



Revista Médica Herediana

ISSN: 1018-130X

famed.revista.medica@oficinas-upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Perú

Reátegui Villegas, Diego Artemio; Vargas Murga, Horacio  
Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con  
hiperactividad.

Revista Médica Herediana, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 96-101

Universidad Peruana Cayetano Heredia

San Martín de Porres, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338038890003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Depressive symptoms in patients with Attention deficit and hyperactivity disorder.

Reátegui Villegas Diego Artemio<sup>1</sup> , Vargas Murga Horacio<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), así como determinar su asociación con edad, sexo y comorbilidad psiquiátrica. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de TDAH del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, desde febrero del 2006 hasta completar el tamaño de la muestra. Se les aplicó a los pacientes el Children's depression inventory (CDI). Se consideró un punto de corte de 15 para definir presencia de trastorno depresivo. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad psiquiátrica y sintomatología depresiva. **Resultados:** Sesenta y cuatro (85,3%) fueron varones, en 35/75 (46,7%) se encontró CDI  $\geq 15$ . No se encontró asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y sexo o edad. El síntoma depresivo más frecuente fue el problema del rendimiento escolar (65,3%). Se encontraron 6 pacientes con otra comorbilidad. **Conclusión:** Existe una alta frecuencia de sintomatología depresiva en niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH. (*Rev Med Hered 2008;19:96-101*)

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, depresión, comorbilidad.

## SUMMARY

**Objectives:** To determine the frequency of depressive symptoms in patients between 7 and 17 years diagnosed of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), and determine the association between depressive symptoms with age, sex and psychiatric comorbidity. **Material and Method:** A descriptive, cross sectional study was made. Patients diagnosed of ADHD of the Specialized Institute of Mental Health Hideyo Noguchi were recruited from February 2006 until completion of size sample. Children's depression inventory (CDI) was applied. It was considered a cutoff point of 15 to define the presence of depressive disorder. We analyzed the following variables: age, sex, psychiatric comorbidity and depressive symptoms. **Results:** 64 (85.3%) were men, 35/75 patients (46.7%) obtained scores of 15 or more in the CDI. We did not find association between depressive symptoms and sex or age. The most frequent depressive symptom was related to school performance (65.3%). There were only 6 patients with other comorbidity. **Conclusion:** There is a very high frequency of depressive symptoms in children diagnosed with ADHD, there should be more studies made to analyse association between these two clinical entities. (*Rev Med Hered 2008;19:96-101*)

KEY WORDS: Attention deficit and hyperactivity disorder, depressive symptoms, comorbidity.

---

<sup>1</sup>Médico – Cirujano. Egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

<sup>2</sup>Psiquiatra de niños y adolescentes del instituto de salud mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha incrementado la atención hacia los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, detectándose un aumento paulatino de la incidencia de dichos trastornos (1). En un estudio, donde se evaluaron niños y adolescentes atendidos en servicios de psiquiatría entre los años 1992 y 2001, se encontró que la frecuencia de consultas por depresión aumentó de 0,5% a 15,4%; mientras que las consultas por problemas de hiperactividad y déficit de atención aumentaron de 1,2% a 13,6% a lo largo de los años. Asimismo, la convergencia de trastornos en un mismo individuo también se incrementó durante el periodo de años analizado (1).

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), se considera un desorden de etiología multifactorial, frecuente en niños.

Generalmente el diagnóstico no suele establecerse hasta que el niño comienza la escuela primaria y la situación de aprendizaje formal requiere patrones de comportamiento muy definidos. Los métodos de medición de prevalencia y los criterios diagnósticos de este trastorno son aún controversiales; el DSM IV considera una prevalencia entre 3 y 5% de niños en edad escolar, pero hay un alto grado de variabilidad (2). De acuerdo a diferentes autores la prevalencia varía entre 3 y 30% en la población general (3,4). En la mayoría de estudios hay predominio de varones sobre mujeres y en algunos con una relación de 3,88/1 (4,5).

La depresión es un trastorno psiquiátrico prevalente en las diversas etapas de la vida: niñez, adolescencia y adultez. En nuestro medio se han realizado estudios sobretodo en el grupo de adultos y adolescentes. Los trastornos del ánimo en niños en edad preescolar son extremadamente raros, estimándose que la tasa de depresión mayor es de 0,3% en la comunidad y 0,9% en población clínica. En la población en edad escolar la prevalencia de depresión mayor es 2% y en adolescentes 5% (6).

Según el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (EEMSM) el episodio depresivo es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes (8,6%), de ellos 29,1% *“alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas”*, mientras que 3,6% de los adolescentes que intentaron hacerse daño alguna vez, considera aún el intento de suicidio como una posibilidad

de solución a sus problemas (7). En otro estudio realizado en adolescentes de la ciudad de Huancayo, se encontró una prevalencia de 12,08%, de acuerdo a puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión para niños y Adolescentes de Kovacs (CDI) y gracias a la aplicación concurrente de una entrevista semi-estructurada (8). Otro estudio encontró una prevalencia de síntomas depresivos en niños en edad escolar de hasta 36,4% (9).

Una de las repercusiones graves de la depresión en niños y adolescentes, es el suicidio. En un estudio realizado en pacientes menores de 18 años, que fueron admitidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia por intento de suicidio; se encontró depresión mayor en 91,7% y distimia en 79,2% como diagnósticos más frecuentes (10).

Existen estudios que describen comorbilidad psiquiátrica como anorexia nerviosa, desorden de ansiedad por separación, ansiedad generalizada y TDAH, con depresión mayor. Inclusive algunos han encontrado mayor frecuencia de TDAH en niños menores con depresión y mayor frecuencia de trastornos por dependencia y abuso de sustancias, en adolescentes con depresión (11,12).

En niños con TDAH se ha descrito síntomas de depresión entre 14,7 y 75%, dependiendo del estudio epidemiológico o clínico. Sin embargo, no todos los investigadores han obtenido estos resultados (13,14). Además, la depresión es el diagnóstico mas frecuente en pacientes con intento suicida (10), por esta razón es importante investigar si los niños con TDAH y síntomas depresivos pueden tener mayor riesgo.

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con TDAH, y su asociación con la edad, sexo y comorbilidad psiquiátrica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en pacientes de 7 a 17 años de edad con diagnóstico de TDAH en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, (INSM HD-HN), a quienes se aplicó el Children's depression inventory (CDI).

Los criterios diagnósticos fueron los del DSM IV, CIE10 y el diagnóstico fue corroborado por psiquiatras especialistas en niños y adolescentes del INSM HD-

HN. Se incluyeron a los pacientes que acudieron a consulta desde febrero del 2006 hasta completar el tamaño de la muestra. Para ingresar al estudio, los padres y pacientes accedieron a la participación y firmaron un consentimiento y asentimiento informado respectivamente. Se excluyeron a los pacientes que no cumplían el criterio de edad y aquellos cuyos sus padres no aceptaron la participación en el estudio.

Se utilizó el CDI, un cuestionario que recoge en una escala numérica, una amplia gamma de síntomas depresivos como las alteraciones del humor, la capacidad hedónica y otras conductas interpersonales. EL CDI fue validado en nuestro país en personas de 7 a 18 años.

El cuestionario consta de 27 ítemes, cada uno con 3 posibles respuestas alternativas, debiendo señalar el entrevistado, la que mejor describe su situación en las últimas 2 semanas. De las 3 posibles opciones, una refleja la normalidad (puntaje = 0), otra la severidad del síntoma (puntaje = 1) y en la tercera, la enfermedad clínicamente significativa (puntaje = 2).

El punto de corte utilizado fue 15, de acuerdo al estudio de validación del CDI en nuestro país (15).

Los datos fueron recolectados en la ficha de datos personales y el CDI, e ingresados a una base de datos previamente diseñada en el programa Excel; luego fueron analizados en el programa SPSS v. 13.0.

Los resultados se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. Se realizó el análisis estadístico de las variables: edad, sexo y antecedente psiquiátrico con la variable sintomatología depresiva, de acuerdo a los puntajes obtenidos en el CDI. Para determinar la asociación estadística se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson y la corrección de Yates para frecuencias menores de 7. Se consideró significativo un  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

La edad promedio fue  $10,3 \pm 2,6$  años. El 85,3% de los pacientes con TDAH fueron varones y 14,7% mujeres. El 46,7% (35/75) de los pacientes con TDAH tenían síntomas de depresión ( $> 15$  puntos en el CDI). Cuatro mujeres (36,4%) y 31 varones (48,4%) presentaron síntomas depresivos relevantes. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo y la presencia de sintomatología depresiva relevante ( $p = 0,68$ ).

El 52,9% (27/51 pacientes) del grupo de edad 7 a 11 años y 8/24 (33.3%) pacientes de 12 a 17 años, tenían sintomatología depresiva relevante. No hubo asociación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y la presencia de sintomatología depresiva relevante ( $p = 0,18$ ).

El síntoma más frecuente en los pacientes con TDAH fue el problema con el rendimiento escolar: “todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio” y “muchas veces me cuesta esfuerzo hacer mis tareas del colegio”, en 65,3% (Tabla N°1).

Se encontraron síntomas depresivos de mayor severidad en el grupo con síntomas depresivos relevantes (CDI  $\geq 15$ ). El 32% tuvo ideas de suicidio: 21,3% en el grupo con CDI  $\geq 15$  y 10,7% en el grupo sin síntomas depresivos relevantes (Tabla N°1).

Se encontró 6 pacientes con comorbilidad psiquiátrica: Retraso mental leve, trastorno límite de la personalidad, trastorno de conducta disocial, trastorno de ansiedad, abuso sexual y abuso físico.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en niños y adolescentes se describe en alrededor de 2% en niños en edad escolar y 5% en adolescentes (6). En nuestro medio, Salazar (8), encontró una prevalencia depresión mayor de 12,08% en escolares de 12 a 16 años, en Huancayo; Freire EM, encontró una frecuencia de síntomas depresivos de 36,4% en escolares adolescentes en Pichanaki, Junín.

Hemos encontrado una frecuencia alta de síntomas depresivos en los niños y adolescentes con TDAH. Un valor de 46,7% de pacientes con síntomas depresivos relevantes, podría conducir a la hipótesis de la existencia de algún tipo de asociación entre síntomas depresivos y TDAH. Por otro lado no podemos solo con este instrumento realizar un diagnóstico de depresión mayor, por lo que se sugiere la realización de estudios, posiblemente con entrevistas a los niños, dirigidas por psiquiatras para llegar al diagnóstico de depresión mayor y realizar análisis de asociación con TDAH.

Se encontró en el estudio, mayor número de pacientes varones que mujeres (en una relación de 5,8:1), hallazgo similar al de Cornejo JW (2) quién encontró una relación de 3,88:1 entre varones y mujeres, con TDAH.

TABLA 1: Frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con TDAH.

Puntuación	Síntomas	TOTAL		CDI = 15		CDI < 15	
		n	%	n	%	n	%
1	Muchas veces me siento triste	10		6		4	
	Me siento triste todo el tiempo	6		5		1	
	TOTAL	16	21,3	11	14,7	5	6,7
2	Nada me va a salir bien	4		2		2	
	No estoy seguro si las cosas me van a salir bien.	32		18		14	
	TOTAL	36	48,0	20	26,7	16	21,3
3	Hago muchas cosas mal	24		13		11	
	Todo lo hago mal	5		5		0	
	TOTAL	29	38,7	18	24,0	11	14,7
4	Me divierten algunas cosas.	27		13		14	
	Nada me divierte	1		1		0	
	TOTAL	28	37,3	14	18,7	14	18,7
5	Soy malo todo el tiempo.	0		0		0	
	Soy malo muchas veces.	12		9		3	
	TOTAL	12	16,0	9	12,0	3	4,0
6	Me preocupa que puedan pasarme cosas malas.	29		12		17	
	Estoy seguro que me pasarán cosas terribles.	11		10		1	
	TOTAL	40	53,3	22	29,3	18	24,0
7	Me odio a mí mismo.	6		6		0	
	No me gusto a mí mismo	11		9		2	
	TOTAL	17	22,7	15	20,0	2	2,7
8	Tengo la culpa de todas las cosas malas.	6		6		0	
	Tengo la culpa de muchas cosas malas.	24		16		8	
	TOTAL	30	40,0	22	29,3	8	10,7
9	Pienso en matarme pero no lo haría.	21		13		8	
	Quiero matarme.	3		3		0	
	TOTAL	24	32,0	16	21,3	8	10,7
0	Siento ganas de llorar todos los días.	5		4		1	
	Muchos días me dan ganas de llorar.	15		11		4	
	TOTAL	20	26,7	15	20,0	5	6,7
1	Las cosas me molestan todo el tiempo.	8		4		4	
	Las cosas me molestan muchas veces.	20		14		6	
	TOTAL	28	37,3	18	24,0	10	13,3
2	Muchas veces no me gusta estar con otras personas.	17		10		7	
	Yo no quiero estar con otras personas.	13		9		4	
	TOTAL	30	40,0	19	25,3	11	14,7
3	No puedo decidirme por algo.	11		8		3	
	Es difícil para mí decidirme por algo	23		8		15	
	TOTAL	34	45,3	16	21,3	18	24,0
4	Hay algunas cosas malas en mi apariencia.	19		12		7	
	Me veo horrible.	6		6		0	
	TOTAL	25	33,3	18	24,0	7	9,3
5	Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio.	18		12		6	
	Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio.	31		16		15	
	TOTAL	49	65,3	28	37,3	21	28,0
6	Todas las noches tengo problemas para dormir.	9		7		2	
	Varias noches tengo problemas para dormir.	22		15		7	
	TOTAL	31	41,3	22	29,3	9	12,0
7	Muchos días me siento cansado.	19		10		9	
	Todo el tiempo me siento cansado.	9		7		2	
	TOTAL	28	37,3	17	22,7	11	14,7
8	La mayoría de los días no tengo ganas de comer.	9		7		2	
	Varios días no tengo ganas de comer.	23		14		9	
	TOTAL	32	42,7	21	28,0	11	14,7
9	Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades.	21		14		7	
	Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades.	11		9		2	
	TOTAL	32	42,7	23	30,7	9	12,0
0	Muchas veces me siento solo.	16		10		6	
	Todo el tiempo me siento solo.	6		6		0	
	TOTAL	22	29,3	16	21,3	6	8,0
1	Nunca me divierto en el colegio.	7		5		2	
	Sólo de vez en cuando me divierto en el colegio.	29		19		10	
	TOTAL	36	48,0	24	32,0	12	16,0
2	Tengo algunos amigos pero quisiera tener más.	22		17		5	
	No tengo amigos.	1		1		0	
	TOTAL	23	30,7	18	10,7	5	6,7
3	Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes.	25		15		10	
	Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien.	14		11		3	
	TOTAL	39	52,0	26	34,7	13	17,3
4	Nunca podré ser tan bueno como los otros niños.	9		8		1	
	Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera	32		17		15	
	TOTAL	41	54,7	25	33,3	16	21,3
5	Nadie me quiere realmente.	1		1		0	
	No estoy seguro si alguien me quiere.	9		9		0	
	TOTAL	10	13,3	10	13,3	0	0,0
6	Muchas veces no hago caso en lo que me dicen.	34		17		17	
	Nunca hago caso en lo que me dicen.	8		8		0	
	TOTAL	42	56,0	25	33,3	17	22,7
7	Muchas veces me peleo con los demás.	14		10		4	
	Todo el tiempo me peleo con los demás.	4		4		0	
	TOTAL	18	24,0	14	18,7	4	5,3

No se encontró asociación estadística entre sexo y sintomatología depresiva. Estudios en niños y adolescentes sin TDAH, muestran que los trastornos depresivos son mas frecuentes en las mujeres (8,10).

Para diferenciar niños de adolescentes, se dividió en dos grupos de edad: de 7 a 11 años y de 12 a 17 años, y no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estos grupos con sintomatología depresiva.

Dentro de los síntomas depresivos, el que se encontró con mayor frecuencia puede corresponder a ambas patologías, ya que la falta de concentración es criterio diagnóstico de ambas patologías (6,13).

Es importante recalcar que en el grupo con puntaje mayor de 15 se encontró mayor severidad de síntomas depresivos y mayor frecuencia de síntomas relacionado al suicidio, que en el grupo que tenía menor puntaje, lo que podría empeorar el pronóstico (7,10).

No se pudo correlacionar sintomatología depresiva con comorbilidad psiquiátrica debido a que solo hubo seis pacientes. Es importante recalcar que hubo dos casos de abuso físico y sexual que muchos otros estudios han asociado con el TDAH (12).

Existen varias limitaciones de nuestro estudio: no es un estudio comparativo, la muestra es autoseleccionada y de pacientes de un instituto de salud mental. Hay que tener en cuenta que, en este tipo de instituciones, se encuentran pacientes con patología compleja y con mayor comorbilidad que en la población general.

En conclusión podemos afirmar que existe gran frecuencia de síntomas depresivos en los pacientes con TDAH que acuden al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Esto comprueba que al igual que en otros estudios se observa gran comorbilidad con problemas conductuales.

Esperamos que este estudio sea punto de partida para seguir investigando el TDAH en nuestro medio, ya que afecta a corto y largo plazo a niños y adolescentes, generando dificultades escolares, problemas familiares e inclusive dificultades en el desarrollo futuro.

### **Correspondencia:**

Diego Artemio Reátegui Villegas

Dirección: Andalucía 115 dpto. 301 San Borja Lima.

Teléfono: 511-3725568

Celular: 511-90557670

Correo electrónico: diego\_reategui@hotmail.com

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L. Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39(10):818-27.
2. Cardo E, Servera-Barcelo M. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2005;40 Suppl 1:S11-5.
3. Rodríguez PJ, Baras M, Baras T, Rodríguez J. Análisis descriptivo de la patología psiquiátrica infantil en un servicio de referencia según criterio CIE 10. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 121 – 122.
4. Cornejo JW, Osio O, Sanchez Y, et al. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci* 2003; 113(1):49-71.
5. Nuñez CE. Problemas de salud mental infantil en población escolar del distrito de Jesús María. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2000. 34 pp.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. 8th Edition. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins; 2002.p. 1417-1423.
7. Instituto especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe general. *Anales de la salud mental* 2002; 18(1-2):152.
8. Salazar GO. Prevalencia de depresión mayor en escolares de 12 a 16 años de edad en tres colegios de la ciudad de Huancayo. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. 50 pp.
9. Freyre EM. Síntomas depresivos en escolares adolescentes de cuatro colegios del distrito de Pichanaki, provincia de Chanchamayo, Junín. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004. 43 pp.
10. Cabrejos CM. Niños, adolescentes e intento de suicidio: características biopsicosociales y diagnósticos psiquiátricos Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2002. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002. 28 pp.

11. Sorensen MJ, Nissen JB, Mors O, Thomsen PH. Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *J Affect Disord.* 2005; 84(1):85-91
12. Yorbik O, Birmaher B, Axelson D. Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(12):1654-1659.
13. LeBlanc N, Morin D. Depressive symptoms and associated factors in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2004; 17(2):49-55.
14. Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13(4):243-8.
15. Reátegui LM. La depresión infantil: estandarización del "Inventario de Depresión para niños (CDI)". Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1994. 352 pp.

Recibido: 04/02/08

Aceptado para publicación: 07/09/08