



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SXXI
U.M.A.E. HOSPITAL DE PEDIATRÍA**

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y
ADOLESCENTES CON LEUCEMIA EN EL HOSPITAL DE
PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI”**

T E S I S

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MÉDICA**

PRESENTA:

DR. CARLOS ALBERTO INFANTE ZAVALA

**TUTOR:
DRA. MARIA DE LOURDES CALTENCO SERRANO**



MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

A CLAUDIA...mi Esposa, por ser mi compañera fiel en la vida, soportar la lejanía y las adversidades sin darse por vencida y por todos los momentos de felicidad que hemos compartido.

A CARLOS EDUARDO...mi hijo, por completar mi felicidad, superar mi ausencia y haberme hecho descubrir lo que es ser padre.

A CARLOS Y MARGARITA... mis padres, mis benditos padres, por el amor, respeto, gratitud y admiración que les tengo y por todos los momentos que me he perdido de su compañía.

A MYRIAM, CESAR Y FERNANDO... mis hermanos, por aquellos días de infancia que añoro y nunca olvido así como su tolerancia y apoyo.

A mis abuelos... por ser los pilares de la familia y promover siempre la unión familiar así como ser mi fuente de fortaleza. Nunca te olvidaré Carlillos.

A mis tíos... Jesús, Gilberto, Arturo, Javier, Ana Bertha, Evangélica, Gloria, Margarita, Estela, Virginia, Guadalupe, María de Jesús, Graciela y Norma por su ejemplo de vida.

A el resto de mi familia... por el orgullo de ser uno de sus miembros.

A mis maestros... por enseñarme la medicina y el servir a la gente.

A DIOS...por darme la vida, llevarme de la mano y favorecerme en todo momento.

También quiero hacer mención especial y mis agradecimientos:

A la Dra. María De Lourdes Caltenco Serrano, mi tutora; por su guía, apoyo y las horas de trabajo invertidas en este proyecto.

A Otilia por su comprensión y disposición para conmigo y por su grata compañía.

Al Dr. Villasís y a la Dra Juárez por sus enseñanzas y apoyo.

A la psicóloga Abigail Jiménez por su ayuda en la realización de este trabajo.

A mis compañeros Marco Góngora, Mario rentaría y Fidel Cañongo por otorgarme su amistad. Suerte en la vida mis amigos.

Dr. Miguel Ángel Villasís Keever
Director de enseñanza e investigación en salud
Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Dr. Héctor J. González Cabello
Profesor Titular de la especialidad de Pediatría Médica
Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Dr. Jorge Luís Ponce Carmona.
Medico Paidopsiquiatra y sinodal.
Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Dr. Jorge Alfonso Martín Trejo.
Médico hematólogo pediatra y sinodal.
Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

Dr. Ricardo A. Pineda Cruz
Médico Pediatra y sinodal.
Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

INDICE

CAPITULO	PÁGINA
1) RESUMEN.....	5
2) ANTECEDENTES	6
3) JUSTIFICACION.....	12
4) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
5) HIPOTESIS.....	14
6) OBJETIVOS	15
7) MATERIAL Y METODOS:	16
a) Diseño del estudio.	16
b) Universo.....	16
c) Criterios de inclusión.....	16
d) Criterios de no inclusión.....	16
e) Criterios de eliminación.....	16
f) Desarrollo del estudio.....	17
g) Variables estudiadas.....	19
h) Tamaño de muestra.....	20
i) Análisis estadístico.....	21
j) Aspectos éticos.....	21
8) RESULTADOS.....	22
9) DISCUSION.....	24
10) CONCLUSIONES.....	26
11) CUADROS Y FIGURAS.....	27
12) ANEXOS.....	30
1.-Carta de Consentimiento Medico Informado.....	31
2A.-Instrumento de evaluación: Inventario de Depresión Infantil (IDI).....	32
2B.-Hoja para calificación del IDI y Score T.....	34
3.-Hoja de recolección de datos.....	36
13) BIBLIOGRAFIA.....	37

RESUMEN

FRECUENCIA DE DEPRESION EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON LEUCEMIA EN EL HOSPITAL DE PEDIATRIA CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Objetivo: Establecer la frecuencia de depresión y sus grados en pacientes escolares y adolescentes con leucemia en el hospital de pediatría del CMN Siglo XXI. Conocer las áreas afectadas de estos pacientes. Determinar el número de pacientes con ideas de muerte. **Diseño del estudio:** Transversal descriptivo. **Material y métodos:** De Diciembre del 2006 a Mayo del 2007, se incluyeron pacientes con diagnóstico de leucemia que se encontraban hospitalizados o acudían a control en la consulta externa de Hematología, con edades de 7 a 17 años que supieran leer y escribir; a los cuales, previo consentimiento informado, se les aplicó el Inventario de depresión Infantil (IDI) creado en 1992 por la Dra. M^a Kovacs y validado en español el cual cuenta con 27 reactivos, es autoaplicable y valora tanto la presencia o no de depresión, el grado de intensidad de ésta, así como las áreas afectadas (estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficacia en las labores, anhedonia y baja autoestima). Con un VPP 93.6% y VPN de 90.14%. y una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.86. Para establecer los casos positivos se tomo el punto de corte de 56 puntos de la escala de 100 puntos del CDI. En esta misma escala se califican las áreas afectadas. Además se aplicó hoja de recolección de datos por interrogatorio directo a los padres sobre datos demográficos y aspectos propios de la enfermedad. Se contó con el apoyo de salud mental para tratamiento oportuno en casos positivos. **Análisis estadístico:** Se uso el programa estadístico SPSS v.10.0, para estadística descriptiva. **Resultados:** De los 51 pacientes incluidos con diagnóstico de leucemia con edades de 7 a 17 años tuvieron una edad promedio de 11.3 años, fueron 25 hombres y 26 mujeres, vistos en la consulta externa (63%) y el resto en hospitalización. El 60.8% asisten a la escuela, el 43% se encuentra en quimioterapia de mantenimiento, el 90% vive con ambos padres y hermanos. Se encontró una frecuencia de depresión del 20% y otro 14% en riesgo alto de desarrollarla (border line). El 66% de la población estudiada se encontró sin depresión. En el grupo de depresión esta fue leve (8%), moderada (2%), grave (4%) y muy grave (6%) con una relación hombre: mujeres 1.5:1. Las áreas más afectadas correspondieron a problemas interpersonales (30%) y anhedonia (24%), seguidos por inefectividad en las labores (22%), autoestima negativa (16%) y estado de ánimo negativo (12%). Se identificaron ideas de muerte en el 19.6% de los casos; de estos 5 pacientes no cumplían puntuación para depresión. El 15% de los pacientes sin depresión previo a este estudio habían cursado con la enfermedad y fueron tratados con buen resultado **Conclusiones:** La frecuencia de depresión en el grupo de escolares y adolescentes con leucemia es del 20% con afección leve en 8%, moderada 2%, grave 4% y muy grave 6%. Las áreas mas afectadas fueron problemas interpersonales y anhedonia, El 19.6% de los pacientes tiene ideas de muerte. Palabras clave: prevalencia, depresión, escolares, adolescentes, leucemia.

ANTECEDENTES:

Los trastornos del estado de ánimo se caracterizan fundamentalmente por las variaciones del humor, pueden pasar de la tristeza a la euforia o manía; la depresión, la distimia y el trastorno bipolar son los tres tipos principales de trastornos del estado de ánimo observados en niños y adolescentes, la mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes. La depresión es una enfermedad que se caracteriza por un sentimiento de tristeza, de baja autoestima, de pérdida evidente del interés y el gusto por las actividades habituales, cursa también con una significativa alteración ponderal secundaria a disminución o aumento de la ingestión de alimentos, con insomnio o hipersomnia, agitación o lenificación psicomotriz, fatiga o pérdida de energía casi a diario, sentimientos de inutilidad y de culpa excesiva, menor capacidad para pensar y concentrarse, e ideas recurrentes de muerte (1,2,). Se ha relacionado con múltiples alteraciones fisiológicas en el funcionamiento orgánico; desde una respuesta anormal al estrés hasta la disfunción en la absorción de carbohidratos en el intestino (3,4). Constituye el trastorno del estado de ánimo más frecuente y uno de los principales problemas de salud pública dada su alta prevalencia así como los costes que acarrearán su intervención y tratamiento.

En la práctica médica los trastornos depresivos se asocian a aumento en la morbi-mortalidad en las estancias hospitalarias, falta de cumplimiento del tratamiento, incapacidad laboral o educacional y aumento de costos directos e indirectos de la enfermedad de base. En poblaciones pediátricas, habría que sumar que durante esta etapa de la vida, la maduración y el desarrollo de las capacidades mentales superiores y de adquisición de destrezas y habilidades están en efervescencia, de modo que cualquier enfermedad reviste mayor gravedad (5).

Los trastornos afectivos en niños y adolescentes fueron identificados desde el siglo XVII. En 1621, Burton relacionó los estilos de educación con la melancolía. En 1782, Amold señaló la vulnerabilidad a desarrollar "insanía nostálgica" que se presenta en gente joven apartada de su hogar. Posteriormente, fue poco lo que se estudió al respecto, hasta el siglo pasado cuando Kraepelin describió psicosis maniaco depresiva en un niño de 6 años. Sin embargo, la existencia de la

depresión en niños fue puesta en duda hasta cerca de los años 60 (6). En 1965, Rene Spitz en su libro "El primer año de vida", identifica dos enfermedades que se producen por privación afectiva: la privación emocional parcial o depresión anaclítica y la privación emocional total u hospitalismo; entidades que pueden llevar al niño al marasmo y muerte. En el IV congreso de la unión de paidopsiquiatras en Estocolmo en 1970, se concluyó que la depresión en la infancia era una entidad psiquiátrica frecuente; siete años después se publicó el libro "Depresión en niños: diagnóstico, tratamiento y modelos conceptuales". Con la publicación de los manuales diagnósticos y estadísticos de la asociación psiquiátrica americana (DSM), y de clasificación internacional de las enfermedades de la organización mundial de la salud (CIE), se sistematizaron los criterios diagnósticos para estas enfermedades (7).

Hasta 1977 no existía ningún instrumento específico para la evaluación de la depresión infantil. El primer instrumento que apareció fue el Inventario de depresión infantil (IDI) o Children's Depression Inventory (CDI) creado por Maria Kovacs en ese año y publicado hasta 1992. No cabe la menor duda de que el CDI ocupa un lugar privilegiado, puesto que su uso es mayoritario a nivel internacional (8,9,10,11,12).

El trastorno depresivo es una enfermedad crónica ampliamente estudiada en la población adulta, sin embargo; dicho trastorno puede presentarse en la niñez y adolescencia. La prevalencia de depresión en la población general varía entre 7 y 17% (13,14). Estudios recientes confirman que la depresión es una enfermedad común y persistente en la juventud afectando el 0.3% de los preescolares, 2% de los escolares y del 5-10% de los adolescentes (En general una prevalencia del 2 al 6% en escolares y adolescentes en la comunidad). La frecuencia de depresión en la etapa prepuberal es similar para niños y niñas; sin embargo, la frecuencia es del doble para mujeres después de la pubertad debido a influencia hormonal y ambiental (15,16). Se estima que 10-20% de los adolescentes han tenido por lo menos un evento de depresión mayor a la edad de 18 años y que este evento en aproximadamente 70% de los casos no fue identificado ni tratado (15,16,17,18).

Un estudio con 9,863 jóvenes estudiantes de 10-16 años encontró que 29% de indio-americanos tenían síntomas de depresión comparado con 22% en los hispanos, 18% en los caucásicos, 17% de asiático-americanos y 15% de africano-americanos (17). Un episodio de depresión sin tratamiento puede durar de 7 a 9 meses y aproximadamente 50% de los pacientes pueden recaer dentro de los primeros 5 años después del primer episodio. (15,19). La depresión compromete el proceso de desarrollo con dificultad para la concentración mental y motivación. También se presenta pobre aprovechamiento académico, baja autoestima, daño en la función social y mayor riesgo de suicidio (15, 17, 19, 20). En México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico; además tienen una cobertura limitada en cuanto a descripción de frecuencia, grado de depresión y áreas afectadas (21,22).

En México, la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del manual diagnóstico y estadístico de la asociación americana de psiquiatría (DSM-IV) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una media de edad de inicio de 24 años (23,24). La edad de inicio tan temprana implica muchos años de sufrimiento y alteración en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo (25,26). Además se ha encontrado que el 2.0% de la población adulta en México ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la edad adulta), en estos pacientes la depresión de inicio temprano ha tenido una duración de unos 31 meses (comparado con 16 meses en adultos), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes (27).

En los pacientes con cáncer la depresión afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes. Se cree que la depresión afecta de igual manera tanto a los hombres como a las mujeres

con cáncer y las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no se han evaluado adecuadamente además de que las poblaciones estudiadas son adultos (28, 29, 30, 31). Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional y, aún así, no todos los que están diagnosticados con cáncer experimentan depresión grave o ansiedad. Generalmente, la respuesta emocional que muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación con humor deprimido y hasta una depresión grave (32). La depresión relacionada con el cáncer no es substancialmente diferente de la depresión en otros trastornos médicos, pero los tratamientos deben adaptarse o refinarse con estos pacientes (33,34). Existen estudios actuales en donde se relaciona a la depresión que fue tratada adecuadamente con aumento en la supervivencia en pacientes con cáncer; por lo cual, si esto se llega a confirmar, el diagnóstico y tratamiento adecuado de la depresión podría incidir tanto en la calidad de vida de estos pacientes como en la mortalidad (35, 36, 37). Otros estudios realizados en grandes poblaciones de sobrevivientes de cáncer durante la infancia han concluido alteración en la adaptación social y problemas conductuales en la edad adulta de estos pacientes, principalmente en pacientes con leucemia y linfoma; lo cual, representa un panorama de la importancia de una adecuada vigilancia de estos pacientes durante el tratamiento y seguimiento de su enfermedad (38).

La leucemia es el cáncer más frecuente de la infancia y ocupan aproximadamente un tercio de los tumores malignos pediátricos. La incidencia anual global de leucemia es de 43.7 por millón de niños de raza blanca y de 24.3 por millón de niños de raza negra de edades comprendidas entre 0 y 14 años en estados unidos (39). En la ciudad de México se ha documentado en niños una incidencia que varía de 7.03 a 16.94 casos por 100,000 habitantes por año en las diferentes delegaciones (49). La leucemia linfoblástica aguda representa aproximadamente el 75% de todos los casos, con una incidencia máxima a los 4 años. La leucemia mieloblástica aguda abarca el 20% de las leucemias con una incidencia estable desde el nacimiento hasta los 10 años de edad aumentando ligeramente durante la adolescencia (39).

En nuestro hospital existe un trabajo de tesis realizado en el año 2001, donde se documentó la prevalencia de depresión en niños y adolescentes con enfermedad crónica que estuvieran hospitalizados determinándose del 14% siendo la enfermedad más relacionada el cáncer, específicamente la leucemia, en el 2004 el CDI fue motivo de otra tesis para encontrar la frecuencia de depresión en pacientes enfermos crónicos en la consulta externa donde se obtuvo una prevalencia del 19%, con lo cual se observó un incremento en este grupo de pacientes en comparación con la población general sin importar aparentemente de manera significativa el diagnóstico, sin embargo, no se contempla la valoración de pacientes exclusivamente con cáncer y tampoco se analizó el grado de depresión ni las áreas más afectadas(40).

Otro aspecto importante el cual debe de considerarse en estos pacientes son las ideas de muerte y los intentos suicidas a lo cual pueden recurrir los adolescentes y prepúberes como solución a sus problemas psicológicos y de su entorno con incremento de la incidencia de este problema en las últimas décadas, el problema varía desde ideación, plan e intento suicida, Se calcula que entre el 12-25% de los niños mayores y adolescentes sin trastornos psiquiátricos tienen ideas de suicidas lo cual no es necesariamente un factor de riesgo de conducta suicida; sin embargo, debe de tomarse más en serio cuando la ideación se acompaña de un plan específico. En México se ha documentado en la población en general un 8.3 % de ideación suicida, 3.2% de plan suicida y un 2.8% con intento suicida (48).

Los niños que padecen trastornos del estado de ánimo habitualmente llegan con estos a la edad adulta; por lo cual, debe de reconocerse de manera temprana; sin embargo, los esfuerzos para una detección oportuna y tratamiento son vistos con poca importancia por la comunidad médica, científica y legislativa. Por lo anterior se requiere de mayor investigación en esta área ya que se encuentran pocos estudios y aun más en población pediátrica calculándose que más del 70% de los niños y adolescentes con alteraciones del estado de ánimo no están diagnosticados o están inadecuadamente tratados. Estos subregistros hacen que los cuidados en salud mental para niños con alteraciones en el estado de ánimo sean inadecuados en los sistemas de salud (41).

Puesto que México es un país de población joven, con una edad media de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000; el estudio de la depresión

que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante (42). Por lo expuesto anteriormente es de suma importancia el estudio de la prevalencia de depresión en niños con cáncer ya que en ellos se espera una mayor frecuencia de depresión. Esta entidad se encuentra subdiagnosticada y al incrementar la información mejoraremos las acciones encaminadas a su prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos (43, 44, 45). Nuestro trabajo contribuye a dicha causa y en un futuro a mejorar sus expectativas y calidad de vida de estos pacientes.

JUSTIFICACION:

La presencia de depresión en el paciente pediátrico cobra cada vez mayor importancia y aún más en poblaciones clínicas ya que en niños y adolescentes está en aumento como se describe en múltiples análisis de la literatura médica. En los pacientes con cáncer se está documentando más información de afectación en la sobrevida en los que padecen depresión, existen trabajos iniciales que demuestran mejoría en este tipo de pacientes cuando son tratados oportunamente. En la población de nuestro hospital se encuentra una población amplia de pacientes oncológicos, sin embargo cada tipo de cáncer es diferente de acuerdo a la estirpe celular, evolución, tratamiento y pronóstico. Los pacientes con leucemia son un grupo frecuente en nuestro hospital y dado el buen pronóstico general actual de la enfermedad el conocer la frecuencia de depresión en este grupo de pacientes permitirá su diagnóstico y tratamiento oportuno así como el conocimiento del grado de depresión y las áreas afectadas lo cual determinará mejores resultados y menor tiempo de recuperación.

Además los pacientes con cáncer son un grupo especialmente susceptible para el desarrollo de depresión por las características de su tratamiento y la cronicidad de su padecimiento, sin embargo muchos de estos niños no reciben atención especializada para esta entidad nosológica pese a que muchos de ellos son vistos por diferentes médicos durante su evolución. Esto se debe en parte a la falta de conocimiento de la frecuencia de depresión en estos pacientes lo cuál hace que pase desapercibida la depresión y no se envíe de manera oportuna para un tratamiento adecuado.

La depresión en los pacientes con leucemia se encuentra subdiagnosticada, el investigar sobre esta entidad nos permite implementar acciones encaminadas a su prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos; nuestro trabajo contribuye a dicha causa y en un futuro a mejorar sus expectativas y calidad de vida de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON LEUCEMIA EN EL HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI?

HIPOTESIS

La frecuencia de depresión en escolares y adolescentes con leucemia en el hospital de pediatría CMN Siglo XXI es del 14 por ciento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer la frecuencia de depresión con el inventario de depresión infantil en pacientes escolares y adolescentes con leucemia en el hospital de pediatría CMN SIGLO XXI.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Identificar el grado de depresión en pacientes escolares y adolescentes con leucemia.
- 2.-Describir las áreas que se afectan con mayor frecuencia (estado de ánimo negativo, relaciones interpersonales, ineficiencia en las labores, anhedonia y autoestima negativa).
- 3.-Determinar el número de pacientes con ideas de muerte.

MATERIAL Y METODOS

A) DISEÑO DEL ESTUDIO

Transversal descriptivo, observacional, prolectivo.

B) UNIVERSO:

Pacientes escolares y adolescentes con diagnóstico de leucemia hospitalizados o en control en consulta externa de hematología en el hospital de pediatría del centro médico nacional siglo XXI.

C) CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1.- Pacientes escolares y adolescentes de 7 a 17 años de edad.
2. Que tengan diagnóstico de leucemia.
- 3.-Género: femenino o masculino.
- 4.-Que lean y escriban

D) CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- 1.-Pacientes que por estado de gravedad no pueda aplicarse la prueba.
- 2.-Pacientes que no acepten participar en el estudio.

E) CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1.-Pacientes que no contesten el cuestionario completo.
- 2.-Cuestionarios ilegibles. (Llenado inadecuado del formato).

F) DESARROLLO DEL ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en el hospital de pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el periodo de diciembre del 2006 a mayo del 2007. Se incluyeron todos los pacientes con leucemia captados de manera consecutiva (muestreo no probabilístico de casos consecutivos) con edad de 7 a 17 años que sabían leer y escribir, tanto pacientes hospitalizados como los que acudían a control en la consulta externa de hematología de la siguiente manera:

El residente tesista de pediatría recibió adiestramiento para aplicación del cuestionario Inventario de depresión infantil (IDI). Se captaron directamente de la consulta de hematología a los pacientes con diagnóstico de leucemia que acudían a control y que cumplían con los criterios de inclusión así mismo a los pacientes que se encontraban hospitalizados con diagnóstico de leucemia y que podían contestar el cuestionario. Una vez seleccionados se informó a los padres del tipo de estudio y se obtuvo el consentimiento informado (ver anexo 1), se procedió a explicar al paciente la manera de contestar el cuestionario, después de ser contestado el cuestionario por el paciente, se procedió a llenar la hoja de recolección de datos interrogando a los padres. Una vez terminado el cuestionario por el paciente se dió el resultado final a los padres y cuando fue positivo se canalizó a los pacientes al servicio de salud mental de manera inmediata para su tratamiento y seguimiento.

Se aplicó el Inventario de Depresión Infantil (IDI). El IDI publicado en 1992 por la Doctora Maria Kovacs y validado en español, tanto por la autora como por consenso de expertos en México en el año 2000; consta de 27 reactivos, es un instrumento autoaplicable, diseñado para niños de 7 a 17 años de edad y requiere que el niño lea y escriba (no debe estar influenciado por padre, tutor o personal). Cada reactivo consta de 3 diferentes opciones e indican la severidad del síntoma, el paciente elige solo una de las 3 opciones (la que más se acerca a su sentir). Son cinco las áreas que explora (estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficacia en las labores, anhedonia y baja autoestima). En una escala de 100 puntos, es positivo para depresión con 56 o más puntos; diferencia el género, las áreas afectadas y grado de depresión en leve, moderado, grave y muy

grave. El tiempo aproximado para completar la escala es de 15 a 18 minutos. Tiene una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.86, con un valor predictivo positivo de 93.6% y un valor predictivo negativo de 90.14%. Se calificó de acuerdo a los reactivos seleccionados, las áreas afectadas haciendo sumatoria de las respuestas de acuerdo al área explorada con ayuda de la escala de puntos por edad y sexo incluida en el instrumento (ver anexo 2A y 2B).

La positividad del estudio se dio al obtener 56 puntos o más al graficar el valor de las respuestas en la escala de 0-100 puntos por edad y género (Score-T) explicado en la tabla siguiente (ver anexo 2B):

Genero	Sin depresi ón*	Border Line*	Depresión leve*	Depresión moderada*	Depresión grave.*	Depresión muy grave*
Hombres						
7-12 años	<50/<10	50-55/11-14	56-60/15-18	61-65/19-22	66-70/23-25	>70/>26
13-17 años	<50/<10	50-55/11-15	56-60/16-20	61-65/21-24	66-70/25-28	>70/>29
Mujeres						
7-12 años	<50/<8	50-55/9-12	56-60/13-16	61-65/17-20	66-70/21-23	>70/>24
13-17 años	<50/<9	50-55/10-13	56-60/14-16	61-65/17-19	66-70/20-22	>70/>23

*Puntos obtenidos en IDI / Puntos obtenidos en la escala por edad y genero.

Se analizaron los casos de pacientes con ideas de muerte y aunque algunos de estos no rebasaban el punto de corte para diagnóstico de depresión se canalizaron a salud mental para su valoración.

La recolección de datos se realizó por medio de hoja prediseñada con el objetivo de facilitar el análisis descriptivo e incluyo datos sociodemográficos y propios de la enfermedad (ver anexo 3).

G) VARIABLES ESTUDIADAS:

Leucemia: Constante. Condición de enfermedad determinada por diagnóstico realizado por el servicio de hematología.

Depresión: Trastorno del estado de ánimo caracterizado por pérdida del interés por casi todas las actividades determinado por un puntaje de 56 o más puntos en la escala por grupo y edad del Inventario de depresión infantil. Variable dependiente, escala de medición: Cualitativa nominal politómica. (No, leve, moderada, grave, muy grave.)

Áreas afectadas: Áreas en la depresión afectadas que son: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficacia en las labores, anhedonia y autoestima negativa y las cuales se definen afectadas al tener un puntaje de 56 o más puntos en la escala por grupo y edad del Inventario de depresión infantil. Variable dependiente, escala de medición: Cualitativa nominal politómica (No, leve, moderada, grave, muy grave.).

Ideas de muerte: expresión de ideas de muerte en el cuestionario de depresión infantil contestado. Variable dependiente, escala de medición: Cualitativa nominal dicotómica. (Si, no).

Universales:

Edad: Escolar o adolescente de acuerdo a los años de vida según clasificación realizada en el inventario de depresión infantil. Cualitativa nominal dicotómica. (1=Escolar: 7-11 años, 2=Adolescente: 12-17 años)

Género: Condición social de Hombre o Mujer. Cualitativa nominal dicotómica. (1) Hombre 2) Mujer.

Escolaridad: Grado de estudios alcanzado hasta el momento del estudio. Cualitativa nominal politómica. (1=primaria.2= secundaria.3= preparatoria.).

Paciente Hospitalizado: Paciente en camas del hospital. Cualitativa nominal dicotómica (1= Si ¿Por qué?__ 2= No)

Estado Actual de la enfermedad: Fase en la cual se encuentra actualmente la enfermedad respecto al tratamiento que recibe. Cualitativa nominal politómica. (1) Inducción a la remisión, 2) Reinducción a la remisión (recaída), 3) Consolidación, 4) Mantenimiento. 5) Paliativa. 6) En vigilancia.

Asistencia a la escuela: El paciente acude actualmente a la escuela dentro de los últimos 14 días. Cualitativa nominal dicotómica (si, no).

Ingreso familiar mensual aproximado. Ingreso mensual por todos los habitantes de la casa del enfermo. Cualitativa ordinal (1=1000-3000 pesos, 2=3000-5000 pesos, 3= 5000-10000 pesos, 4= 10,000 a 20,000 pesos, 5= mas de 20,000 pesos).

Hospitalizaciones previas: Numero de hospitalizaciones previas por causa de la enfermedad. Cualitativa ordinal (1=1 a 2 ingresos, 2= 3 a 4 ingresos, 3= 5 a 6 ingresos, 4= 7 a 8 ingresos, 5= 9 o mas ingresos)

H) TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se hicieron cálculos en función del reporte de casos de leucemia registrados en un año en los archivos del hospital, además de la utilización de la fórmula para determinar prevalencia, con un poder alfa de 0.05 y poder beta de 0.1 e intervalo de confianza del 95% determinando un mínimo de 40 pacientes.

$$N \text{ muestra} = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 (T^2)}{e^2}$$

I) ANALISIS ESTADISTICO:

Los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central así como medidas de dispersión, se utilizó el paquete estadístico SPSS v.10.0.

J) ASPECTOS ETICOS:

De acuerdo a la Ley General de Salud en su reglamento de Investigación en Salud artículo 17 este estudio se considera como de riesgo mínimo por el tipo de instrumento que se aplicó con lo cual se requirió de carta de consentimiento informado. Los cuestionarios fueron aplicados por el médico residente a cargo del estudio, se dio a conocer el tipo de estudio a los tutores obteniendo el consentimiento informado y se informó a los niños del procedimiento.

Se contó con el apoyo de salud mental para dar tratamiento y seguimiento especializado a los pacientes que resultaron positivos al diagnóstico de depresión.

Se presentó el protocolo ante el comité local de investigación en salud (CLIS) número 3603 con aprobación para la elaboración del trabajo en Diciembre del 2006 y con número de registro: R-2007-3603-17.

RESULTADOS.

En un periodo de 6 meses de Diciembre del 2006 a Mayo del 2007 se aplicaron 51 cuestionarios del inventario de depresión infantil a pacientes con diagnóstico de leucemia con edades de 7 a 17 años con edad promedio de 11.3 años de los cuales el 49% fueron escolares(edad de 7-11 años)(N=25) y 51% fueron adolescentes(edad de 12-17 años)(N=26), con una relación 1:1 en género con un total de 51% Mujeres(N=26) y 49% hombres(N=25) (Cuadro 1). En su mayoría se evaluaron pacientes en la consulta externa (63%) (N=32), con un 37%(N=19) en hospitalización. Los pacientes en su mayoría se encontraban en quimioterapia de mantenimiento con 43.1%(N=22)(Cuadro 1). El lugar de origen de los pacientes estudiados en su mayoría fue el DF (68.6%) (N=35). El 60.8% asisten a la escuela(N=31), el 90.2%(N=46) vive con ambos padres y hermanos. El diagnostico principal fue de leucemia linfoblástica aguda 82.4%(N=42), seguido de leucemia mieloblástica aguda 15.6%(N=8) y leucemia mielocítica crónica 2%(N=1)(Cuadro 1).

Se encontró una frecuencia de depresión del 20%(N=10) y otro 14%(N=7) en riesgo alto de desarrollarla (border line). El 66% de la población estudiada se encontró sin depresión (Cuadro 2). La depresión leve fue la más frecuente con el 8%(N=4), se presentó depresión moderada en el 2%(N=1), depresión grave en 4%(N=2) y depresión muy grave en 6%(N=3) (Cuadro 3, Figura 1). El 60% de los casos correspondieron a hombres y 40% a mujeres, con una relación hombre:mujer 1.5:1. La mayor parte se encontró en escolares 16%(N=8) que correspondía a una frecuencia de 32% para el grupo de 7-11 años(N=8/25); el 4% restante correspondió a adolescentes(N=2) con una frecuencia para el grupo de 12-17 años de 7.7%(N=2/26).

En los pacientes con depresión las áreas más afectadas correspondieron a problemas interpersonales (30% de los deprimidos), anhedonia (24%) seguidos por ineffectividad en las labores (22%), autoestima negativa (16%) y estado de ánimo negativo (12%). (Cuadro 4).

Se identificaron ideas de muerte en el 19.6% de los casos y como dato importante 5 de estos pacientes (10%) no cumplían con puntuación para depresión (Cuadro 5). Se encontró que 15% de los pacientes sin depresión previo a este estudio habían cursado con la enfermedad y fueron tratados con buenos resultados.

DISCUSIÓN:

La frecuencia de depresión en los pacientes con cáncer se ha documentado ya en otros estudios con variaciones del 20-25% sin embargo estos estudios han sido en adultos con diferentes instrumentos de evaluación (28,29,30,31). En nuestro estudio se encontró una frecuencia de depresión en niños escolares y adolescentes con leucemia del 20%, lo cual es similar a la reportada en la literatura en adultos, pero es 4-5 veces más frecuente que lo reportado en niños en la población general (16, 17, 18). Encontramos una preferencia por el sexo masculino 1.5:1, lo cual sugiere que son más susceptibles los hombres a esta edad donde todavía no juega un papel importante el estado hormonal (15,16). También identificamos mayor depresión en el grupo de escolares comparado con el de adolescentes (en el grupo de adolescentes solo había 2 con depresión), y de estos la mayoría son hombres lo cual puede ser un posible factor asociado a la enfermedad. Un 14% se encontraba en riesgo alto de padecer depresión (border line) y en conjunto con los que si tienen depresión forman un grupo amplio con trastornos del estado de ánimo en pacientes con leucemia los cuales requieren vigilancia estrecha y atención especializada por los médicos de salud mental (11,27).

Lo particularmente nuevo de nuestro estudio es la exploración de los grados de depresión y las áreas afectadas. En cuanto a los grados, el más frecuente correspondió a depresión leve seguida de depresión muy grave; las áreas de mayor afectación fueron: problemas interpersonales y anhedonia, seguidos de ineffectividad de las labores en orden descendente, esto es de importancia para definir de manera específica el tipo de tratamiento con psicoterapia o farmacológico que deberá recibir el paciente por el psiquiatra (11,41).

En la población estudiada que se encontró sin depresión (66%), el 15% en algún momento previo a este estudio habían cursado con la enfermedad y fueron tratados con buenos resultados ya que se encontraban controlados y sin depresión al momento del estudio; lo que representa un logro

haber detectado a los deprimidos que no tenían evaluación previa permitiendo su envío a salud mental para tratamiento específico.

La ideación suicida es una entidad psiquiátrica que debe ser tomada en serio por parte del personal médico y de los padres, aunque este acto haya sido evidentemente manipulador, refleja angustia, necesidades emocionales no satisfactorias, frustración, enojo y a veces venganza por lo que toda autoagresión debe suponer posibilidad de muerte y debe tratarse como una urgencia psiquiátrica (46). Nosotros encontramos un 19.6% de casos con ideación suicida lo cual es similar a lo encontrado en la literatura (48) y la mitad de estos no cumplían con puntaje para depresión (11). Esto tiene una relevancia marcada ya que es un grupo susceptible de trastornos del estado de ánimo que también requiere de una vigilancia especializada estrecha (47). Todos los pacientes fueron enviados y evaluados por salud mental.

Sugerimos utilizar el inventario de depresión infantil como prueba de tamizaje por todo el grupo médico pediátrico para estos pacientes y al detectar un caso sospechoso y/o confirmado, canalizar a tratamiento oportuno y especializado. Este trabajo es el inicio del estudio del trastorno del estado de ánimo más frecuente en niños con leucemia dando pie a la exploración futura de posibles factores de riesgo. En nuestro hospital la atención de los pacientes con cáncer es multidisciplinaria incluyendo el área de salud mental sin embargo, ante la alta frecuencia de depresión en esta entidad consideramos se podrían sumar esfuerzos para el tratamiento oportuno de este grupo de niños.

CONCLUSIONES

1.-La frecuencia de depresión en el grupo de escolares y adolescentes con leucemia del hospital se encontró del 20% con afección leve en 8%, moderado 2%, grave 4% y muy grave 6%.

2.-Las áreas mas afectas fueron problemas interpersonales (30%), anhedonia (24%) seguidas de inefectividad de las labores (22%), el resto correspondió a autoestima negativa y estado de ánimo negativo.

3.-Se encontraron ideas de muerte en el 19.6% de los pacientes con leucemia los cuales son un grupo de pacientes que requieren de evaluación por psiquiatría.

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1. Características de la población de estudio.

	<i>N</i>	(%)
Sexo		
Masculino	25/51	49%
Femenino	26/51	51%
Edad(media/años)(rango)		
Escolares	25/51	49%
Adolescentes	26/51	51%
Escolaridad(la que están cursando)		
Primaria	32/51	63%
Secundaria	16/51	31%
Preparatoria	3/51	6%
Tipo de leucemia*		
LLA	42/51	82%
LMA	8/51	16%
LMC	1/51	2%
Lugar de Origen		
Distrito federal	35/51	68%
Guerrero	6/51	12%
Morelos	4/51	8%
Chiapas	2/51	4%
Estado de México	1/51	2%
Oaxaca	1/51	2%
Querétaro	1/51	2%
Veracruz	1/51	2%
Tipo de familia		
Familia Nuclear	46/51	90%
Familia un solo padre.	4/51	8%
Familia extensa	1/51	2%
Tiempo de evolución		
0-6 meses	13/51	25%
6 meses- 1 año	5/51	10%
1-2 años	22/51	43%
Mas de 2 años	11/51	22%

*LLA= Leucemia linfoblástica aguda, LMA= Leucemia Mieloblástica aguda, LMC= Leucemia Mielocítica crónica.

Cuadro 2. Frecuencia de depresión en los pacientes escolares y adolescentes con leucemia.

DIAGNÓSTICO	N	(%)
Sin depresión	34	<u>66%</u>
Border line	7	<u>14%</u>
Con depresión	10	<u>20%</u>
Total	51	100%

* N total de 51 pacientes.

** % del total de 51 pacientes.

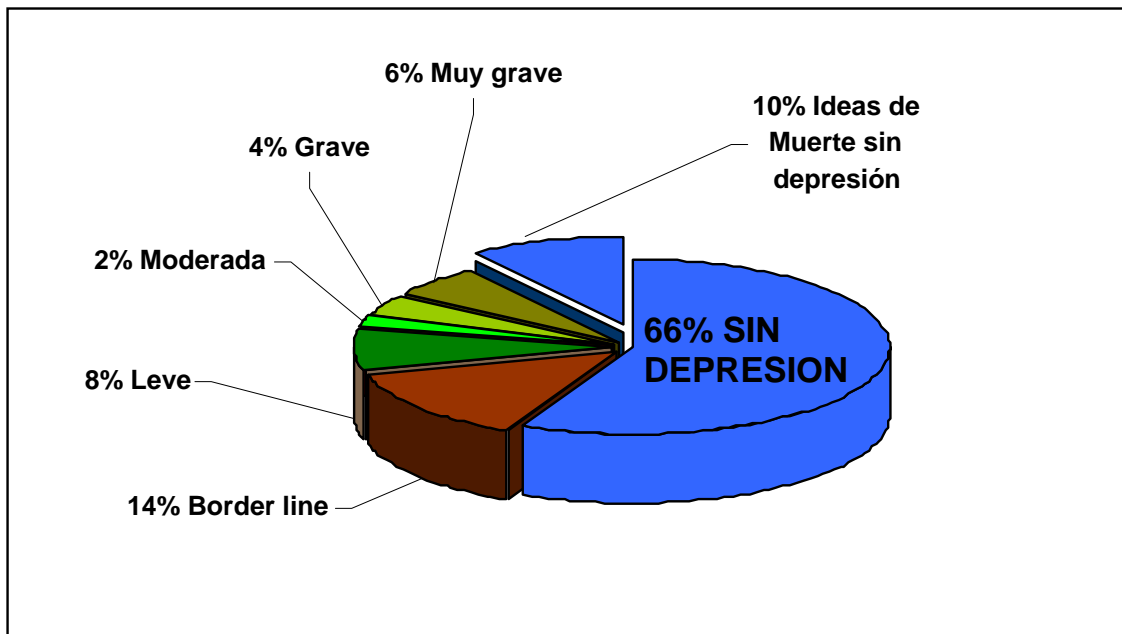
Cuadro 3. Grados de intensidad de depresión en los pacientes escolares y adolescentes con leucemia.

Grado de depresión	N*	(%)**
Leve	4	8.0%
Moderada	1	2.0%
Grave	2	4.0%
Muy grave	3	6.0%
Total	10	<u>20%</u>

* N total de 51 pacientes.

** % del total de 51 pacientes.

FIGURA 1. Frecuencia de depresión en escolares y adolescentes con leucemia en el Hospital de Pediatría CMN SIGLO XXI.



Cuadro 4. Áreas afectadas y grado de afectación en la población de estudio.

Grado de afectación.	<i>Estado de Animo negativo</i>	<i>Problemas interpersonales</i>	<i>Inefectividad</i>	<i>Anhedonia</i>	<i>Autoestima negativa</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
Sin afectación	45(88%)	36(70%)	40(78%)	39(76%)	43(84%)
Con afectación:					
Leve	2(4%)	7(14%)	4(8%)	6(12%)	2(4%)
Moderada	1(2%)	2(4%)	4(8%)	3(6%)	5(10%)
Grave	1(2%)	1(2%)	1(2%)	1(2%)	1(2%)
Muy grave	2(4%)	5(10%)	2(4%)	2(4%)	0(0%)
Sub-Total	6(12%)	15(30%)	11(22%)	12(24%)	8(16%)
Total	51(100%)	51(100%)	51(100%)	51(100%)	51(100%)

Cuadro 5. Ideas de muerte y su relación con depresión en la población estudiada.

Diagnóstico	Pacientes con Ideas de muerte		Total <i>N (%)</i>
	No lo piensa <i>N (%)</i>	Lo piensa pero no lo haría <i>N (%)</i>	
Sin depresión	31(60.4%)	3(5.6%)	34(66%)
Border line	5(10%)	2(4%)	7(14%)
Con depresión			
Leve	3(6%)	1(2%)	4(8%)
Moderada		1(2%)	1(2%)
Grave		2(4%)	2(4%)
Muy grave	2(4%)	1(2%)	3(6%)
Total N (%)	41(80.4%)	10(19.6%)	51(100%)

ANEXOS:

1.- Carta de Consentimiento Medico Informado.....	31
2A.-Instrumento de evaluación: Inventario de Depresión Infantil (IDI).....	32
2B.-Hoja para calificación del IDI y Score T.....	34
3.-Hoja de recolección de datos.....	36



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Carlos Alberto Infante Zavala
Dra. María de Lourdes Caltenco Serrano
Servicio de Preescolares Tel. 56276900 Ext: 22463

CONSENTIMIENTO MEDICO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN CON EL INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON LEUCEMIA EN EL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI"

Introducción: La siguiente información describe el protocolo y su papel como participante.

El investigador contestará cualquier pregunta sobre ésta forma o el estudio.

Propósito del estudio: Detectar la presencia de depresión y algunos factores relacionados, en escolares y adolescentes que padecen la enfermedad de leucemia y que son estudiados y tratados en esta unidad médica ya sea en la consulta externa o en hospitalización.

Procedimientos a seguir: Su hijo (a) ha sido invitado (a) a participar en el estudio debido a que presenta leucemia. El cursar con leucemia requiere que su hijo sea estudiado, tratado, hospitalizado o bien vigilado en la consulta externa, la enfermedad en sí y algunos factores relacionados pueden condicionar afectación en su estado de ánimo, el detectarlo y canalizarlo con el servicio correspondiente (salud mental) puede contribuir al manejo.

Su participación en el estudio consiste en una visita del médico investigador quien le proporcionará un cuestionario autoaplicable conocido como: Inventario de Depresión Infantil el cual consta de 27 reactivos para diagnosticar depresión así como el interrogatorio de algunos posibles factores relacionados al desarrollo de esta última. En caso de diagnosticarse la enfermedad de depresión se le enviará al servicio de Salud Mental para su tratamiento pertinente.

Molestias por su participación: Concedernos un tiempo para el llenado del cuestionario autoaplicable "Inventario de Depresión Infantil" y el interrogatorio de los posibles factores relacionados. En caso de que al responder el cuestionario el paciente presente crisis de angustia se proporcionará tratamiento inmediato por parte de un profesional de salud mental.

Beneficio para los participantes: Los resultados aportarán información importante sobre su estado de ánimo, en caso de detectar alteraciones se canalizará para tomar las medidas de manejo necesarias contribuyendo al tratamiento integral de su hijo.

Confidencialidad: Los datos obtenidos de su persona son absolutamente confidenciales, no pueden ser utilizados con otro fin. Usted será informado de cualquier hallazgo obtenido en esta investigación.

Participación Voluntaria:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto que mi hijo (a) participe en éste estudio . Es de mi conocimiento que mi hijo (a) es libre de retirarse de la presente investigación en el momento que lo desee. También puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de su participación en el estudio. En caso de que decidiera retirarse, la atención que recibe como paciente no se verá afectada. He comprendido el contenido de ésta carta de consentimiento, mis dudas han sido resueltas y voluntariamente acepto participar en éste estudio:

Nombre y/o firma del niño

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma de testigo (parentesco)

Firma de testigo (parentesco)

Nombre: _____

Edad: _____ Grado de Instrucción: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Fecha de Hoy: _____

CDI

por Maria Kovacs, Ph.D.

Los niños a veces tienen distintos sentimientos e ideas.

Este cuestionario agrupa algunos sentimientos e ideas. De cada grupo de tres frases, escoge una frase que te describa **mejor** durante las últimas dos semanas. Después de escoger una frase del primer grupo, pasa al siguiente grupo.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Solo escoge la frase que mejor describa como te has sentido últimamente. Pon una marca como esta al lado de tu respuesta. Pon la marca dentro del cuadrado que está al lado de tu respuesta.

Aquí hay un ejemplo. Pon una marca junto a la frase que **mejor** te describa.

Ejemplo:

- Leo libros todo el tiempo.
- Leo libros de vez en cuando.
- Nunca leo libros.

Recuerda, escoge las frases que mejor te describan en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

Item 1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste todo el tiempo.

Item 2

- Nunca me van a salir bien las cosas.
- No estoy seguro(a) si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

Item 3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago muchas cosas mal.
- Hago todo mal.

Item 4

- Me divierto en muchas cosas.
- Me divierto en algunas cosas.
- Nada me divierte.

Item 5

- Me porto mal todo el tiempo.
- Me porto mal muchas veces.
- Me porto mal de vez en cuando.

Item 6

- De vez en cuando pienso en las cosas malas que me pueden pasar.
- Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas.
- Estoy seguro(a) que me van a pasar cosas terribles.

Item 7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

Item 8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Las cosas malas generalmente no son culpa mía.

Item 9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme, pero no lo haría.
- Quiero matarme.

Continúe y rellene el reverso de la página.



Recuerda, escoge las frases que mejor te describan en LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.

Item 10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

Item 11

- Las cosas me molestan todo el tiempo.
- Las cosas me molestan muchas veces.
- Las cosas me molestan de vez en cuando.

Item 12

- Me gusta estar con la gente.
- Muchas veces no quiero estar con la gente.
- Nunca quiero estar con la gente.

Item 13

- No puedo tomar decisiones.
- Es difícil para mí tomar decisiones.
- Tomar decisiones es fácil para mí.

Item 14

- Me veo bien.
- Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
- Me veo feo(a).

Item 15

- Siempre tengo que obligarme para hacer las tareas escolares.
- Tengo que obligarme muchas veces para hacer las tareas escolares.
- Hacer las tareas escolares no es un gran problema para mí.

Item 16

- Duermo mal todas las noches.
- Duermo mal muchas noches.
- Duermo bastante bien.

Item 17

- Estoy cansado(a) de vez en cuando.
- Estoy cansado(a) muchos días.
- Estoy cansado(a) todo el tiempo.

Item 18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como bastante bien.

Item 19

- No me preocupo por dolores y malestares.
- Me preocupo por dolores y malestares muchas veces.
- Siempre me preocupo por dolores y malestares.

Item 20

- No me siento solo(a).
- Me siento solo(a) muchas veces.
- Me siento solo(a) todo el tiempo.

Item 21

- Nunca me divierto en la escuela.
- Me divierto en la escuela solo de vez en cuando.
- Me divierto en la escuela muchas veces.

Item 22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

Item 23

- Me va bien en la escuela.
- No me va tan bien en la escuela como antes.
- Me va muy mal en materias en las que antes me iba bien.

Item 24

- Nunca puedo ser tan bueno(a) como otros niños.
- Puedo ser tan bueno como otros niños si quiero.
- Soy tan bueno como otros niños.

Item 25

- Nadie realmente me quiere.
- No estoy seguro(a) si alguien me quiere.
- Estoy seguro(a) que alguien me quiere.

Item 26

- Casi siempre hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

Item 27

- Me llevo bien con la gente.
- Me meto en peleas muchas veces.
- Me meto en peleas todo el tiempo.

Nombre: _____
 Edad: _____ Grado de Instrucción: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Fecha de Hoy: _____

C hildren's
D epression
I nventory
 Página de Puntajes



Instrucciones: Asegúrese que por cada ítem solamente una casilla esté marcada. Después, sume los números al costado de cada casilla marcada. Ponga el puntaje en la casilla titulada PUNTAJE TOTAL CDI. Después, sume solamente los números de los ítems marcados con una A. Escriba el total de estos ítems en la casilla titulada ESCALA A. Repita el mismo procedimiento sumando los puntajes de los ítems en la ESCALA B, ESCALA C, ESCALA D, y ESCALA E respectivamente. Escriba los números en el lugar apropiado en el formato. Transfiera el PUNTAJE TOTAL CDI y los puntajes de las ESCALAS de la A a la E en el Formato del Perfil en el reverso de esta página.

- Item 1
A 0
 1
 2
- Item 2
E 2
 1
 0
- Item 3
C 0
 1
 2
- Item 4
D 0
 1
 2
- Item 5
B 2
 1
 0

- Item 19
D 0
 1
 2

- Item 20
D 0
 1
 2

- Item 21
D 2
 1
 0

- Item 22
D 0
 1
 2

- Item 23
C 0
 1
 2

- Item 24
C 2
 1
 0

- Item 25
E 2
 1
 0

- Item 26
B 0
 1
 2

- Item 27
B 0
 1
 2

- Item 10
 2
 1
 0
A

- Item 11
 2
 1
 0
A

- Item 12
 0
 1
 2
B

- Item 13
 2
 1
 0
A

- Item 14
 0
 1
 2
E

- Item 15
 2
 1
 0
C

- Item 16
 2
 1
 0
D

- Item 17
 0
 1
 2
D

- Item 18
 2
 1
 0
D

PUNTAJE TOTAL CDI

TOTAL DE LA ESCALA A (Estado de Animo Negativo)

TOTAL DE LA ESCALA B (Problemas Interpersonales)

TOTAL DE LA ESCALA C (Inefectividad)

TOTAL DE LA ESCALA D (Anedonia)

TOTAL DE LA ESCALA E (Auto-Estima Negativa)

Nombre: _____
 Edad: _____ Grado de Instrucción: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Sexo: _____
 Fecha de Hoy: _____

Instrucciones: Haga un círculo alrededor del PUNTAJE TOTAL CDI y en cada uno de los TOTALES DE LAS ESCALAS (Escala de la A hasta la E) bajo la columna apropiada según el sexo y la edad. Trace una línea uniendo estos seis círculos.

Children's Depression Inventory

Formulario del Perfil

T	PUNTAJE TOTAL CDI				A. ESTADO DE ANIMO NEGATIVO				B. PROBLEMAS INTERPERSONALES				C. INEFECTIVIDAD				D. ANEDONIA				E. AUTO-ESTIMA NEGATIVA				T
	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17	Niños 7-12	Niños 13-17					
100+	48+	45+	53+	41+	12			12		5+	6+					16				10	100+				
99	47	44	52			12				8						16					99				
98	46	43	51	40																	98				
97			50	39					11							15	16				97				
96	45	42																			96				
95	44	41	49	38										8					10	9	95				
94	43	40	48		11	12					8	5				15	16		10		94				
93			47	37													15				93				
92	42	39	46	36				10		7						14					92				
91	41	38	45		10															10	91				
90	40			35												14	15		9		90				
89		37	44	34		10	11			4							14			8	89				
88	39	36	43								7					13			9		88				
87	38	35	42	33										8			14				87				
86	37		41	32				9								13				9	86				
85		34	40		9		10			6								13			85				
84	36	33		31		9					4					12	12		8	8	84				
83	35		39													12	13		8		83				
82		32	38	30							6							12			82				
81	34	31	37	29				8					7	6		11				8	81				
80	33		36		8		9						8	8			12				80				
79	32	30	35	28		8										11			7	7	79				
78		29		27						5	3							11			78				
77	31	28	34													10					77				
76	30		33	26			8										11			7	76				
75	29	27	32		7			7			5	3		7	6						75				
74		26	31	25		7											10				74				
73	28		30	24												9	10		6	6	73				
72	27	25																	6		72				
71	26	24	29	23			7		4							9	9			6	71				
70		23	28	22	6			6					8	5						5	70				
69	25		27			6					4					8	9				69				
68	24	22	26	21												8			5	5	68				
67	23	21								2							8	8		5	67				
66			25	20			6										8				66				
65	22	20	24	19												7	7			5	65				
64	21	19	23		5	5		5	3			2	5	4	5						64				
63	20	18	22	18								3						7	7		63				
62			21	17			5										7		4	4	62				
61	19	17														6					61				
60	18	16	20	16												6		6		4	60				
59			19		4	4		4					4		4	3					59				
58	17	15	18	15										3			5	6			58				
57	16	14	17	14			4		2											3	57				
56	15	13	16						1	2						5		5	3		56				
55				13													5			3	55				
54	14	12	15	12	3	3		3				1	3				4				54				
53	13	11	14				3														53				
52	12		13	11										2		2		4	4		52				
51		10	12															4			2	51			
50	11	9	11	10		2					1						3				50				
49	10	8		9	2				1				2					3	3		49				
48	9		10				2	2							1		3		3		48				
47		7	9	8																	47				
46	8	6	8	7													2		1	1	46				
45	7		7			1				0							2		2		45				
44	6	5	6	6	1		1				0		1					2			44				
43		4						1				0									43				
42	5	3	5	5					0								1	1			42				
41	4		4	4										0			1		1	1	41				
40		2	3			0														0	40				
39	3	1	2	3			0						0								0	39			
38	2			2	0											0	0		0		0	38			
37	1	0	1					0									0		0		0	37			
36			0	1																		36			
35	0																					35			
34			0																			34			

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE PEDIATRIA**

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

Fecha: _____

- 1.-Nombre del paciente: _____ Folio: _____
- 2.-Genero: Masculino Femenino
- 3.-Edad: años meses
- 4.-Diagnostico Hematológico:
Leucemia Linfoblástica L1 Leucemia Mieloblástica M1
L2 L3 M2 M3 M4 M5 M6
- 5.-Edad al diagnostico de la enfermedad: años meses
- 6.-Estado actual de la enfermedad:
Inducción a la remisión Reinducción a la remisión (recaída)
Consolidación Mantenimiento
Paliativa En vigilancia.
- 7.-Escolaridad, señale el último grado de estudios:
Primaria Secundaria Preparatoria
- 8.- ¿Acude a la escuela actualmente?
No Si
- 9.-Numero de hermanos:
- 10.- Lugar que ocupo entre mis hermanos de arriba abajo _____.
- 11.-Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
- 12.- Personas que trabajan en casa: Mamá Papá Ambos Hermano
- 13.- ¿Ayudan los familiares al cuidado del enfermo?: No Si
- 14.- ¿Quién?: Abuelos Tíos Hermanos Otros _____
- 15.-¿Cuántas hospitalizaciones ha tenido?
1-2 2-3 4-5 5-6 7-8 9 o mas
- 16.-¿Tiene actualmente alguna complicación?
No Si ¿Cual? _____
- 17.-¿Se encuentra hospitalizado actualmente?
No Si
- 18.- Vivo con: mamá, papá y hermanos Mamá Papá Otros
¿Quién? _____
- 19.- ¿Algún medico ha diagnosticado depresión en su hijo?
No Si
- 20.- ¿Toma actualmente algún medicamento para depresión?
No Si Nombre del medicamento: _____

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-22.
- 2.-Ryan N, Puig-Antich J, Ambrosini P. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:854-861.
- 3.-Luby J, Heffelfinger A. Alterations in stress cortisol reactivity in depressed preschoolers relative to psychiatric and no disorder comparison groups. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1248-1255.
- 4.-Varea V, Martin D. Malabsorption of carbohydrates and depression in children and adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;40:561-565.
- 5.-Agudelo D, Carretero H. Evaluación del componente afectivo de la depresión. Análisis factorial del trastorno depresivo. *Salud Mental* 2005;3:32-41.
- 6.-Lewis M. Depression in Children. En: Weller E, Weller R, Svandijan H, Lewis M. *Mood disorders in child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 2da ed. Baltimore (EUA): Williams and Wilkins; 1996. p.650-655.
- 7.-Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836-841.
- 8.-Del Barrio V, Moreno C, López R. Children's Depression Inventory 15 years later. *J Abnorm Psychol* 1993; 9: 51-53.
- 9.-Cole D, Martin J, Peeke L, Seroczynski A, Hoffman K. Are cognitive errors of underestimation predictive o reflective of depressive symptoms in children: a longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998;107:481-496.
- 10.-Almquist F, Piha J, Moilanen I, Tamminen T, Kumpulainen K. Children with symptoms of depression, what do the adults see?. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:577-585.
- 11.-Kovac M. Children's Depression Inventory. North Tonawanda (New York): Muti-Health Systems; 1992. p. 1-99.
- 12.-Cole D, Peeke L, Martin J, Truglio R, Seroczynski A. A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:451-460.
- 13.-Blaizer D, Kessler R, McGonagle K, Swartz M. The prevalence and distribution of major depression in a national comorbidity sample: the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979-986.
- 14.-Costello E. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836-841.
- 15.-Birmaher B, Brent D, Benson R. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1234-1238.
- 16.-Costello E, Mustillo S, Erkanli A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:837-844.

- 17.-Saluja G, Iachan R, Scheidt P. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:760-765.
- 18.-Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998;18:765-794.
- 19.-Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry* 2000;157:1584-1591.
- 20.-Luby J, Heffelfinger A, Mrakotsky C. Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:928-937.
- 21.-González C, Ramos L, Caballero M, Wagner F. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Salud Mental* 2003;15:524-532.
- 22.-Medina M, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván C, Tapia R. Consumo de drogas entre adolescentes: resultados de la encuesta nacional de 1998. *Salud Pub Mex* 2003;45:16-25.
- 23.-Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26:1-16.
- 24.-American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ta ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 25.-Sandanger I, Nygard J, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard O. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:570-579.
- 26.-Kessler R, McGonagle K, Nelson C, Hughes M, Swartz M, Blazer D. Sex and depression in the national comorbidity survey II: cohort effects. *J Affect Disord* 1994;30:15-26.
- 27.-Benjet C, Borges G, Medina M, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pub Mex* 2004;46:417-424.
- 28.-Henriksson M, Isometsa E, Hietanen P. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995;36:11-20.
- 29.-Bodurka D, Basen K, Carmack C. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000;78:302-308.
- 30.-Lloyd M, Friedman T. Depression in palliative care patients: a prospective study. *Eur J Cancer* 2001;10:270-274.
- 31.-Derogatis L, Morrow G, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-757.
- 32.-Block S. Assessing and managing depression in the terminally ill patient; end of life care consensus panel. American college of physicians and american society of internal medicine. *Ann Intern Med* 2000;132:209-218.
- 33.-Patrick D, Ferketich S, Frame P. National institutes of health state of the science conference statement: symptom management in cancer of pain, depression, and fatigue. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:1110-1117.
- 34.-Nordin K, Glimelius B. Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer* 1999;79:525-529.

- 35.-Mainio A, Hakko H. Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 5 year follow-up study. *Neurosurgery* 2005;56:1234-1242.
- 36.-Ros L. La llamada "Depresión Mayor" en el curso del cáncer diseminado. *Rev Fac Med UNAM* 2005;28:151-153.
- 37.-Loberiza F, Rizzo J, Bredeson C. Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. *J Clin Oncol* 2002;20:2118-2126.
- 38.-Mulhern R, Wasserman A, Friedman A, Fairclough D. Social competence and behavioral adjustment of children who are long-term survivors of cancer. *Pediatrics* 1989;83:18-25.
- 39.-Smithson W. Leucemias. En: Behrman R, Kliegman R, Jenson H. *Nelson tratado de pediatría*. 16ª Ed. México: MacGraw-Hill Interamericana;2001. p.1686-1691.
- 40.-Ramírez S. Prevalencia de depresión asociada a enfermedad crónica en escolares y adolescentes. Tesis para obtener el título de Pediatría Médica. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
- 41.-Strober M, Lampert C, Schmidt S, Morrel W. The course of major depressive disorder in adolescents. Recovery and risk of manic switching in a follow up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:34-42.
- 42.-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México (DF): INEGI;2002.
- 43.-Kovacs M, Akiskal H, Gatsonis C, Parrone P. Childhood onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:365-374.
- 44.-Feinberg T, Kovacs M, Crouse M, Paulaskas S, Finkelstein R. Depressive disorder in childhood a longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:229-237.
- 45.-Coyle J, Pine D. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1494-1503.
- 46.- Sánchez O. Intento suicida. En: Dulanto E. *Asociación mexicana de pediatría. El adolescente*. 1a Ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2000. p.1318-1321.
- 47.- Grebb J. Suicidio. En: Kaplan H, Sandock B, Grebb J. *Trastornos del estado de ánimo y suicidio*. 7ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana;1996. p.1138-1141.
- 48.-Borges G, Wilcox H, Medina M, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behavior in the mexican national comorbidity survey: lifetime and 12 month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005;28:40-47.
- 49.-Mejía J, Fajardo A, Bernáldez R, Paredes R, Flores H, Martínez M. Incidencia de las leucemias agudas en niños de la ciudad de México, de 1982 a 1991. *Salud Pub Mex* 2000;42:431-437.