



COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

Dra. M.I. Navarro

Colegio Público Giner de los Ríos. Albacete.

Dr. D.A. García-Villamizar

Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I.

Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid. Madrid

Correo-e: navar@ono.com

Fecha de recepción: 22 de enero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsicológico caracterizado por niveles de inatención, hiperactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Las características de los niños con este trastorno los hacen vulnerables a padecer trastornos internalizantes como ansiedad, depresión, trastornos alimentarios y síndrome de disfunción ejecutiva. En este artículo realizamos una revisión de las investigaciones que han estudiado la comorbilidad del TDAH en relación a los trastornos internalizantes. Creemos que la identificación y delimitación de estos problemas es una cuestión prioritaria para el avance en la elaboración de un diagnóstico diferencial y la aplicación de un tratamiento eficaz y amplio que cubra todas las necesidades del niño.

Palabras clave: Ansiedad. Comorbilidad. Depresión. Disfunciones Ejecutivas. TDAH. Trastornos alimentarios.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neuropsychological disorder characterized by levels of inattention, hyperactivity and impulsivity that are inappropriate from an evolutionary perspective. The characteristics of children with this disorder make them prone to suffering internalizing disorders such as anxiety, depression, eating pathology and executive dysfunction syndrome. This article reviews the research conducted on the comorbidity of ADHD in relation to internalizing disorders. We believe that the identification and delimitation of these problems is key in reaching a



COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

differential diagnosis and the application of an effective and extensive treatment covering all the child's needs.

Keywords: Anxiety. Comorbidity. Depression. Executive Dysfunctions. ADHD. Eating pathology.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsicológico caracterizado por unos niveles de inatención, hiperactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo (Navarro y García-Villamizar, 2010). En su diagnóstico y posterior tratamiento es importante identificar y delimitar otros trastornos que concurren con él. La consideración de estos problemas comórbidos es fundamental para mostrar que los perfiles cognitivos de los niños con TDAH son independientes de dichos problemas asociados (Nigg, Hinshaw, Carte y Treuting, 1998).

El concepto de comorbilidad varía en función de si se adopta un punto de vista categorial o dimensional. Desde el modelo categorial (hipótesis de "subtipo etiológico") la comorbilidad se explica por la existencia de dos enfermedades distintas que aparecen de forma simultánea debidas a dos procesos biológicos diferentes que crean dos clases diferentes de síntomas o que quizás son debidos al mismo proceso biológico básico pero que se manifiestan en función de su aparición epifenoménica, es decir, presentan síntomas accesorios en el curso del trastorno que los hace diferentes. El modelo dimensional explica la comorbilidad como la covariación entre grupos de síntomas y trata de conocer qué determina cada uno de esos grupos para entender su solapamiento. Desde el modelo dimensional existe un mismo trastorno básico pero con distintos niveles de gravedad en la forma de presentación. La hipótesis del modelo dimensional podría equipararse a la hipótesis "fenocópica" donde un trastorno es primario y el otro secundario.

Como hemos visto, el análisis de la comorbilidad trata de definir los límites entre los trastornos que están relacionados, examinando los síntomas comunes y el papel potencial de cada uno de ellos. De esta forma, podremos encontrarnos trastornos "puros" y trastornos comórbidos. Igualmente se puede dar el caso de niños con el mismo trastorno pero cuyos síntomas difieren en su etiología. Son pocos los estudios que han considerado un determinado trastorno comparando formas puras y formas comórbidas en términos de implicaciones en la clasificación, diagnóstico, respuesta al tratamiento y pronóstico (Jensen, 2003). Es precisamente en el caso del TDAH donde estos estudios son más numerosos (Biederman, Milberger, Faraone, Guité y Wharburton, 1994; Biederman, Newcorn y Sprich, 1991; Brown, 2000; Jensen, 2001; Marchetta, Hurks, Krabbendam y Jolles, 2008).

Los índices de comorbilidad pueden variar en función de la fuente de información que utilicemos (padres o profesores, por ejemplo), según la forma en la que combinemos los datos de los diferentes informantes y según las escalas de evaluación (por ejemplo, entrevistas estructuradas o escalas/cuestionarios clínicos de corte) (Youngstrom, Findling y Calabrese, 2003). Los síntomas comórbidos pueden considerarse ampliamente en términos de síntomas de internalización (por ejemplo, ansiedad, depresión, y obsesiones) y síntomas de externalización (por ejemplo, problemas de conducta y agresividad) pudiendo determinar cuáles de esos síntomas tienden a covariar y cuáles permanecen relativamente "puros" sin verse afectados por otros. La comorbilidad con síntomas internalizados o externalizados varía entre un 5% y un 74% (Youngstrom et al., 2003). Keiley, Lofthouse, Bates, Dodge y Pettit (2003) efectuaron un análisis factorial confirmatorio con los síntomas de internalización y de externalización aportados por las madres y los profesores. Los resultados revelaron por un lado, una agrupación de síntomas de internalización y de externalización "puros" y por otro, dimensiones de síntomas superpuestos. Estos análisis identificaron además,



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

determinados factores de riesgo que son relativamente específicos de cada tipo de síntoma. Por ejemplo, estos autores señalaron a la inestabilidad temperamental y al sexo femenino como posibles factores desencadenantes de trastornos de internalización. Por el contrario, la resistencia temperamental al control, el castigo parental severo, el sexo masculino, el estatus socioeconómico bajo, el rechazo de sus iguales, y la inestabilidad temperamental más baja estuvieron relacionados con los síntomas de externalización puros. Un dato clínico de interés es que la presencia de un trastorno externalizante secundario incrementa el riesgo para desarrollar un trastorno internalizante adicional (August, Realmuto, MacDonald, Nugent y Crosby, 1996). Se ha comprobado que tanto la depresión como los trastornos del estado de ánimo varían en sus índices de relación con el TDAH en función de si hay o no otro trastorno comórbido añadido. Es decir, el porcentaje de comorbilidad aumenta cuando otro trastorno comórbido, como los trastornos de conducta o el Trastorno Negativista Desafiante, está presente. August et al. (1996) refieren que un 3% de los niños con TDAH muestran trastornos del estado de ánimo y un 6% de estos mismos niños presentan problemas de ansiedad. Estos índices suben hasta un 30% y un 34% respectivamente cuando los niños con TDAH son diagnosticados además con trastornos de conducta o Trastorno Negativista Desafiante.

TRASTORNOS EMOCIONALES Y TDAH

Los niños con TDAH muestran, con respecto a los niños de su edad, un riesgo incrementado para presentar problemas académicos y dificultades sociales. Generalmente, en las relaciones sociales de estos niños se contabiliza un mayor número de fracasos que de compensaciones en comparación con las del resto de los niños. La razón de este fracaso en las relaciones puede ser, en parte, debida a que entre un 13% y un 51% de los niños con TDAH presentan trastornos emocionales (Jensen, Martin y Cantwell, 1997). Desde un punto de vista teórico, las alteraciones en la capacidad de inhibición comportamental hacen más difícil que los niños con TDAH puedan pararse a pensar antes de reaccionar emocionalmente o de regular una reacción emocional en curso (Weisz, Southam-Gerow y McCarthy, 2001). Tanto en muestras clínicas como en muestras comunitarias hasta un 30% de los niños con TDAH manifiestan trastornos del estado de ánimo sobre todo trastorno depresivo y trastorno distímico y un 34% trastornos de ansiedad (August et al., 1996; Biederman et al., 1991).

La evidencia también sugiere que los niños con TDAH atribuyen tanto los éxitos como los fracasos a causas externas, es decir, poseen un locus de control externo (McCauley, Mitchell, Burke y Moss, 1988) que no facilita el control sobre su propia conducta. Las percepciones negativas que se vierten sobre su conducta a lo largo del tiempo pueden dar lugar a una baja autoestima y a una alteración de su salud emocional. A propósito de este tema, Ostrander y Herman (2006) investigaron en qué medida el locus de control y el control parental median en las relaciones entre el TDAH y la depresión. Las conclusiones evidenciaron que en edades tempranas, por debajo de los 8 años, sólo el control parental influye ante las relaciones entre el TDAH y la depresión. En grupos de edad entre 8 y 9 años, la mediación se produce tanto desde el locus de control como desde el control parental. En niños mayores de 10 años sólo el locus de control ejerce el papel de mediador entre el TDAH y la depresión.

Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad configuran los trastornos internalizantes más frecuentes entre la población con TDAH (Angold, Costello y Erkanli, 1999). Según la clasificación del DSM-IV (APA, 1994), los trastornos depresivos están incluidos dentro de los trastornos del estado de ánimo mientras que los trastornos de ansiedad configuran una categoría por sí mismos.

En lo que respecta al trastorno de ansiedad, las principales señales de este cuadro clínico son: la preocupación, el miedo injustificado, la aprensión o la intranquilidad. Estas reacciones pueden



COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

ocurrir repetidamente ante determinadas actividades o situaciones (e.g en relación al trabajo escolar, ante el alejamiento de los padres). Generalmente, los estudios atribuyen altos niveles de inhibición de respuesta a la presencia de estos trastornos (Biederman, Rosenbaum, Chaloff y Kagan, 1995). Otros estudios, en cambio, no asocian la ansiedad con la contención comportamental (Abikoff et al., 2002; Oosterlaan, Logan y Sergeant, 1998). Según Baldwin y Dadds (2008), los síntomas de TDAH, es especial los de inatención, y los síntomas de ansiedad son fenómenos covariantes que están vinculados con un temperamento irritable y un comportamiento disruptivo.

Por otra parte, el TDAH y los trastornos depresivos covarían a menudo en niños y adolescentes, pero la respectiva influencia de estos trastornos sobre los parámetros de la atención son inconsistentes. Los diferentes estudios señalan que algunos indicios de depresión en los niños pueden ser los cambios en la forma de actuar (por ejemplo, mayor irritabilidad), las alteraciones en los hábitos alimenticios y en los patrones de sueño (por ejemplo, dificultades para dormir); la pérdida de energía y el interés hacia los amigos, los juegos, los deportes u otras actividades; la baja autoestima; la indecisión y los pensamientos suicidas (por ejemplo, “estaría mejor muerto”, “a veces pienso en matarme”). El estudio de Günther, Konrad, De Brito, Herpertz-Dahlmann y Vloet (2011) muestra que la mayoría de los daños atencionales en niños con TDAH fueron independientes de la comorbilidad con el trastorno depresivo. Los grupos con TDAH con y sin trastorno depresivo mostraron diferencias significativas con respecto al grupo de control, especialmente en las tareas atencionales más complejas y en la intensidad del proceso atencional.

Con respecto a los subtipos, nos parece interesante destacar el estudio de Power, Costigan, Eiraldi y Leff (2004). Estos autores demostraron las variaciones en ansiedad y depresión en función de los subtipos de TDAH definidos por el DSM-IV (APA, 1994). El trabajo de Power et al. (2004) es uno de los escasos estudios que investiga los trastornos internalizantes habiendo controlado previamente las diferencias en los externalizantes. Este estudio recoge informes tanto de padres como de niños para el establecimiento del diagnóstico. Los subtipos inatento y combinado del TDAH se compararon con un grupo de control “normal”. La principal conclusión es que los niños con TDAH del subtipo inatento no presentan niveles más altos de ansiedad y de depresión que los niños con TDAH de tipo combinado. Sí se encontraron diferencias entre aquellos sujetos con TDAH y el grupo de control en cuanto a los índices de ansiedad, pero no en los de depresión. En todo caso, estas últimas diferencias fueron más pequeñas que en otros estudios previos (Eiraldi, Power y Nezu, 1997; Faraone, Biederman, Weber y Russell, 1998). Los resultados de este estudio apoyan otros trabajos anteriores que han fracasado al confirmar que los niños con déficit de atención con bajos niveles de hiperactividad tienen más problemas de internalización que aquellos con déficit de atención pero con más niveles de hiperactividad (Crystal, Ostrander, Chen y August, 2001; Eiraldi et al., 1997; Faraone et al., 1998).

Independientemente de los problemas comórbidos adscritos al TDAH considerado globalmente, existen problemas comórbidos específicos en cada subtipo del trastorno. En el DSM-III (APA, 1980), los niños con TDA con Hiperactividad fueron vistos como más autodestructivos y con mayor tendencia a ser diagnosticados con trastornos de conducta. En cambio, los niños diagnosticados con TDA sin Hiperactividad presentaban más problemas académicos, en particular con las matemáticas. Empleando los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994), algunos estudios muestran como los niños con un TDAH de subtipo inatento tienden a mostrar trastornos internalizantes como ansiedad y depresión en mayor grado que los otros dos subtipos (ver Crystal et al., 2001; Eiraldi et al., 1997). El estudio de Eiraldi et al. (1997) mostró que un 19% de los niños con el TDAH de subtipo inatento sufren un Trastorno Depresivo frente al 7% de los niños con el subtipo combinado; estas diferencias no resultaron significativas pero dan cuenta de la tendencia a asociar los trastornos internalizantes con el subtipo inatento del TDAH.



TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y TDAH

Hasta la fecha, la predominancia de varones en los estudios sobre TDAH ha restringido la comprensión e investigación de los dominios relevantes en la población femenina. Uno de estos dominios relevantes pueden ser las patologías alimentarias como la anorexia o la bulimia. Son varios los factores que, según las últimas investigaciones, pueden constituir elementos de riesgo para el desarrollo de un trastorno alimentario. El primero de esos factores a los que nos referimos son los síntomas de impulsividad en la infancia. También hay evidencia de que los problemas en la relación con los padres, el rechazo de sus iguales, la crítica parental y la dura disciplina pueden predecir patologías alimentarias en la adolescencia (Asarnow, 1988; Fahy y Eisler, 1993; Mattos et al. 2004). Biederman et al. (2006), en una investigación longitudinal, muestran que las niñas con TDAH tienen índices más altos de trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia) que las niñas sin TDAH. Un estudio longitudinal reciente (Mikami, Hinshaw, Patterson, Chang Lee, 2008) con niñas entre 6 y 12 años en la etapa inicial de la investigación, indaga sobre patologías alimentarias en el TDAH. Los resultados señalan a los síntomas de impulsividad, frente a los de inatención e hiperactividad, como los mejores predictores de síntomas de bulimia e insatisfacción con la imagen corporal.

Con respecto a los subtipos inatento y combinado del TDAH, podemos afirmar que hay una moderada correlación entre los síntomas internalizantes de adolescentes y la patología alimentaria pero, cuando se trata de los problemas externalizantes las relaciones pasan a ser significativamente débiles. De esto se deriva que, en general, los niños con el subtipo combinado se muestran más afectados que los del subtipo inatento en trastornos como bulimia y anorexia (Mikami et al., 2008).

Disfunciones Ejecutivas y TDAH

Las alteraciones en el funcionamiento ejecutivo son las responsables de los problemas de previsión, planeamiento flexible e inhibición de respuestas que, generalmente, se atribuyen al TDAH (ver Willcutt, Doyle, Faraone y Pennington (2005) para una revisión). Tras la definición del término, abordaremos la relación entre el TDAH y el funcionamiento ejecutivo, así como las posibles disfunciones en este aspecto en cada uno de los subtipos. Por último nos aproximaremos a un nuevo enfoque que relaciona el TDAH con el sistema "hot and cool" del funcionamiento ejecutivo.

El concepto de funciones ejecutivas incluye habilidades vinculadas a la capacidad de organizar y planificar una tarea, seleccionar apropiadamente los objetivos, iniciar un plan y sostenerlo en la mente mientras se ejecuta, inhibir las distracciones, cambiar de estrategia, en caso necesario, de modo flexible; autorregular y controlar el curso de la acción para asegurarse de que el objetivo propuesto está en vías de conseguirse (DeBonis, Ylvisaker y Kundert, 2000).

El estudio de las funciones ejecutivas en el TDAH es relativamente reciente y se centra en determinar el perfil de los déficits. Generalmente, la literatura asocia el TDAH a alteraciones en el funcionamiento ejecutivo (Barkley, 1997; Berlin, Bohlin, Nyberg y Janols, 2004; Pennington y Ozonoff, 1996).

Con respecto a los subtipos, son pocos los estudios que, hasta la fecha, han investigado las disfunciones ejecutivas (Navarro, 2009; Navarro y García-Villamizar, 2011). Los estudios disponibles están divididos entre aquellos que constatan que el subtipo combinado presenta algún déficit específico (Barkley, 1997; Houghton et al., 1999; Lockwood, Marcotte y Stern, 2001; Nigg, Blaskey, Huang-Pollock y Rappley, 2002) y aquellos que obtienen como resultado la ausencia de diferencias (Chhabildas, Pennington y Willcutt, 2001; Scheres et al., 2004).

Pocos estudios incluyen al subtipo hiperactivo-impulsivo (Bedard et al., 2003; Chhabildas et al., 2001; Schmitz et al., 2002) sugiriendo una muy débil asociación entre este subtipo y el déficit en funciones ejecutivas. Así pues la debilidad en el funcionamiento ejecutivo estaría asociada con la inatención más que con la hiperactividad-impulsividad (Chhabildas et al., 2001; Navarro y García-Villamizar, 2011). Además de la posible diferenciación entre subtipos en lo que respecta a las medi-



COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES

das de funcionamiento ejecutivo, un segundo punto de debate pretende determinar cuáles son los desencadenantes de dicha disfunción ejecutiva. En este sentido, Shallice et al. (2002) estudiaron si la desinhibición y los problemas atencionales constituyen el núcleo desencadenante del déficit en el funcionamiento ejecutivo. Los resultados mostraron dificultades en el grupo de niños con TDAH con respecto al grupo de control en los procesos inhibitorios, tanto en las funciones atencionales como en el funcionamiento ejecutivo, concretamente con respecto a la producción de estrategias, la aplicación de estas y la corrección de los errores.

Las últimas perspectivas de investigación (Castellanos, Sonuga-Barke, Milham y Tannock, 2006; Geurts, Van der Oord y Crone, 2006 y Zelazo, Qu y Müller, 2004) consideran que, aunque las funciones ejecutivas están consideradas como un constructo funcional general, cabe realizar una distinción entre los aspectos emocionales (“hot”) y los cognitivos (“cool”) de estas funciones. El sistema “cool” se encarga de crear estrategias para alcanzar un determinado objetivo, de las habilidades de planificación y del comportamiento reflexivo, capacitando así para la resolución de problemas descontextualizados y relativamente abstractos. Por otra parte, el sistema “hot” está asociado con el comportamiento impulsivo y sería responsable de la resolución de problemas que implican la autorregulación del afecto y de la motivación. Geurts et al. (2006) investigaron los aspectos “hot and cool” del control cognitivo en niños afectados con el TDAH. A través del paradigma de la señal de stop y de la versión adaptada para niños de la tarea Iowa Gambling (requiere flexibilidad cognitiva, cambio de respuesta y respuesta a una información de cara al futuro relativamente abstracta a pesar de la presencia de una alternativa más llamativa e inmediata) estos autores pretendieron determinar si las medidas de control ejecutivo “hot and cool” podían predecir el diagnóstico del TDAH. Las conclusiones apuntaron a la ausencia de diferencias entre los niños con TDAH y los niños “normales” en las tareas propuestas. Ambos grupos eligieron respuestas orientadas al refuerzo y consideraron futuras consecuencias en la toma de decisiones por lo que se concluyó que los niños con TDAH no mostraron un déficit de respuesta de inhibición específico o un déficit en la toma de decisiones.

Aunque no hay unanimidad, las capacidades de previsión y de reflexión, dirigidas a la elección de una respuesta en función de los resultados a largo plazo antes que de la recompensa inmediata que se atribuye a los sistemas “hot-cool” de las funciones ejecutivas, podrían estar afectados en los sujetos con TDAH con lo que estas teorías nos sirven para explicar, al menos en parte, los problemas de autocontrol que tienen los niños afectados con este trastorno (Barkley, 1997; Castellanos et al., 2006).

CONCLUSIONES

Las investigaciones futuras deben ir dirigidas a determinar si la unión del TDAH con otros trastornos comórbidos puede constituir un cuadro diferenciado de los trastornos aislados. La mayoría de estudios sí coinciden en mostrar las condiciones comórbidas como fuente de mayores dificultades, bien porque la condición comórbida intensifica los déficits asociados al TDAH o bien porque las dificultades propias de cada trastorno quedan solapadas.

En cuanto a los posibles trastornos comórbidos asociados a los diferentes subtipos de TDAH, generalmente se atribuye un mayor número de condiciones comórbidas a los subtipos combinado e inatento. Esto podría apuntar a los síntomas de inatención como los responsables de dichas condiciones comórbidas.



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

REFERENCIAS

- Abikoff, H.B., Jensen, P.S., Arnold, L.L.E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J.S., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G., Greenhill, L.L., Kraemer, H., Pelham Jr., W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Wells, K. y Wigal, T. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (4), 349-359.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)* Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)* Washington, DC: Autor.
- Angold, A.E., Costello, J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- Asarnow, J.R. (1988). Peer status and social competence in child psychiatric inpatients: A comparison of children with depressive, externalizing, and concurrent depressive and externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 151-162.
- August, G.J., Realmuto, G.M., Macdonald, A.W., Nugent, S.M. y Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 571-595.
- Baldwin, J.S y Dadds, M.R. (2008). Examining Alternative Explanations of the Covariation of ADHD and Anxiety Symptoms in Children : A Community Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 67-79.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Bedard, A.C., Ickowicz, A., Logan, G.D., Hogg-Johnson, S., Schachar, R. y Tannock, R. (2003). Selective inhibition in children with attention-deficit hyperactivity disorder off and on stimulant medication. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31 (3), 315-327.
- Berlin, L.; Bohlin, G.; Nyberg, L. Y Janols, L.O. (2004). How well do measures of inhibition and other executive functions discriminate between children with ADHD and controls? *Child Neuropsychology*, 10 (1) 1-13.
- Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Guite, J. y Wharburton, R. (1994). Associations between childhood asthma and ADHD: Issues of Psychiatric comorbidity and familiarity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 842-848.
- Biederman, J., Monuteaux, M., Mick, E., Spencer, T.J., Wilens, T.E., Klein, K.L., Price, J.E. y Faraone, S.V. (2006). Psychopathology in females with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled, five-year prospective study. *Biological Psychiatry*, 60, 1098-1105.
- Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Chaloff, J. y Kagan, J. (1995). Behavioral inhibition as a risk factor for anxiety disorders. En J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp.61-81). New York: The Guilford Press.
- Brown, T.E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Castellanos, F.X., Sonuga-Barke, E., Milham, M. y Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10 (3), 117-123.
- Chhabildas, N., Pennington, B.F. y Willcutt, E.G. (2001). A comparison of the Neuropsychological profiles of the DSM-IV Subtypes of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (6), Dec.,

**COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS INTERNALIZANTES**

- 529-540.
- Crystal, D.S., Ostrander, R., Chen, R. y August, G.J. (2001). Multimethod Assessment of Psychopathology among DSM-IV subtypes of children with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: self-, parent, and teacher reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29 (3), 189-205.
- Debonis, D.A., Ylvisaker, M. y Kundert, D.K. (2000). The relationship between ADHD theory and practice: a preliminary investigation. *Journal of Attention Disorders*, 4 (3), 161-173.
- Eiraldi, R.B., Power, T.J. y Nezu, C.M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder among 6- to 12 -year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 503-514.
- Fahy, T. y Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-197.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Weber, W. y Russell, R.L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 185-193.
- Geurts, H.M., Van Der Oord, S. y Crone, E. (2006). Hot and cool aspects of cognitive control in children with ADHD: decision-making and inhibition. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 813-824.
- Günther, T., Konrad, K., De Brito, S., Herpertz-Dahlmann, B. y Vloet, T.D. (2011). Attentional functions in children and adolescents with ADHD, depressive disorders, and the comorbid condition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52 (3), 324-331.
- Houghton, S., Douglas, G., West, J., Whiting, K., Wall, M., Langsford, S., Powell, L. y Carroll, A. (1999). Differential patterns of executive function in children with attention-deficit hiperactivity disorder according to gender and subtype. *Journal of Child Neurology*, 14 (12), 801-805.
- Jensen, P.S. (2001). ADHD comorbidity and treatment outcomes in the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 134-136.
- 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), Aug., 1065-1079.
- Keiley, M.K., Lofthouse, N., Bates, J.E., Dodge, K.A y Pettit, G.S. (2003). Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 267-283.
- Lockwood, K.A., Marcotte, A.C. y Stern, C. (2001). Differentiation of attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes: Application of a neuropsychological model of attention. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23, 317-330.
- Marchetta, N., Hurks, P., Krabbendam, L. y Jolles, J. (2008). Interference control, working memory, concept shifting, and verbal fluency in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Neuropsychology*, 22 (1), 74-84.
- Mattos, P., Saboya, E. Ayrao, V., Segrenreich, D., Duchesne, M. y Coutinho, G. (2004). Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 248-250.
- McCauley, E., Mitchell, J.R., Burke, P. y Moss, S. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 903-908.
- Mikami, A.Y., Hinshaw, S.P., Patterson, K.A. y Chang Lee, J. (2008). Eating pathology among adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117 (1), 225-235.
- Navarro, M.I. (2009). *Procesos cognitivos y ejecutivos en niños con trastorno por déficit de aten-*



DESAFÍOS Y PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL MUNDO ADULTO Y ENVEJECIMIENTO

- ción con hiperactividad: una investigación empírica.* Tesis doctoral, Universidad Complutense, Madrid, España.
- Navarro, M.I. y García-Villamizar, D.A. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31 (4), 23-36.
- Navarro, M.I. y García-Villamizar, D.A. (2011). Funcionamiento ejecutivo en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: una perspectiva ecológica de los perfiles diferenciales entre subtipos combinado e inatento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (en trámite de publicación).
- Nigg, J.T., Hinshaw, S.P., Carte, E.T. y Treuting, J.J. (1998). Neuropsychological correlates of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: explainable by comorbid disruptive behavior or reading problems? *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (3), 468-480.
- Nigg, J.T., Blaskey, L., Huang-Pollock, C. y Rappley, M.D. (2002). Neuropsychological Executive Functions and ADHD DSM-IV Subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 59-66.
- Oosterlaan, J., Logan, G. D. y Sergeant, J. A. (1998). Response inhibition in AD/HD, comorbid AD/HD + CD, anxious and control children: A meta-analysis of studies with the Stop task. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 411-426.
- Ostrander, R., y Herman, K. C. (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 89-98.
- Pennington, B. F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 51-87.
- Power, T.J., Costigan, T.E., Eiraldi, R.B. y Leff, S.S. (2004). Variations in Anxiety and Depression as a Function of ADHD Subtypes Defined by DSM-IV: Do Subtype Differences Exist or Not? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (1), 27-37.
- Scheres, A., Oosterlaan, J., Geurts, H., Morein-Zamir, S., Meiran, N., Schut, H., Vlasveld, L. y Sergeant, J.A. (2004). Executive functioning in boys with ADHD: primarily an inhibition deficit? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 569-594.
- Schmitz, M., Cadore, L., Paczko, M., Kipper, L., Chaves, M. y Rohde, L.A. (2002). Neuropsychological Performance in DSM-IV ADHD subtypes. An exploratory study with untreated adolescent. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 863-869.
- Shallice, T., Marzocchi, G.M., Coser, S., Del Savio, M., Meuter, R.F. y Rumiati, R.I. (2002). Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 21 (1), 43-71.
- Weisz, J.R., Southam-Gerow, M.A. y McCarty, C.A. (2001). Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents: Developmental differences and model specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 97-109.
- Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V. y Pennington, B.F. (2005). Validity of executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-1346.
- Youngstrom, E.A., Findling, R.L. y Calabrese, J.R. (2003). Who are the co-morbid adolescents? Agreement between Psychiatric diagnosis, youth, parent, and teacher report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31 (3), 231-245.
- Zelazo, P.; Qu, L. Y Müller, U. (2004). Hot and cool aspects of executive function: Relations in early development. En Schneider, W.: *Young children's cognitive development: interrelationships among executive functioning, working memory, verbal ability, and theory of mind*, (pp. 71-93). Mahwah, N.J., USA: Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated.

