se acumulan estos episodios, el niño que tiene TDA/H se puede desanimar, y uno de cada cuatro puede presentar depresión clínica. Aunque todos los niños tienen días buenos y días malos, los deprimidos podrían estar tristes o irritables la mayoría de los días. Los niños que tienen TDA/H y depresión también podrían aislarse de los demás, dejar de hacer cosas que antes disfrutaban, tener dificultades para dormir o dormir todo el día, perder el apetito, autocriticarse excesivamente (“yo nunca hago nada bien”) y hablar sobre la muerte (“me quiero morir”). Afortunadamente, el TDA/H por sí mismo no se relaciona con tener mayor riesgo de comportamientos suicidas. Los estudios actuales sugieren que tanto el TDA/H como la depresión podrían compartir una relación genética subyacente, pues las familias en las que hay TDA/H también parecen tener mayor cantidad de miembros deprimidos de lo que podría esperarse por casualidad.

El tratamiento para los niños que padecen TDA/H y depresión consiste en minimizar los traumas ambientales y los distintos regímenes de medicamentos. Para minimizar la dificultad del niño que tiene TDA/H para jugar con los demás, los padres y maestros pueden coordinar su participación en grupos reducidos de juego (a veces de sólo dos personas). Además, es fundamental que los padres supervisen el ambiente escolar. Incluso los niños que cuentan con planes educativos diseñados cuidadosamente podrían seguir teniendo dificultades si el plan no es adecuado. Varios estudios han demostrado que ciertos medicamentos antidepresivos mejoran el TDA/H solo o el acompañado por depresión. La desipramina (Nopramin), un antidepresivo, ha provocado una mejora tanto en el TDA/H como en el TDA/H combinado con depresión. Los investigadores también han hallado que los estimulantes (como Ritalin) se pueden combinar de manera segura con los antidepresivos como la fluoxetina (Prozac). Estos niños no sólo se sienten mejor sino que funcionan mejor en la escuela. Se ha hallado que los antidepresivos más nuevos como el bupropión (Wellbutrin) y la venlafaxina (Effexor) son efectivos en algunas personas con TDA/H sólo, y que también podrían beneficiar a los que además de TDA/H tienen depresión.

## **TRASTORNO BIPOLAR Y MANÍA**

Hasta el 20 por ciento de los individuos que padecen TDA/H también podrían manifestar trastorno bipolar. La afección incluye periodos de estados de ánimo anormalmente exaltado, seguidos de episodios de depresión clínica. Los adultos que tienen manía podrían tener episodios largos (de días o semanas) de estar ridículamente felices, y hasta creer que tienen poderes especiales o que reciben mensajes de Dios, de la radio o de las personas famosas. Con este estado de ánimo amplio, también podrían hablar incesante y rápidamente, pasar varios días sin dormir y realizar tareas que al final los ponen en problemas. Mientras están maníacos, podrían irse a despilfarrar dinero y endeudarse, ponerse hipersexual o llamar a otras personas a altas horas de la noche.

En las personas más jóvenes, la manía podría manifestarse de otra manera. Los niños podrían tener estados de ánimo rápidamente variables, aparentemente sin razón, estar irritables de manera generalizada, exhibir agresión no premeditada y, a veces, oír voces o ver cosas que los demás no ven ni oyen. El TDA/H es mucho más común que la manía y, aunque muchos niños que tienen manía primero exhiben síntomas de TDA/H; muy pocos niños que padecen TDA/H desarrollarán manía. La combinación de TDA/H y manía con frecuencia conduce a dificultades graves para funcionar. El aparición simultánea de la manía y el TDA/H se está estudiando activamente. A medida que se les da seguimiento a los pacientes que padecen TDA/H y manía, se hará más claro cómo serán sus síntomas en la vida adulta.

Desde el punto de vista del tratamiento, el estado de ánimo se debe estabilizar con medicamentos antes de que el tratamiento para el TDA/H tenga alguna probabilidad de ser efectivo. Los pacientes con TDA/H y manía ahora reciben tratamiento con estabilizadores del ánimo como el litio, el valproato (Depakote) o la carbamazepina (Tegretol). Debido a que estos agentes generalmente no mejoran los síntomas del TDA/H, con frecuencia se agregan estimulantes o antidepresivos para mejorar dichos síntomas.

## **ANSIEDAD**

Hasta el 30 por ciento de los niños, y entre el 25 y el 40 por ciento de los adultos que padecen de TDA/H, tendrán también un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad no suelen ser aparentes, y la investigación ha demostrado que los padres de la

mitad de los niños que describen síntomas notorios de ansiedad no los describen como niños ansiosos. Al igual que con la depresión, los sentimientos internos del niño podrían no ser notorios para los padres o maestros. Los pacientes con trastornos de ansiedad con frecuencia se preocupan excesivamente acerca de muchas cosas (la escuela, el trabajo, etc.) y podrían sentirse inquietos, estresados o cansados, tensos, y tener dificultades para lograr un sueño reparador. Una pequeña cantidad de pacientes podría informar haber tenido episodios cortos de ansiedad grave (ataques de pánico) que se intensifican durante 10 minutos con síntomas de palpitaciones, sudoración, temblor, ahogamiento, dificultad para respirar, náuseas o dolor de estómago, mareo, y temores de enloquecer o morir. Estos episodios podrían aparecer sin ninguna razón y, a veces, despertar a los pacientes. Los estudiantes que tienen TDA/H y ansiedad informan tener más problemas escolares, familiares, sociales y con los compañeros que los estudiantes que sólo tienen TDA/H. Los estudiantes que tienen TDA/H acompañado

---

**Los individuos con el TDA/H  
frecuentemente tienen dificultades  
para aprender en la escuela...hasta  
un 50 por ciento de los niños con  
el TDA/H tiene un trastorno del  
aprendizaje coexistente.**

---

por ansiedad son menos propensos a parecer hiperactivos o perturbadores. En cambio, parecen lentos o ineficientes. Las investigaciones genéticas realizadas hasta ahora sugieren que el TDA/H y la ansiedad son trastornos separados heredados independientemente del otro.

El tratamiento del TDA/H y la ansiedad exige atención a los factores estresantes que ocasionan problemas, así como capacitación en métodos para afrontar circunstancias que provocan miedo. Las técnicas de relajación y las maneras alternativas de pensar en las situaciones estresantes pueden ser útiles. El TDA/H y la ansiedad parecen responder menos a los tratamientos convencionales de medicamentos para el TDA/H. Específicamente, los niños que tienen TDA/H y ansiedad

apenas mostraron una respuesta del 30 por ciento al metilfenidato (Ritalin), en comparación con un 70 a 80 por ciento de respuesta observada en los que sólo tenían TDA/H. Además, al menos un estudio ha demostrado que los niños que tienen TDA/H y ansiedad son más sensibles a los efectos secundarios negativos de los medicamentos estimulantes. De igual manera, podrían ser necesarios regímenes de medicamentos alternativos. Los antidepresivos tricíclicos (como la desipramina [Nopramin], la nortriptilina [Pamelor], la imipramina [Tofranil], las benzodiacepinas (lorazepam [Ativan], clonazepam [Klonopin], alprazolam [Xanax] y otras) y más recientemente la bupiriona (BusPar) podrían beneficiar a estos pacientes.

## **TICS Y SÍNDROME DE TOURETTE**

Apenas cerca del siete por ciento de los que tienen TDA/H, tienen tics o síndrome de Tourette, pero el 60 por ciento de los que tienen síndrome de Tourette, tienen TDA/H. Los tics (movimientos o vocalizaciones repentinos, repetitivos e involuntarios) o el síndrome de Tourette (tanto de movimientos como de vocalizaciones) pueden ocurrir con el TDA/H de dos maneras. Primero, las afectaciones o movimientos como el parpadeo excesivo o el carraspeo ocurren con frecuencia entre los 10 y los 12 años. Cuando los niños están nerviosos o cansados, estos tics podrían parecer peores o más notables. Estos tics temporales generalmente desaparecen gradualmente en cuestión de uno o dos años, y pueden ocurrir tanto en niños que padecen TDA/H como en otros. El síndrome de Tourette es un trastorno de tic mucho menos común y más grave en el que los pacientes hacen ruidos (emitir sonidos o palabras parecidos a ladridos) y movimientos (como respingar o parpadear repetitivamente) casi todos los días durante años. Con frecuencia, el síndrome de Tourette se presenta con el TDA/H, aunque lo opuesto no ocurre.

Los tics también pueden hacerse más notorios cuando los pacientes reciben tratamiento con estimulantes o, con menor frecuencia, con bupropión. Aunque estos medicamentos ya no parecen causar tics, podrían desenmascararlos o exagerarlos. De igual manera, a veces, reducir la dosis puede reducir los tics. Otros medicamentos, como la nortriptilina (Pamelor o Aventyl), la clonidina (Catapres) o la guanfacina (Tenex), podrían ser usados para reducir los tics al tratar el TDA/H.

## DISCAPACIDADES DEL APRENDIZAJE

Las personas que tienen TDA/H con frecuencia tienen dificultad para aprender en la escuela. Según cómo se definan los trastornos del aprendizaje, hasta el 50 por ciento de los niños con TDA/H tienen un trastorno del aprendizaje coexistente. Los individuos que tienen trastornos del aprendizaje podrían tener un problema específico con la lectura o para hacer cuentas, pero no son menos inteligentes que sus compañeros. La investigación indica que los estudiantes que tienen tanto TDA/H como un trastorno de lectura (dislexia) no son más ansiosos, hiperactivos o agresivos que los que sólo tienen TDA/H. Sin embargo, el trastorno del aprendizaje sí afecta el rendimiento académico, lo que a su vez puede afectar las relaciones familiares y con los compañeros.

El tratamiento exige atención cuidadosa de las fortalezas y debilidades propias al estudiante. Si ocurren dificultades académicas a pesar del tratamiento beneficioso (con intervenciones psicosociales y medicamentos), entonces es necesario buscar una evaluación pedagógica que evalúe los trastornos del aprendizaje. Generalmente, esto exige que los miembros de la familia se pongan en contacto con el director de la escuela, con el maestro o con el departamento de consejería para iniciar el proceso, que termina con el diseño, si es necesario, de un plan de educación individual (IEP) o un plan de la Sección 504 para el estudiante. El personal de la escuela revisa el IEP al menos una vez al año para asegurarse de que el planeamiento educativo esté ayudando al estudiante a progresar académicamente. Los medicamentos no mejoran específicamente los trastornos del aprendizaje, pero pueden mejorar los síntomas del TDA/H para que el aprendizaje se pueda acelerar.

## ¿Y QUÉ SE SABE SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS?

Los trabajos recientes sugieren que los jóvenes que padecen TDA/H están en mayor riesgo de comenzar a fumar cigarrillos siendo muy jóvenes, seguido por abusar el alcohol y otras drogas. Fumar cigarrillos es más común entre los adolescentes que tienen TDA/H, mientras que los adultos con TDA/H tienen índices más altos de tabaquismo e informan particular dificultad dejar el vicio. Los jóvenes que con TDA/H tienen el doble de probabilidades de volverse adictos a la nicotina, en comparación con los que no tienen el trastorno.

Según lo documentado en las investigaciones actuales,

la cocaína y el abuso de estimulantes no es más común entre los individuos con TDA/H que fueron tratados previamente con estimulantes. El hecho de haber crecido tomando estimulantes no conduce al abuso de sustancias a medida que estos niños se convierten en adolescentes y adultos. De hecho, los adolescentes con TDA/H a los que se les recetaron medicamentos estimulantes son menos propensos al uso posterior de drogas ilegales, comparado con aquellos que no recibieron medicamentos recetados.

## LECTURAS SUGERIDAS

Biederman, J. (1998). Trastorno por déficit de atención / hiperactividad: una perspectiva para toda la vida. *Journal of Clinical Psychiatry* 59 (Suplemento 7): 4-16.

Biederman, J, et al. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 104:e20.

Hechuman, L., Ed. (1996). *Do they grow out of it? Long-Term Outcomes of Childhood Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association

Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: An overview. *Journal of Clinical Psychiatry* 59 (Suplemento 7): 50-5B.

Gregg, S. (1996). Preventing antisocial behavior in disabled and at-risk students. *Appalachia Educational Laboratory Policy Brief*. Pgs. 1-12.

Wachtel, A. (1998). *The attention deficit answer book*. Nueva York: Plume (Penguin).

## REFERENCIAS

1. MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 12.

*La información provista en esta hoja recibió el apoyo de la Subvención/Número de acuerdo de cooperación 5U38DD000335-04 de los Centros para el control y la prevención de enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). El contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales de los CDC. Esta hoja de datos fue aprobada por la Junta de asesoría profesional de CHADD en 2009.*

© 2009 CHADD Todos los derechos reservados.  
Actualizado, Enero 2011.

Para obtener más información acerca del TDA/H o CHADD, comuníquese con:

**National Resource Center on AD/HD  
Children and Adults with  
Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**  
8181 Professional Place, Suite 150  
Landover, MD 20785  
1-233-4050  
**[www.help4adhd.org](http://www.help4adhd.org)**

También visite el sitio web de CHADD en  
**[www.chadd.org](http://www.chadd.org)**.