

**RELACIÓN ENTRE EL SUBTIPO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 7 A 16 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ**

María Catalina Briñez Lozada

Camila Patiño Sarmiento

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Instituto de Postgrados – FORUM

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia

Septiembre 2009

**RELACIÓN ENTRE EL SUBTIPO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 7 A 16 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL
MILITAR CENTRAL DE BOGOTÁ**

**Este trabajo de grado pertenece al Grupo de Investigación Contexto y Crisis de
la Facultad de Psicología**

María Rocío Acosta Barreto¹

María Catalina Briñez Lozada²

Camila Patiño Sarmiento³

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Instituto de Postgrados – FORUM

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica de la Niñez y la Adolescencia

Septiembre 2009

¹ Directora Trabajo de Grado

² Coautora: Alumna Especialización

³ Coautora: Alumnas Especialización

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el subtipo de TDAH y depresión en un grupo de 19 niños, niñas y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá; se utilizó un diseño descriptivo correlacional con aplicación de corte transversal de la “MINI kid” Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Sheehan y cols 2000). Los resultados indicaron que no hubo asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, entre los módulos explorados; la mayor parte de los participantes presentaron trastornos del estado de ánimo y la proporción fue mayor en TDAH-I 67%, con relación a TDAH-C 54%.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad SC 044114, Depresión SC 13650, Comorbilidad SC 10707.

Abstract

The aim of the present study is to determine the correlation between Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADDH) and Depression. In this study we included 19 children between ages 7 to 16 years old, which assisted to the Psychiatric Department of Hospital Militar Central in Bogotá Colombia. The procedure implemented was a correlational- descriptive cross- section survey from the Mini kid for children and adolescents (Sheehan y cols 2000). The results showed no statistic significant correlation between the variables although the majority of the subjects reported high percentage in the disorder mood and the proportion was higher between ADDH-I 67%, related to ADDH-C 54%.

KEY WORDS: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Depression, comorbidity

Relación entre el Tipo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Depresión en un Grupo de niños de 7 a 16 Años de Edad

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es el síndrome neuropsiquiátrico más común en la población infantil. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), estima que ocurre aproximadamente en el 3% a 7% de los niños en edad escolar (Barkley, 1998). De acuerdo con las estadísticas regionales en Colombia, un estudio realizado en Manizales reporta 16.1% (Pineda, Lopera, Palacio, Ramírez, Henao, 2001); sin embargo, otro estudio en Medellín alcanza el 18% de la prevalencia en la población (Martínez, 2006; Vélez, Talero. Gutiérrez, Ibáñez, 2008).

De acuerdo con la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), el TDAH es un patrón persistente de “desatención y/o hiperactividad”, con una duración mínima de seis meses, que se manifiesta temprano en la vida del niño, antes de los 7 años. Se caracteriza por anomalías en los niveles de atención (bajos niveles de concentración) e impulsividad (impedimento para controlar reacciones inmediatas), comparados con los de un niño con un grado de desarrollo similar. Según su clasificación se diferencian tres subtipos de acuerdo a sus manifestaciones: TDAH con predominio de hiperactividad (TDAH-H) que se caracteriza por conductas activas e impulsivas; TDAH con predominio inatento (TDAH-I), sin conductas activas e impulsivas y predominio del déficit de atención; y TDAH de tipo combinado (TDAH-C) con presencia de ambos. (American Psychiatric Association, 2000).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) lo contempla dentro de la categoría del

trastorno del comportamiento y de las emociones que comienza habitualmente en la infancia y la adolescencia. (Vélez .A, Talero. C, Gutiérrez. R, Ibáñez. M, 2008).

El TDAH puede coexistir con diversos trastornos que complican la vida de quienes lo padecen; además de la dificultad que conlleva tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. La problemática asociada al TDAH ha sido bastante documentada pues implica baja autoestima (Servera, Bornás y Moreno, 2001), trastornos de conducta como oposicionista desafiante, trastornos del estado del ánimo como depresión, y trastornos de ansiedad (Ostrander, Crystal, August y Gerald, 2006; Villalobos, Rodríguez y Sánchez, 2003) además trastornos del aprendizaje; no siendo rara su asociación con el trastorno de la Tourette (Artigas,2003; Vélez y cols,2008).

Todo lo anterior, genera en un niño o adolescente angustia emocional con descontento crónico, que se intensifica con puntos de vista negativos y pesimistas de las interacciones consigo mismo y con su entorno (González y Sellers, 2002). Por lo tanto, muchos niños con este trastorno tienen problemas para adaptarse socialmente. Alrededor de un 40 a 60% de los niños con TDAH presentan depresión (Eddy, 2002), y alrededor del 30% de los niños con TDAH tienen asociado algún trastorno afectivo como depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno distímico (Artigás, 2003).

Las cifras altas de comorbilidad constituyen entonces, un determinante esencial en el curso y pronóstico del TDAH, pues sumado a las características del trastorno y factores sociales, familiares y culturales asociados, se ha dicho, que los niños con TDAH se encuentran en riesgo (Moreno, 2001 en Calvillo, 2004).

Por otra parte, según un informe de la OMS (2003), la depresión como trastorno del estado del ánimo es la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10

causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. Se pronostica que para el año 2020 este trastorno ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos; la prevalencia en niños pequeños es del 0.03 – 3%; en niños de edad escolar es de 8 – 10%; y en adolescentes del 15 – 20%.

En los países en desarrollo, este trastorno constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3,4%. En Colombia, en 1995 se encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 72,6% en una muestra de 1376 pacientes de un hospital de atención primaria en Bogotá (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz, 2004); en una población de Antioquia, se encuentra una alta sintomatología depresiva en niños escolares de 8 a 12 años con una prevalencia de un 25.2% (Stefano y cols. 2006); en Bucaramanga, se encontró que el 9.2% de 239 niños escolarizados estaban deprimidos (Mantilla, Sabalza, Ojeda, Caraballo, Campo y Díaz, 2003). El 13,3% de pre-adolescentes y adolescentes entre 12 y 15 años han padecido en algún momento síntomas depresivos y ese porcentaje aumenta al 20.1% entre los jóvenes entre los 16 y los 19 años (Torres y Montoya 1997). Se contempla entonces, que los índices de depresión son más altos en niños y adolescentes colombianos que los reportados mundialmente (Oquendo, De la Espriella y Avendaño 2008).

Los síntomas depresivos pueden aumentar con la edad y el grado de escolaridad; algunos de los factores asociados son problemas en la relación con los compañeros; oposicionismo; cambios del apetito y del peso; disforia e ideación suicida; pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades habituales; agitación o enlentecimiento psicomotor y sentimiento excesivo de inutilidad o culpa (APA 2000, Cortés 2008; López y cols, 2004; Méndez 2007; Méndez, Olivares y Ros en Caballo 2006). Estos criterios los incluye el DSM -IV-

TR (APA 2000) y se especifica que deben permanecer al menos cinco durante un mínimo de dos semanas.

Del Barrio (2001) menciona diversas circunstancias que incrementan la posibilidad de que se produzcan trastornos de carácter depresivo. Factores de riesgo que pueden ser del individuo; como el temperamento y la personalidad que ejercen gran influencia; por ejemplo, es importante anotar que si al TDAH y la depresión se añade una personalidad impulsiva-agresiva, entonces el riesgo de suicidio aumenta significativamente (Artigás, 2003). Así mismo, la frecuencia de eventos negativos y el afecto negativo están relacionados con depresión, por lo cual el afecto es una variable de temperamento que puede poner en riesgo a los niños y adolescentes (Oquendo, De la Espriella y Avendaño 2008).

Es importante analizar que la dificultad para concentrarse es propia tanto del TDAH como del Trastorno Depresivo (Artigás, 2003), o también puede ocurrir que la inquietud y la falta de atención se limiten a un periodo en el que el niño sufra un estado de depresión o ansiedad (Ramos y Gonzales 2007).

El TDAH puede manifestar entonces, problemas de diagnóstico diferencial con la ansiedad o la depresión. En el caso de la ansiedad es posible la presencia de inatención e inquietud, pero la clínica está asociada a preocupaciones o temores y no a un trastorno que tiene su comienzo antes de los siete años y manifiesta una relativa cronicidad o persistencia. Paralelamente, la depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud; sin embargo, suele acompañarse de tristeza, apatía o pérdida de ilusión y ser frecuentemente episódica, en contraposición al TDAH. En resumen, la sintomatología de los TI suele tener un inicio posterior a los siete años, es más

episódica que la del TDAH y presenta clínica específica (Artigás, 2003; Villalobos, Serrano, Sánchez 2004).

Con respecto a los problemas asociados a los subtipos de TDHA, Villalobos, Rodríguez y Sánchez (2003) mencionan las primeras investigaciones realizadas por Barkley (1990) y Bonet (1992) donde se indica que las personas con TDHA-I tienen más probabilidad de recibir diagnósticos de Trastornos por ansiedad o depresión y las personas con TDHA-C, de trastornos de conducta.

Se ha observado que las personas con subtipos de TDAH-I y TDAH-C, suelen tener problemas de relaciones sociales, aprendizaje y cognición, con la diferencia que en el TDAH-C se manifiestan más problemas de comportamiento, impulsividad, expulsiones de la escuela y asisten en mayor medida a clases de educación especial para niños con problemas de conducta. (López, Montes y Sánchez, 2003).

Según López, Serrano y Delgado (2004), de acuerdo con la revisión de los estudios realizados en la población de niños y adolescentes (Biederman, Faraone, Mick, Moore y Lelon, 1996; Michanie, 2000; Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996), la prevalencia de TDAH es alta, desde 3 hasta 7% , igualmente para depresión se han encontrado cifras, en niños pequeños desde 3% hasta 20% en los adolescentes(OMS,2003); así mismo los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja. Por lo tanto, es de gran relevancia adelantar investigaciones que permitan mayor comprensión de la problemática.

De igual manera, es importante identificar los problemas que suelen acompañar a los diferentes subtipos del TDAH pues muchos de los trastornos comórbidos son favorecidos por el propio TDAH y suelen aparecer con posterioridad a su sintomatología base (Benjumea, en Calvillo 2004; Villalobos, Rodríguez y Sánchez.2003).

A pesar de los hallazgos sobre el tema, no hay resultados contundentes que permitan esclarecer los factores de comorbilidad asociados a los subtipos de TDAH y trastornos del estado de ánimo; cabe preguntarse entonces si existe una relación entre los Subtipos de TDAH y Depresión; los resultados pueden aportar elementos que permitan ampliar la comprensión al respecto, y conlleven a desarrollar nuevas estrategias de intervención. Se plantean entonces, las siguientes hipótesis según la revisión de la literatura al respecto: 1) El subtipo de TDAH se asocia con el trastorno depresivo en niños y adolescentes; 2) quienes presentan tipo de TDAH-I, tienden a desarrollar trastorno depresivo.

El objetivo de este estudio fue determinar si hay relación entre los subtipos de TDAH y depresión en un grupo de 19 niños, niñas y adolescentes entre 7 y 16 años que asistieron a consulta clínica del Hospital Militar Central de Bogotá.

La pertinencia de esta investigación tiene que ver con la escasez y necesidad de estudios en la población colombiana respecto a la asociación entre subtipos de TDAH y depresión. La información que se obtenga en este estudio se encaminará a favorecer la precisión diagnóstica y mejorar los procesos de intervención donde se puedan generar nuevos programas que se ajusten a la problemática en comorbilidad, ya que generalmente se presta más atención a un estado u otro acorde con la manifestación que se presente, perdiendo elementos de mucho valor que posibilitan un mejor pronóstico.

Método

Se realizó un estudio empírico analítico con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La selección de la muestra se desarrolló en un contexto clínico la cual fue por conveniencia y no probabilística debido a la dificultad de acceso a la población.

Participantes

Se seleccionó un grupo de 19 niños, niñas y adolescentes con diagnóstico confirmado de TDAH según Criterios Estadísticos del DSM IV T-R (APA 2000), que asisten a consulta de psiquiatría en el Hospital Militar Central de Bogotá, de los cuales 17 fueron de género masculino y 2 de género femenino, con edades que variaron entre los 7 y 16 años.

El diagnóstico de TDAH en el Hospital, se realizó a partir de una evaluación psiquiátrica con entrevista semiestructurada y la valoración por neuropsicología a través del protocolo institucional y la determinación del Cociente Intelectual (CI). El criterio diagnóstico de TDAH se realizó de manera conjunta entre psiquiatría y neuropsicología.

Instrumento

Se indagó respecto a las variables de trastornos del estado de ánimo, a través de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI kid 1997), dirigida a los niños y adolescentes (de 6 a 17 años 11 meses); es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve que explora, para el diagnóstico, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos,

identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica (Bobes, Portilla, Bascarán, Sáinz, Bousoño, M. 2002).

La MINI kid abarca 23 trastornos psiquiátricos, divididos en forma de módulos y añade el riesgo de suicidio como uno de éstos; para el objetivo de este estudio se eligieron los módulos de Trastorno Depresivo Mayor, Riesgo Suicida, Distimia e Hipomanía (Apéndice A). Las respuestas de cada uno de los módulos se responden con “sí o no” y a partir de una pregunta clave se decide completar o no el módulo (Sheehan y cols.2000)

Respecto a la validez y confiabilidad de la versión en español de la MINI kid, según un estudio realizado en México en el 2004, la confiabilidad interevaluador y la temporal fueron de 0.9 a 1 y de 0.60 a 0.75 respectivamente; la validez concurrente con entrevista clínica fue de 0.35 a 0.50 de acuerdo a lo reportado en la reunión de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil (Palacios, De la Peña, Heinze, 2004).

En Colombia, se utilizó el instrumento de la MINI kid en un estudio realizado para establecer el estado de salud mental de las víctimas de la violencia armada en Bojayá (Londoño, Muñiz, Correa, Patiño, Jaramillo, Raigoza, Toro, Restrepo, Rojas, 2005); también una investigación sobre el Perfil neuropsicológico de escolares con trastornos específicos del aprendizaje de instituciones educativas de Barranquilla (Rodríguez, Zapata, Puentes, 2008) y un estudio sobre la confiabilidad y estructura factorial de la escala SNAP IV en español para el diagnóstico de psicopatología en niños y adolescentes de Medellín (Arango, Puerta, Martínez, Zapata, Pineda, Lopera, Trujillo, Aguirre, Galvis, 2007).

Procedimiento

Dos psicólogas evaluaron a cada participante que salía de consulta externa en Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá, en los meses de julio y agosto de

2009. Los padres dieron el consentimiento informado previamente (Apéndice B.), pero no estuvieron presentes durante la entrevista, debido a que los participantes pasaron directamente de la consulta en psiquiatría, al consultorio donde se realizó la evaluación.

Las entrevistas se realizaron de manera individual en un consultorio contiguo al de psiquiatría destinado para el procedimiento; cada participante se sentó frente a la psicóloga entrevistadora al lado de un escritorio.

Antes de iniciar la entrevista, se explicó a cada niño el propósito de realizarla y la confidencialidad de la misma, aunque se aclaró que los resultados iban a ser parte de una investigación e iban ser publicados protegiendo su identidad; una vez los participantes resolvieron las inquietudes al respecto, se leyó cada pregunta o afirmación de manera parafraseada para asegurar la comprensión de los ítems; los participantes iban respondiendo de manera oral a cada una de las preguntas.

Cada respuesta se registró en tinta negra, en una hoja donde se encontraban las casillas de respuestas de los módulos seleccionados. Cada entrevista duró alrededor de 20 minutos; al final se revisaron las respuestas marcando las casillas de inclusión para los criterios diagnósticos.

Posteriormente se realizó una base de datos en Excel para el análisis estadístico, en la cual se registró la edad, el género, el subtipo de TDAH y si los participantes presentaron alguno de los trastornos seleccionados, en comorbilidad con el TDAH.

Finalmente, los datos se ingresaron al programa estadístico SPSS versión 15.0, mediante el cual se realizó un análisis descriptivo, donde se aplicaron estadísticos de asociación con pruebas no paramétricas, debido al tamaño reducido de la muestra.

Resultados

La muestra clínica de 19 participantes, correspondió al 25% de los 76 niños, niñas y adolescentes diagnosticados con TDAH que asistían al Hospital Militar Central de Bogotá, al momento de realizar el estudio.

La edad que más se presentó fue de 7 años, en 5 participantes (26,3%); el rango de los 7 a los 10 años ocupó el 53%, el rango de 11 a 13 años fue 21% y el rango de 14 a 16 de 26% (Figuras 1 y 2).

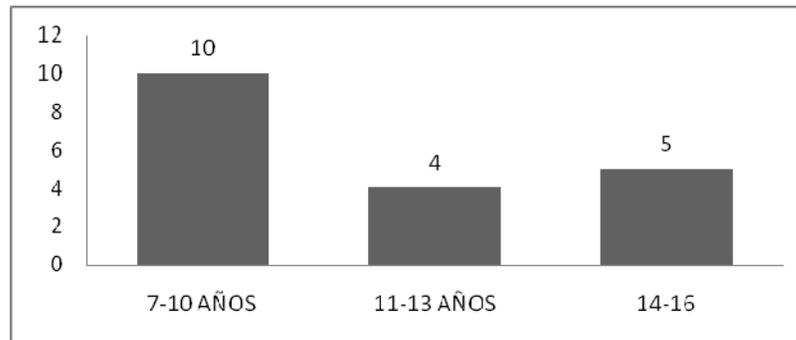


Figura 1. Frecuencia de la población con TDAH por Edad

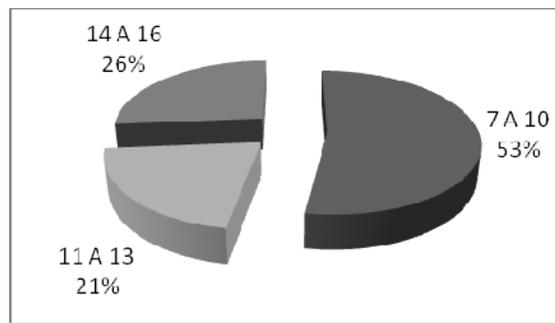


Figura 2. Porcentaje de la Población con TDAH por Edad

Se observó alta frecuencia de género masculino en todos los subtipos de TDAH, 17 (89%); la de género femenino fue 2 (11%).

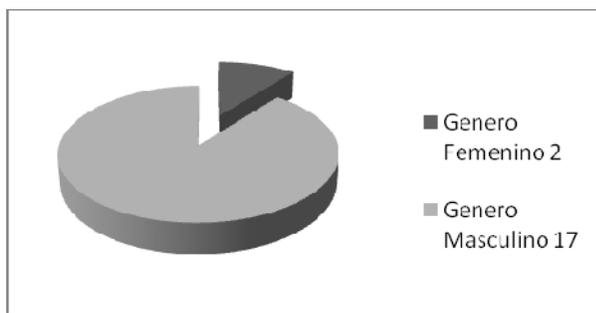


Figura 3. Frecuencia por Género de la población con TDAH

Respecto al subtipo de TDAH se encontró alta ocurrencia de TDAH-C; 13 (68,4%); por otra parte, 6 (31,6%) de los participantes presentaron TDAH-I ; ninguno presentó TDAH-H, (Figura 3).

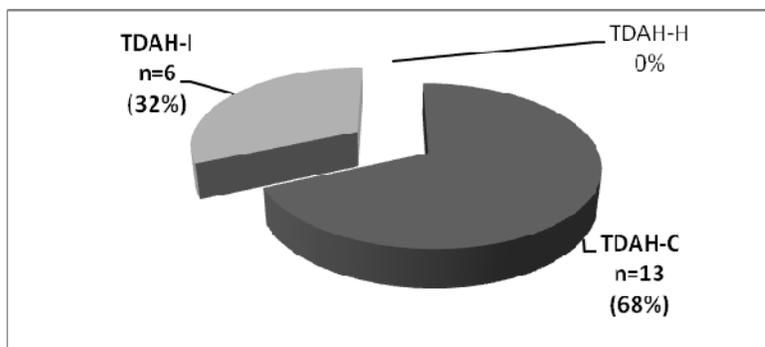


Figura 3. Frecuencia Subtipos de TDAH.

En relación a los módulos evaluados con la Mini Kid, se observó que la población con TDAH presentó síntomas de trastornos del estado de ánimo; 21,1% depresión mayor; 31,6% riesgo suicidio; 26,3% Distimia y 26,3% hipomanía. En el género masculino la ocurrencia fue mayor en todos los módulos; en cuanto al género femenino se reportó Distimia. (Tabla1.)

Tabla 1. Frecuencia de los trastornos evaluados por género

Trastorno	Género Masculino	Género Femenino	Muestra Total
	N=17 (90%) N (porcentaje)	N=2 (10%) N(porcentaje)	N=19 (100%) N (porcentaje)
Depresión Mayor	4 (23,5%)	0 (0%)	4 (21,1%)
Riesgo Suicida	6 (35,3%)	0 (0%)	6 (31,6%)
Distimia	4(23,5%)	1 (50%)	5 (26,3%)
Hipomanía	5 (29,4%)	0 (0%)	5 (26,3%)

No se halló asociación entre edad y género (Tablas 2 y 3) tampoco entre subtipo de TDAH con los módulos explorados con la MINI kid (Depresión mayor Riesgo de Suicidio, Distimia e Hipomanía) (Tabla 3); en todas las variables, la significancia fue mayor a 0.05 ($\alpha \leq 0.05$ para ser significativo), por lo cual no se puede hablar de resultados estadísticamente significativos.

Tabla 2. Asociación entre edad y trastornos del estado de ánimo

Variable	Chi Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	Significancia Asintótica (bilateral)
Depresión Mayor	9,975	9	,353
Riesgo de Suicidio	12,058	9	,210
Distimia	13,843	9	,128
Hipomanía	18,968	18	,394

Nota. La asociación es significativa si $\alpha \leq 0.05$.

Tabla 3. Asociación entre género y trastornos del estado de ánimo

Variable	Chi Cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	Significancia Asintótica (bilateral)
Depresión Mayor	,596	1	,440
Riesgo de Suicidio	1,032	1	,310
Distimia	,647	1	,421
Hipomanía	1,304	2	,521

Nota. La asociación es significativa si $\alpha \leq 0.05$.

Tabla 4. Asociación entre subtipo de TDAH y Trastornos del Estado de Animo

Variable	Chi cuadrado de Pearson	Grados de Libertad	Significancia Asintótica (bilateral)
Depresión Mayor	,101	1	,750
Riesgo de Suicidio	,012	1	,911
Distimia	,223	1	,637
Hipomanía	1,104	2	,576

Nota. La asociación es significativa si $\alpha \leq 0.05$.

Aunque no se halló asociación estadísticamente significativa en las variables de estudio, teniendo en cuenta que es una muestra clínica, a nivel descriptivo se puede observar que de los 13 participantes que presentaron TDAH-C, 4 veces se reportó depresión mayor, 4 riesgo de suicidio; 3 distimia y 5 hipomanía; de los 6 participantes que presentaron TDAH-I, 2 veces se presentó riesgo de suicidio, 2 distimia y 1 hipomanía (Figura 4).

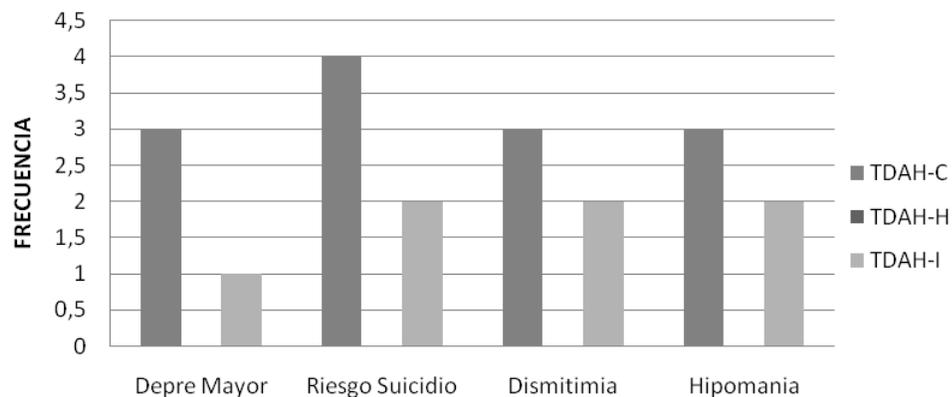


Figura 4. Frecuencia de los módulos explorados con la Mini Kid, según subtipo de TDAH.

Los síntomas depresivos se evidencian en 7 (54%) de los 13 participantes que presentaron TDAH-C, los cuales reportaron 14 de las variables que se contemplaron en la MINI kid. Por otra parte, 4 (67%) de las 6 personas con TDAH-I reportaron síntomas de los trastornos explorados (Figura 5).

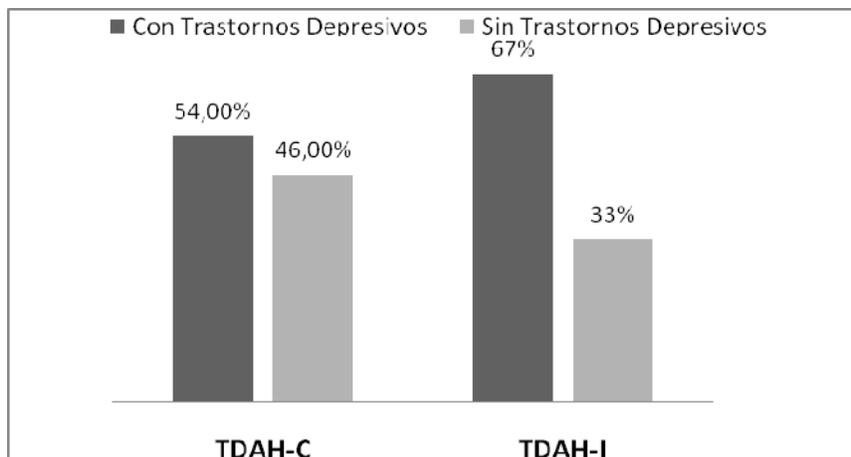


Figura 5. Porcentaje de los Síntomas de Trastornos Depresivos en los Subtipos de TDAH en relación con quienes no los presentaron

La frecuencia de las variables exploradas en cada participante de acuerdo al subtipo de TDAH, se observa en las figuras 6 y 7.

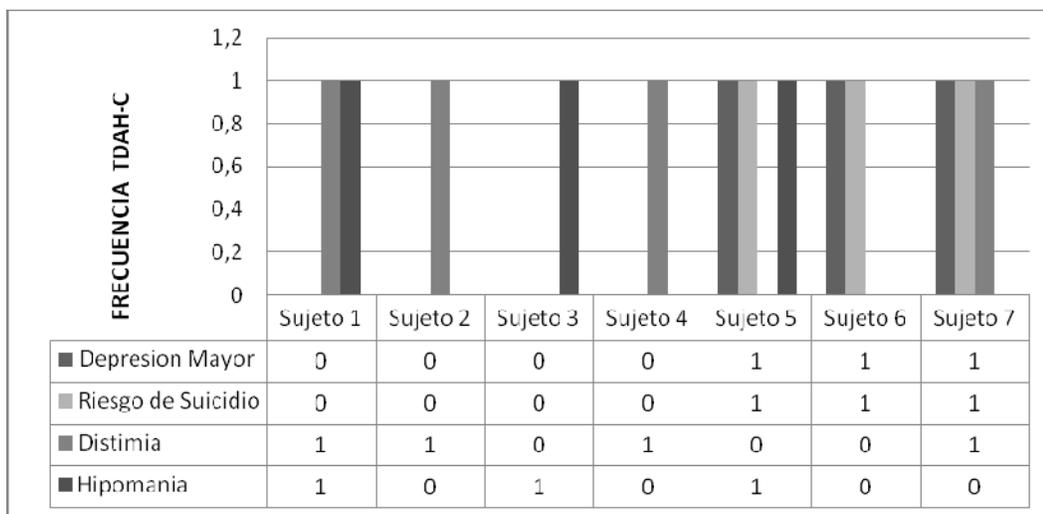


Figura 6. Frecuencia de Trastornos Depresivos en TDAH-C

Todos los participantes de este grupo TDAH-C son de género masculino; se observa que tres de ellos, reportaron a la vez, tres de las variables de los trastornos del estado de ánimo: uno de ellos depresión mayor, distimia e hipomanía; otro depresión mayor, riesgo suicida e hipomanía; el último depresión mayor, riesgo suicida y distimia coincidiendo en los tres depresión mayor.

Las variables que más coinciden todos los participantes con TDAH-C que reportaron trastornos del estado de ánimo son depresión mayor y distimia.

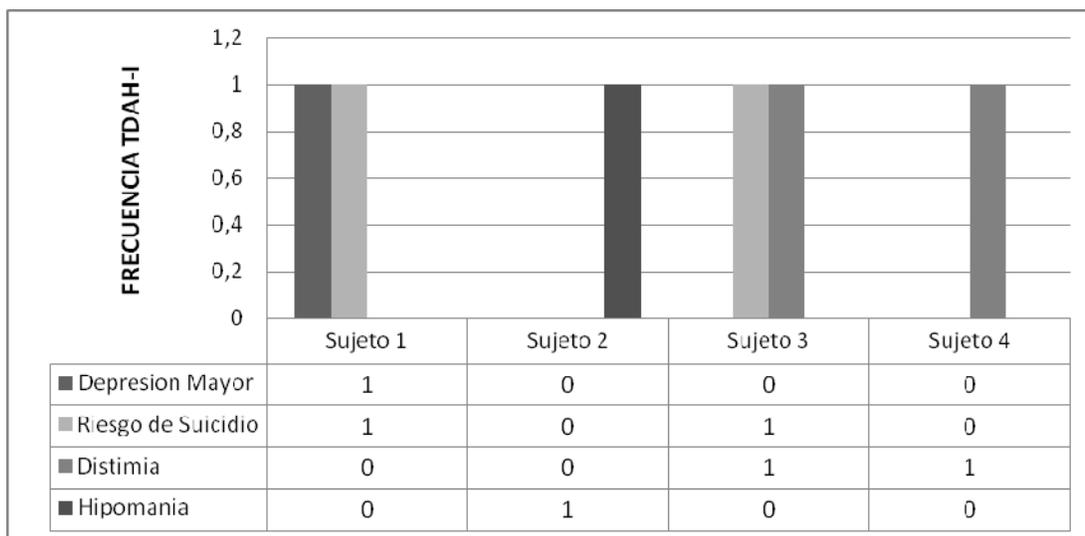


Figura 7. Frecuencia de Trastornos Depresivos en TDAH-I

Los trastornos del estado de ánimo explorados con la MINI kid, ocurren en 4 de los participantes con diagnóstico de TDAH-I, y se observa que las variables que ocurrieron con mayor frecuencia fueron riesgo de suicidio y distimia; dentro de este grupo se encuentran las dos niñas de la población y una de ellas, una reportó distimia. Coinciden con TDAH-C, en que una de las variables que se presenta con mayor frecuencia es distimia, pero en TDAH-I se encuentra una proporción más alta en riesgo de suicidio.

Discusión

La literatura pone de manifiesto la existencia de comorbilidad asociada al TDAH; se ha considerado como precursor del desarrollo de conductas antisociales y delictivas serias, pero también se observa alta relación con depresión. (López, montes 2003; López, Serrano, Sanchez 2004; Ramos, Gonzáles, 2007, López).

Partiendo de estas premisas y la escasez de estudios en la población colombiana respecto al TDAH y su comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, este estudio se centró en la asociación entre los diferentes subtipos de TDAH y depresión, en una muestra clínica de 19 niños, niñas y adolescentes. Se planteó que el subtipo de TDAH se asocia con el trastorno depresivo en niños y adolescentes y que quienes presentan tipo de TDAH-I, tienden a desarrollar depresión con más frecuencia que los otros subtipos de TDAH.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño de la muestra debido a la dificultad de acceso a la población clínica, pero incluyó 25% de los pacientes con TDAH que asistían al Hospital Militar central de Bogotá en julio y agosto de 2009; un valor de esta población en términos de estudio, es que el diagnóstico de TDAH se realizó con psiquiatría y neuropsicología disminuyendo la probabilidad de falsos positivos.

Por otra parte, aunque la MINI kid es un buen instrumento estructurado que facilita la precisión de la valoración diagnóstica, las preguntas cerradas limitan la información en algunos aspectos; probablemente, ampliando la evaluación para depresión con otros instrumentos o métodos, se podrían encontrar elementos relevantes por ejemplo en aspectos cognitivos, ya que en las preguntas de la MINI kid, se hace énfasis en las respuestas fisiológicas y motoras.

Es importante considerar para futuras investigaciones otro instrumento que sea más apropiado para los rangos menores de edad como el de los 7 a los 12 años; debido al desarrollo cognitivo en este rango de edad, a través de una entrevista estructurada se pueden perder elementos importantes si no hay una comprensión clara de los ítems, los resultados pueden estar relacionados con las limitaciones del

instrumento; probablemente ampliando la investigación se pueden encontrar otros factores importantes para la comprensión del tema o resultados distintos.

No se halló asociación estadísticamente significativa en los módulos explorados en consideración a limitaciones del estudio. Sin embargo, se observan datos interesantes con los cuales se puede hacer un análisis descriptivo desde el punto de vista clínico teniendo en cuenta que todas las observaciones que se hagan al respecto, deben comprenderse dentro de este marco y se podrían ampliar con estudios posteriores.

Se encontró alta ocurrencia de TDAH-C; 13 (68,4%); por otra parte, 6 (31,6%) de los participantes presentaron TDAH-I ; ninguno presentó TDAH-H coincidiendo con las investigaciones al respecto (López, Montes, Sanchez, 2003, Ramos, González 2007 ; Vélez , Talero , González , Pinilla, 2008).

La muestra estuvo conformada por 90% de varones y 10% de mujeres con diagnóstico de TDAH, presentándose mayor incidencia en el género masculino. Acorde con varios estudios, es posible que las niñas pasen desapercibidas, si se tiene en cuenta que la mayoría de la población femenina con TDAH presenta subtipo inatento y las manifestaciones del trastorno se limiten a conductas del ámbito académico y el impacto no sea tan evidente. (López, Montes, Sánchez, 2003; Martínez, 2005; Ramos, González 2007, Pineda et al 2001). Aunque se observó mayor frecuencia de género masculino tanto en TDAH-C como en TDAH-I, la proporción de varones es menor en TDAH-I.

Se observó que más de la mitad de los participantes ocuparon el rango de edad que comprende los 7 a los 10 años 53%, siendo más frecuente en este grupo la edad de los 7 años, se ha señalado que en la edad preescolar (7 años) es donde se comienzan a evidenciar las manifestaciones del trastorno debido a la exigencia

académica y a las dificultades que reportan los maestros del desempeño del niño. (Martínez, 2006; Rappley, 2005, Barragán, de la Peña, Ortiz, Ruiz Hernández, Palacios, Suárez, 2007). El grupo de edades entre los 11 y los 16 años, ocuparon el porcentaje restante con una diferencia de 5%; 11-13 años 21% y 14-16 años 26%.

Estos datos indican que la edad de los 7 a los 10 años merece especial atención en términos de prevención e intervención. Sin embargo, aunque el porcentaje es menor en las edades de 11 a 16 años, se observa una equivalencia en el número de casos reportados en estas edades con lo cual se puede comprender que una persona de 11 años está en el mismo riesgo de una de 16; esto puede abrir nuevas posibilidades de comprensión una ampliación o replicación de este estudio con una población mayor.

Como se ha descrito, la gravedad de la problemática de TDAH cuando está asociada a cualquier otro tipo de trastorno es relevante (Félix, Herreruzo, Pino, 2008; Mulas, Etchepareborda, Hernández, Díaz, Pascuale, Ruiz. 2006), ya que repercute en distintos ámbitos de la vida del niño y presenta un efecto sobre los que lo rodean; en algunos casos ese efecto puede ser negativo y potencializar las manifestaciones del trastorno, si en las personas que rodean al niño, niña o adolescente no hay una comprensión de la problemática con las variables que pueda presentar.

A nivel general se presentaron más casos de TDAH-C y por esta razón mayor frecuencia de síntomas de trastornos del estado de ánimo en este grupo. Sin embargo, de acuerdo a la primera hipótesis que se planteó, el porcentaje en la frecuencia de trastornos del estado de ánimo en niños con TDAH-I (67%) es mayor en relación a los que presentaron TDAH-C (54%). Aunque se podría decir que los participantes con TDAH-I presentaron mayor vulnerabilidad, la diferencia no es tan amplia en relación a TDAH-C.

Se puede afirmar entonces, que en esta muestra clínica, tanto los participantes con TDAH-I como los que presentan TDAH-C se encuentran en riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo como la depresión; llama la atención que el porcentaje de quienes presentan trastornos del estado del ánimo en la muestra clínica, es mayor respecto a quienes no los presentan, siendo ésta una población que merece atención.

A nivel general, la variable que más se presentó fue riesgo de suicidio 6 (35,3%) y se presentó solamente en varones; este factor es importante ampliarlo en futuras investigaciones y mirar si se relaciona sólo con las características impulsivas características del género masculino o si hay otros factores importantes que puedan aportar en términos de prevención; por ejemplo, la frecuencia de la variable depresión mayor ocupó 4 (21,1%) de los participantes 3 de los cuales presentaron TDAH-C, de igual manera, respecto a riesgo de suicidio, todos ellos fueron de género masculino; la ocurrencia de distimia e hipomanía fue igual, 5 (31,6%), en cuanto a la muestra femenina, el trastorno que se presentó fue distimia 1 (50%).

De acuerdo a lo observado en este estudio y lo planteado en diversas investigaciones,(Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L., Suárez, A. 2007;) se puede concluir que pocas veces el TDAH se manifiesta de manera aislada; gran número de niños con TDAH en edad escolar son remitidos para evaluación clínica, ya que presentan al menos otro trastorno psiquiátrico diagnosticable. En congruencia con lo planteado por Roselló (2000), es necesario que los profesionales tengan un claro conocimiento en comorbilidad, de manera que en la evaluación del TDAH se preste atención a la detección de otras psicopatologías, y contemplar un abordaje interdisciplinario en la intervención.

De igual manera, se puede afirmar según lo observado en la muestra, que los niños con TDAH son una población que merece atención, pues se encuentra en alto

riesgo de presentar trastornos del estado de ánimo como depresión. Aunque no hay resultados significativos, algunos indicadores que pueden ser útiles para predecir manifestaciones en comorbilidad con depresión, son el subtipo de TDAH, edad y género.

Para una mayor comprensión de las manifestaciones del TDAH en comorbilidad con depresión, sería importante determinar si hay asociación entre TDAH y los trastornos de ansiedad, conocida la relación que hay entre éstos y depresión (Quintero, J. 2008;. Mendez, 2007; Méndez, Olivares y Ros en Caballo 2006; Esparza, L 2005; Echeburua, 1993; Cantwell y Carlson, 1987).

Estar atentos a las manifestaciones de comorbilidad en TDAH, es un factor determinante para generar estrategias de prevención e intervención que optimicen los procesos; de acuerdo a las hipótesis planteadas en el presente estudio, la mayor parte de los niños con TDAH reportaron un alto porcentaje de trastornos del estado de ánimo y la proporción fue mayor en TDAH-I. Sin embargo, dadas las limitaciones de la investigación, estas conclusiones no se pueden extrapolar a una población mayor.

Conviene realizar más estudios en nuestra población colombiana, para ampliar la comprensión del tema y determinar entre otros factores, variables culturales en nuestro contexto, que puedan estar asociadas a los trastornos comórbidos con TDAH.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arango, Puerta, Martínez, Zapata, Pineda, Lopera, Trujillo, Aguirre, Galvis, (2007). *Confiabilidad y Estructura Factorial de la Escala SNAP IV en Español para el Diagnóstico de Psicopatología en Niños y Adolescentes de Medellín*. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
- Artigas, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología, 36, 1: 8-78*.
- Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L., Suárez, A. (2007.) Primer Consenso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Boletín Médico del hospital infantil de México, 64, 112-148*.
- Barkley, A., Murphy, K., Bavermeister, J. (1998). *Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad, un manual de trabajo Clínico*. N. Y: The Guilford Press London.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáinz, P., Bousoño, M. (2002). Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Barcelona, Psiquiatría Editores.
- Caballo, V., Simón, M. (2006). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Trastornos Generales. Madrid, Ed. Pirámide.
- Calvillo, M. (2004). Depresión en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. México Rev. Reflexiones 83, 1, 107-120.
- Cantwell, D., Carlson, G. (1987). *Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Sheehan, D., Shytle, K., Lecrubier, T., Soto, V., Díaz, O. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents. (Versión en Español) USA: University of South Florida.

Del Barrio, V. (2000). *Depresión infantil Factores de Riesgo y Posibles Soluciones*. Archidona, Málaga: Aljibe ida Tampa.

Daley, D. (2006) Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Review of the Essential Facts. UK. North Wales: Gwynedd.

Eddy, L. (2002). *Todo Sobre el Niño Hiperactivo y Cómo Manejarlo*. Barcelona: CIMS.

Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de Ansiedad en la Infancia*. Madrid: Pirámide.

Esparza, L. (2005). La Asociación del Trastorno por Déficit de Atención Con el Trastorno Depresivo Y El Trastorno De Ansiedad En Niños. Tesis doctoral Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, España.

Félix, A., Herreruzo, J., Pino, M., (2008). El Estilo de Crianza Parental y su Relación con la Hiperactividad. *Psicothema 20*, 691-696.

Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, F., Rondón, M., Díaz, N. et al. (2004) Prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la Población Colombiana: *Rev Panam Salud Publica*. 16, 6 378–86.

Hernandez, R., Fernández, C., Baptista, L. (2002). *Metodología de la Investigación* México: Mac Graw Hill.

Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D., Rojas, C. (2005) Salud Mental en Víctimas de la Violencia Armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 34/ No. 4.

- López, J., Montes, M., Rodríguez, M., Sánchez, J.I. (2003) trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: análisis discriminante de subtipos. *Revista de Psiquiatria*, 20, 3, 108-119.
- López, J., Serrano, I., Delgado, J. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Comorbilidad con Trastornos Depresivos y Ansiedad. *Psicothema*, 16, 3, 402-207.
- LeBlanc, N., Morin, D. (2004). Depressive Symptoms and Associated Factors in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, 2, 49 – 55.
- Mantilla, LF., Sabalza, L., Ojeda, JM., Caraballo, E., Campo, A., Diaz, LA (2003). *Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga*. Trabajo presentado al 35 Congreso colombiano de Psiquiatría. Cali.
- Martínez, N. (2006). Psicopatología del Déficit de Atención y por Hiperactividad, International. *Journal of Clinical and Health Psychology*. 6, 379-399.
- Méndez, F. (2007). *El Niño que no Sonríe*. Estrategias para Superar la Tristeza y la Depresión Infantil. Madrid: Pirámide.
- Moreno, G. (2001). *Hiperactividad. Prevención, Evaluación y Tratamiento en la Infancia*. Madrid, Ed. Pirámide.
- Navarro, M. (2004). Depresión en Niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Reflexiones* 83,1, 107-120.
- Oquendo, D., De la Espriella, C., Avendaño., B (2007). Eventos Vitales y Afecto Negativo como Factores de Riesgo para el Desarrollo de Depresión en Adolescentes Colombianos. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

- Organización Mundial de la Salud (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginebra: OMS (Trad., Meditor, 1992).
- Ostrander, R., Crystal, D., August, G. (2006) Attention Deficit-Hyperactivity Disorder Depression, and Self- and Other- Assessments of Social Competence: A Developmental Study. *UK Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 6 , 772-86.
- Palacios, L., De la Peña, F., Heinze, G. (2004). *Validez y confiabilidad del MINI KID*. Presentado en póster en el Congreso de Academia Americana de Psiquiatría Infantil. Washington DC.
- Pineda, D., Iopera, F. Palacio, J., Ramiez, D., Henao, G. (2003). Prevalence Estimation Attention Deficit/hyperactivity Disorder: Differential Diagnoses and Comorbidities in a Colombian Sample. *Int J Neurosci* , 1, 60-78.
- Rappley, M. (2005). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine . Massachusetts Medical Society* 13: 49-72.
- Ramos, V., Gonzalez, J. (2007). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. Boletín de Pediatría* , 47, 116-124.
- Rodríguez, Zapata, Puentes, (2008). *Perfil Neuropsicológico de Escolares con Trastornos Específicos del Aprendizaje de Instituciones Educativas de Barranquilla, Colombia*. *Acta Neurológica Colombiana* Vol. 24 No. 2.
- Roselló, B., Amado, L., Bo, R. (2000). Patrones de Comorbilidad en los Distintos Subtipos de Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Stefano, V., Gaviria, a. Atehortúa, I., Martínez,P., Trujillo, C., Quiceno, J. (2006). Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados entre 8 y 12 años del Oriente

- Antioqueño a partir del “child depression inventory”. *CDI. Diversitas*, 2, 2, 217-227.
- Torres, Y., Montoya, I. (1997). *II Estudio de salud mental y sustancias psicoactivas*. Revista de Neurología Clínica. 1, 181-192.
- Stefano, V., Gaviria, A., Atehortua, F. (2006) Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados .entre 8 y 12 años del Oriente Antioqueño a partir del “Child Depression Inventory”: -*CDI. Diversitas*.2, 2, 217-227.
- Vélez, C., Meerbeke, M., Talero, C., Gutiérrez, R., Pinilla, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 24 , 1,124-136.
- Villalobos, J., Montes, J., Sánchez, M. (2003). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Análisis Discriminante de Subtipos. *Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil* , 20, 108-119.
- World Health Organization. (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.

Apéndice A. Instrumento

**M.I.N.I. KID MINI INTERNATIONAL
NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: D. Sheehan, D. Shytte, K. Milo

University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, T Hergueta.

Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto

University of South Florida - Tampa

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamineto M.I.N.I. **KID** (1.1) 1 de enero del 2000.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN NIÑOS CON TDAH

Nombre:

Genero:

Documento de Identidad:

Fecha de Nacimiento:

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(\ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

En las últimas dos semanas:			
A1	¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
A2 a	¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no has podido disfrutar de las cosas? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
	¿MARCÓ SÍ EN A1 O EN A2 ?	(NO	SÍ
b	¿Te has sentido de esta manera la mayor parte del día?	(NO	SÍ
c	¿ Te has sentido de esta manera casi todos los días?	(NO	SÍ

A3 En las últimas dos semanas, cuando te sentías deprimido, malhumorado o sin interés en las cosas:

- a ¿Tenías menos hambre o mas hambre la mayoría de los días? NO SÍ
 ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por \pm 5% de su peso corporal ó \pm 8 libras en el último mes]
 MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

- b ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte NO SÍ
despertarte

- c ¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto NO SÍ
o se te hac

- MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

- d ¿Te sentías cansado casi todo el tiempo ? NO SÍ

- e ¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? NO SÍ
¿Te sentía:

- MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

- f ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte? NO SÍ

- MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

- g ¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte NO SÍ
 daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?

- MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

¿MARCÓ **SÍ** EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SÍ
*EPISODIO DEPRESIVO
 MAYOR ACTUAL*

RIESGO DE SUICIDIO

(\ SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICAS CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

- B1 a ¿**Alguna vez** te has sentido tan mal que deseaste estar muerto? NO SÍ

- b ¿Alguna vez has tratado de hacerte daño? NO SÍ

- c ¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida? NO SÍ

MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

NO SÍ
*RIESGO DE SUICIDIO
 DE POR VIDA*

¿Durante el mes pasado usted:

- B2 ¿Tuvo algun accidente NO SÍ
 ¿SI CONTESTO NO A B2, SALTE A B3: SI ES SÍ, PREGUNTE B2a:
- B2a ¿Planeo o intento hacerse daño en ese accidente NO SÍ
 ¿INCLUYA INTENTO PASIVO O ACTIVO EN SU CLASIFICACION
 SI NO A B2a, SALTE A B3: SI SÍ, PREGUNTE B2b:
- B2b ¿Intento morir como resultado de este accidente NO SÍ
- B3 ¿Penso que estaria mejor muerto o deseo la muerte NO SÍ
- B4 ¿Quiso hacerte daño? NO SÍ
- B5 ¿Penso en quitarse la vida? NO SÍ

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ENTONCES PREGUNTE LA FRECUENCIA Y LA INTENSIDAD DE LOS PENSAMIENTOS DE SUICIDIO:

<p>Frecuencia</p> <p>Occasionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>A menudo <input type="checkbox"/></p> <p>Muy a menudo <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Intensidad</p> <p>Leve <input type="checkbox"/></p> <p>Moderada <input type="checkbox"/></p> <p>Severa <input type="checkbox"/></p>
---	--

- B6 ¿Tiene un plan para suicidarse? NO SÍ
- B7 ¿Ha tomado alguna medidas para hacerse daño o se ha preparado para un intento de suicidio en el cual usted espera o intenta morir? NO SÍ
- B8 ¿De una manera intencional, se ha causado algun daño sin intension de quitarse la vida? NO SÍ
- B9 ¿Trato de quitarte la vida? NO SÍ
 Deseo ser rescatado / sobrevivir
 Esperaba/ tenia intencion de morir

¿ES POR LO MENOS UNA (1) DE LAS RESPUESTAS DE ARRIBA (B1-B9) CODIFICADA SÍ?

SI LA RESPUESTA ES SÍ, SUME EL NUMERO TOTAL DE PUNTOS PARA CADA RESPUESTA (B1-B9), MARCADA SÍ, Y ESPECIFIQUE EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO DE ACUERDO A LOS SIGUIENTE.

EN EL ESPACIO DE ABAJO HAGA CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL SOBRE SU EVALUACION DEL REISGO DE SUICIDIO EN EL PRESENTE O FUTURO CERCANO DE ESTE PACIENTE:

	NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO EN EL PRESENTE		
1-8 puntos	Leve	<input type="checkbox"/>
9-16 puntos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 17 puntos	Alto	<input type="checkbox"/>

C. TRASTORNO DISTÍMICO

(SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR,
NO EXPLORE ESTE MÓDULO.

En el último año:			
C1	a ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	(NO	SÍ
	b ¿Te has sentido así la mayor parte del tiempo?	(NO	SÍ
C2	En los últimos dos años , ¿Te sentiste bien por dos meses o mas en tiempo continuo?	NO	(SÍ
C3	Durante los último dos años , la mayor parte del tiempo:		
	a ¿Tenías menos hambre que la que usualmente tienes? ¿Tenías mas hambre que la que usualmente tienes? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
	b ¿Tenías dificultad para dormir (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	NO	SÍ
	c ¿Te sentías mas cansado de lo usual?	NO	SÍ
	d ¿Te sentías menos seguro de ti mismo? ¿Te sentías mal acerca de ti mismo? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
	e ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ
	f ¿Sentías que las cosas nunca iban a mejorar? ¿MARCÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE C3a-f?	NO	(SÍ
C4	¿Te molestaba mucho sentirte deprimido / malhumorado / desinteresado? ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, o con tus amigos? MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	(NO	SÍ
	¿MARCÓ SÍ EN C4?		

NO	SÍ
-----------	-----------

D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

(SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿ Alguna vez , has tenido un período de tiempo en el que te has sentido tan feliz que has estado bien exaltado o eufórico? Por exaltado o eufórico, me refiero a que te sientas muy bien; estas lleno de energía, necesitas dormir menos; los pensamientos se aceleran en tu cabeza; estas lleno de ideas.		NO	
NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN O EXCITAN A LOS NIÑOS, COMO LAS NAVIDADES, LOS CUMPLEAÑOS, ETC.					
SI SÍ :					
	b	¿En este momento te sientes “exaltado”, “eufórico”, o lleno de energía?		NO	
D2	a	¿ Alguna vez , has tenido un período de tiempo en el que estuviste tan gruñón, malhumorado o molesto, que gritabas o empezabas peleas; o le gritabas a personas fuera de tu familia? Has notado usted, o los demás, que has estado mas gruñón que otros niños, incluso cuando pensabas que tenías motivos para sentirte así?		NO	
MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
NO CONSIDERE PERÍODOS DE TIEMPO CUANDO EL PACIENTE ESTABA INTOXICADO CON DROGAS O ALCOHOL O DURANTE SITUACIONES QUE NORMALMENTE SOBRE ESTIMULAN A LOS NIÑOS Y LOS PONE BIEN MALHUMORADOS O MOLESTOS.					
	b	¿En este momento te sientes “malhumorado” o “molesto”?		NO	
¿MARCÓ SÍ EN D1a O EN D2a ?					NO
D3	SI D1b O D2b = SÍ : EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b O D2b = NO : EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO				
Durante el tiempo en el que te sentías exaltado, lleno de energía, o irritable notaste que:					
	a	¿Podías hacer cosas que otros no podían hacer? ¿Sentías que eras una persona bien importante?	NO	SÍ	
MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
	b	¿Necesitabas dormir menos (ej. te sentías descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	
	c	¿Hablabas mucho, sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderte?	NO	SÍ	
MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
	d	¿Tus pensamientos pasaban tan deprisa por tu cabeza que tenías dificultad para seguirlos?	NO	SÍ	
	e	¿Te distraías fácilmente con cosas insignificantes?	NO	SÍ	
	f	¿Estabas tan activo o inquieto que los demás se preocupaban por ti?	NO	SÍ	
	g	¿Querías hacer cosas divertidas, incluso cuando podías hacerte daño haciéndolas? ¿Querías hacer cosas a pesar que podían meterte en problemas? (Como quedarte fuera de casa hasta tarde o faltar a la escuela.)	NO	SÍ	
MARCAR SÍ , SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA					
¿MARCÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (Y 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EVALUANDO EPISODIO PASADO] Y SI D1b ES NO [EVALUANDO EPISODIO ACTUAL])?				NO	

Por lo menos una semana o mas:

D4 ¿Esto te causó problemas en tu casa, en tu escuela, con tus amigos o con otras personas? ¿Te tuvieron que hospitalizar por estos problemas?
 NO SÍ
 MARCAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

HIPOMANÍACO MANÍACO

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO (HIPO) MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿MARCÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

Apendice B. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: Relación entre el subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la depresión en un grupo de niños y adolescentes de 6 a 16 años de edad del Hospital Militar Central

Investigadores: Ma. Rocio Acosta, Roberto Chaskel, Catalina Briñez y Camila Patiño.

1. INTRODUCCIÓN

A _____ usted _____ señor
 (a) _____ le estamos
 invitando a su hijo (a) _____ a
 participar en un estudio de investigación del Hospital Militar Central y el posgrado en
 psicología clínica de la niñez y la adolescencia de la Universidad de la Sabana.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir, que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

- Es posible que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio actual. Los estudios de investigación como éste, sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados para ayudar a futuro a otros niños y adolescentes.
- En caso de detectar algún tipo de trastorno emocional, inmediatamente será citado su niño nuevamente con el Dr. Roberto Chaskel para profundizar en los hallazgos e iniciar el tratamiento respectivo si es necesario.

Segundo, algunas personas tienen creencias personales, ideológicas y religiosas que pueden estar en contra de los procedimientos que se desarrollan dentro de las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, como contestar preguntas sobre la conducta privada, hablar de sus emociones, acepta un diagnóstico psiquiátrico o psicológico, etc. Si usted tiene creencias de este tipo, por favor hágaselo saber a alguno de los investigadores del grupo de Neurociencias o de Neuropsicología y Conducta, antes de firmar acuerdos para participar en la investigación.

Información Sobre el Estudio de Investigación:

La presente investigación pretende determinar si hay relación entre el tipo de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y la Depresión en un grupo de 76 niños y adolescentes entre los 6 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá.

El instrumento de evaluación que será aplicado es La MINI-KID, que es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve (máximo 20 minutos) empleada para la detección y/u orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos en niños.

Beneficios:

La participación en el estudio es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento de algunas alteraciones emocionales que se pueden presentar en los niños y adolescentes con TDAH. Las retribuciones estarán presentes desde el mejor conocimiento de su hijo(a) desde Psiquiatría y Neuropsicología y a mediano y largo plazo podrán participar en talleres organizados especialmente para aquellos que manejan esta condición de salud.

Reserva de la Información y Secreto:

La información personal que su hijo(a) nos brindará permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia. A los cuestionarios se les asignará un código de tal forma que el personal técnico, diferente a los docentes investigadores, no conocerá su identidad.

Inconvenientes, Malestares y Riesgos:

El llenado del cuestionario se considera un procedimiento sin riesgo a nivel médico. Garantizamos su derecho a la intimidad y la de su hijo (a), manejando esta información a un nivel confidencial absoluto. No se dará esta información personal a nadie por fuera del grupo. Nunca se publicará ni se divulgarán a través de ningún medio los nombres de los participantes. Los síntomas y diagnósticos detectados sólo se les informará, si con ello se puede conseguir un tratamiento eficaz de algún problema.

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio “Relación entre el subtipo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad y la depresión en un grupo de niños y adolescentes de 6 a 16 años de edad del Hospital Militar Central” y de haber recibido del Doctor _____ explicaciones verbales sobre el y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto del tiempo

suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre, consciente y voluntariamente, manifiesto que he resuelto autorizar la participación de mi hijo (a). Además, expresamente autorizo al equipo de investigación para utilizar la información codificada en otras futuras investigaciones.

En constancia, firmo este documento de Consentimiento Informado, en presencia del Doctor _____ y dos testigos, en la ciudad de Bogotá el día ____ del mes de _____ del año _____.

Nombre, firma y documento de identidad del papá o la mamá

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Nombre, firma y documento de identidad del Investigador

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

Nombre, firma y documento de identidad del Testigo

Nombre _____

Firma: _____

C.C.

No	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	Psicología clínica de la niñez y la adolescencia
2	TITULO DEL PROYECTO	Relación entre el subtipo de trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Depresión en un grupo de niños y adolescentes de 7 a 16 años de edad del Hospital Militar Central de Bogotá
3	AUTORES	María Catalina Briñez, Camila Patiño
4	AÑO Y MES	Septiembre de 2009
5	NOMBRE DEL ASESOR	María Rocío Acosta Barreto
6	DESCRIPCION O ABSTRACT	<p>El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre el subtipo de TDAH y depresión en un grupo de 19 niños, niñas y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá; se utilizó un diseño descriptivo correlacional con aplicación de corte transversal de la "MINI kid" Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (Sheehan y cols 2000). Los resultados indicaron que no hubo asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, entre los módulos explorados; la mayor parte de los participantes presentaron trastornos del estado de ánimo y la proporción fue mayor en TDAH-I 67%, con relación a TDAH C 54%.</p> <p>The aim of the present study is to determine the correlation between Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADDH) and Depression. In this study we included 19 children between ages 7 to 16 years old, which assisted to the Psychiatric Department of Hospital Militar Central in Bogotá Colombia. The procedure implemented was a correlational- descriptive cross- section survey from the Mini kid for children and adolescents (Sheehan y cols 2000).The results showed no statistic significant correlation between the variables although the majority of the subjects reported high percentage in the disorder mood and the proportion was higher between ADDH-I 67%, related to ADDH-C 54%.</p>
7	PALABRAS CLAVES	Trastorno Déficit Atención Hiperactividad SC044114, Depresión SC13650, Comorbilidad SC10707.
8	SECTOR ECONOMICO	Este trabajo de grado pertenece al Grupo de Investigación Contexto y Crisis de la Facultad de Psicología
9	TIPO DE INVESTIGACION	Diseño Descriptivo Correlacional con aplicación de Corte Transversal
10	OBJETIVO GENERAL	El objetivo de este estudio fue determinar si hay relación entre los subtipos de TDAH y depresión en un grupo de 19 niños, niñas y adolescentes entre 7 y 16 años que asistieron a consulta clínica del Hospital Militar Central de Bogotá.
11	OBJETIVOS ESPECIFICOS	<p>Esclarecer el tipo de TDAH de cada uno de los niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá.</p> <p>Identificar la presencia de depresión en los 19 niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá.</p> <p>Discriminar el nivel de asociación entre los tipos de TDAH y la depresión en niños y niñas entre los 19 niños y adolescentes entre los 7 y 16 años de edad, que asisten al Departamento de Psiquiatría del Hospital Militar Central de Bogotá.</p>

- American Psychiatric Association. (2000). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR. Barcelona: Masson.
- Arango, Puerta, Martínez, Zapata, Pineda, Lopera, Trujillo, Aguirre, Galvis, (2007). Confiabilidad y Estructura Factorial de la Escala SNAP IV en Español para el Diagnóstico de Psicopatología en Niños y Adolescentes de Medellín. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.
- Artigás, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Revista de Neurología, 36, 1: 8-78.
- Barragán, E., De la Peña, F., Ortiz, S., Ruiz, M., Hernández, J., Palacios, L., Suárez, A. (2007). Primer Consenso Latinoamericano de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Boletín Médico del hospital infantil de México, 64, 112-148.
- Barkley, A., Murphy, K., Bavermeister, J. (1998). Trastorno Por Déficit de Atención e Hiperactividad, un manual de trabajo Clínico. N. Y: The Guilford Press London.
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáinz, P., Bousoño, M. (2002). Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Barcelona, Psiquiatría Editores.
- Caballo, V., Simón, M. (2006). Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales. Madrid, Ed. Pirámide
- Calvillo, M. (2004). Depresión en Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. México Rev. Reflexiones 83, 1, 107-120.
- Cantwell, D., Carlson, G. (1987). Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia. Barcelona: Martínez Roca.
- Sheehan, D., Shytle, K., Lecrubier, T., Soto, V., Díaz, O. (2000). Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents. (Versión en Español) USA: University of South Florida.
- Del Barrio, V. (2000). Depresión infantil Factores de Riesgo y Posibles Soluciones. Archidona, Málaga: Aljibe ida Tampa.
- Daley, D. (2006) Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Review of the Essential Facts. UK. North Wales: Gwynedd.
- Eddy, L. (2002). Todo Sobre el Niño Hiperactivo y Cómo Manejarlo. Barcelona: CIMS.
- Echeburúa, E. (1993). Trastornos de Ansiedad en la Infancia. Madrid: Pirámide.
- Esparza, L. (2005). La Asociación del Trastorno por Déficit de Atención Con el Trastorno Depresivo Y El Trastorno De Ansiedad En Niños. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, España.
- Félix, A., Herrero, J., Pino, M., (2008). El Estilo de Crianza Parental y su Relación con la Hiperactividad. Psychothema 20, 691-696.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, F., Rondón, M., Díaz, N. et al. (2004). Prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la Población Colombiana: Rev Panam Salud Publica. 16, 6 378-86.
- Hernandez, R., Fernández, C., Baptista, L. (2002). Metodología de la Investigación México: Mac Graw Hill.
- Londoño, N., Muñiz, O., Correa, J., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J., Toro, L., Restrepo, D., Rojas, C. (2005) Salud Mental en Víctimas de la Violencia Armada en Bojayá (Chocó, Colombia). Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 34/ No. 4.
- López, J., Montes, M., Rodríguez, M., Sánchez, I. (2003) trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: análisis discriminante de subtipos. Revista de Psiquiatría, 20, 3, 108-119.
- López, J., Serrano, I., Delgado, J. (2004). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Comorbilidad con Trastornos Depresivos y Ansiedad. Psychosoma, 16, 3, 402-207.
- LeBlanc, N., Morin, D. (2004). Depressive Symptoms and Associated Factors in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 17, 2, 49-55.
- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Ojeda, J.M., Carballo, E., Campo, A., Diaz, LA (2003). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga. Trabajo presentado al 35 Congreso colombiano de Psiquiatría. Cali.
- Martínez, N. (2006). Psicopatología del Déficit de Atención y por Hiperactividad. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6, 379-399.
- Méndez, F. (2007). El Niño que no Sonríe. Estrategias para Superar la Tristeza y la Depresión Infantil. Madrid: Pirámide.
- Moreno, G. (2001). Hiperactividad. Prevención, Evaluación y Tratamiento en la Infancia. Madrid, Ed. Pirámide.
- Navarro, M. (2004). Depresión en Niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Revista Reflexiones 83,1, 107-120.
- Oquendo, D., De la Espriella, C., Avendaño, B (2007). Eventos Vitales y Afecto Negativo como Factores de Riesgo para el Desarrollo de Depresión en Adolescentes Colombianos. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.
- Organización Mundial de la Salud (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginebra: OMS (Trad., Meditor, 1992).
- Ostrander, R., Crystal, D., August, G. (2006) Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, Depression, and Self- and Other- Assessments of Social Competence: A Developmental Study. UK Journal of Abnormal Child Psychology, 34, 6, 772-86.
- Palacios, L., De la Peña, F., Heinze, G. (2004). Validez y confiabilidad del MINI-KID. Presentado en póster en el Congreso de Academia Americana de Psiquiatría Infantil. Washington DC.
- Pineda, D., Lopera, F., Palacio, J., Ramírez, D., Henao, G. (2003). Prevalence Estimation of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Differential Diagnoses and Comorbidities in a Colombian Sample. Int J Neurosci, 1, 60-78.
- Rappley, M. (2005). Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. The New England Journal of Medicine. Massachusetts Medical Society 353: 49-72.
- Ramos, V., Gonzalez, J. (2007). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una actualización. Boletín de Pediatría, 47, 116-124.
- Rodríguez, Zapata, Puentes, (2008). Perfil Neuropsicológico de Escolares con Trastornos Específicos del Aprendizaje de Instituciones Educativas de Barranquilla, Colombia. Acta Neurológica Colombiana Vol. 24 No. 2.
- Roselló, B., Amado, L., Bo, R. (2000). Patrones de Comorbilidad en los Distintos Subtipos de Niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.
- Stefano, V., Gaviria, A., Atehortúa, I., Martínez, P., Trujillo, C., Quiceno, J. (2006). Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados entre 8 y 12 años del Oriente Antioqueño a partir del "child depression inventory". CDI. Diversitas, 2, 2, 217-227.
- Torres, Y., Montoya, I. (1997). El Estudio de salud mental y sustancias psicoactivas. Revista de Neurología Clínica, 1, 181-192.
- Stefano, V., Gaviria, A., Atehortúa, F. (2006) Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados entre 8 y 12 años del Oriente Antioqueño a partir del "Child Depression Inventory": -CDI. Diversitas, 2, 2, 217-227.
- Vélez, C., Meerbeke, M., Talero, C., Gutiérrez, R., Pinilla, M. (2008). Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Colombia. Acta Neurológica Colombiana, 24, 1, 124-136.
- Villalobos, J., Montes, J., Sánchez, M. (2003). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Análisis Discriminante de Subtipos. Revista Psiquiatría Infanto-Juvenil, 20, 108-119.
- World Health Organization. (1993) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO.

RESUMEN O CONTENIDO

La metodología del estudio fue empírico analítico con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La selección de la muestra se desarrolló en un contexto clínico, la cual fue por conveniencia y no probabilística debido a la dificultad de acceso a la población.

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), es el síndrome neuropsiquiátrico más común en la población infantil. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), estima que ocurre aproximadamente en el 3% a 7% de los niños en edad escolar (Barkley, 1998). De acuerdo con las estadísticas regionales en Colombia, un estudio realizado en Manizales reporta 16.1% (Pineda, Lopera, Palacio, Ramírez, Henao, 2001); sin embargo, otro estudio en Medellín alcanza el 18% de la prevalencia en la población (Martínez, 2006; Vélez, Talero, Gutiérrez, Ibáñez, 2008). De acuerdo con la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), el TDAH es un patrón persistente de "desatención y/o hiperactividad", con una duración mínima de seis meses, que se manifiesta temprano en la vida del niño, antes de los 7 años. Se caracteriza por anomalías en los niveles de atención (bajos niveles de concentración) e impulsividad (impedimento para controlar reacciones inmediatas), comparados con los de un niño con un grado de desarrollo similar. Según su clasificación se diferencian tres subtipos de acuerdo a sus manifestaciones: TDAH con predominio de hiperactividad (TDAH-H) que se caracteriza por conductas activas e impulsivas; TDAH con predominio inatento (TDAH-I), sin conductas activas e impulsivas y predominio del déficit de atención; y TDAH de tipo combinado (TDAH-C) con presencia de ambos. (American Psychiatric Association, 2000).

El TDAH puede coexistir con diversos trastornos que complican la vida de quienes lo padecen; además de la dificultad que conlleva tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. La problemática asociada al TDAH ha sido bastante documentada pues implica baja autoestima (Servera, Bornás y Moreno, 2001), trastornos de conducta como oposicionista desafiante, trastornos del estado del ánimo como depresión, y trastornos de ansiedad (Ostrander, Crystal, August y Gerald, 2006; Villalobos, Rodríguez y Sánchez, 2003) además trastornos del aprendizaje. Todo lo anterior, genera en un niño o adolescente angustia emocional con descontento crónico, que se intensifica con puntos de vista negativos y pesimistas de las interacciones consigo mismo y con su entorno (González y Sellers, 2002). Por lo tanto, muchos niños con este trastorno tienen problemas para adaptarse socialmente. Alrededor de un 40 a 60% de los niños con TDAH presentan depresión (Eddy, 2002).

Por otra parte, según un informe de la OMS (2003), la depresión como trastorno del estado del ánimo es la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. Se pronostica que para el año 2020 este trastorno ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos; la prevalencia en niños pequeños es del 0.03 – 3%; en niños de edad escolar es de 8 – 10%; y en adolescentes del 15 – 20%.

En los países en desarrollo, este trastorno constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3.4%. En Colombia, en 1995 se encontró una prevalencia de síntomas de depresión de 72,6% en una muestra de 1376 pacientes de un hospital de atención primaria en Bogotá (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz, 2004); en una población de Antioquia, se encuentra una alta sintomatología depresiva en niños escolares de 8 a 12 años con una prevalencia de un 25.2% (Stefano y cols, 2006); en Bucaramanga, se encontró que el 9.2% de 239 niños escolarizados estaban deprimidos (Mantilla, Sabalza, Ojeda, Caraballo, Campo y Díaz, 2003). El 13,3% de pre-adolescentes y adolescentes entre 12 y 15 años han padecido en algún momento síntomas depresivos y ese porcentaje aumenta al 20.1% entre los jóvenes entre los 16 y los 19 años (Torres y Montoya 1997). Se contempla entonces, que los índices de depresión son más altos en niños y adolescentes colombianos que los reportados mundialmente (Oquendo, De la Espriella y Avendaño 2008).

Del Barrio (2001) menciona diversas circunstancias que incrementan la posibilidad de que se produzcan trastornos de carácter depresivo. Factores de riesgo que pueden ser del individuo; como el temperamento y la personalidad que ejercen gran influencia; por ejemplo, es importante anotar que si al TDAH y la depresión se añade una personalidad impulsiva-agresiva, entonces el riesgo de suicidio aumenta significativamente (Artigás, 2003). Así mismo, la frecuencia de eventos negativos y el afecto negativo están relacionados con depresión, por lo cual el afecto es una variable de temperamento que puede poner en riesgo a los niños y adolescentes (Oquendo, De la Espriella y Avendaño 2008).

Es importante analizar que la dificultad para concentrarse es propia tanto del TDAH como del Trastorno Depresivo (Artigás, 2003), o también puede ocurrir que la inquietud y la falta de atención se limiten a un periodo en el que el niño sufra un estado de depresión o ansiedad (Ramos y Gonzales 2007).

El TDAH puede manifestar entonces, problemas de diagnóstico diferencial con la ansiedad o la depresión. En el caso de la depresión infantil puede presentar inatención, problemas de relación con los compañeros, problemas de conducta e inquietud; sin embargo, suele acompañarse de tristeza, apatía o pérdida de ilusión y ser frecuentemente episódica, en contraposición al TDAH. En resumen, la sintomatología de los TI suele tener un inicio posterior a los siete años, es más episódica que la del TDAH y presenta clínica específica (Artigás, 2003; Villalobos, Serrano, Sánchez 2004).

Con respecto a los problemas asociados a los subtipos de TDHA, Villalobos, Rodríguez y Sánchez (2003) mencionan las primeras investigaciones realizadas por Barkley (1990) y Bonet (1992) donde se indica que las personas con TDHA-I tienen más probabilidad de recibir diagnósticos de Trastornos por ansiedad o depresión y las personas con TDHA-C, de trastornos de conducta.

Se ha observado que las personas con subtipos de TDAH-I y TDAH-C, suelen tener problemas de relaciones sociales, aprendizaje y cognición, con la diferencia que en el TDAH-C se manifiestan más problemas de comportamiento, impulsividad, expulsiones de la escuela y asisten en mayor medida a clases de educación especial para niños con problemas de conducta. (López, Montes y Sánchez, 2003).

Según López, Serrano y Delgado (2004), de acuerdo con la revisión de los estudios realizados en la población de niños y adolescentes (Biederman, Faraone, Mick, Moore y Lelon, 1996; Michanie, 2000; Miranda, Pastor, Roselló y Mulas, 1996), la prevalencia de TDAH es alta desde 3 hasta 7% , igualmente para depresión se han encontrado cifras, en niños pequeños desde 3% hasta 20% en los adolescentes (OMS, 2003); así mismo los niños que presentan TDAH asociado con otros diagnósticos revisten una mayor gravedad clínica, dado que ven afectadas en mayor medida las distintas áreas de su vida familiar, social y académica y siguen una evolución más desfavorable que los niños que tienen TDAH sin comorbilidad, requiriendo una intervención terapéutica más compleja. Por lo tanto, es de gran relevancia adelantarse a investigaciones que permitan mayor comprensión de la problemática.

De igual manera, es importante identificar los problemas que suelen acompañar a los diferentes subtipos del TDAH pues muchos de los trastornos comórbidos son favorecidos por el propio TDAH y suelen aparecer con posterioridad a su sintomatología base (Benjumea, en Calvillo 2004; Villalobos, Rodríguez y Sánchez, 2003).

A pesar de los hallazgos sobre el tema, no hay resultados contundentes que permitan esclarecer los factores de comorbilidad asociados a los subtipos de TDAH y trastornos del estado de ánimo; cabe preguntarse entonces si existe una relación entre los Subtipos de TDAH y Depresión; los resultados pueden aportar elementos que permitan ampliar la comprensión al respecto, y conlleven a desarrollar nuevas estrategias de intervención. Se plantean entonces, las siguientes hipótesis según la revisión de la literatura al respecto: 1) El subtipo de TDAH se asocia con el trastorno depresivo en niños y adolescentes; 2) quienes presentan tipo de TDAH-I, tienden a desarrollar trastorno depresivo.

14	METODOLOGÍA	<p>MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI kid)</p> <p>La metodología del estudio fue empírico analítico con un diseño descriptivo correlacional de corte transversal. La selección de la muestra se desarrolló en un contexto clínico, la cual fue por conveniencia y no probabilística debido a la dificultad de acceso a la población.</p>
15	CONCLUSIONES	<p>De acuerdo a las hipótesis planteadas en el presente estudio, la mayor parte de los niños con TDAH reportaron un alto porcentaje de trastornos del estado de ánimo y la proporción fue mayor en TDAH-I. Sin embargo, dadas las limitaciones de la investigación, estas conclusiones no se pueden extrapolar a una población mayor.</p> <p>Se observó que tanto los niños con TDAH-I, como con TDAH-C se encuentran en riesgo de presentar trastornos del estado del ánimo, por lo tanto son una población que merece atención.</p> <p>A nivel general, la variable que más se presentó fue riesgo de suicidio 6 (35,3%) y se presentó solamente en varones; este es un factor que se podría ampliar en futuras investigaciones</p>
16	RECOMENDACIONES	<p>Estar atentos a las manifestaciones de comorbilidad en TDAH, es un factor determinante para generar estrategias de prevención e intervención que optimicen los procesos.</p> <p>Para una mayor comprensión de las manifestaciones del TDAH en comorbilidad con depresión, sería importante determinar si hay asociación entre TDAH y los trastornos de ansiedad, conocida la relación que hay entre éstos y depresión</p> <p>Aunque no hay resultados significativos, algunos indicadores que pueden ser útiles para predecir manifestaciones en comorbilidad con depresión, son el subtipo de TDAH, edad y género.</p> <p>Conviene realizar más estudios en nuestra población colombiana, para ampliar la comprensión del tema y determinar entre otros factores, variables, que puedan estar asociadas a los trastornos comórbidos con TDAH.</p>