



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Factores asociados a comorbilidades psiquiátricas en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad en la Infancia. Una revisión sistemática.

Estudiante: María Celina Fernández Barud.
Legajo: 24959
Director: Dra. Alejandra González Monzón.

Tesis de Maestría presentada para acceder al título de Neuropsicología

2025

INDICE

I	Introducción	6
II.	Estado actual del conocimiento del tema	11
III.	Marco Teórico.....	15
3.1.	Evolución histórica del concepto de TDAH	15
3.2.	Criterios diagnósticos del TDAH en la infancia	16
3.3.	Etiología	19
3.4.	Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	20
3.5.	Funciones ejecutivas en el TDAH	21
3.6.	Diferencias del TDAH a lo largo del ciclo vital	22
3.7.	Tratamiento	22
3.8.	Pronóstico del TDAH	24
3.9	Comorbilidades del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	25
3.9.1	Trastornos comórbidos internalizantes.....	26
3.9.2	Trastornos comórbidos externalizantes	27
3.10	Fenotipos y endofenotipos del TDAH.....	28
3.11	Factores asociados a la comorbilidad	31
3.11.1	Factores biológicos: genéticos y neurológicos.....	31
3.11.2	Factores neurobiológicos y neurofisiológicos	32
3.11.3	Factores ambientales	32
3.11.4	Factores psicológicos	33
3.11.5	Factores causales, de vulnerabilidad y moduladores.....	34
IV	Planteamiento del problema y Justificación.....	35
V	Metodología.	37
5.1.	Objetivos.	37
5.1.1.	Objetivo general:	37
5.1.2.	Objetivos específicos:.....	38
5.2.	Método.....	38
5.2.1	Diseño.	38
5.3.	Procedimiento.	39
5.3.1.	Fuentes de información.....	39
5.3.2.	Criterios de Elegibilidad y Exclusión.....	39
5.3.3	Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo	42
5.3.4	Estrategias de Búsqueda, Selección de los Estudios y Extracción de Datos.....	42
VI.	Resultados	46
VII.	Discusión	112
VIII.	Conclusión	120

Referencias	124
--------------------------	------------

Indice de Tablas y Figuras

Tabla 1: Comparación de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11(OMS, 2022) para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	17
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión a la muestra.....	41
Tabla 3: Resultados relevantes de las unidades de análisis.....	49
Tabla 4: Comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH.	59
Tabla 5: Comorbilidades psiquiátricas y factores asociados.....	72
Tabla 6: Factores asociados a Trastornos comórbidos con TDAH infantil, presentación del trastorno, tipo de comorbilidad y aparición.....	86
Tabla 7: Principales factores de comorbilidad asociados a los diferentes Trastornos.....	89
Tabla 8: Características de los estudios incluidos.....	96
Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de inclusión de los estudios en la revisión sistemática.....	45
Figura 2: Distribución de las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH.....	69
Figura 3: Frecuencia de factores comórbidos para cada trastorno o comorbilidad.....	90

Resumen

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por inatención, hiperactividad e impulsividad, que afectan el funcionamiento cognitivo, conductual y emocional pudiendo coexistir con otros trastornos psiquiátricos. Esta investigación realizó una Revisión Sistemática con el objetivo de analizar y sintetizar de manera completa y estructurada el estado actual del conocimiento sobre los factores asociados a las comorbilidades psiquiátricas del TDAH infantil. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva de artículos publicados entre 2005 y 2025 en las bases de datos científicas ERIC, PubMed, Dialnet, Web of Science, APA PsycNet, ScienceDirect y DOAJ, en español, portugués e inglés, siguiendo las directrices del método PRISMA. La revisión incluyó 29 unidades de análisis (n = 9998 UF). Los hallazgos evidencian vulnerabilidad genética y neurobiológica compartida e interacción con factores familiares y ambientales, donde los factores psicológicos predominan en el desarrollo de comorbilidades. Los trastornos asociados al TDAH siguen una tendencia de continuidad homotípica y manifestación externalizante en varones y heterotípica e internalizante en mujeres. Finalmente, se discute la variabilidad de diseños metodológicos e instrumentos diagnósticos utilizados en los estudios como la escasez de estudios longitudinales de largo plazo y de hallazgos en Latinoamérica que limitan la generalización de los resultados.

Palabras claves: Revisión sistemática. TDAH. Factores de comorbilidad. Comorbilidades Psiquiátricas.

Abstract

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental condition characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity, affecting cognitive, behavioral, and emotional functioning, and may coexist with other psychiatric disorders. This research conducted a systematic review to comprehensively and systematically analyze and synthesize the current state of knowledge regarding factors associated with psychiatric comorbidities in childhood ADHD. To this end, an exhaustive search was carried out for articles published between 2005 and 2025 in scientific databases such as ERIC, PubMed, Dialnet, Web of Science, APA PsycNet, ScienceDirect, and DOAJ, in Spanish, Portuguese, and English, following the PRISMA guidelines. The review included 29 units of analysis (n = 9998). The findings demonstrate shared genetic and neurobiological vulnerability and interaction with family and environmental factors, where psychological factors predominate in the development of comorbidities. Disorders associated with ADHD follow a trend of homotypic continuity and externalizing manifestations in males and heterotypic and internalizing manifestations in females. Finally, the variability in methodological designs and diagnostic instruments used in the studies is discussed, as well as the scarcity of long-term longitudinal studies and findings in Latin America, which limits the generalizability of the results.

Keywords: Systematic Review. ADHD. Comorbidity factors. Psychiatric Comorbidities.

I Introducción

La presente Revisión Sistemática tiene como objetivo analizar y proporcionar una síntesis completa y estructurada sobre el estado del conocimiento de los factores asociados a la comorbilidad psiquiátrica del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) infantil, a partir de una búsqueda exhaustiva en base de datos científicos de artículos publicados entre los años 2005-2025.

Cabe señalar que la Revisión Sistemática de la literatura es un proceso arduo de búsqueda de investigaciones realizadas por otros autores que permite interpretar y evaluar la información pertinente de investigación, a través de la planificación, búsqueda, selección y sistematización. Su beneficio radica en resumir la evidencia empírica existente sobre el tema a desarrollar, mediante un método ágil y específico que busca identificar vacíos en la investigación de un tema en particular con el fin de proponer eventuales áreas de investigación, o incluso, ayudar a generar nuevas hipótesis (Kitchenham, 2004).

De esta forma, es posible hallar futuras prioridades en la investigación de los factores comórbidos asociados al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en la infancia, así como abordar preguntas que surjan de la sistematicidad de la evidencia, que no podrían responderse con estudios individuales (Page, 2021).

Iniciando con los principales ejes teóricos de la presente Revisión Sistemática, en primer lugar se aborda el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) durante la niñez, enfatizando sus características clínicas y causas más relevantes identificadas en la literatura. En segundo lugar, se presentan las principales comorbilidades psiquiátricas asociadas con el Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad. Finalmente, se analizan los factores que inciden en la aparición, mantenimiento o agravamiento de dichas comorbilidades.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 11 (OMS, 2022), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del

neurodesarrollo que afecta el comportamiento y la cognición, manifestándose en el período del desarrollo de la infancia. Causa dificultades en la adquisición o ejecución de funciones intelectuales, motrices, del lenguaje o socialización; resultando, en la mayoría de los casos, compleja o desconocida su etiología.

Específicamente, se caracteriza por tres ejes sintomáticos principales. En primer lugar, el déficit de atención, que se manifiesta conductualmente como distracción, dificultad para seguir instrucciones o terminar tareas, dificultad para mantener la concentración y presencia de desorganización que no es atribuible a la rebeldía ni a la falta de comprensión. En segundo lugar, la hiperactividad, entendida como movimiento excesivo, indiscriminado o inapropiado (OMS, 2022). Y, por último, la impulsividad, definida por el DSM-5- TR (2022) como acciones precipitadas que ocurren sin premeditación, que pueden tener el potencial de ser perjudiciales para el individuo, o que también pueden reflejar un deseo de recompensas inmediatas o una incapacidad para retrasar la gratificación (American Psychiatric Association, 2022). Por otro lado, según la sintomatología predominante, se distinguen tres subtipos de TDAH: El tipo inatento, el tipo hiperactivo/impulsivo y el tipo mixto o combinado (APA, 2022).

Con lo expuesto, lo relevante en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es que tanto los síntomas de inatención como los de hiperactividad e impulsividad, interfieren en el funcionamiento emocional y cognitivo del infante, causando disfuncionalidad en los ámbitos familiar, escolar y social, pudiendo además coexistir con otros trastornos psiquiátricos (Cardo y Servera, 2008).

Se trata de un trastorno ampliamente conocido y estudiado. Las encuestas de población sugieren que a nivel mundial ocurre en aproximadamente el 7,2 % de los infantes y el 2,5% en adultos. No obstante, la prevalencia transnacional varía desde el 0,1% hasta el 10,2% en niños, niñas y adolescentes. La incidencia parece ser mayor en poblaciones con particularidades como hogares de acogida o entornos penitenciarios (APA, 2022). También estudios hispanoamericanos reportan cifras de prevalencia más altas (17% en un estudio colombiano y 20% en escuelas de EEUU), relevando así una realidad preocupante vinculada

tanto al sobrediagnóstico como al subdiagnóstico en estas regiones (Orellana Ayala, 2018). Por otro lado, en Argentina, se calcula que alrededor del 4% de la población está diagnosticada con TDAH (Bakker et al., 2023).

En relación al sexo biológico, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 - TR (APA, 2022), la ocurrencia del trastorno es más frecuente en hombres que en mujeres en la población general, con una proporción de aproximadamente 2:1 en niños y 1,6:1 en adultos. También se ha hallado que las mujeres son más propensas que los hombres a presentar principalmente características de inatención.

Con respecto a la etiología del TDAH, los principales hallazgos científicos realizados hasta la fecha, arrojan como resultados que la causalidad del trastorno es multifactorial, existiendo evidencia sólida de las bases neurobiológicas implicadas, una alta tasa de heredabilidad que oscila entre el 70% y 90% así como varios genes implicados (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020), además de alteraciones neuroanatómicas, neurofisiológicas (Vieira de Melo, 2018) y neuroquímicas (Gallo & Posnner, 2016) que requieren de tratamiento farmacológico (López et al., 2008).

Asimismo, fuertemente documentada, es la incidencia de factores ambientales y sociales que pueden potenciar la predisposición genética. En el orden de lo prenatal, se encuentran la exposición intrauterina al tabaco, al alcohol o al tratamiento farmacológico como anticonvulsivos o benzodiazepinas. Relacionado a lo perinatal, el TDAH también se ha asociado a la prematuridad, el bajo peso al nacer; a complicaciones perinatales y a la edad materna avanzada al momento del parto. Vinculado a lo socio familiar, se hace referencia a progenitores con antecedentes psiquiátricos, conflictos familiares severos o crónicos, situaciones estresantes, crianza bajo tutela institucionalizada, baja estimulación por un largo período de tiempo, clase social baja y la sucesión de cuidadores o familias con prácticas educativas duras, incoherentes o negligentes así como familias con mayor número de

miembros, factores que además podrían aumentar la probabilidad de desencadenar comorbilidades (Polanczyk et al., 2014; Tirado-Hurtado et al., 2012; Colomer et al., 2014).

Por otra parte, se han hallado perfiles neuropsicológicos específicos del cuadro que evidencian una disfunción ejecutiva asociada a déficits en la activación y el funcionamiento de la corteza prefrontal (CPF) y sus conexiones con el striatum y cerebelo (Barkley, 2011; Gallo & Posner, 2016). Del mismo modo, estudios constatan que el tipo combinado presenta algún déficit específico en el funcionamiento ejecutivo (Houghton et al., 1999; Nigg et al., 2002) al contrario de otros estudios que no aprecian diferencia entre los tipos combinado e inatento (Hinshaw et al., 2007; Sheres et al., 2004).

En este marco, hablar de comorbilidades implica reconocer la presencia simultánea de dos o más condiciones nosológicas en una persona que presenta un diagnóstico primario (Acosta y Ochoa, 2008). En el caso del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), las tasas de comorbilidad varían según las características de la muestra estudiada. La evidencia indica que los adolescentes con TDAH de tipo mixto o combinado, así como aquellos que iniciaron el tratamiento de manera tardía, son quienes presentan los niveles más elevados de comorbilidad (Zuluaga-Valencia y Fandiño-Tabares, 2016).

Dicho esto, los trastornos que con mayor frecuencia se asocian al TDAH infantil son de diversa índole como los Trastornos disruptivos, el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Conducta; los Trastornos de ansiedad, el Trastorno obsesivo compulsivo y también los Trastornos del estado de ánimo, incluyendo el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Bipolar. A la vez, pueden coexistir con el TDAH infantil otros trastornos del neurodesarrollo, aunque en menor medida, como los Trastornos del Espectro Autista, los Trastornos del desarrollo de la coordinación, los Trastornos de aprendizaje como discalculia y dislexia y los Trastorno por tics o síndrome de Tourette (Suárez et al., 2006).

Continuando con las principales comorbilidades en el TDAH infantil, distintas investigaciones como la de Díaz Atienza (2006) y Casas et al. (2025) encuentran la

prevalencia de la comorbilidad psiquiátrica principalmente asociada a la impulsividad del TDAH mixto. Ejemplo de ello son los trastornos disociales o de conducta.

Se sabe que los casos de TDAH infantil con comorbilidades como el trastorno de conducta, trastorno oposicionista desafiante y trastornos de ansiedad, registran un incremento del 250% de probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor (Jerrell et al., 2014). Al respecto, la literatura evidencia datos preocupantes vinculados a los trastornos del estado de ánimo y su elevada correlación con el TDAH, desde aspectos genéticos, bases neurobiológicas e influencias ambientales que podrían desencadenarse ante vulnerabilidades psicosociales, lo que predispone mayores riesgos de padecer acoso escolar, bajo rendimiento académico y dificultades interpersonales (Liu, 2022).

Otro hallazgo científico es que el 60% de los infantes con TDAH presentan comorbilidades de tipo internalizantes o síntomas encubiertos como depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación; y de tipo externalizantes como trastornos de conducta, trastorno oposicionista desafiante y consumo de sustancias psicoactivas (Efron, 2014).

Por último y más preocupante aún, se destacan las conductas que revisten riesgo de descontrol de los impulsos o desregulación emocional en personas de cualquier edad con TDAH a causa de un correlato neurobiológico común que podría aumentar el riesgo de presentar autolesiones, intentos de suicidio o conductas suicidas (Di Lorenzo, 2021), por lo cual hablar de comorbilidades en TDAH es hablar de prevención en salud mental.

En síntesis, la población infantil con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad presentaría dificultades para prestar atención, en algunos casos un comportamiento impulsivo y en otros, hiperactividad o bien, la combinación de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad donde el riesgo principal del cuadro radica en la falta o falla en la regulación de los impulsos incluyendo la dificultad en la inhibición a nivel cognitivo, conductual y emocional (Barkley, 1990 citado en Servera-Barceló, 2005). Estos síntomas, como ya fue mencionado, pueden coexistir con comorbilidades como Dificultades de Aprendizaje, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta, Depresión, Ansiedad

y cambios en el estado del ánimo (Faraone et al., 2003) siendo las psiquiátricas las que más trabajo preventivo requieren por los riesgos en sus consecuencias.

Por ello, pretendiendo responder la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los principales factores asociados a la comorbilidad psiquiátrica en niños y niñas con TDAH?, es que la presente Revisión Sistemática tuvo por objetivo describir los factores asociados a las comorbilidades psiquiátricas del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia hallados, a partir de una búsqueda exhaustiva de estudios científicos realizados en los últimos 20 años, con el fin último de aportar material relevante al ámbito clínico como de investigación del TDAH y sus comorbilidades psiquiátricas desde el periodo infantil.

II. Estado actual del conocimiento del tema

Los hallazgos científicos disponibles sobre los factores asociados a las comorbilidades psiquiátricas resaltan la necesidad de comprender las causas de la evolución del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) desde la infancia. A partir del conjunto de estudios relevantes identificados, se destacan aquellos vinculados con factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos, familiares, ambientales y sociodemográficos. Cabe señalar que la presencia de comorbilidades psiquiátricas incrementa significativamente las dificultades de adaptación psicosocial, lo que plantea mayores desafíos para su detección, diagnóstico y tratamiento (Zuñiga y Fortaleza, 2014).

En primer lugar, en relación con los factores genéticos, un estudio longitudinal de seis años con 118 adolescentes y adultos jóvenes diagnosticados con TDAH de tipo combinado en la infancia evidenció que la persistencia de la sintomatología se asocia con mayores tasas de problemas de salud mental comórbidos, subrayando la importancia de la continuidad del tratamiento durante la adolescencia y la adultez (Cadman et al., 2015). Asimismo, Bell et al. (2021) encontraron que la impulsividad, característica central del TDAH, predice el desarrollo posterior de trastorno negativista desafiante, el cual, a su vez, se vincula con la aparición del

trastorno de conducta y, finalmente, con un mayor riesgo de trastornos por consumo de sustancias.

En la misma línea, Monuteaux et al. (2007), en un seguimiento prospectivo de diez años con 262 niñas y adolescentes, observaron que el inicio temprano del trastorno de conducta en pacientes con TDAH se asocia con la presencia de trastorno de personalidad antisocial en el padre, mientras que el inicio en la adolescencia se relaciona con conflictos familiares. Por su parte, un metaanálisis evidenció solapamientos genéticos, particularmente en polimorfismos de genes dopaminérgicos y serotoninérgicos, implicados en trastornos de ansiedad, depresión y trastorno bipolar comórbidos con TDAH (Demontis et al., 2019). De manera complementaria, Schote et al. (2025) identificaron la implicación del gen NR3C1 relacionado con el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en la asociación entre TDAH infantil y trastorno de conducta.

Asimismo, Gustavson et al. (2021), a partir del análisis de una amplia cohorte familiar noruega, concluyeron que los factores de riesgo compartidos entre TDAH y depresión comórbida incluyen tanto componentes genéticos como ambientales compartidos y específicos del individuo. En contraste, los factores compartidos entre TDAH y ansiedad resultaron principalmente de naturaleza familiar (genética y ambiental compartida).

En segundo lugar, en cuanto a los factores neurobiológicos, Perlstein et al. (2024) identificaron, en una muestra de 11.878 participantes, un factor de riesgo común caracterizado por la disminución de la actividad de la amígdala derecha frente a estímulos emocionales (rostros temerosos), asociado con problemas externalizantes en TDAH, trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta.

En relación con factores predictivos en la infancia, la revisión sistemática y metaanálisis de Van der Plas et al. (2025) identificó diez factores predominantes, entre los cuales se destaca que el tratamiento con estimulantes del sistema nervioso central y un mayor coeficiente intelectual durante la infancia actúan como factores protectores frente al desarrollo de comorbilidades psiquiátricas.

En América Latina, particularmente en Argentina, se ha investigado la adherencia al tratamiento farmacológico, señalándose su relevancia en la evolución del trastorno y su interacción con factores socioeconómicos y ambientales, como el acceso a servicios de salud y educación, los cuales también influyen en la aparición de comorbilidades (Soutullo et al., 2023).

En cuanto a los factores familiares y ambientales, un estudio con población peruana evidenció una alta incidencia de antecedentes psiquiátricos familiares, así como de factores biológicos pre y perinatales (Tirado-Hurtado et al., 2012). De forma consistente, investigaciones en población iraní identificaron una mayor prevalencia de TDAH en hijos de madres con antecedentes de hospitalización psiquiátrica (Mohammadi Zarafshanet et al., 2021).

Por otro lado, Todzia et al. (2023) vinculan la hiperactividad propia del TDAH con una mayor vulnerabilidad a intentos de suicidio, identificando además factores asociados como el sexo femenino, bajo nivel educativo, consumo de sustancias, antecedentes depresivos y experiencias de maltrato infantil. Asimismo, la presencia de trastornos de ansiedad, dificultades sociales y bajo nivel socioeconómico incrementan la probabilidad de comorbilidad (Bieś et al., 2023). En concordancia, Greger et al. (2025) observaron que la acumulación de adversidades en la juventud se asocia con una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas.

Adicionalmente, el estrés parental, los conflictos conyugales y el estrés familiar crónico han sido identificados como factores que agravan la sintomatología del TDAH y aumentan la comorbilidad emocional y conductual (Johnston & Mash, 2001). Estudios posteriores refuerzan que los vínculos afectivos, los estilos de comunicación y las prácticas de crianza pueden tanto exacerbar como mitigar dichas comorbilidades (González et al., 2014; Chronis et al., 2011; Hinshaw, 2002).

Asimismo, se ha evidenciado que experiencias traumáticas infantiles y altos niveles de impulsividad predicen trastornos de ansiedad social (Kiyuncu et al., 2025), mientras que

factores sociodemográficos como el bajo nivel socioeconómico y la escasa red de apoyo social incrementan el riesgo de coexistencia de trastornos psiquiátricos.

En relación con los factores psicológicos, estudios en población infantil han identificado una alta prevalencia de comorbilidades afectivo-comportamentales, especialmente entre los ocho y once años, con predominio del subtipo combinado de TDAH (Zuluaga Valencia y Fandiño Tabares, 2016). Asimismo, se ha observado que los problemas externalizantes se asocian con un mayor riesgo personal y familiar, constituyéndose en predictores de problemáticas más severas a futuro (Colomer et al., 2014).

Por otra parte, investigaciones sobre autopercepción indican que los niños con TDAH tienden a presentar una autoimagen más negativa, así como percepciones desfavorables por parte de padres y docentes (Molina, 2016). De igual modo, se ha constatado una menor asertividad y mayores dificultades en la interacción social, lo cual puede favorecer el desarrollo de comorbilidades psicosociales (Ruso, 2015).

En esta línea, Nigg et al. (2020) proponen que la desregulación emocional constituye un componente del riesgo genético del TDAH más que una comorbilidad en sí misma. En particular, la irritabilidad y la búsqueda de sensaciones comparten bases biológicas y se asocian con mayores puntajes de riesgo poligénico, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad a presentar comorbilidades.

Respecto a la evolución de los trastornos, Shevlin et al. (2017) evidenciaron tanto continuidad homotípica como heterotípica en trastornos psiquiátricos desde la infancia hasta la adolescencia, destacando el TDAH como predictor de trastornos internalizantes. De manera similar, Knappe et al. (2022) señalaron trayectorias que vinculan trastornos externalizantes con el desarrollo posterior de ansiedad, enfatizando la importancia de la intervención temprana.

Finalmente, Hinshaw et al. (2021) identificaron diferencias según el sexo: los varones tienden a presentar trayectorias homotípicas con predominio de síntomas externalizantes,

mientras que las mujeres muestran trayectorias heterotípicas con mayor presencia de síntomas internalizantes.

En síntesis, los antecedentes revisados evidencian la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociofamiliares en el desarrollo de comorbilidades psiquiátricas en el TDAH. Los estudios de revisión sistemática y metaanálisis aportan evidencia robusta sobre la influencia de factores biológicos, mientras que los estudios cualitativos permiten comprender la experiencia subjetiva y familiar. Por su parte, los estudios longitudinales resultan fundamentales para identificar trayectorias evolutivas y la incidencia de factores contextuales a lo largo del tiempo.

A partir de este estado del arte, el presente estudio se centra en los ejes temáticos seleccionados con el fin de profundizar su análisis y contextualización.

III. Marco Teórico

En este apartado se presenta, en primer lugar, la evolución histórica del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En segundo lugar, se desarrolla su definición junto con los principales criterios diagnósticos según el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2022), incluyendo las áreas cerebrales implicadas, su etiología y el perfil cognitivo característico. Finalmente, se abordan las manifestaciones del trastorno a lo largo del ciclo vital, su pronóstico, las principales intervenciones terapéuticas y las comorbilidades asociadas.

3.1. Evolución histórica del concepto de TDAH.

Entre 1900 y 1960, diversos autores (Still, 1902; Hohman, 1922; Khan y Cohen, 1934; Strauss y Lehtinen, 1947) interpretaron los síntomas actualmente asociados al TDAH como secuelas de lesiones cerebrales exógenas (Scandar, 2007). Posteriormente, ante la dificultad para identificar una lesión específica, el cuadro fue conceptualizado como “Disfunción Cerebral Mínima” y, más adelante, como “Síndrome Hiperkinético” (Clements, 1966; Douglas, 1983; en Fernandes et al., 2017).

Durante la década de 1970, la investigación clínica desplazó el foco exclusivo de la hiperactividad hacia alteraciones cognitivas y de control volitivo. En los años 80 se establecieron criterios diagnósticos más sistemáticos, y en la década de 1990 se consolidó la denominación actual del trastorno, en paralelo al avance de las neurociencias y la genética (Scandar, 2007).

Cabe señalar que el término TDAH se introduce formalmente en el DSM-III (1980) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, estableciendo criterios diagnósticos que continúan evolucionando hasta la actualidad (Guerrero, 2016).

Desde una perspectiva histórica, pueden distinguirse dos tradiciones conceptuales: la europea, con énfasis psicopedagógico y comprensivo del comportamiento, y la anglosajona, predominantemente médico-biológica y de orientación empiricista (González y Villamizar, 2010).

3.2. Criterios diagnósticos del TDAH en la infancia.

El diagnóstico del TDAH en la infancia requiere una evaluación clínica integral que contemple antecedentes médicos, desarrollo evolutivo y contexto familiar (Barkley, 2015). Este proceso incluye entrevistas con padres, cuidadores y docentes, así como el uso de escalas estandarizadas y, cuando es necesario, evaluaciones neuropsicológicas y psicopedagógicas para caracterizar el perfil cognitivo y el funcionamiento adaptativo (Castellanos y Tannock, 2002; Johnston & Mash, 2001).

Según el DSM-5-TR (APA, 2022), el TDAH se define por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento, con inicio antes de los 12 años, presencia en al menos dos contextos y duración mínima de seis meses. En menores de 17 años se requiere la presencia de al menos seis síntomas.

Los síntomas de inatención incluyen dificultades en la atención sostenida, organización, seguimiento de instrucciones, tendencia a la distracción y olvidos frecuentes. Por su parte, la hiperactividad e impulsividad se manifiestan en inquietud motora, dificultad

para permanecer quieto, exceso de habla, respuestas impulsivas y problemas para esperar turnos.

El DSM-5-TR distingue tres presentaciones: combinada, predominante inatenta y predominante hiperactiva/impulsiva, además de especificar niveles de gravedad (leve, moderado y grave) según el grado de deterioro funcional.

Por su parte, la CIE-11 (OMS, 2022) también reconoce los tres dominios sintomáticos principales —inatención, hiperactividad e impulsividad—, aunque adopta un enfoque más descriptivo y menos cuantitativo, sin establecer un número mínimo de síntomas. Destaca la dificultad para mantener la atención en tareas poco estimulantes, la impulsividad como incapacidad para demorar respuestas y la hiperactividad como actividad motora excesiva, especialmente en contextos estructurados (Gómez et al., 2023).

En síntesis, ambos sistemas coinciden en la tríada sintomática central del TDAH, diferenciándose principalmente en el grado de especificidad y operacionalización de los criterios diagnósticos.

Las diferencias entre ambos manuales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Comparación de los criterios diagnósticos del DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11(OMS, 2022) para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

	DSM-5-TR	CIE-11
Nombre	TDAH	TDAH
Comienzo	Los síntomas se presentan antes de los 12 años.	Los síntomas se presentan antes de los 12 años.
Síntomas	9 síntomas de inatención (IA) 9 síntomas de hiperactividad /impulsividad (HY/IM)	11 o 9 síntomas de inatención (IA) 11 o 10 síntomas de hiperactividad /impulsividad (HY/IM)

Tipos de presentación/criterios de síntomas en niños	(1) TDAH combinado: al menos 6 síntomas IA y 6 síntomas HY/IM; (2) TDAH predominantemente inatento: al menos 6 síntomas IA; y (3) TDAH predominantemente hiperactivo/impulsivo: al menos 6 síntomas HY/IM	(1) TDAH combinado: se presentan síntomas IA e HY/IM sin que ninguno predomine; (2) TDAH predominantemente inatento: predominan los síntomas IA; y (3) TDAH predominantemente hiperactivo/impulsivo: predominan los síntomas HY/IM
Tipos de presentación/criterios de síntomas para personas ≥ 17 años	(1) TDAH combinado: al menos 5 síntomas IA y 5 síntomas HY/IM; (2) TDAH predominantemente inatento: al menos 5 síntomas IA; y (3) TDAH predominantemente hiperactivo/impulsivo: al menos 5 síntomas HY/IM	
Ajustes	Presente en al menos 2 entornos	Múltiples entornos, pero los síntomas pueden variar según la estructura y las exigencias del entorno.
Duración	≥ 6 meses	Varios meses
Dificultad	Funcionamiento social, académico u ocupacional	Funcionamiento social, académico u ocupacional: los síntomas de IA son menos evidentes en actividades estimulantes y gratificantes y HY/IM durante el juego libre.
Modelo diagnóstico	Dimensional y categórico (listado estructurado de síntomas)	Flexible, orientado al juicio clínico y a la funcionalidad
Enfoque de evaluación	Basado en criterios cuantitativos claros	Basado en impacto funcional y juicio clínico cualitativo
Uso en investigación	Amplio, estandarizado, útil para estudios comparativos	Menor estandarización, pero más adaptado a contextos clínicos diversos
Diferenciación entre hiperactividad e impulsividad	No los separa: se consideran un solo dominio (HY/IM)	Reconoce síntomas de forma más diferenciada (en línea con evidencia reciente)

Nota: TDAH: Trastorno por Déficit de atención e hiperactividad; IA: Inatención; HY:

Hiperactividad; IM: Impulsividad. Fuente: Cuadro adaptado de Gómez et al. (2023).

En la Tabla 1 se observa que el DSM-5-TR (APA, 2022) incluye nueve síntomas de inatención (IA) y nueve de hiperactividad/impulsividad (HY/IM), mientras que la CIE-11 (OMS, 2022) contempla once síntomas para cada dominio, o diez si se integran ciertos indicadores equivalentes según la etapa evolutiva. Las diferencias entre ambos sistemas son limitadas y se concentran en la organización de los síntomas y en los umbrales diagnósticos.

No obstante, desde una perspectiva clínica y de investigación, se identifican dos aspectos relevantes. En primer lugar, la CIE-11 carece de instrumentos de evaluación estandarizados y actualizados que abarquen de manera integral el espectro sintomático. En segundo lugar, la ausencia de criterios mínimos dificulta la delimitación diagnóstica y la comparabilidad entre estudios, lo que puede restringir el desarrollo de modelos factoriales que conceptualizan la inatención, la hiperactividad y la impulsividad como dimensiones centrales del TDAH (Gómez et al., 2023).

Delimitados los criterios diagnósticos, resulta necesario profundizar en la etiología del trastorno para comprender los factores que lo originan.

3.3. Etiología.

El TDAH presenta una etiología multifactorial en la que convergen factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. Existe amplio consenso respecto a su alta heredabilidad, estimada entre el 70% y el 90%. Se ha observado que el riesgo aumenta significativamente en familiares de primer grado, lo que respalda la participación de múltiples genes en su desarrollo (Rusca-Jordán y Cortez-Vergara, 2020; López et al., 2008).

Desde el punto de vista neuroanatómico, se han identificado diferencias en estructuras como el cerebelo, el cuerpo calloso, el cuerpo estriado y regiones frontales. A nivel funcional, estudios de neuroimagen evidencian alteraciones en circuitos frontales y cingulados implicados en el control conductual (Vieira de Melo, 2018).

En el plano neuroquímico, se ha descrito una disfunción en los sistemas dopaminérgico y noradrenérgico, lo que afecta circuitos fronto-estriatales y mesolímbicos

vinculados a la regulación de la atención, la impulsividad y la motivación (Gallo & Posner, 2016). Asimismo, alteraciones en la corteza prefrontal se asocian con déficits en funciones cognitivas superiores (López et al., 2008).

Por su parte, los factores ambientales actúan como moduladores del riesgo, entre ellos la exposición prenatal a sustancias (tabaco, alcohol, fármacos), la prematurez, el bajo peso al nacer, complicaciones perinatales, así como variables psicosociales como conflictos familiares, antecedentes psiquiátricos parentales y condiciones socioeconómicas desfavorables (Polanczyk et al., 2014).

Comprendida su etiología, resulta pertinente abordar la neuropsicología del TDAH para explicar los procesos cognitivos implicados en su sintomatología.

3.4. Neuropsicología del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

La neuropsicología del TDAH se centra en el estudio de los procesos cognitivos y emocionales del neurodesarrollo que subyacen a sus manifestaciones clínicas (Servera-Barceló, 2005). Uno de los hallazgos más consistentes es la heterogeneidad del trastorno, lo que ha impulsado la formulación de diversos modelos explicativos, desde enfoques de déficit único hasta modelos de múltiples vías interrelacionadas (Piñón Blanco et al., 2017).

Entre los principales modelos, el de Douglas (1970) prioriza el déficit en la atención sostenida y el control del esfuerzo, vinculándolo con la búsqueda de gratificación inmediata y la dificultad en la inhibición conductual. Posteriormente, Barkley (1997, 2006) propone la desinhibición conductual como núcleo del trastorno, integrando funciones ejecutivas como la memoria de trabajo, la autorregulación emocional y la internalización del lenguaje.

En contraste, los modelos motivacionales destacan alteraciones en los sistemas de recompensa, especialmente en la sensibilidad a la demora, lo que explicaría la preferencia por recompensas inmediatas. Estos procesos se relacionan con circuitos dopaminérgicos implicados en la motivación y el refuerzo.

Por otro lado, los modelos neurocognitivos de déficit múltiple plantean la coexistencia de diversas alteraciones cognitivas y motivacionales que interactúan entre sí, contribuyendo tanto a la variabilidad clínica como a la comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo. En esta línea, el modelo dual de Sonuga-Barke integra déficits en el control inhibitorio y en los procesos motivacionales.

Finalmente, otros enfoques interpretan el TDAH como un trastorno de las funciones ejecutivas, entendiendo sus síntomas como manifestaciones de alteraciones en estos procesos (Piñón Blanco et al., 2017).

En este contexto, resulta fundamental profundizar en el estudio de las funciones ejecutivas, dada su relevancia en la comprensión del trastorno.

3.5. Funciones ejecutivas en el TDAH.

Las funciones ejecutivas (FE) son procesos de orden superior que regulan el comportamiento, el pensamiento y las emociones en situaciones que requieren control voluntario (Miyake & Friedman, 2012; Diamond, 2013). En el TDAH, constituyen uno de los dominios más comprometidos.

El modelo de Miyake et al. (2000) distingue tres componentes básicos interrelacionados: inhibición, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva, a partir de los cuales se desarrollan habilidades más complejas como la planificación y la resolución de problemas.

La memoria de trabajo permite mantener y manipular información relevante para guiar la conducta (Baddeley, 2003). La inhibición facilita el control de respuestas automáticas o impulsivas, mientras que la flexibilidad cognitiva posibilita adaptarse a cambios del entorno y modificar estrategias (Diamond, 2013).

El desarrollo de estas funciones se vincula con la maduración de la corteza prefrontal, especialmente entre los seis y ocho años, periodo clave para la autorregulación y el lenguaje interno (Luria, 1966; Vygotsky, 1934).

Diversos estudios han evidenciado que las personas con TDAH presentan dificultades en inhibición, memoria de trabajo, planificación, control atencional, regulación emocional y capacidad de demora de la gratificación, asociadas a disfunciones en circuitos fronto-estriatales y sistemas dopaminérgicos (Pliszka, 2007; Espina et al., 2006).

Una vez analizadas estas funciones, es relevante considerar cómo las manifestaciones del TDAH varían a lo largo del desarrollo.

3.6. Diferencias del TDAH a lo largo del ciclo vital.

El TDAH presenta variaciones en su expresión sintomática según la etapa evolutiva. En la infancia, la hiperactividad motora suele ser más evidente, mientras que en la adolescencia tiende a disminuir, dando lugar a una inquietud más interna. En esta etapa, se acentúan las dificultades ejecutivas, lo que incrementa el riesgo de comorbilidades.

En la adultez, los síntomas se expresan principalmente como desorganización, dificultades en la gestión del tiempo, olvidos frecuentes y problemas en el ámbito laboral e interpersonal. Estas dificultades pueden asociarse a trastornos de ansiedad, depresión y otros cuadros comórbidos (APA, 2022).

Diversos estudios coinciden en que el TDAH persiste en aproximadamente el 60% de los casos, aunque con cambios en su manifestación clínica. Entre los factores que influyen en su evolución, destaca la intervención temprana y el acceso a tratamiento adecuado (Faraone, 2021; Biederman, 2005).

En consecuencia, resulta fundamental abordar el tratamiento del TDAH desde una perspectiva integral, considerando sus variaciones a lo largo del desarrollo.

3.7. Tratamiento.

El abordaje del TDAH, especialmente en presencia de comorbilidades, requiere considerar su carácter de trastorno del neurodesarrollo. En este sentido, el tratamiento multimodal que integra intervenciones farmacológicas, psicológicas, psicoeducativas y

escolares es actualmente el enfoque con mayor respaldo empírico, al involucrar múltiples contextos y profesionales (Bilenberg, 2025).

En primer lugar, el tratamiento farmacológico constituye una de las estrategias más eficaces, particularmente en casos de gravedad moderada a severa. Los fármacos estimulantes, como el metilfenidato y las anfetaminas, han demostrado mejorar la atención sostenida, el control inhibitorio y la organización conductual, con impacto positivo en el rendimiento académico y la adaptación social (Cortese, 2018; Faraone, 2021). Su eficacia varía según la etapa evolutiva, observándose mejor respuesta a anfetaminas en adolescentes y adultos, y buena tolerabilidad del metilfenidato en población infantil (Childress, 2020). No obstante, pueden presentarse efectos adversos como insomnio, disminución del apetito o cambios cardiovasculares (Storebø, 2015). Aun así, su uso se asocia a beneficios también en contextos de comorbilidad, incluso como factor protector frente al consumo de sustancias (Ribeiro et al., 2025; Groenman et al., 2017).

En segundo lugar, las intervenciones psicosociales cumplen un rol fundamental. El abordaje psicopedagógico se orienta a las dificultades de aprendizaje, mientras que la intervención psicológica promueve el autocontrol, la regulación emocional y las habilidades sociales (Cabasés, 2005; Paneiva Pompa et al., 2024). En el ámbito escolar, la implementación de adaptaciones curriculares, estrategias conductuales y apoyos estructurales como la organización del entorno o la fragmentación de tareas favorece el desempeño académico, aunque su eficacia depende en gran medida de la colaboración entre familia y escuela (DuPaul y Stoner, 2014; More, 2019).

Asimismo, la psicoeducación resulta clave para mejorar la comprensión del trastorno y reducir el estigma, especialmente en padres y cuidadores. En este marco, el entrenamiento en manejo parental ha demostrado efectividad en la reducción de síntomas y conductas problemáticas, así como en la mejora del clima familiar y las competencias parentales (Gomar et al., 2016; Lee et al., 2012).

Por otra parte, las intervenciones individuales buscan fortalecer el funcionamiento adaptativo y reducir el impacto de los síntomas. Entre las más estudiadas se encuentra la terapia cognitivo-conductual, que favorece la autorregulación mediante estrategias como el automonitoreo, la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales, con mayor evidencia en adolescentes (Gomar et al., 2016).

El entrenamiento cognitivo se orienta al fortalecimiento de funciones como la atención, la memoria de trabajo y la planificación, aunque sus efectos tienden a ser específicos y no siempre generalizables (Friedman, 2013). En la misma línea, las intervenciones centradas en la autorregulación emocional promueven habilidades metacognitivas para el reconocimiento y manejo de las emociones (Díaz Gutiérrez, 2021).

Las terapias basadas en mindfulness han mostrado beneficios en la mejora de la atención y la regulación emocional, especialmente en la reducción de la inatención, aunque la evidencia sobre su eficacia a largo plazo aún es limitada (Lee et al., 2022). Por su parte, el neurofeedback, basado en la autorregulación de la actividad cerebral mediante retroalimentación, presenta resultados prometedores a corto plazo, aunque todavía requiere mayor evidencia para consolidarse como intervención de primera línea (Sibley et al., 2023).

En síntesis, existe consenso en que el tratamiento farmacológico combinado con el entrenamiento parental constituye la intervención de primera elección en la infancia, mientras que otras estrategias actúan como complementos según las necesidades individuales (Scandar, 2016). En este contexto, el tratamiento se configura como un factor clave en la evolución del trastorno.

A partir de ello, resulta pertinente analizar el pronóstico del TDAH en función de dichas intervenciones y variables individuales.

3.8. Pronóstico del TDAH.

El curso del TDAH está determinado por la interacción de múltiples factores, entre ellos la gravedad sintomática, la presencia de comorbilidades, el contexto familiar y,

especialmente, el acceso a tratamiento oportuno. Se estima que aproximadamente el 60% de los casos persisten en la adolescencia y alrededor del 30% en la adultez (Faraone, 2021).

La evidencia indica que una intervención temprana y sostenida mejora significativamente el pronóstico, reduciendo la probabilidad de complicaciones emocionales, conductuales y sociales a lo largo del desarrollo.

Considerando esta evolución, resulta fundamental abordar uno de los aspectos más complejos del trastorno: sus comorbilidades.

3.9 Comorbilidades del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

El concepto de comorbilidad refiere a la coexistencia de uno o más trastornos adicionales junto a un diagnóstico principal, ya sea de manera simultánea o secuencial (Acosta et al., 2008). En el caso del TDAH, su identificación resulta fundamental debido a su elevada prevalencia y al impacto que ejerce sobre el pronóstico y el abordaje terapéutico.

El análisis de la comorbilidad en este trastorno es complejo, en parte por el solapamiento sintomático y la naturaleza dimensional de los trastornos del neurodesarrollo, lo que dificulta establecer límites diagnósticos precisos (Artigas-Pallarés et al., 2003). En este contexto, los síntomas pueden organizarse en términos de continuidad homotípica dentro del mismo espectro o heterotípica entre distintos trastornos (Shevlin et al., 2017).

Se estima que entre el 70% y el 80% de los niños y niñas con TDAH presentan al menos un trastorno comórbido a lo largo de su vida, siendo los más frecuentes los trastornos de conducta, ansiedad y depresión (Kandyce et al., 2011). Desde una perspectiva psicopatológica, estas comorbilidades suelen agruparse en dos grandes categorías: trastornos internalizantes, caracterizados por sintomatología dirigida hacia el mundo interno (ansiedad, depresión, somatización), y trastornos externalizantes, vinculados a conductas disruptivas y desregulación conductual (Achenbach et al., 2001; Rivera et al., 2005).

En términos diferenciales, los trastornos internalizantes se observan con mayor frecuencia en mujeres, mientras que los externalizantes, como el trastorno negativista

desafiante y el trastorno de conducta, se asocian más a perfiles impulsivos del TDAH. Los estudios longitudinales evidencian una marcada continuidad homotípica en el espectro externalizante y una continuidad heterotípica hacia trastornos internalizantes, especialmente en población femenina (Hinshaw, 2022).

Estas trayectorias pueden explicarse, en parte, por mecanismos neurobiológicos compartidos, como la disfunción dopaminérgica. En este sentido, se han descrito recorridos evolutivos en los que la sintomatología hiperactiva-impulsiva en la infancia progresa hacia trastornos de conducta y, posteriormente, hacia consumo de sustancias o trastornos de personalidad en la adultez (Beauchaine et al., 2008).

En síntesis, las comorbilidades constituyen un componente central en la comprensión del TDAH, ya que incrementan su complejidad clínica, afectan la evolución del cuadro y condicionan las estrategias de intervención. A continuación, se describen las principales comorbilidades asociadas según su presentación clínica.

3.9.1 Trastornos comórbidos internalizantes.

Los trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo mayor, aunque no predominantes en todos los casos, presentan una frecuencia significativamente mayor en individuos con TDAH que en la población general (American Psychiatric Association, 2022).

Los trastornos depresivos se caracterizan por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de alteraciones somáticas y cognitivas que afectan el funcionamiento global. En el trastorno depresivo mayor, estas manifestaciones incluyen cambios en el sueño, la alimentación, la conducta y la autoestima, con variaciones en su intensidad y duración (APA, 2022). En el contexto del TDAH, la depresión suele aparecer de forma tardía y, en muchos casos, se vincula a las dificultades persistentes del trastorno y a factores ambientales adversos (Gnanavel et al., 2019).

En la infancia, también puede observarse el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que comparte síntomas con el TDAH como la impulsividad o la inatención,

pero se diferencia por la presencia de irritabilidad crónica e intensa, junto con episodios frecuentes de ira desproporcionada (APA, 2022).

Por su parte, los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo o preocupación excesiva, acompañados de alteraciones conductuales. Entre los más frecuentes se encuentran el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada, diferenciados según los estímulos desencadenantes y las cogniciones asociadas (APA, 2022).

3.9.2 Trastornos comórbidos externalizantes.

Los trastornos externalizantes constituyen una de las comorbilidades más frecuentes del TDAH. El trastorno negativista desafiante se presenta aproximadamente en la mitad de los niños y niñas con TDAH de tipo combinado y en una proporción menor en el subtipo inatento. Se caracteriza por un patrón persistente de conductas desafiantes, opositoras e irritables, con frecuentes conflictos con figuras de autoridad (APA, 2022).

En el contexto del TDAH, estos comportamientos pueden superponerse con los síntomas nucleares del trastorno, como la impulsividad o la dificultad para sostener el esfuerzo, lo que complica su diferenciación clínica.

El trastorno de conducta, por su parte, aparece en una proporción significativa de casos y se caracteriza por la transgresión reiterada de normas sociales y derechos ajenos. Estas conductas incluyen agresión, destrucción de la propiedad, engaño, robo o incumplimiento grave de reglas (APA, 2022).

Asimismo, se ha observado que perfiles con alta impulsividad y desregulación emocional presentan mayor riesgo de desarrollar comorbilidad con trastornos de personalidad, particularmente el trastorno límite de la personalidad, así como con consumo de sustancias, lo que incrementa la complejidad clínica (Baby, 2024).

3.9.3 Comorbilidades con pronóstico grave.

Si bien menos frecuentes, algunas comorbilidades presentan un impacto significativo en la calidad de vida y el funcionamiento global. Entre ellas se incluyen los trastornos afectivos

graves, los trastornos de conducta severos, el consumo de sustancias y los trastornos de personalidad (Sandstrom et al., 2021).

La evidencia longitudinal indica que en varones con TDAH predominan trayectorias asociadas a síntomas externalizantes, lo que incrementa el riesgo de conductas problemáticas como consumo de sustancias, conductas delictivas o accidentes (Hinshaw, 2022; Casas et al., 2025). En esta línea, el TDAH no tratado se ha vinculado con una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de conducta en la adolescencia y trastornos de personalidad en la adultez (Manuzza et al., 2004; Barkley et al., 2004).

En contraste, en mujeres se observa una mayor tendencia hacia problemas internalizantes, con posibles trayectorias hacia conductas autolesivas, violencia en relaciones interpersonales o psicopatología compleja (Hinshaw, 2022).

Finalmente, no debe soslayarse el impacto subjetivo del trastorno en la infancia. Los niños y niñas con TDAH suelen experimentar dificultades académicas, problemas en la interacción con pares, baja autoestima y situaciones de rechazo o acoso escolar, lo que puede derivar en malestar emocional significativo e incluso ideación suicida (Peasgood et al., 2016).

3.10 Fenotipos y endofenotipos del TDAH.

Antes de profundizar en los factores estudiados y hallados en relación con las comorbilidades psiquiátricas del TDAH infantil, es importante destacar que los trastornos asociados a este diagnóstico requieren una atención particular debido a la especificidad con la que se manifiestan sus síntomas. Diversos estudios han demostrado que estas condiciones presentan bases genéticas y ambientales que contribuyen a determinadas anomalías neurocognitivas, las cuales, a su vez, generan comportamientos considerados atípicos (Rommelse et al., 2008). En este sentido, tales anomalías neurocognitivas constituyen rasgos de vulnerabilidad subyacentes, distribuidos de manera continua

(endofenotipos), que incrementan el riesgo de desarrollar uno o varios trastornos clínicos observables (fenotipos).

De acuerdo con Rommel et al. (2008), los endofenotipos son rasgos de vulnerabilidad que operan como intermediarios entre los factores genéticos y ambientales implicados en la aparición de trastornos psiquiátricos. Su estudio ofrece ventajas frente al análisis de los fenotipos, ya que permite detectar genes de riesgo y explorar diferentes vías que conducen al desarrollo de una psicopatología.

En este sentido, los estudios genéticos sobre el TDAH y sus trastornos comórbidos constituyen una vía fundamental para investigar los posibles fenotipos del TDAH en función de la comorbilidad (Gnanavel et al., 2019), aportando evidencia sobre cómo podría surgir la asociación entre el TDAH y otras patologías. Una de las hipótesis plantea la existencia de una etiología genética compartida entre, por ejemplo, el TDAH y la dislexia, lo que sugiere que ambas condiciones podrían estar influenciadas por los mismos genes; o bien que, cuando coexisten, la forma comórbida presenta un origen genético distinto al de los genes que actúan sobre cada trastorno de manera aislada.

Por otra parte, los estudios centrados en constructos dimensionales del TDAH, como la disfunción ejecutiva en casos puros frente a casos comórbidos, representan otro método útil para analizar la relación entre el TDAH y otros trastornos. Un estudio reciente mostró que ciertos problemas comórbidos, incluidos rasgos autistas, dificultades en la coordinación motora y problemas de lectura, no solo se asocian fenotípicamente entre sí, sino también con alteraciones en la función ejecutiva (FE), lo que podría indicar una disfunción neuropsicológica subyacente compartida que dé lugar tanto al TDAH como a los trastornos comórbidos. Estos endofenotipos neuropsicológicos familiares y compartidos parecen generar múltiples consecuencias conductuales. Esto plantea la pregunta de si el TDAH con comorbilidad debe considerarse un fenotipo distinto o si simplemente acentúa la gravedad de los síntomas del TDAH. En esta línea, también se ha propuesto que la combinación del TDAH con otro trastorno no siempre constituye un fenotipo diferenciado, ya que la

interacción entre ambos no predice déficits centrales como los relacionados con la FE, más allá de los efectos independientes del TDAH y de la condición comórbida (Gnanavel et al., 2019).

Asimismo, los factores clínicos o fenotípicos de comorbilidad se refieren a la forma en que los síntomas compartidos entre distintos trastornos se expresan en la práctica clínica. Describen los patrones conductuales, emocionales y cognitivos que emergen de la interacción entre los diagnósticos asociados. Por ejemplo, la impulsividad y la irritabilidad se reconocen como fenotipos comunes tanto en el TDAH como en el Trastorno Negativista Desafiante (Nigg et al., 2020). De igual modo, los déficits en la regulación emocional aparecen tanto en el TDAH como en los trastornos de ansiedad y depresión, lo que sugiere la existencia de un fenotipo clínico intermedio que conecta estas condiciones (Shaw et al., 2014; Graziano & Garcia, 2016).

Por ello, al evaluar clínicamente las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH infantil, la perspectiva fenotípica resulta útil, ya que permite focalizarse en el conjunto de manifestaciones observables de los trastornos y en su forma de presentación. A menudo, estas manifestaciones se superponen, lo que dificulta la identificación precisa de cada síntoma (Arce y Torales, 2012).

Teniendo en cuenta que los factores fenotípicos permiten comprender cómo se manifiesta la comorbilidad, esta revisión sistemática se centrará principalmente en los factores asociados a comorbilidad, entendidos como mecanismos o variables que influyen en la coexistencia de los trastornos. No se profundizará en los factores fenotípicos, dado que las unidades de análisis disponibles no permiten diferenciarlos con claridad.

Habiendo descrito los fenotipos y endofenotipos asociados al TDAH, a continuación se abordan los factores de comorbilidad que inciden en la coexistencia de trastornos asociados.

3.11 Factores asociados a la comorbilidad.

Resulta fundamental profundizar en los diversos factores que intervienen en la aparición y desarrollo de comorbilidades psiquiátricas en el TDAH. La literatura especializada los clasifica, de manera general, en factores biológicos (genéticos y neurológicos), neurobiológicos y neurofisiológicos, ambientales, psicológicos, así como en factores causales, de vulnerabilidad y moduladores.

No obstante, esta clasificación posee un carácter analítico y en cierto grado arbitrario, ya que los distintos factores interactúan de forma dinámica y recíproca en la configuración de la comorbilidad. Diversos estudios (Jerrell et al., 2014; Karmakar et al., 2014; Demontis et al., 2019; Chronis-Tuscano et al., 2021, entre otros) coinciden en destacar que ninguna categoría actúa de manera aislada, sino que todas se interrelacionan en la génesis y mantenimiento de los trastornos asociados.

Asimismo, es importante señalar que podrían existir otras dimensiones no contempladas en esta clasificación que también influyen en el desarrollo de comorbilidades, lo que evidencia la complejidad multifactorial del fenómeno.

3.11.1 Factores biológicos: genéticos y neurológicos.

Más allá del componente hereditario ampliamente documentado como factor asociado a la comorbilidad, se ha observado que diversos trastornos del neurodesarrollo comparten bases biológicas con el TDAH y los trastornos afectivos (Steinberg & Drabick, 2015).

Dado su carácter multifactorial, la etiología del TDAH y sus comorbilidades resulta de la interacción entre variables individuales (edad, sexo y características genéticas) y factores ambientales, incluyendo la exposición a tratamientos farmacológicos (Jerrell et al., 2014).

En este marco, los procesos de regulación emocional están mediados por neurotransmisores como la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la norepinefrina. En particular, la monoaminoxidasa A (MAO-A), enzima implicada en la degradación de aminas, ha sido asociada con variaciones en la agresividad, impulsividad, depresión y labilidad emocional (Karmakar et al., 2014).

Por otra parte, el mayor predominio del TDAH en varones podría vincularse con la actividad de la sulfatasa de esteroides, enzima codificada en el cromosoma X, responsable de la conversión de DHEA-S en DHEA (Bagwell et al., 2006).

Asimismo, se ha identificado un solapamiento en genes dopaminérgicos y serotoninérgicos implicados en trastornos de ansiedad, depresión y trastorno bipolar asociados al TDAH (Demontis et al., 2019). De igual manera, se ha descrito la participación de genes vinculados al eje hipotálamo-hipófiso-adrenal en la comorbilidad entre TDAH y trastorno de conducta (Schote et al., 2025).

3.11.2 Factores neurobiológicos y neurofisiológicos.

Dentro de los factores neurobiológicos, se han identificado mecanismos diferenciales en niños con TDAH con y sin comorbilidades. En particular, aquellos con TDAH y trastornos de conducta presentan alteraciones en metabolitos neuroquímicos, como niveles reducidos de ácido homovanílico y dopamina- β -hidroxilasa, así como disminución de 5-hidroxiindolacético (Van Goozen et al., 2000).

Además, se ha observado una mayor respuesta de prolactina a la fenfluramina y niveles significativamente más bajos de cortisol, lo que sugiere alteraciones en los sistemas serotoninérgico y neuroendocrino (Serra-Pinheiro et al., 2004).

A nivel neurofuncional, estudios recientes han evidenciado una menor activación de la amígdala derecha ante estímulos emocionales (como rostros temerosos) en niños con TDAH y comorbilidad externalizante (Perlstein et al., 2024).

En cuanto a los aspectos neurofisiológicos, se han descrito patrones diferenciados en el electroencefalograma (EEG) y en los potenciales evocados, indicando una mayor alteración en niños con TDAH comórbido en comparación con aquellos con TDAH sin comorbilidades (Serra-Pinheiro et al., 2004).

3.11.3 Factores ambientales.

Los factores ambientales desempeñan un papel relevante en la aparición y mantenimiento de comorbilidades. La evidencia indica que la falta de apoyo social, el rechazo

por parte de pares y las dificultades escolares se asocian con el desarrollo de trastornos internalizantes, al favorecer sentimientos de aislamiento y baja autoestima (Chronis-Tuscano et al., 2021).

Asimismo, variables como la privación social en la infancia, la pobreza, la psicopatología materna y la conducta delictiva paterna han sido identificadas como factores de riesgo significativos. También se ha explorado el posible impacto de factores como los aditivos alimentarios (Voelle, 2004).

En el ámbito familiar, la calidad del entorno resulta determinante. Factores como el estrés parental, la depresión materna, las familias monoparentales, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y los eventos vitales adversos inciden negativamente en el desarrollo emocional y conductual del niño (González Monzón, 2025).

Un hallazgo relevante es la relación bidireccional entre el estrés parental y las conductas disruptivas del niño, generando un círculo de retroalimentación negativa que potencia la sintomatología del TDAH.

Asimismo, el estilo de crianza, la comunicación familiar y los vínculos afectivos pueden actuar tanto como factores de riesgo como de protección. Un entorno familiar disfuncional se asocia con mayor probabilidad de comorbilidades severas, como trastornos de conducta antisocial y depresión (Chronis et al., 2011; Hinshaw, 2002).

3.11.4 Factores psicológicos.

Entre los factores psicológicos, la desregulación emocional constituye un elemento central en la comprensión de la comorbilidad en el TDAH. Esta se asocia significativamente con el deterioro funcional y con la aparición de trastornos concurrentes (Anastopoulos et al., 2010).

Por otra parte, los estudios longitudinales muestran resultados heterogéneos respecto a la persistencia del TDAH en la adultez. Mientras algunos reportan tasas bajas, otros indican una prevalencia significativa, lo que sugiere que su evolución depende de múltiples variables (Weiss et al., 1985; Faraone et al., 2005).

La persistencia del trastorno, especialmente de los síntomas de inatención, se vincula con mayor comorbilidad psiquiátrica, antecedentes familiares y deterioro funcional (Biederman et al., 2000; Faraone et al., 2006).

Asimismo, la impulsividad emocional ha sido identificada como un predictor relevante de dificultades conductuales y emocionales, evidenciando su papel en el desarrollo de comorbilidades (Rosen & Factor, 2012).

3.11.5 Factores causales, de vulnerabilidad y moduladores.

Otra forma de abordar estos factores consiste en clasificarlos según su función en causales, de vulnerabilidad y moduladores.

Los factores causales incluyen principalmente variables genéticas y neurobiológicas, tales como alteraciones en sistemas dopaminérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos, así como cambios estructurales en regiones cerebrales como la corteza prefrontal, el estriado y el hipocampo (Faraone et al., 2005; Chen et al., 2017).

Por su parte, los factores de vulnerabilidad comprenden condiciones que incrementan la probabilidad de desarrollar comorbilidades, como la exposición prenatal a toxinas, el estrés crónico, las complicaciones perinatales y las alteraciones tempranas del neurodesarrollo (Hanć et al., 2016; Levy et al., 2005). Estos factores suelen interactuar de manera acumulativa, especialmente en contextos familiares adversos (Wendt et al., 2022).

En cuanto a los factores moduladores, estos influyen en la forma de expresión y evolución del trastorno. Entre ellos se destacan el género, la edad, la desregulación emocional, el acceso a tratamiento y los estilos de afrontamiento.

Se ha observado que los varones presentan con mayor frecuencia trastornos externalizantes, mientras que las mujeres tienden a manifestar problemas internalizantes, lo que puede contribuir a un subdiagnóstico en estas últimas (Levy et al., 2005; Anastopoulos et al., 2011).

Asimismo, la desregulación emocional actúa como un mecanismo mediador en la relación entre TDAH y comorbilidades internalizantes, constituyendo un objetivo clave de intervención.

Por otro lado, los tratamientos farmacológicos pueden desempeñar un rol protector, particularmente el metilfenidato, mientras que el consumo de sustancias y los estilos de afrontamiento disfuncionales (como la evitación o la impulsividad) aumentan el riesgo de comorbilidades y empeoran el pronóstico (Wilens et al., 2011; Kofler et al., 2018).

IV Planteamiento del problema y Justificación.

Los antecedentes hallados muestran que los trastornos del neurodesarrollo en la infancia constituyen un campo de alta complejidad clínica y conceptual debido a su heterogeneidad sintomática, variabilidad evolutiva y frecuente superposición diagnóstica.

En este marco, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), definido por el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2019), se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere en el funcionamiento adaptativo. Su prevalencia se estima en torno al 5 % a nivel mundial (Polanczyk et al., 2007; APA, 2022) y lo posiciona como uno de los trastornos más estudiados en la psicopatología del desarrollo.

No obstante, desde una perspectiva epistemológica, el TDAH no puede comprenderse como una entidad clínica homogénea ni aislada. La evidencia indica que el llamado “TDAH puro” es infrecuente, observándose comorbilidades psiquiátricas en aproximadamente el 60 % de los casos (Díaz Atienza, 2016). Este dato cuestiona los enfoques categoriales rígidos y obliga a considerar la psicopatología infantil desde modelos dimensionales, evolutivos y transdiagnósticos. La elevada tasa de comorbilidad, especialmente con el Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta (APA, 2022), no solo complejiza el diagnóstico diferencial, sino que también plantea interrogantes sobre los mecanismos

etiopatogénicos compartidos, la continuidad homotípica y heterotípica de los síntomas y la validez de las fronteras diagnósticas actuales.

Desde el punto de vista clínico, la comorbilidad modifica la expresión sintomática, interfiere en la respuesta terapéutica y se asocia a trayectorias evolutivas de mayor riesgo, incluyendo trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad en la adultez. Así, el problema no radica únicamente en la presencia del TDAH, sino en la identificación de los factores que favorecen la covariación sintomática y agravan el pronóstico hasta incluso la letalidad (Casas et al., 2025).

Si bien la literatura reconoce múltiples variables asociadas, ya sean, genéticas, antecedentes familiares, factores pre y perinatales, estilos de crianza y tratamiento farmacológico, persisten importantes limitaciones conceptuales y metodológicas. En primer lugar, predomina un enfoque asociativo basado en diseños transversales, los cuales permiten identificar correlaciones, pero no establecer relaciones causales ni direccionalidad entre variables (Biederman et al., 2008). En segundo lugar, los estudios longitudinales son escasos y metodológicamente complejos, lo que limita la comprensión del curso evolutivo y de los factores predictivos reales de comorbilidad. En tercer lugar, la heterogeneidad en los instrumentos diagnósticos, criterios operacionales y tamaños muestrales reduce la comparabilidad y la robustez externa de los hallazgos (Pliszka, 1998, 2000).

A nivel epistemológico, también se advierte una fragmentación del conocimiento: los factores biológicos, familiares y psicosociales suelen estudiarse de manera aislada, sin integrarse en modelos explicativos amplios que contemplen la interacción dinámica entre vulnerabilidad genética y contexto ambiental. Esta fragmentación dificulta la construcción de marcos etiopatogénicos integrales y limita el desarrollo de intervenciones multimodales basadas en evidencia.

En este contexto, la presente investigación se propone abordar el problema mediante una revisión sistemática de la literatura. Este diseño metodológico resulta pertinente no solo por su capacidad de organizar y sintetizar evidencia dispersa, sino también por su potencial

para evaluar críticamente la calidad metodológica de los estudios, identificar sesgos, detectar vacíos teóricos y delimitar tendencias consistentes en la investigación existente. Desde una perspectiva científica, la revisión sistemática permite trascender la mera acumulación de resultados y avanzar hacia una integración conceptual fundamentada.

La justificación de este estudio se sustenta en tres niveles. En el plano teórico, contribuye a clarificar los factores asociados a la comorbilidad del TDAH infantil y a fortalecer modelos explicativos integradores. En el plano metodológico, aporta un análisis crítico de la calidad y consistencia de la evidencia disponible, señalando limitaciones y orientando futuras investigaciones longitudinales. En el plano clínico y preventivo, favorece la detección precoz, el diagnóstico diferencial y comórbido, y el diseño de intervenciones farmacológicas, neuropsicológicas y psicosociales ajustadas a perfiles específicos de riesgo.

Finalmente, la condición evolutiva de la población infantil introduce desafíos adicionales, dado que el desarrollo continuo modifica la expresión sintomática y dificulta el seguimiento prolongado. Esta particularidad refuerza la necesidad de integrar sistemáticamente la evidencia disponible para comprender cómo interactúan los factores individuales y contextuales en la configuración de trayectorias psicopatológicas.

En síntesis, estudiar de manera sistemática los factores asociados a la comorbilidad psiquiátrica del TDAH infantil no solo responde a una necesidad clínica concreta, sino que constituye un aporte epistemológico relevante para la psicopatología del desarrollo, al problematizar los límites diagnósticos, las trayectorias evolutivas y la compleja interacción entre vulnerabilidad y ambiente.

V Metodología.

5.1. Objetivos.

5.1.1. Objetivo general:

Revisar y analizar la bibliografía existente sobre los factores asociados a comorbilidades psiquiátricas del Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad infantil.

5.1.2. Objetivos específicos:

Explorar sobre los factores que desencadenan comorbilidades psiquiátricas en el Trastorno por Déficit de Atención Infantil.

Identificar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes asociadas al TDAH infantil.

Determinar las diferencias en los trastornos comórbidos del TDAH infantil según el sexo biológico.

Analizar cómo los factores socioambientales y las características familiares influyen en la aparición de comorbilidades psiquiátricas en población infantil con TDAH.

5.2. Método.

5.2.1 Diseño.

El presente estudio se realizó conforme a los estándares establecidos en la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), una guía actualizada para la elaboración y presentación de informes de revisiones sistemáticas. Esta versión revisada refleja los avances metodológicos en la identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios, e incorpora una lista de verificación compuesta por 27 ítems que detallan las recomendaciones específicas para cada componente del informe. Asimismo, incluye una lista de verificación para resúmenes y diagramas de flujo actualizados que resultan aplicables tanto a revisiones originales como a revisiones actualizadas (Page et al., 2021).

En este caso, se siguieron los pasos de calidad para la revisión sistemática, con excepción de los específicos para estudios de revisión metaanalíticos, ítems 5, 12, 13, 14, 15, 16, 19 y 22, cumpliendo con los ítems del método: 1 (Título), 2 (resumen), 3 (introducción), 4 (objetivos), 6 (criterios de elegibilidad), 7 (fuentes de información), 8

(búsqueda), 9 (selección de los estudios), 10 (Proceso de extracción de datos), 11 (Lista de datos), 17 (resultados de la selección de estudios mediante diagrama de flujo), 18 (Características de los estudios), 20 (resultados de estudios individuales), 21 (síntesis de los resultados), 23 (resultados de análisis adicionales), 24 (resumen de los hallazgos principales), 25 (limitaciones), 26 (conclusiones) como puede observarse en el apartado procedimiento. (Page et al., 2021).

5.3. Procedimiento.

5.3.1. Fuentes de información.

Se llevó a cabo una examinación cuidadosa de estudios científicos publicados desde el 2005 hasta 2025, sobre factores asociados a comorbilidades psiquiátricas en el Trastorno de Atención con Hiperactividad infantil en las bases de datos Scielo, Eric, PubMed, Dialnet, Web of Science, Apa PsycNet, Science Direct y Doaj.

5.3.2. Criterios de Elegibilidad y Exclusión.

Los criterios de elegibilidad para la selección de los estudios fueron:

Criterio temático basado en el contenido del título: Que los títulos incluyan información sobre las variables de estudio: Niños y niñas diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) con factor asociado a comorbilidad psiquiátrica.

Criterio temático basado en el contenido del resumen: Que el diagnóstico de TDAH infantil esté basado en criterios clínicos reconocidos por manuales diagnósticos válidos y escalas como DSM, CIE, Conners Rating Scales (Conners 3, Conners CBRS), ADHD Rating Scale-5., Vanderbilt ADHD Diagnostic Rating Scale, SNAP-IV y Teacher and Parent Rating Scale.

Que enfoque claramente los factores biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales, familiares u otros que influyen en el desarrollo de comorbilidades psiquiátricas del TDAH.

Que haya sido publicado durante los últimos 20 años (entre el 2005 y el 2025).

Específicamente, hasta el 4 de octubre de 2025, fecha del rastreo final.

Se incluyeron estudios empíricos publicados como artículos científicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis, tesis de grado o posgrado, y estudios de casos que cumplieran con los criterios PICOS (Page, 2021). Esto implica que cada estudio debía especificar claramente: 1. Población: grupo o muestra analizada. 2. Intervención: en este caso, la presencia o manifestación de factores asociados al deterioro de los síntomas del TDAH infantil. 3. Comparación: con o sin grupo de control, siempre que se identificaran factores comórbidos vinculados. 4. Resultados: hallazgos relevantes sobre la relación entre los factores asociados y los comórbidos y, por último, el diseño del estudio claramente definido.

En cuanto a la muestra, se incluyen unidades de análisis, personas y genes. Cabe señalar, que de acuerdo al modelo PICOS (Page, 2021), las revisiones narrativas presentan una metodología más flexible y exploratoria, orientada a la síntesis conceptual de la evidencia disponible, y no necesariamente al registro exhaustivo y cuantitativo de los estudios incluidos (Grant & Booth, 2009; Methley et al., 2014) por lo que muchas veces no indican la cantidad exacta de unidades de análisis. Por otro lado, cuando la muestra está compuesta por genes, el estudio es de tipo genético o biomolecular, y la unidad de análisis corresponde al gen o marcador genético, no al individuo humano (Manolio et al., 2009; Visscher et al., 2017).

Igualmente, se incluyen estudios cuyas muestras presenten niños y niñas de 3 a 12 años diagnosticados con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) durante ese rango etario. Se permite la inclusión de adolescentes (13 a 18 años) únicamente cuando los datos provengan de un seguimiento longitudinal o evolutivo de la infancia, es decir, de participantes diagnosticados entre los 3 y 12 años.

Que estén publicados en idioma inglés, español o portugués.

Se incluyen únicamente estudios cuyo texto completo esté disponible de forma libre, legal y gratuita. En los casos en que el acceso directo desde las bases de datos resulte

restringido, se recurrirá a repositorios científicos de acceso abierto, como ResearchGate o Google Scholar, garantizando la descarga legal, íntegra y gratuita del documento, conforme a los principios de acceso abierto a la información científica (Hernández Sampieri et al., 2006).

Por el contrario, los criterios de exclusión para el presente estudio fueron:

Artículos duplicados.

Libros o capítulos de libros.

Con fecha de publicación anterior al año 2005.

Estudios que aborden el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) de manera exclusiva en población adolescente o adulta, sin incluir datos específicos o análisis centrados en la etapa infantil (niños y niñas entre 3 y 12 años)

Se excluyen también artículos que se centren únicamente en la evaluación del TDAH, sus síntomas, tratamientos, o en la descripción de comorbilidades psiquiátricas, sin incluir de forma explícita los factores asociados que han influido en el desarrollo del trastorno comórbido.

Otro de los criterios para dejar por fuera las investigaciones fue la pertinencia temática.

Tabla 2.

Criterios de Inclusión y exclusión a la muestra.

	Criterios de Elegibilidad	Criterios de Exclusión
Criterio temático	Título que incluya TDAH, infantil, comorbilidad psiquiátrica, factor o variable asociada.	Título que no incluya palabras clave: TDAH, infantil, comorbilidad psiquiátrica, factor o variable asociada.
	Resumen que incluya población con diagnóstico de TDAH evaluado y comorbilidad psiquiátrica.	Resumen que no explicita la población con TDAH y comorbilidades psiquiátricas.
	Mención explícita a variables o factores que se vinculen a la comorbilidad.	Que no mencione factores o variables asociados a la comorbilidad.
		Que la temática no sea pertinente

Tiempo de Publicación	Entre 2005 y 2025	Anterior a 2005 o posterior a 4/10/25.
Tipo de Estudios	Cumplan criterios PICOS	Artículos duplicados, capítulos de libros, que no cumplan criterios PICOS.
Muestra	Unidades de análisis, personas y genes Periodo infantil diagnosticado de los 3 a 12 años de edad	Población adolescente o adulta que no sea parte de un seguimiento o estudio longitudinal desde la infancia
Idioma	Inglés, español o portugués.	Idiomas distintos a inglés, español o portugués.
Accesibilidad	Libre, legal y de acceso abierto.	Estudios con acceso restringido y sin posibilidades de rescatarlo de repositorios abiertos

5.3.3 Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo.

Como fue mencionado anteriormente, se siguieron los pasos de calidad para la revisión sistemática, con excepción de los específicos para estudios de revisión metaanalíticos, ítems 5, 12, 13, 14, 15,16,19 y 22 . No obstante, se revisaron cuidadosamente los estudios incluidos para ver qué tan confiables eran, considerando el diseño, tamaño de muestra, criterios usados y análisis estadísticos. También se identificaron posibles errores o limitaciones, como problemas en la selección de participantes o el hecho de que muchos estudios solo observaron un momento en el tiempo. Aunque no se usó una herramienta formal, se compararon sistemáticamente los estudios para decidir cuáles resultados eran sólidos y consistentes.

5.3.4 Estrategias de Búsqueda, Selección de los Estudios y Extracción de Datos.

Se llevó a cabo la búsqueda en cada base de datos utilizando los operadores booleanos que se detallan a continuación.

El proceso de cribado se realizó por etapas. Inicialmente, en la base de datos Scielo se encontraron un total de 103 resultados. Utilizando los operadores Booleanos “TDAH”AND “infancia”; se encontraron 75 resultados. Con los operadores Booleanos “TDAH” AND (“infancia” AND “comorbilidades”); se hallaron 2 resultados y con “TDAH” AND (“infancia”

AND “trastornos”) se obtuvieron 19 resultados. Por último, con “TDAH” AND “infancia” AND “psiquiatría” se obtuvieron 7.

En la base de datos ERIC se hallaron 329 resultados con los operadores Booleanos: (“Psychiatric comorbidities of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder”).

La base de datos Pubmed arrojó 1002 documentos utilizando los operadores booleanos (“Psychiatric comorbidities of childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder”).

En la base de datos Dialnet, se utilizaron los siguientes operadores booleanos: “TDAH” AND “infancia” AND “comorbilidades” que encontraron 77 resultados. Con “TDAH” AND “infancia” AND “comorbilidades psiquiátricas” se hallaron 24 resultados, mientras que con (“ADHD PEDIATRIC”) AND (“psychiatric comorbidity”) se encontraron 6. Por otro lado, con los operadores booleanos (“TDAH pediátrico”) AND (“comorbilidades psiquiátricas”) se hallaron 9 resultados, con “ADHD” AND “comorbilidades” 1 resultado y con “TDAH” AND (“trastornos duales”) se encontraron 24 resultados, lo que da un total de 141 documentos.

En la base de datos Web of Science se hallaron 88 resultados utilizando los operadores booleanos “ADHD” AND “comorbilidades”.

También en APA PsycNet se encontraron 833 resultados. Específicamente, con los operadores booleanos (“childhood” AND “Attention Deficit Hyperactivity”) se encontraron 800 resultados, con los operadores (“Psychiatric comorbidities of childhood”) AND “Attention Deficit Hyperactivity” se hallaron 6 artículos y con (“Comorbilidades of Childhood”) AND (“Attention Deficit Hyperactivity”) se encontraron 27.

También en la base de datos Science Direct se encontraron 7475 resultados con los operadores booleanos (“Psychiatric comorbidities of childhood”) AND (“Attention Deficit Hyperactivity”).

Por último, en la base de datos DOAJ se obtuvieron 17 resultados. Utilizando “TDAH” AND “infancia” se encontraron 2, mientras que con “TDAH” AND “infancia” AND “comorbilidades” se encontraron 15.

De esta forma, la búsqueda sumó un total de 9988 entre todos los buscadores mencionados.

Posteriormente, el primer filtro consistió en el análisis de los títulos de los artículos. Específicamente, se seleccionaron aquellos que hicieran mención explícita a factores asociados a trastornos comórbidos en niños y niñas con diagnóstico de TDAH.

De esta forma, en la base de datos Scielo quedaron 35 artículos, excluyéndose 68 de los cuales 10 se encontraban repetidos. En la base de datos Eric quedaron 58 artículos excluyéndose 271. En PubMed se descartaron 807, quedando 195 artículos por la pertinencia de su título. En Dialnet quedaron 30 artículos, descartándose 111. En la base de datos Web of Science se descartaron 81 artículos y quedaron 7. En la base de datos Apa PsycNet, de 833 artículos quedaron 55, excluyéndose 778 artículos. En Science Direct quedaron 142 artículos y se excluyeron 7333. Por último, en Doaj se descartaron 11 quedando 6.

En síntesis, en este primer proceso de cribado quedan 528 artículos, lo que quiere decir que se excluyeron un total de 9460 artículos.

A continuación, se evaluaron los resúmenes, tipos de estudios y si cumplían con los criterios PICOS.

De los 35 artículos seleccionados previamente en la base de datos Scielo quedó 1 artículo. De los 58 artículos en Eric, quedaron 7. De los 195 artículos seleccionados en PubMed, quedaron 34 artículos. De los 30 artículos de la base de datos Dialnet, quedó 1 artículo. Se descartaron 7 artículos de Web of Science por no cumplir los criterios PICOS y no quedó ninguno. De los 55 artículos en Apa PsycNet quedan 9 artículos y de los 142 artículos en Science Direct quedaron 13 artículos. Los 6 artículos de Doaj se descartaron por no cumplir los criterios PICOS y no quedó ninguno.

De esta forma, en el segundo proceso de cribado, quedaron 65 artículos descartando un total de 463.

En una tercera etapa, se realizó un filtrado de pertinencia temática mediante la lectura completa de los artículos.

Se excluyeron 6 artículos de la base de datos ERIC, quedando 1. De 34 artículos de Pubmed, se excluyeron 19 y quedaron 15. Tanto de Scielo como de Dialnet no se descartaron ningún artículo quedando 1 en cada base de datos. De 9 artículos de Apa PsycNet, se descartaron 5 y quedaron 4. Por último, de Science Direct se descartaron 6 y quedan 7 artículos.

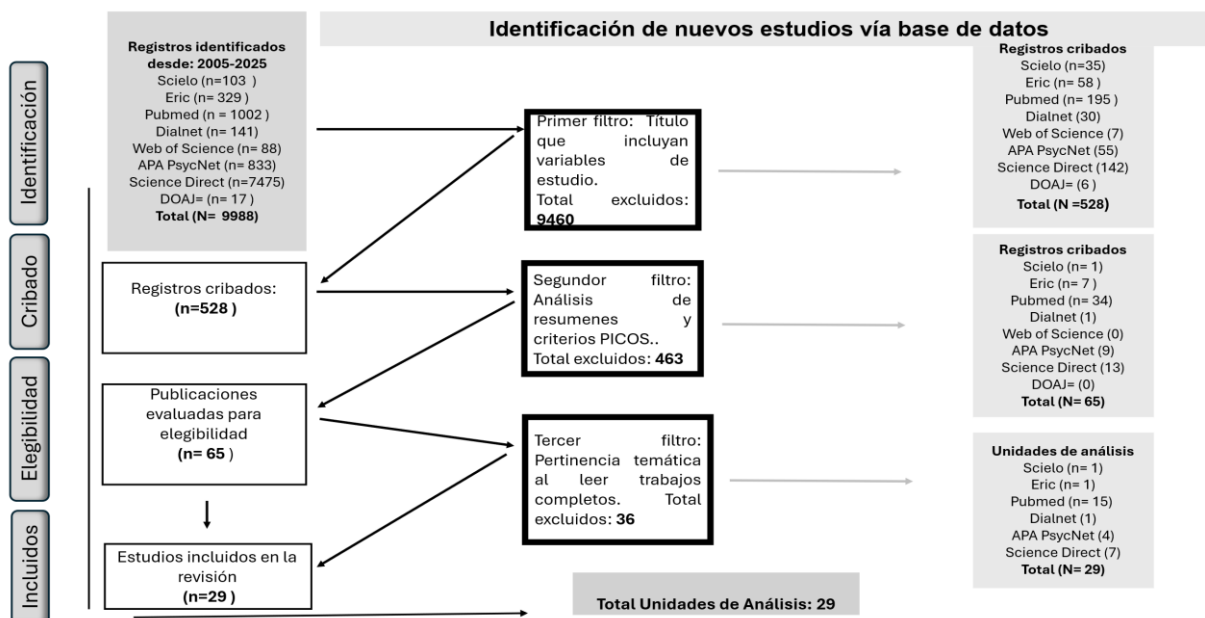
Dicho esto, se seleccionó un total de 29 unidades de análisis, las cuales pertenecen a las siguientes bases de datos: 15 de PubMed, 1 de Dialnet, 1 en Scielo , 1 de Eric, 7 de Science Direct y 4 de Apa PsycNet.

Cabe destacar que un total de ocho artículos que inicialmente presentaban acceso restringido: 1 de ERIC, 3 de PubMed, 1 de ScienceDirect y 3 de APA PsycNet pudieron ser recuperados en texto completo a través del repositorio científico abierto ResearchGate, en conformidad con los principios del acceso abierto a la información científica y siguiendo procedimientos aceptados en revisiones sistemáticas (Hernández Sampieri et al., 2021), lo que permitió su inclusión en la muestra final de estudios analizados.

La Figura 1 resume el proceso del cribado definitivo.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de inclusión de los estudios en la revisión sistemática.



Nota: Se observa que, de un total de 9988 artículos, se obtuvo 29 unidades de análisis luego de tres procesos de cribado.

VI. Resultados

En primer lugar se plasman los hallazgos generales de cada unidad de análisis obtenida en la revisión, para luego profundizar en las comorbilidades psiquiátricas del TDAH y los factores asociados a las mismas.

En cuanto a la temática central de las unidades de análisis

El 24.13% de los artículos abordó la comorbilidad del TDAH con trastornos de expresión externalizante como el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Conducta hallando la incidencia de factores psicológicos, de género, genéticos y neurobiológicos.

Los factores psicológicos se asociaron a dificultades en la regulación emocional que desencadenan conductas de riesgo como piromanía y delincuencia (De Melo y Quagliato, 2025), apreciándose una preponderancia en el género masculino con perfiles atravesados por la impulsividad y la búsqueda de recompensas (Ramatladi et al., 2023). El factor genético hallado sugiere una mayor carga de variantes de riesgo poligénico (PRS)

vinculadas al comportamiento agresivo, comorbilidades externalizantes y depresión (Demontts et al., 2021).

El papel de los factores neurobiológicos se halló en estudios sobre alteraciones estructurales y funcionales cortico-límbicas comunes al TDAH y los trastornos de conducta (Puiu et al., 2018), como también un nivel de cortisol disminuido en niños con TDAH, TND Y TC y elevado en niñas (Pauli- Pott et al., 2024). La incidencia de aspectos medioambientales y familiares fue reportada por estudios que revelaron la influencia de los vínculos inseguros sumados a fallas en las Funciones Ejecutivas y en la regulación emocional (Frick et al., 2021), también eventos vitales negativos, la baja educación materna, la monoparentalidad o la crianza por padrastros y aspectos sociodemográficos como ser inmigrante dan fuerza a la comorbilidad con el TND (Rydell, 2010) y el TC aumentando los niveles de ansiedad (Frick et al., 2021). Relacionado al tratamiento, se encontró un estudio que halló una reducción del riesgo de suicidio en los pacientes con TDAH a los que se les prescribió Metilfenidato en un período de 90 a 180 días (Liang et al., 2018).

Sólo un 3.44% de los estudios abordó la comorbilidad con el síndrome de Tourette hallando un factor genético como única variable implicada en el mecanismo etiológico compartido entre ambos cuadros (Tsetsos et al., 2016).

Por otro lado, el Trastorno por Uso de Sustancias se abordó en un 10.34% de los estudios que refieren esta comorbilidad influida por factores disímiles. Por un lado, el maltrato infantil predijo con mayor fuerza que otros factores a la problemática de consumo de sustancias (De Sanctis, 2012) y por otro se halló un factor genético común a ambos cuadros determinaría los sustratos cerebrales implicados en la neurobiología de los circuitos de recompensa que intervienen en el consumo (España et al., 2016; Ribeiro y França, 2025).

A su vez, un 24.13% de los estudios hallados evaluó la asociación del TDAH con comorbilidades de expresión internalizante. Específicamente en asociación con los

trastornos por depresión, un estudio de seguimiento en hermanos y gemelos fundamentó la existencia de una predisposición genética al TDAH y posterior desarrollo de Trastorno Depresivo Mayor (Garcia-Argibay et al., 2023). También la presencia de antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos evidenció tener incidencia en la comorbilidad con la depresión y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (Melegari et al., 2018), fundamentando la influencia de factores genéticos.

La edad y el género se registraron como factores que determinan diferencias y variaciones en la presentación de comorbilidades entre niños y niñas con TDAH (Njardvik et al., 2025) tanto para la ansiedad como la depresión (Gilbert et al., 2023), siendo la ausencia de diagnóstico y tratamiento en el género femenino otro factor que aumenta la comorbilidad con el trastorno por estrés postraumático (Wilson et al., 2025).

Profundizando en factores familiares, una evaluación de dos muestras independientes pero complementarias halló que los problemas entre padres e hijos con TDAH predijeron significativamente la depresión en las niñas, pero no en los niños (Humphreys et al., 2013) y la conducta parental también resultó un factor vinculado a depresión en el TDAH (Ostrander & Herman, 2006).

Otro segmento de estudios se corresponde con comorbilidades externalizantes e internalizantes del TDAH, ocupando un 20.68% de la muestra e incluye al Trastorno Bipolar, la desregulación emocional grave y el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo.

En asociación al Trastorno Bipolar se hallaron alteraciones neuroanatómicas comunes con el TDAH que explican la comorbilidad existente y a su vez diferencias que explican las manifestaciones cognitivas y emocionales particulares de cada trastorno (Long et al., 2024), como también un vínculo genético entre estos fenotipos, según un análisis realizado en gemelos (Hosang et al., 2019).

Por otra parte se detectó que la desregulación emocional grave y persistente del comportamiento, sumada a ansiedad y depresión se halla influida por factores ambientales

como niveles altos de estrés entre la infancia y la adultez temprana en pacientes con TDAH (Hartman et al., 2019). También se encontró que en el género femenino se identificaron mayores tasas de intentos de suicidio y conductas autolesivas (Hinshaw et al., 2012 y Owens et al., 2017). En asociación a la comorbilidad con el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (Baweja et al., 2016), se halló influencia del abordaje farmacológico estimulante del Sistema Nervioso Central y su efecto en la reducción significativa de síntomas externalizantes y depresivos en niños diagnosticados con TDAH.

En otro sentido, solo el 6.89% de las unidades de análisis trabajó con los Trastornos de la Conducta Alimentaria siendo una comorbilidad más preponderante en el género femenino y hallándose evidencias a favor de factores psicológicos como la impulsividad, factores familiares como la crianza punitiva (Mikami et al., 2008) y factores genéticos y hereditarios (Yao et al., 2019) como las variables que predijeron la patología alimentaria en casos de TDAH infantil llegados a la adolescencia.

Por último, puede mencionarse que el 3.44% de los estudios encontró evidencia sobre el Trastorno Límite de la personalidad comórbido con el TDAH y la incidencia de factores psicológicos de orden traumático que explicaría esta asociación (Calvo et al., 2020).

En la tabla 3 se plasman los principales hallazgos de cada unidad de análisis incluida en esta revisión sistemática, indicando el autor, el año de publicación y la base de datos de origen.

Tabla 3

Resultados relevantes de las unidades de análisis.

Autor/año/Título	Base de dato	Resultados relevantes
De Melo y Quagliato (2025) Pyromania/ Firesetters and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents: a systematic review.	PubMed	Relación comórbida entre el TDAH y la piromanía/incendios en la infancia y la adolescencia encontrando que la regulación emocional, el control de los impulsos, el manejo de la ira contribuye en la comorbilidad del TDAH con TND, TC y la

		conducta Antisocial asociada a la piromanía. Su detección posibilita prevenir consecuencias sociales adversas como el riesgo de conducta delictiva.
Ribeiro y França (2025) A Perturbação por Uso de Substâncias como Comorbidade em Doentes com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	PubMed	Correlación entre el TDAH y el TUS (Trastorno por uso de Sustancias) mencionando los factores genéticos, alteraciones neuroanatómicas y neurofisiológicas.
Wilson et al. (2025). Sex differences in the comorbidity between attention deficit-hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic literature review and meta-analysis.	PubMed	Analizó cómo varía la comorbilidad entre el TDAH y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según el género, encontrando que las mujeres tienen una mayor comorbilidad entre TDAH y TEPT. Esto se relaciona con que el TDAH en niñas suele ser menos reconocido y tratado, especialmente en la infancia. Esta falta de diagnóstico y tratamiento podría afectar las redes cerebrales del miedo, haciendo que las mujeres sean más vulnerables a vivir eventos traumáticos graves más adelante.
Njardvik et al. (2025). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis.	Science Direct	En niños, niñas y adolescentes con TDAH, se encontraron como comorbilidades más prevalentes el trastorno negativista desafiante (34,7 %), los trastornos de conducta (30,7 %), los trastornos de ansiedad (18,4 %), las fobias específicas (11,0 %), la enuresis (10,8 %) y nuevamente el trastorno de conducta (10,7 %). Además, se observaron diferencias significativas según el sexo biológico, sugiriendo que la presentación de comorbilidades puede variar entre niños y niñas con TDAH.
Pauli-Pott et al. (2024). Long-term cortisol secretion in attention deficit	PubMed	Se evalúa el nivel de cortisol (HCC) en niños con TDAH y

hyperactivity disorder: roles of sex, comorbidity, and symptom presentation.

comorbilidades. Se halla una baja actividad en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPAA) en niños con TDAH, TND Y TC en comparación con niños sin diagnóstico. También se encuentra un HCC más elevado en niñas con TDAH, TND y TC que en niñas sin diagnóstico.

Long et al. (2024). Shared and Distinct Neurobiological Bases of Bipolar Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Comparative Meta-Analysis of Structural Abnormalities.

Science Direct

Se identifican anomalías cerebrales en personas con TDAH y Trastorno Bipolar (TB), especialmente en el volumen de la materia gris. Las alteraciones comunes podrían reflejar un déficit transdiagnóstico en atención y regulación emocional, presente en ambos trastornos. Por otro lado, las diferencias estructurales podrían explicar las distintas manifestaciones cognitivas y emocionales que caracterizan al TDAH y al TB.

Gilbert et al. (2023) Gender and Age Differences in ADHD Symptoms and Co-occurring Depression and Anxiety Symptoms Among Children and Adolescents in the BELLA Study

PubMed

Evaluación dimensional de las diferencias de género y edad en los síntomas de TDAH, medidos mediante una escala de calificación parental basada en el DSM-5, en niños y adolescentes en un seguimiento de dos años encuentra comorbilidad con cuadros de ansiedad y depresión.

Garcia-Argibay, et al., (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder: Evidence from Multiple Genetically Informed Designs.

Science Direct

Estudio de seguimiento en hermanos y gemelos encontró evidencia de una asociación genética entre la predisposición al TDAH y el desarrollo posterior de Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Los hallazgos sugieren que factores genéticos compartidos pueden explicar la comorbilidad entre ambos trastornos, indicando una posible relación causal del TDAH sobre la aparición del TDM más adelante en la vida.

<p>Ramatladi et al. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD</p>	<p>Scielo</p>	<p>El estudio identifica la coexistencia del TDAH con síntomas del Trastorno Opositor Desafiante (TOD), Trastorno de Conducta (TC) e ira, especialmente en niños. Los trastornos externalizantes son más frecuentes y severos en niños con TDAH, quienes tienden a mostrar conductas más agresivas e inapropiadas en contextos sociales. Esto podría explicarse por su mayor impulsividad y una búsqueda intensa de recompensas, lo que agrava sus dificultades conductuales.</p>
<p>Frick et al. (2021). Can attachment predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation?</p>	<p>PubMed</p>	<p>Se estudia la correlación entre la inseguridad del apego y los síntomas de TDAH. Se halla que los vínculos inseguros sumados a fallas en Funciones Ejecutivas y una regulación emocional deficiente, contribuyen a un mayor número de síntomas de TDAH y TND, TC y mayores niveles de ansiedad.</p>
<p>Demontts et al. (2021). Risk variants and polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of attention-deficit/hyperactivity disorder.</p>	<p>PubMed</p>	<p>Metaanálisis sobre la comorbilidad entre el TDAH y el Trastorno de Conducta TDC (TDAH + TDC) halló que el locus del cromosoma 11 constituye un locus de alto riesgo para TDAH + TDC en ascendencias europeas y chinas en comparación con población con TDAH sin TDC. Esto sugiere una mayor carga de variantes de riesgo comunes asociadas al comportamiento agresivo.</p>
<p>Calvo et al. (2020). The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings</p>	<p>PubMed</p>	<p>Evidencia existente sobre los traumas infantiles como factores que median el riesgo de desarrollar personalidad borderline en niños con TDAH.</p>
<p>Brikell et al. (2020). The contribution of common genetic risk variants for ADHD to a general factor of childhood psychopathology</p>	<p>PubMed</p>	<p>Estudio que evalúa las asociaciones entre las puntuaciones de riesgo poligénico (PRS) del TDAH y</p>

<p>Hartman et al. (2019). Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems.</p>	<p>PubMed</p>	<p>una amplia gama de síntomas psiquiátricos infantiles a fin de cuantificar si las asociaciones pueden atribuirse a un factor general de la psicopatología infantil. Encuentra que los niveles más altos de PRS de TDAH se asocian de forma estadísticamente significativa con síntomas elevados de externalización y depresión, pero no con ansiedad. También se halla que las variantes de riesgo genético comunes asociadas al TDAH, y capturadas por la PRS, también influyen en una predisposición genética general a la psicopatología infantil en la población general.</p> <p>Estudio que detecta la influencia de la exposición a niveles altos de estrés entre la infancia y la adultez temprana en el TDAH y su determinación de problemas comórbidos como la desregulación emocional grave y persistente (irritabilidad, reactividad extrema, frustración) la ansiedad y depresión elevadas y crecientes. Por el contrario, detecta que una exposición baja y decreciente al estrés se asocia con la disminución de los problemas internalizantes y externalizantes.</p>
<p>Hosang et al. (2019). Association of Genetic and Environmental Risks for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder with Hypomanic Symptoms in Youths.</p>	<p>PubMed</p>	<p>Se estudia la asociación de riesgos genéticos y ambientales para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad infantil y síntomas hipomaniacos en jóvenes gemelos diagnosticados con TDAH seguidos en su adolescencia hasta los 18 años. Se encuentra una asociación significativa entre la hiperactividad e impulsividad del TDAH infantil y la hipomanía a los 15 y 18 años, pudiendo reflejar un vínculo genético entre estos fenotipos.</p>

<p>Yao et al. (2019). Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically Informative Approaches.</p>	<p>Science Direct´</p>	<p>Estudio de gemelos con TDAH en la infancia y seguimiento en la adolescencia encuentra que las personas con TDAH presentan una prevalencia significativamente mayor de trastornos alimentarios (TA) que las personas sin TDAH. Dicha prevalencia es mayor en mujeres que en hombres y se mantiene estable entre los diferentes tipos de familiares por lo que se destaca una asociación genética entre ambos trastornos.</p>
<p>Melegari et al. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents.</p>	<p>PubMed</p>	<p>Exploración sobre el impacto de la comorbilidad del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Se halla que el grupo TDAH combinado, presentó una mayor comorbilidad psiquiátrica, en particular con trastornos depresivos y se asoció con mayores tasas de depresión materna, TDAH en los padres y trastornos bipolares en familiares de segundo grado.</p>
<p>Liang et al. (2018). Suicide risk reduction in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: A Taiwan nationwide population-based cohort study</p>	<p>Science Direct´</p>	<p>Se investiga el uso del Metilfenidato (MPH) y el riesgo de intento de suicidio entre niños y jóvenes con TDAH. Se encuentra una reducción del riesgo de suicidio en los pacientes a los que se les prescribió MPH de 90 a 180 días y una mayor reducción en aquellos a los que se les prescribió MPH durante más de 180 días.</p>
<p>Puiu et al. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review</p>	<p>Science Direct´</p>	<p>Se revisaron selectivamente estudios que hayan evaluado el TDAH y Trastorno disruptivo de conducta mediante Resonancia Magnética Funcional (fMRI) para identificar mecanismos</p>

Owens et al. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence.	APA PsycNet	<p>neuronales aberrantes de agresión impulsiva (IA) e inhibición de la respuesta (RI) compartidos y específicos de ambos trastornos. El TDAH y los TDC comparten alteraciones estructurales y funcionales cortico-límbicas similares.</p> <p>Estudio de seguimiento a mujeres con TDAH. que informa su asociación con sintomatología de tipo externalizante, internalizante y autolesión además de diversos efectos adversos adicionales en las áreas ocupacional y social.</p>
Tsetsos et al. (2016). Meta-Analysis of Tourette Syndrome and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Provides Support for a Shared Genetic Basis	PubMed	<p>Metaanálisis que examina el trasfondo genético común de los fenotipos neuropsiquiátricos del síndrome de Tourette y el TDAH, encontrando genes implicados que indican una interacción compleja, intrincada y un posible mecanismo etiológico compartido para ambos.</p>
Baweja et al. (2016). The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Across Home and School	PubMed	<p>Se examina la eficacia y tolerancia de los estimulantes en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDM). Se hallan reducciones clínicamente significativas de los síntomas externalizantes, junto con mejoras menores en el estado de ánimo.</p> <p>Se halla una disminución significativa de los síntomas depresivos,</p> <p>Hallazgo del estudio: El tratamiento con estimulantes (como metilfenidato) es eficaz y bien tolerado en niños con TDAH + TDDM. Se observan: Reducciones clínicas significativas de síntomas externalizantes; mejoras leves</p>

<p>España et al. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y patología dual. Neurobiología y factores comunes de vulnerabilidad.</p>	<p>Dialnet</p>	<p>del estado de ánimo; disminución significativa de síntomas depresivos</p> <p>Búsqueda bibliográfica que explora la relación entre el TDAH y los Trastornos por Consumo de Sustancias, desde el punto de vista neurobiológico, mostrando factores y sustratos cerebrales comunes, genes implicados, precipitantes de ambas manifestaciones, así como la relación con la neurobiología de los circuitos de recompensa.</p>
<p>Humphreys et al. (2013). The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent–child difficulties in two complementary samples.</p>	<p>APA PsycNet</p>	<p>Evaluación mediante dos muestras independientes pero complementarias. Estudios del funcionamiento académico, interacción entre pares y la relación entre padres e hijos como mediadores de la asociación entre los problemas de atención del TDAH y la depresión. Halló que, en ambas muestras, los problemas entre padres e hijos mediaron significativamente la relación entre los problemas de atención y la depresión, más allá de los posibles efectos tanto del ámbito académico como del de los pares,</p>
<p>De Sanctis, (2012). Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth.</p>	<p>Science Direct</p>	<p>Los problemas entre pares en la adolescencia y entre padres e hijos predijeron síntomas depresivos posteriores y fueron predichos por los problemas de atención tempranos. Los problemas entre padres e hijos predijeron significativamente la depresión en las niñas, pero no en los niños.</p> <p>Estudio que investiga el maltrato infantil, de moderado a severo adolescentes y adultos jóvenes diagnosticados con TDAH en la infancia y el desarrollo de TUS en adolescentes diagnosticados</p>

<p>Hinshaw et al. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury.</p>	ERIC	<p>con TDAH en la infancia. Se encontró que el maltrato infantil fue la variable con mayor fuerza predictiva de la problemática de consumo de sustancias, más que el Trastorno de Conducta infantil y los problemas de consumo de sustancias de los padres, dos predictores con antecedentes.</p> <p>Estudio de seguimiento prospectivo de niñas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad hasta la adultez temprana, evidenció altas tasas síntomas comórbidos, un deterioro más grave (tanto global como específico) y mayores tasas de intentos de suicidio y autolesiones que la muestra de comparación relevando una alta vinculación a problemas de salud mental</p>
<p>Rydell, (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD.</p>	PubMed	<p>Se investiga el papel de los eventos vitales negativos en la relación entre factores demográficos y síntomas del Trastorno Negativista Desafiante (TND) y TDAH. Se encuentra que los eventos vitales negativos como baja educación materna, monoparentalidad o la crianza por padrastros y la población inmigrante se asociaron con un mayor número de síntomas de TND, TDAH y tuvieron efectos aditivos en el nivel de síntomas de TND y TDAH</p>
<p>Mikami et al. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder.</p>	APA PsycNet	<p>Estudio que evalúa prospectivamente la patología alimentaria (insatisfacción con la imagen corporal y síntomas de bulimia nerviosa) en una muestra étnica y socioeconómicamente diversa de niñas y adolescentes con TDAH. Se encontró que los síntomas de impulsividad</p>

<p>Ostrander & Herman, (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression.</p>	<p>APA PsycNet</p>	<p>fueron los que mejor predijeron la patología alimentaria en la adolescencia. También que la crianza punitiva en la infancia y las conductas alimentarias patológicas en la adolescencia fueron más fuertes en las niñas con TDAH que en las niñas del grupo de comparación.</p> <p>Se investiga el papel de la gestión de la conducta parental y el locus de control en la mediación de las relaciones entre el TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y la depresión</p>
---	--------------------	---

Nota. Esta tabla resume los hallazgos principales de los estudios incluidos en la revisión sistemática, indicando autor, año y base de datos de origen.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos comórbidos con el TDAH infantil hallados:

Se encontraron estudios que abordaron su asociación con el Trastorno Negativista Desafiante (De Melo y Quagliato, 2025; Pauli-Pott et al., 2024; Ramataldi et al., 2023; Frick et al., 2021; Brikell et al., 2020; Rydell, 2010). La comorbilidad con el Trastorno de Conducta se estudió junto con el Trastorno Negativista Desafiante, también de manera específica (Demontts et al., 2021 y Puiu et al., 2018) y asociado a la piromanía y conducta antisocial (De Melo y Quagliato, 2025).

A la vez, se encontró comorbilidad con el Trastorno de Desregulación disruptiva del Estado de Ánimo (Baweja et al., 2016) y con el Trastorno Límite de la personalidad (Calvo et al., 2020).

En relación a la vinculación del TDAH a los trastornos depresivos, diversos estudios han encontrado asociaciones con sintomatología ansioso depresiva (Gilbert et al., 2023; Hartman et al., 2019; Melegari et al., 2018; Owens et al., 2017) como comorbilidad exclusiva con Depresión (Brikell et al., 2020; Humphreys et al., 2013). Asimismo, se ha reportado vinculación con el Trastorno Depresivo Mayor (Gilbert et al., 2023; Ostrander & Herman, 2006) y con la presencia de síntomas depresivos mediando conductas

autolesivas, intentos de suicidio y conductas suicidas (Hartman et al., 2019; Liang et al., 2012; Owens et al., 2017; Hinshaw et al., 2012).

En cuanto a la presencia de trastornos de ansiedad asociados al TDAH, se identificaron estudios que evaluaron esta comorbilidad en conjunto con el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno por Estrés Postraumático (Gilbert et al., 2023; Frick et al., 2021; Hartman et al., 2019; Melegari et al., 2018; Owens et al., 2017).

También se halló asociación a los trastornos de la Conducta Alimentaria (Yao et al., 2019 y Mikami et al., 2008) y al Trastorno por Uso de Sustancias (Ribeiro Franca 2025; España et al., 2016 y De Sanctis, 2012).

Por último, se encontró un estudio que abordó la comorbilidad del TDAH infantil con el Síndrome de Tourette (Tsetsos et al., 2016).(Tabla 4).

Tabla 4

Comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH.

Autor/año /Título. Base de datos.	Comorbilidad asociada	Características
De Melo y Quagliato (2025) Pyromania/ Firesetters and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents: a systematic review. PubMed.	Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta y Piromanía, con riesgo suicida	La comorbilidad entre el TDAH y la piromanía/incendios se vincula con trastornos negativistas desafiantes, de conducta y un mayor riesgo de conducta delictiva futura. Existe una mayor prevalencia de la comorbilidad en niños varones, aproximadamente del 33 %. Este hallazgo es de utilidad salud mental, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano del TDAH, y comorbilidades disminuye riesgos de consecuencias sociales adversas.
Ribeiro y França (2025).A Perturbação por Uso de Substâncias como	Trastorno por uso de Sustancias	La disfunción en el sistema dopaminérgico explica la probabilidad de agravar el cuadro clínico, adelantar el inicio del consumo, aumentar la intensidad del uso de sustancias y dificultar el tratamiento

Comorbidad
e em
Doentes com
Perturbação
de
Hiperatividade
e e Défice de
Atenção.
PubMed.

Wilson et al.
(2025). Sex
differences
in the
comorbidity
between
attention
deficit-
hyperactivity
disorder and
posttraumatic
stress
disorder: A
systematic
literature
review and
meta-
analysis.
PubMed.

Trastorno por
Estrés post
Traumático

El TDAH y el Trastorno por Estrés post Traumático es significativamente mayor en mujeres que en hombres, como resultado de varios factores. El subreconocimiento y subtratamiento del TDAH en las niñas, aumenta los deterioros relacionados con las redes del miedo en el cerebro elevando el riesgo del TEPT. La influencia del estradiol en la red del miedo aumenta la vulnerabilidad al TEPT en las mujeres pudiendo empeorar las disfunciones relacionadas con el TDAH aumentando la probabilidad de que las mujeres estén expuestas a eventos traumáticos de alto impacto.

Pauli-Pott et
al. (2024)
Long-term
cortisol
secretion in
attention
deficit
hyperactivity
disorder:
roles of sex,
comorbidity,
and
symptom
presentation.
Pub Med.

Trastorno
Negativista
Desafiante y
Trastorno de
Conducta
(TOD/TC)

Se ha encontrado baja actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPAA) en niños con (TDAH) que podría explicar la capacidad reducida de regulación de la atención y las comorbilidades con el trastorno negativista desafiante o de conducta (TOD/TC). Los niños con síntomas predominantemente inatentos (TDAH-I) mostraron una medida de HPAA más baja que los niños sin diagnóstico y las niñas con síntomas combinados (TDAH-C) mostraron una medida de HPAA más alta que las niñas sin diagnóstico.

Long et al.
(2024).
Shared and
Distinct
Neurobiologi
cal Bases of
Bipolar

Trastorno
Bipolar

Existen anomalías en las conexiones microestructurales de la sustancia blanca en pacientes con Trastorno bipolar y TDAH, en comparación con pacientes que sólo tienen trastorno bipolar o sin diagnóstico. Específicamente la anisotropía fraccional (AF) es significativamente menor, en cuanto a:
la difusividad media (MD)

Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Comparative Meta-Analysis of Structural Abnormalities. Science Direct

la difusividad radial (RD) y la difusividad axial (AD) son más altas en muchas fibras de la sustancia blanca en los cuadros de TDAH y Trastorno Bipolar.

Gilbert et al. (2023) Gender and Age Differences in ADHD Symptoms and Co-occurring Depression and Anxiety Symptoms Among Children and Adolescents in the BELLA Study PubMed.

Trastorno de Ansiedad y depresión

Los niños diagnosticados con TDAH en la infancia llegada su adolescencia mostraron una mayor reducción en la desregulación emocional, en la irritabilidad y la ansiedad en comparación con las niñas que con el aumento de la edad mantuvieron la comorbilidad con Trastorno de Ansiedad y Trastorno Depresivo.

Garcia-Argibay et al. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder: Evidence from Multiple Genetically Informed Designs.

Trastorno Depresivo Mayor

Se encuentra evidencia de estudios genéticos que respaldan la asociación entre el TDAH y el Trastorno Depresivo Mayor.

Las comparaciones entre hermanos y gemelos indican que los individuos con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollo posterior de Trastorno Depresivo Mayor.

Science
Direct'

Ramatladi et al. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. Scielo

Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) y Trastorno de Conducta (TC) y de ira.

Los trastornos comórbidos de manifestaciones externalizantes son más pronunciados en niños con TDAH que en niñas, presentando mayores tasas de asociación con los TND, TC e ira en comparación con el grupo control, hallando la existencia de respuestas conductuales más inapropiadas y agresivas en las relaciones sociales; que podría deberse a la impulsividad y búsqueda de recompensas.

Frick et al. (2021). Can attachment predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation? PubMed

Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) Trastorno de Conducta (TC) Ansiedad

Los vínculos con inseguridad en el apego en niños con TDAH y las fallas en las funciones ejecutivas contribuyen a una regulación emocional deficientes y aumentan la comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de conducta y aumento de los niveles de ansiedad.

Demontts et al. (2021). Risk variants and polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of attention-deficit/hyperactivity disorder. PubMed.

Trastorno de Conducta (TC o TDC)

Existe una alteración genética que constituye un elevado riesgo para el TDAH y su comorbilidad con el Trastorno de conducta (TDC) en ascendencias europeas y chinas, lo que sugiere una mayor carga de variantes de riesgo comunes asociadas al comportamiento agresivo. Los genes con mayor asociación (79 genes) parecen reflejar principalmente la asociación con el componente agresivo y disruptivo del fenotipo TDAH+TDC. La conducta agresiva se mantiene estable a lo largo de los distintos intervalos de edad durante la infancia y estudios con gemelos sugieren que la genética desempeña un papel importante en esta estabilidad. La agresión temprana parece predecir conductas antisociales graves posteriores y mayor riesgo de presentar un trastorno de personalidad antisocial. Estas variantes genéticas comunes desempeñan un papel importante en la agresión infantil y el riesgo posterior de conducta antisocial en personas con TDAH y trastornos disruptivos del comportamiento (TDC).

Calvo et al. (2020). The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings. PubMed.

Trastorno Límite de la Personalidad

La existencia de experiencias traumáticas en la infancia en niños con TDAH es un factor que media el riesgo de desarrollar trastorno de la personalidad en la edad adulta.

Hartman et al. (2019). Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. PubMed

Desregulación emocional grave y persistente (incluye irritabilidad, reactividad emocional extrema, frustración intensa)
Trastornos internalizantes: Ansiedad y Depresión

La exposición a niveles elevados de estrés en niños y niñas con TDAH entre la infancia y la adultez temprana se relaciona fuertemente con la persistencia del TDAH y problemas comórbidos que se manifiestan como desregulación emocional grave y persistente (irritabilidad, reactividad extrema, frustración) o irritabilidad. También con ansiedad y depresión elevadas y crecientes.

Hosang et al. (2019). Association of Genetic and Environmental Risks for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Hypomanic

Síntomas hipomaníacos en la adolescencia (relacionados con el espectro bipolar)

Existe una asociación significativa entre la hiperactividad e impulsividad del TDAH infantil y la hipomanía a los 15 y 18 años, pudiendo reflejar un vínculo genético entre estos fenotipos.

Symptoms in
Youths.
PubMed

Yao et al.
(2019).
Associations
Between
Attention-
Deficit/Hyper
activity
Disorder and
Various
Eating
Disorders: A
Swedish
Nationwide
Population
Study Using
Multiple
Genetically
Informative
Approaches.
Science
Direct

Trastorno de
la conducta
alimentaria

En gemelos con TDAH diagnosticado en la infancia y en seguimiento en la adolescencia se encuentra alta prevalencia de trastornos alimentarios en mujeres más que en hombres y asociación genética entre ambos trastornos.

Melegari et
al. (2018).
Comorbidity
of Attention
Deficit
Hyperactivity
Disorder and
Generalized
Anxiety
Disorder in
children and
adolescents.
PubMed

Trastorno de
Ansiedad
Generalizada
(TAG)
Trastornos
depresivos
(Mayor
prevalencia
en niñas
con subtipo
TDAH
combinado)

El TDAH infantil de tipo combinado comórbido con el Trastorno de Ansiedad Generalizada presentan además trastornos depresivos, y se encuentra mayor asociación con altas tasas de depresión materna, TDAH en los padres, trastornos bipolares en familiares de segundo grado y mayores tasas de trastornos del estado de ánimo y disruptivos en la familia.

<p>Liang et al. (2018). Suicide risk reduction in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: A Taiwan nationwide population-based cohort study. Science Direct</p>	<p>Conductas suicidas / intento de suicidio</p>	<p>El uso de metilfenidato (MPH) disminuye el riesgo de suicidio en jóvenes con TDAH diagnosticados en la infancia.</p>
<p>Puiu et al. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. Science Direct</p>	<p>Trastorno Disruptivo de la Conducta (TDC) o Trastorno de Conducta (TC) (Frecuente en casos severos de TDAH o con síntomas externalizantes)</p>	<p>El TDAH y los Trastornos de Conducta (TDC) comparten alteraciones estructurales y funcionales cortico-límbicas que explican la agresión impulsiva (AI) y la inhibición disfuncional de la respuesta (IR) que comparten ambos trastornos comórbidos.</p>
<p>Owens et al. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. APA PscNet</p>	<p>Sintomatología externalizante (conductas disruptivas) y sintomatología internalizante (de ansiedad y depresión)</p>	<p>Las mujeres con TDAH infantil y comorbilidades externalizantes e internalizantes presentan una adultez con efectos adversos en las áreas de socialización, ocupación e implicaciones en la salud y salud mental.</p>

<p>Tsetsos et al. (2016). Meta-Analysis of Tourette Syndrome and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Provides Support for a Shared Genetic Basis. PubMed.</p>	<p>Presencia de autolesiones.</p> <p>Síndrome de Tourette (ST)</p>	<p>Existe evidencia de un trasfondo genético común que explica la comorbilidad del TDAH con el Síndrome de Tourette y da cuenta de ambos fenotipos neuropsiquiátricos.</p>
<p>Baweja et al. (2016). The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Across Home and School.</p>	<p>Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDM)</p>	<p>La medicación estimulante del Sistema Nervioso Central se asocia con una disminución significativa de los síntomas depresivos, reducción clínicamente significativa de los síntomas externalizantes, junto con mejoras menores en el estado de ánimo.</p>
<p>España et al. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y patología dual. Neurobiología y factores</p>	<p>Trastorno por Consumo de Sustancias</p>	<p>Estudios de neuroimagen, genéticos y experimentales han identificado sustratos neurobiológicos compartidos entre el TDAH y el Trastorno por Consumo de Sustancias. La influencia genética subyacente se manifiesta en alteraciones neuroquímicas, neuroanatómicas y neurofisiológicas, así como en disfunciones en los circuitos de recompensa, que pueden explicar la tendencia a la búsqueda inmediata de gratificación. Comprender estos sustratos contribuye a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de esta comorbilidad.</p>

comunes de vulnerabilidad. Dialnet

Humphreys et al. (2013). The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent-child difficulties in two complementary samples. APA PscNet.

Depresión

Existe evidencia de que los niños con TDAH desarrollan problemas con los pares y entre padres e hijos. Estos problemas son mediadores de los síntomas depresivos. En mayor medida la influencia en la relación padre hijo podría predecir síntomas depresivos.

De Sanctis, (2012). Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. Science Direct

Trastorno por consumo de sustancias

El maltrato infantil, de moderado a severo en adolescentes y jóvenes adultos con TDAH en la infancia es la variable con mayor fuerza predictiva de la problemática de consumo de sustancias.

Hinshaw et al. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and

Intentos de suicidio y autolesiones
Distimia
Incipiente depresión

Las niñas diagnosticadas con TDAH en la infancia presentan síntomas internalizantes y externalizantes, con una alta prevalencia de conductas externalizantes graves, incluyendo autolesiones e intentos de suicidio.

self-injury.
ERIC

Rydell,
(2010).
Family
factors and
children's
disruptive
behaviour:
an
investigation
of links
between
demographic
characteristic
s, negative
life events
and
symptoms of
ODD and
ADHD.
PubMed.

Trastorno
Negativista
Desafiante
(TND)

Condiciones sociodemográficas y eventos vitales familiares asociados a la baja educación materna, la monoparentalidad o la crianza por padrastros y la ascendencia no europea se vinculan con un mayor número de síntomas de comorbilidad de Trastorno Negativista Desafiante
TND y TDAH.

Mikami et al.
(2008).
Eating
pathology
among
adolescent
girls with
attention-
deficit/hyper
activity
disorder.
APA PscNet

Trastorno de
la conducta
alimentaria

La crianza punitiva para el abordaje de la impulsividad en niñas con TDAH infantil se vincula a patologías de la conducta alimentaria en la adolescencia.

Ostrander &
Herman,
(2006).
Potential
cognitive,
parenting,
and
development
al mediators
of the
relationship
between
ADHD and
depression.
APA PscNet

Depresión

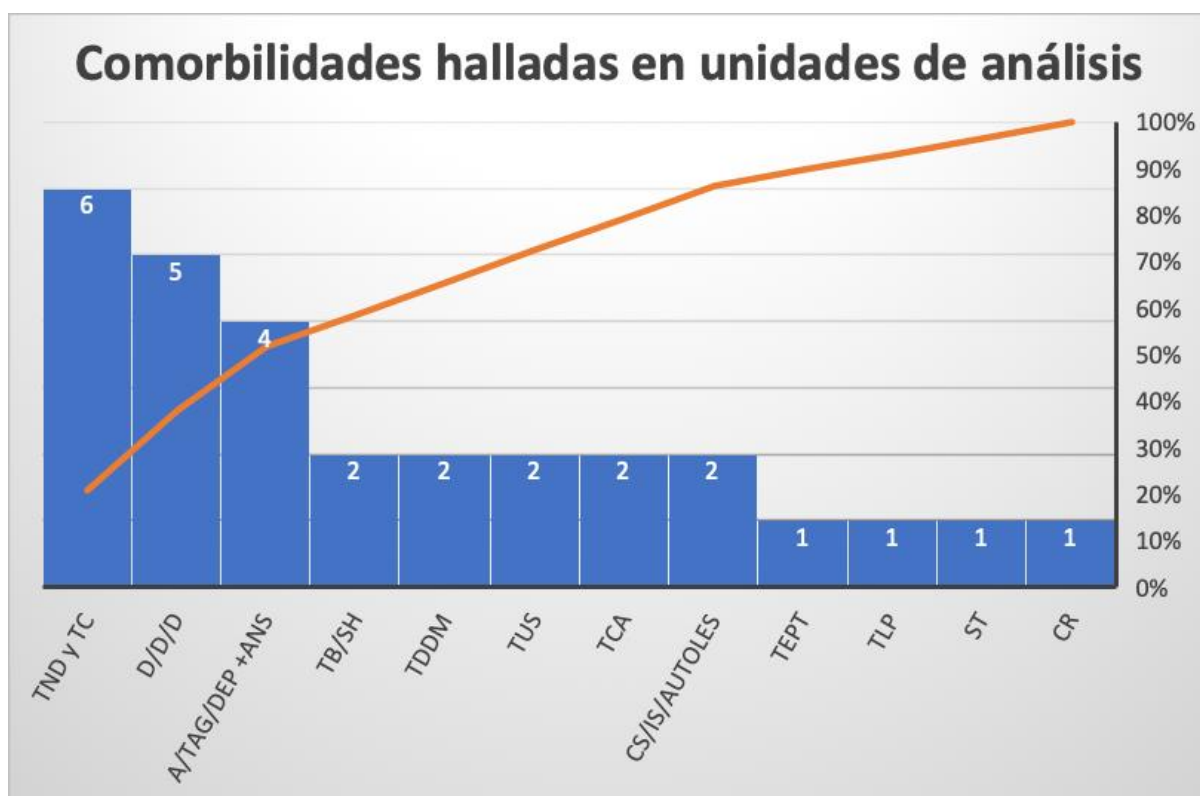
La gestión de la conducta parental (modo en que los padres manejan la conducta del niño), media las relaciones entre el TDAH infantil y la depresión.

Nota. Esta tabla muestra las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH halladas en los estudios analizados. Elaboración propia.

Complementando la tabla 4, en la figura 2 se grafica la distribución de las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH halladas en las unidades de análisis.

Figura 2

Distribución de las comorbilidades psiquiátricas asociadas al TDAH.



Nota: TND y TC= Trastorno Desafiante Negativista y Trastorno de Conducta. D/D/D= Depresión/Distimia/Depresión Mayor. A/AG/DEP + ANS= Trastorno de ansiedad/ Ansiedad Generalizada/Depresión + ansiedad. TB/SH= Trastorno Bipolar/ Síntomas Hipomaniacos. TDMM= Trastorno de Regulación Disruptiva del Estado de Ánimo . TUS= Trastorno por Uso de Sustancias. TCA= Trastorno de la Conducta Alimentaria. CS/ID/AUTOLES = Conductas suicidas/Intentos de suicidio/Autolesiones. TEPT= Trastorno de Estrés Postraumático. TLP= Trastorno Límite de la Personalidad. ST= Síndrome de Tourette. CR= Asociación con sintomatología externalizante (conductas disruptivas)

La figura 2 grafica la distribución de los diagnósticos o problemáticas halladas en la muestra. El trastorno más frecuente es el Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de la Conducta, que representa el 20,69% de los casos. Le siguen los cuadros de depresión en

sus diferentes formas (17,24%) y los trastornos de ansiedad (13,79%). El resto de los diagnósticos como Bipolaridad o síntomas Hipomaníacos, TDDM, consumo de sustancias, trastornos alimentarios, conductas suicidas o autolesiones y TLP presentan una frecuencia similar, cada uno con alrededor del 6,90%. Finalmente, diagnósticos menos comunes como TEPT, Síndrome de Tourette o conductas disruptivas aparecen en un 3,44% de los casos.

En relación a los factores hallados en los estudios:

Puede destacarse *la profundización de los factores genéticos* en estudios que vincularon de manera exclusiva el TDAH infantil con el Síndrome de Tourette (Tsetsos et al., 2016) y la Hipomanía (Hosang et al., 2019), siendo lo genético el factor que justificaría los fenotipos neuropsiquiátricos comórbidos. También se halló incidencia de este factor en la determinación de la comorbilidad con el Trastorno por Uso de Sustancias (Ribeiro y França, 2025 y España et al., 2012), el Trastorno Negativista Desafiante (Brikell et al., 2020) y el Trastorno de Conducta (Brikell et al., 2020; Demontts et al., 2021) sustentando mecanismos hereditarios y genéticos asociados a la impulsividad, búsqueda de recompensas y conducta agresiva. En el mismo sentido, se encuentran antecedentes de trastornos psiquiátricos en familiares de niños con TDAH a predominio impulsivo que también presentan Trastornos de Ansiedad, de Depresión o de la conducta alimentaria (Melegari et al., 2018; García Argibay et al., 2023; Yao et al., 2019) destacando el vínculo genético entre los antecedentes y las comorbilidades.

Entre los estudios que hallaron a los *factores neurobiológicos, neuroanatómicos y neurofisiológicos* asociados a comorbilidades psiquiátricas del TDAH infantil, se destaca evidencia sobre alteraciones neuroanatómicas y neurofisiológicas comunes y en asociación con los Trastornos por Uso de Sustancias (Ribeiro y França, 2025 y España et al., 2016), como también un vínculo neurobiológico en la respuesta al estrés asociado a la comorbilidad del Trastorno Negativista Desafiante (Pauli-Pott et al., 2024), y una disfunción córtico límbica común en el TDAH infantil y en el Trastorno de Conducta (Puiu et al., 2018). Dentro de los factores neurobiológicos el uso de medicación estimulante del Sistema

Nervioso Central se puede considerar un factor modulador de la comorbilidad con el Trastorno por Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo y del Trastorno Bipolar (Baweja et al., 2016 y Long et al., 2024). Igualmente, se encontraron factores neurobiológicos propios del TDAH vinculados a Trastornos de ansiedad y depresión (Gilbert et al., 2023 y Owens et al., 2017).

En cuanto a los factores psicológicos la presencia de déficits, dificultades o alteraciones en la regulación emocional y conductual, en el control de los impulsos, en la búsqueda de recompensa inmediata, en el manejo de la ira, en las funciones neuropsicológicas como las funciones ejecutivas y en las habilidades socio relacionales inciden en la comorbilidad del TDAH con el Trastorno Negativista Desafiante (De Melo y Quagliato, 2025 y Ramataldi et al., 2023), con el Trastorno de Conducta (De Melo y Quagliato, 2025, Ramataldi et al., 2023; Frick et al., 2021 y Demontts et al., 2021), con la Conducta Antisocial (De Melo y Quagliato, 2025) y con el Trastorno de la Conducta Alimentaria (Mikami et al., 2008). También otros factores psicológicos como el procesamiento del miedo incide en la comorbilidad del TDAH con el Trastorno por Estrés postraumático (Wilson et al., 2025) y con sintomatología ansioso depresiva que interviene en conductas de riesgo como las autolesiones e intentos de suicidio (Owens et al., 2017 e Hinshaw et al., 2012.) A la vez, el estudio de Ostrander & Herman (2006) se focaliza en la gestión parental hallando que el autocontrol y la creencia del control se asocian a Depresión comórbida en el TDAH infantil.

Considerando los factores ambientales se pueden mencionar estudios que investigaron la incidencia de vivencias o condiciones de crianza negativas y factores sociodemográficos como moduladores de comorbilidades psiquiátricas del TDAH infantil. En este sentido se encontró que la vinculación insegura (Frick et al., 2021) y los eventos vitales negativos en la infancia (Rydell, 2010) influyeron en el desencadenamiento de la comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante y al Trastorno de Conducta. Otros factores como el maltrato, la negligencia, el abuso emocional o físico y la crianza monoparental se vincularon a la comorbilidad con el Trastorno Límite de la Personalidad (Calvo et al., 2020). También la

exposición elevada y persistente al estrés se asoció con la desregulación emocional grave pudiendo incidir en los Trastornos de Ansiedad y Depresión (Hartman et al., 2019) De modo similar, Ostrander & Herman (2006); Humphreys et al. (2013) hallaron que la gestión parental de la conducta infantil y las dificultades en el vínculo padres-hijos pueden determinar Depresión en el TDAH y específicamente el maltrato infantil sumado a antecedentes familiares puede predecir Trastornos por Uso de Sustancias (De Sanctis, 2012). A su vez, la crianza punitiva (Mikami et al., 2008) se asoció, entre otros factores, a la comorbilidad con los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

El género como factor modulador de comorbilidades psiquiátricas aparece asociado a otros factores en estudios como el de De Melo y Quagliato (2025); Ramatladi et al. (2023), que evidenciaron el género masculino vinculado a sintomatología de expresión externalizante y el género femenino a sintomatología de expresión internalizante (Wilson et al., 2025; Gilbert et al., 2023; Owens et al., 2017, Humphreys et al., 2013), mixta hallada en los Trastornos de la conducta Alimentaria (Yao et al.,2019) y conductas de riesgo (Hinshaw et al.,2012). (Tabla 5).

Tabla 5

Comorbilidades psiquiátricas y factores asociados.

Autor/año/ Título/ Base de dato	Factor	Tipo de factor	Comorbilidades asociadas	Características
De Melo y Quagliato, (2025). Pyromania/ Firesetters and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents: a systematic review.	Alteración en la regulación emocional, control de impulsos y manejo de la ira. Se aprecia mayor prevalencia en varones	Psicológico Género: modulador	Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta y Piromanía, con riesgo suicida	La comorbilidad entre el TDAH y la piromanía/incendios se vincula con trastornos negativistas desafiantes, de conducta y un mayor riesgo de conducta delictiva futura. Existe una mayor prevalencia de la comorbilidad

PubMed				en niños varones, aproximadamente del 33 %. Este hallazgo es de utilidad salud mental, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano del TDAH, y comorbilidades disminuye riesgos de consecuencias sociales adversas.
Ribeiro y França, (2025). A Perturbação por Uso de Substâncias como Comorbilidade em Doentes com Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. PubMed	Ambas patologías comparten influencias genéticas, alteraciones neurofisiológicas y neuroanatómicas. Uno de los mecanismos centrales en la relación entre el TDAH y el TUS es la disfunción del sistema dopaminérgico.	Genético Neuroanatómico Neurofisiológico	Trastorno por uso de Sustancias	La disfunción en el sistema dopaminérgico explica la probabilidad de agravar el cuadro clínico, adelantar el inicio del consumo, aumentar la intensidad del uso de sustancias y dificultar el tratamiento
Wilson, et al. (2025) Sex differences in the comorbidity between attention deficit-hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic literature review and meta-analysis. PubMed.	Dificultad en la regulación emocional, impulsividad y dificultades sociales retroalimentan redes cerebrales del miedo: circuitos emocionales (amígdala y corteza prefrontal) que afectan la regulación emocional. Género femenino: las diferencias hormonales y	Psicológico Neurobiológico Género: modulador Ambiental	Trastorno por Estrés post Traumático	El TDAH y el Trastorno por Estrés post Traumático es significativamente mayor en mujeres que en hombres, como resultado de varios factores. El subreconocimiento y subtratamiento del TDAH en las niñas, aumenta los deterioros relacionados con las redes del miedo en el cerebro elevando el riesgo del TEPT. La influencia del estradiol en la red del miedo aumenta la

	psicosociales pueden aumentar la sensibilidad emocional y la vulnerabilidad a estas manifestaciones clínicas.			vulnerabilidad al TEPT en las mujeres pudiendo empeorar las disfunciones relacionadas con el TDAH aumentando la probabilidad de que las mujeres estén expuestas a eventos traumáticos de alto impacto.
Pauli-Pott, et al. (2024) Long-term cortisol secretion in attention deficit hyperactivity disorder: roles of sex, comorbidity, and symptom presentation. Pub Med.	Disfunción del eje HPA (hipotálamo-hipófisis-suprarrenal) y respuesta biológica diferencial al estrés (niveles elevados de cortisol) Capacidad reducida de regulación de la atención Alteración en funciones ejecutivas y autorregulación cognitiva. Presencia de impulsividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración. Diferencias entre niños y niñas (niños con HPAA más bajo, niñas con HPAA más alto)	Neurobiológico Psicológico Género: Modulador	Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno de Conducta (TOD/TC)	Se ha encontrado baja actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HPAA) en niños con (TDAH) que podría explicar la capacidad reducida de regulación de la atención y las comorbilidades con el trastorno negativista desafiante o de conducta (TOD/TC). Los niños con síntomas predominantemente inatentos (TDAH-I) mostraron una medida de HPAA más baja que los niños sin diagnóstico y las niñas con síntomas combinados (TDAH-C) mostraron una medida de HPAA más alta que las niñas sin diagnóstico.
Long, et al. (2024). Shared and Distinct Neurobiological Bases of	Cambios estructurales cerebrales compartidos, como las alteraciones en	Neurobiológico (Neuroanatómico) Genético	Trastorno Bipolar	Existen anomalías en las conexiones microestructurales de la sustancia blanca en pacientes con Trastorno

<p>Bipolar Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Comparative Meta-Analysis of Structural Abnormalities. Science Direct</p>	<p>el volumen de la materia gris que indica alteraciones morfológicas comunes en distintas regiones cerebrales (por ejemplo, corteza prefrontal, cíngulo anterior, amígdala, cuerpo calloso). Anomalías en las conexiones microestructurales de la sustancia blanca: Reflejan alteraciones en la conectividad entre regiones cerebrales Bases compartidas subyacentes a las alteraciones estructurales.</p>	<p>bipolar y TDAH, en comparación con pacientes que sólo tienen trastorno bipolar o sin diagnóstico. Específicamente la anisotropía fraccional (AF) es significativamente menor, la difusividad media (MD) difusividad radial (RD) y la difusividad axial (AD) son más altas en muchas fibras de la sustancia blanca en los cuadros de TDAH y Trastorno Bipolar.</p>		
<p>Gilbert, et al. (2023) Gender and Age Differences in ADHD Symptoms and Co-occurring Depression and Anxiety Symptoms Among Children and Adolescents in the BELLA Study PubMed.</p>	<p>Desregulación emocional, irritabilidad y ansiedad aumentan la vulnerabilidad a la comorbilidad. El género femenino se asocia positivamente con los síntomas de depresión y ansiedad.</p>	<p>Psicológico Neuropsicológico Género: modulador</p>	<p>Trastorno de Ansiedad y Depresión</p>	<p>Los niños diagnosticados con TDAH en la infancia llegada su adolescencia mostraron una mayor reducción en la desregulación emocional, en la irritabilidad y la ansiedad en comparación con las niñas que con el aumento de la edad mantuvieron la comorbilidad con Trastorno de Ansiedad y Trastorno Depresivo.</p>

<p>Garcia-Argibay, et al. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder: Evidence from Multiple Genetically Informed Designs. Science Direct</p>	<p>Ciertas variantes genéticas (SNPs) asociadas al TDAH también aumentan el riesgo de desarrollar depresión. Los estudios realizados en hermanos y gemelos evidencian que la comorbilidad está influenciada por factores hereditario. El TDAH incrementa la probabilidad de trastorno depresivo.</p>	<p>Genético Hereditario</p>	<p>Trastorno Depresivo Mayor</p>	<p>Se encuentra evidencia de estudios genéticos que respaldan la asociación entre el TDAH y el Trastorno Depresivo Mayor. Las comparaciones entre hermanos y gemelos indican que los individuos con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollo posterior de Trastorno Depresivo Mayor.</p>
<p>Ramatladi, et al. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. Scielo</p>	<p>Impulsividad y búsqueda de recompensas elevadas tienen fuerte asociación con comorbilidades siendo mayor en el género masculino.</p>	<p>Psicológico Género / modulador</p>	<p>Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) y Trastorno de Conducta (TC) y de ira.</p>	<p>Los trastornos comórbidos de manifestaciones externalizantes son más pronunciados en niños con TDAH que en niñas, presentando mayores tasas de asociación con los TND, TC e ira en comparación con el grupo control, hallando la existencia de respuestas conductuales más inapropiadas y agresivas en las relaciones sociales; que podría deberse a la impulsividad y búsqueda de recompensas.</p>
<p>Frick, et al. (2021). Can attachment</p>	<p>Dificultades en la función ejecutiva (FE)</p>	<p>Neuropsicológico</p>	<p>Trastorno Oposicionista</p>	<p>Los vínculos con inseguridad en el apego en niños con</p>

<p>predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation? PubMed</p>	<p>generan fallas en el control de los impulsos y planificación, favoreciendo la ocurrencia de comorbilidad.</p> <p>Vinculación insegura en la infancia</p> <p>Dificultades en la regulación emocional</p>	<p>Ambiental</p> <p>Psicológico</p>	<p>a Desafiante (TOD)</p> <p>Trastorno de Conducta (TC)</p> <p>Ansiedad</p>	<p>TDAH y las fallas en las funciones ejecutivas contribuyen a una regulación emocional deficientes y aumentan la comorbilidad con el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de conducta y aumento de los niveles de ansiedad.</p>
<p>Demontts, et al. (2021). Risk variants and polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of attention-deficit/hyperactivity disorder. PubMed.</p>	<p>Alta carga de variantes de riesgo genético, loci en cromosomas 1 y 7, 79 genes asociados</p> <p>Conducta agresiva temprana.</p> <p>La comorbilidad del TDAH y TDC con comportamiento disruptivo conforma un riesgo de conductas antisociales y de trastorno de personalidad antisocial.</p>	<p>Genético/Hereditario</p> <p>Psicológico</p>	<p>Trastorno de Conducta (TC o TDC)</p>	<p>Alteración genética que constituye un elevado riesgo para el TDAH y su comorbilidad con el Trastorno de conducta (TDC) en ascendencias europeas y chinas, lo que sugiere una mayor carga de variantes de riesgo comunes asociadas al comportamiento agresivo.</p> <p>Los genes con mayor asociación (79 genes) parecen reflejar principalmente la asociación con el componente agresivo y disruptivo del fenotipo TDAH+TDC.</p> <p>La conducta agresiva se mantiene estable a lo largo de los distintos intervalos de edad durante la infancia y estudios con gemelos sugieren que la genética desempeña un</p>

				<p>papel importante en esta estabilidad. La agresión temprana parece predecir conductas antisociales graves posteriores y mayor riesgo de presentar un trastorno de personalidad antisocial. Estas variantes genéticas comunes desempeñan un papel importante en la agresión infantil y el riesgo posterior de conducta antisocial en personas con TDAH y trastornos disruptivos del comportamiento (TDC).</p>
<p>Calvo, et al. (2020). The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings. PubMed</p>	<p>Maltrato, negligencia, abuso emocional o físico, crianza monoparentalidad.</p>	<p>Ambiental</p>	<p>Trastorno Límite de la Personalidad</p>	<p>La existencia de experiencias traumáticas en la infancia en niños con TDAH es un factor que media el riesgo de desarrollar trastorno de la personalidad en la edad adulta.</p>
<p>Hartman, et al. (2019). Stress Exposure and the Course of ADHD from</p>	<p>Exposición alta y persistente al estrés Desregulación emocional (irritabilidad, reactividad</p>	<p>Ambiental Psicológico</p>	<p>Desregulación emocional grave y persistente (incluye irritabilidad,</p>	<p>La exposición a niveles elevados de estrés en niños y niñas con TDAH entre la infancia y la adultez temprana se relaciona</p>

Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. PubMed	extrema, frustración), presencia de ansiedad y depresión.		reactividad emocional extrema, frustración intensa). Trastornos internalizantes: Ansiedad y Depresión	fuertemente con la persistencia del TDAH y problemas comórbidos que se manifiestan como desregulación emocional grave y persistente (irritabilidad, reactividad extrema, frustración) o irritabilidad. También con ansiedad y depresión elevadas y crecientes.
Hosang, et al. (2019). Association of Genetic and Environmental Risks for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Hypomanic Symptoms in Youths. PubMed	Vínculo genético compartido Factores de riesgo genéticos para la hipomanía en la adolescencia y para TDAH en la infancia. Factores ambientales de muy baja incidencia. Hiperactividad e impulsividad en el TDAH	Genético /hereditario Ambiental	Síntomas hipomaníacos en la adolescencia (relacionados con el espectro bipolar)	Existe una asociación significativa entre la hiperactividad e impulsividad del TDAH infantil y la hipomanía a los 15 y 18 años, pudiendo reflejar un vínculo genético entre estos fenotipos.
Yao, et al. (2019) Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically	Asociación genética compartida entre TDAH y TCA Estudios de Genome-Wide Association Studies (GWAS) mostraron que el TDAH y varios TCA comparten una base genética significativa, medida por la	Genético/hereditario Género modulador Psicológico	Trastorno de la conducta alimentaria	En gemelos con TDAH diagnosticado en la infancia y en seguimiento en la adolescencia se encuentra alta prevalencia de trastornos alimentarios en mujeres más que en hombres y asociación genética entre ambos trastornos.

Informative Approaches. Science Direct	<p>correlación genética (rg)</p> <p>El Género también presenta incidencia</p> <p>Rasgos relacionados con TDAH que pueden influir en la conducta alimentaria: Expresión de vulnerabilidad conductual y cognitiva que facilita la aparición de TCA</p> <p>Alta prevalencia de TCA en adolescentes con TDAH, especialmente mujeres</p>			
Melegari, et al. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. PubMed	<p>Depresión materna</p> <p>TDAH parental</p> <p>Trastorno bipolar en familiares de segundo grado</p> <p>Ansiedad y síntomas depresivos en el niño.</p>	<p>Genético/hereditario</p> <p>Psicológico</p>	<p>Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)</p> <p>Trastornos depresivos (Mayor prevalencia en niñas con subtipo TDAH combinado)</p>	<p>El TDAH infantil de tipo combinado comórbido con el Trastorno de Ansiedad Generalizada presentan además trastornos depresivos, y se encuentra mayor asociación con altas tasas de depresión materna, TDAH en los padres, trastornos bipolares en familiares de segundo grado y mayores tasas de trastornos del estado de ánimo y disruptivos en la familia.</p>

<p>Liang, et al. (2018). Suicide risk reduction in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: A Taiwan nationwide population-based cohort study. Science Direct</p>	<p>Duración del tratamiento con Metilfenidato (MPH)</p> <p>Riesgo de suicidio en jóvenes con TDAH</p> <p>Conductas suicidas o ideación suicida</p>	<p>Neurobiológico</p> <p>Tratamiento: uso de metilfenidato como factor protector que reduce el riesgo de esta comorbilidad</p>	<p>Conductas suicidas / intento de suicidio</p>	<p>El uso de metilfenidato (MPH) disminuye el riesgo de suicidio en jóvenes con TDAH diagnosticados en la infancia.</p>
<p>Puiu, et al. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. Science Direct</p>	<p>Alteraciones neurofuncionales compartidas</p> <p>Disfunción córtico-límbica.</p> <p>Agresión impulsiva (AI), inhibición disfuncional de la respuesta (IR)</p>	<p>Neurobiológico: Alteraciones estructurales y funcionales corticolímbicas compartidas en TDAH y TDC. Base biológica compartida de síntomas compartidos (impulsividad, desregulación emocional agresión).</p>	<p>Trastorno Disruptivo de la Conducta (TDC) o Trastorno de Conducta (TC) (Frecuente en casos severos de TDAH o con síntomas externalizantes)</p>	<p>El TDAH y los Trastornos de Conducta (TDC) comparten alteraciones estructurales y funcionales corticolímbicas que explican la agresión impulsiva (AI) y la inhibición disfuncional de la respuesta (IR) que comparten ambos trastornos comórbidos.</p>
		<p>Psicológico</p>		

Owens, et al., (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. APA PscNet	Desregulación conductual, disfunción ejecutiva Fracaso escolar, dificultades en socialización,	Psicológico Género modulador: Influye en la expresión y gravedad de la comorbilidad y sus consecuencias funcionales.	Asociación con sintomatología a externa lizante (conductas disruptivas) y sintomatología a internalizante (de ansiedad y depresión) Presencia de autolesiones.	Las mujeres con TDAH infantil y comorbilidades externalizantes e internalizantes presentan una adultez con efectos adversos en las áreas de socialización, ocupación e implicaciones en la salud y salud mental.
Tsetos, et al. (2016). Meta-Analysis of Tourette Syndrome and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Provides Support for a Shared Genetic Basis. PubMed	19 SNP significativos; genes TBC1D7, GUCY1A3, RAP1GDS1, CHST11; Base genética compartida entre TDAH y Síndrome de Tourette Fenotipos TDAH y Síndrome de Tourette	Genético/hereditario	Síndrome de Tourette (ST)	Existe evidencia de un trasfondo genético común que explica la comorbilidad del TDAH con el Síndrome de Tourette y da cuenta de ambos fenotipos neuropsiquiátricos.
Baweja, et al. (2016). The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive	Síntomas depresivos y síntomas externalizantes en TDAH. Rasgos de regulación emocional que aumentan la susceptibilidad a comorbilidades internas y externas.	Neurobiológico	Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDM)	La medicación estimulante del Sistema Nervioso Central se asocia con una disminución significativa de los síntomas depresivos, reducción clínicamente significativa de los síntomas externalizantes, junto con mejoras menores en el estado de ánimo.

Mood Dysregulation Disorder Across Home and School	Vulnerabilidad neurobiológica compartida			
España, et al., (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y patología dual. Neurobiología y factores comunes de vulnerabilidad. Dialnet	Influencia genética compartida entre TDAH y Trastorno por Consumo de Sustancias Alteraciones neuroanatómicas, neuroquímicas y neurofisiológicas; circuitos de recompensa disfuncionales Búsqueda inmediata de gratificación	Genético/hereditario Neurobiológico	Trastorno por Consumo de Sustancias	Estudios de neuroimagen, genéticos y experimentales han identificado sustratos neurobiológicos compartidos entre el TDAH y el Trastorno por Consumo de Sustancias. La influencia genética subyacente se manifiesta en alteraciones neuroquímicas, neuroanatómicas y neurofisiológicas, así como en disfunciones en los circuitos de recompensa, que pueden explicar la tendencia a la búsqueda inmediata de gratificación. Comprender estos sustratos contribuye a mejorar el diagnóstico y el tratamiento de esta comorbilidad.
Humphreys., et al. (2013). The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent-child difficulties in two	Problemas en la relación padres-hijos: Factor mediador relevante en la conexión TDAH-depresión en niñas.	Ambiental Género (modulador)	Depresión	Existe evidencia de que los niños con TDAH desarrollan problemas con los pares y entre padres e hijos. Estos problemas son mediadores de los síntomas depresivos. En mayor medida la influencia en la relación padre hijo

complementary samples. APA PscNet				podría predecir síntomas depresivos
De Sanctis, (2012) Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. Science Direct	Maltrato infantil moderado a severo. Problemas de consumo en los padres. Trastorno de Conducta infantil; consumo de sustancias en adolescentes y jóvenes adultos	Ambiental	Trastorno por consumo de sustancias	El maltrato infantil, de moderado a severo en adolescentes y jóvenes adultos con TDAH en la infancia es la variable con mayor fuerza predictiva de la problemática de consumo de sustancias.
Hinshaw, et al. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. ERIC	Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastorno de Conducta (TDC). Síntomas internalizantes y externalizantes. Género Femenino	Psicológico Género modulador	Intentos de suicidio y autolesiones Distimia Incipiente depresión	Las niñas diagnosticadas con TDAH en la infancia presentan síntomas internalizantes y externalizantes, con una alta prevalencia de conductas externalizantes graves, incluyendo autolesiones e intentos de suicidio.
Rydell, (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative	Eventos vitales negativos, monoparentalidad, crianza por padrastros, baja educación materna, ascendencia no europea. Los niños muestran mayor vulnerabilidad a	Ambiental Género Modulador	Trastorno Negativista Desafiante (TND)	Condiciones sociodemográficas y eventos vitales familiares asociados a la baja educación materna, la monoparentalidad o la crianza por padrastros y la ascendencia no europea se vinculan con un mayor número de síntomas de comorbilidad de

life events and symptoms of ODD and ADHD. PubMed.	los factores familiares adversos.			Trastorno Negativista Desafiante.
Mikami, et al., (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. APA PscNet	Impulsividad. Crianza. Punitiva	Psicológico Ambiental	Trastorno de la conducta alimentaria	La crianza punitiva para el abordaje de la impulsividad en niñas con TDAH infantil se vincula a patologías de la conducta alimentaria en la adolescencia.
Ostrander & Herman, (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. APA PscNet	Gestión parental de la conducta infantil Locus de control: creencia sobre el control que se tiene sobre los eventos de su vida	Psicológico Ambiental	Depresión	La gestión de la conducta parental (modo en que los padres manejan la conducta del niño), media las relaciones entre el TDAH infantil y la depresión.

Nota. Esta tabla describe los factores comórbidos identificados en los estudios revisados, junto con su tipo, las comorbilidades asociadas y las principales características descritas por cada autor. Elaboración propia a partir de las fuentes analizadas.

En relación a los factores asociados a comorbilidades psiquiátricas hallados en las unidades de análisis puede decirse que tanto los trastornos como las comorbilidades no han recibido especificaciones ni análisis sobre su presentación. Por ello se incorpora una forma de agruparlos de acuerdo a la forma de presentación del trastorno comórbido (internalizante o externalizante), según los resultados de Achenbach y Rescorla (2010); al tipo de comorbilidad según la continuidad de su expresión sintomática (homotípica y

heterotípica), siguiendo lo propuesto por Shevlin et al. (2017) y Wichstrøm et al. (2017) y al tiempo de aparición (sucesiva o concurrente) reportado por Acosta et al. (2008). Este procedimiento tuvo como propósito integrar categorías adicionales fundamentadas en el marco teórico revisado.

En la siguiente tabla se presentan los factores asociados a los trastornos psiquiátricos comórbidos del TDAH infantil agrupados según la presentación, la continuidad y el tiempo de aparición de la comorbilidad.

Tabla 6

Factores asociados a Trastornos comórbidos con TDAH infantil, presentación del trastorno, tipo de comorbilidad y aparición.

Factor	Trastorno	Presentación del Trastorno	Comorbilidad
	Trastorno Negativista Desafiante (TND)		
Psicológico Neurobiológico.	De Melo y Quagliato (2025) Pauli-Pott, et al., (2024)	Externalizante	Concurrente. Homotípica
Psicológico. Género (modulador) Psicológico. Ambiental	Ramatladi., et al., (2023) Frick, et al., (2021)		
Genético Genético. Neurobiológico. Ambiental. Tratamiento (modulador)	Brikell., et al., (2020) Rydell, (2010).		
	Trastorno de Conducta (TC / TDC)		
Psicológico Neurobiológico	De Melo y Quagliato (2025) Pauli-Pott, et al., (2024)	Externalizante	Sucesiva o concurrente. Homotípica
Psicológico. Género (modulador) Psicológico. Ambiental	Ramatladi., et al., (2023).		
Genético. Psicológico	Frick, et al., (2021)		

Genético Neurobiológico	Demontts, et al., (2021)		
	Brikell., et al., (2020)		
	Puiu, et al., (2018). Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDM).	Internalizante Externalizante	Sucesiva o Concurrente Heterotípica
Neurobiológico: medicación (modulador)	Baweja, et al (2016) Conducta antisocial (piromanía, agresividad, ira)		
Psicológico	De Melo y Quagliato (2025)	Externalizante	Sucesiva o Concurrente Homotípica
	Trastornos de ansiedad (incluye TAG)		
Psicológico. Género (modulador)	Gilbert, et al., (2023)		
Psicológico Genético. Psicológico Ambiental Genético. Psicológico.	Frick, et al., (2021) Demontts, et al., (2021)	Internalizante	Sucesiva o Concurrente Heterotípica
Neurobiológico. Psicológico. Género (modulador)	Hartman, et al., (2019) Melegari., et al (2018)		
	Owens, et al., (2017). Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	Internalizante	Sucesiva Heterotípica
Psicológico. Género (modulador)	Wilson, et al., (2025) Depresión		
Psicológico. Género (modulador)	Gilbert, et al., (2023)		
Genético. Ambiental Ambiental (género modulador)	Brikell., et al., (2020) Hartman, et al., (2019)	Internalizante	Sucesiva o Concurrente Heterotípica

Neurobiológico. Psicológico. Género (modulador)	Humphreys., et al., (2013). Owens, et al., (2017).		
Genético. Psicológico. Ambiental	Trastorno Depresivo Mayor Garcia-Argibay, et al., (2023)		
Genético. Psicológico.	Melegari., et al (2018)		
Psicológico. Ambiental	Ostrander & Herman, (2006).		
Ambiental Neurobiológico (medicación modulador)	Síntomas depresivos y conductas autolesivas. Intentos de suicidio y Conducta suicida.	Internalizante Externalizante	Sucesiva Heterotípica
Neurobiológico. Psicológico. Género (modulador) Psicológico. Género (modulador)	Hartman, et al., (2019). Liang, et al., (2018) Owens, et al., (2017) Hinshaw, et al., (2012)		
Neurobiológico (neuroanatómico)	Trastornos del Espectro Bipolar: Trastorno Bipolar (TB) Long, et al., (2024).	Externalizante / Internalizante	Sucesiva Heterotípica
Genético. Ambiental	Hipomanía Hosang, et al., (2019). Trastornos de Personalidad: Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	Internalizante/ Externalizante	Sucesiva Heterotípica
Ambiental	Calvo, et al., (2020)	Externalizante Internalizante	Sucesiva Heterotípica
		Externalizante	Concurrente Sucesiva

Genético. Género (modulador)	Trastornos Alimentarios (TA) (Anorexia, Bulimia). Yao, et al., (2019)	Internalizante	Heterotípica
Psicológico. Ambiental	Mikami, et al., (2008) Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).	Externalizante	Sucesiva Heterotípica
Neurobiológico. Genético.	Ribeiro y França (2025)		
Genético neurobiológico, Ambiental. Psicológico	España, et al., (2016) De Sanctis, (2012) Síndrome de Tourette	Externalizante	Concurrente Homotípica
Genético	Tsetsos, et al., (2016).		

Nota. Esta tabla presenta los factores hallados en los estudios asociados al trastorno comórbido, el tipo de presentación (Achenbach & Rescorla, 2010) y el tipo de comorbilidad según la expresión sintomática (Shevlin et al., 2017; Wichstrøm et al., 2017) y tiempo de aparición Acosta et al. (2008). Elaboración propia a partir de las fuentes analizadas.

Para concluir, el análisis de los resultados se describe y analiza el porcentaje de incidencia de cada factor asociado a los trastornos comórbidos del TDAH infantil, encontrados en las 29 unidades de análisis. Es importante destacar que cada factor es independiente, que en un mismo caso pueden haber varios factores simultáneos y por ello los porcentajes no deben sumarse. Además los porcentajes no suman 100 %, porque cada unidad de análisis puede mencionar más de un factor.

Tabla 7

Principales factores de comorbilidad asociados a los diferentes Trastornos.

Comorbilidad	Factor más frecuente de comorbilidad
Depresión	Psicológico
NND/TC	Psicológico
Ansiedad	Psicológico
TUS	Genético y Neurobiológico
Trastornos de conducta alimentaria	Psicológico
Síndrome de Tourette	Genético

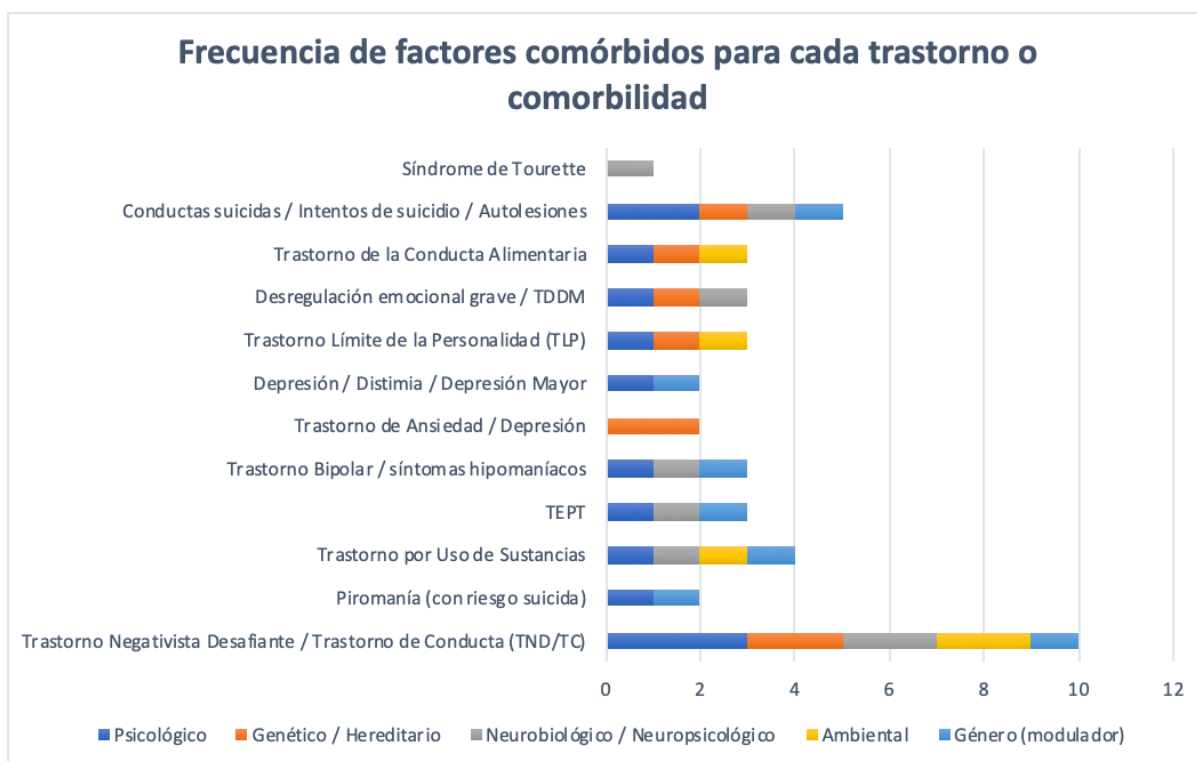
TDDM	Neurobiológico
TEPT	Psicológico / Género / Tratamiento
TLP	Género / Ambiental

Nota. En la tabla se observa que el factor psicológico es el más frecuente en casi todos los trastornos, especialmente en depresión, TND/TC y ansiedad. Género y ambiental aparecen con frecuencia intermedia, destacando su relevancia en TND/TC, depresión y TLP. Genético y neurobiológico están presentes sobre todo en TUS, Síndrome de Tourette y depresión, pero ausentes en la mayoría de los otros trastornos. El tratamiento es poco reportado; solo TEPT muestra intervención en la única unidad de análisis.

Por último, en la figura 3 se resume la frecuencia de factores comórbidos para para cada trastorno, que aparecen en las 29 unidades de análisis.

Figura 3

Frecuencia de factores comórbidos para cada trastorno o comorbilidad.



Nota. En el gráfico se observa que en los trastornos analizados, se identificaron un total de 17 factores psicológicos, 9 genéticos/hereditarios, 8 neurobiológicos/neuropsicológicos, 7 factores ambientales y 7 moduladores de género. Los factores psicológicos fueron los más frecuentes, presentes en trastornos como TND/TC, depresión y conductas suicidas. Los factores genéticos y neurobiológicos aparecen especialmente en TND/TC, TDDM y trastorno

bipolar, mientras que los factores ambientales se destacan en trastornos de conducta, conductas suicidas y trastornos alimentarios. El género modulador influyó en varias comorbilidades, como TND/TC, depresión, TEPT y consumo de sustancias, reflejando su interacción con características biológicas, psicológicas y sociales en el desarrollo de estos trastornos.

Los instrumentos de evaluación utilizados en las unidades de análisis:

Son principalmente cuestionarios individuales y a terceros, destinados a corroborar la existencia de diagnósticos como el TDAH o el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica como la Entrevista Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (CAPA) de Angold et al. (1995). Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC-IV; Shaffer et al., 2000). Sistema de Evaluación del Comportamiento Infantil (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992). Autoinforme ASC (BASC-SRS; Reynolds y Kamphaus, 1992). Escala de Autoinforme de TDAH para Adultos (ASRS) de Murphy y Adler, 2004. Escalas de Youth Self Report de Achenbach, T.M. & Ruffle (2000). Cuestionario de Fortalezas y Dificultades de Goodman et al. (1997). Escala de Calificación del deterioro (IRS) de Fabiano et al. (2006). Escala de Preferencia Social de Dishion (Dishion, 1990). Cuestionario de evaluación del estado de apego (Shmueli-Goetz et al., 2008). Subescala de Interacción Disfuncional Padre-Hijo del Índice de Estrés Parental: Versión Abreviada (Abidin, 1995). Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) de Bernstein et al. (1994). Subescala de castigo corporal del Cuestionario de Crianza de Alabama (APQ) de Shelton et al. (1996). Evaluación de síntomas psiquiátricos infantiles mediante el A-TAC (Inventario de Tics de Autismo, TDAH y Otras Comorbilidades) de Larson et al. (2013). Módulo de trastornos del estado de ánimo de la Entrevista Clínica Estructurada, edición sin pacientes del DSM-IV-TR (SCID; First et al., 2002). Cuestionario breve sobre estados de ánimo y sentimientos (SMFQ) de Angold et al. (1995) Inventario juvenil de Beck™ (BYI-II) de Beck (2005). Escala de Depresión Infantil Revisada (CDRS-R) de Poznanski y Mikos (1996). Criterios para diagnóstico de desregulación grave del estado

de ánimo del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Leibenluft et al. (2003); Brotman et al. (2006). Escala de Manía de Young (Young et al., 1978). Subescala de Depresión de la versión infantil del BASC-PRS (Reynolds y Kamphaus, 1992). Inventario de Depresión de Beck II de Beck. (BDI-II) de Beck et al. (1996). Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs, (1992). Escala de depresión infantil revisada (CDRS-R) de Poznanski et al. (1996). Escala de impresión global clínica de Guy (1976). Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas (SITBI) de Nock et al. (2007). Cuestionario de detección de trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil (SCARED) de Van Meter et al. (2016). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Test de Actitudes Alimentarias (EDI-2) de Garner (1991). Subescalas Apariencia física y Competencia física del Perfil de autopercepción de Harter para niños (Harter, 1985). Escala de Evaluación de Trastornos de Conducta Disruptiva (DBD-RS) de Pelham et al. (1992). Subescala de irritabilidad para el Trastorno Oposicionista Desafiante (Fernández de la Cruz et al., 2015). Cuestionario de Consumo de Sustancias (SUQ) de Molina y Pelham (2003). Cuestionario de Consumo de Alcohol y Drogas de Rutgers (Labouvie et al., 1997). Autoinforme del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh de Buysse et al. (1989). Subescala de Satisfacción de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) de Spanier (1976). Cuestionario de Conducta al Conducir (CBC) basado en el cuestionario de Barkley et al. (1996). Escala de Deterioro de Columbia (CIS) de Bird (1999). Medida de prestigio socioeconómico (Nakao y Treas, 1994). Delincuencia Autorreportada (SRD) (Elliott et al., 1985). Índice de nivel socioeconómico (Hollingshead, 1975). Autoevaluación del Manejo del Comportamiento (BMSA) (August et al., 1995). Autoinforme para adultos. Lista de verificación de comportamiento para adultos (Achenbach y Rescorla, 2003).

A la vez, se han implementado estudios individuales que han controlado el desempeño intelectual, utilizando los siguientes instrumentos estandarizados: Escala de Weschler WISC-IV (Wechsler, 2004): subpruebas de vocabulario y diseño de bloques,

lectura de palabras y razonamiento matemático. Escala de inteligencia revisada para niños (WISC-R) (Wechsler, 1949). Tarea numérica de Stroop (Granvald y Marciszko, 2016) de Wechsler (1992). Subprueba de Lectura Básica y Razonamiento Matemático de Logro Individual (WIAT) de Wechsler (1992).

Por último, también en el orden diagnóstico, se hallaron cuestionarios estandarizados destinados a terceros; tanto a padres como a maestros o personal de salud, con el objetivo de complementar la evaluación del desempeño de individuos con TDAH o comorbilidades psiquiátricas. A continuación, se destacan los instrumentos encontrados: Escala Trastorno de Conducta Disruptiva (TDC) completada por terceros (Pelham et al., 1992). Escala de Regulación Emocional (Rydell et al., 2003). Escala IV (Bussing et al., 2008) para síntomas de Trastorno Negativista Desafiante calificado por padres y profesores.

Subescala de ansiedad generalizada de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence, 1998) completada por padres. Cuestionario de Comportamiento Social Infantil (Children's Social Behavior Questionnaire) evaluado por padres (Hartman et al., 2006). Subescala del Cuestionario de Temperamento de la Adolescencia Temprana Revisado (EATQ-R) evaluada por los padres (Putnam et al., 2001). Cuestionario a padres de exposición al estrés de Hartman et al. (2019). Ítems de la escala de agresión del Youth Self Report (Achenbach y Ruffle, 2000). Inventario de Tics de Autismo, TDAH y Otras Comorbilidades (A-TAC) de Larson et al. (2013). Escala de Calificación de Manía Infantil (CMRS) (Henry et al., 2008) Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo, evaluado por padres (Wagner et al., 2006). Entrevista Estructurada para Padres de Trastornos de Conducta Disruptiva (TDC), (Pelham, 1998) Escala de Calificación Docente TDC (Pelham et al., 1992). Cuestionario de Comunicación Social (Rutter et al., 2003). Social Skills Rating System (Gresham and Elliott, 1990). Entrevista para padres de Trastorno disruptivo del estado de ánimo. K-SADS-PL de Kaufman et al. (1996). Escala de TDAH de Impresiones Clínicas Globales (CGI) (Guy, 1976). Escala de Calificación de Deterioro (IRS) (Fabiano et al., 2006). Escala de Calificación de Efectos Secundarios de Pittsburgh (PSERS), completada

por padres (Buysse, et al., 1989). Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC-IV; Shaffer et al., 2000), computarizado completado por el progenitor. Escala de Calificación del Trastorno de Conducta Disruptiva (DBD), (Pelham et. al 1992), también completado por el progenitor. Entrevista semiestructurada de antecedentes parentales de consumo (Halperin et. al., 2003). Cuestionario para Profesores de IOWA Conners (Loney y Milich, 1982). Formulario de Informe del Profesor (Achenbach, 1991). Subescalas de Aceptación Social, Competencia Escolar y Autoestima Global de Harter (1982). (Tabla 8).

En general, los estudios utilizaron una variedad amplia de instrumentos para confirmar tanto los síntomas del TDAH como sus comorbilidades. Las entrevistas diagnósticas y las escalas clínicas fueron las herramientas más frecuentes, mientras que las pruebas cognitivas, como las escalas de Wechsler, ayudaron a complementar el perfil intelectual de los niños. Además, los cuestionarios aplicados a padres, docentes y otros adultos cercanos aportaron una mirada más completa del comportamiento cotidiano. En conjunto, esta diversidad de herramientas muestra la importancia de una evaluación integral y multidimensional en el estudio del TDAH infantil.

En cuanto a la muestra:

Resultó ser muy amplia, lo que aporta mayor solidez y representatividad a los hallazgos obtenidos.

En lo que respecta a las revisiones, se identificaron un total de 226 unidades de análisis, de las cuales dos revisiones narrativas no especifican la cantidad exacta de unidades incluidas.

La muestra total comprende 1.156.531 individuos, entre niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años. Cabe destacar que los adolescentes habían sido diagnosticados en la infancia, por lo que los estudios que los incluyen corresponden principalmente a diseños longitudinales, cumpliendo los criterios de inclusión establecidos.

Del total de individuos (n = 1.156.531), 1.068.770 corresponden a parejas de gemelos, niños y niñas con TDAH diagnosticados en la infancia (Pauli-Pott et al., 2024; Ramatladi et

al., 2023; García Argibay et al., 2023; Frick et al., 2021; Demontts et al., 2021; Brikell et al., 2020; Hartman et al., 2019; Yao et al., 2019; Melegari et al., 2018; Baweja et al., 2016; De Sanctis, 2012; Rydell, 2010; Ostrander & Herman, 2006; Humphreys et al., 2013).

Además, 2.863 individuos son reportados por terceros y abarcan un rango de edad de 7 a 17 años (Gilbert et al., 2023), mientras que 84.898 individuos son jóvenes menores de 18 años diagnosticados en la infancia (Liang et al., 2018).

Por último, del total de individuos mencionados, 659 niños están discriminados por género, de los cuales 195 son varones (Pauli-Pott et al., 2024; De Sanctis, 2012) y 464 son mujeres (Pauli-Pott et al., 2024; Owens et al., 2017; Mikami et al., 2008). Por último, el estudio de metaanálisis de Tsetsos et al. (2016) utilizó 489 genes sobre la base genética de la comorbilidad del TDAH y el Trastorno de Tourette (Tabla 8).

Cabe señalar que las revisiones sistemáticas y metanálisis que han utilizado el método PRISMA incluyeron las bases de datos PubMed, PsycINFO, Cochrane, Sículo, PsycINFO, Ovid, MEDLINE, Embase, Web of Science, Science Direct y Web of Knowledge.

En función de las características de los estudios:

Puede decirse que se encontraron cinco revisiones sistemáticas (De Melo y Quagliato, 2025; Wilson et al., 2025; Njardvik et al., 2025; Long et al., 2024; Puiu et al., 2018); tres revisiones narrativas (Ribeiro y França, 2025; España et al., 2016 y Calvo et al., 2020); un metaanálisis (Tsetsos et al., 2016) y un ensayo clínico (Baweja et al., 2016). A su vez, ocho estudios cuantitativos de los cuales dos son comparativos y transversales con enfoque correlacional (Pauli-Pott et al., 2024) uno no experimental (Ostrander & Herman, 2006), otro con enfoque observacional (Ramatladi et al., 2023) y de asociación genética (Demontts et al., 2021). También estudios cuantitativos de tipo observacional, longitudinal correlacional (Gilbert et al., 2023 y Garcia-Argibay et al., 2023), longitudinal (Frick et al., 2021) y retrospectivo-prospectivo (De Sanctis, 2012).

Se hallaron once estudios cualitativos de los cuales se encuentran un estudio correlacional longitudinal (Brikell et al., 2020), otro longitudinal de clase latente (Hartman et

al., 2019); cuatro estudios longitudinales prospectivos (Hosang et al., 2019; Yao et al., 2019; Hinshaw et al., 2012 y Mikami et al., 2008) y un estudio correlacional longitudinal retrospectivo, Liang et al. (2018). También, un estudio descriptivo asociativo (Owens, 2017) y uno observacional comparativo transversal (Melegari et al., 2018). Por último, dos estudios correlacionales transversales (Rydell, 2010), de los cuales uno también es longitudinal prospectivo (Humphreys et al., 2013).

En la Tabla 8 se presenta un resumen de las características de los estudios incluidos.

Tabla 8

Características de los estudios incluidos

Autor/año/Título/ Base de dato	Tipo de estudio	Método	Instrumentos	Muestra
De Melo y Quagliato, (2025) Pyromania/Firesetters and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents: a systematic review. PubMed	Revisión Sistemática	Método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews	Revisión sistemática de la literatura mediante motores de búsqueda como PubMed, PsycINFO, Cochrane y Scielo	5 unidades de análisis
Ribeiro y França, (2025) A Perturbação por Uso de Substâncias como Comorbilidade em Doentes com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. PubMed	Revisión narrativa	Revisión narrativa de la literatura	Revisión de la bibliografía existente	No menciona

Wilson, et al. (2025) Sex differences in the comorbidity between attention deficit-hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic literature review and meta-analysis. PubMed	Revisión Sistemática	Método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews	Revisión exploratoria de PsycINFO y PubMed. Metanálisis de efectos fijos de la prevalencia estratificada por sexo.	13 unidades de análisis
Njardvik, et al. (2025) Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. Science Direct	Revisión Sistemática	Método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews	Revisión sistemática de la literatura científica en Ovid, MEDLINE, Embase, OVID y PsycINFO	121 unidades de análisis
Pauli-Pott, et al. (2024) Long-term cortisol secretion in attention deficit hyperactivity disorder: roles of sex, comorbidity, and symptom presentation. Pub Med.	Estudio cuantitativo comparativo y transversal con enfoque correlacional	Diseño observacional comparativo.	Entrevista clínica validada para diagnósticos clínicos de acuerdo con el DSM-5 (CAPA) protocolo de laboratorio (Stalder et al) para la extracción y análisis de concentración de cortisol en el pelo (HCC). Respuesta de conductancia de la piel (SCR) Indicadores de experiencias adversas en la infancia (ACE)	205 niños, 98 (61 niños, 37 niñas) con TDAH y 107 (48 niños, 59 niñas) controles sanos

Long, et al. (2024). Shared and Distinct Neurobiological Bases of Bipolar Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Comparative Meta-Analysis of Structural Abnormalities. Science Direct	Revisión Sistemática	Método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews	Búsqueda bibliográfica exhaustiva y sistemática en las bases de datos PubMed, Web of Science. Sobre estudios de neuroimagen que compararon el GMV regional en los grupos con TBP o TDAH con controles. Metaanálisis voxelwise de las diferencias regionales del volumen de materia gris (GMV) entre los trastornos y dentro de ellos utilizando un software de mapeo.	42 unidades de análisis
Gilbert, et al. (2023) Gender and Age Differences in ADHD Symptoms and Co-occurring Depression and Anxiety Symptoms Among Children and Adolescents in the BELLA Study. PubMed	Cuantitativo observacional, longitudinal correlacional	Análisis estadístico con regresiones lineales múltiples.	Encuestas a padres Escala DSM-5 para TDAH y Escalas de depresión y ansiedad	2863 familias con niños entre 7 y 17 años.
Garcia-Argibay, et al. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder: Evidence from Multiple Genetically Informed Designs. Science Direct	Estudio cuantitativo, observacional, longitudinal y genéticamente informado con triangulación metodológica.	Comparación de hermanos completos (full sibling comparison). Comparación entre gemelos monocigóticos (MZ) y dicigóticos (DZ). Dos muestras (two-sample MR).	Inventarios y cuestionarios a padres a los 9 años. Escalas a padres y autoinventarios a los 15 y 18 años. Registros de salud poblacionales - Datos de registros de gemelos - Estadísticas sumarias de estudios GWAS (ADHD y MDD).	n= 1.018.489 individuos (comparación entre hermanos) n = 16.477 gemelos (5.084 monocigóticos y 11.393

				dicigóticos). Datos de estudios genéticos previos: TDAH: N = 225.534. Trastorno Depresivo Mayor (TDM): N = 500.199
Ramatladi, et al. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. Scielo.	Cuantitativo, observacional, comparativo, transversal.	Evaluación psicométrica mediante cuestionarios estandarizados administrados a padres, docentes y los propios niños.	Escala Trastorno de Conducta Disruptiva (TDC) completada por terceros. inventario juvenil de Beck™ (byi-ii)	216 escolares (niños y niñas) de 6 y 15 años, de los cuales 108 tienen diagnóstico de TDAH
Frick, et al. (2021). Can attachment predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation? PubMed	Cuantitativo, longitudinal, observacional.	Correlacional y predictivo longitudinal.	Cuestionario de evaluación del estado de apego. (Shmueli-Goetz et al., 2008) Subpruebas de WISC-IV (Wechsler, 2004) Tarea numérica de Stroop (Granvald y Marciszko, 2016) Escala de Regulación Emocional (Rydell, Berlín y Bohlin, 2003) completada por padres. Escala de Calificación de TDAH-5 para Niños y Adolescentes (DuPaul, Power, Anastopoulos y Reid, 2016) Escala IV de Swanson, Nolan y Pelham (Bussing	84 niños entre 8 y 13 años. El 42% tenía diagnóstico formal de TDAH. Evaluados en dos momentos: línea de base (T1) y seguimiento 2 años después (T2)

			et al., 2008) para síntomas de TND calificado por padres y profesores. Subescala de ansiedad generalizada de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (Spence, 1998) completada por padres.	
Demontts, et al. (2021). Risk variants and polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of attention-deficit/hyperactivity disorder. PubMed	Cuantitativo, genético, observacional, transversal, de asociación genética (GWAS metaanálisis).	Metaanálisis de estudios de asociación del genoma completo (GWAS)	Datos de la cohorte danesa iPSYCH (2155 casos, 22 664 controles) y seis cohortes PGC de ascendencia europea (1647 casos, 8641 controles). GWAS (Genome-Wide Association Studies) Análisis de carga poligénica (Polygenic Risk Score) Estimaciones de heredabilidad SNP (h^2 SNP).	3802 casos (niños y niñas con TDAH + TND/TC) 31,305 controles (sin diagnóstico)
Calvo, et al.(2020). The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings. PubMed	Revisión narrativa de la literatura	Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, Science Direct y PsychInfo.	Artículos científicos publicados que cumplieran con los criterios de inclusión de la búsqueda.	4 unidades de análisis

Brikell, et al.(2020) The contribution of common genetic risk variants for ADHD to a general factor of childhood psychopathology. PubMed	Estudio correlacional longitudinal.	Estudio genético mediante análisis de scores poligénicos (PRS)	Extracción de datos genéticos y genotipificación Entrevista a padres a los 9 y a los 12 años dentro de un estudio de gemelos infantiles y adolescentes en Suecia (CATSS). Evaluación de síntomas psiquiátricos infantiles mediante el A-TAC (cuestionario de 96 ítems ajustado al DSM-IV de trastornos psiquiátricos infantiles). Cuestionario breve sobre estados de ánimo y sentimientos (SMFQ). Cuestionario de detección de trastornos emocionales relacionados con la ansiedad infantil (SCARED)	13.457 niños de 9 o 12 años, incluyendo o población gemelar.
Hartman, et al., (2019). Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. PubMed	Estudio longitudinal de clase latente	Multivariate Latent Class Growth Analysis (LCGA)	Ítems de la escala de TDAH basada en el DSM, evaluada por los padres. Lista de Verificación del Comportamiento Infantil (CBCL). Escala del Youth Self Report basadas en el DSM. Ítems de la escala de agresión del Youth Self Report. Cuestionario de Comportamiento Social Infantil (Children 's Social Behavior Questionnaire). Subescala del Cuestionario de Temperamento de la Adolescencia Temprana Revisado (EATQ-R) evaluada por los padres Cuestionario a padres de exposición al estrés. Subpruebas de vocabulario y diseño de	1831 participantes: con diagnóstico de TDAH: (n=244), con prueba positiva de TDAH (n=365) y con prueba negativa de TDAH (n=1222) En 4 rondas de medición : 11, 13, 16 y 19 años.

			bloques de las Escalas de inteligencia de Wechsler revisadas para niños (WISC-R) para estimar el CI	
Hosang, et al. (2019). Association of Genetic and Environmental Risks for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Hypomanic Symptoms in Youths. PubMed	Estudio Longitudinal prospectivo con análisis de regresión logística	Prospectivo y longitudinal con análisis de datos de pares de gemelos.	Estudio longitudinal prospectivo de gemelos en Niños y Adolescentes en Suecia. Inventario de Tics de Autismo, TDAH y Otras Comorbilidades (A-TAC) Escala de Calificación de Manía Infantil (CMRS), Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo, evaluado por los padres Subescala de hiperactividad del Cuestionario de Fortalezas y Dificultades,20 y la subescala de TDAH del DSM-IV Lista de Comportamiento Adulto	13 532 parejas de gemelos encuesta dos a los 9 y 12 años. Seguimiento a los 15 años: (n=3,784) y a los 18 años: (n=3,013)
Yao, et al. (2019) Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically Informative Approaches. Science Direct	Estudio Longitudinal prospectivo con análisis de regresión logística	Diseños genéticos informativos	Estudio de gemelos en niños y adolescentes en Suecia. CATSS. Registros clínicos nacionales suecos para diagnósticos de TDAH y trastornos alimentarios. Análisis de puntajes poligénicos (PRS) para TDAH y anorexia nerviosa. Medidas de síntomas de trastornos alimentarios (incluyendo subescalas como "Drive for Thinness" y "Body Dissatisfaction"). Inventario de Tics de Autismo, TDAH y Otras Comorbilidades (A-TAC) 3 subescalas del Inventario de Trastornos	13.472 parejas de gemelos, genotipados para análisis de asociación entre PRS y síntomas

			de la Conducta Alimentaria-2 (EDI-2)	
Melegari, et al. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. PubMed	Observacional comparativo transversal.	Compara aquellos con y sin comorbilidad de GAD según perfil psiquiátrico, cognitivo y antecedentes familiares.	No especifica	600 niños niños con diagnóstico de TDAH (edad media: 9.12 años). De ellos, 96 niños (16%) con comorbilidad TDAH + TAG y 504 niños con sólo TDAH.
Liang, et al. (2018). Suicide risk reduction in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: A Taiwan nationwide population-based cohort study. Science Direct	Estudio correlacional longitudinal retrospectivo	Evaluación comparativa entre niños con TDAH con y sin comorbilidad de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Análisis del perfil cognitivo y psiquiátrico, subtipos de TDAH y antecedentes psiquiátricos familiares.	Recolección de datos de la cohorte poblacional total del NHIRD de Taiwán	84.898 jóvenes menores de 18 años
Puiu, et al. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-	Revisión sistemática	Método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews	Estudios de neuroimagen funcional y estructural (s/fMRI) revisados. Análisis cualitativo de resultados de activación y alteraciones estructurales en regiones	41 unidades de análisis

deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. Science Direct'		Búsqueda y revisión sistemática de literatura en PubMed, PsycINFO y Web of Knowledge	cerebrales relevantes (p.ej., corteza prefrontal, cíngulo, sistema cortico-límbico).
Owens., (2017) Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. APA PscNet.	Estudio descriptivo asociativo	Seguimiento durante 16 años de un grupo de niñas con diagnóstico riguroso de TDAH en la infancia y un grupo control emparejado por edad y etnia. Evaluación de diversos dominios de resultados en la adultez relacionados con síntomas, logros y discapacidades.	Escala DISC-IV y Escala de Calificación de Swanson, Nolan y Pelham completada por padres. Lista de Comportamiento del Adulto y Autoinforme del Adulto. Inventario de Depresión de Beck II. Cuestionario de Consumo de Sustancias (SUQ; Molina y Pelham, 2003). Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas (SITBI; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007). Informe de los padres, del participante y el profesional clínico sobre la eficiencia en los ámbitos educativo, laboral, social y general. Subpruebas de Lectura de Palabras y Razonamiento Matemático de la Prueba de Rendimiento Individual de Wechsler, 2.ª versión. Autoinforme del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. Subescala de Satisfacción de la Escala de Ajuste Diádico (DAS, Spanier, 1976). Entrevista de Relaciones Sociales

140
niñas

<p>Tsetsos, et al. (2016). Meta-Analysis of Tourette Syndrome and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Provides Support for a Shared Genetic Basis. PubMed</p>	<p>Metaanálisis de Several genome-wide association studies (GWAS) De Síndrome de Tourette y TDAH</p>	<p>Se realizó un metaanálisis de los 552 SNPs (variantes genéticas) más asociados con el Síndrome de Gilles de la Tourette (TS), identificados en un estudio previo de asociación del genoma completo (GWAS) de TS, y se compararon con los resultados de los primeros GWAS de ADHD.</p>	<p>Cuestionario de Conducta al Conducir (CBC) Cuestionario de problemas laborales. Predictor de Efecto de Variante ENSEMBL datos del proyecto 1000 Genomes Uso del portal GTEx (The GTEx Consortium, 2013) y de la base de datos Expression Atlas (Petryszak et al., 2014) Exploración de la estructura genómica de los loci identificados mediante LdOOKUP.</p>	<p>489 genes No se especifican individuos directamente.</p>
<p>Baweja, et al (2016). The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Across Home and School</p>	<p>Ensayo Clínico</p>	<p>Diseño experimental abierto y longitudinal Evaluación pre y post intervención con medidas estandarizadas de síntomas afectivos, TDAH, trastornos disruptivos y efectos secundarios.</p>	<p>Escala revisada de depresión infantil de Cohen. Índice de gravedad del estado de ánimo. Módulo del estado de ánimo del Programa Infantil para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia en Niños en Edad Escolar (versión de la Universidad de Washington). Entrevista Estructurada para Padres de Trastornos de Conducta Disruptiva (TDC) (Pelham, 1998) Escala de Calificación Docente TDC (Pelham et al., 1992)</p>	<p>64 Participantes niños con diagnóstico comórbido de TDAH y DMDD.</p>

<p>España, et al. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y patología</p>	<p>Revisión Narrativa</p>	<p>Recopilación, análisis y discusión de estudios previos sobre: Neuroimagen Genética,</p>	<p> Cuestionario de Comunicación Social (Rutter et al., 2003) Entrevista para padres de Trastorno disruptivo del estado del ánimo. K-SADS-PL Escala de Depresión Infantil Revisada (CDRS-R) (Poznanski y Mikos, 1996) Escala de Manía de Young (YMRS) (Young et al., 1978). Inventario de Depresión de Beck (BDI) para depresión en los cuidadores Escala de Autoinforme de TDAH para Adultos (ASRS) (Murphy y Adler, 2004) Escala de Evaluación de Trastornos de Conducta Disruptiva (DBD-RS), Escala de TDAH de Impresiones Clínicas Globales (CGI) (Guy, 1976) Subescala de irritabilidad para el Trastorno Oposicionista Desafiante (Fernández de la Cruz et al. 2015) Escala de Calificación de Deterioro (IRS) Escala de Calificación de Efectos Secundarios de Pittsburgh (PSERS), completada por padres Escala de Conners de IOWA Escala de Evaluación del Estado de Ánimo (CGAS) </p>	<p>No específica</p>
--	---------------------------	--	--	----------------------

dual.
Neurobiología
y factores
comunes de
vulnerabilidad.
Dialnet

Neurobiología
de los
circuitos de
recompensa.
Factores
neuroanatómi-
cos,
neuroquímico
s y
neurofisiológic
os comunes al
TDAH y al
TCS.

Humphreys, et
al. (2013). The
association of
ADHD and
depression:
Mediation by
peer problems
and parent-
child difficulties
in two
complementary
samples. APA
PscNet

Estudio
correlacional
transversal y
longitudinal
prospectivo.

Uso
de modelos
estadísticos
de
mediación y a
nálisis
multivariado

Programa de Entrevista
Diagnóstica para Niños
(DISC-IV; Shaffer,
Fisher, Lucas, Dulcan y
Schwab-Stone, 2000),
computarizado
completado por el
progenitor.
Escala de Calificación
del Trastorno de
Conducta Disruptiva
(DBD; Pelham, Gnagy,
Greenslade y Milich,
1992) completado por el
progenitor.
Lista de verificación de
conducta infantil 6-18
(CBCL; Achenbach y Re-
scorla, 2001).
Subpruebas de Lectura
de Palabras y
Razonamiento
Matemático de Wechsler.
Escala de Preferencia
Social de Dishion
(Dishion, 1990)
Subescala de Interacción
Disfuncional Padre-Hijo
del Índice de Estrés
Parental: Versión
Abreviada (Abidin, 1995).
Formulario de Informe
del Profesor (Achenbach,
1991)
Sección de Estrés
Académico de la
Entrevista de Estrés Vital
(LSI; Hammen y
Brennan, 2001) de la

702
Participa
ntes
Estudio
1: 230
niños de
5 a 10
años con
y sin
TDAH
(diseño
comparat
ivo).
Estudio
2: 472
jóvenes
seguidos
desde el
nacimien
to hasta
los 20
años, co
n riesgo
de
depresi
n (diseño
longitud
nal).

			Universidad de California, Los Ángeles. Informes docentes. Autoinformes	
De Sanctis, (2012). Childhood maltreatment and conduct disorder: Independent predictors of criminal outcomes in ADHD youth. Science Direct	Cuantitativo, observacional, longitudinal, retrospectivo-prospectivo	Estudio longitudinal de cohortes con seguimiento desde la infancia hasta la adolescencia/adulthood temprana. Regresión estadística para predecir conductas delictivas y evaluación del maltrato, TDAH y trastorno de conducta (CD) en la predicción de la criminalidad.	Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC). Lista de Comprobación de la Conducta Infantil (CBCL; Achenbach, 1991) Cuestionario para Profesores de IOWA Conners (IOWA; Loney y Milich, 1982). Entrevista semiestructurada de antecedentes parentales de consumo (Halperin, Schulz, McKay, Sharma y Newcorn, 2003). Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) de Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel et al., 1994. Medida de prestigio socioeconómico desarrollada por el Centro Nacional de Investigación de Opinión (Nakao y Treas, 1994). Cuestionario de Consumo de Alcohol y Drogas de Rutgers (Labouvie, Bates y Pandina, 1997) módulo complementario sobre abuso de sustancias del Kiddie-SADS Present Lifetime Version (K-SADS-PL; Kaufman, Ryan, Rao, Brent y Brimaher, 1996) Muestra de orina toxicológica (Varian Inc., Lake Forest, CA)	86 varones adolescentes diagnosticados con TDAH en la infancia, entre los 7 y 11 años de edad nuevamente en la adolescencia (10 años después) y seguidos 3 años más para obtener datos de criminalidad
Hinshaw, et al. (2012). Prospective	Estudio correlacional	Estudio de cohortes prospectivo	Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños	209 participantes

<p>follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury.ERIC</p>	<p>longitudinal prospectivo</p>	<p>n recolección de datos a lo largo del tiempo.</p>	<p>(4.^a ed., DISC-IV; Shaffer et al., 2000). Escala de Calificación de Swanson, Nolan y Pelham, 4.^a edición (SNAP-IV; Swanson, 1992) Lista de Verificación de Conducta Infantil y Formulario de Informe del Profesor (CBCL, TRF; Achenbach, 1991a, 1991b) Delincuencia Autorreportada (SRD; Elliott, Huizinga y Ageton, 1985). Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992). Cuestionario sobre el Consumo de Sustancias (SUQ; Molina y Pelham, 2003). Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Test de Actitudes Alimentarias (EDI-2, Garner, 1991; EAT-26, Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982) Escala de Deterioro de Columbia (CIS; Bird, 1999). Sistema de Evaluación de Habilidades Sociales (SSRS; Gresham y Elliott, 1990) Escala de Preferencia Social de Dishion (Dishion, 1990). ítems basados en la Escala de Delincuencia entre Pares (Loeber, Stouthamer-Loeber, van Kammen y Farrington, 1994) Cuestionario de Relaciones Sociales. Subpruebas de Lectura Básica y Razonamiento Matemático de Logro</p>
--	---------------------------------	--	---

			Individual (WIAT; Wechsler, 1992). Formulario de Informe del Profesor (Achenbach, 1991b). subescalas de Aceptación Social, Competencia Escolar y Autoestima Global. Según Harter (1982) del Perfil de Auto percepción para Adolescentes (Harter, 1988). Tabla anual de servicios recibidos desde el inicio hasta el seguimiento.	
Rydell, (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. PubMed.	Estudio correlacional transversal	Diseño transversal con recolección de datos por medio de cuestionarios autoadministrados a los padres y análisis de regresión para determinar asociaciones y entre factores demográficos, eventos vitales negativos y síntomas de TDAH y TND	Registro poblacional Cuestionario sobre el funcionamiento psicosocial del niño, Escala de Calificación del TDAH IV Cuestionario de eventos vitales negativos.	1200 niños

Mikami, et al. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. APA PscNet	Estudio longitudinal prospectivo	Diseño longitudinal prospectivo de tipo cuantitativo y comparativo no experimental. Se recolectaron datos en múltiples puntos a lo largo de 5 años: desde la infancia hasta la adolescencia. Se aplicaron análisis estadísticos multivariados.	Escala de evaluación de padres y maestros (CBCL: Achenbach, 1991a; TRF: Achenbach, 1991b). Programa de Entrevista Diagnóstica para Niños, 4.ª ed. (DISC-IV: Shaffer et al., 2000) Escala de Calificación de Swanson, Nolan y Pelham, 4.ª ed. (SNAP-IV: Swanson, 1992). procedimientos sociométricos estándar (Coie, Dodge y Coppotelli, 1982) subescala de castigo corporal del Cuestionario de Crianza de Alabama (APQ: Shelton, Frick y Wootton, 1996) Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños, 3.ª edición (Wechsler, 1991) Subescalas Apariencia física y Competencia física del Perfil de autopercepción de Harter para niños (Harter, 1985). Índice de masa corporal (IMC): Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria II (EDI-II: Garner, 1991), Prueba de Actitudes Alimentarias (EAT: Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982).ç	228 niñas Entre 6 y 12 años al inicio del estudio. Las participantes fueron clasificadas en tres grupos: TDAH-C: 93 niñas. TDAH inatento: 47. Sin diagnóstico de TDAH: 88
Ostrander & Herman, (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and	Cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional con análisis mediacional por grupos de edad.	Se utilizó un enfoque comparativo por grupos etarios	Escala de Calificación Revisada de Conners (Goyette, Conners y Ulrich, 1978) Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes, Versión Revisada para Padres (DICA-R-P; Reich, Shayla y Taibelson,	453 niños 309 niños con TDAH y 144 sin diagnóstico. N= 453

depression. APA PscNet	1992; Reich y Welner, 1990 índice de nivel socioeconómico de Hollingshead (1975) Autoevaluación del Manejo del Comportamiento (BMSA; August, Realmuto, Crosby y MacDonald, 1995). Lista de Verificación del Comportamiento Infantil (CBCL; Achenbach, 1991). Sistema de Evaluación del Comportamiento Infantil (BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992). Subescala de Depresión de la versión infantil del BASC-PRS. Autoinforme ASC (BASC-SRS; Reynolds y Kamphaus, 1992). Subescala de Locus de Control. Subescala de depresión. Inventario de Depresión Infantil (CDI; Kovacs, 1992).	Categorizados en tres subgrupos por edad: Menores de 8 años Niños de 8 a 9 años Niños de 10 años o más
---------------------------	---	---

Nota. Esta tabla resume la información esencial de los estudios seleccionados para el análisis, con el propósito de describir sus características metodológicas. Elaboración propia a partir de los artículos revisados.

VII. Discusión

Los estudios revisados evidencian un sustento sólido sobre los factores asociados a la comorbilidad psiquiátrica en TDAH infantil, aunque presentan una elevada heterogeneidad metodológica y conceptual debido a la multiplicidad de instrumentos, criterios diagnósticos, diseños y rangos etarios. Esta variabilidad puede explicar las diferencias observadas en las cifras de prevalencia del TDAH y sus comorbilidades según el tipo de estudio y la región geográfica (APA, 2022; Polanczyk et al., 2007).

La revisión sistemática realizada resulta necesaria porque, a pesar de la abundante evidencia, existen vacíos importantes y antecedentes contradictorios en cuanto a los factores de riesgo para comorbilidad. Ejemplos de ello se encuentran en estudios que muestran la importancia de antecedentes familiares y factores genéticos (Gustavson et al., 2021; Dick et al., 2005), mientras que otros enfatizan variables psicosociales y familiares, como estilo de crianza o estrés parental (Chronis et al., 2011; Johnston & Mash, 2001). También la prevalencia y el tipo de comorbilidades varían entre estudios, mostrando inconsistencias entre internalizantes y externalizantes según el sexo, la edad o la región (Hinshaw et al., 2021; Pei-Hsin Kao et al., 2025).

Predictores de riesgo para comorbilidad psiquiátrica en TDAH (Ostrander & Herman, 2006; Mikami, et al., 2008; Rydell, 2010; De Sanctis, 2012; Humphreys, et al., 2013; Baweja, et al., 2016; España, et al., 2016; Tsetsos, et al., 2016; Owens, et al., 2017; Liang, et al., 2018; Melegari, et al., 2018; Hosang, et al., 2019; Hartman, et al., 2019; Calvo, et al., 2020; Demontts, et al., 2021; Frick, et al., 2021; Yao, et al., 2019; Gilbert, et al., 2023; Garcia-Argibay, et al., 2023; Ramatladi, et al., 2023; Pauli-Pott, et al., 2024; Long, et al., 2024; De Melo y Quagliato, 2025; Wilson, et al., 2025; Puiu, et al., 2018)

Los resultados de las unidades de análisis aportan evidencia a favor de la multiplicidad factorial reflejando: la presencia de antecedentes familiares con TDAH u otros trastornos neuropsiquiátricos, vínculos genéticos compartidos, alteraciones neurofuncionales y neuroquímicas comunes, impacto de los aspectos psicológicos y neuropsicológicos que intervienen en la regulación emocional e impulsividad, alteraciones en las funciones ejecutivas, ausencia o retraso en el diagnóstico como intervención farmacológica oportuna y experiencias adversas en la vinculación familiar y social.

Los factores genéticos hallados en las unidades de análisis se vinculan a variantes compartidas entre TDAH, conducta agresiva temprana, conducta antisocial y depresión. Específicamente la implicación de genes relacionados con el Síndrome de Tourette y la Hipomanía (Tsetsos et al., 2016; Hosang et al., 2019). En asociación a ello, estudios

epidemiológicos anteriores sugieren una arquitectura genética común (variantes de DAT1) que podría predisponer a un subtipo de Trastorno Bipolar de características prodrómicas tempranas que incluyen el TDAH (Greenwood et al., 2013).

En respaldo a lo genético, coinciden antecedentes como el análisis de 567 parejas de gemelos, 3,632 pares de hermanos y 2,340 pares de primos encontró factores de riesgo compartidos para TDAH comórbido con depresión como con ansiedad que incluía componentes familiares genéticos y ambientales (Gustavson et al., 2021). También el análisis con métodos de genética conductual de 600 parejas de gemelos finlandeses confirma la incidencia e interrelación de factores genéticos compartidos y ambientales entre el trastorno de conducta (TC), el TDAH y el Trastorno Negativista Desafiante (TND), (Dick et al., 2005).

Los factores neurobiológicos reportados en las unidades de análisis se vinculan a alteraciones estructurales del sistema nervioso central, reflejadas en disfunciones en la conectividad relacionadas con la autorregulación conductual, emocional y cognitiva (Long et al., 2024; Pauli-Pott et al., 2024; Puiu et al., 2018) determinante en comorbilidades como el TND y el TC.

Con fuerte evidencia en los estudios analizados, se destacan los factores psicológicos involucrados en la regulación emocional, el control conductual, la impulsividad (De Melo & Quagliato, 2025; Wilson et al., 2025; Gilbert et al., 2023; Frick et al., 2021; Owens et al., 2017; Baweja et al., 2016) y la búsqueda de recompensas (Ramatladi et al., 2023). Si bien estos síntomas son propios del TDAH y de otros trastornos neuropsiquiátricos, antecedentes empíricos demuestran que también conforman determinantes del deterioro funcional y de comorbilidad psiquiátrica (Anastopoulos et al., 2010; Rosen & Factor, 2012), y se configuran como factores clínicos o fenotípicos de comorbilidad (Nigg et al., 2020).

Otra unidad de análisis también suma la importancia del estrés vivenciado asociado o producto del subdiagnóstico como un factor de riesgo psicológico que debe atenderse (Wilson, 2025).

Diferencias por sexo en comorbilidades internalizantes y externalizantes (Njardvik et al., 2025; De Melo y Quagliato, 2025; Ramatladi et al., 2023; Wilson et al., 2025; Owens et al., 2017; Gilbert et al., 2023; Humphreys et al., 2013; Hinshaw et al., 2012; Yao, et al., 2019).

Los estudios encontrados en la revisión que profundizaron en el género, evidencian una presentación con una tendencia diferencial de las comorbilidades. El género masculino se vinculó a trastornos de expresión externalizante como el Negativista Desafiante y de Conducta y el femenino a los trastornos de expresión internalizante como el Trastorno por Estrés postraumático, el Trastorno de Ansiedad y Depresión. Una combinación preocupante son las expresiones mixtas como la sintomatología depresiva asociada a conductas de autolesión, suicidas y los Trastornos de la conducta Alimentaria.

En consonancia con estos hallazgos, el antecedente de un estudio transversal, nacional y de base poblacional realizado en Taiwán (Pei-Hsin Kao et al., 2025), cuyo objetivo fue dilucidar las diferencias sexuales en las comorbilidades psiquiátricas del TDAH en niños, adolescentes y adultos, evidenció que los varones menores de 18 años presentaban principalmente sintomatología externalizante, mientras que las mujeres mostraban una mayor vulnerabilidad a los trastornos emocionales.

De forma complementaria, otro precedente a partir de una revisión narrativa de investigaciones transversales y longitudinales, también identificó patrones diferenciados de continuidad comórbida según el sexo: los varones tendieron a mostrar vías de continuidad homotípicas asociadas a manifestaciones externalizantes, mientras que las mujeres presentaron vías heterotípicas, caracterizadas por una mayor presencia de síntomas internalizantes (Hinshaw et al., 2021),

Al respecto y sobre estas diferencias se cree que existen influencias biológicas dadas en la expresión neuropsicológica de la función cerebral y regulación hormonal femenina y masculina, influencias psicosociales asociadas a las expectativas de género y también sesgos de diagnóstico entre los profesionales de la salud (Biederman et al., 2005; Levy et al., 2005; Pérez Soler & Delgado, 2023).

Comorbilidades con mayor prevalencia en TDAH (Ostrander & Herman, 2006; Mikami et al., 2008; Rydell, 2010; Hinshaw et al., 2012; Liang et al., 2012; De Sanctis 2012; España et al., 2016; Tsetsos et al., 2016; Owens et al., 2017; Melegari et al., 2018; Puiu et al., 2018; Yao et al., 2019; Hartman et al., 2019; Brikell et al., 2020; Frick et al., 2021; Demontts et al., 2021; Gilbert et al., 2023; Ramataldi et al., 2023; Pauli-Pott et al., 2024; De Melo y Quagliato, 2025; Ribeiro y Franca, 2025).

Las comorbilidades psiquiátricas del TDAH de mayor prevalencia halladas en la presente Revisión Sistemática son los Trastornos Negativista Desafiante y de Conducta, seguidos de los Trastornos por Depresión específicos y asociados a ansiedad. En segundo lugar los Trastornos de Ansiedad Generalizada y sintomatología ansiosa. De menor ocurrencia se encontraron los Trastornos por Uso de Sustancias y en menor medida los trastornos de la Conducta Alimentaria y el Trastorno Bipolar. Por último, de más baja ocurrencia el Trastorno Límite de la Personalidad, Síndrome de Tourette y el Trastorno por Estrés Postraumático.

La evidencia coincide con los antecedentes que hallaron al TDAH infantil acompañado de una amplia variedad de trastornos psiquiátricos como el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de Conducta, diversos trastornos de ansiedad, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y distintos trastornos del estado de ánimo, como el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Bipolar. También la coexistencia con otros trastornos del neurodesarrollo, incluyendo los Trastornos del Espectro Autista, dificultades en la coordinación motora, problemas específicos del aprendizaje como dislexia y discalculia y los trastornos por tics o el síndrome de Tourette (Suárez et al., 2006).

En comparación con estudios previos se encuentra concordancia en la incidencia de la impulsividad propia del subtipo mixto del TDAH y su vinculación al desarrollo de trastornos disociales o de conducta (Díaz Atienza, 2006 y Casas et al., 2025) y el incremento de hasta tres veces y media del riesgo de presentar un Trastorno Depresivo Mayor (Jerrell et al., 2014). También la estrecha relación entre el TDAH y los trastornos del estado de ánimo, explicada por la interacción entre vulnerabilidad genética, anomalías neurobiológicas y factores ambientales que, bajo condiciones adversas, aumentan la probabilidad de sufrir acoso escolar, presentar bajo rendimiento académico y presentar dificultades socioemocionales (Liu, 2022).

Una estimación preocupante es que alrededor del 60% de los niños con TDAH presentan comorbilidades de expresión internalizante o externalizante y consumo de sustancias (Efron, 2014).

Más alarmante aún son los factores psicológicos asociados a alteraciones en la regulación emocional y en el control de impulsos, que mediados por mecanismos neurobiológicos compartidos, elevan el riesgo de autolesiones, intentos de suicidio y conductas suicidas en personas con TDAH en cualquier etapa de la vida (Di Lorenzo, 2021) si no son abordadas y tratadas oportunamente. Finalmente, cabe mencionar que investigaciones sobre el riesgo de muerte prematura muestran que el TDAH presenta un riesgo significativo, siendo la presencia de comorbilidades de inicio temprano un predictor de muerte por causas naturales, mientras que la de inicio tardío se asocia con fallecimientos por causas no naturales, como suicidio y lesiones accidentales (Sun et al., 2019)

Influencia de factores socioambientales y familiares (Ostrander & Herman, 2006; Mikami et al., 2008; Rydell, 2010; De Sanctis 2012; Humphreys et al., 2013; Calvo et al., 2020; Hartman et al., 2019; Frick et al., 2021).

Las unidades de análisis señalan que el apego inseguro y los eventos vitales negativos durante la infancia se asocian con el Trastorno Negativista Desafiante y el

Trastorno de Conducta. Otros factores, como el maltrato, la negligencia, el abuso emocional o físico y la crianza monoparental, se vinculan a la comorbilidad con el Trastorno Límite de la Personalidad. Asimismo, la exposición elevada y persistente al estrés se asocia con desregulación emocional grave, pudiendo incidir en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. La gestión parental de la conducta infantil y las dificultades en el vínculo parento filial pueden contribuir al desarrollo de depresión. En particular, el maltrato infantil también es un predictor de los trastornos por uso de sustancias y la crianza punitiva también se halló asociada, entre otros factores, a la comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria.

Estos resultados coinciden y se complementan con otros estudios empíricos como el de Johnston & Mash (2001) que sostienen que el estrés parental, familiar crónico y los problemas conyugales se identifican como factores que aumentan la comorbilidad emocional y conductual del TDAH. La evidencia sobre el estilo de crianza con disciplina inconsistente, hostilidad parental y/o baja supervisión incrementan el riesgo de desarrollar trastornos de conducta como comorbilidad, destacando el rol del ambiente familiar disfuncional (Chronis et al., 2011; Hinshaw, 2002).

Otro antecedente resalta que la calidad de vida familiar, el estrés parental y la depresión materna, junto con violencia de pareja, maltrato infantil y conflictos conyugales o fraternos, afectan directamente la regulación emocional y el apego repercutiendo en la conducta del infante. Entre los factores que aumentan la agresividad infantil se incluyen la insatisfacción conyugal, problemas de sueño, dificultades escolares, uso no supervisado de redes sociales, ausencia de figuras de apego seguras y limitaciones económicas. Estos hallazgos evidencian un ciclo bidireccional entre el estrés parental y las conductas disruptivas del niño, potenciando los síntomas del TDAH y aumentando la probabilidad de comorbilidades como el trastorno negativista desafiante (Johnston & Mash, 2001; González Monzón, 2025) o comorbilidades más severas como trastornos de conducta, antisociales y depresivos (Chronis et al., 2011; Hinshaw, 2002). Por último, los riesgos que afectan el

desarrollo infantil también comprenden la pobreza, las dificultades económicas, el desempleo y la participación laboral de la madre (Lezcano et.al., 2023).

Complementando lo hallado, se encuentra evidencia sobre la incidencia de las experiencias traumáticas tempranas sumadas a la impulsividad del TDAH actúan como predictores del Trastorno de Ansiedad Social (Kiyuncu et al.,2025).

Por último, entre las unidades de análisis halladas, cabe destacarse que la ausencia de diagnóstico y tratamiento oportuno tuvo incidencia en el aumento de la comorbilidad con el Trastorno por Estrés Postraumático (Wilson et al., 2025) y el uso de medicación estimulante del Sistema Nervioso Central fue un modulador de las comorbilidades asociadas al TDAH, disminuyendo sintomatología depresiva asociada a conductas de autolesión y suicidas (Liang et al., 2018), reduciendo significativamente síntomas externalizantes y depresivos y mejorando levemente el estado de ánimo en el Trastorno Disruptivo del Estado de Ánimo (Baweja et al., 2016).

Hallazgos relevantes

Los hallazgos de la revisión confirman la interacción compleja entre factores:

Genéticos y neurobiológicos: variantes compartidas entre TDAH, trastornos de conducta, depresión y bipolaridad (Tsetsos et al., 2016; Hosang et al., 2019). Alteraciones en conectividad cerebral relacionadas con autorregulación conductual y emocional (Puiu et al., 2018; Long et al., 2024; Pauli-Pott et al., 2024)

Psicológicos: déficits en regulación emocional, control de impulsos y búsqueda de recompensas, estrés asociado a subdiagnóstico y dificultades adaptativas (Wilson, 2025; De Melo & Quagliato, 2025; Wilson et al., 2025; Gilbert et al., 2023; Frick et al., 2021; Owens et al., 2017; Baweja et al., 2016; Ramatladi et al., 2023)

Socioambientales y familiares: apego inseguro, maltrato, negligencia, crianza inconsistente, estrés parental crónico y condiciones socioeconómicas adversas (Ostrander & Herman, 2006; Mikami et al., 2008; Rydell, 2010; De Sanctis 2012; Humphreys et al., 2013; Calvo et al., 2020; Hartman et al., 2019; Frick et al., 2021)

Se destacan diferencias de género: varones presentan mayor riesgo de comorbilidades externalizantes (TND, TC), mientras que mujeres presentan mayor riesgo de internalizantes (ansiedad, depresión, estrés postraumático) y síntomas mixtos preocupantes, como autolesiones o trastornos alimentarios (Njardvik et al., 2025; De Melo y Quagliato, 2025; Ramatladi et al., 2023; Wilson et al., 2025; Owens et al., 2017; Gilbert et al., 2023; Humphreys et al., 2013; Hinshaw et al., 2012; Yao, et al., 2019).

La síntesis sistemática permitió:

Integrar evidencia dispersa de distintas disciplinas y tipos de estudio (genética, neurobiología, psicología, epidemiología).

Organizar los factores de riesgo en categorías claras, facilitando la interpretación de hallazgos heterogéneos.

Identificar vacíos y contradicciones en la literatura, como la falta de estudios longitudinales que integren factores genéticos, ambientales y psicológicos en la evolución del TDAH comórbido.

Orientar futuras investigaciones y posibles intervenciones tempranas, destacando la necesidad de diagnóstico oportuno y abordajes integrales (Wilson et al., 2025; Long et al., 2024).

VIII. Conclusión

La presente revisión sistemática identificó evidencia consistente respecto de los diversos factores asociados a la comorbilidad psiquiátrica en el TDAH infantil, evidenciando una notable heterogeneidad metodológica, conceptual y geográfica en los estudios analizados. Esta variabilidad da cuenta de la complejidad del trastorno, así como del carácter dinámico e interdependiente de los factores implicados en su manifestación clínica.

Los hallazgos permiten afirmar que las comorbilidades en el TDAH infantil responden a una etiología multifactorial, en la que interactúan factores psicológicos, genéticos, neurobiológicos y ambientales. Asimismo, se destaca el papel de ciertos factores

moduladores como el género, el diagnóstico temprano y el tratamiento farmacológico, los cuales inciden de manera significativa en la evolución del cuadro y en la expresión de las comorbilidades, subrayando la necesidad de abordajes integrales y oportunos.

En relación con los factores identificados, se observa que, si bien cada estudio enfatiza dimensiones específicas, existe un consenso en torno a su interrelación dinámica. En este marco, los factores psicológicos adquieren un papel central como mediadores entre la predisposición biológica y las influencias ambientales, contribuyendo de manera significativa a la configuración de las comorbilidades psiquiátricas.

Particularmente, variables como la regulación emocional, el control conductual, la impulsividad y la sensibilidad a la recompensa se posicionan como ejes fundamentales en la articulación entre los factores genético-neurobiológicos y los contextos familiares y sociales. Por su parte, los entornos disfuncionales caracterizados por apego inseguro, experiencias traumáticas, maltrato, negligencia y prácticas de crianza inadecuadas incrementan de forma significativa el riesgo de desarrollar comorbilidades tales como el Trastorno Negativista Desafiante, el Trastorno de Conducta, el Trastorno Límite de la Personalidad, así como trastornos de ansiedad y depresión.

En cuanto a la prevalencia, los resultados señalan que las comorbilidades más frecuentes en el TDAH infantil corresponden a los trastornos externalizantes, particularmente el Trastorno Negativista Desafiante y el Trastorno de Conducta. En segundo lugar, se identifican los trastornos internalizantes, incluyendo el Trastorno Depresivo Mayor, la sintomatología ansioso-depresiva y los trastornos de ansiedad generalizada.

El análisis según sexo biológico revela patrones diferenciales de comorbilidad: en los varones predomina la presencia de trastornos externalizantes, configurando trayectorias de continuidad homotípica, mientras que en las mujeres se observa una mayor prevalencia de trastornos internalizantes, asociadas a trayectorias heterotípicas. Estos hallazgos requieren ser profundizados considerando variables neurobiológicas, factores socioculturales vinculados al género y posibles sesgos diagnósticos.

En este sentido, la impulsividad y los síntomas nucleares del TDAH, en particular la desregulación emocional y conductual, constituyen uno de los principales nexos con el desarrollo de comorbilidades, posicionándose como objetivos prioritarios de intervención clínica.

Los resultados obtenidos resaltan la importancia de fortalecer estrategias de prevención orientadas a mejorar la detección temprana del trastorno, evitando tanto el subdiagnóstico como el sobrediagnóstico, y promoviendo intervenciones ajustadas a las necesidades individuales. En el ámbito familiar, intervenciones como la psicoeducación, el entrenamiento a padres y el acompañamiento psicológico han demostrado ser fundamentales para optimizar las prácticas de crianza y reducir el riesgo de complicaciones asociadas.

Asimismo, considerando la evidencia sobre desenlaces adversos en casos de comorbilidad psiquiátrica, se destaca el papel del tratamiento farmacológico como un factor protector en la reducción de conductas de riesgo, en el marco de abordajes multimodales.

En síntesis, esta revisión sistemática permitió profundizar en la comprensión de la multifactorialidad de las comorbilidades asociadas al TDAH infantil, identificando líneas relevantes para futuras investigaciones y para el diseño de intervenciones orientadas a la prevención y al abordaje integral del trastorno.

No obstante, los resultados deben interpretarse a la luz de ciertas limitaciones. En primer lugar, la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos en términos de diseños, instrumentos diagnósticos, criterios clasificatorios y rangos etarios dificulta la comparación directa de los hallazgos y limita la posibilidad de realizar síntesis cuantitativas. En segundo lugar, el predominio de estudios observacionales impide establecer relaciones causales, por lo que los factores identificados deben considerarse como asociaciones o factores de riesgo potenciales.

Adicionalmente, la variabilidad geográfica y cultural, junto con posibles sesgos de publicación e idioma, restringe la generalización de los resultados. La escasa representación de estudios en Latinoamérica constituye una limitación relevante, lo que señala la necesidad

de ampliar la investigación en contextos socioculturales diversos. Asimismo, la limitada disponibilidad de estudios longitudinales dificulta la construcción de modelos explicativos integrales sobre la evolución del trastorno y sus comorbilidades.

En función de lo anterior, se recomienda que futuras investigaciones incorporen diseños longitudinales, muestras más diversas y enfoques integradores que permitan analizar de manera conjunta los factores de riesgo y protección.

En conclusión, la presente revisión sistemática aporta evidencia sólida sobre la complejidad y multifactorialidad de las comorbilidades en el TDAH infantil, destacando factores clave para su detección temprana e intervención. Asimismo, proporciona fundamentos relevantes para el desarrollo de futuras investigaciones, intervenciones clínicas y políticas públicas orientadas a la prevención de complicaciones, la mejora del diagnóstico y la reducción de desenlaces adversos en niños y niñas con TDAH.

Referencias

Los estudios marcados con asterisco corresponden a aquellos incluidos en la síntesis cualitativa de la presente revisión sistemática.

- Acosta, J. H., y Ochoa, W. C. (2008). Algunas consideraciones sobre comorbilidad del TDAH: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Acta Neurológica Colombiana*, 24 (1 supl 1), 51-57.
- Achenbach, T. & Rescorla, L. (2010). Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, Vt. : ASEBA.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition, text revision. Amer Psychiatric Pub Inc.
- Anastopoulos, A. D., Smith, T. F., Garrett, M. E., Morrissey-Kane, E., Schatz, N. K., Sommer, J. L., Kollins, S. H., & Ashley-Koch, A. (2010). Self-Regulation of Emotion, Functional Impairment, and Comorbidity Among Children With AD/HD. *Journal of Attention Disorders*, 15(7), 583-592. <https://doi.org/10.1177/1087054710370567>
- Antony, M. V., Weathersby, F. L., & Dvorsky, M. R. (2022). Emotion dysregulation as a transdiagnostic mechanism in ADHD and internalizing symptoms: Implications for intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(3), 527–546.
- Arango, L., Mejía, M., Cardona, J. y Cornejo, J. (2008). Características clínicas, neuropsicológicas y sociodemográficas de niños varones con déficit de atención/hiperactividad de tipo inatento. *Latreia*, 21, 375-385. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513867003>
- Arce, A., y Torales, J. (2012). Trastorno bipolar pediátrico. *Tendencias en medicina*. 7 (7), 11-17.
- Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol*, 36(Supl 1), S68-78.
- Baby, M., Priya, V., Pallavi, J., Karthik Chand, B., Srinivasan, L.V., Rana, S.S., Tawil, S.,

- Haque, S., Ghosh, P., Bhattacharya, P., Khan, M.O., Perwez, S.K., Ahmad, F. A. (2025). Narrative Review of Outcomes, Comorbidities, and Alternative Behavioral Interventions in Adolescent and Adult Women with ADHD. *Int J Womens Health*:17;3201-3228. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S511297>
- Baddeley, A. (2003). Working memory: looking back and looking forward. *Nat Rev Neurosci* 4, 829–839. <https://doi.org/10.1038/nrn1201>
- Bagwell, C., Molina, B., Kashdan, T., Pelham, W., Hoza, B. (2006). Anxiety and mood disorders in adolescents with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 14(3):178. <https://doi.org/10.1177/10634266060140030501>
- Baker, L.A., Jacobson, K.C., Raine, A., Lozano, D.I., Bezdjian, S. (2007). Genetic and environmental bases of child antisocial behavior: A multi-informant twin study. *Journal of Abnormal Psychology*:116;219–235. doi: 10.1037/0021-843X.116.2.219
- Bakker, L., Rubiales, J., y Paneiva Pompa, J. P. (2023). ¿Qué sabemos del TDAH? Comportamiento humano, genética y ambiente. *CONICET*. <https://www.conicet.gov.ar/que-sabemos-de-tdah/>
- Barkley, R. A (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65–94. doi:10.1037/0033-2909.121.1.65.
- Barkley, R. A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: *A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2006) Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26, In: Barkley, R. A. (ed) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment. *The Gilford Press*.
- Barkley, R. A. (2008). El manejo del TDAH en el aula: estrategias para el éxito. El TDAH como trastorno de las funciones ejecutivas: aplicaciones para su manejo en el aula.

- Barkley, R. A. (2011). Is executive functioning deficient in ADHD? It depends on your definitions and your measures. *The ADHD Report*, 19(4), 1-10. DOI:10.1521/adhd.2011.19.4.1.
- Barkley, R. A. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). *The Guilford Press*.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: Antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2): 195-211.
- *Baweja, R., Belin, P.J., Humphrey, H.H., Babocsai, L., Pariseau, M.E., Waschbusch, D.A., Hoffman, M.T., Akinnusi, O.O., Haak, J.L., Pelham, W.E., Waxmonsky, J.G. (2016). The Effectiveness and Tolerability of Central Nervous System Stimulants in School-Age Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Disruptive Mood Dysregulation Disorder Across Home and School. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 26(2):154-63. doi: 10.1089/cap.2015.0053.
- Beauchaine, T. P., Neuhaus, E., Brenner, S. L., & Gatzke-Kopp, L. (2008). Ten good reasons to consider biological processes in prevention and intervention research. *Development and psychopathology*, 20(3): 745-774. <https://doi.org/10.1017/s0954579408000369>
- Bell, Z.E., Fristad, M.A, Youngstrom, E.A, Arnold, L.E, Beauchaine, T.P. (2022). LAMS Consortium. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Externalizing Progression in the LAMS Study: A Test of Trait Impulsivity Theory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. (2):298-307. doi: 10.1016/j.jaac.2021.05.018.
- Biederman J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*. 1;57(11):1215-20. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.10.020.
- Biederman, J., Petty, C.R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M.C., Faraone, S.V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and

conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychol Med.*38(7):1027-1036. doi: 10.1017/S0033291707002668.

Biederman, J., Kwon,A., M.S., Aleardi,M., Chouinard, V., Marino,T., Heather Cole, B.A., Mick,E., and Faraone, S.(2005). Absence of Gender Effects on Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings in Nonreferred Subjects.<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1083>

Biederman, J., Petty, C. R., Evans, M., Small, J., & Faraone, S. V. (2010). How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry research*, 177(3), 299-304.

Bieś, R., Fojcik, J., Warchala, A., Trędzbor, B., Krysta, K., Piekarska-Bugiel, K., & Krzystanek, M. (2023). The Risk of Methylphenidate Pharmacotherapy for Adults with ADHD. *Pharmaceuticals*, 16(9): 1292. <https://doi.org/10.3390/ph16091292>

Bilenberg, N., Bikic, A., Lange, A.M. (2025). Nonfarmakologisk behandling af ADHD [Non-pharmacological interventions for ADHD]. *Ugeskr leger; 187(20)*. doi: 10.61409/V11240798.

*Brikell, I., Larsson, H., Lu, Y., Pettersson, E., Chen, Q., Kuja-Halkola, R., Karlsson, R., Lahey B.B., Lichtenstein, P., Martin, J.(2020). The contribution of common genetic risk variants for ADHD to a general factor of childhood psychopathology. *Mol Psychiatry*:(8):1809-1821. doi: 10.1038/s41380-018-0109-2.

Cabasés, J., & Quintero, F. (2005). Tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 6(6), 503-514.

Cadman, T., Findon, J., Eklund, H., Hayward, H., Howley, D., Cheung, C., Kuntsi, J., Glaser, K., Murphy, D., Asherson, P. (2016). Six-year follow-up study of combined type ADHD from childhood to young adulthood: Predictors of functional impairment and comorbid symptoms. *Eur Psychiatry*: 35:47-54. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.08.007.

- *Calvo, N., Lara, B., Serrat, L., Pérez-Rodríguez, V., Andiñ, Ò., Ramos-Quiroga, J.A., Ferrer, M. (2020). The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* doi: 10.1186/s40479-019-0118-z.
- Capaldi, D.M. (2001). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at Grade 6. *Development and Psychopathology*; 3:277–300. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005319>
- Cardo E., y Servera, M. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Rev Neurol.* 16;46(6):365-72. <https://europepmc.org/article/med/18368682>
- Casas, G., Garcia, C., y Cote Martinez, D. (2025). Las comorbilidades más graves del TDAH: una preocupante revisión. *Revista Medicina de Buenos Aires*, 85 (1):16-21. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol85-25/s1/16s1.pdf>
- Castellanos, F. & Tannock, R., (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Rev Neurosci* 3, 617–628 <https://doi.org/10.1038/nrn896>
- Childress, A., Matthew N. Brams, Andrew J. Cutler, Graeme, A.E. Donnelly, and Sailaja Bhaskar. (2020). Efficacy and Safety of Multilayer, Extended-Release Methylphenidate (PRC-063) in Children 6–12 Years of Age with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Laboratory Classroom Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 30 (10): 580-589. <https://doi.org/10.1089/cap.2020.0109>
- Colomer, C., Mercader, J., Presentación, M. J., & Miranda, A. (2014). Influencia de factores familiares y personales en la evolución negativa del tdah. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology, 4(1): 415-424.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.629>

- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A.J., Carucci, S., Atkinson, L.Z, Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H.C., Shokraneh, F., Xia, J., Cipriani, A. (2008). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. (9):727-738. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
- Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M.D. & Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 690–698. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162582.87710.66>
- Chen, Q., Brikell, I., Lichtenstein, P., Serlachius, E., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2017). Genetic and environmental influences on the relationship between ADHD symptoms and depression in adults: A Swedish population study. *Molecular Psychiatry*, 22(11), 1644–1651.
- Chronis-Tuscano, A., O'Brien, K. A., Johnston, C., Jones, H. A., Clarke, T. L., Raggi, V. L., Rooney, M.E., Yamalis Diaz, J.P & Seymour, K. E. (2011). The relation between maternal ADHD symptoms & improvement in child behavior following brief behavioral parent training is mediated by change in negative parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 39, 1047-1057. doi: 10.1007/s10802-011-9518-2.
- De la Guía, G. D. T. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de Catalunya.
- Demontis, D., Walters, R. K., Martin, J., Mattheisen, M., Als, T. D., Agerbo, E., ... & Neale, B.

- M. (2019). Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nature genetics*, 51(1), 63-75. <https://www.nature.com/articles/s41588-018-0269-7>
- *Demontis, D., Walters, R.K., Rajagopal, V.M. (2021) . Risk variants and polygenic architecture of disruptive behavior disorders in the context of attention deficit hyperactivity disorder. *Nat Commun* (12): 576. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20443-2>
- Denckla, M.B. (1996). Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning-disability and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, (17); 114-119.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annu Rev. Psychol.* 64:135–168 <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Diaz Atienza, J. (2016). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*,6(1): 44-55. doi: <https://doi.org/10.65549/khbyh798>.
- Dick, D.M., Viken, R.J., Kaprio, J., Pulkkinen, L., Rose, R.J., (2005). Understanding the Covariation Among Childhood Externalizing Symptoms: Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 33, 219–229. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-1829-8>
- Diaz Gutiérrez, R. (2021). Revisión de estrategias de intervención cognitivo- conductuales en el tratamiento de los niños y niñas con diagnóstico de TDAH. [Tesis de Maestría. Universidad Católica de Pereira]. Archivo digital.: <http://hdl.handle.net/10785/8245>
- Di Lorenzo, R., Balducci, J. (2021). Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: a systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatra* 33 (6): 283-98. <https://doi.org/10.1017/neu.2021.23>
- *De Melo, R.T., Quagliato, L. (2025). Pyromania/ Firesetters and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents: a systematic review. *Trends Psychiatry*

Psychother. doi: 10.47626/2237-6089-2024-0947.

- Du Paul, GJ, y Stoner, G. (2014). TDAH en las escuelas: Estrategias de evaluación e intervención. *The Guilford Press*.
- Efron D, Lycett K & Sciberras E. (2014). Use of sleep medication in children with ADHD. *Sleep Medicine* 15(4):472-475. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.10.018>
- *España, F., Legazpe García, G., Miñano Meneres, M., Cebrián Gallardo, J., Calabuig Crespo, R., y Martínez-Raga, J. (2016). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y patología dual. Neurobiología y factores comunes de vulnerabilidad. *Revista Española de Drogodependencias* 41 (3) 46-58.
- Espina, A., & Ortego, A. (2006). Guía práctica para los trastornos de déficit atencional con/sin hiperactividad.
- Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry.* (2):104-13.
- Faraone, S. y Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hiperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(1):159-180. DOI: 10.1016/j.psc.2009.12.004.
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>.
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323. DOI: 10.1016/j.psc.2009.12.004.
- Ferdinand, R.F., Dieleman, G., Ormel, J., Verhulst, F.C. (2007). Homotypic versus heterotypic continuity of anxiety symptoms in adolescents: Evidence for distinction between DSM-IV subtypes. *Journal of Abnormal Child Psychology.*;35:325–333. DOI:

10.1007/s10802-006-9093-0.

Fernández-Perrone, A., Fernández-Mayoralas, D. & Fernández-Jaén, A. (2013). Trastorno por déficit de atención/hiperactividad: del tipo inatento al tipo restrictivo. *Revista de Neurología*, 56(1); 577-584.

Fernandes, S. M., Vázquez-Justo, E., Piñón-Blanco, A. (2017). TDAH y TEA (Trastornos del Espectro del Autismo): Comorbilidad y diagnóstico diferencial. *Lex Localis*.

Friedman, N., Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex* 8 (6): 186 -204.
<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.04.023>

*Frick MA, Darling Rasmussen P, Brocki KC.(2022). Can attachment predict core and comorbid symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder beyond executive functions and emotion regulation? *Br J Clin Psychol*::93-111. doi: 10.1111/bjc.12317.

Galarza, C. R. (2016). La cara oculta del TDAH. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 6(1),226-253

Gallo, E. & Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *Lancet Psychiatry*.3 (6):555-67. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00096-1.

*Garcia-Argibay, M., Brikell, I., Thapar, A., Lichtenstein, P., Lundström, S., Demontis, D., Larsson, H. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder: Evidence From Multiple Genetically Informed Designs. *Biol Psychiatry*: 95(5):444-452. doi: 10.1016/j.biopsych.2023.07.017.

Ghassabian, A., Herba, C., Roza, S., Govaert, P., Schenk, J., Jaddoe, V. & Tiemeier, H. (2013). Infant brain structures, executive function, and attention deficit/hyperactivity problems at preschool age. A prospective study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1); 96-104. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02590.x>

*Gilbert M, Boecker M, Reiss F, Kaman A, Erhart M, Schlack R, Westenhöfer J, Döpfner M,

- Ravens-Sieberer U.(2025). Gender and Age Differences in ADHD Symptoms and Co-occurring Depression and Anxiety Symptoms Among Children and Adolescents in the BELLA Study. *Child Psychiatry Hum Dev*:56(4):1162-1172. doi: 10.1007/s10578-023-01622-w.
- Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (2016). Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes. Tratamientos Psicosociales para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Librería Akadia*: 494-510
- Gomez, R., Chen, W., & Houghton, S. (2023). Differences between DSM-5-TR and ICD-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: a commentary on implications and opportunities. *World journal of psychiatry*, 13 (5), 138. <https://doi.org/10.5498/wjp.v13.i5.138>
- González Monzón. A., (2025). Relación entre funcionamiento familiar disfuncional y evolución negativa de los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños. Una Revisión Sistemática. *Psicología UNEMI*, 9(17),102-131.<https://doi.org/10.29076/issn.26028379vol9iss017.2025pp102-131p>
- González, R., Bakker, L. y Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1); 141-158. DOI:10.11600/1692715x.1217060413.
- González, I. N., y Villamisar, D. A. G. (2010). El concepto de hiperactividad infantil en perspectiva: Breve análisis de su evolución histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(4), 23-36.
- Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal,P., Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*. 6;7(17):2420-2426. doi: 10.12998/wjcc. v7.i17.2420.
- Greger, H. K., Kayed, N. S., Lehmann, S., Jozefiak, T., Lydersen, S., Wichstrøm, L., & Fjukstad, K. K. (2025). Prevalence and comorbidity of mental disorders among young adults

with a history of residential youth care—a two-wave longitudinal study of stability and change. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-11.

Greenwood, T. A., Joo, E. J., Shekhtman, T., Sadovnick, A. D., Remick, R. A., Keck, P. E., ... & Kelsoe, J. R. (2013). Association of dopamine transporter gene variants with childhood ADHD features in bipolar disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 162(2), 137-145. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32108>

Groenman, A.P, Janssen, T.W.P., Oosterlaan, J. (2017). Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 56(7):556-569. doi: 10.1016/j.jaac.2017.05.004.

Guerrero, R. (2023). Ni están todos los que son ni son todos los que están. Blog de Rafa Guerrero. <https://rafaguerrero.com/tdah-ni-estan-todos-los-ninos-que-son-ni-son-todos-los-ninos-que-estan>

Gutiérrez Prendas, J. M. (2015). Factores asociados para la comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención y los trastornos internalizantes. [Tesis de doctorado. Universidad El Bosque]. Archivo digital <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/5c3620c0-542f-4fde-8d5c-8d8399336>

Gustavson K., Torvik, F.A., Eilertsen, E.M., Ask, H., McAdams, T.A., Hannigan, L.J., Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom. E., & Gjerde. L.C. (2021). Genetic and environmental contributions to co-occurring ADHD and emotional problems in school-aged children. *Dev Psychol*. 57(8):1359-1371. doi: 10.1037/dev0001229.

Hanć, T., Cortese, S., Drechsler, R., & Wolanczyk, T. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the environment. In S. Cortese (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): New Research* 89–110. *Nova Science Publishers*.

*Hartman, C.A., Rommelse, N., van der Klugt, C.L., Wanders, R.B.K., Timmerman, M.E. (2019). Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young

- Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. *J Clin Med*: 8 (11):1824. doi: 10.3390/jcm8111824.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. *Mac Graw Hill*.
- Hervás, A. (2024). Trastornos del espectro autista, trastornos por déficit de atención hiperactividad y desregulación emocional: enmascaramiento y abordaje. *Medicina (Buenos Aires)*, 84, 43-49.
- Hervas Zúñiga, A., y Forteza, O. D. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, XVIII (9), 643-654.
- Hinshaw, S., (2002). Preadolescent Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Background Characteristics, Comorbidity, Cognitive and Social Functioning, and Parenting Practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (5). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.70.5.1086>
- Hinshaw, S.P., Carte, E.T., Fan, C., Jassy, J.S., y Owens, E. B. (2007). Neuropsychological functioning of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder followed prospectively into adolescence: evidence for continuing deficits? *Neuropsychology*, (21),14 263-273. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.2.263>
- *Hosang, G.M., Lichtenstein, P., Ronald, A., Lundström, S., Taylor, M.J. (2019). Association of Genetic and Environmental Risks for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With Hypomanic Symptoms in Youths. *JAMA Psychiatry*:76(11):1150-1158. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1949.
- 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 hyperactivity disorder according to gender and subtype. *Journal of Child Neurology*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.70.5.1086>
- Jerrell, J., McIntyre, R., Mark Park, Y.M. (2014). Risk factors for incident major depressive

- disorder in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*; 1-9. DOI:10.1007/s00787-014-0541-z
- Johnston, C., Mash, E.J. (2001). Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 4, 183–207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Kandyce, L., Russ S. A., Khan, R. S., & Halfon N. (2011). Patterns of Comorbidity, Functioning, and Service Use for us Children with ADHD. *Pediatrics* 127(3): 462-470 DOI:10.1542/peds.2010- 0165.
- Karmakar, A., Maitra, S., Verma, D., Chakraborti, B., Goswami, R., Ghosh, P., Sinha, S., Mohanakumar, K.P., Usha, R., Mukhopadhyay, K. (2014). Potential contribution of monoamine oxidase a gene variants in ADHD and behavioral co-morbidities: scenario in eastern Indian probands. *Neurochem Res*.39(5):843-52. DOI: 10.1007/s11064-014-1276-4.
- Kitchenham, B. (2004). Procedures for performing systematic reviews. *Keele University*,33,1-26.
- Koyuncu, A., Çelebi, F., Ertekin, E (2016). Attention deficit and hyperactivity in social anxiety disorder: relationship with trauma history and impulsivity. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 8, 95–100). <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0189-2>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2(1),111-133. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213>
- Leaberry, K. D., Rosen, P. J., Fogleman, N. D., Walerius, D. M., & Slaughter, K. E. (2017). Comorbid internalizing and externalizing disorders predict lability of negative emotions among children with ADHD. *Journal of attention disorders*. <https://doi.org/10.1177/1087054717734647>
- Lee, P. C., Niew, W. I., Yang, H. J., Chen, V. C. H., & Lin, K. C. (2012). A meta-analysis of

behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 33(6), 2040-2049. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.011>

Lee, Y. C., Chen, C. R., & Lin, K. C. (2022). Effects of mindfulness-based interventions in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public*. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215198>

Leibenluft, E. (2012). Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *The American Journal of Psychiatry*. 168(2): 129-142. <https://doi.org/10.3390/ijerph19221519>

Lezcano, A. E., Tovar, M. G., Fuertes, P. G., Fernández, M. M., Pérez-Hiraldo, M. P. C., y Núñez, E. A. (2023). El ambiente familiar como factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades mentales y otros trastornos en niños y adolescentes: una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(1), 171.

Levy, F., Hay, D. A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4), 368–376. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00009>

Lewinsohn, P.M., Shankman, S.A, Gau, J.M, Klein, D.N (2004). The prevalence and comorbidity of sub-threshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine* , 34:613–622. DOI: 10.1017/S0033291703001466.

Lezak, M., Howieson, D., Loring, D. (2004). *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press.

*Liang, S.H., Yang, Y.H, Kuo, T.Y, Liao, Y.T., Lin TC, Lee, Y., McIntyre, R.S., Kelsen, B.A., Wang,T.N, Chen, V.C. (2018) Suicide risk reduction in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: A Taiwan nationwide

population-based cohort study. *Res Dev Disabil*:72:96-105. DOI: 10.1016/j.ridd.2017.10.023.

Liu, R.T., Walsh, R.F.L. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Non-suicidal Self-injury in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* 79: 718-26. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.05.011>

Lykken, D.T. (2006). Psychopathic personality. In: Patrick CJ, editor. Handbook of psychopathy. *Guilford Press*;. 3–13.

López, I., Rodillo, E. & Kleinstauber, K. (2008) Neurobiología y diagnóstico del trastorno por déficit de atención. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 19(5): 511- 524.

*Long, Y., Pan, N., Yu, Y., Zhang, S., Qin, K., Chen, Y., Sweeney, J.A., Del Bello, M.P., Gong, Q.(2024). Shared and Distinct Neurobiological Bases of Bipolar Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Comparative Meta-Analysis of Structural Abnormalities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*:63(6):586-604.DOI: 10.1016/j.jaac.2023.09.551.

Luria, A. R. (1966). Higher cortical functions in mano. *Basic Books*.

Manolio, T., Collins, F., Cox, N., Goldstein, D.V, Hindorff, L.A., Hunter, D.J., McCarthy, M.I., Ramos, E.M., Cardon, L.R., Chakravarti, A., Cho, J.H., Guttmacher, A.E., Kong, A., Kruglyak, L., Mardis, E., Rotimi, C.N., Slatkin, M., Valle, D., Whittemore, A.S., Boehnke, M... & Peter M. Visscher, P.M. (2009). Finding the missing heritability of complex diseases. *Nature* 461:747–753. <https://doi.org/10.1038/nature08494>

Marmo, J., Losada, A. y Zambrano-Villalba, C. (2022). Propuestas Metodológicas en Estudios de Revisión Sistemática, Metasíntesis y Metaanálisis. *Revista psicología UNEMI*. 6(11):. 32 - 43. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp32-43p>

*Melegari, M.G., Bruni, O., Sacco, R., Barni, D., Sette, S., Donfrancesco, R. (2018). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety

Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Res.* Dec;270:780-785. doi: 10.1016/j.psychres.2018.10.078.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A. y Wager, T. D. (2000).

The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100. DOI: 10.1006/cogp.1999.0734.

Mohammadi, M., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S., Ahmadi, A. Alavi S., Shakiba, A. & Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorder*; 25(8):1058-1067. DOI:10.1177/1087054719886372.

Molina, B. S.G., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J.N, Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H.B., Elliott, G.R, Greenhill, L.L., Newcorn, J.H, Wells, K.C, Wigal, T., Gibbons, R.D, Hur, K., Houck, P.R; MTA Cooperative Group (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500. DOI: 10.1097/CHI.0b013e31819c23d0.

Molina, M. F. (2016). Las autopercepciones de niños derivados a psicoterapia y su relación con la severidad de los síntomas de inatención, hiperactividad/impulsividad y externalizantes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25,(1):79-90.

Monuteaux, M.C., Faraone, S.V, Michelle Gross, L., Biederman, J. (2007). Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *Psychol Med.* 37(12):1731-41. doi: 10.1017/S0033291707000529.

Moore, D. A., Richardson, M., Gwernan-Jones, R., Thompson-Coon, J., Stein, K., Rogers, M., Garside, R., Logan, S., Ford, T.J.(2019). Non-pharmacological interventions for

ADHD in school settings: An overarching synthesis of systematic reviews. *Journal of attention disorders*, 23(3): 220-233. DOI: 10.1177/1087054715573994.

Navarro, M. & García, D. (2011). Funcionamiento ejecutivo en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad: una perspectiva ecológica de los perfiles diferenciales entre los tipos combinado e inatento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 (2), 113-124.

DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10355>

Nigg, J.T., Blaskey, L., Huang-Pollock, C., & 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.

Nigg, J. T, Willcutt, E., Doyle, A. & Sonuga-Barke, E. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry*, 57(11), 1224-1230.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.025>

Nigg, J., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L. & Zucker, R. A. (2007). Genotype and neuropsychological response inhibition as resilience promoters for attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder under conditions of psychosocial adversity. *Development and Psychopathology*, 19, 767-786. DOI: 10.1017/S0954579407000387.

*Njardvik, U., Wergeland, G. J., Riise, E., Hannesdottir, D., Lars-Göran Öst. (2025). Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, Vol. 118.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102571>

Orellana Ayala, C. (2018). El problema del sobrediagnóstico en TDAH (parte 1).

<https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/el-problema-del-sobrediagnostico-en-tdah.html>

- *Owens, E. B., Zalecki, C., Gillette, P., & Hinshaw, S. P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 723–736. <https://doi.org/10.1037/ccp0000217>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The Bmj*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n7>
- Paneiva Pompa, J.P., Rubiales, J. y Bakker, L. (2024). "Vamos con tutti!". Programa de intervención psicoeducativa en entornos escolares para potenciar habilidades positivas en estudiantes con TDAH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 199-210. DOI: 10.17060/ijodaep.2024.n2.v1.275516.
- Passler, M. A., Isaac, W., & Rynd, G. W. (1985). Neuropsychological development of behavior attributed to the frontal lobe. *Developmental Neuropsychology*, 1; 349-370. <https://doi.org/10.1080/87565648509540320>
- *Pauli-Pott, U., Skoluda, N., Nater, U.M., Becker, K., Derz, F., Kaspar, E., Kasperzack, D., Kehm, K., Kött, M., Mann, C., Schurek, P., Pott, W., Schloß, S. (2024). Long-term cortisol secretion in attention deficit hyperactivity disorder: roles of sex, comorbidity, and symptom presentation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 33(2):569-579. doi: 10.1007/s00787-023-02180-1.
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., ... & Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European child & adolescent psychiatry*, 25, 1217-1231.

doi: 10.1007/s00787-016-0841-6.

- Pennington, B.F., Bennetto, L., McAleer, O. & Roberts, R.J. (1996). Executive function and working memory: theoretical and measurement issues. In: Lyon, G. R. & Krasnegor, N. *Attention, Memory and Executive Function* (Baltimore: Paul Brookes), pp. 327-348.
- Pérez-Sóler, I., & Delgado, M. (2023). Diferencias de género en la sintomatología del TDAH: implicaciones para el diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 68(1), 38-46.
- Perlstein, S., Hawes, S. W., Byrd, A. L., Barzilay, R., Gur, R. E., Laird, A. R., & Waller, R. (2024). Unique versus shared neural correlates of externalizing psychopathology in late childhood. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 133 (6), 477–488. <https://doi.org/10.1037/abn0000923>
- Pei-Hsin Kao, Chung-Han Ho, Charles Lung-Cheng Huang.(2025). Sex differences in psychiatric comorbidities of attention-deficit/hyperactivity disorder among children, adolescents, and adults: A nationwide population-based cohort study. *PLoS ONE* 20(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315587>
- Pino Calderón, F. J. (2004). TDAH y trastorno oposicionista desafiante en el niño. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/tdah-y-trastorno-oposicionista-desafiante-en-el-nino>
- Pliszka, S. R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7): 50-58.
- Pliszka, S. (2000). Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 9(3), 525-540. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30105-](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30105-)
- Pliszka, S. (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc.Psychiatry*,46(7),894921.<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724>

- *Puiu, A., Wud Barczyk, O., Goerlich, K., Votinov, M., Herpertz-Dahlmann, B., Kerstin Konrad, B. (2018). Impulsive aggression and response inhibition in attention-deficit/hyperactivity disorder and disruptive behavioral disorders: Findings from a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Vol. 90. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.04.016>.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- *Ramatladi, M.; Pillay, J. and Meyer, A. (2023). Symptoms of oppositional defiant disorder, conduct disorder and anger in children with ADHD. *South African Journal of Education*. Vol 43, N1. <https://doi.org/10.15700/saje.v43n1a2136>
- * Ribeiro M.I, França, G. A . (2025). Perturbação por Uso de Substâncias como Comorbilidade em Doentes com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Substance Use Disorder as a Comorbidity in Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Med*;38(6-7):398-407. doi: 10.20344/amp.21937.
- Robinson, T. & Tripp, G. (2013). Neuropsychological functioning in children with ADHD: Symptom persistence is linked to poorer performance on measures of executive and nonexecutive function. *Japanese Psychological Research*, 55(2), pp. 154-167. <https://doi.org/10.1111/jpr.12005>
- Rodillo, E., (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes* (26), 1: 52-59-. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.005>
- Romero, D., Maestú, F., González, J., Romo, C. y Andrade, J. (2006). Disfunción ejecutiva en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, 42(5), 265-271. DOI:10.33588/rn.4205.2004566.

- Rommelse N.N., Altink M.E, Martin N.C, Buschgens C.J, Faraone S.V, Buitelaar J.K, Sergeant J.A, Oosterlaan, J. (2008). Relationship between endophenotype and phenotype in ADHD. *Behav Brain Funct*, (4), 4. doi: 10.1186/1744-9081-4-4.
- Rosen, P.J., & Factor, P.I. (2015) Emotional Impulsivity and Emotional and Behavioral Difficulties Among Children With ADHD: An Ecological Momentary Assessment Study. *J Atten Disord*, (9):779-93. doi: 10.1177/1087054712463064.
- Rosen, P. J., & Factor, P. I. (2015). Emotional impulsivity and emotional dysregulation in children with ADHD: Implications for comorbidity and impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 379–391.
- Rubiales, J. (2013). Importancia del diagnóstico diferencial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 59(2):76-86.
- Rucklidge, J. J. & Tannock, R. (2002). Neuropsychological profiles of adolescents with ADHD: effects of reading difficulties and gender. *J Child Psychol Psychiatry*, 43, 988-1003. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00227>
- Ruggieri, V.L. (2006). Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. *Rev Neurol*, 42(3), 51-56. DOI:10.33588/rn.42S03.2006024.
- Rusca-Jordán, F., y Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83 (3.). <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J., y Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1081-1091. DOI: <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.13237190514>
- Salinas Arias, J., Navarro Soria, I., Rosales Gómez, M., y Serrano Marín, G. (2025). Trastorno del déficit de atención e hiperactividad y Trastorno negativista desafiante: Una

revisión sistemática de las características diagnósticas y dificultades asociadas.

RevDisCliNeuro. 12(1), 25-40. <https://doi.org/10.14198/DCN.28298>

Sandstrom, A., Perroud, N., Alda, M., Uher, R., Pavlova, B. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in people with mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*.143(5):380-391. DOI: 10.1111/acps.13283.

Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión.*Revista de neurología*, 40(6), 358-368.

Scandar, R. (2003). El niño que no podía dejar de portarse mal: TDAH, su comprensión y tratamiento. Editorial Distal. <https://doi.org/10.1111/acps.13283>

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, 569-59. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2003.08.005>

Schote, A. B., Bonenberger, M., Palmason, H., Seitz, C., Meyer, J., & Freitag, C. M. (2016). Glucocorticoid receptor variants in childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 246, 275-283. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.001>

Serra-Pinheiro, M.A., Schmitz, M., Mattos, P. y Sousa, I. (2004). Oppositional defiant disorder: a review of neurobiological and environmental correlates, comorbidities, treatment and prognosis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26(4):273-6. DOI: 10.1590/s1516-44462004000400013.

Sibley, M.H, Bruton, A.M, Zhao, X., Johnstone, J.M., Mitchell, J., Hatsu, I., Arnold, L.E., Basu, H.H., Levy, L., Vyas, P., Macphee, F., Gonzalez, E.S., Kelley, M., Jusko, M.L., Bolden, C.R., Zulauf-McCurdy, C., Manzano, M., Torres, G. (2023). Non-

pharmacological interventions for attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*,7(6), 415-428. DOI: 10.1016/S2352-4642(22)00381-9.

Shevlin M., McElroy E., M. (2017). Homotypic and heterotypic psychopathological continuity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.;52(9):1135–1145. DOI: 10.1007/s00127-017-1396-7.

Sonuga-Barke, E.J.S., Taylor, E., Sembi, S. & Smith, J. (1992).Hyperactivity and delay aversion I: the effect of delay on choice. *J Child Psychol Psychiatry*, 33; 387-388. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1992.tb00874.x>

Soutullo, C. A., Are, F., y Schield-Grant, S. (2023). Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): revisión preliminar. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 83, 27-31.

Suárez, A. D., Quintana, A. F. y Esperón, C. S. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 8, 35-55.

Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone, S.V, D'Onofrio, B.M., Dalsgaard, S., Chang, Z., Larsson, H. (2019). Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Psychiatry*. 76;(11):1141-1149. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2019.1944.

Steinberg, E.A., & Drabick, D.A. A. (2019). Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child Psychiatry Hum Dev*. 46(6):951-66. doi: 10.1007/s10578-015-0534-2.

Storebø, O. J., Krogh, H. B., Ramstad, E., Moreira-Maia, C. R., Holmskov, M., Skoog, M., Nilausen, T.D., Magnusson, F.L., Zwi, M., Gillies, D., Rosendal, S., Groth, C., Rasmussen, K.B, Gauci, D., Kirubakaran, R., Forsbøl, B., Simonsen, E., Gluud C. (2015). Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and

adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *Bmj*, 351. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5203>

Tirado-Hurtado, B. C., Salirrosas-Alegría, C., Armas-Fava, L. y Asenjo-Pérez, C. (2012).

Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*75(3), 77-84.

Todzia-Kornaś, A., Szczegielniak, A., & Gondek. (2024). Suicidality and nonsuicidal self-injury

in females diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder - a narrative review. *Curr Opin Psychiatry*, 1;37(1): 38-42. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000908.

*Tsetsos, F., Padmanabhuni, S.S., Alexander, J., Karagiannidis I., Tsifintaris, M., Topaloudi,

A., Mantzaris,D., Georgitsi,M., Drineas,P., Paschou,P. (2016) Meta-Analysis of Tourette Syndrome and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Provides Support for a Shared Genetic Basis. *Frontiers in Neuroscience*, 10; 340. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00340>

Van der Plas, N. E., Noordermeer, S. D., Oosterlaan, J., & Luman, M. (2025). Systematic

Review and Meta-Analysis: Predictors of Adult Psychiatric Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.04.012>

Van Goozen, S.H., Matthys, W., & Cohen-Kettenis, P.T. (2000). Hypothalamic-pituitary-

adrenal axis and autonomic nervous system activity in disruptive children and matched controls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11):1438-45, <https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00019>

Vázquez-Justo, E. y Blanco, A. P. (2017). THDA y trastornos asociados. Institute for Local

Self-Government. <https://doi.org/10.4335/978-961-6842-80-8>

Velásquez-Molina, E. G. y Ordóñez-Huamán, C. (2015). Trastornos por uso de sustancias y

trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 78(2), 73-79. DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v78i2.2467>

Vieira de Melo, B. B., Trigueiro, M. J., & Rodríguez, P. P. (2018). Systematic overview of neuroanatomical differences in ADHD: Definitive evidence. *Developmental neuropsychology*, 43(1), 52-68. <https://doi.org/10.1080/87565641.2017.1414821>

Visscher P.M., Wray N.R., Zhang Q., Sklar, P., Mc Carthy M.I., Brown M.A & Yang J. (2017) 10 years of GWAS discovery: biology, function, and translation. *Am J Hum Genet* (10) 1, 5–22. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2017.06.005>

Vygotsky, L.S. (1934). La psicología y la teoría de la localización de las funciones psíquicas. Visor.

Voeller, K. S. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Child Neurology*.; 19, 798-814. <https://doi.org/10.1177/08830738040190100901>

Wendt, L., Döpfner, M., & Lehmkuhl, G. (2022). Gender differences in ADHD diagnosis and comorbidity: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(8), 1169–1184

* Wilson ,J., Fida, D., Maurer, R., Wiley, A., Rajasekera, T., Spagnolo, P. (2025). Sex differences in the comorbidity between attention deficit-hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic literature review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*,95:32-39. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2025.04.003.

World Health Organization (2022). International Classification of Diseases. 11th revision (ICD-11) WHO.

*Yao, S., Kuja-Halkola, R., Martin, J., Lu, Y., Lichtenstein, P., Noring, C., Birgegård, A., Yilmaz, Z., Hübel, C., Watson, H., Baker, J., Almqvist, C. (2019). Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Thornton LM, Magnusson PK, Bulik CM, Larsson H. Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity

Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically Informative Approaches. *Biol Psychiatry*:86(8):577-586. [https://doi: 10.1016/j.biopsych.2019.04.036](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.036).

Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortés, J., Del Río-Carlos, Y., Martínez-Wbaldo, M. Poblano, A. (2010). Executive dysfunction screening and intellectual coefficient measurement in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Archivos de Neuro-Psiquiatría*, 68(4): 545-549. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000400013>

Zelazo, P.D. (2015) Executive function: Reflection, iterative reprocessing, complexity, and the developing brain. *Developmental Review* 38: 55–68. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.07.00>

Zuluaga-Valencia, J.B y Fandiño-Tabares, D.C. (2017). Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina de Bogotá*, 65 (1). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57031>.

Se emplearon herramientas de inteligencia artificial generativa (ChatGPT de OpenAI) para sugerencias de estilo y claridad, sin intervención en el contenido académico ni en el análisis.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis [SI.]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Neuquén 23/12/25

Firma y aclaración del autor:


María Celina Fernández Barud.

30/12/25_