

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN ESTUDIOS DE POSGRADO
PETRÓLEOS MEXICANOS
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD**

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PREESCOLARES EN EL CENTRO DE
DESARROLLO INFANTIL DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE
PETRÓLEOS MEXICANOS

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

PRESENTA:
ALEJANDRO ROJAS ANDREWS

TUTOR DE TESIS
DR. MIGUEL ÁNGEL SERNA

ASESOR DE TESIS Y ESTADÍSTICA
DRA. SHEILA PATRICIA VÁZQUEZ ARTEAGA

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DRA. ANA ELENA LIMÓN ROJAS
DIRECTORA Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO

DRA. JUDITH LÓPEZ ZEPEDA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. GUILLERMO WAKIDA KUSUNOKI
JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRÍA HCSAE

DR. JORGE ESCORCIA DOMÍNGUEZ
JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRÍA HCN

DR. VÍCTOR HERNÁNDEZ CABALLERO
TUTOR DE TESIS

DRA. PATRICIA MEZA SANABRIA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO

ÍNDICE

Índice	2
Titulo	2
Definición del Problema	3
Marco teórico	
Introducción	3
Información Estadística	6
Depresión en Preescolares	7
Diagnóstico	11
Escala de Depresión para maestros ESDM 3-6	14
Pregunta de Investigación	16
Justificación	16
Hipótesis	17
Objetivos	17
Diseño del Estudio	18
Universo y Muestra	18
Criterios	19
Inclusión	
Exclusión	
Variables	19
Desarrollo de la Investigación	20
Cronograma	21
Herramienta	22
Técnica de Análisis Estadístico	23
Ética	23
Resultados	25
Discusión	27
Experiencia del Investigador	28
Recomendaciones	30
Conclusión	31
Bibliografía	32
Anexos	33

Título

Prevalencia de depresión en preescolares en el Centro de Desarrollo Infantil (C.E.N.D.I.) del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Definición del Problema

Debido a la observación empírica, dada en la consulta y hospitalización del servicio de pediatría del *Hospital Central Norte de Pemex*; donde se hace presenta: mala dinámica familiar y presencia de sintomatología psiquiátrica fácilmente reconocible en niños de edades escolares y adolescentes; dejando con mayor dificultad diagnóstica a los de edad preescolar.

Se hace necesaria una prevención y diagnóstico oportuno de enfermedad psiquiátrica, enfocándose; en esta investigación en: depresión.

Por lo que, se deseó saber: Prevalencia de depresión presente en preescolares pertenecientes al C.E.N.D.I. del Hospital Central Norte de PEMEX, en los meses noviembre 2015 a enero 2016; sabiendo que, al ser un grupo poco estudiado y en desarrollo; se podrá prevenir, diagnosticar y tratar la patología depresiva de manera oportuna.

Marco Teórico

Introducción

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.¹

Es una patología muy común dentro de la psiquiatría, con alto impacto en los sistemas de salud, incrementado la morbilidad y mortalidad en los pacientes que la padecen.⁴

Se sabe que los pacientes con depresión muchas veces no suelen recibir la atención temprana y apropiada, sobre todo en el caso de los niños. La importancia de un diagnóstico temprano radica en el tratamiento oportuno y en no interferir con el desarrollo cognitivo.³

Previo a la década de 1980 cuando se publicó el DSM III, donde se presentaba la clasificación de los trastornos mentales, Lefkowitz y Burton consideraban que varios de los criterios diagnósticos de depresión infantil se daban en muchos niños normales, por lo que, la identificación de esta patología era sumamente cuestionable y no se consideraba. Fue hasta que Costello en los años 80's afirmó que la depresión infantil era un síndrome de características coherentes; a partir de esa fecha, se identificó población infantil que cumplía los criterios diagnósticos del DSM III y las afecciones bioquímicas de la depresión de los adultos. Kashani en 1983, fue el primero en realizar un estudio epidemiológico en población infantil general; sin embargo en los siguientes años los estudios fueron escasos.²

En la actualidad la paidopsiquiatría no ha estandarizado criterios ni métodos de evaluación universales para la identificación de esta enfermedad. El diagnóstico es basado en estudios de adultos, realizando adaptaciones para adolescentes y niños menores. Sin embargo su determinación en edades pediátricas sigue siendo complejo y cuestionable; ² parte del desconocimiento se debe a la falta de instrumentos y escalas validadas.³

Por lo anterior, los trabajos de investigación se realizan con diferentes definiciones de caso, ocasionando que las prevalencias e incidencias de la

depresión infantil no sean comparables en todas las regiones estudiadas, y que el diagnóstico todavía sea difícil y cuestionable.²

La depresión puede afectar a niños de todas las edades, incluso desde antes de los seis años. No obstante, el periodo de edad preescolar considerado de los 3 a los 6 años, es quizás la etapa del desarrollo infantil menos conocida y menos estudiada desde la perspectiva psicopatológica, dejándola al margen de una mala evaluación clínica. También, es una etapa donde se afloran y desarrollan muchos de los trastornos mentales posteriores. Por lo tanto, es un momento primordial de prevención, dado que entre más pronto se diagnostique la patología o signos de riesgo, la intervención adecuada podrá evitar la progresión del paciente.³

Los trastornos depresivos en preescolares suelen pasar desapercibidos ya que en esta etapa los niños no expresan verbalmente el sufrimiento emocional que padecen; además, los padres, cuidadores y maestros muchas veces no piensan en la posibilidad de que el niño este deprimido, ocasionando que no se les evalúe ni se indique tratamiento.⁴

Aunado a lo anterior, los padres suelen ser en general malos informantes de la depresión de sus hijos y en especial de sus hijos en la etapa preescolar, ya que no logran ser objetivos o no les agrada visualizar la conducta de sus hijos como tristeza o depresión.⁴ Pero, por sus características, se requiere de los cuidadores para recabar datos y justificar los diagnósticos.⁹

Lo anterior plantea la importancia de buscar intencionadamente la patología en los grupos de riesgo como es la niñez y sobre todo, en el grupo menos estudiado como lo es la edad preescolar.

Información Estadística

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada entre 2001 y 2002 teniendo una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, mostró una tasa de prevalencia de depresión del 4.8%; ocurriendo la mitad de los casos de trastornos mentales antes de los 21 años, además se identificó que menos de una de cada cinco personas adultas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema. Asimismo, los datos concuerdan con encuestas que simultáneamente se llevaron a cabo en 14 países por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo México; se concluyó que entre 76 y 85% de los casos graves de trastornos mentales no recibieron servicios en los países con menor desarrollo (incluido México), y entre 36 y 50% en los países con mayor grado de desarrollo y que en los países con desarrollo la prevalencia es mayor debido a que se diagnostica más.⁵

Por otro lado la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3) siendo más de la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves y que casi la mitad de los adolescentes con trastorno depresivo no recibieron algún tipo de atención.⁵

No se encontraron estadísticas mexicanas realizadas en niños menores; estudios de Estados Unidos hablan de una prevalencia de 1-2% en niños de 6 a 12 años y del 4-8% de 13 a 18 años, sin a ver diferencia en la relación niño y niña.⁶ Estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general.⁷

Acorde a L. Luby y colaboradores, quienes realizaron un estudio de subtipos de melancolía en preescolares deprimidos de 156 niños en edades de 3 a 5.5 años identificaron que 54 (34%) presentaban depresión y que el 57% de estos su síntoma principal era la anhedonia.⁸ En etapas prepuberales la depresión es similar en niños y niñas.⁷

Estudios clínicos y epidemiológicos muestran que el 40-70% de los niños y adolescentes con depresión tienen trastornos mentales asociados, y al menos entre el 20-50% han sido diagnosticados de dos o más patologías. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes son el trastorno distímico y el de ansiedad (ambos entre un 30 y un 80%), abuso de sustancias (20-30%) y trastornos de conducta (10-20%).⁷

Depresión en Preescolares

La alegría es una de las siete emociones primarias que ya manifiestan los bebés humanos al poco tiempo de nacer, y Darwin previó a finales del siglo XIX identificó que se trataba de una emoción innata.⁸

Los desórdenes depresivos en la infancia están asociados a un incremento en la morbilidad y mortalidad psicosocial, por lo que la identificación temprana y el tratamiento pueden reducir el impacto en la persona, familia, la sociedad y la funcionalidad; así como en el riesgo de suicidio, abuso de sustancias y desórdenes depresivos en la edad adulta. Al igual que en el adulto se cree que la depresión está causada por la interacción de factores genéticos y ambientales.⁶

Los síntomas de tristeza, miseria y enojo suelen manifestarse después de un evento de estrés o decepción en la vida, los niños suelen adaptarse a estos cambios, sin embargo cuando el estado de ánimo persiste con el deterioro en el funcionamiento esto caracteriza a la depresión. ⁶

El estrés en la familia durante los primeros tres años de vida es crítico en relación al desarrollo emocional-conductual del niño y en la relación de este con el padre, McLoyd, 1990.⁹

En estudios se han comprobado que el estrés materno dentro de las áreas parental, ejemplo relaciones con el esposo, salud, económicos, etc., tienen hijos pequeños que presentan problemas conductuales. Así también niños menores de 10 años con temperamento “difícil”, que nacieron prematuros, varones, que poseen una capacidad cognitiva limitada o que han sentido estrés prenatal, los que viven en comunidades violentas o pobreza (la cual está relacionada con estrés parental y limitaciones del niño) y los que han sido intimidados en ambientes escolares; pueden presentar problemas conductuales ⁹

El grado de estrés de los sucesos vitales se relaciona con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes hasta en un 80% de los casos. Los aspectos escolares son los sucesos vitales estresantes que se presentaron con mayor frecuencia.¹

El cuadro clínico es similar a la observada en los adultos, pero las diferencias pueden atribuirse a la integridad física del niño, a su estado emocional y el desarrollo social. Se requiere de un mínimo de 2 semanas de cambio en el estado de ánimo, para decir que un niño o adolescente está deprimido. Los niños pequeños menores de 6 años pueden presentarse con apatía y rechazo de la alimentación, llorar mucho de manera inconsolable, “verse” o expresarse triste o

infeliz; irritabilidad, quejoso con o sin ataques de ira (se puede confundir con “malicia”), anhedonía (deja de hacer cosas que le gustaban como jugar), cambios en los nivel de energía los cuales poder ser aumentado o disminuido, cambios en el apetito acompañado de cambios en el peso o comer “inquieto”, cambios en el patrón de sueño, poca capacidad para divertirse, incluso el niño se puede quejar de aburrimiento, aislamiento social, habla menos y puede expresar el deseo de estar muerto, falta de concentración (puede confundirse con déficit de atención con hiperactividad), síntomas físicos como cefalea o dolor abdominal o somatización exagerada y ansiedad. Los síntomas psicóticos son raros en niños pequeños, sin embargo son asociados a una historia familiar de trastorno bipolar y la depresión psicótica, siendo estos de mal pronóstico.⁶

En los niños en edad preescolar con depresión se pueden detectar alteraciones significativas de la reactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en respuesta al estrés, que concuerdan con las de la población adulta con depresión; también se ha identificado un patrón de alteraciones neuropsicológicas similar al observado en los adultos con depresión. Estos hallazgos confirman todavía más la validez y la importancia clínica de este síndrome.⁸

Dentro de los factores de riesgo son: Antecedentes familiares de trastorno depresivo u otros problemas de salud mental, bajos niveles de calidez paternal, conflictos familiares, adversidad temprana o crónica como son: el abuso, la pobreza o desventaja social, el temperamental o características de personalidad, tales como los niños que son ansiosos o autocríticos, pérdidas, fracasos o decepciones.⁶

Hasta el 40-90% de los niños, niñas y adolescentes que están deprimidas presentan otro trastorno psiquiátrico, comúnmente: distimia, trastornos del espectro autista, ansiedad, trastornos disruptivos, trastorno por déficit de atención, y abuso de sustancias.⁶

La depresión mayor en niños y los adolescentes pueden tener un curso autolimitado, pero hay un alto riesgo de recurrencia.⁶

El niño preescolar presenta más sintomatología somática mientras que en la etapa escolar, y sobre todo a partir de los ocho o nueve años, son mucho más relevantes los síntomas cognitivos, puesto que el niño por su desarrollo más avanzado ya es capaz de elaborar cogniciones depresivas. Asimismo, síntomas tales como la culpabilidad o la desesperanza también requieren un nivel de desarrollo que todavía no existe en niños por debajo de los seis años.⁴

El 70% de los niños con depresión presentan problemas para dormir y el porcentaje es mayor (96%) cuando se suma el autoinforme de los niños con el informe de sus padres. Estos trastornos se caracterizan al aumento de la latencia del inicio del sueño, aumento de los despertares, reducción de la etapa tres de sueño, disminución de la latencia del sueño de movimiento oculares rápidos (MOR) e incremento de la duración del sueño MOR al principio de la noche, así como menor eficiencia regenerativa del sueño, somnolencia diurna excesiva.¹⁰

Las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigmas, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que generan estas patologías en los enfermos.⁵ Siendo aún más difícil en los niños ya que su edad limita la capacidad para la expresión de su problemática, pasando por los padres de manera inadvertida o en ocasiones

cuando los síntomas son claros el cuidador no acepta que el paciente tiene una enfermedad psiquiátrica.²

En los casos donde los pacientes son llevados al médico; estos suelen ser de primer contacto: médico general, médico familiar y pediatra general, además que el motivo de consulta suele ser ambiguo; teniendo el clínico, de ser capaces de identificar signos y síntomas de depresión; que muchas veces en su formación académica no son del todo puntualizados.²

Los trastornos depresivos tienen un impacto en la salud pública debido principalmente al alto grado de discapacidad además de su relación con la ideación suicida, los intentos de suicidio y el suicidio. También la depresión es un factor de riesgo para otros problemas de salud física así como de conducta antisocial.⁵

Si se deja sin tratar la depresión, en niños y adolescentes, esta puede condicionar un impacto en su bienestar y su desarrollo. Es evidente que el reconocimiento temprano y la intervención pueden mejorar dramáticamente las vidas de los afectados por este trastorno. ⁶

Diagnóstico

Actualmente para realizar el diagnóstico de depresión mayor se puede utilizar el DSM-V basándose en los criterios de los adultos con modificado para niños en edad preescolar, donde se incluyen quejas somáticos y sintomatología específica, considerando los antecedentes familiares de trastornos afines y disfunción social, así como de solo requerir de dos semanas con la sintomatología.⁸

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) no se separa la depresión infantil de la del adulto, pero si se hace referencia a criterios considerables. La anhedonía es el síntoma de depresión más específico, mientras que la tristeza y la irritabilidad son los síntomas más sensibles. En pacientes preescolares la anhedonía sólo se identifica en los niños con depresión. Esto se debe a que la experimentación, la búsqueda de placer y de felicidad constituyen un aspecto vital propio de esta etapa de la vida. La primera infancia es intrínsecamente alegre y feliz, en la que destacan la búsqueda y experimentación del placer entre los principales objetivos de esta fase evolutiva.⁸

Los niños preescolares por sus características particulares dependen de los cuidadores para la sospecha de alteraciones en su conducta. Por lo que la búsqueda intencionada es necesaria. La mayoría de los procedimientos de *screening* de población infantil se basan en escalas de evaluación conductual y en los *check-list*.²

El recabar información a partir de segundos informantes tiene limitaciones, los padres detectan con más precisión los aspectos psicosomáticos (alimentación, sueño, malestar, etc.), en cambio los educadores ven con mayor claridad los síntomas conductuales.⁸ Los padres y maestros suelen usar distintos criterios de severidad del síntoma para determinar cuándo una conducta merece ser considerada como patológica o interferente. En un estudio realizado por Jané y colaboradores donde se entregó la escala de GRASP se concluyó que los profesores suelen ser más rigurosos en sus evaluaciones en comparación con lo vertido por los padres. Sugiriendo para la evaluación integral tomar en cuenta ambas opiniones.³

Kashani y Ray en 1983 diseñaron por primera vez un cuestionario para estudiar posibles síntomas depresivos en preescolares, a partir de la información proporcionada por los padres, sin embargo no consiguieron detectar ningún caso de depresión. Una explicación posible es que padres suelen ser en general malos informantes de la depresión de sus hijos y en especial de sus hijos en la etapa preescolar.⁴

Al año siguiente, Kashani, Ray y Carlson (1984) diseñaron el *Depression Checklist*, basándose en el DSM-III, el cual era aplicado a población pediátrica clínica. En 1986, Kashani, Holcomb y Orvaschel desarrollaron la *General Rating of Affective Symptoms for Preschoolers* (GRASP) aplicada a población general donde padres y maestros respondían la misma encuesta. Observaron que las respuestas de los padres no servían para diferenciar los niños con síntomas depresivos de los que no los tenían; pero las respuestas dadas por los maestros sí permitieron diferenciarlos.⁴

En México basándose en el artículo mexicanos de González-Forteza y colaboradores, quienes estudiaron la validez y confianza de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) concluyen que es un instrumento breve, que no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, funcionando como tamizaje poblacional, además que es una de las herramientas más utilizados en la investigación sobre sintomatología depresiva en México.¹¹ Sin embargo se propone su uso para adolescentes y adultos. No se encontraron estudios que recomienden una escala para depresión infantil.

La psicóloga española Domènech y colaboradores sugiere que el diagnóstico de depresión infantil se debe basar en la identificación que hacen los maestros; donde, en lenguaje pedagógico lo llamaría “niño problema”.² Creando la *Escala de Depresión Preescolar para Maestros (ESDM 3-6; Domènech-Llaberia, 1996)* la cual es un instrumento que permitiera recabar información del maestro sobre los síntomas más característicos de la depresión preescolar, es comparable con la escala GRASP (la cual es la escala comparativa de elección), teniendo una validez similar y más sencilla en su manejo.⁴

Escala de Depresión Preescolar para Maestros (ESDM3-6)

La *Escala de Depresión Preescolar para Maestros (ESDM3-6)* considerada como tamiz, es una escala realizada en población Española, no realiza un diagnóstico definitivo, ayuda a descubrir las señales de alarma de un posible cuadro depresivo en un niño pequeño.

Está constituida por 19 ítems, en preguntas cerradas acerca de diversos aspectos de la psicopatología depresiva que suelen manifestar los pacientes.⁴

Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad. Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa.⁷ Cuenta con una especificidad del 95% y una sensibilidad del 75%.⁴

Las preguntas de la ESDM 3-6 intentan cubrir las alteraciones del humor más detectables por los educadores. Se pide al educador/a que cumplimente el cuestionario de la escala para cada niño/a, sin dejar ninguna pregunta en blanco. Para cada pregunta se puede optar entre tres posibles respuestas: casi nunca,

a veces o casi siempre, según la frecuencia con que, a su juicio, se presente la conducta a la que se hace referencia. Cada ítem se puntúa entre 1 y 3, según la frecuencia del síntoma al que se refiere. La respuesta a veces siempre se puntúa con un 2 y las respuestas casi nunca y casi siempre se valoran en un 1 o en un 3 según sean formuladas en orden directo o inverso. Así los ítems 3, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 18 y 19, que están redactados en sentido inverso, se puntúan con un 3 cuando la respuesta es casi nunca y los demás ítems se puntúan con un 3 cuando la respuesta es casi siempre. Se obtiene la puntuación total de la escala sumando las puntuaciones parciales de los 19 ítems. Teóricamente, la puntuación total puede oscilar entre 19 y 54. ⁴

Los ítems 1, 5 y 9 hacen relación a humor disfórico; 2 y 7 corresponden a irritabilidad; 3, 15 y 18 son de habilidad social; 4 y 16 de rendimiento escolar; 6, 8 y 14 se refieren al carácter somático de la enfermedad; 10, 12 y 17 corresponden a actitud ante la escuela; el ítem 11 es de ideación mórbida; y los ítems 13 y 19 hablan del nivel de energía. ⁴

Puntajes mayores a 27 puntos son considerados positivos para el tamiz y requieren de valoración para buscar criterios diagnósticos acorde *al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*. ¹³

Protocolo de Investigación

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de depresión en preescolares pertenecientes al C.E.N.D.I. del Hospital Central Norte de Pemex en los meses de noviembre 2015 a enero 2016?

Justificación

Epidemiológica

La depresión es una patología con alto impacto en los sistemas de salud, prevenible y tratable. Se sabe que los pacientes con depresión no suelen recibir la atención temprana y apropiada. Su determinación en edades pediátricas sigue siendo complejo y cuestionable. Las estadísticas no son del todo concluyentes y muchas veces no son comparables a nivel mundial.

Hablando de la población pediátrica del *Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos*; muchas veces no se suele sospechar patología psiquiátrica, por lo que quizás la prevalencia real sea mayor a la referida.

Esta investigación buscó de manera intencionada una de las patologías más comunes y de diagnóstico conflictivo para la psiquiatría: depresión infantil.

Sumado a lo anterior, se deseó realizar el diagnóstico más oportuno y preventivo de futuras complicaciones, tomando al grupo menos estudiado y vulnerable: la edad preescolar

Escolar

Realización de tesis como requisito ante la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) para la obtención del título de la especialidad de Pediatría Clínica.

Hipótesis

Existe una prevalencia de al menos el 0.3% de depresión en preescolares pertenecientes al *C.E.N.D.I del Hospital Central Norte de PEMEX* durante los meses noviembre 2015 a enero 2016.

Objetivos

Objetivo General

1. Demostrar que existe una prevalencia de 0.3% de la población con depresión en edad preescolar (3 a 5 años 11 meses) pertenecientes al *C.E.N.D.I del Hospital Central Norte de PEMEX* durante los meses noviembre 2015 a enero 2016.

Objetivos Específicos

1. Analizar la depresión por genero

2. Analizar la concordancia encontrada en el tamiz y el diagnóstico del especialista
3. Determinar cuál es el principal síntoma de depresión en niños preescolares acorde a la prueba de tamizaje.

Diseño del Estudio

- *Tipo de Investigación:* Observacionales o No experimental
- *Dimensión temporal:* Transversal
- *Búsqueda causalidad:* Descriptivo
- *En relación con tiempo:* Prospectivo (observar consecuencias)
- *En función de los sujetos a estudio:* Grupo

Universo y Muestra

Ambos géneros, en edad de 3 años a 5 años 11 meses pertenecientes al Centro de Desarrollo Infantil del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Dicha muestra es no probabilística, no intencional, consecutiva y por conveniencia, a aquellos que cuenten con consentimiento informado firmado por padre o tutor.

Criterios

Criterios de inclusión

1. Preescolares de 3 años a 5 años 11 meses que acudan al C.E.N.D.I del Hospital Central Norte de PEMEX, cumplidos al momento de la realización del tamiz.
2. Cualquier género.
3. Pacientes con consentimiento firmado por su tutor.

Criterios de exclusión

1. Pacientes hospitalizados.
2. Paciente con enfermedad psiquiátrica ya conocida.

Criterios de suspensión

1. Pacientes que no cumplan con las evaluaciones requeridas en la investigación (tamiz y/o consulta con especialista)

Variables

Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Nivel de Medición	Indicadores
Depresión	Trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con	Aplicación de la <i>Escala de Depresión Preescolar para</i>	Cuantitativa Discreta	-Si (≥ 27) -No (< 27)

	presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales. ¹⁰	<i>Maestros (ESDM 3-6; Domènech-Llaberia, 1996).</i>		
Género	Roles, derechos y responsabilidades diferentes de los hombres y las mujeres y a la relación entre ellos.	Determinación del sexo biológico en los pacientes.	Cualitativo Nominal	-Masculino -Femenino
Síntomas	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.	-Anhedonía -Ánimo triste -Irritabilidad -Síntomas Somáticos -Ideación mórbida -Mala relación social / mala actitud ante la escuela	Cualitativo Nominal	-Presencia -Ausencia

Desarrollo de la Investigación

Se eligió el C.E.N.D.I. del Hospital Central Norte de Pemex, previa autorización de las autoridades del mismo; donde se envió al tutor de los niños y niñas una circular proporcionando información general del estudio, invitándoles a participar mediante consentimiento informado.

A su vez, se realizó capacitación a los maestros de los alumnos por el investigador para la llena de la *Escala de Depresión Preescolar para Maestros*.

Se entregó el número necesario de escalas acorde al número de niños con los requisitos de inclusión en el protocolo.

Se otorgó tiempo para la llena de las escalas individuales identificando cada prueba una con el nombre del menor y ficha de inscripción al servicio médico de PEMEX.

Al contar con el número completo de pruebas contestadas, se procedió a la interpretación de las mismas por parte del investigador, quien emitió si el paciente cuenta con síntomas o no de depresión.

Posteriormente se informó a los maestros y tutores de los resultados obtenidos y en caso de las pruebas positivas se realizó a una reunión con el tutor y el investigador con la finalidad de sugerir y dar las facilidades para enviar al menor con el especialista correspondiente.

Los menores que fueron llevados a valoración por el especialista se les dio seguimiento vía expediente electrónico oficial de PEMEX para ver la resolución del especialista en cuanto al diagnóstico. Se realizó concordancia del número de pacientes positivos en la prueba y los confirmados por el especialista.

Cronograma

<i>Noviembre y Diciembre 2015</i>							
<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>	<i>Planeación</i>
2	3	4	5	6	7	8	Autorización por el comité de ética y asesor metodológico, del Anteproyecto.
9	10	11	12	13	14	15	Solicitud autorización C.E.N.D.I. del HCN, capacitación profesoras y obtención de consentimientos informados de los padres
16	17	18	19	20	21	22	Recopilación y puntuación de la herramienta de investigación

23	24	25	26	27	28	29	Envió a especialista a los positivos del tamizaje
30	1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13	
14	15	16	17	18	19	20	Análisis estadístico, discusión y conclusiones
21	22	23	24	25	26	27	
28	29	30	31	Enero 2016			
				1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	Revisión y correcciones de tesis
18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	
Febrero 2016			15	16	17	18	Presentación tesis

Herramienta

Se basó en la realización de tamizaje con la *Escala de Depresión Preescolar para Maestros*.

Por la similitud entre la población mexicana y española relacionada con el antecedente histórico de la conquista y mezcla genética; ambos siendo latinos y teniendo el mismo idioma; se decidió, aunado a la facilidad de la aplicación de la escala y su alta validación; utilizar la *Escala de Depresión Preescolar para Maestros (ESDM 3-6; Domènech-Llaberia, 1996)* para la realización de éste proyecto de investigación. La cual; le fue aplicada al maestro del grupo actual al que pertenece el niño en estudio. Puntajes totales de 27 o mayores se consideran positivos para el tamiz. En los casos de positividad en la prueba, se sugirió al tutor llevar a valoración al menor con el especialista correspondiente, quien confirmó o descartará el diagnóstico. (Anexo 1)

Técnica de Análisis Estadístico

Se realizó el vaciado de la recolección de datos y acomodo de las variables obtenido de la escala, aplicado a los participantes; tomando como tamaño de muestra a todos aquellos que cumplieron con los requisitos de inclusión.

Se estimó la prevalencia puntual = C_t / N_t , donde C_t = número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinado y N_t = número total de individuos en un momento o edad determinado.

Se realizó medición directa de media, mediana y sus medidas de dispersión, tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%.

Se realizó la descripción de la frecuencia de sintomatología.

Posterior a la confirmación o descarte del diagnóstico de depresión por el especialista se analizó la prevalencia de depresión en la población estudiada.

Ética

Acorde a la *Declaración de Helsinki* de 1964 con sus posteriores modificaciones; el médico debe de velar por la salud del paciente, considerando lo mejor para este.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Algunos grupos y personas (como son los niños) sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional, por lo que la protección debe ser específica. El consentimiento informado dado por el representante legal es requisito indispensable; donde queda claramente informado de todos los aspectos relacionados con la investigación.

La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes.

El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.

En relación con esta investigación, al ser un grupo vulnerable el estudiado, el consentimiento informado para el representante legal será debidamente entregado. (Anexo 2)

Es una investigación de riesgo mínimo de una sola aplicación, recordando que es un tamiz y que en caso positivo, la confirmación o descarte del padecimiento será dada por el especialista asignado.

Resultados

Se encuentran inscritos 72 alumnos al C.E.N.D.I. Hospital Central Norte de PEMEX, asistieron en promedio 52 alumnos los días de solicitud de consentimiento informado (3 días), obteniendo 47 permisos, divididos de la siguiente manera: 25 niñas (53%) y 22 niños (47%), siendo 15 de primero de preescolar, 15 de segundo año y 17 de tercero de preescolar. La edad mínima fue de 3 años y la edad máxima 5 años 9 meses. La moda en edad fue de 3.

El puntaje máximo de la prueba tamiz fue de 43 puntos y el menor de 19 puntos, la media de puntaje fue 25, media aritmética del puntaje fue de 25.8, la mediana del puntaje fue de 26

Se obtuvieron 6 casos de preescolares positivos del total tamizado, conformados por 3 niñas (50%) y 3 niños (50%); divididos de la siguiente manera: una niña y un niño de primer año (13% del total de tamizados de ese año); de segundo año ninguno fue positivo; y dos niñas y dos niños positivos de tercer año (35% del total de tamizados de ese año). Siendo estos, el 12.7% del total de los alumnos (prevalencia puntual de 0.12). El puntaje menor positivo fue de 38 y el mayor de 43 puntos, media aritmética 40.1, mediana 40.

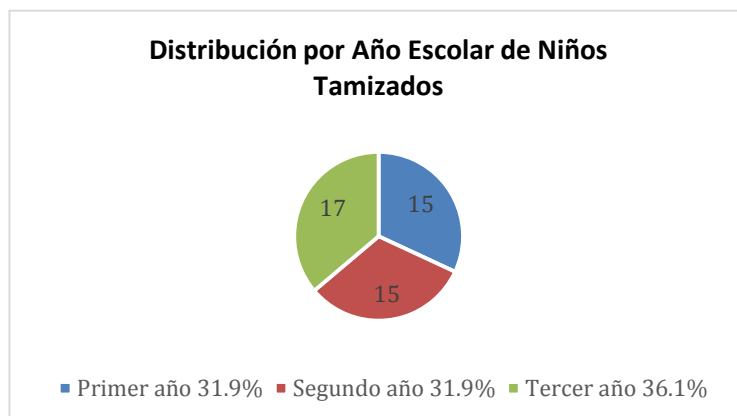
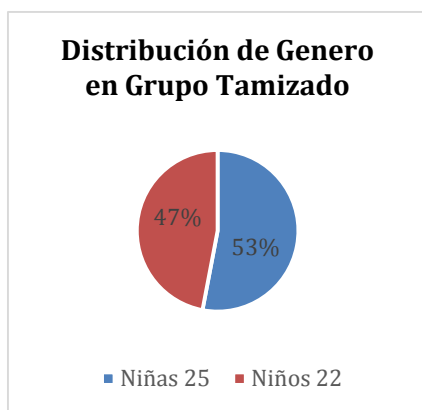
Tomando cada uno de los rubros de depresión evaluado de los tamices positivos (conforme a la clasificación de la herramienta, teniendo 3 como puntaje máximo) se obtuvo la siguiente distribución: 2.6 puntos en rendimiento escolar, 2.6 en humor disfórico, 2.5 en habilidad social, 2.25 de puntos en actitud ante la escuela, 2.1 en carácter somático de la enfermedad, 1.8 en nivel de energía, 1.6 en irritabilidad, 1.1 en ideación suicida.

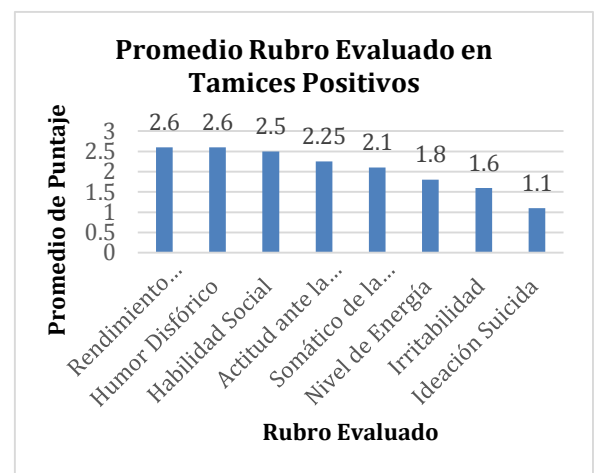
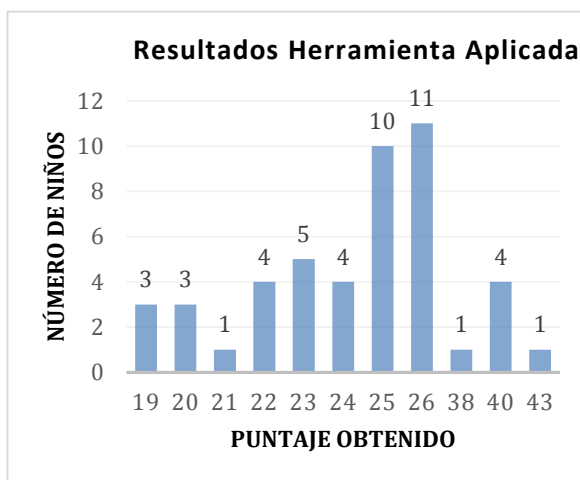
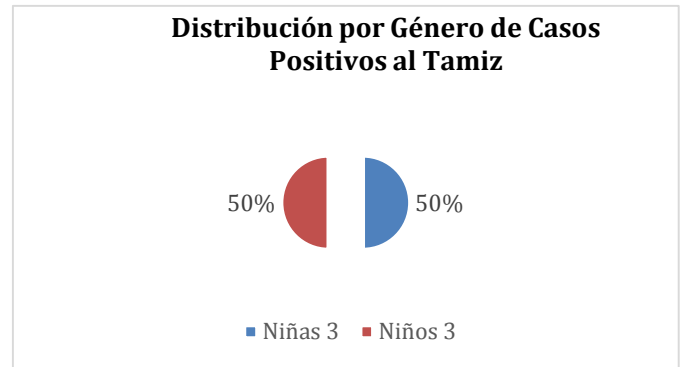
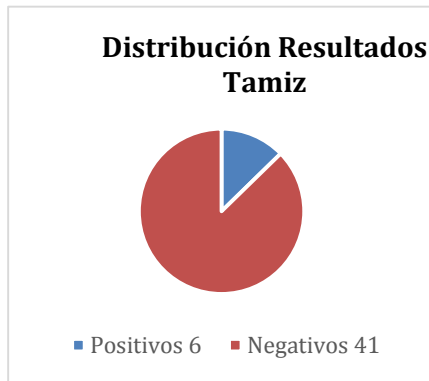
A los tutores de los seis casos positivos se les informo, se llenó otro consentimiento informado específico acerca de la positividad del tamiz y del paso siguiente; y se programó cita con especialista (estándar de oro), el cual fue externo al C.E.N.D.I., quien descartaría o confirmaría el diagnóstico.

Asistieron solamente 4 de los 6 casos positivos divididos en: dos niñas y dos niños, los otros dos casos positivos fueron eliminados de la estadística.

Hablando de los insistentes; una niña no llego a la consulta, siendo que la madre si fue por ella al C.E.N.D.I el día y la hora que correspondía, posteriormente se cuestionó al abuelo de la menor, quien ignoro la pregunta; por otro lado la madre del niño acudió a avisar poco antes de la hora de consulta que no asistiría, diciendo que tenía un compromiso (festejo del evento navideño del C.E.N.D.I), se le ofreció cambio de consulta a lo que se negó. Lo anterior hace sospechar que quizás los padres de los niños inasistentes a consulta se encuentran en negación de la problemática que las maestras detectan.

Los 4 niños junto con sus tutores fueron evaluados por el paidopsiquiátra quien descartó en todos los casos la patología de depresión, dando una concordancia entre el tamiz y el especialista de $k=0$. Solo un niño fue citado nuevamente a consulta ya que el paciente tenía dudas de la muerte, se le indico terapia de juego.





Discusión

Al comparar los resultados del tamiz con los resultados obtenidos con el artículo original de la Dra. Edelmira Domènech-Llaberia se describe lo siguiente: La realización y obtención de los datos fue similar, primero solicitando permiso en la institución, segundo obtención de consentimientos informados y explicación a los padres; además de la capacitación en el llenado del tamiz para las maestras. No existió diferencia en la distribución en relación al sexo, en su artículo no se describe los resultados por año académico.

Durante el proceso de obtención de datos se hizo hincapié en el llenado de la herramienta; además como se menciona en el artículo original y al preguntarles a las maestras involucradas en este estudio, se confirmó que fue sencillo y que no tenían dudas.

La positividad del tamiz en este estudio fue muy arriba de los esperado de la prevalencia estadística de depresión preescolar determinada mundialmente (0.3%), teniendo un 12.7% de tamices positivos.

Los síntomas más comunes en este protocolo valorados por promedio de puntaje fueron: humor disfórico y rendimiento escolar, en comparación con el artículo original que son en primer lugar humor disfórico y segundo irritabilidad/ansiedad. Lo que llama la atención es que en el artículo original existe una concordancia entre el tamiz y la confirmación del diagnóstico de un $z=0.95$ y en este estudio la $z=0$, descartando aparentemente la existencia de la patología para este grupo estudiado. Se tomó el mismo estándar de oro, que fue la consulta con especialista.

Debido al resultado se hace sospechar que el llenado de la herramienta no fue del todo objetivo o sesgado; la causa no se pudo determinar.

Experiencia del Investigador

Durante el tiempo de investigación, se logró convivir con el personal que labora en el C.E.N.D.I. y los tutores de los menores, obteniendo y observando datos que podrían abrir otras tesis de investigación:

Primero existió desde un inicio preocupación por la realización de la tesis por parte de las autoridades del C.E.N.D.I. afirmando que era un tema delicado y

que los padres de los niños “podrían no estar de acuerdo o causar conflictos internos” solicitando permisos adicionales a los que normalmente se requieren para realizar la tesis escolar y más que esta solo era observacional. Sin embargo en la práctica todos los padres con los que se diálogo reaccionaban de manera adecuada y amable, incluso con comentarios positivos al solicitarles su consentimiento para llevar acabo el tamizaje.

Hablando de manera no oficial y espontanea con padres de alumnos del C.E.N.D.I. (ellos buscaban los momentos para charlar) comentan que han tenido varias inconformidades entre la metodología y trato llevado en el C.E.N.D.I. y sus expectativas; así también dos padres pedían que sus hijos fueran evaluados por el especialista (sin embargo en el tamiz fueron negativos, se les comento que asistieran a consulta externa para ser referidos de manera adecuada).

Por otro lado también, hablando de manera no oficial, casual y espontanea con personal del C.E.N.D.I. hacen referencia a mala dinámica familiar de varios de los alumnos, y en ocasiones mala dinámica entre personal laboral-alumnos-padres; incluidos algunos de los positivos en el tamiz.

Un dato que sobresale y cabe mencionar, es que la psicóloga del C.E.N.D.I. fue informada a cada paso de la investigación y se tomaron en cuenta sus recomendaciones; por lo que, nuevamente de manera no oficial, comentó que estaba de acuerdo con los resultados y que ella si creía en que se confirmaría el diagnóstico de depresión u otra patología psiquiátrica en al menos 4 de los 6 enviados con especialista, sin embargo en este protocoló ella no fue el estándar de oro.

Por todos los comentarios anteriores resalta la necesidad de seguir investigando acerca de patología psiquiátrica en el C.E.N.D.I. o al menos determinar si la dinámica que se lleva a cabo es la más adecuada.

Recomendaciones

1. Volver a buscar de manera intencionada depresión en la población preescolar; con ésta u otra herramienta o estrategia, ya que la patología puede ser cíclica y fugaz.
2. Buscar otras patologías psiquiátricas de manera intencionada, como son: trastorno por déficit de atención, trastorno de ansiedad, trastorno negativista- desafiante, distimia y/o alteraciones del sueño, entre otros.
3. Aplicar la herramienta diagnóstica en otros C.E.N.D.I. del sistema PEMEX y comparar los resultados.
4. Estudiar la conformación y dinámica familiar de los niños preescolares pertenecientes al C.E.N.D.I.
5. Buscar cualquier tipo de violencia que exista hacia los niños del C.E.N.D.I. tanto por parte de los padres o del personal que labora, ya sea física, emocional, económica, etc.
6. Desarrollar una búsqueda intencionada de bullying escolar (maestros-alumnos-padres).
7. Realizar estudios de satisfacción entre los padres de los alumnos del C.E.N.D.I.
8. Revisar, confirmar y mejorar la formación académica del personal que labora con los niños del C.E.N.D.I.

Conclusión

Lamentablemente no se pudo completar adecuadamente la investigación, ya que no se logró que todos los niños positivos a tamiz asistieran a valoración con el paidopsiquiatra debido a que los padres no dieron el apoyo necesario, además que se sospecha de manipulación de la herramienta de tamiz debido a causas externas de la investigación.

La hipótesis es descartada, sin embargo aún queda la inquietud de una mala dinámica entre padres, alumnos y maestros del C.E.N.D.I. que podrían afectar de manera negativa al desarrollo de los niños, por lo que la sugerencia es seguir investigando de manera intencionada.

Bibliografía

1. Veytia López Marcela, González Arratia López Fuentes Norma Ivonne, Andrade Palos Patricia, Hans Oudhof. *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*. Salud Mental 2013; 35:37-43
2. Llaberia E. Domènech y Polaino-Lorente A. *Capítulo 5: Concepto epidemiológico de depresión empleado en esta investigación: criterios diagnósticos y definición e identificación de caso*, pp 109-130
3. Jané Ma. Claustre, Araneda Nelson, Valero Sergi y Dómenech-Llaberia Edelmira. *Evaluación de la sintomatología depresiva del preescolar correspondencia entre los informes de padres y de maestros*. Psicothema, 2000. Vol. 12, No 2, pp. 212-215.
4. Domènech-Llaberia Edelmira, Araneda Nelson, Xifró Alexandre y Dolores Riba María. *Escala de depresión preescolar para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación*. Psicothema 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 575-580
5. Wagner Fernando A., González-Forteza Catalina, Sánchez-García Sergio, García-Peña Carmen, Gallo Joseph J. *Enfocando la depresión como problema de salud pública en México*. Salud Mental 2012;35:3-11
6. Vogel Wendy, *Depression in children and adolescents Depression is a relatively common presentation and needs to be recognised in children and adolescents*. CME April 2012 Vol.30 No.4: 114- 117.

7. Colaboradores. Guías de Práctica Clínica en el SNS Ministerio De Sanidad y Política Social. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. España. Edición 07/2009
8. Luby Joan L., Mrakotsky Christine, Heffelfinger Amy, Brown Kathy, Spitznagel Edward. *Características de los preescolares con depresión y con anhedonía o sin ella: pruebas de un subtipo de depresión melancólica en niños pequeños*. Am J Psychiatry 2004; 161:1998-2004. Traducción española Am J Psychiatry (Ed Esp) 2005; 8:104-110.
9. Zárata Laura Oliva, Montero Mora Judith, Gutiérrez Lara Mariana. *Relación entre el estrés parental y el del niño preescolar*. Psicología y Salud, julio-diciembre, 2006, Vol. 16, No 002. Universidad Veracruzana, Xalapa, México, pp. 171-178.
10. Moo Jesús Antonio Estrella, Valencia Flores Matilde, Ulloa Flores Rosa Elena, Ostrosky Feggy Solís, Reyes Lagunes Isabel. *Estructura del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión*. Salud Mental 2011; 34:459-468.
11. González-Forteza, Catalina Wagner Echeagaray Fernando A., Jiménez Tapia Alberto. *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico*. Salud Mental 2013;35:13-20
12. Dallas Mary Elizabeth. Instituto Nacional de la Salud Mental de los EE. UU. *Los niños en edad preescolar también pueden sufrir de*

depresión. Washington University School of Medicine, St. Louis, Mo., news release, Julio 28, 2014

13. Llaberia E. Domènech, Esther Pla, Maria Claustra Jan´e, Merc`e Mitjavila, et al. *Prevalence of major depression in preschool children*. *European child & adolescent psychiatry*, 2009,18 (10),pp.597-604.

Anexo 1.

Herramienta de Tamiz para Depresión en Preescolares

Siglas del Nombre del alumno: _____

Edad: ____ **Años** ____ **Meses** **sexo:** **H** **M** **Ficha:** _____

Año escolar: _____

Escala de Depresión Preescolar para Maestros (ESDM 3-6; Domènech-Llaberia, 1996)					
INSTRUCCIONES: Marque, por favor, una X en la casilla correspondiente					
<i>No</i>	<i>Durante las últimas semanas el niño/niña:</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Puntaje</i>
1	Tiene la cara triste				
2	Protesta				
3	Habla y se relaciona con los compañeros				
4	Hace bien las tareas escolares				
5	Ríe o sonrío				
6	Parece cansado				
7	Llora				
8	Dice que le duele las piernas y/o la barriga y/o la cabeza				
9	Está contento				
10	Le gusta ir a la escuela				
11	Hace referencia a la muerte (en palabras o dibujos)				
12	Se aburre				
13	Le gustan los juegos de acción y el deporte				
14	Está pálido				
15	Juega con los compañeros				
16	Es lento en todo lo que hace (hábitos y tareas escolares)				
17	Lo ve de mal humor				
18	Participa en clase				
19	Le gusta salir a jugar al patio				
Total					
Requiere valoración por psiquiatría/psicología				SI	NO

Anexo 2.

Consentimiento Informado para Aplicación de Tamiz de Depresión

Por este conducto se desea informa al padre o tutor de la próxima realización de la tesis titulada *“Prevalencia de Depresión en Preescolares”* donde se aplicará la encuesta de tamizaje *“Escala de Depresión Preescolar para Maestros”*, la cual; será contestada por el personal de enseñanza del C.E.N.D.I. al que pertenece su hijo (a).

Se solicita su autorización para que su hijo (a) forme parte de la investigación y se logre, en caso que lo amerite, un diagnóstico oportuno. Los resultados del tamiz, solo en caso de ser positivos serán informados de manera oportuna al tutor del menor con el cual se planeará un plan a seguir.

Sin más, se envía un cordial saludo y agradecimiento por la atención a la presente.

Acepto que se aplique la encuesta *“Escala de Depresión Preescolar para Maestros”* a mi hijo (a): (SI) (NO)

Nombre del menor:

Nombre y firma del tutor:

Fecha: _____

Información: Dr. Alejandro Rojas /residente de pediatría. Mail: ara8607@gmail.com. Cel: 4422500130

***El contenido de este mensaje es confidencial y se entiende dirigido y para uso exclusivo del destinatario. Por lo que no se podrá distribuir o difundir por ningún medio sin la previa autorización del emisor original. Si usted no es el destinatario se le prohíbe su uso. La información obtenida de la encuesta que se autoriza a realizar será para uso estadístico, respetando el anonimato de los participantes.

Anexo 3.

Consentimiento Informado para Informes de Resultados de la Aplicación de la Escala de Depresión Preescolares para Maestros y Envío a Especialista

Por este conducto se desea informa al padre o tutor de los resultados de la encuesta de tamizaje “Escala de Depresión Preescolar para Maestros”, la cual; fue contestada por el personal de enseñanza del C.E.N.D.I. al que pertenece su hijo (a).

Acorde a los resultados su hijo (a) fue positivo al tamizaje, lo cual sugiere algunos datos compatibles con depresión, se hace hincapié que no es un diagnóstico, solo una sospecha; por lo cual el paso sugerido a seguir es una consulta con el médico especialista en paidopsiquiatría quien descartará o confirmara dicho diagnóstico y en caso de necesidad se dará tratamiento.

Sin más, se envía un cordial saludo y agradecimiento por la atención a la presente.

He comprendido y recibido la información de manera adecuada acerca de mi hijo (a): (SI) (NO)

Acepto la consulta de paidopsiquiatría para mi hijo (a): (SI) (NO)

Nombre del menor:

Nombre y firma del tutor:

Fecha: _____ Ficha del menor:

Información: Dr. Alejandro Rojas /residente de pediatría. Mail: ara8607@gmail.com. Cel: 4422500130

***El contenido de este mensaje es confidencial y se entiende dirigido y para uso exclusivo del destinatario. Por lo que no se podrá distribuir o difundir por ningún medio sin la previa autorización del emisor original. Si usted no es el destinatario se le prohíbe su uso. La información obtenida de la encuesta que se autoriza a realizar será para uso estadístico, respetando el anonimato de los participantes.
