



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO FACULTAD DE MEDICINA

**Síntomas depresivos en adolescentes hospitalizados en la Coordinación
de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre.”**

**Tesis de posgrado, que para obtener el título de médico especialista en
PEDIATRÍA**

Presenta:

DRA. MARÍA ALEJANDRA VALDÉS FIGUEROA

Tutora:

DRA. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

MÉXICO, D.F. Noviembre 2015



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.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	14
MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	24
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	27

RESUMEN

Actualmente se aprecia un aumento de la prevalencia en los trastornos depresivos y ansiosos en los niños, especialmente en la adolescencia alcanzando las tasas de prevalencia en el adulto. La depresión es una alteración afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración en el niño. Tiene una prevalencia 2% en niños y 4-8% en adolescentes. Con una tasa 1:1 relación hombre-mujer niñez, 1:2 durante la adolescencia; a los 18 años aumenta hasta un 20%.³ Se estima que para el año 2020 ocupe el segundo lugar en padecimientos incapacitantes.⁴ En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, principalmente en las primeras 3 décadas de vida. También, se estima que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad.

OBJETIVO GENERAL. Conocer la frecuencia de de síntomas depresivos en los adolescentes hospitalizados en la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

MATERIAL Y MÉTODOS: La información se obtuvo del cuestionario: “Escala de Depresión para niños del Centro para Estudios Epidemiológicos”. El grupo control estará integrado por pacientes que acudan a la consulta externa del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”. El cuestionario se aplicó a una muestra consecutiva al azar tanto en adolescentes hospitalizados en la coordinación de Pediatría del Centro Médico como en un grupo control de niños no hospitalizados de la consulta externa los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. Se obtuvieron 30 casos y 30 controles, 16 mujeres y 14 hombres en ambos grupos. Se sacó la media de la población en 11.6 con una desviación estándar de 5.38. Posterior a la aplicación de cuestionarios se llevo a cabo la calificación de los mismos según los valores establecidos por el Centro de Estudios Epidemiológicos tomando como punto de corte valores superiores a 16 . La información se capturó en hojas de Excel y se utilizaron medidas de tendencia central.

RESULTADOS: los puntajes más altos en el cuestionario, en promedio, se identifican en los pacientes con un rango de 15 a 19 días de hospitalización con 21.5 puntos en promedio, seguidos de los pacientes hospitalizados de 0 a 4 días. Los puntajes más altos los presentaron los pacientes femeninos, manifestando un promedio de 20.25. El servicio de Medicina Interna Pediátrica

registró un puntaje promedio de 23.2 en los pacientes hospitalizados y de 28 puntos en los pacientes del grupo control. El 53.3% de los pacientes del grupo control obtuvo puntuaciones arriba de 16. El 60% de los pacientes hospitalizados obtuvo puntajes superiores al punto de corte.

DISCUSIÓN: No existe una tendencia ascendente que permita concluir que a mayor número de días de hospitalización, mayor presencia de síntomas depresivos. El análisis por sexo coincide con las estadísticas mundiales y nacionales ya que las mujeres presentaron mayores puntajes relacionados con la presentación de síntomas depresivos en comparación con los hombres. Las enfermedades crónicas degenerativas imponen a los pacientes una serie de cambios y ajustes en su entorno los cuales representan un reto difícil de superar disminuyendo la capacidad de tener sentimientos y sensaciones placenteras.

ABSTRACT

It is currently observed that depression and anxiety affections in children have undergone an increase in prevalence, specially during teenage years reaching the prevalence rates observed in adults. Depressive disorder can be defined as an affection caused by an extended and intense feeling of sadness in children. It has a 2% in children and 4-8% in teenagers prevalence. With a 1:1 rate in a male-female childhood relationship, 1:2 during teenage years; at 18, the rate increases to a 20%. It is estimated that for year 2020 depression will fill the second place in disabling diseases. As of Mexico, clinical studies performed by the National Psychiatric Epidemiology Survey (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica) showed that psychiatric disorders first appear during early ages, mainly during the first three decades of life. It is also estimated that 2% of the mexican population has gone through a major depressive episode before reaching the age of 18.

OVERALL OBJECTIVE: To identify the frequency of depressive symptoms in hospitalized teenagers in the Pediatrics Coordination of the National Medical Center "20 de Noviembre".

METHODS AND MATERIALS: The information was obtained from the application of the Depressive Scale Survey for the Epidemiologic Studies Center. The control group was integrated by outpatients attending the National Medical Center "20 de Noviembre". The questionnaire was applied to a consecutive random sample in teenage hospitalized patients in the Pediatrics Coordination of the Medical Center as well as in the control group with non- hospitalized outpatient teenagers who reached the inclusion criteria for the study.

30 cases and 30 controls were obtained, 16 women and 14 men in both groups.

The average population was 11.6 with a 5.38 standard deviation. After being applied, the questionnaires were graded according to the values established by the Epidemiological Studies Center setting as a cut off point those values over 16. The information was captured in Excel worksheets and measures of central tendency were used.

RESULTS: The highest survey grades in average are identified in patients with a range of 15 to 19 days of hospitalization showing 21.5 points in average, followed by the patients hospitalized from 0 to 4 days. Female patients showed the highest grades with a 20.25 average. The medical service with the highest

grades in the survey was Pediatric Internal Medicine which reached an average grade of 23.2 within the hospitalized patients and 28 points in the control group.

53.3% of the patients from the control group obtained grades over 16 points while 60% of the hospitalized patients obtained higher grades than the cut off point.

DISCUSSION: It could not be identified an ascending trend that allows to conclude that more days of hospitalization drive to bigger presence of depressive symptoms. The analysis by sex agrees with the world and national statistics ever since women showed higher grades related to the presence of depressive symptoms compared to men. Chronic-degenerative diseases set a series of changes and adjustments in the patients ambience which represent a complex and hard to go through challenge, decreasing their ability to experience pleasant feelings.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se aprecia un aumento de la prevalencia en los trastornos depresivos y ansiosos en los niños, especialmente en la adolescencia alcanzando las tasas de prevalencia en el adulto.

Historia

En el siglo XVII, Robert Burton, en su obra *Anatomy of Melancholy*, destacó el papel del enfado como centro emocional de la depresión. Para el siglo XIX aparece un movimiento de reforma en Francia, comandado por el médico Pinel, quien plantea que lo que necesitan los pacientes con trastornos mentales es cuidado humano y tratamiento.¹

El parteaguas

Es en 1850 cuando se crean instituciones para el tratamiento de niños con problemas psicológicos y con retraso mental, ya que en Europa eran internados en las mismas instituciones que a los adultos. Sin embargo, es hasta el siglo XX cuando se establecen las bases nosográficas para la clasificación de los trastornos del estado de ánimo. En 1917, Hersh señaló que ni el sistema social ni el de salud pública reconocían la existencia de la depresión en el niño prepúber.

En 1978 Leftkowitz y Burton afirmaban que la depresión infantil era un fenómeno transitorio que desaparecería con el tiempo. Akerson (1942); Spitz (1945) y Bowlby (1951) fueron de los primeros en realizar estudios serios sobre depresión infantil. Sin embargo, es a partir de los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años que se ha confirmado que la depresión es una realidad en la infancia y adolescencia.

Definiciones

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la etapa que va entre los 10 u 11 años hasta los 19. Considera dos fases: la adolescencia temprana de los 10 u 11 años hasta los 14 o 15 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19. Esta condición no es uniforme y varía según el grupo social que se considere.

La depresión es una alteración afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración en el niño. La distimia es cuando esta situación de tristeza se presenta por más de un mes; en la depresión mayor los síntomas son más severos y persisten más de 2 semanas.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que

predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades.

Diagnóstico y características del Trastorno Depresivo Mayor DSM V

La característica esencial de un episodio depresivo mayor se presentará al menos durante 2 semanas, en las que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. También deben experimentar, al menos, otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, de sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o intentos suicidas.

En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. Algunos, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el entretardamiento psicomotor la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes antes de la pubertad que en la adolescencia y la edad adulta. En los niños prepuberales los episodios depresivos mayores se presentan con más frecuencia de forma simultánea con otros trastornos mentales. En los adolescentes, los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, ansiedad, los relacionados con sustancias y por conducta alimentaria. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos del DSM V para identificar un trastorno depresivo mayor.

A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día; puede darse diario, según lo indique el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2.-Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día o casi diario (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3.- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4.-Insomnio o hipersomnia casi cada diario.

5.-Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7.-Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral

o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son por los efectos fisiológicos directos de una sustancia(p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.²

Clasificación (DSM –V- R)

- Depresión Mayor.
- Trastorno Bipolar.
- Trastorno Distímico.

Epidemiología

El Trastorno Depresivo Mayor se presenta en un 2% en niños, 4-8% en adolescentes . En una relación 1-1 hombre mujer durante la infancia y 1:2 hombre –mujer en la adolescencia y vida adulta. El Trastorno Distímico tiene una duración 3-4 años se presenta en 0.6-1.7% en niños, 1.6-8% en adolescentes. De los cuales el 70% con trastorno depresivo tendrán una Depresión Mayor superimpuesta (2-3 años). Un 50% presentaran desordenes psiquiátricos (Ansiedad 40%, Trastorno de conducta 3% y TDAH 24%).

El Trastorno depresivo mayor (TDM) tiene una prevalencia 2% en niños y 4-8% en adolescentes. Con una tasa 1:1 relación hombre-mujer niñez, 1:2 durante la adolescencia; a los 18 años aumenta hasta un 20%.³

La ocurrencia de depresión ha aumentado en los últimos 50 años, también, la edad de inicio ha disminuido y se estima que para el año 2020 ocupe el segundo lugar en padecimientos incapacitantes.⁴

Se ha convertido en un importante problema de salud pública, ya que afecta a 120 millones de personas, de las cuales menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de su vida, proporción que aumentará si ocurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.

Datos estadísticos refieren que 20% de los niños y adolescentes sufren alguna enfermedad mental. Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia de depresión en adolescentes representa un 8% siendo dos veces más común en el sexo femenino a partir de los 14 años de edad.⁵

Un estudio longitudinal prospectivo a 10 años realizado en adolescentes españoles reveló que el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años . Estudios clínicos y epidemiológicos muestran que entre el 40% y 70% de los niños y adolescentes con depresión sufren trastornos mentales asociados y entre el 20% y 50% han sido diagnosticados con dos o más patologías.⁶

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, demostraron que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, principalmente en las primeras 3 décadas de vida. También, se estima que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente, realizada en la Ciudad de México, reportó que 10.5% de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad han presentado depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II.

Etiopatogenia.

Biológicas: disfunción del sistema neuroendocrinológico y disminución de la actividad neurotransmisores cerebrales (serotonina, dopamina).

Genéticos: tendencia familiar en hijos de familiares con depresión-ansiedad, como el trastorno Bipolar, que tiene un 15% de concurrencia familiar.

Actualmente, una mezcla de factores de carácter biológico, social y cultural influyen para presentar datos depresivos. Algunos modelos psicológicos proponen que existen determinados factores de vulnerabilidad (diátesis), los cuales permanecen latentes en el individuo y que en su interacción con sucesos estresantes o negativos aumentan la probabilidad de aparición mantenimiento del trastorno. (8) Dentro de esta aproximación de diátesis-estrés, el modelo cognitivo es el que más investigación ha generado.⁷

Presentación clínica.

Las principales manifestaciones clínicas se manifiestan de la siguiente manera:

- Cambios del humor depresivo o irritable (un año).
- Perdida del placer e interés.
- Cambios en el patrón de alimentación y sueño.
- Cambios en la actividad, concentración y nivel de energía.
- Autoestima y motivación.
- Problemas conductuales.
- Bajo rendimiento escolar.
- Llanto fácil, facies depresivas.
- Apatía, aislamiento, poco sociable.
- Ideas de minusvalía y suicidas.
- Síntomas somáticos (dolores, enuresis, etc.).
- Riesgo e intento suicida (adolescentes).

Cambios en la adolescencia

En la adolescencia se presentan cambios importantes principalmente en 3 áreas:

1. Física.- experimenta cambios corporales propios de la pubertad, en cuanto al desarrollo cognoscitivo inician un pensamiento operacional formal y los primeros pasos hacia la construcción de una identidad ocupacional y sexual.

2. Social.- en el desarrollo social estos cambios afectan las relaciones con sus familiares y compañeros; se caracteriza por ser el periodo de mayor desequilibrio social con problemas en la relación padre –hijo, presión de los compañeros y problemas de la conducta y depresión. Las amistades individuales juegan un rol importante a lo largo de este periodo.

El diagnóstico de la depresión en los niños y adolescentes se realiza con base en los mismos criterios que los adultos, sin embargo, lo que en el adulto se manifiesta como un estado de ánimo deprimido, en el adolescente se presentan síntomas de irritación.⁸

Los síntomas depresivos se manifiestan de distinta manera en las etapas de la vida; se han encontrado un conjunto de síntomas propios de los adolescentes entre los que podemos mencionar: aumento o disminución de peso, hipersomnias, disminución del rendimiento académico, problemas de atención y dificultad de concentración, anergia, agitación motora o enlentecimiento evitación de actividades lúdicas, actividades autodestructivas.

La depresión en adolescentes sobrepasa en cuanto a la destructividad en comparación con la depresión en adultos.

3. Crecimiento y desarrollo.- la depresión afecta el crecimiento y desarrollo del individuo, provocando bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, alteraciones del sueño. En los adolescentes el trastorno depresivo mayor es la principal causa de comportamiento suicida.⁹

Escalas Clinimétricas

Existen diversas escalas para la detección de síntomas depresivos entre las que podemos mencionar: Escala de Birleson, Escala de Beck, Escala de CES-DC, etcétera. En 1996 se realizó la traducción y validación de la Escala de Birleson en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el Instituto Nacional de Cardiología y el Hospital General Gea González y en una segunda etapa a la población abierta mostrando que es un buen instrumento para cuantificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, que puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.¹⁰

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos ha probado su validez y confiabilidad en diferentes segmentos de la población mexicana. Entre los años 2003 y 2006 se aplicó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos a un grupo de adolescentes de la Ciudad de México, concluyendo que es un cuestionario con excelentes características psicométricas en adolescentes mexicanos. Se determinó que es adecuado para la detección oportuna de depresión, necesidades de atención y prevención.¹¹

Los diferentes estudios internacionales realizados reportan índices de confiabilidad en torno a $\alpha=0.85$ en población general y a $\alpha=0.90$ en muestras clínicas.¹²

Depresión en niños hospitalizados.

La hospitalización infantil representa más que la privación familiar y afectiva: conlleva cambios culturales, sociales y escolares, ocasionando restricciones en la interacción con su medio. Se han hecho investigaciones que categorizan a los niños con mayor riesgo de alteraciones de tipo emocional y psicológico dentro de los que encontramos:

- Los niños más pequeños.
- Los hospitalizados por primera vez.
- Los sometidos a intervención quirúrgica
- Hijos de padres ansiosos.
- Niños con experiencias previas negativas de hospitalización.

Factores causales

Los efectos que la hospitalización provoque en el adolescente se pueden agrupar en varios bloques. Factores personales, edad y desarrollo psicosocial, naturaleza y grado de severidad de la enfermedad que padece, temperamento y características personales del niño, naturaleza de las experiencias previas que se hayan tenido con médicos y hospitales.

Factores familiares

La manera en que los padres, hermanos y familiares enfrenten la hospitalización es de gran importancia, ya que representa una forma particular de separación familiar.

Factores hospitalarios

El niño se somete a un ambiente extraño y a los continuos cambios de personal hospitalario, situación a la que debe adaptarse. La duración de la hospitalización tiene gran importancia, ya que se considera que repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian con aumento de las alteraciones conductuales

Otro de los factores que contribuye a la presencia de alteraciones psicológicas en el niño hospitalizado es la ausencia de información que se le ofrece sobre lo que ocurrirá durante su estancia en el hospital.

Las alteraciones causadas por hospitalizaciones en pacientes pediátricos se perciben en todos los ámbitos de la vida del niño.

En el ámbito psicológico se presentan alteraciones emocionales y de personalidad, en la apariencia y en la conciencia de la propia imagen corporal. Impacto social en las relaciones e interacciones sociales con compañeros de colegio, amigos hermanos y padres; en cuanto a lo ocupacional, en función de la enfermedad, puede haber secuelas y régimen de tratamiento el niño se ve obligado a dejar de realizar las actividades que le son propias como acudir al colegio.¹³

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia de de síntomas depresivos en los adolescentes hospitalizados en la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer los datos sociodemográficos de la población estudiada.
- Analizar si el tiempo de hospitalización influye en los síntomas depresivos.
- Identificar qué síntomas depresivos se presentan con mayor frecuencia.
- Describir el diagnóstico clínico por el cual ingresan a la Coordinación de Pediatría.
- Reconocer en qué áreas de la Coordinación de Pediatría se detectan más pacientes con estos síntomas.
- Identificar si se presentan más síntomas depresivos en los pacientes hospitalizados en comparación con pacientes de consulta externa.

MATERIAL Y MÉTODOS.

La información se obtuvo del cuestionario: “Escala de Depresión para niños del Centro para Estudios Epidemiológicos”. CES–D el cual consta de 20 reactivos, que describen manifestaciones sintomáticas depresivas. Se pregunta al entrevistado la intensidad con la que se han presentado los síntomas teniendo como opciones de respuesta: no del todo, un poco, algo, mucho. Califica la frecuencia en una una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos. La forma de aplicación es “autoadministrada”, seleccionando la respuesta que mejor refleje la situación en la semana previa. Cuatro de los reactivos están planteados en dirección inversa, esto es, se refieren a condiciones de afecto positivo. Estos reactivos se califican de manera inversa, de manera que la interpretación de la puntuación sea la misma que para los demás. Además de la puntuación total, puede utilizarse como indicador de síntomas depresivos clínicamente significativos, el punto de corte de 16.

El grupo control se integró por pacientes que acudieron a la consulta externa del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y que cumplieron con los criterios de inclusión correspondientes.

- Pacientes de 11 a 17 años , 9 meses 29 días cumplidos.
- Ambos sexos.
- Hospitalizados en los servicios pertenecientes a la coordinación de Pediatría en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
- Que accedan a participar en el estudio firmando el consentimiento informado y asentimiento y contestando el instrumento utilizado.

Criterios de inclusión para el grupo control.

- Pacientes de 11 a 17 años , 9 meses 29 días cumplidos.
- Ambos sexos.
- Pacientes que acudan a consulta externa del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
- Pacientes que tengan la edad y sexo de un par en la muestra.
- Que accedan a participar en el estudio firmando el consentimiento informado y asentimiento y contestando el instrumento utilizado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que no cumplan con la edad requerida.
- Pacientes que no accedan a participar en el estudio.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que no contesten correctamente el cuestionario.
- Pacientes que decidan no continuar en la investigación.

La presente investigación tiene como finalidad analizar la influencia que la hospitalización de pacientes pediátricos en un rango de edad que oscila entre los 11 y los 17 años tiene en la presentación de síntomas depresivos. Teniendo como hipótesis, en primer término, que existe mayor frecuencia de presentación de síntomas depresivos en los adolescentes hospitalizados en la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” en comparación con pacientes no hospitalizados.

Con la finalidad de probar o refutar la hipótesis planteada, durante el periodo de febrero, marzo y abril de 2015 previa entrega y firma de consentimiento bajo información se aplicó el cuestionario “Escala de Depresión para niños del Centro para Estudios Epidemiológicos” el cual consta de 20 reactivos orientados a identificar los principales factores emocionales, autoestima, percepción y somáticos que influyen en la presentación de síntomas depresivos en adolescentes. Dicho instrumento asigna valores del 1 al 3 a cada pregunta donde el valor más alto representa mayor presencia del síntoma y el valor menos alto, su ausencia.

El cuestionario se aplicó a una muestra consecutiva al azar tanto en adolescentes hospitalizados en la coordinación de Pediatría del Centro Médico como en un grupo control de niños no hospitalizados de la consulta externa los cuales cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. Se aplicaron 75 cuestionarios sin embargo al tratarse de una muestra pareada se obtuvieron 30 casos y 30 controles, 16 mujeres y 14 hombres en ambos grupos. Se sacó la media de la población en 11.6 con una desviación estandar de 5.38.

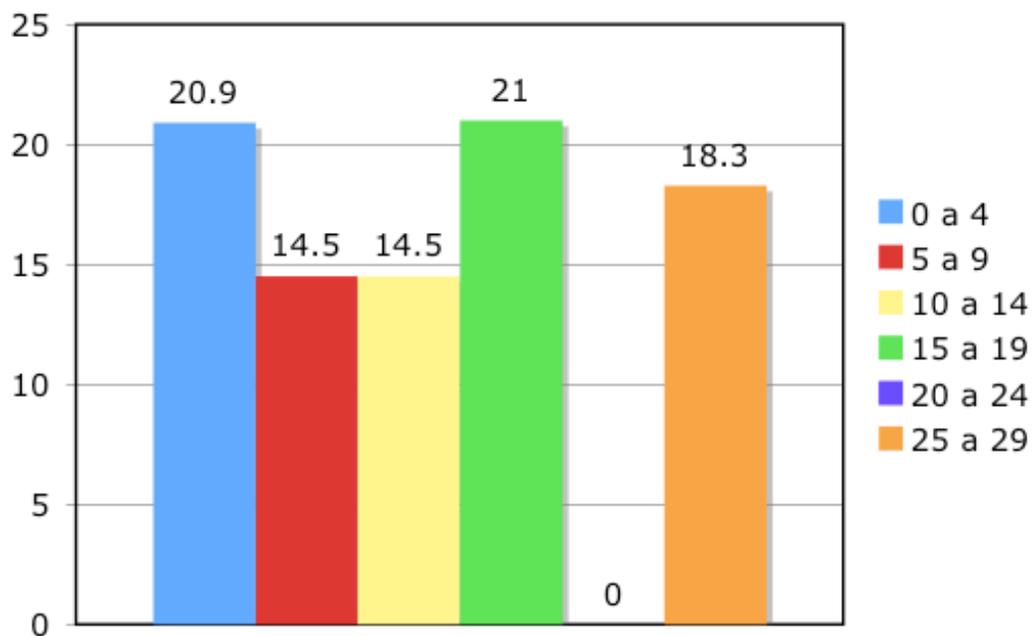
Posterior a la aplicación de cuestionarios se llevo a cabo la calificación de los mismos según los valores establecidos por el Centro de Estudios Epidemiológicos tomando como punto de corte valores superiores a 16 . La información se capturó en hojas de Excel y se utilizaron medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Los resultados de dicho instrumento se analizan y expresan de manera gráfica a continuación:

La gráfica siguiente muestra la relación entre el puntaje obtenido en el cuestionario y los días de hospitalización, los puntajes más altos en el cuestionario, en promedio, se identifican en los pacientes con un rango de 15 a 19 días de hospitalización con 21.5 puntos, seguidos de los pacientes hospitalizados de 0 a 4 días quienes presentan un promedio de 20.9 puntos.

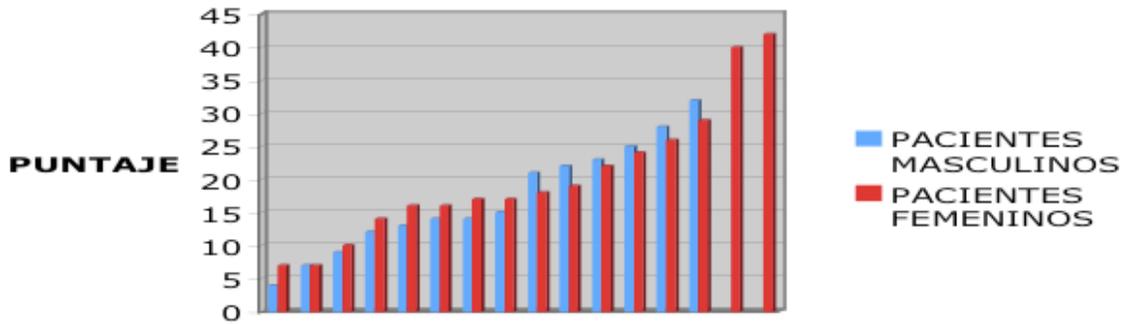
Gráfica 1



Gráfica 1. El puntaje se acomodó de forma ascendente en rangos de cinco, así mismo los días de hospitalización se estratificaron en rangos de 5 con una N=30.

En los pacientes hospitalizados, los puntajes más altos los presentaron los pacientes femeninos, manifestando un promedio de 20.25 puntos mientras que los pacientes masculinos, presentaron 17.07 puntos.

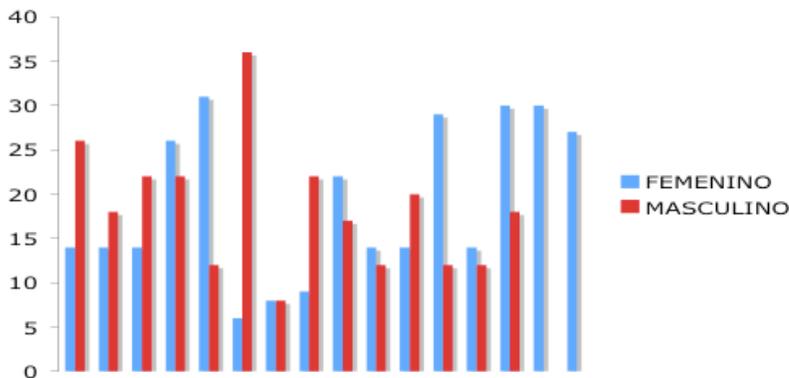
Gráfica 2



Gráfica 2 La siguiente gráfica muestra el puntaje de cada paciente hospitalizado tanto del sexo femenino como del sexo masculino con un total de 16 mujeres y 14 hombres, el puntaje se estratificó en rangos de 5.

A su vez, el puntaje más alto registrado en el grupo control, corresponde a un paciente masculino, sin embargo, al promediar los puntajes de los pacientes encuestados, se encontró que el puntaje promedio de los pacientes femeninos registra 18.85 puntos mientras que el puntaje promedio masculino es de 18.35 puntos.

Gráfica 3



Gráfica 3. La siguiente gráfica muestra el puntaje de cada paciente del grupo control tanto del sexo femenino como del sexo masculino con un total de 16 mujeres y 14 hombres, el puntaje se estratificó en rangos de 5.

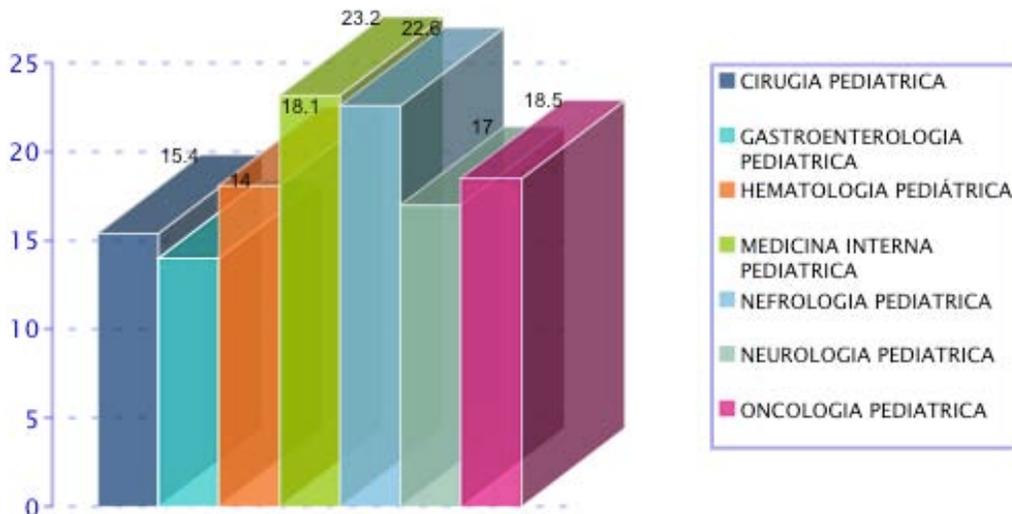
TABLA 1

	HOSPITALIZADOS	GRUPO CONTROL
FEMENINO	20.2	18.8
MASCULINO	17	18.3

Tabla1: La siguiente tabla muestra el promedio obtenido en cuanto a sexo femenino y masculino para los pacientes hospitalizados y grupo control.

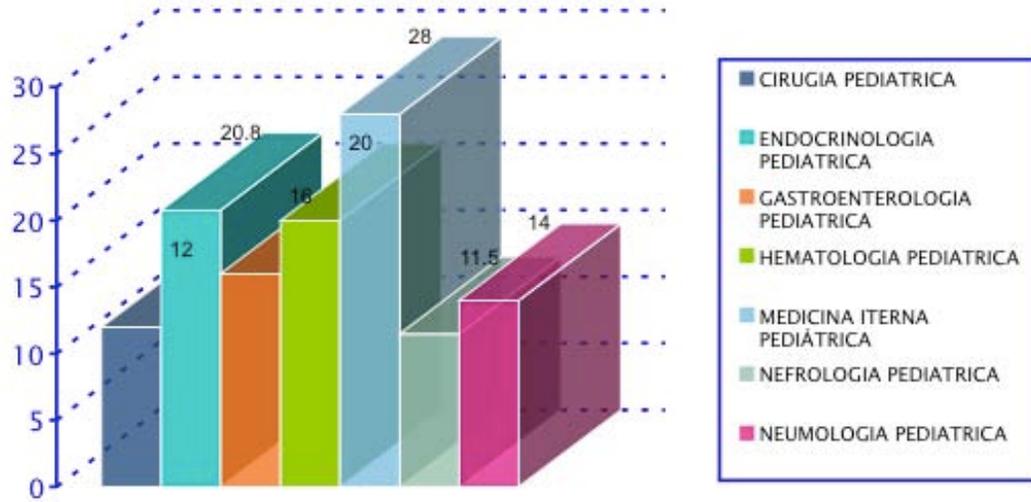
El servicio de Medicina Interna Pediátrica registró un puntaje promedio de 23.2 en los pacientes hospitalizados y de 28 puntos en los pacientes del grupo control, seguido de Nefrología Pediátrica con 22.8 puntos promedio y en tercer lugar Oncología Pediátrica con 18.5 en pacientes hospitalizados. Para el grupo control los tres servicios que registraron puntajes más elevados fueron: Medicina Interna Pediátrica con 28 puntos Endocrinología Pediátrica 20.8 puntos y en tercer lugar Hematología Pediátrica con 20 puntos.

Gráfica 4.



Gráfica 4: La gráfica muestra el promedio de puntajes obtenidos por servicio de hospitalización.

Gráfica 5



Gráfica 5: La gráfica muestra el promedio de puntajes obtenidos por servicio de consulta externa.

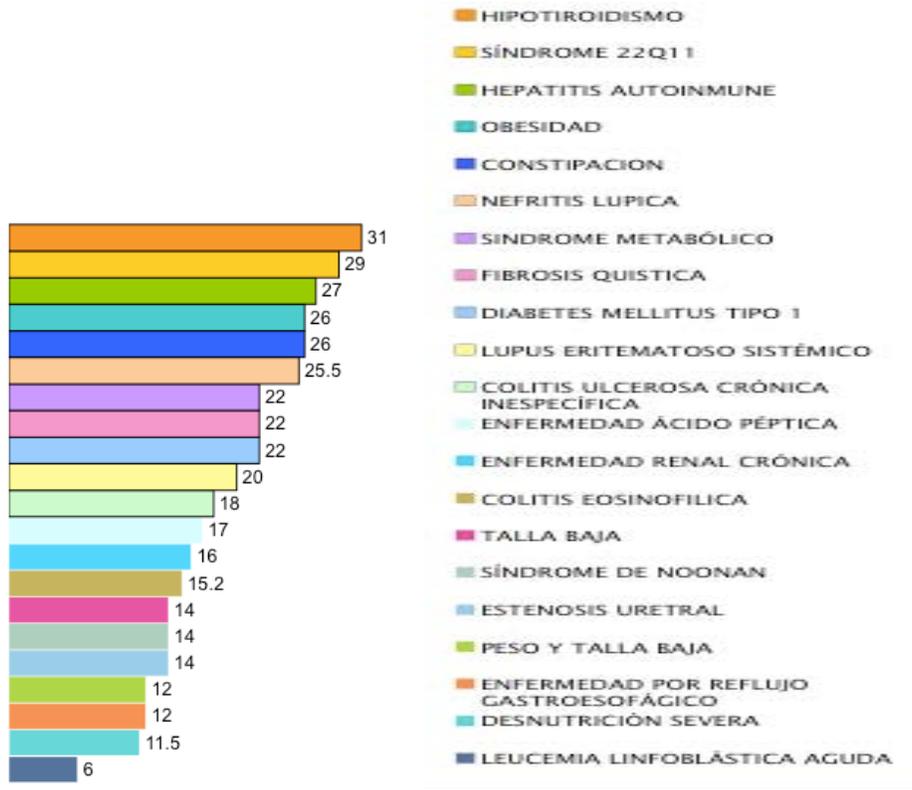
Por su parte, entre los pacientes del grupo control, el diagnóstico con puntaje más alto en promedio es el hipotiroidismo con 31 puntos y en los pacientes hospitalizados Diabetes Mellitus tipo 1 con 41 puntos, los pacientes con púrpura trombocitopenica idiopática y con litiasis renal reportaron los puntajes más bajos ambos con 7 puntos y para el grupo control la leucemia linfoblástica aguda con 6 puntos y desnutrición severa con 11.5.

Tabla 2.

DIAGNÓSTICO	PUNTAJE
Diabetes Mellitus 1	44
Litiasis Renal	40
Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica	32
Síndrome Nefrótico	29
Hipertransaminasemia	26.5
Linfoma No Hodgkin	26
Leucemia Mieloide	22
Leucemia Linfoblástica Aguda	21.7
Enfermedad Renal Crónica	19.5
Dolor abdominal	19
Miastenia	18
Osteosarcoma	17
Neurofibromatosis	16
Epilepsia de origen a determinar	16
Tumor de Wilms	15
Pancreatitis Crónica	14
Hiperfosfatemia	13
Estenosis Ureteral	12.7
Linfoangioma	10
Púrpura trombocitopénica	7
Hipospadia	7

Tabla 2: La siguiente tabla muestra los diagnósticos de los pacientes hospitalizado su puntaje

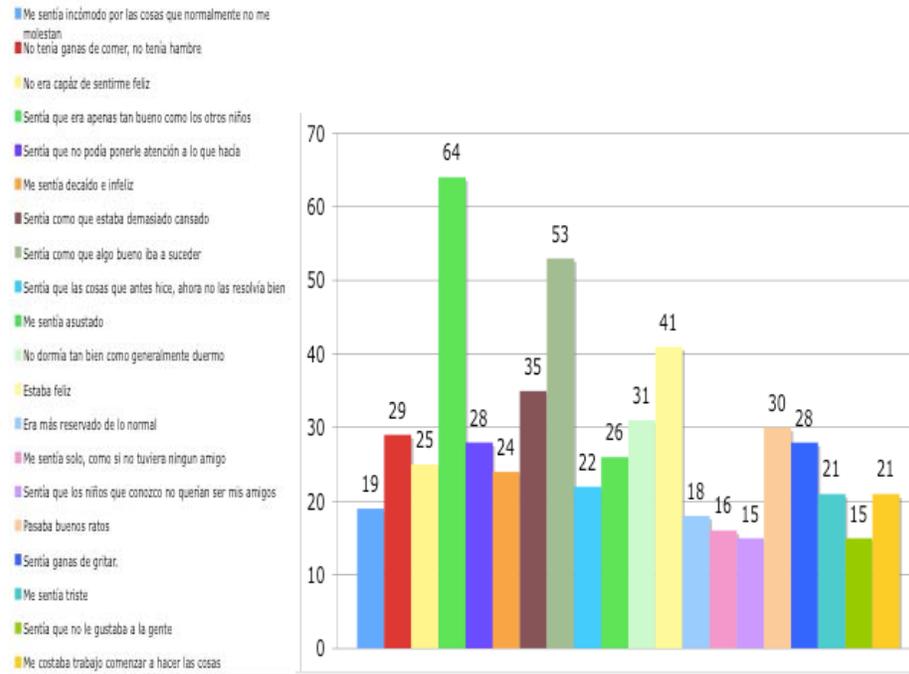
Gráfica 6.



Gráfica 6: Muestra las patologías y la puntuación obtenida por el grupo control.

Tanto en el grupo control como en los pacientes hospitalizados la pregunta que obtuvo puntaje más alto fue “Sentía que era apenas tan bueno como los otros niños”.

Gráfica 7



Gráfica 7: La siguiente gráfica muestra las preguntas y los puntajes obtenidos en los pacientes hospitalizados.

La edad de los pacientes encuestados osciló entre los 11 y los 17 años, registrando puntajes en promedio de 21.7 adolescentes de 17 años , seguidos de los pacientes de 12 años con puntaje de 20.8 en el grupo control. En los pacientes hospitalizados el puntaje más alto lo obtuvieron pacientes de 16 años con puntuación de 28, seguida de pacientes de 26 años con puntaje de 22.

El 53.3% de los pacientes del grupo control obtuvo puntuaciones arriba de 16 (cifra que se toma como punto de corte) para establecer si presentan o no síntomas depresivos.

El 60 % de los pacientes hospitalizados obtuvo puntajes superiores al punto de corte.

DISCUSIÓN

No existe una tendencia ascendente que permita concluir que a mayor número de días de hospitalización, mayor presencia de síntomas depresivos, ya que el paciente que mayor puntaje presentó, estuvo hospitalizado 13 días. Los resultados vuelven nula la hipótesis planteada inicialmente y permite vislumbrar que son otros los factores que mayor ingerencia tienen en la presentación de síntomas depresivos en los pacientes hospitalizados.

La literatura consultada para la realización de la presente investigación plantea que son las mujeres quienes presentan mayores síntomas de depresión, antes de la pubertad tanto niños como niñas tienen la misma probabilidad de presentar síntomas depresivos, sin embargo a partir de los catorce años el trastorno depresivo es dos veces más común en las niñas, relacionado a los cambios hormonales que se presentan en este periodo. Se realizó un análisis por sexo, donde se muestra que coincide con las estadísticas mundiales y nacionales ya que las mujeres presentaron mayores puntajes relacionados con la presentación de síntomas depresivos en comparación con los hombres ⁸.

Se estableció una relación entre el servicio médico en el que los pacientes fueron hospitalizados y el puntaje obtenido en el cuestionario y posteriormente se compararon los datos obtenidos con los del cuestionario aplicado en el grupo control. En ambos casos, el servicio que mayores síntomas de depresión presentó por el promedio de los puntajes obtenidos en los encuestados, fue el área de Medicina interna Pediátrica.

Cabe añadir que entre la muestra de pacientes hospitalizados y los pertenecientes al grupo control, luego del resultado más alto asignado al servicio de Medicina Interna, los demás servicios registran diferencias en puntaje entre un grupo y otro. Las enfermedades crónicas imponen al paciente una serie de ajustes psicosociales que probablemente lo lleven a disminuir su disfrute de la vida, lo que puede contribuir al desarrollo de alguna enfermedad del estado de ánimo.

Los resultados anteriores, permiten concluir que las enfermedades asociadas a patologías crónicas presentan mayores síntomas de depresión.

Además de establecer una relación entre el servicio médico y el puntaje de síntomas depresivos, se analizó la relación existente entre los diagnósticos otorgados y los síntomas de depresión encontrando que entre los pacientes hospitalizados, el diagnóstico con más alto puntaje es la Diabetes Mellitus,

enfermedad correspondiente al servicio de Medicina Interna Pediátrica lo cual permite confirmar los resultados obtenidos en el inciso anterior, que apuntan a mayores síntomas depresivos en dicho servicio, esto de acuerdo con. Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Arean P, Mohr D, Masharani U, et al La presencia de depresión asociada a diabetes se ha relacionado con pobre control metabólico, incremento de complicaciones e incluso aumento de mortalidad.¹⁵

Cada una de las preguntas que integran el cuestionario aplicado, arroja información que permite identificar los tipos de síntomas de depresión presentes en los pacientes, de ahí que conocer aquella que obtiene los puntajes más altos, sea útil para identificar el tipo de depresión (en los casos en los que existe) en los pacientes.

Tanto en los pacientes hospitalizados, como en los pertenecientes al grupo control, la pregunta con el puntaje más alto es “Sentía que era apenas tan bueno como los otros niños” la cual se asocia a síntomas de depresión del tipo alteraciones en autoestima e inseguridad personal.

En esta etapa los adolescentes tienen el reto de formar su identidad (Grotevant, 1998) y, en definitiva, a sobreponerse a los “duelos” que debe afrontar (Aberastury y Knobel, 1984): el duelo por la pérdida del cuerpo infantil, el duelo por la renuncia a la dependencia y el duelo por la pérdida de los padres como refugio y protección. Generando sensaciones de inseguridad y poca confianza en sus capacidades.¹⁶

Las exigencias sociales psicosociales propias de este período pueden repercutir en la autoestima y autoconfianza Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento arrojaron tanto en los pacientes hospitalizados como en el grupo control, que la edad que presenta el mayor puntaje en cuanto a síntomas depresivos, es el periodo entre los 16 y los 17 años.¹⁷

CONCLUSIONES

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es un instrumento válido y confiable que funciona en diferentes poblaciones mexicanas. resulta bastante conveniente como mecanismo de tamizaje en ámbitos diferentes a la práctica clínica.¹⁸

No existe una tendencia ascendente que permita concluir que a mayor número de días de hospitalización, mayor presencia de síntomas depresivos.

El sexo femenino es más propenso a presentar síntomas depresivos.

Durante la etapa de adolescencia se presentan sentimientos de inseguridad, pérdida de autoestima y autoconfianza.

Se deben estudiar otros factores que contribuyan a la presentación de síntomas depresivos.

Las enfermedades crónicas degenerativas imponen a los pacientes una serie de cambios y ajustes en su entorno los cuales representan un reto difícil de superar disminuyendo la capacidad de tener sentimientos y sensaciones placenteras.

Hacen falta estudios que describan factores en casa relacionado con la presentación de síntomas depresivos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-García, A. La depresión en adolescentes. La salud mental en personas jóvenes en España.Revista de estudios de juventud. No 84 marzo 2009.
- 2.- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona Masson, 2003.
- 3.-Vallejo, J Atención Primaria. Ars Médica 2007. Pag 87 a la 102.
- 4.- Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Salud Mental 2009;31:155-163.
- 5.-Camacho. A.; Rueda E.; Latorre. Fidel et al. , Validez y confiabilidad de la escala del Center for Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia Revista del Instituto Nacional de Salud Vol. 29, núm. 2 Colombia 2009.
- 6.-Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y Adolescencia. España 2009.
- 7.-Díaz A. González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. Revista Latinoamericana de Psiquiatría Volumen 11, núm 3, abril-junio 2012.
- 8.-Acosta, M. Depresión en la infancia y adolescencia: Enfermedad de nuestro tiempo. Archivos de Neurociencias de México.Vol. 16, No.1: 20-25; INN 2011.
- 9.-Cárdenas E. Feria.M. et al Guía Clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2010.
- 10.-De la Peña F. Lara M et al Traducción al español y validez de la Escala de Birlson DSRS para el trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia . Revista Salud Mental V. 19. México Suplemento octubre de 1996
- 11.-Lizasoáin, O.; Ochoa B; Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil .España , 2003.
- 12.- Gempp R. , Avendaño C. , et al. Normas y punto de cohorte para la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil Chilena. Sociedad Chilena de Psicología Terapia Psicológica, vol 22 núm 2, noviembre 2004.
- 13.-Bojorquezl.;Salgado N. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies–depression (CES–D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana Salud Ment v.32 n.4 México jul./ago. 2009.
- 14.-Carey MP, Ruggiero L, y col. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center of Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). American Journal of Pschiatry 1986;143 (8): 1024-1027.
- 15.-Castillo-Quan, Divia J. , Barrera- Buenfil J. et al. Depresión y Diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista de Neurología 51 (6) :347-369.2010

16.-Fisher I., Skaff MM, Arian P. et al .Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes: not just a question of semantics. *Diabetes Care* 2007 ; 30:542-8.

17.-Siverio M, García M. Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología. Universidad de Murcia*, vol 23 no 1 . 2007.

18.-González-Fortaleza, Catalina; Wagner Echeagaray, Jimenez Tapia et al . Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, vol 35, num 1, enero-febrero, 2012 pp 13-20 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México 2012.



Anexo I:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del protocolo:

Síntomas depresivos en adolescentes hospitalizados en la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre.”

Investigador principal: Dra. María Alejandra Valdés Figueroa

Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La adolescencia es una etapa de cambios físicos, psicológicos y sociales, se trata de un grupo vulnerable en el que factores estresantes tienen repercusión en su comportamiento emocional. El ser sometido a hospitalizaciones frecuentes o por periodos de tiempo prolongado repercute en su desarrollo e interacción con la sociedad. Los pacientes hospitalizados en este Centro Médico cuentan con apoyo psicológico, se imparten actividades recreativas e interacción con pares. Sin embargo, no se les realizan tests de rutina para evaluar su estado emocional; por esto se considera de gran importancia la aplicación de un instrumento que nos permita detectar la presencia de síntomas depresivos

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo Conocer la frecuencia de síntomas depresivos en los adolescentes hospitalizados en la Coordinación de Pediatría del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Nos permitirá detectar la presencia de síntomas depresivos con el fin de dar el seguimiento y tratamiento oportuno, además se pretende dar a conocer las principales manifestaciones que presenta este grupo etéreo.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le aplicará el cuestionario de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos , validado, que toma aproximadamente 5 a 10 minutos en resolver, de forma autoaplicable.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO Ninguno

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de la participación de su hijo, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo que mi hijo(a)-_____ participe en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

ASENTIMIENTO

Este es un papel en donde te preguntamos si quieres participar en un estudio en donde lo que tienes que hacer es contestar unas preguntas fáciles, rápidas en donde queremos saber cómo te has sentido emocionalmente en las últimas semanas.

Esto no te va a afectar físicamente en nada. Antes de hacer este estudio platicamos con tus papás y se les explicó en que consiste todo esto que te vamos preguntar, no debes tener miedo ni sentirte solo, ellos estarán en todo momento contigo.

Si aceptas participar solo debes poner tu nombre, firma y la huella de tu dedo.

Su nombre y firma en letra de molde,

Huella

Dirección

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

Parentesco

Dirección

Testigo 1

Nombre, firma, dirección y parentesco

Fecha

Testigo 2

Nombre, firma dirección y parentesco

fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Investigador responsable: Dra. María Alejandra Valdés Figueroa

Teléfono: 0457221609859.

Puede preguntar a los investigadores todo lo que considere necesario antes de acordar su participación en este estudio, así como en cualquier momento durante el curso del mismo. En caso necesario y, para aclarar cualquier duda, podrá ponerse en contacto con: Dr. Abel Archundia García. Presidente del Comité de Ética. Teléfono 52005003, ext. 14629, o con Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal. Teléfono 52005003, Ext. 14610.



Anexo II

Cuestionario

Nombre _____

Edad _____ sexo _____

Servicio de hospitalización _____

Diagnóstico _____

Días de hospitalización _____

Instrucciones:

La siguiente es una lista de maneras de cómo te estás sintiendo o actuando.

Revisa cuanto te has sentido de esta manera en la semana pasada y marca la casilla que le corresponda.

Durante la semana pasada	No del todo	Un poco	Algo	Mucho
1.-Me sentía incómodo por las cosas que normalmente no me molestan.				
2.-No tenía ganas de comer, no tenía hambre.				
3.-No era capaz de sentirme feliz.				
4.-Sentía que era apenas tan bueno como los otros niños.				
5.-Sentía que no podía ponerle atención a lo que hacía.				
6.-Me sentía decaído e infeliz.				

7.-Sentía como que estaba demasiado cansado.				
8.-Sentía como que algo bueno iba a suceder.				
9.-Sentía que las cosas que antes hice, ahora no las resolvía bien.				
10.-Me sentía asustado.				
11.-No dormía tan bien como generalmente duermo.				
12.-Estaba feliz.				
13.-Era más reservado de lo normal.				
14.-Me sentía solo, como si no tuviera ningún amigo.				
15.-Sentía que los niños que conozco no querían ser mis amigos.				
16.-Pasaba buenos ratos.				
17.-Sentía ganas de gritar.				
18.-Me sentía triste.				
19.-Sentía que no le gustaba a la gente.				
20.-Me costaba trabajo comenzar a hacer las cosas.				

Cada respuesta se califica de la siguiente manera:

“No del todo” = 0.

“Un poco” = 1.

“Algo” = 2.

“Mucho” = 3.

Las preguntas 4,8,12 y 16 están fraseadas de manera positiva, de modo que se califican en orden opuesto.

“No del todo” = 3.

“Un poco” = 2.

“Algo” = 1.

“Mucho” = 0.