



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD  
MENTAL.

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO

"DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGIA EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL  
JUAN N. NAVARRO"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

DRA. MAYRA HERNANDEZ CHAVEZ

ASESOR TEORICO Y METODOLOGICO:

DR. JORGE LUIS PONCE CARMONA

DRA. SILVIA ORTIZ LEON

Facultad de Medicina



MEXICO. D.F. FEBRERO 2009.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

“DEPRESIÓN MATERNA Y PSICOPATOLOGIA EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL  
JUAN N. NAVARRO”.

TUTOR METODOLOGICO.

DR. JORGE LUIS PONCE CARMONA  
Psiquiatra.  
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia.  
Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

TUTOR TEORICO.

DRA. SILVIA ORTIZ LEON  
Psiquiatra.  
Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia.  
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría e Higiene Mental.  
UNAM

Vo.Bo.  
GERHARD HEINZE MARTIN.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO.

## Agradecimientos.

A mi mamá, por su gran amor, apoyo y el siempre impulsarme a seguir adelante.

A mi hermano, por su cariño y por ser mi ejemplo a seguir.

A mi papá y Marcela, por su cariño y apoyo.

A mis abuelitos, por el ejemplo que hasta la fecha me siguen dando y por los valores que me inculcaron.

A mi tía y primos, por estar conmigo siempre.

A Cecilia, Cristina, Alicia, Oscar por su gran e incondicional amistad.

Al Dr. Angel Mendoza, por su amistad y gran apoyo.

Al Dr. Juan Antonio Díaz Pichardo por su amistad, apoyo y enseñanzas.

## INDICE

- Marco teórico  
7
- Planteamiento del problema  
13
- Justificación  
13
- Objetivos  
14
- Material y métodos  
14
- Resultados  
20
- Discusión  
25
- Conclusiones  
26
- Bibliografía  
27
- Anexos  
31

## **RESUMEN.**

Se ha observado una asociación entre depresión materna y trastornos internalizados y externalizados en sus hijos. Por lo que es importante determinar la frecuencia de depresión materna y su asociación con la psicopatología infantil.

### **Diseño:**

Transversal, descriptivo, comparativo.

### **Material y métodos:**

Se seleccionó a madres de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. La muestra se tomó de forma no aleatoria, a las madres de los pacientes que acudieron de primera vez y subsecuentes al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, derivadas de una muestra no probabilística, obtenida por conveniencia (casos consecutivos).

Se les aplicó un cuestionario de recolección de datos y la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional para detectar la presencia de depresión. Se les proporcionó a las madres, la escala de Beck, la cual es autoaplicable y detecta la severidad de depresión. El diagnóstico principal de sus hijos se obtuvo de los expedientes clínicos.

### **Resultados:**

El diagnóstico que predominó en los pacientes atendidos en el Hospital fue el de Trastornos de conducta y TDAH ( 54 % ) n = 108, seguido de trastornos generalizados del desarrollo ( 19 % ) n= 39 ; trastornos depresivos ( 8 % ) n = 17 ; retraso mental ( 7 % ) n = 15 ; Trastornos de ansiedad ( 3.5 % ) n = 7; Retraso en el desarrollo ( 3.5 % ) n = 7; Trastornos del aprendizaje ( 2.5 % ) n = 5 ; Trastornos relacionados con consumo de sustancias ( 1 .5 % ) n= 3 ; y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ( 1 % ) n = 2.

La aplicación de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en las madres de los pacientes arrojó los siguientes datos. El 54 % de las madres no tienen depresión ( n = 110), mientras que el 46 % restante ( n = 93 ) cursa con algún tipo de depresión ( Episodio depresivo mayor ; Episodio depresivo mayor recidivante ; Distimia o alguna combinación de estos ).

Al hacer la comparación entre la psicopatología del paciente y la depresión materna, se encontró que los diagnósticos que se asocian con mayor frecuencia a depresión materna, son : trastornos de ansiedad 57% (n=4); 50 % para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (n=1) y trastornos de conducta y TDAH 50% (n=54).

### **Conclusiones:**

Estos resultados comprueban la necesidad de establecer una evaluación oportuna de la psicopatología materna; así como el diseño e implementación de programas estratégicos para detección y manejo de la depresión materna.

## **INTRODUCCION.**

Es importante destacar el impacto negativo que tiene la depresión materna en el desarrollo del niño; además de que influye en la interacción madre – hijo, en un apego inseguro y psicopatología en los hijos, principalmente depresión. En un estudio realizado en Londres, por Mclenhan (2001), se encontró que un 33 % de madres de hijos alrededor de los 3 años, presentaba sintomatología depresiva. En contraste un estudio realizado en EUA por Kotelchuck (2001), encontró que un 12 % de las madres de preescolares estaban deprimidas. En el estudio realizado por estos autores encontraron que un 23 % de las madres de escolares presentaban síntomas elevados de depresión y un 12.1 % síntomas muy elevados. Como consecuencia muchos niños están en riesgo de tener una madre deprimida. Por lo que debería ser una prioridad identificar y tratar a las madres deprimidas. Algunas presentan cuadros depresivos subsindrómicos que están relacionados a un deterioro funcional, pero se ha identificado que mejoran con intervenciones terapéuticas.

Diversos estudios, han concluido que la depresión materna resulta en la presentación de problemas internalizados y externalizados en comparación con madres de adolescentes no deprimidos. Además de déficits en el área social y la competencia académica; deterioro en su funcionamiento.

## 1.1. MARCO TEÓRICO.

La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero la edad promedio de comienzo es entre los 30 y los 40 años. En general, cuanto más temprana sea la edad de inicio más probable es que haya recurrencias, los síntomas se desarrollan de manera gradual durante muchos meses, o de manera drástica, durante un periodo más breve, en muchos casos después de una pérdida importante o una crisis de estrés, aunque no siempre ocurre así. Si se aplica tratamiento el episodio depresivo puede resolverse de manera espontánea durante un periodo de dos semanas o meses, o volverse crónica y conservarse sin cambios en esencia durante varios años <sup>(1)</sup>.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos -dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos-, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar <sup>(2)</sup>.

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución <sup>(3)</sup>.

La mayoría de los pacientes depresivos solicitan inicialmente la asistencia de los médicos del primer nivel de atención, y se estima que solamente un tercio de los pacientes depresivos acuden inicialmente a un especialista de salud mental <sup>(4)</sup>.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la categoría vital más relevante a la hora de padecer un trastorno depresivo es el sexo femenino. Según la opinión de los psiquiatras este primer lugar es compartido actualmente por la condición divorcios-separaciones (74 %). En este sentido, ser divorciado se asocia a un mayor consumo de antidepresivos <sup>(5)</sup>.



En un estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres <sup>(2)</sup>.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 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, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años <sup>(7)</sup>.

En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva, y la más importante; la familia, por lo tanto, los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos <sup>(6)</sup>.

Otros factores de la vida cotidiana que pueden producir alteraciones emocionales en las mujeres son: las responsabilidades domésticas; tener una posición subordinada en la sociedad dentro y fuera del hogar; asumir la responsabilidad de armonizar las emociones, conflictos y tensiones de la vida familiar; tener pocas opciones legítimas de escape y pocos espacios propios; tener una relación de pareja no satisfactoria; y no tener en quién apoyarse emocionalmente <sup>(7)</sup>.

Otro factor que incide en la depresión femenina es la doble jornada de las mujeres que además de sus roles tradicionales se han insertado en el mercado laboral, la mayor de las veces en desventaja con los hombres. La probabilidad de que la mujer sufra depresión aumenta si es casada, si tiene entre 25 y 40 años y si se dedica a labores del hogar. Es menos frecuente en personas con pocas tensiones conyugales, autosuficientes económicamente y que cuentan con importantes redes sociales. Se relacionan con factores orgánicos como la hipoglucemia, los cambios posparto a menopausia <sup>(8)</sup>.

Un estudio realizado en tres centros comunitarios de salud mental y un centro de salud de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, entre enero de 1998 y diciembre de 2000 en las que su objetivo fue investigar la influencia del apoyo social y los sucesos vitales sobre los síntomas de depresión en mujeres de entre 20 y 45 años de edad: pretratamiento, postratamiento (15-30 días) y seguimiento (cuatro meses), en una intervención psicoeducativa para depresión, concluyen que la escolaridad es la variable sociodemográfica que muestra un efecto sobre el resultado de la intervención a los cuatro meses, en la cual se observa que las mujeres con menor escolaridad tienen menos apoyo social y experimentan más sucesos adversos, lo que limita su mejoría a más largo plazo <sup>(9)</sup>.

Es importante destacar el impacto negativo que tiene la depresión materna en el desarrollo del niño; además de que influye en la interacción madre – hijo, en un apego inseguro y psicopatología en los hijos, principalmente depresión. En un estudio realizado en Londres, se encontró que un 33 % de madres de hijos alrededor de los 3 años, presentaba sintomatología depresiva. En contraste un estudio realizado en EUA, encontró que un 12 % de las madres de preescolares estaban deprimidas. En el estudio realizado por estos autores encontraron que un 23 % de las madres de escolares presentaban síntomas elevados de depresión y un 12.1 % síntomas muy elevados. Como consecuencia muchos niños están en riesgo de tener una madre deprimida. Por lo que debería ser una prioridad identificar y tratar a las madres deprimidas. Algunas presentan cuadros depresivos subsindromáticos que están relacionados a un deterioro funcional, pero se ha identificado que mejoran con intervenciones terapéuticas <sup>(10)</sup>.

En las madres ansiosas y deprimidas se han reportado más casos de problemas de conducta en sus hijos en comparación con madres no deprimidas, ni ansiosas, ya que estas manejan de una manera más positiva el problema de sus hijos <sup>(11)</sup>.

Se les aplicó a los padres de niños con autismo y con discapacidad intelectual, la escala de Beck. El 45 % de las madres con hijos con discapacidad intelectual sin autismo y 50 % de las madres de autismo reportaron niveles elevados en la escala de depresión. Las madres solteras de hijos con discapacidades son más vulnerables a presentar depresión severa en comparación con las que tienen pareja <sup>(12)</sup>.

En México, el 18% de las familias del país, en el año 2000, eran monoparentales. De estas, el 81% eran encabezadas por jefa; por lo tanto, el 15 % del total de las familias del país fueron monoparentales, encabezadas por jefa. Estas familias crecieron el 3.2% anual, casi lo mismo que lo que crecieron el total de las familias. De las familias monoparentales encabezadas por jefa, solo el 9% lo son por mujeres solteras. Las categorías en que estaban el mayor número de jefas de familia monoparental fue: Viudas (34%), Separadas (26%) y Casadas o Unidas (20%); el 10% fue divorciadas. La mayoría de las jefas de familia monoparental sobrepasaron los 40 años de edad (63%); el 0.4% fue menor de 20 años. Los jefes de familia monoparental, fueron viudos (51%), separados (22%) y casados o unidos (15%); solo el 3% fue soltero y el 9% fue divorciados <sup>(13)</sup>.

En la actualidad se ha visto un incremento en el número de familias monoparentales, evidenciando principalmente las regidas por la mujer; esto ha inducido la realización de estudios, aunque aún insuficientes, sobre las relaciones madre-hijos y sobre las prácticas de crianza en esas situaciones. Sin embargo, es necesario llamar la atención sobre la existencia de familias monoparentales regidas por el padre, que en nuestra muestra (13.9% de las monoparentales) no representa un porcentaje despreciable y que, por lo tanto, requiere ser estudiado y atendido. Parece obvio que la familia constituye un ámbito social de gran importancia para el desarrollo de los hijos,

particularmente en los primeros años de sus vidas. Pero es claro también que esta institución no es homogénea sino dinámica y en constante transformación, que supone, por lo tanto, diversas formas de relación entre sus miembros. La existencia de familias monoparentales regidas por el padre o por la madre, las familias donde ambos padres trabajan, la vivienda colectiva, la inserción de los hijos en actividades de ayuda al sostén familiar, etc., son realidades que imprimen un carácter particular a la dinámica familiar y, por lo tanto, una especificidad a las implicaciones educativas <sup>(14)</sup>.

El estrés asociado a pobreza resulta en incremento de eventos negativos, una mayor incidencia en madres solteras, padres adolescentes y conflictos maritales. Los padres que viven en pobreza tienen más riesgo de presentar problemas mentales, de los más frecuentes la depresión, el alcoholismo y consumo de sustancias. La depresión materna es un factor que influye de manera muy importante en la calidad de la interacción madre - hijo. La depresión materna durante la infancia es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas internalizados y externalizados entre niños preescolares y escolares. El maltrato también se ha asociado a depresión materna. Se ha observado que la depresión materna durante la niñez aumenta el riesgo de que los niños desarrollen problemas para relacionarse con pares, impulsividad, comportamientos hostiles y agresivos tanto en casa como en la escuela <sup>(15)</sup>.

La depresión entre madres solteras es frecuente, al evaluar la severidad se encontró 2% con depresión leve, 23% con moderada y 67 % con severa. En un 40 % de esta muestra, la depresión se explica por su estatus económico y por otros eventos estresantes <sup>(16)</sup>.

Más del 75 % de las participantes del estudio de Peden (2004), puntuaron en la escala de Beck de depresión moderada a grave. El pensamiento negativo influyó en la relación entre autoestima y síntomas depresivos <sup>(17)</sup>.

En el estudio realizado por Wade, se observó que las madres solteras tienen un riesgo 50 % mayor de desarrollar un episodio depresivo mayor en comparación con las madres casadas <sup>(18)</sup>.

Lipman, realizó un estudio comparativo entre madres de familias integradas y madres solteras, encontrándose en las últimas, niveles más altos de depresión, mayor estrés familiar, menor grado de apoyo social y menor acceso a los servicios de salud mental. Los hijos de madres solteras están en mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta, disminución del rendimiento escolar y dificultades en el área social. Muchos de estos niños, no reciben atención psiquiátrica o psicológica, ya que les resulta inaccesibles o costosos <sup>(19)</sup>.

En la población mexicana durante el censo de vivienda del INEGI del 2005, arrojó un total de 5 717 654 familias, las cuales son comandadas por mujeres, de estas el 50.2% son de familias nucleares y el 35.3% corresponde a familias extensas. A diferencia de 19 085 966 familias comandadas por varones. De ahí la importancia de indagar la existencia de depresión en las jefas de familia y de conocer su severidad <sup>(14)</sup>.

La depresión en niños se ha asociado con escasa cohesividad o vínculo emocional deficiente. Los niños deprimidos con intentos de suicidio reportan que provienen de familias con mayor grado de estrés, menor control, conflictos frecuentes y menor cohesividad, en comparación con niños deprimidos sin intentos de suicidio. Los jóvenes deprimidos perciben más estresores y menos redes de apoyo social. Una pobre salud mental materna es un predictor de disfunción familiar <sup>(20)</sup>.

Tanto la depresión materna como paterna exacerban los trastornos externalizados. También se ha observado, que la depresión materna y el abuso de sustancias paterno son predictores de depresión en la juventud <sup>(21)</sup>.

De acuerdo a un estudio realizado por Rahman (2002) una deficiente salud mental materna pone a sus hijos en riesgo de deterioro en el crecimiento e infecciones recurrentes, en comparación con madres sin depresión <sup>(22)</sup>.

Los recién nacidos, hijos de madres con un trastorno del afecto, presentan desde el período neonatal un perfil de desajuste caracterizado por reactividad deficiente según la Escala de Evaluación de Conductas Neonatales de Brazelton; hipersomnia indeterminada; niveles elevados de hormonas asociadas al estrés ( norepinefrina y cortisol ); signos electroencefalográficos de activación de la zona frontal derecha; déficit en la reactividad a la expresión facial; tono vagal menor que implica la no reactividad de la respuesta simpática. La conducta de las madres en relación con sus recién nacidos se caracteriza por dos estilos de interacción predominantes: un estilo de retraimiento y otro de intrusión, los cuales parecen tener un efecto diferencial negativo en sus infantes debido tanto a la estimulación inadecuada como a la falta de modulación de la excitación emocional. La depresión y la ansiedad de la madre, con sus alteraciones bioquímicas puede afectar al producto, debido a su exposición al desequilibrio bioquímico materno <sup>(23)</sup>.

El impacto negativo de la depresión materna se refleja en un deterioro en la interacción madre - hijo; apego inseguro; y trastornos en el psicopatología del niño, del espectro depresivo. Los factores de riesgo para depresión materna son: un bajo nivel de educación; ser madre soltera; ser joven; no dar alimentación al seno materno y un embarazo no planeado <sup>(24)</sup>.

Diversos estudios, concluyeron que la depresión materna resulta en la presentación de problemas internalizados y externalizados en comparación con madres de adolescentes no deprimidos. Además de déficits en el área social y la competencia académica; deterioro en su funcionamiento <sup>( 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37 )</sup>.

La alta emoción expresada en comparación con baja emoción expresada se ha asociado a problemas del comportamiento en sus hijos. Altas puntuaciones en la Escala de Beck se asociaron a sentimientos de culpa y altos niveles de emoción expresada. Identificándose, esta última como un importante mediador en la relación de depresión materna y problemas de conductas en los hijos <sup>(38)</sup>.

La depresión materna afecta de manera negativa la relación madre – hijo; especialmente la sensibilidad materna hacia el hijo. La sensibilidad materna incluye el afecto, flexibilidad, aceptación, negociación, y el que las madres se den cuenta de las necesidades de sus hijos así como sus responsabilidades <sup>(39)</sup>.

Los padres casados reportan una mejor salud mental y menos problemas de comportamiento en comparación con los padres separados. En los hijos de padres separados, es más frecuente que uno o ambos padres presenten psicopatología <sup>(40)</sup>.

Tan y Rohde (2005), demostraron una relación entre la depresión materna y la depresión en sus hijos, pero no hubo relación entre la depresión paterna y la de sus hijos. Los hijos deprimidos, son percibidos por las madres como difíciles y generadores de estrés, lo cual no ocurre con los padres <sup>(41, 42)</sup>.

Essex, et al, encontraron que los trastornos internalizados son más frecuentes entre hijas de madres deprimidas y los externalizados entre los hijos. La depresión materna es un factor de riesgo para psicopatología en los hijos, y varía de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se presenta. En la etapa preescolar, se asocia a apego inseguro, regulaciones en el afecto y desarrollo socioemocional. En la infancia se asocia con trastornos internalizados y externalizados <sup>(43)</sup>.

La depresión en los adolescentes se ha asociado con una amplia variedad de estresores, incluyendo discordias familiares (divorcio, conflictos maritales), pobre calidad en la relación con los padres, eventos personales cotidianos estresantes, relaciones negativas con pares y relaciones sociales deficientes. Las discordias familiares exponen a los adolescentes a eventos estresantes y se ha observado que ellos tienen capacidades deficientes para manejar conflictos interpersonales, que repercuten en su competencia social y esto exacerba las dificultades en el manejo de situaciones estresantes que desencadenan depresión. Además, la presencia de depresión en los padres es conocida como uno de los principales predictores de depresión y otra psicopatología en su descendencia. Los factores de riesgo familiares ( disfunciones maritales, alteraciones en la relación padres – hijos , pobre cohesión familiar, divorcios ) son más frecuentes entre familias con madres deprimidas en comparación con las no deprimidas. Las madres deprimidas tienden a presentar alteraciones maritales y sociales, así como mayor frecuencia de conflictos con sus hijos <sup>(44)</sup>.

Por lo cual el presente estudio se enfocó en investigar y comparar la existencia de depresión materna con la psicopatología de sus hijos.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Es importante destacar el impacto negativo que tiene la depresión materna en el desarrollo del niño; además de que influye en la interacción madre – hijo, en un apego inseguro y psicopatología en los hijos, principalmente depresión.

¿Existe depresión en las madres de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro?

¿Cuál es la psicopatología de hijos de madres deprimidas vs madres no deprimidas?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN.**

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud del 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente (2).

Se realizó una búsqueda intencionada de artículos médicos en México, que reportaran la frecuencia de depresión en madres de familias nucleares y en madres de familias monoparentales específicamente; de los cuales no se obtuvieron resultados. La depresión es una enfermedad que limita al enfermo y secundariamente a sus descendientes provocando en ellos alteraciones de la funcionalidad familiar.

En un estudio realizado en Londres, se encontró que un 33 % de madres de hijos alrededor de los 3 años, presentaba sintomatología depresiva. En contraste un estudio realizado en EUA, encontró que un 12 % de las madres de preescolares estaban deprimidas.

En el estudio realizado por estos autores encontraron que un 23 % de las madres de escolares presentaban síntomas elevados de depresión y un 12.1 % síntomas muy elevados. Como consecuencia muchos niños están en riesgo de tener una madre deprimida.

Debido a que el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro es un hospital de concentración es una prioridad identificar y canalizar a las madres deprimidas. Algunas pueden presentar cuadros depresivos subsindromáticos que están relacionados a un deterioro funcional, pero se ha identificado que mejoran con intervenciones terapéuticas.

La presente tesis surgió de la inquietud de conocer la existencia de depresión y su severidad en madres de pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y determinar qué psicopatología presentan sus hijos.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo General**

- 1.- Determinar la frecuencia de depresión en madres de pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.
- 2.- Comparar la frecuencia de la psicopatología de los hijos de madres deprimidas vs madres no deprimidas.

### **1.4.2 Objetivos Específicos.**

- 1.- Identificar la presencia de depresión materna y su severidad.
- 2.- Identificar la psicopatología de los hijos de madres deprimidas y no deprimidas, que son atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.
- 3.- Comparar la frecuencia de la psicopatología de los hijos de madres deprimidas vs madres no deprimidas.
- 4.- Identificar tipo de depresión materna



## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Transversal  
Descriptivo  
Comparativo

### **2.2 ANALISIS ESTADISTICO**

Identificar la presencia de depresión materna y su severidad por medio de frecuencias.

Identificar la psicopatología de los hijos de madres deprimidas y no deprimidas, que son atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro mediante frecuencias.

### **2.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.**

Para el presente estudio se solicitó la participación madres de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio, el cual fue dividido en dos grupos el de madres deprimidas y madres no deprimidas.

## 2.4 CRITERIOS

### 2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

- Madres biológicas que alguno de sus hijos sea paciente del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.
- Mayores de 18 años.
- Saber leer y escribir.
- Que aceptaran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado.

### 2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Reactivos incompletos.
- Que en los últimos 2 meses la madre haya tenido una pérdida (muerte, pérdida del estatus o del trabajo).

## 2.5 VARIABLES

<i>Nombre de la variable</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>Escala de medición de la variable</i>	<i>Valores que toma la variable</i>
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Estado civil	Cualitativa Nominal	Multidimensional	1. Soltera 2. Divorciada 3. Casada 4. Separada 5. Viuda
Escolaridad	Cualitativa	Nominal Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Postgrado 6. Analfabeta
Numero de Hijos	Cuantitativa	Discreta	1. 0 a 1 2. 2 a 3 3. 4 o más
Ocupación	Cualitativa Nominal	Multidimensional	1. Ama de casa 2. Obrera 6. Empleada 7. Profesionista
Tipo de Familia	Cualitativa	Nominal	1. Nuclear 2. Monoparental.

Depresión Materna	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. con depresión 2. Sin depresión
Severidad de la depresión	Cualitativa	Nominal Ordinal	1. Leve 2. Moderada 3. Severa
Años de Separación de la pareja	Cuantitativa	Nominal	1. De 0 a 1 año 2. De 1 año a 2 años 3. De 3 años o más
Psicopatología En niños	Cualitativa Nominal	Multidimensional	1. Retraso mental 2. Trastorno del aprendizaje 3. Trastorno generalizado del desarrollo 4. TDAH y trastorno de conducta 5. Trastornos relacionados con consumo de Sustancias 6. Trastornos de ansiedad 7. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 8. Retraso en el desarrollo

VARIABLES (Definición):

DEPRESION:

- A) Definición conceptual: un cambio de humor, con pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad con una duración mínima de 2 semanas. Sentimiento patológico de tristeza.
- B) Definición operacional: la depresión será detectada utilizando la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la severidad con la escala de Beck, que es un cuestionario autoaplicado de 21 items que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. El paciente tiene que seleccionar, para cada item, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana.
- C) A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de cohorte usualmente aceptado es de  $> = 10$  puntos.
- D) Indicadores :
- No depresión: 0-9 puntos  
 Depresión leve: 10 – 18 puntos  
 Depresión moderada: 19 - 29 puntos  
 Depresión grave:  $> = 30$  puntos
- E) Tipo de variable : ordinal

Indicadores:

Episodio depresivo mayor actual: codificó SI en 5 o más respuestas (A1 – A3).

Episodio depresivo mayor recidivante si el paciente codifica positivo para un episodio depresivo mayor actual, y contesta SI para A4 a.

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos: si el paciente codifica positivo para un episodio depresivo mayor actual (A3 = SI) y codifica SI en 3 o más respuestas de A6.

Trastorno distímico: codificó SI en 2 o más respuestas de B3 o codificó SI en B4.

PSICOPATOLOGIA.

A) Definición conceptual.

Es el núcleo de la psiquiatría, es la disciplina que se ocupa de los fenómenos conductuales y mentales patológicos. De su: descripción, clasificación e interpretación. Además de identificar estos fenómenos y sus expresiones conductuales inquiriere acerca de las conexiones que tienen entre sí y con la personalidad de quien los experimenta, intenta comprender su significado y explicarlos en términos de mecanismos intermedios y de sus causas. Aborda el estudio de los fenómenos psicopatológicos en 3 niveles conceptuales: descriptivo, interpretativo y explicativo.

B) Definición operacional

Los diagnósticos se obtendrán de los expedientes clínicos de los pacientes.

C) Tipo de variable.

Cualitativa multidimensional.

Procedimiento.

Se seleccionó a madres de pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. La muestra se tomó de forma no aleatoria, a las madres de los pacientes que acudieron de primera vez y subsecuentes al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, derivadas de una muestra no probabilística, obtenida por conveniencia ( casos consecutivos ). Las madres cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se les explicó, las características del protocolo y a las que estuvieron de acuerdo en ingresar, firmaron la carta de consentimiento informado. El estudio se realizó en los pasillos y consultorios del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Se les aplicó un cuestionario de recolección de datos y la MINI entrevista neuropsiquiátrica internacional para detectar la presencia de depresión. Se les proporcionó a las madres, la escala de Beck, la cual es autoaplicable y detecta la severidad de depresión. La investigadora principal de esta tesis explicó las características de la tesis a los médicos residentes de psiquiatría infantil de primero y segundo año; a los que estuvieron de acuerdo en participar, los capacitó para la aplicación de la MINI entrevista estructurada, y la escala de

Beck. Una vez calificadas, se evaluó si existía depresión y su severidad. Y a las madres que resultaron deprimidas se les orientó acerca de los lugares donde podrían recibir atención psiquiátrica. El diagnóstico principal de sus hijos se obtuvo de los expedientes clínicos. El estudio duró un lapso de 2 meses, en los cuales se integró el protocolo de estudio y se realizó la recolección de los datos así como su análisis y conclusiones finales.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se utilizó para la recolección de los datos; hojas blancas impresas con el cuestionario de las variables a estudiar, así como la forma impresa del cuestionario de Beck para depresión, la MINI entrevista estructurada (rubro de depresión).

Para evaluar la depresión, se utilizará la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

La MINI esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “**filtro**” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “letra normal” deben leerse “palabra por palabra” al paciente con el objetivo de regularizarla evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en “MAYUSCULAS” no deben leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en “**negrita**” indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo “**NO**” en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente.

Frases entre paréntesis ( ) son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SO o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (45).

## **2.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.**

La recolección de los datos para el presente estudio, los obtuvo el entrevistador y médicos residentes de psiquiatría infantil y de la adolescencia, que se ubicaron en los pasillos y consultorios del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. A las madres que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les solicitó su consentimiento para la participación en el presente estudio, se les aplicó el cuestionario de Beck para determinar si existía algún grado de depresión, la MINI entrevista estructurada (rubro de depresión), y una hoja de recolección de datos.

## **2.8 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.**

Recursos Humanos: Para esta tesis, se contó con un entrevistador (el tesista), y médicos residentes de primer y segundo año de la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia quienes manejaron los reactivos de las entrevistas con amplio conocimiento del tema.

Materiales: Se utilizó material de papelería como, hojas blancas, lápices, gomas, sacapuntas, clips, bolígrafos.

Materiales físicos: Se utilizaron las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Principalmente en sus pasillos y consultorios, previa autorización por sus autoridades administrativas.

Financiamiento: Fue cubierto en su totalidad por la tesista.

## **2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Se utilizaron los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adaptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989.

### 3.RESULTADOS.

El rango de edad materna que predominó en nuestra muestra fue de 31 a 35 años. En el grupo de madres deprimidas la edad promedio fue de 34.79, mientras que en el de no deprimidas 35.05.

La escolaridad predominante de las madres es de secundaria 36% (n=64). De estas el 35 % ( n=33) perteneció al grupo de madres deprimidas y el 28 % (n=31) al de no deprimidas.

Con respecto al estado civil materno, se encontró que la mayor parte de las madres de la muestra es casada 56% (n=114). Del grupo con depresión el 53% (n=49) es casada y del grupo de no deprimidas el 59% (n=65) es casada.

De las madres que se encuentran separadas (n=52), la mayoría tenía de 1 a 5 años de estar separada de su pareja 60% (n=31). El promedio para las madres deprimidas fue de 4.96 años y para las no deprimidas 5.69 años.

En cuanto a la ocupación materna, predominaron las que se dedican al hogar 64% (n=130). Al realizar la comparación, en el grupo de madres deprimidas el 62 % (n=58) se dedica al hogar, y el 65.5% (n= 72) de las madres no deprimidas se dedica al hogar.

El número de hijos que predominó en las madres que participaron en nuestro estudio fue de 2 hijos 38% (n=77). En el grupo de madres deprimidas el promedio fue de 2.59 hijos y en el de no deprimidas 2.27.

	Madres deprimidas (n=93)	Madres no deprimidas (n=110)
<b>Edad *</b>	34.79 (7.19)	35.05 (7.36)
<b>Escolaridad :</b>		
Saber leer y escribir	1 (1%)	0 (0%)
Primaria incompleta	3 (3.5%)	3 (2.8%)
Primaria	14 (15%)	23 (21%)
Secundaria incompleta	3 (3.5%)	2 (2%)
Secundaria	33 (35%)	31 (28%)
Carrera técnica	13 (14%)	16 (14.4)
Bachillerato incompleto	4 (4.5%)	0 (0%)
Bachillerato	14 (15%)	23 (21%)
Licenciatura incompleta	3 (3%)	3 (2.8%)
Licenciatura	5 (5.5%)	9 (8%)
<b>Estado civil :</b>		
Casada	49 (53%)	65 (59%)
Unión libre	12 (13%)	18 (16%)
Soltera	13 (13%)	14 (13%)
Separada	20 (21%)	13 (12%)

<b>Años de separación : *</b>	4.96 ( 3.5)	5.69 (4.67)
<b>Ocupación materna :</b>		
Hogar	58 (62%)	72 (65.5%)
Empleada	16 (17%)	22 (20%)
Doméstica	10 (11%)	4 (4%)
Comerciante	6 (7%)	8 (7%)
Docente	2 (2%)	4 (3.5%)
Estudiante	1 (1%)	0 (0%)
<b>Número de hijos : *</b>	2.59 (1.23)	2.27 (0.95)

\* : promedio y (ds).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Con respecto al diagnóstico de los pacientes, el que se presentó con mayor frecuencia fue el de trastornos de conducta y TDAH 54% (n=108).

Diagnóstico del paciente	n = 203	Porcentaje
T. de conducta y TDAH	108	54 %
T. generalizados del desarrollo	39	19 %
T. depresivos	17	8 %
Retraso mental	15	7 %
T. de ansiedad	7	3.5 %
Retraso en el desarrollo	7	3.5 %
T. de aprendizaje	5	2.5 %
T. consumo sustancias	3	1.5 %
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	2	1 %

Tabla 2. Diagnósticos de los pacientes.

En nuestro estudio se encontró que el 46 % de las madres (n=93), presentó algún tipo de depresión.

Diagnóstico materno	n = 203	Porcentaje
Sin depresión	110	54 %
Con algún tipo de depresión	93	46 %

Tabla 3. Diagnóstico materno.

Al hacer la comparación entre la psicopatología del paciente y la depresión materna, se encontró que los diagnósticos que se asocian con mayor frecuencia a depresión materna, son : trastornos de ansiedad 57% (n=4); 50 % para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (n=1) y trastornos de conducta y TDAH 50% (n=54) .



Diagnóstico del paciente	Madres deprimidas (n= 93)	Madres no deprimidas (n=110)
T. de conducta y TDAH	54 (50 %)	54 (50 %)
T. generalizados del desarrollo	19 (49%)	20 (51 %)
T. depresivos	7(41 %)	10 (59%)
Retraso mental	5(33 %)	10(67 %)
T. de ansiedad	4(57 %)	3(43 %)
Retraso en el desarrollo	0(0 %)	7(100 %)
T. de aprendizaje	2(40 %)	3(60 %)
T. consumo sustancias	1(33 %)	2(67 %)
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	1(50 %)	1(50 %)

Tabla 4. Comparación entre los diagnósticos de los hijos y la depresión de sus madres

Dentro del grupo de madres deprimidas ( n=93), el tipo de depresión más frecuente fue el de episodio depresivo mayor 28% (n=26).

Depresión materna	n = 93	Porcentaje
Episodio depresivo mayor	26	28 %
Distimia	16	17 %
Episodio depresivo mayor con episodio depresivo mayor recidivante	21	22.5 %
Episodio depresivo mayor con distimia	19	20.5 %
Episodio depresivo mayor con episodio depresivo recidivante y distimia	11	12 %

Tabla 5. Depresión materna y su comorbilidad.

Al comparar a las madres que se diagnosticaron con un episodio depresivo mayor (n=26), se observó que un 54% (n=14) tuvieron un hijo diagnosticado con un trastorno de conducta y TDAH.

Las madres que fueron diagnosticadas con distimia (n=16), el 62.5% (n=10), tuvo un hijo al que se le diagnosticó un trastorno de conducta y TDAH.

Diagnóstico del paciente	Madres con episodio depresivo mayor (n=26).	Madres con distimia (n=16).
T. de conducta y TDAH	14 (54%)	10 (62.5%)
T. generalizados del desarrollo	5 (19%)	5 (31.25%)
T. depresivos	1 (4%)	0 (0%)
Retraso mental	4 (15%)	0 (0%)
T. de ansiedad	2 (8%)	0 (0%)
Retraso en el desarrollo	0 (0%)	0 (0%)
T. de aprendizaje	0 (0%)	1 (6.25%)
T. consumo sustancias	0 (0%)	0 (0%)
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	0 (0%)	0 (0%)

Tabla 6. Comparación entre tipo de depresión materna y psicopatología de sus hijos.

Al comparar a las madres diagnosticadas con un episodio depresivo mayor y un episodio depresivo mayor recidivante (n=21), se observó que la mayoría tenía un hijo con diagnóstico de trastorno de conducta y TDAH 67% (n=14).

De las madres que fueron diagnosticadas con episodio depresivo mayor y distimia (n=19), se observó que el 63% (n=12), tuvo un hijo con diagnóstico de trastorno de conducta y TDAH.

Entre las madres que se diagnosticaron con un episodio depresivo mayor, episodio depresivo recidivante y distimia (n=11), el 36% (n=4) tuvo un hijo diagnosticado con un trastorno de conducta y TDAH.

Diagnóstico del paciente	Madres con episodio depresivo mayor y episodio depresivo mayor recidivante (n=21).	Madres con episodio depresivo mayor y distimia (n=19).	Madres con episodio depresivo mayor, episodio depresivo recidivante y distimia (n=11).
T. de conducta y TDAH	14 (67%)	12 (63%)	4 (36%)
T. generalizados del desarrollo	5 (23%)	1 (5%)	3 (27%)
T. depresivos	0 (0%)	3 (17%)	3 (27%)
Retraso mental	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
T. de ansiedad	0 (0%)	1 (5%)	1 (10%)
Retraso en el desarrollo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T. de aprendizaje	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)
T. consumo sustancias	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)

Tabla 7. Relación entre comorbilidad materna y la psicopatología de sus hijos.

Para evaluar la severidad de depresión materna, se utilizó la escala de Beck, observándose que las madres con depresión leve el 58% (n=4), tenían un hijo con diagnóstico de trastorno de ansiedades, seguidas de las madres que tenían un hijo con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 50% (n=1).

Con respecto a las madres con depresión moderada de acuerdo a la escala de Beck, el diagnóstico de los hijos que con mayor frecuencia se asoció fue el de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 50% (n=1).

Las madres que cursaron con depresión grave de acuerdo a la escala de Beck, se encontró que el diagnóstico de sus hijos que se asocia con más frecuencia es el de trastornos depresivos 30 % ( n=5).

Diagnóstico del paciente	Madres con depresión leve (n=54).	Madres con depresión moderada (n=47).	Madres con depresión grave (n=21).
T. de conducta y TDAH	33 (30 %)	30 (3%)	9 (8%)
T. generalizados del desarrollo	7 (18%)	6 (15%)	5 (13%)
T. depresivos	3 (18%)	2 (12%)	5 (30%)
Retraso mental	1 (7%)	5 (33%)	0 (0%)
T. de ansiedad	4 (58%)	0 (0%)	2 (28%)
Retraso en el desarrollo	4 (18%)	0 (0%)	0 (0%)
T. de aprendizaje	1 (20%)	2 (40%)	0 (0%)
T. consumo sustancias	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)
Esquizofrenia y otros T. psicóticos	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)

Tabla 8. Comparación entre severidad de depresión materna mediante la escala de Beck y la psicopatología de sus hijos.

#### 4. DISCUSION.

El grupo etáreo que predominó en nuestra muestra fue el de adultos jóvenes, siendo esta población económicamente productiva y que en nuestro estudio se observó que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de sus hijos, llegando incluso a descuidar sus propias actividades laborales, sociales, económicas, personales y su propia salud. Con respecto al estado civil de las madres, una explicación del porque la depresión puede ser más frecuente entre las casadas, es por una insatisfacción marital (con sus consecuentes conflictos maritales y estrés familiar).

En nuestra investigación, de acuerdo a la escala de Beck, el 68 % de las madres cursaron con algún grado de depresión y de acuerdo a la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional el 46 % puntuó para algún tipo de depresión (episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor recidivante y distimia o su comorbilidad entre ellas).

Al hacer la comparación entre la psicopatología del paciente y la depresión materna, se encontró que los diagnósticos que se asocian con mayor frecuencia a depresión materna, son : trastornos de ansiedad 57% (n=4); 50 % para esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (n=1) y trastornos de conducta y TDAH (n=54).

Los resultados de este estudio, coinciden con lo reportado por la literatura universal, en cuanto a que la depresión materna es más frecuente entre trastornos internalizados y externalizados.

Cabe mencionar que gran parte de nuestra muestra fue tomada de Hospital de día, donde acuden los pacientes con trastornos generalizados del desarrollo, donde los pacientes acuden a diversas actividades y la mayoría se encuentra psicopatológicamente estable, y a pesar de eso se encontraron casos de depresión en las madres, por lo que sería importante realizar estudios posteriores para investigar las posibles causas que pudieran estar condicionando la depresión en las madres.

El curso de la depresión materna repercute en el funcionamiento familiar así como en sus hijos. Por lo que es importante detectar a madres en riesgo de presentar depresión.

Coincidiendo con lo reportado por la literatura, las madres deprimidas expresan con más frecuencia un afecto negativo hacia sus hijos y suelen ser menos responsables con sus hijos; estas conductas dan como resultado, hijos que puedan desarrollar un apego inseguro.

Muchas familias con padres deprimidos tienen altos niveles de estrés los cuales a su vez contribuyen a la depresión maternal y en los hijos. La discordia, estrés y disrupciones familiares pueden ser resultado de depresión materna, pero también reflejan sus características reflejadas en la forma de manejar los conflictos, dificultad para interactuar con sus hijos y problemas en la relación marital.

## 5. CONCLUSIONES.

La depresión materna aunado al estrés familiar, contribuye a la depresión en los hijos de diferentes maneras: debilitando su autoestima, dificultad para enfrentarse a sus problemas y menor capacidad para encarar eventos estresantes.

Los resultados obtenidos en este estudio, arrojaron que un 46 % de las madres estudiadas cursaban con algún tipo de depresión; por lo que es importante implementar programas estratégicos, como una evaluación oportuna de la psicopatología materna y en caso de detectarse algún trastorno depresivo iniciar su manejo de psicoterapia individual, además de ofrecerle otras alternativas como son la psicoeducación, psicoterapia de grupo, de familia, que contribuirán a una mejor calidad de vida de la madre y la calidad de atención hacia los hijos, fortaleciendo así la capacidad de apoyo al paciente.

En cuanto a la psicopatología que presentan los hijos de las madres que fueron estudiadas, concuerda con lo que reporta la literatura, en cuanto a que la depresión materna se asocia a trastornos internalizados y externalizados en sus hijos. Por lo que se pone en evidencia el beneficio de intervenciones preventivas y terapéuticas para los trastornos depresivos en las madres, ya que la descendencia de madres deprimidas es más susceptible a presentar trastornos del afecto, principalmente los que además presentan condiciones familiares adversas.

La interacción entre psicopatología de los niños, depresión materna y relaciones familiares indica la necesidad de un manejo sistémico, familiar y enfocado a la depresión.

Un tratamiento desde la etapa prenatal, no solamente puede beneficiar la salud mental de la madre, sino también la salud física, mental y el desarrollo del infante; también se vería beneficiado el funcionamiento familiar, y en consecuencia mejoraría la conducta del niño.

Con nuestros resultados, se propone diseñar un programa dirigido hacia la educación de los padres, el desarrollo de sus habilidades y programas de consejería hacia los padres de los niños sería de gran beneficio para una buena salud mental.

- Se debe de considerar la intervención de servicios clínicos en la detección y el tratamiento de síntomas depresivos maternos y de sus hijos.
- Diseñar programas enfocados hacia madres deprimidas.
- Establecer programas dirigidos hacia poblaciones con deprivaciones sociales, intervenciones con madres deprimidas.

## 6.BIBLIOGRAFIA

- 1.-Howard H, Goldman. Psiquiatría General; 2001 5 ed. Manual Moderno Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2.-Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Méx 2005; 47supl 1:S4-S11.
- 3.-Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pública Méx 2004; 46: 417-424.
- 4.-Díaz LJ, Torres V, Font I, Cardona M, Sánchez D. Depresión oculta en la consulta externa. Hospital Central Militar "Dr. Carlos J. Finlay". 2006; 1-3.
- 5.-Martín B, López F, Silva A, García P, Rubio G, Álamo C. Aspectos diferenciales del manejo de la depresión en España entre la atención psiquiátrica especializada y la atención primaria. Actas Esp Psiquiatric 2007; 35 (2): 89-98.
- 6.-Peralta ML, Mercado E, Cruz A, Sánchez O, Lemus R, Martínez MC. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44 (5): 409-414.
- 7.-Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2004; Vol. 6 Núm. 3 septiembre-diciembre: 61- 63.
- 8.-Instituto Nacional de las Mujeres México ([www.inmujeres.gob.mx](http://www.inmujeres.gob.mx)). Diciembre, 2006.
- 9.-Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. Salud Pública Méx 2004; 46: 378-387.
- 10.- Mclenhan J, Kotelchuck, Milton D, et al. Prevalence, persistente and correlates of depressive symptoms in a nacional simple of mothers of toddlers. Journal of the Academy of Child and adolescent psychiatry 2001; 40:1316 – 23.
- 11.- Najman J, Williams G, Nicles J, et al. Mothers Mental lones and child behavior problems : cause effect association or observation bias ¿ Journal of the Academy of Child and adolescent psychiatry 2000; 39 : 592 – 602.
- 12.- Olsson M, Hwang C. Depresión in mothers and fathers with intellectual disability. Journal of intellectual disability research 2001;45: 535 – 43.

13.-Guerra R. La Familia y su futuro en México. Foro México más allá del 2006 fundación Rafael preciado Hernández a.c. Konrad Adenauer Stiftung 29 de julio de 2005 S 1-S 15.

14.-Cuevas A. La relación padres-hijos escolares en familias monoparentales de un contexto Mexicano. Revista cubana de psicología Vol. 20. N. 1. 2003; 1- 4.

15.- Zeanah J, Charles H. Handbook of infant mental health. 2a ed, 2000. The Guilford Press, EUA. Pp 113 - 157

16.- Samuels – Denis, J. Relationship among employment status, stressful life events, and depresión in single mothers. Canadian Journal of nursing research. 2006; 38: 59 – 80.

17.- Peden A, Rayens M, Hall L, et al. Negative thinking and the mental health of low – income single mothers. Journal of Nursing Scholarship 2004; 36: 337 – 344.

18.- Wade T, Cairney J. Major depressive disorder and marital transition among mothers: result from a national panel study. J Nerv Ment Dis 2000;188: 741 – 50.

19.- Lipman E, Boyle M. Social support and education groups for single mothers : a randommized controlled trial of a community based program. CMAJ 2005; 173:1451 – 6.

20.- Tamplin A, Goodyer I, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. Journal of Affective Disorders 1998; 48: 1 – 13.

21.- Brennan P, Hammen C, Katz A, et al. Maternal depression, paternal psychopatology, and adolescent diagnostic outcomes. Journal of Consulting and clinical psychology 2002; 70 : 1075 – 1085.

22.- Rahman A, Harrington R, Bunn J. Can maternal depression increase the risk of illness and growth impairment in developing countries? Child: Care, health and development 2002; 28: 51 – 56.

23.- Vázquez M, Lartigue T, Cortés J. Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo. Salud mental 2005; 28: 11 – 19.

24.- McLennan J, Kotelchuck M, Cho H. Prevalence, persistente and correlatos of depressive symptoms in a nacional simple of mothers of toddlers. Year b ook of psychiatry and applied mental health 2003;40: 1316 - 1323.

25.- Phetan K, Khoury, Atherton H. Maternal depression, child behavior and injury. Injury Orevention 2007; 13: 403 – 408.

- 26.- Feng X, Shaw D, Skuban E. Emocional exchange in mother child dyads : stability, mutual influence, and associations with maternal depresión and child problem behavior. *Journal of family psychology* 2007; 21:714 – 725.
- 27.- Nielsen B, Vilka A, Dahí A. When adolescents disagree with their mothers: CBCL – YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self esteem. *Child: Care, health and development* 2003; 29: 207 – 213.
- 28.- Hastings R. Child behaviour problems and partner mental health as correlatos of stress in mohters and fathers of children with autism. *Journal of intellectual disability research* 2003; 47:231 – 237.
- 29.- Bohon C, Garber J, Horowitz J. Predicting school dropout and adolescent sexual behavior in offspring of depressed and nondepressed mothers. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 2007; 46: 15 – 24
- 30.-Kim Cohen J, Caspi A, Rutter M, et al. The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *AJP* 2006; 163 : 1009 – 1018.
- 31.- Essex M, Kraemer H, Armstrong J, et al. Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Archives of General Psychiatry* 2006;63 : 1246 – 1256.
- 32.- Reyno S, McGrath, Patrick J. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta – analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47: 99 – 111.
- 33.- Marmorstein N, Iacono W. Major depression and conduct disorder in youth : associations with parental psychopathology and parent child conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45: 377 – 86.
- 34.- McCartney K, Owen M, Booth C, et al. Testing a maternal attachment model of behavior problems in early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45: 765 – 78.
- 35.- Klein D, Lewinaohn P, Rohde P. Psychopathology in the adolscent and youug adult offspring of a community sample of mothres and fathers with major depression. *Psychological Medicine* 2005;35: 353 – 65.
- 36.- Carter A, Garrity E, Chazan R, et al. Maternal depression and comorbidity : predicting early parenting attachment security and tooler social – emocional problems and competentes. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 2001; 40: 18 - 26.
- 37.- Marmorstein N, Malone S, Iacono W. Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers : associations with paternal psychopathology. *AJP* 2004; 161: 1588 – 94.



- 38.- Bolton C, Calam R, Barrowclough C, et al. Expressed emotion, attributions and depression in mothers of children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines* 2003; 44: 242 – 254.
- 39.- Doesum K, Hosman C, Riksen M, et al. Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants : the role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 2007; 46: 747 – 752.
- 40.- Deklyen M, Brooks J, McLanahan S, et al. The mental health of married, cohabiting and non coresident parents with infants. *APHA* 2006; 96: 1836 -41.
- 41.- Tan S, Rey J. Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australasian Psychiatry* 2005; 13 : 76 – 9.
- 42.- Rohde P, Lewinsohn P, Klein D, et al. Association of parental depression with psychiatric course from adolescence to young adulthood among formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology* 2005; 114 : 409 – 20.
- 43.- Essex M, Klein M, Cho E, et al. Exposure to maternal depression and marital conflict: gender differences in children' s later mental health symptoms. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 2003; 42: 728 – 37.
- 44.- Hammen C, Brennan P, Shih J. Family discord and stress predictors of depression and other disorders in adolescent children of depressed and no depressed women. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 2004; 43: 994 – 1002.
- 45.- Bobes J, Portilla M, Bascarón M, Sáiz P, Bougoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica; 2002, 2 ed. Psiquiatría Editores. España.
- 46.- Torres – Castillo M, Hernández - Malpica E, Ortega – Soto H. Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de Cardiología. *Salud Mental* 1991; 14: 1- 6.
- 47.- Jurado S, Villegas M, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V. La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21: 26 – 31.

**a. ANEXOS.**

1. Cuestionario para la recolección de los datos.
2. La MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.
3. Inventario de depresión de Beck.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN  
PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

MEXICO DF, A \_\_\_\_\_  
POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO  
DE INVESTIGACION TITULADO: "DEPRESIÓN MATERNA Y  
PSICOPATOLOGIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO"

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION MEDICA DE  
DICHO HOSPITAL.

EL OBJETIVO DEL ESTUDIO ES: SABER SI TENGO DEPRESION.

DENTRO DE LAS VENTAJAS QUE HAY AL PARTICIPAR EN ESTE  
ESTUDIO, ES DETECTAR SI PRESENTO DEPRESION E IDENTIFICAR SI  
NECESITO MANEJO POR PARTE DE PSIQUIATRIA. SE ME ORIENTARA  
ACERCA DE LOS LUGARES DONDE PUEDO ACUDIR A CONSULTA DE  
PSIQUIATRIA.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN:  
CONTESTAR TRES CUESTIONARIOS.

SE ME APLICARA LA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA  
INTERNACIONAL, CONTESTARE LA ESCALA DE BECK PARA QUE SEA  
VALORADA LA PRESENCIA DE DEPRESION Y LA ESCALA DE  
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL (DRA. MAYRA HERNANDEZ CHAVEZ) SE  
HA COMPROMETIDO A DARMER INFORMACION OPORTUNA SOBRE  
CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA  
SER VENTAJOSO PARA MI. ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER  
PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE LE PLANTEE  
ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON A CABO, LOS  
RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO  
CON LA INVESTIGACION.

ANTE CUALQUIER DUDA ME PODRE COMUNICAR CON EL  
INVESTIGADOR PRINCIPAL A LOS TELS: 55 73 48 44 Ó 55 73 48 66 EXT  
108.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO  
EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN  
QUE ELLO AFECTE LA ATENCION MEDICA QUE RECIBO DEL HOSPITAL.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO  
SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES  
QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS

RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERA MANEJADA EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, CEDULA Y FIRMA  
DEL INVESTIGADOR  
PRINCIPAL

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

Hoja de recolección de datos.

Nombre:

Edad:

Estado civil:

Escolaridad:

Ocupación:

Con quienes vive y qué parentesco tienen con usted?

De quién es la casa donde vive?

Si se encuentra separada de su pareja, cuanto tiempo tiene de separación?

Hay alguien que la apoye económicamente, quién es?

Nombre y número de expediente de su hijo que acude al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro?

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

A continuación se encontrara usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de depresión. Por favor encierre en un círculo el número de frase que describa mejor la forma en que usted se siente actualmente.

- A ESTADO DE ÁNIMO
- 0 Me siento triste
  - 1 Me siento triste
  - 2 Me siento triste todo el tiempo
  - 3 Soy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
- B PESIMISMO
- 0 No estar particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro
  - 1 Me siento desanimado que antes con respecto al futuro
  - 2 No espero que las cosas me resulten bien
  - 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando
- C SENTIMIENTO DE FRACASO
- 0 No me siento fracasado
  - 1 Siento que he fracasado mas de lo que debería
  - 2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos
  - 3 Siento que como persona soy un fracaso total
- D FALTA DE SATISFACCIÓN
- 0 Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
  - 1 No disfruto de las cosas como antes
  - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
  - 3 Estoy insatisfecho con todo
- E SENTIMIENTO DE CULPA
- 0 No me siento particularmente culpable
  - 1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o que debía hacer
  - 2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo
- F SENTIMIENTO DE CASTIGO
- 0 No siento que esté siendo castigado
  - 1 Siento que tal vez seré castigado
  - 2 Espero ser castigado
  - 3 Siento que estoy siendo castigado
- G ODIO A SI MISMO
- 0 Me siento igual que siempre a cerca de mi mismo
  - 1 He perdido confianza en mi mismo
  - 2 Estoy desilusionado de mi mismo
  - 3 No me agrado
- H AUTOACUSACIONES
- 0 No me critico ni me culpo más de lo usual
  - 1 Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser
  - 2 Me critico por todas mis fallas y errores
  - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- I DESEOS AUTOPUNITIVOS
- 0 No tengo ninguna intención de dañarme
  - 1 Tengo pensamiento acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo
  - 2 Me gustaría matarme
  - 3 Me mataría tuviera la oportunidad
- J BROTES DE LLANTO
- 0 No lloro más que lo usual
  - 1 Ahora lloro más de lo que acostumbraba
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo. No puedo detenerme
  - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera
- K IRRITABILIDAD
- 0 No me irrito más ahora de lo que siempre lo he hecho
  - 1 Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes
  - 2 Me siento irritado todo el tiempo
  - 3 Las cosas que usualmente me irritan ya no consiguen hacerlo ahora
- L AISLAMIENTO SOCIAL
- 0 No he perdido interés en otras personas
  - 1 Estoy interesado en otras personas de lo que era usual
  - 2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que suceda
  - 3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que pase
- M INDECISIÓN
- 0 Tomo decisiones tan bien como antes
  - 1 Estoy menos seguro de mi mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones
  - 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
  - 3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión
- N IMAGEN CORPORAL
- 0 No me siento que me vea peor ahora que antes
  - 1 Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
  - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y ellos me hacen parecer poco atractivo
  - 3 Siento que soy feo o repulsivo a la vista
- O INHIBICIÓN DEL TRABAJO
- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
  - 1 No trabajo tan bien como lo acostumbraba
  - 2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
  - 3 De plano no puedo hacer nada
- P PERTURBACIONES DEL SUEÑO
- 0 Puedo dormir tan bien como antes
  - 1 Ahora despierto más cansado que antes
  - 2 Despierto una o dos veces más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
  - 3 No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente

- Q FATIGABILIDAD
- 0 No me canso más que lo usual
  - 1 Me canso más fácilmente que antes
  - 2 Me cansa hacer algo
  - 3 Estoy muy cansado para hacer algo
- R PERDIDA DE APETITO
- 0 Mi apetito no es peor que lo usual
  - 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
  - 2 Mi apetito es mucho peor ahora
  - 3 No tengo apetito de nada
- S PERDIDA DE PESO
- 0 No he perdido mucho peso o ninguno últimamente
  - 1 He perdido más de tres kilos
  - 2 He perdido más de cinco kilos
  - 3 He perdido más de siete kilos
- T PREOCUPACION SOMATICA
- 0 No estoy más preocupado (a) por mi salud que antes
  - 1 Estoy preocupado (a) por problemas físicos como dolores y molestias
  - 2 Estoy muy preocupado (a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
  - 3 Estoy tan preocupado (a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
- U PERDIDA DE LA LIBIDO
- 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
  - 1 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
  - 2 Estoy mucho menos interesado (a) en el sexo ahora
  - 3 He perdido completamente el interés en el sexo

\*Torres-Castillo M, Hernández-Malpica E, Ortega-Soto H. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de Cardiología. Salud Mental 1991; 14(2):1-6.



## MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

### A.- Episodio depresivo mayor

A1.- En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído La mayor parte de día, casi todos los días?	No	Si
A2.- En las últimas semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban ?	No	Si
Codificó Si en A1 o en A2?	→No	Si
A3.- En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas :		
a) Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días ? Perdió o ganó peso sin intentarlo?	No	Si
b) Tenía dificultad para dormir casi todas las noches ( dificultad para quedarse dormido, se despertada a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía en exceso ?	No	Si
c) Casi todos los días hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo ?	No	Si
d) Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	No	Si
e) Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	No	Si
f) Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones ?	No	Si
g) En varias ocasiones, deseo hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	No	Si
Codificó SI en 5 o más respuestas ( A1 – A3 )	No	Si
<b>Episodio depresivo mayor actual</b>	No	Si

Episodio depresivo mayor recidivante.

Si el paciente codifica positivo para un episodio mayor actual, continúe con  
A4, de lo contrario continúe con el módulo B :

A4 a) En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de 2 o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo La mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	→No	Si
b) Ha tenido alguna vez un período de por lo menos 2 meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre 2 episodios depresivos?	No	Si
<b>Episodio depresivo mayor recidivante</b>	No	Si

B.- Trastorno distímico.

B1.- En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	→No	Si
B2.- Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	No	→Si
B3.- Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo :		
a) Cambió su apetito notablemente ?	No	Si
b) Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	No	Si
c) Se sintió cansado o sin energía?	No	Si
d) Perdió la confianza en sí mismo?	No	Si
e) Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	No	Si
f) Tuvo sentimientos de desesperanza?	No	Si
Codificó SI en 2 o más respuestas de B3?	→No	Si
B4.- Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	→No	Si
Codificó SI en B4? <b>Trastorno distímico actual?</b>	No	Si