

Marina Limorti Ripoll

**Análisis de tres casos clínicos desde el campo de la
psicología.**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Daniel Gallo Suarez

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2023-2024

El presente trabajo contiene información confidencial, por este motivo no puede ser compartido en su totalidad.

ÍNDICE

1 CASO CLÍNICO 1	1
1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	1
1.2 PRESENTACIÓN-DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	4
1.3 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y DATOS PRE-TRATAMIENTO.....	5
1.4 HIPOTESIS DIAGNÓSTICA.....	7
1.5 OBJETIVOS DE ACTUACIÓN.....	9
1.6 TRATAMIENTO.....	10
1.7 DATOS POST TRATAMIENTO	14
1.8 DISCUSIÓN.....	16
1.9 SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS.....	17
2 CASO CLÍNICO 2	19
2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	19
2.2 PRESENTACIÓN-DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	21
2.3 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y DATOS PRE-TRATAMIENTO.....	22
2.4 HIPOTESIS DIAGNÓSTICA.....	25
2.5 OBJETIVOS DE ACTUACIÓN.....	28
2.6 TRATAMIENTO.....	28
2.7 DATOS POST TRATAMIENTO.....	31
2.8 DISCUSIÓN.....	33
2.9 SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS.....	33
3 CASO CLÍNICO 3	34
3.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	34
3.2 PRESENTACIÓN-DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	36

3.3 TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y DATOS PRE-TRATAMIENTO.....	37
3.4 HIPOTESIS DIAGNÓSTICA.....	38
3.5 OBJETIVOS DE ACTUACIÓN.....	39
3.6 TRATAMIENTO.....	40
3.7 DATOS POST TRATAMIENTO	44
3.8 DISCUSIÓN.....	47
3.9 SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS.....	47
4 LIMITACIONES DEL TRABAJO.....	48
5 CONCLUSIONES CRÍTICAS.....	49
6 BIBLIOGRAFÍA.....	51
7 ANEXOS.....	58

1. CASO CLÍNICO 1.

1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Antes de empezar con la fundamentación teórica correspondiente al “Caso 1: Trastorno Depresivo Mayor” hemos de tener en cuenta que existe una dificultad de tipo semántica a la hora de conceptualizar la depresión, puesto que este término es empleado tanto en la designación de un tipo particular de sentimiento o síntoma como para un síndrome o una enfermedad bien definida (Salvo, 2015), este último, sería el correspondiente al Trastorno Depresivo Mayor (TDM) entre otros.

La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental común a nivel mundial, caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que antes resultaban gratificantes, además, pueden darse alteraciones del sueño, el apetito, falta de energía y déficits cognitivos atencionales (OMS, 2023)

Por otro lado, cabe mencionar que el Trastorno Depresivo Mayor es un trastorno del estado de ánimo recogido en el capítulo de *Trastornos Depresivos* del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5a edición (DSM-5). Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores con una duración de al menos 2 semanas, entendiendo el episodio depresivo mayor como un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de cinco o más síntomas, entre los cuales debe estar presente un estado de ánimo deprimido o una disminución del interés o el placer la mayor parte del tiempo, casi todos los días. Otros síntomas que se contemplan incluyen pérdida o aumento de peso, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, pensamientos, ideas, plan

determinado, intento o plan específico de muerte. Además, para poder establecer el diagnóstico de TDM, los síntomas enumerados anteriormente han de causar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento y el episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia, otro trastorno o a una condición médica.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014) refiere prevalencias a los doce meses del trastorno depresivo mayor del 7% en Estados Unidos, encontrando diferencias respecto al género, siendo las mujeres quienes mayores tasas presentan, 1,5-3 veces mayores que en los varones. Un análisis en dónde se pretendía establecer la prevalencia de la depresión en España en un periodo de 15 años, refiere que los datos de prevalencia son aproximadamente de un 8,56% en la población general (Cardila et al., 2015).

El TDM tiene un curso heterogéneo, incluyendo distintas presentaciones clínicas y diversas respuestas ante los tratamientos, cabe destacar que los pacientes pueden presentar un episodio único, episodios recurrentes con recuperaciones o no entre episodios, formas persistentes, variabilidad en cuanto a la intensidad de los síntomas y diversos grados de impacto en su funcionalidad (Salvo, 2015).

En cuanto a la etiología de la depresión mayor, se reconoce su carácter multifactorial y complejo, puesto que el origen puede deberse a factores genéticos, fisiológicos, o hormonales, pero también por aspectos sociales o psicológicos y condiciones de estrés (Pérez- Padilla et al., 2017). Monroe y Harkness nos ofrecen en su artículo publicado en el 2022, ejemplos de estudios donde se ha documentado que los acontecimientos vitales negativos son factores de riesgo con un gran peso

para el desarrollo del TDM, especialmente los sucesos con connotaciones amenazantes para la persona como un proceso de divorcio o una pérdida de trabajo.

Respecto a la comorbilidad psiquiátrica del TDM y los trastornos de ansiedad, encontramos un estudio transversal, con una muestra de 1.346 pacientes adultos con diagnóstico del trastorno de depresión mayor, donde se refiere que la prevalencia de esta se estimó en el 21,2% de los casos (10,8% para trastorno de ansiedad generalizada, 8,3% para trastorno de pánico, 8,2% para agorafobia y el 3,3 % para fobia social) (Dold et al., 2017). Hay que destacar que el DSM-5 contempla un especificador llamado "Con ansiedad" que se asigna al TDM cuando dos o más síntomas siguientes están presentes durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor; Sentimientos de nervios o tensión; inquietud; Dificultad de concentrarse debido a las preocupaciones; Miedo a que suceda algo terrible o Sentimientos de pérdida de control. En una encuesta nacional estadounidense en la cual participaron un total de 36.309 adultos, donde el 20,6% de la muestra había sido diagnosticada de Trastorno Depresivo Mayor a lo largo de sus vidas, se observó que el especificador de ansiedad propuesto en el DSM-5 estaba presente en el 74,6% de los casos (Hasin et al., 2018).

Por último y no por ello menos importante, como indica el Criterio A9 del DSM-5 los pensamientos de muerte, la ideación o los intentos de suicidio son frecuentes en el trastorno depresivo mayor, asimismo se asocia a una alta mortalidad, la mayor parte de esta causada por el suicidio, entre los factores de riesgo para ello encontramos los antecedentes de amenazas o intentos de suicidio, no obstante se ha de tener en cuenta que la mayoría de suicidios consumados no tienen estos precedentes de intentos fallidos (APA, 2014).

2. CASO CLÍNICO 2.

2.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es una de las alteraciones más frecuentes en la infancia y la adolescencia, persistiendo en muchos casos hasta la edad adulta (Fonseca, 2021).

El DSM-5 señala que la característica principal del TDAH es un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que repercute negativamente en el funcionamiento y desarrollo del individuo en varios ámbitos de la vida, pudiendo observarse variaciones de los síntomas entre los distintos entornos y sus contextos. En la edad adulta, se destaca la dificultad organizativa y de planificación en cuanto a las actividades de la vida diaria, elevada inquietud y altos niveles de impulsividad (Katzman et al., 2017).

Respecto a los aspectos diagnósticos relacionados con el género, el manual diagnóstico DSM-5 señala que el TDAH es más frecuente en los varones entre la población general, con una proporción estimada de 2:1 en los niños y 1,6:1 en adultos

Dependiendo de la predominancia respecto a la sintomatología propia a la inatención o a la hiperactividad-impulsividad, los manuales diagnósticos de referencia como son la CIE-11 (Clasificación internacional de Enfermedades; CIE-11) y el DSM-5 (American Psychiatric Association; APA, 2013), hacen una distinción entre el TDAH con predominio de hiperactividad/impulsividad, con predominio de inatención y el TDAH combinado. Diversos estudios, como el realizado por Soendergaard y sus colaboradores en 2016, también hablan sobre la detección de distintos subtipos de TDAH, siendo en su gran mayoría (78%) clasificados en el subtipo combinado,

seguido del subtipo TDAH inatento (18%) y en último lugar el TDAH hiperactivo impulsivo (4%).

Las prevalencias arrojadas por distintas encuestas de población indican que el TDAH se da en el 5% en población infantil y cerca del 2,5 % en adultos siendo estas cifras comunes en la mayoría de las culturas (APA, 2014).

Respecto al curso clínico del TDAH, encontramos casos donde se evidencia la persistencia del trastorno desde la infancia a la adultez, estaríamos hablando de prevalencias de entre un 1% y un 5% y más concretamente en España hablamos de prevalencias entorno al 1,2% (Fayyad et al., 2007). No obstante, hemos de tener presente la existencia de distintos estudios donde se indica que no es necesariamente una continuación del TDAH infantil, ya que existen estudios donde se ha observado que existe una proporción sustancial que carecen de antecedentes del trastorno en la infancia (Caye et al., 2016).

Por último, hay que destacar que se recomienda considerar de forma más detenida la coexistencia de un trastorno de ansiedad comórbido al TDAH, puesto que un gran número de investigaciones epidemiológicas refieren que en aproximadamente el 25% de los casos esta morbilidad está presente (Atienza, 2006). En la misma línea Zúñiga y Forteza (2014) señalan que tener una baja autoestima y un TDAH, implicaría un mayor número de dificultades cotidianas, aumentando el riesgo de sufrir una comorbilidad ansiosa, refiriendo del mismo modo que hasta un 25 % de los niños y adolescentes que acuden a los recursos clínicos con TDAH coexisten con un trastorno de ansiedad.

3. CASO CLÍNICO 3.

3.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La Anorexia nerviosa (AN) es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por una alteración comportamental alimentaria determinada por un miedo intenso a ganar peso y por la implicación de dietas restrictivas o hipercalóricas, a pesar de presentar un peso corporal significativamente inferior al esperado (Guerrero et al., 2006).

Se incluye en el capítulo de Trastornos Alimentarios y de la Ingestión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5a Edición (DSM-5), según este, para el diagnóstico de anorexia nerviosa, se deben cumplir ciertos criterios, como la restricción de la ingesta alimentaria que conduce a un peso corporal significativamente bajo, el miedo intenso a ganar peso o una percepción distorsionada del peso y la imagen corporal entre otros.

La prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre las mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4 % (APA, 2014), concretamente, en España la prevalencia se considere similar a la de los países industrializados, alcanzando valores de entre el 0,1% al 1,5% (Benítez et al.,2019).

El inicio de trastornos suele darse en la adolescencia, no obstante, cabe destacar que se está observando un aumento progresivo de la frecuencia en la infancia y la edad adulta (Portela et al., 2012), a su vez la AN se da mayormente en mujeres con proporciones estimadas de 10:1 en cuanto al sexo masculino (APA, 2014), siendo la enfermedad psiquiátrica más frecuente entre las mujeres jóvenes y la tercera enfermedad crónica en las adolescentes, por detrás del asma y la obesidad (Guerrero et al., 2006).

Respecto al curso de la enfermedad estudios como el de Fernández Rivas (2021) refieren que el porcentaje de pacientes que se recuperan de la enfermedad tras un periodo de 6-7 años oscila entre el 30% y el 50%, por otro lado, respecto a las tasas de cronificación podríamos establecer un porcentaje aproximado del 20% tanto en los casos de anorexia nerviosa como de bulimia nerviosa (Gómez et al., 2018), además, dentro de las enfermedades mentales, la anorexia nerviosa presenta una de las tasas de mortalidad más elevada produciéndose 5,1 muertes por cada 1000 personas al año (Commentz et al., 2023).

La etiología de la anorexia nerviosa es multifactorial, incluyendo factores genéticos, biológicos, psicológicos y socioculturales (Palacios, 2007). Entre los factores de riesgo para desarrollar anorexia nerviosa encontramos pertenecer al género femenino, estar en la etapa de la adolescencia, estado depresivo caracterial, nivel socioeconómico medio-alto, pertenecer a culturas donde se busca la perfección y el ideal de belleza se centra en la delgadez (Gómez et al., 2018), así como, la presencia de trastornos de ansiedad o rasgos obsesivos durante la infancia, desarrollar profesiones y aficiones que alientan la delgadez o ser familiar de primer grado de personas con el trastorno (APA, 2014).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) apunta comorbilidades frecuentes entre la AN y los trastornos de ansiedad, depresivos y bipolares, además, en algunos casos se observan morbilidad asociada al trastorno obsesivo compulsivo, especialmente en el tipo restrictivo. Por otro lado, estudios como el de Hudson y sus colaboradores (2007), refieren la existencia de comorbilidades psiquiátricas con otros trastornos de la conducta como son la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

4. BIBLIOGRAFÍA.

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Editorial Médica Panamericana.
- Anido, A. G et al. (2009). La imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 26(3-4), 88-96.
- Arguijo, S. B., Aranda, F. F., Troncoso, E. S., Babio, N., Curet, M., Fernández, L., Rodríguez, A. G., de Pablo Rabassó, J., Linares, R., Meler, M. a. E., a Pedraza Anguera, A., Turró, T. P., Raspall, R., Sánchez, M., & Pacheco, J. S. (2022). Guía para familias de personas afectadas por un TCA. *SOM Salud Mental*360.<https://www.som360.org/es/recursos/guia-familias-personas-afectadas-tca>
- Atienza, J. D. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Behar, R. (2018). Trastornos alimentarios en mujeres adultas (maduras). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 177-185.
- Benitez, A., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco-Reynolds, L., García-Herraiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Análisis del Riesgo de sufrir Trastornos Alimentarios en jóvenes universitarios de Extremadura (España). *Enfermería Global*, 18(2), 124-143.
- Besser, M. C., & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de Terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *Psyche (Santiago)*, 22(1), 69-82.

Buenaventura, P. (2021). *Closeness Circle Interpersonal Therapy Worksheet*. <https://www.carepatron.com/templates/closeness-circle-interpersonal-therapy-worksheet>

Cardila Fernández, F., Martos Martínez, Á., Barragán Martín, A. B., Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., & Gázquez Linares, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 5(2), 267.

Cash, T. F. & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behavior Modification*, 11(4), 487-521.

Caye, A., Rocha, T. B., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M., Barros, F. C., Gonçalves, H., Wehrmeister, F., Jensen, C. M., Steinhausen, H. C., Swanson, J. M., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA psychiatry*, 73(7), 705–712. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0383>

Commentz Abarza, N., Jara Latorre, R., Letelier Vuskovic, M., Lacalle Quiero, L., Irribarra Pastenes, V., Vogel Martínez, M., ... & Urrejola Noguera, P. (2023). *Recuperación nutricional de adolescentes de bajo peso con anorexia nerviosa: análisis de un protocolo intrahospitalario*. *Nutrición Hospitalaria*, 40(1), 13-18.

Dold, M., Bartova, L., Souery, D., Mendlewicz, J., Serretti, A., Porcelli, S., Zohar, J., Montgomery, S., & Kasper, S. (2017). Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with major depressive disorder and comorbid anxiety

disorders - results from a European multicenter study. *Journal of psychiatric research*, 91, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.020>

DuPaul, G., Power, J., & Anastopoulos, A. (1998). *ADHD-Rating Scales DSM-IV for parents and teachers*. New York: Guilford Press.

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., . . . Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409. doi:10.1192/bjp.bp.106.034389

Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia*. Ediciones Pirámide. Madrid.

Fonseca, E. (2021). *Manual de tratamientos psicológicos: adultos*. Ediciones Pirámide. Madrid.

Forte, A., Buscajoni, A., Fiorillo, A., Pompili, M., & Baldessarini, R. J. (2019). Suicidal risk following hospital discharge: a review. *Harvard review of psychiatry*, 27(4), 209-216.

Gómez Candela, C., Palma Milla, S., Miján de la Torre, A., Rodríguez Ortega, P., Matía Martín, P., Loria Kohen, V., ... & Martín Palmero, Á. (2018). Consenso sobre la evaluación y el tratamiento nutricional de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. *Nutrición Hospitalaria*, 35(SPE1), 11-48.

González, A. (2023). Tarjetas de autocuidado. Extraído de <https://anabelgonzalez.es/>

González, A. (2023). Tarjetas de emociones. Extraído de <https://anabelgonzalez.es/>

González, A. (2023). Tarjetas de recursos. Extraído de <https://anabelgonzalez.es/>

Guerrero-Vázquez, R., Olivares-Gamero, J., Pereira-Cunill, J. L., Soto-Moreno, A., & García-Luna, P. P. (2006). Nutrición en anorexia nerviosa. *Endocrinología y Nutrición*, 53(2), 113-123.

Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., & Grant, B. F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3>

Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder. Guilford Press.

Miller, A. L., Rathus, J. H. y Linehan, M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.

- Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2022). Major Depression and Its Recurrences: Life Course Matters. *Annual review of clinical psychology*, *18*, 329–357.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072220-021440>
- Navarro Soria, I., Fenollar-Cortés, J., Carbonell, J., & Real Fernández, M. (2020). Memoria de trabajo y velocidad de procesamiento evaluado mediante WISC-IV como claves en la evaluación del TDAH.
- Organización Mundial de la Salud (2023). Depresión. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9presion#tab=tab_1
- Palacios Espinosa, X. (2007). Evolución de las teorías cognoscitivas y del tratamiento cognoscitivo conductual de la anorexia nerviosa. *Terapia psicológica*, *25*(1), 73-85.
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *REVISTA BIOMÉDICA*, *28*(2).
<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición hospitalaria*, *27*(2), 391-401.
- Ramos-Quiroga, J. A. (2008). Manual de Tratamiento Psicológico para adultos con TDAH: una aproximación cognitivo-conductual. Mayo Ediciones.

- Reutfors, J., Brandt, L., Ekblom, A., Isacson, G., Sparén, P., & Ösby, U. (2010). Suicide and hospitalization for mental disorders in Sweden: a population-based case-control study. *Journal of psychiatric research*, 44(12), 741-747.
- Rivas, A. F. (2021). Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: la pandemia colateral. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 12(2), 1-5.
- Rodríguez Jiménez, R., Ponce, G., Monasor, R., Jiménez Giménez, M., Pérez Rojo, J. A., Rubio, G., ... & Palomo, T. (2001). Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Rev. neurol.(Ed. impr.)*, 138-144.
- Salvo Garrido, L. O. (2015). Curso y resultado del trastorno depresivo mayor en el nivel secundario de atención.
- Soendergaard, H. M., Thomsen, P. H., Pedersen, E., Pedersen, P., Poulsen, A. E., Winther, L., Nielsen, J. M., Henriksen, A., Rungoe, B., & Soegaard, H. J. (2016). Associations of Age, Gender, and Subtypes With ADHD Symptoms and Related Comorbidity in a Danish Sample of Clinically Referred Adults. *Journal of attention disorders*, 20(11), 925-933.
<https://doi.org/10.1177/1087054713517544>
- Stanley, B. y Brown, G. K. (2021). Safety planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.
- Treasure, J., Smith, G. y Grane, A. (2011). Los trastornos de alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido. *Descleé de Brouwe*.

Zúñiga, A. H., & Forteza, O. D. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643-654.