



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

TÍTULO:

**PRESENTACIÓN Y PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN
CUIDADORES INFORMALES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT
DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
PSIQUIATRA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENTE**

PRESENTA

DR. CRISPIN MORENO AVITIA

TUTOR

**DR. JOSÉ IGNACIO RENDON MANJARRÉZ
PSIQUIATRA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
MÉDICO ADSCRITO Y JEFE DEL SERVICIO DE PAIDOPSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMNO**

ASESOR METODOLÓGICO

**DR. JUAN CARLOS BARRERA DE LEÓN
DOCTOR EN CIENCIAS MÉDICAS. INVESTIGADOR NIVEL I SNI CONACYT**

UMAE PEDIATRÍA CMNO GUADALAJARA JALISCO, AGOSTO 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.

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre: CRISPIN MORENO AVITIA

Cargo: Médico Residente de 2o año de la Especialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente

Adscripción: Departamento de Psiquiatría Psicología y Salud Mental, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340

Universidad Nacional Autónoma de México

Teléfono: 36-17-00-60 Ext.32619

2. DATOS DE LOS ASESORES

Asesor Experto

Nombre: Dr. José Ignacio Rendón Manjarrez

Cargo: Jefe del Departamento de Psiquiatría Psicología y Salud Mental, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente.

Dirección: Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340

Teléfono: 36-17-00-60 Ext. 32619

Asesor Metodológico

Nombre: Juan Carlos Barrera De León

Cargo: Director de Educación e Investigación en Salud UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. **Dirección:** Belisario Domínguez 735, Colonia Oblatos, Cp. 44340

Teléfono: 36-17-00-60 Ext.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Summary.....	2
Introducción.....	3
Antecedentes generales.....	5
Antecedentes específicos.....	19
Justificación.....	21
Planteamiento del problema.....	24
Objetivos.....	27
Material y métodos.....	28
Criterios de selección.....	28
Calculo de la muestra.....	29
Procedimiento.....	29
Instrumento de medición.....	30
Análisis estadístico.....	32
Consideraciones éticas.....	32
Variables.....	33
Recursos.....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	52
Conclusiones.....	56
Referencia bibliográfica.....	57
Anexos.....	63

RESUMEN

TITULO: PRESENTACIÓN Y PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN CUIDADORES INFORMALES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Moreno-Avitia C., Barrera-De León J., Rendón-Manjarrez J.

Al evaluar niños con TDAH el tratamiento enfatiza los síntomas conductuales del niño y el adolescente, sin tomar en cuenta la sobrecarga emocional a que se expone el cuidador informal del pequeño, predisponiéndole a desarrollar un trastorno depresivo mayor de gravedad moderada a severa, repercutiendo de manera bidireccional entre el pequeño y su cuidador.

Objetivo: Comparar la presentación y prevalencia del trastorno depresivo mayor en el cuidador informal de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y cuidadores de niños sin este trastorno en el UMAE de pediatría, del centro médico nacional de occidente IMSS.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo, en el que se aplicó la escala de depresión de la escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), basada en los criterios del DSM-5, para diagnosticar y medir severidad de los cuadros depresivos, a cuidadores informales de niños con diagnóstico de TDAH que acudieron al servicio de salud mental del CMNO, y posteriormente se comparó con cuidadores informales de niños sin tal diagnóstico, que acudieran a consulta de medicina familiar en la clínica del IMSS por cualquier otro motivo. La escala consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a una escala tipo Likert que va de 0- 3puntos. Los datos recabados fueron capturados en el paquete estadístico: Statistical Package for Social Sciences para MAC (SPSS versión 17.0).**Resultados** Proporcionaron 90 escalas auto aplicables PHQ-9, con un índice de recuperación del 100%, 50% correspondieron a cuidadores informales de niños con TDAH (45), mientras que el otro 50%(45) fueron distribuidas a cuidadores informales de niños sin dicho diagnóstico, 100% de los cuidadores informales correspondieron al género femenino. Según los puntajes obtenidos el trastorno depresivo mayor (TDM): corresponde a la presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de "más de la mitad de los días (≥ 2), y que al menos uno de los síntomas encontrados fuera ánimo depresivo o anhedonia. Se encontró en los cuidadores informales de ambos grupos, un total de 51 pacientes con episodio depresivo mayor actual al momento del estudio, con una presentación mayor en el grupo de cuidadores de niños con TDAH representado por 37 casos (82%) comparado con el control con 14 casos (31%); por otra parte el casi el 72.5% de los cuidadores informales que tenían depresión correspondían al grupo de TDAH y de ellos cerca del 60% la padecían en niveles de moderado a grave, con puntajes mayores en el ítem de ideación suicida.**Conclusiones:** El trastorno depresivo mayor tiene mayor frecuencia de presentación, prevalencia y severidad en los cuidadores informales de niños con diagnóstico de TDAH, así como niveles mayores de anhedonia, Anergia, alteraciones del sueño, alteraciones en el apetito, en la concentración, inhibición o exaltación psicomotriz y sentimientos de culpa y de ideación suicida y a su vez presenta 10 veces más riesgo de un trastorno depresivo mayor que aquellos cuidadores de pacientes sin esta patología.

SUMMARY

TITLE: PRESENTATION AND PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN INFORMAL CAREGIVERS OF CHILD WITH ATTENTION DÉFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY

Moreno-Avitia C., Barrera-De León J., J. Rendón-Manjarrez

When assessing children with ADHD, treatment emphasizes the behavioral symptoms of child and adolescent, without taking into account the emotional overload that the informal caregiver of the infant is exposed, predisposing to develop a major depressive disorder moderate to severe, affecting so bidirectional between the child and caregiver.

Objective: To compare the presentation and prevalence of major depressive disorder in the informal caregiver of children with attention déficit hyperactivity disorder and caregivers of children without this disorder in the Highly Specialized Medical Unit of Paediatrics, of the West National Medical Center IMSS.

Methods: A cross-sectional study, in which the depression scale of the PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) scale, based on the DSM-5, to diagnose and measure severity was applied to informal caregivers of children diagnosed with ADHD who presented to mental health service of West National Medical Center, and then compared with informal caregivers of children without such a diagnosis, which would come to family practice clinic IMSS for any other reason. The scale consists of nine items that assess the presence of depressive symptoms present in the past 2 weeks. Each item has an index corresponding to a Likert scale ranging from 0- 3 points severity. The data collected were captured in the statistical package: Statistical Package for Social Sciences for MAC (SPSS version 17.0)

Results: 90 Self-administered scales were provided PHQ-9, with a recovery rate of 100%, 50% were informal caregivers of children with ADHD (45), while the other 50% (45) were distributed to informal caregivers of children without the diagnosis, 100% of informal caregivers corresponded to the female gender. According to the scores major depressive disorder (MDD) corresponds to the presence of 5 or more of the 9 depressive symptoms with a severity index "more than half the days (≥ 2)", and that at least one of the symptoms reported were sad or anhedonia. It was found in informal caregivers of both groups, a total of 51 patients with major depressive episode at the current time of the study. Major depressive episode was more frequent at the group of caregivers of children with ADHD represented by 37 cases (82%) compared with control 14 cases (31%); on the other hand almost 72.5% of informal caregivers who had depression corresponded to the group of ADHD and of those about 60% in the suffering moderate to severe levels, with higher scores on the item of suicidal ideation. Conclusions: Major depressive disorder have greater frequency of occurrence, prevalence and severity in informal caregivers of children diagnosed with ADHD as well as higher levels of anhedonia, anergy, sleep disturbances, changes in appetite, concentration, inhibition or psychomotor excitement and feelings of guilt and suicidal ideation and in turn it has 10 times more risk of major depressive disorder than those caregivers of patients without this condition.

INTRODUCCION:

La prevalencia mundial del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la actualidad ha venido aumentando de manera importante en los últimos años y aunque no queda claro si esto ha sido así debido a factores ambientales o a una mejoría en la información, observación de casos y búsqueda de atención para niños con síntomas de inatención, según estudios epidemiológicos actuales este trastorno alcanza una prevalencia a nivel mundial que oscila alrededor del 5-15% de la población infantil, con una proporción de 4:1 niños y niñas respectivamente. De igual manera se conoce que entre un 60% de los pequeños con diagnóstico de TDAH, seguirán presentando síntomas de inatención en la edad adulta, convirtiéndole entonces en padecimiento crónico.

Ser portador de un diagnóstico como es el TDAH implica además de los problemas de aprendizaje, un aumento del riesgo de accidentes, los constantes enfrentamientos físicos, y en un futuro a mediano plazo, conductas de riesgo como drogadicción, promiscuidad sexual y muerte, quien cursa con este diagnóstico durante la escolaridad primaria, de igual manera se ve señalado por los compañeros e inclusive los mismos maestros que dentro del cansancio de impartir clases a grupos sobre poblados en ocasiones en horarios extendidos, vuelven a estos pequeños en víctimas de acoso escolar, aumentando con ello la demanda de atención por servicios de salud a petición de los maestros, encontrando que las mismas instituciones educativas condicionan la educación a estos pequeños si no se encuentran bajo tratamiento psiquiátrico, generando con ello o bien empeorando los problemas de ansiedad y depresión.

Por otra parte la presencia de un familiar con un padecimiento crónico no únicamente altera la dinámica del individuo, sino del ambiente familiar por completo, existe una repercusión en el ámbito familiar y del ritmo social, laboral y económico, ante esto los padres deben lograr controlar sus sentimientos y reorganizarse ante el problema y del estado de salud del niño, sin embargo

debido a la evolución crónica del padecimiento es común observar en los padres de estos pequeños referir síntomas como tristeza, agotamiento, desesperanza e impotencia, que pueden evolucionar a conductas hostiles hacia el pequeño, generando una lucha de poderes contra este, inclusive casos en que la incapacidad de lidiar con el problema funge como detonador para la separación de los padres o de otros miembros de la familia, haciendo evidente una necesidad de mayor apoyo psicológico para el pequeño y la familia.

Existen diversos estudios que hablan sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades de tipo oncológico, mas en el ámbito de la salud mental se observa una atención dirigida hacia el denominado enfermo sin tomar en cuenta las repercusiones de la enfermedad a nivel familiar, pero sobre todo a nivel del cuidador principal al que es común observar conteniendo sus emociones e incluso romper en llanto durante una evaluación psiquiátrica infantil. Si tomamos en cuenta que la depresión ha sido catalogada como la primera causa de incapacidad a nivel mundial, la situación anteriormente planteada no es un problema que deba ser tomado a la ligera, ya que un padre con depresión será incapaz de llevar el timón del barco familiar, condenándole a la deriva.

ANTECEDENTES GENERALES:

La familia funciona como una unidad interactiva e interdependiente; al ocurrir algún evento o experiencia que afecte en particular a algún miembro del grupo, perjudica a los demás miembros de la familia ^{1,2}. Al nacer un hijo con discapacidad ocurre un impacto dentro de la familia que afecta a cada uno de los miembros que la componen; se modifican los ideales de los padres respecto a su hijo y se aumentan las fuentes de estrés tanto emocionales, como físicas, económicas y sociales.

El futuro del niño con discapacidad depende en gran medida de la forma en que la familia percibe y afronta la discapacidad, ésta dependerá de diversos factores tales como los rasgos de personalidad, el estado de ánimo de cada uno de ellos, el nivel cultural y de estudios o la gravedad del diagnóstico y pronóstico, también la manera en que los padres evalúan su vida familiar, lo cual puede influir en la percepción de todos los miembros de la familia ¹.

A nivel mundial existen 500 millones de personas con alguna discapacidad, lo que equivaldría al 10% de la población; de este porcentaje, 140 millones son niños, otros 300 millones viven en países en desarrollo y únicamente el 2% de la población tiene acceso a asistencia médica y servicios adecuados ³. La situación en México el total de personas con discapacidad es de 5.739.270, de acuerdo con el último censo realizado, lo que equivale al 5.1% de la población; de esta población 520.369 son niños con edades entre 0 y 14 años, equivalente al 1.6% de la población total con discapacidad según el registro del Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2010. Las familias mexicanas con hijos con discapacidad no cuentan con la atención suficiente para las necesidades derivadas de la discapacidad; se requiere de apoyos que les permitan acceder a los servicios de salud, rehabilitación y educación ⁴.

En referencia a lo anteriormente citado en los últimos años como resultado a la creciente población y a la mayor demanda de servicios de salud por parte de los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas o con discapacidad, ha sido necesaria una mayor implicación de los familiares en el cuidado de estos pacientes, como parte del modelo de cuidador informal, el que se desarrolla en casa, de manera tradicional, ajustándose a la experiencia propia de cada día. Este cuidado es proporcionado por el familiar que ante la circunstancia de la enfermedad asume este deber moral, dedicando una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes, provocando un trastorno en su cotidianidad, que si se extiende a lo largo del tiempo va a demandar de mucho esfuerzo físico y mental ya que realizan una tarea necesaria poco visible y reconocida socialmente, con repercusiones negativas en su salud, ya que al asumir dicho papel se desprenden de su vida propia para entregarse plenamente a la tarea de cuidar a su familiar, son muchas horas del día las empleadas por ellos para cuidar a su paciente, olvidándose, en parte o por completo, de su propio cuidado y bienestar, esta modalidad de cuidado se desarrolla en el ámbito doméstico, y generalmente es una función adscrita a las mujeres como parte del rol de género; el cuidado de la salud de las personas que lo necesitan es “cosa de mujeres”.^{5,6}

A partir de la década de los ochenta, comenzaron a publicarse en países anglosajones y europeos estudios y reflexiones acerca de la atención informal de la salud. Un gran número de personas que necesitan ser asistidas o cuidadas por otra, que no recibe ayuda económica ni capacitación previa para la atención del paciente. Investigaciones realizadas en Europa y Norteamérica en torno al perfil demográfico y psicosocial e impacto de esta situación han sido en cuidadores de pacientes con algún tipo de demencia, trastornos de tipo psiquiátrico, cáncer, SIDA y adultos mayores, o en el caso de México los múltiples trastornos incapacitantes en edad pediátrica entre ellos los trastornos de lenguaje (19%) la parálisis cerebral infantil (16.7%) y el TDAH (9.5%) principalmente, según se reporta en un estudio realizado por la SEDENA en 2014 (4). Los datos reportados

en diversos estudios encuentran que el sistema informal es la fuente principal de cuidados hasta en el 85%. Algunas de las características demográficas de los cuidadores informales descritos en estos estudios son: mujeres (83.6%), amas de casa (44.25%), de 45 a 65 años (\bar{x} = 59.2 a), sin estudios (17.1%), con parentesco directo con la persona cuidada (son hijas, 22% esposas y 7.5% nueras), no reciben ayuda de otras personas (53.7%), gran parte de los cuidadores comparten el domicilio con el enfermo y prestan ayuda diaria, en la mayoría de los casos sin remuneración ⁷.

De otro lado, la sobrecarga emocional es “el conjunto de consecuencias negativas que el cuidado de una persona dependiente tiene para el cuidador”. El estrés continuado debido al cuidado puede dar lugar al denominado Síndrome de Burnout (“Síndrome del quemado”), caracterizado por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. El cuidado familiar también tiene consecuencias en la salud física de los cuidadores. Se ha comprobado que los cuidadores tienen tasas de morbilidad mayores que el resto de la población, y experimentan cansancio físico, deterioro de su salud y falta de tiempo para el auto cuidado debido a esta actividad ⁸. Estremero y Goldman especifican que la sobrecarga es el conjunto de consecuencias negativas que el cuidado de una persona dependiente tiene para el cuidador ⁹.

El síndrome de Burnout, descrito inicialmente, para el ámbito laboral médico, se ha tomado a otras poblaciones, incluido dentro de estas a los cuidadores familiares; este síndrome es una respuesta emocional secundaria al prolongado estrés ocupacional. Se traduce al castellano como “estar quemado”, aunque se encuentra un gran número de definiciones, todas coinciden en que se trata de un proceso que se desarrolla gradualmente ¹⁰. En la población pediátrica los cuidadores en general, presentan frustración, tristeza, desdicha o culpa al saber que su hijo tiene una discapacidad, pues al conocer el diagnóstico se rompen los

ideales que tienen ellas respecto a su hijo, lo cual será objeto de estudio de esta investigación .

En México se sabe poco sobre el efecto de las enfermedades en los cuidadores, La experiencia de cuidado conlleva sufrimiento junto con sentimientos de abandono, ansiedad y dudas sobre la provisión de cuidados. Existen estudios que han encontrado que entre 46 y 59 % de los cuidadores primarios están clínicamente deprimidos y utilizan prescripciones para depresión, ansiedad e insomnio dos o tres veces más que el resto de la población ¹¹.

El tipo de cuidado se ha descrito en términos de la duración del cuidado en meses o años y en horas al día, así como en el grado de impacto en la vida privada del cuidador y en la frecuencia de la ocurrencia de indicadores diagnósticos de estrés en el cuidador, un estudio publicado en 2008 realizado en población mexicana del IMSS en padres de pacientes con enfermedad terminal un alto reportó de diversos síntomas de ansiedad y depresión. Se registró falta de concentración, ganas de llorar, tristeza, nerviosismo, tensión, fatiga, problemas para dormir, etcétera.

Cabe señalar que no existe un cuadro clínico específico para el síndrome del cuidador, en este se aprecian una diversidad de indicadores propios del estrés, como son los síntomas físicos y psicológicos reportados: tensión muscular, cansancio, irritabilidad, depresión, llanto, ansiedad, olvidos, síntomas de depresión, trastornos del sueño, irritabilidad, aislamiento, problemas de memoria y pérdida de motivación, entre otros, todos ellos pudiendo ser englobados dentro de un trastorno depresivo mayor ².

Actualmente, el diagnóstico de depresión mayor, se realiza en base a 2 sistemas de clasificación, el CIE – 10 y el DSM 5, los criterios que proporciona el DSM 5 ¹² para depresión mayor son :

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es [1] estado de ánimo deprimido o [2] pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Y los criterios proporcionados por la CIE 10 para depresión mayor grave son ¹³:

Ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar, y el aumento de fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, que deben ser de intensidad grave, los cuales son: La disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad (incluso en las episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

a. **Síntomas afectivos**

En ocasiones una tristeza patológica puede no ser evidente al quedar oculta por la sintomatología restante, en casos extremos, el paciente puede quejarse de vacío interno o falta de sentimientos, Estas situaciones de intensa indiferencia, e incluso de anestesia afectiva, pueden suceder hasta en un 10-15% de los casos ¹⁴.

- *Disforia*: Sensación notable y difusa de malestar general. Esta se origina al confluir diferentes emociones o sentimientos de tonalidad negativa como: ansiedad, mal humor, sufrimiento angustioso o irritabilidad, pesimismo,

irritados, enfadados amargados y pueden presentar episodios de agitación¹⁵.

- *Anhedonia*: Es la disminución o desaparición de la capacidad para obtener placer en circunstancias que con anterioridad si lo producían.¹⁶
- *Ansiedad y angustia*: La ansiedad secundaria a la depresión supone un estado de alerta continuo que el paciente experimenta con miedo intenso sin causa conocida, como si fuera a ocurrir algún acontecimiento terrible o doloroso, este estado de alerta se acompaña de inquietud, intranquilidad, desasosiego, desesperación y necesidad urgente de alivio o ayuda.
- *Irritabilidad*: Se manifiesta con reacciones desproporcionadas e injustificadas, a veces violentas ante los estímulos, lo que denota una hipersensibilidad patológica, conducta huraña y de aislamiento social.
- *Apatía*: En el contexto depresivo, supone un estado de indiferencia que invade por completo al paciente, quien así lo manifiesta en todas sus actividades¹⁶
- *Humor depresivo*: Constituye el síntoma nuclear de la depresión, aunque también pueden estar presentes la indiferencia, disforia, anhedonia, ansiedad, angustia, irritabilidad y apatía¹⁷.

b. **Síntomas cognitivos**

Curso del pensamiento lento (bradipsiquia), estos manifiestan cierta dificultad para pensar, indecisión, dudas, escrúpulos morales, monotonía en las ideas y una disminución general de la capacidad para discernir, pensar y concentrarse (inhibición del pensamiento).¹⁷

Contenido del pensamiento. Un amplio campo de preocupaciones, rumiaciones negativas y penalidades que incrementan su sufrimiento. Entre estos contenidos destacan la tendencia a desvalorizarse a sí mismo y a considerarse como persona indigna, culpable, responsable de cuantas desgracias pueden sobrevenir a él y a sus seres queridos, el futuro, como el pasado, están marcados por malos augurios, desgracias y autorreproches, ideas recidivantes de muerte y suicidio, así como ideas sobrevaloradas y/o delirantes^{18,19}.

c. **Síntomas somáticos**

La astenia, fatigabilidad y falta de vitalidad, más marcadas durante las primeras horas del día. Las cefaleas de características atípicas y de diagnóstico etiológico difícil, algias diversas, musculares generalizadas y poli artralgias atípicas, trastornos digestivos, pérdida del apetito, bulimia, sequedad de boca, así como estreñimiento o diarrea, pérdida de la libido, que incluye pérdida del interés por el sexo, falta de erección, frigidez y además trastornos del equilibrio^{20,21}. El ritmo circadiano de la actividad- descanso está alterado. Muchos enfermos se encuentran peor por la mañana, presentando adinamia, astenia, y falta de vitalidad e iniciativa. En muchas ocasiones los pensamientos son negativos e intensos en estas horas del día y por lo regular mejoran por la tarde, en otros se detecta una expresión sintomatológica inversa²².

d. **Síntomas conductuales**

El llanto inmotivado, alteraciones en la actividad psicomotora, disminución del rendimiento en diferentes aspectos de la vida diaria y tendencia al aislamiento son cambios conductuales frecuentes en la clínica depresiva. Probablemente, los intentos de suicidio y suicidio son las conductas más graves que pueden manifestar mayor gravedad depresiva.²³

La actividad motora en el paciente deprimido puede estar alterada disminuida o aumentada. Esto supone un compromiso de la actitud, gestos, mímica y movimientos tanto aislados como combinados, voluntarios o involuntarios. La apariencia está marcada por la facies hipo mímica, la postura desplomada, el escaso cuidado personal y la delgadez.

Etiología de la depresión

Los estudios clínicos y preclínicos de la segunda mitad del siglo XX sugieren que los sistemas de neurotransmisión a nivel de SNC están implicados en la depresión. El de mayor importancia es el monoaminérgico (serotonina, noradrenalina, dopamina) por medio de la teoría de deficiencia de monoaminas; pero otros neurotransmisores como GABA y glutamato tienen un papel importante en la patogenia de la depresión.

La deficiencia es debida a la reducción, dificultades en la síntesis y fallas en la regular la actividad mono aminérgica, esta ultima por medio de los transportadores pre sinápticos. Así también se sabe sobre la alteración de los receptores de serotonina, especialmente con desregulación al alta y baja de los receptores: 5-HT1A, 5-HT2A, 5-HT1B, 5-HT2C. La serotonina implicada en aspectos clínicos como animo bajo, impulsividad y ansiedad; la noradrenalina sobre todo implicada en áreas de energía vital, concentración e iniciativa y dopamina principalmente para funciones de atención y concentración en regiones pre frontales y de síntomas psicóticos en regiones límbicas. En cuanto a GABA, se ha visto disminución en sus niveles asociándose a mayores niveles de ansiedad y temor. La participación del glutamato comenzó a ser de interés, al notar que la administración a dosis subanestésicas de ketamina, mejora rápidamente la sintomatología depresiva; además de que el glutamato participa activamente en el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical ²⁴⁻²⁹.

Por su parte el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que puede asociarse o no a hiperactividad motora, siendo uno de las enfermedades neurobiológicas del comportamiento crónico más frecuentes (3 al 5% de la población escolar) en la niñez y en la adolescencia.³⁰ se caracteriza por incapacidad para prestar atención a una tarea, hiperactividad motora e impulsividad. A menudo se observan en este trastorno conductas oposicionistas y agresivas discapacidades específicas de aprendizaje. El tratamiento correcto del TDAH requiere la consideración cuidadosa de todos los problemas que necesitan se intervenga sobre ellos.³¹

Las primeras descripciones de este trastorno datan de principios del siglo, y a través del tiempo ha ido recibiendo distintas denominaciones: Disfunción cerebral mínima, Síndrome Hiperkinético, hasta el actual "Déficit de Atención con Hiperactividad".³² La clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de 1992, que maneja la Organización Mundial de la Salud, lo denomina "trastorno Hiperkinético", al enfocarse más hacia el aspecto hiperactivo.³³

La atención es un factor crucial para el aprendizaje ya que sin concentración, aprender es difícil, más aún si el trabajo es repetitivo o meticuloso. Aprender a leer y escribir requiere notables esfuerzos cognitivos. Los niños que padecen trastornos de atención a menudo tienen un rendimiento escolar más bajo que el promedio. Generalmente, se diagnostica a partir de los 7 años de edad después de demostrar síntomas durante un mínimo de 6 meses. Existen dos subtipos de TDAH: el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (tipo mixto o combinado) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con predominio del déficit de atención.

La causa es desconocida se cree que son responsables factores genéticos así como otros que afectan al desarrollo del cerebro durante el período prenatal y en el postnatal precoz. Se ha demostrado una asociación entre el gen del receptor dopaminérgico D4 y un fenotipo de TDAH. Cada vez hay más pruebas de que los niños con TDAH difieren de los niños normales en cuanto a las medidas de la estructura cerebral tomadas por técnicas de neuroimagen, así como en la función cerebral.³⁴

El manual DSM-5 sugiere los siguientes criterios diagnósticos:

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. **Inatención:** Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la

comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).

b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).

c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).

d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).

e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).

f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).

g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).

i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:

Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.

b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).

c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (**Nota:** En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)

d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.

e. Con frecuencia está “ocupado,” actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado,

como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).

f. Con frecuencia habla excesivamente.

g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).

h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).

i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).

B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).

D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

Manifestaciones clínicas

Existen autores que separan las manifestaciones clínicas en Síntomas primarios: hiperactividad, impulsividad e inatención. Y en Síntomas secundarios: emocionales, (labilidad de afecto, baja tolerancia a la frustración, poca sensibilidad al dolor y dificultad para lograr satisfacción o placer), Síntomas sociales (resistencia a las exigencias sociales, tendencia a la independencia, conducta dominante, dificultad para integrarse a grupos y captar las señales sociales), síntomas cerebrales (alteraciones perceptuales, de secuencia, abstracción y organización de la información, en la memoria, en el lenguaje y en la coordinación motriz), Síntomas familiares (problemas con los padres, maritales y con los hermanos).³³

Dentro de los síntomas secundarios, los trastornos emocionales incluyen problemas en el sueño, que pueden tener efectos notables en el funcionamiento conductual, emocional, social y familiar del niño.³⁵ Tomando en cuenta por supuesto que alrededor del 25% de los niños cursan con problemas del sueño.³⁶

En México, en las clínicas y hospitales de salud mental, la mayoría de psicólogos y psiquiatras que trabajan con niños y adolescentes, utilizan la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales 5. Cuya estructura se encuentra en varios valores que concluyen en un punto a determinar, catalogados en 3 dimensiones: de atención, hiperactividad e impulsividad.³⁷

Los datos de los niños con TDAH, se hacen evidentes al entrar a la guardería, a los primeros grupos de escolarización, siendo descritos como alborotadores y desobedientes. A menudo provocan cólera con otros niños, sin que parezcan aprender de sus conductas negativas. Los exámenes de laboratorio no son muy útiles, ya que el diagnóstico es clínico, sin embargo existen patologías como lo es la intoxicación por plomo, que juega con datos clínicos similares al TDAH. Además hay que descartar disfunciones tiroideas, medicamentos que esté tomando, (como los son fenobarbital, teofilina).

Se estima que más del 80% de los niños que presentan el trastorno TDAH, continuarán presentando el trastorno en la adolescencia, y entre el 30 y el 65% lo presentarán también en la edad adulta mencionado por Barckley, R. En 1995.³⁸, cabe señalar que tan solo en el año 2014 el TDAH representó por si solo el 60% de los motivos de consulta externa del área de salud mental en la UMAE de pediatría del CMNO.

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

En la actualidad existen muy pocos estudios que hagan referencia a la presencia de trastorno depresivo mayor en el cuidador informal de con enfermedades crónicas incapacitantes incluyendo al TDAH, remitiéndose únicamente a referirse a sobre carga emocional como un fenómeno de afectación poliédrico.

En el año 2006 en un estudio realizado en valle de la cuenca Colombia se buscó describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados. Mediante un estudio de casos y controles en el Valle del Cauca durante el 2003-2004 para evaluar la funcionalidad familiar (APGAR familiar), la ansiedad y depresión (escala de Goldberg), la presencia de enfermedades (cuidadores y no cuidadores), y la prevalencia del síndrome del cuidador (escala de Zarit). Se estudiaron 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%, $p < 0.01$), una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%, $p < 0.001$), y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) ($p = 0.004$) en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%, $p = 0.01$) y con depresión (100%, $p < 0.0001$); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores ($p = 0.0004$)⁴⁴.

En México en el año 2007 se realizó un estudio para medir y comparar las características psicoafectivas del cuidador informal (sobre carga, ansiedad y depresión), se incluyeron 65 cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico con los de 35 cuidadores de pacientes terminales, se les aplicó la *Entrevista de Sobre Carga del cuidador* de Zarit, y la *Encuesta de salud del cuidador primario informal*, a cuidadores de pacientes de la Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Encontrando que en ambos

grupos se rebasó el punto de corte del nivel de sobrecarga, pero no hubo diferencias significativas en esta variable ni en ansiedad. Sin embargo, los cuidadores de pacientes terminales presentaron mayor sintomatología depresiva y mayor percepción de impacto en su estado de ánimo. Se encontraron correlaciones positivas entre sobrecarga y depresión; sobrecarga y ansiedad; y depresión y ansiedad¹¹.

En el año 2014 se realizó un estudio con 38 cuidadores informales para Determinar la sobrecarga emocional de los cuidadores familiares de niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Utilizando la misma escala de sobre carga”, se encontró que el nivel de sobre-carga intensa predominó en un 47.4% frente a un 34.2% que no presenta sobrecarga, en su mayoría son madres, las cuales trabajan en el hogar y cuidan a su hijo entre 19 y 20 horas al día con apoyo en esta labor. La sobrecarga emocional intensa imperó en estas cuidadoras, tienen un alto grado de compromiso con su familiar y sienten que deberían hacer más de lo que hacen por ellos⁵.

JUSTIFICACIÓN:

Magnitud:

Los problemas de salud mental, en particular los trastornos depresivos, son un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo por su alta prevalencia y el grado de discapacidad que producen.

Por su parte el TDAH se encuentra categorizado entre las tres primeras causas de incapacidad en pacientes en edad pediátrica, siendo el primer motivo de consulta en segundo nivel en el servicio de psiquiatría, aunado a la elevada tasa de accidentes y el coste que representa su ingreso a salas de urgencias como resultado de su alta impulsividad y pobre valoración de riesgos.

Así mismo el TDAH se relaciona con problemas conductuales y de aprendizaje severos que se traducen en el rechazo por parte de maestros y los pares. El riesgo de no ser atendidos de manera temprana puede hacer que este trastorno se complique en la adolescencia con trastornos externalizados.

Los padres depresivos exhiben patrones cognitivos que se manifiestan en preocupaciones excesivas que pueden a su vez desencadenar conductas sobreprotectoras, restringiendo así las oportunidades del niño para interactuar con el medio ambiente a tal grado que este puede resultar ser menos competente para hacer frente a los factores estresantes en general y, por ende, menos capaz de regular sus emociones durante los procedimientos médicos, lo que disminuye su adherencia al tratamiento y hace más pesimista el pronóstico de la enfermedad

Vulnerabilidad:

La falta de información y la necesidad de una vigilancia permanente del comportamiento del niño, así como supervisar la realización de los deberes, el estigma de tener un hijo con TDAH y la falta de información en los padres, hacen de este trastorno una fuente de estrés y sobre carga emocional en el cuidador

informal, papel desempeñado generalmente en el caso de niños con TDAH por mujeres de entre 18 y 30 años en su mayoría son cuidadores, las cuales trabajan en el hogar y cuidan a su hijo entre 19 y 20 horas al día con apoyo en esta labor. Se ha observado una sobrecarga emocional intensa en estas cuidadoras, ya que tienen un alto grado de compromiso con su familiar y sienten que deberían hacer más de lo que hacen por ellos, lo cual por el simple hecho de ser mujeres (debido a factores relacionados con el género, de tipo hormonales y culturales) les predispone a presentar un trastorno depresivo mayor; Ante el hecho de que el estado emocional del CI influye en la adherencia del paciente al tratamiento, se requiere identificar su perfil psicológico para conocer las variables que se pueden incorporar en los tratamientos psicológicos para que reduzcan su carga y mejoren su calidad de vida.

Factibilidad

El presente estudio se realizó en el servicio de salud mental, el cual incluyó al cuidador informal de pacientes que clínicamente fueron diagnosticados con TDAH por clínicos especialistas expertos en el tema, a quienes se les aplicó la escala Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), la cual mide sintomatología depresiva en base a los criterios diagnósticos del DSM-5, al ser un estudio no experimental y de bajo costo, resultó a lo sumo factible su realización sin poner en riesgo la integridad física o mental del paciente.

Trascendencia

Ante la evidencia se hace necesario no solo realizar un abordaje centrado en el pequeño con TDAH, sino uno integral que sea capaz de contemplar las necesidades psicológicas del cuidador informal y sus posibles alteraciones resultado de la sobrecarga emocional, mismas que no se han abordado desde un marco diagnóstico sino de tipo descriptivo, ya que la llamada sobrecarga emocional no se encuentra dentro de los dos principales sistemas de clasificación de trastornos mentales, sin embargo uno de los elementos principales de ésta es la presencia de sintomatología depresiva en su amplio espectro de

manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales, la cual no ha sido cuantificada en este grupo de personas. Con ello al disminuir la sintomatología depresiva del cuidador informal, mejorará la calidad de vida del paciente con TDAH, reflejándose en un mayor apego al tratamiento y pronóstico de este. Permitiendo a la par la detección y canalización de cuidadores informales portadores de un trastorno depresivo mayor para su manejo en el área de salud mental.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado informal es aquel que se desarrolla en casa de manera empírica el cual es proporcionado un familiar que asume este deber moral el cual al paso del tiempo se verá afectado en su rendimiento físico y mental con repercusiones negativas en su salud. Se denomina cuidador informal a la o las personas (85% son mujeres), que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes, pese a que su esfuerzo no es remunerado, es poco visible y no reconocida socialmente, ya que según supone la sociedad se trata de una dificultad familiar.

Respecto a las repercusiones a la salud se ha descrito el Síndrome del cuidador para describir el conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, e incluso los problemas laborales, familiares y económicos que enfrentan las cuidadoras, como si de un síndrome clínico se tratara. Algunos autores han sugerido que la combinación de estrés mantenido, las demandas de cuidado físico y una mayor vulnerabilidad biológica en cuidadores mayores puede incrementar su riesgo de problemas físicos de salud y, por tanto, un mayor riesgo de mortalidad.

En el momento de abordar los trastornos psiquiátricos que afectan principalmente a los menores como es el caso del TDAH, poco o nulo es el abordaje de las necesidades de los padres o cuidador informal del pequeño, quienes por lo general son señalados por maestros y médicos de primer contacto como irresponsables o incapaces de inculcar buenos hábitos de conducta en los pequeños, aumentando con ello la sobre carga emocional, generando así sentimientos de culpa.

El no abordar los problemas de ansiedad y depresión en los cuidadores informales de niños con TDAH puede tener consecuencias perjudiciales importantes. Con cuidadores “cansados”, los pacientes con problemas conductuales menores pueden tener un riesgo mayor de evolucionar a trastornos de la conducta más

relevantes y persistentes que en el futuro alterarán los campos funcionales académicos, emocionales, familiares o sociales.

El TDAH representa un problema de salud pública mundial y es el trastorno del comportamiento más frecuente de la infancia. Su incidencia mundial varía de 4 a 15% de la población infantil y ello implica que alrededor de 1 500 000 escolares mexicanos presentan este trastorno, por lo que no sería extraño al abordar a fondo el ambiente familiar del pequeño, encontrar cuidadores afectas por el “síndrome del cuidador” o por qué no, trastornos del estado del ánimo como el trastorno depresivo mayor propiamente dicho.

Como ya se había mencionado con anterioridad, el Trastorno depresivo mayor es en la actualidad, la causa número 1 de incapacidad a nivel mundial; siendo más común en la mujer. Ya sea por factores hormonales, genéticos, sociales o psicológicos. Las diferencias en la prevalencia de la depresión entre varones y mujeres comienzan en la adolescencia, se mantienen toda la vida; Por consecuencia, fue necesario iniciar con la siguiente pregunta:

¿Cuál es la diferencia de presentación y prevalencia del trastorno depresivo mayor en cuidadores informales de pacientes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad que acuden a consulta externa de salud mental del UMAE de pediatría del CMNO comparado con cuidadores informales de niños sin este diagnóstico?

HIPOTESIS:

El trastorno depresivo mayor tiene mayor frecuencia de presentación y prevalencia en los cuidadores informales de niños con antecedente de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que en cuidadores de niños sin antecedente del trastorno.

HIPÓTESIS NULA:

El trastorno depresivo mayor tiene igual frecuencia y prevalencia en los cuidadores informales de niños con antecedente de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que en cuidadores de niños sin antecedente del trastorno.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Comparar la presentación y prevalencia del trastorno depresivo mayor en el cuidador informal de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en los cuidadores de paciente que acudieron a los servicios de salud mental y cuidadores de niños sin este trastorno en el hospital de pediatría, del centro médico nacional de occidente IMSS.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Comparar la presentación y prevalencia del TDM en cuidadores informales de niños con diagnóstico de TDAH que acudieron al servicio de Paidopsiquiatría del hospital de pediatría del CMNO y cuidadores de pacientes sin el antecedente del diagnóstico.
2. identificar la existencia del antecedente de los padres con datos de TDM previo a desempeñar el papel de cuidador informal.
3. Enumerar los datos clínicos más frecuentes en los cuidadores de pacientes con TDAH.
4. Describir la gravedad del TDM en los cuidadores informales de los pacientes con TDAH.
5. Identificar la frecuencia TDM en cuidadores informales por sexos.

MATERIAL Y METODOS:

TIPO DE ESTUDIO: Transversal comparativo

UNIVERSO DE TRABAJO:

Cuidadores informales de niños con antecedente diagnóstico de TDAH que acudieron a la consulta externa del servicio de salud mental del hospital de pediatría.

UNIDAD OBSERVACIONAL:

Pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de salud mental del hospital de pediatría del CMNO mayores de 6 años y menores de 16 años.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Cuidadores de pacientes que acudieron a la consulta externa de salud mental del CMNO que contaban con el antecedente diagnóstico de TDAH con o sin tratamiento.
- Niños entre los 6 y los 16 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Niños que no tuvieron confirmado el diagnóstico de TDAH.
- Que no fueron atendidos en la consulta externa de salud mental.
- Que la gravedad de los síntomas del niño no hicieron posible la evaluación de los cuidadores.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Cuidadores se negaron a contestar la escala auto aplicable phq-9 para valoración de TDM.
- Cuidadores que no colaboraron información verdadera en la escala auto aplicable phq-9 para valoración de TDM.

CALCULO DE LA MUESTRA:

Se realizó bajo la técnica de muestreo determinístico, que incluyó a todos los cuidadores informales de los niños y adolescentes que acudieron a la consulta externa de salud mental, de entre 6-16 años del hospital de pediatría del CMNO que contaban con el antecedente diagnóstico de TDAH. . Considerando lo reportado en el estudio realizado en Colombia en 2006 por Dueñas, Martínez y Colaboradores donde se evaluó la prevalencia del síndrome del cuidador de adultos mayores con discapacidad, se encontró tras la evaluación de 102 familias que el trastorno depresivo mayor se presentaba en una proporción de 85% vs 53%, en relación con los cuidadores y los no cuidadores respectivamente, en base a ello se aplicó la siguiente fórmula para cálculo de la muestra.

$$n = \frac{(p_1q_1) + (p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2} \quad n = \frac{(0.81)(0.19) + (0.53)(0.47)(8.6)}{(0.81 - 0.53)^2}$$
$$n = \frac{(0.1539+0.2491)(8.6)}{(0.28)^2} \quad n = \frac{(0.403)(8.6)}{0.0784} \quad n = \frac{3.4658}{0.0784} = 44.2$$

PROCEDIMIENTO

1. En la consulta de salud mental, a los cuidadores informales de niños que contaban con antecedente diagnóstico de TDAH al momento de acudir a su consulta subsecuente al servicio de consulta externa de salud mental en la UMAE de pediatría del CMNO.
2. Se explicó a los padres el padecimiento y se solicitó su autorización para la administración del cuestionario phq-9 en formato auto aplicable.
3. Se llenó del formato del cuestionario phq-9 por los cuidadores pacientes que acudieron a la consulta externa de salud mental del hospital de pediatría del CMNO que contaban con antecedente diagnóstico de TDAH.
4. El cuestionario fue aplicado personalmente por el investigador especialista en salud mental del niño y adolescente.

INSTRUMENTOS DE MEDICION:

1. Sub cuestionario PHQ-9, para el diagnóstico de TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM).
2. Se califico la escala y se determinó el diagnóstico del TDM.

ADD: Formando parte de la cuestionario total Patient Health Questionnaire (PHQ) la SUB ESCALA PHQ-9 fue validada para su aplicación como herramienta diagnóstica de TDM, con una consistencia interna EXCELENTE con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,89, lo que indica un instrumento fiable que efectúa mediciones estables y consistentes, ASI MISMO DEMUESTRA UNA CONFIABILIDAD EXCELENTE EN EL TEST- RE TEST. LA SUB ESCALA consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = “nunca”, 1 = “algunos días”, 2 = “más de la mitad de los días” y 3 = “casi todos los días”. Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: - Síndrome depresivo mayor (SDM): presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de “más de la mitad de los días” (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.- Otro síndrome depresivo (OSD): presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por “más de la mitad de los días” (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia. - Síntomas depresivos positivos (SD+): presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores. - Síntomas depresivos negativos (SD-): no presenta ningún criterio diagnóstico “más de la mitad de los días” (valores < 2), El PHQ-9 demuestra una sensibilidad de un 92% y especificidad de 89% en la detección de pacientes depresivos, al compararla con la escala de Hamilton-D. Además, presenta una validez de constructo y una validez predictiva Concurrente con los criterios de CIE-10 Y DSM-IV para depresión.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se llevó a cabo en el servicio de la consulta externa de salud mental del CMNO, con las características ya mencionadas, sin embargo ante la duda de algún dato se obtuvieron estos directamente del expediente clínico del archivo del hospital.

BASE DE DATOS Y PROGRAMAS DE COMPUTACION:

El análisis de los datos se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 21.0

ANALISIS ESTADISTICO:

Se utilizó análisis descriptivo que incluyó frecuencias y proporciones para variables cualitativas. Para variable cuantitativas se utilizaron medias y desviación estándar en caso de curva simétrica y medianas y rangos en caso de curva no simétrica.

Para estadística inferencial de variables cualitativas se utilizó Chi cuadrada y para comparación de medias en caso de curva simétrica se utilizó t de Student y para comparar medianas en caso de curva no simétrica se usó U de Mann Whitney.

Para determinar asociación se calculó la razón de momios (OR) con intervalos de confianza del 95%.

Los resultados se presentaron en tablas descriptivas.

La información fue vaciada en una base de datos de Excel

Para análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21.0 para Windows.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Siendo un estudio de orden observacional, sólo implicó la revisión y captura de datos a través de un expediente clínico
- Con lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud se dio cumplimiento a los artículos 13 y 14, del título segundo y de acuerdo al artículo 17 de la misma ley. Se consideró un estudio sin riesgo por lo que no requirió consentimiento informado.
- Para aplicación de la escala de evaluación de PHQ9 se solicitó el consentimiento verbal del cuidador informal
- Se respetó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los pacientes
- El estudio se elaboró bajo los lineamientos internacionales de investigación establecidos en la declaración de Helsinki Finlandia en 1969 y sus actualizaciones; de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos
- El protocolo se sometió a revisión del CLIEIS 1302 de la UMAE, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, el cual obtuvo visto bueno.

VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Síntomas depresivos

VARIABLE INDEPENDIENTE

1. Antecedente diagnóstico de TDAH en el niño y adolescente.
2. Edad de inicio de datos de TDAH.
3. Sexo del paciente
4. Otras características sociodemográficas de los cuidadores informales.
5. Datos clínicos más frecuentes de TDM

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	ANÁLISIS
Genero del menor	Cualitativa	Género o identidad sexual	Masculino Femenino	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Genero del cuidador	Cualitativa	Género o identidad sexual	Masculino Femenino	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Edad del menor	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	Continua	Medianas y rangos
Años con diagnóstico de TDAH	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Años	continua	Medianas y rangos
Tratamiento para el TDAH	Cualitativa	Abordaje psicofarmacológico	Estimulantes Anti -psicóticos	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Edad del cuidador	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	Continua	Medianas y rangos
Estado civil del cuidador	Cualitativa	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero Unión libre Casado Separado Divorciado Viudo	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Ocupación del cuidador	Cualitativa	Labor desempeñada Trabajo, oficio o profesión.	Empleo actual remunerado	Nominal	Frecuencias y porcentajes
Escolaridad del cuidador	Cuantitativa	Periodo de tiempo en años que emplea un individuo para la formación académica en un centro docente	Años	Continua	Medianas y Rangos

Sintomatología depresiva	Cualitativa	Presencia de criterios para trastorno depresivo mayor según el DSM-5	Presencia de 5 o más síntomas depresivos en las últimas dos semanas, siempre y cuando uno de los criterios sea ánimo depresivo o anhedonia	Nominal	Medianas y rangos
--------------------------	-------------	--	--	---------	-------------------

RECURSOS

COTIZACION DE MATERIALES, EQUIPO E INSUMOS DEL PROYECTO.

RECURSOS HUMANOS:

Residente de pediatría médica, servicio de Paidopsiquiatría, servicio de psicología, tutor, asesor y colaboradores.

RECURSOS MATERIALES:

Se utilizaron lápiz, pluma, fotocopias, hoja de recolección de datos, sistema de cómputo, impresora, hojas de máquina, impresión, empastado.

RECURSOS FINANCIEROS:

Todos los recursos financieros que se utilizaron en el presente estudio corrieron a cargo del investigador.

RESULTADOS

Se incluyeron 90 sujetos en el estudio, estos pacientes se distribuyeron en dos grupos, el primero conformado por 45 cuidadores informales de niños con diagnóstico de TDAH y el grupo control de 45 cuidadores informales de niños que acudieran a consulta externa de pediatría por cualquier otro motivo.

El grupo de estudio estuvo conformado por 35 varones y 10 niñas, y el grupo control con 23 y 22 varones y niñas respectivamente. El rango de edad encontrado en ambos grupos estuvo comprendido entre 6 a 9 años (10 años +/- 3).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes pediátricos de acuerdo a la presencia de trastorno por déficit de atención.

	Niños con TDAH n=45	Niños sin TDAH n=45	Valor P
Género			
Femenino, n (%)	10 (22)	22(48.9)	0.008
Masculino, n (%)	35 (78)	23(51.1)	
Edad en años, Media±DS			
6-9 años, n (%)	23 (51.1)	23 (51.1)	
10-13 años, n (%)	20 (44.5)	15 (33.3)	0.269
14-16 años, n (%)	2 (4.4)	7 (15.57)	
Escolaridad			
Primaria, n (%)	36 (80)	34 (76)	
Secundaria, n (%)	8(17.8)	11 (24)	
Preparatoria, n (%)	1 (2.2)		

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje, Comparación de proporciones con Chi cuadrada y de medias con t de Student.

En el grupo de estudio el 38% de la muestra de niños no habían llevado ningún tipo de tratamiento, y 62% presentaban un tratamiento promedio de 22 meses.

Tabla 2.- Tabla descriptiva del grupo de niños con TDAH respecto a tiempo de diagnóstico y tratamiento.

	Niños con TDAH N=45	Niños sin TDAH N=45
Tratamiento		
Con tratamiento, n (%)	28 (62.2)	0
Sin tratamiento, n (%)	17 (37.8)	45
Tiempo del diagnóstico, meses, media±DS		
1-12 meses, n (%)	30 (67)	0
13-24 meses	1(2.2)	0
25-36	4 (8.9%)	0
37-48	5 (11.11 %)	0
49 o >	5 (11.11%)	0

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En este estudio se encontró que en ambos grupos de niños con y sin diagnóstico de TDAH, el papel de cuidador informal es realizado por una figura femenina ya sea madre o abuela, observando que la madre de los pequeños es quien en su mayoría desempeña dicha labor siendo en el 100% y 93.3 % de manera respectiva, en ninguno de los grupos se encontró casos en los que el padre o tutor masculino desempeñara dicho papel.

TABLA 3.-RELACION DE PARENTESCO DE LOS CUIDADORES INFORMALES CON LOS NIÑOS CON Y SIN TDAH

	Niños con TDAH N=45	Niños sin TDAH N= 45
Parentesco		
Madre, n (%)	45 (100)	42 (93.3)
Abuela	0	3 (6.7)

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En cuanto total de los cuidadores informales en ambos grupos correspondió al género femenino, y sus edades fueron comprendidas entre los 20-50 años de edad (38+-8 años), con escolaridad secundaria, casadas y sin empleo remunerado (ama de casa).

TABLA 4.- CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DEL CUIDADOR INFORMAL EN EDAD Y ESTADO CIVIL

Edad del cuidador Años RANGO	Niños con TDAH n=45	Niños sin TDAH n= 45	VALOR DE P
Edad del cuidador en años, media±DS	37.7±7.0	37 (+-9)	
20-35 años, n (%)	23 (51%)	18 (40%)	
36-50 años, n (%)	16 (36%)	25 (56%)	0,191
50-65 años, n (%)	6 (13 %)	2 (4%)	
Estado civil			
Soltera, n (%)	6 (13,3)	6 (13,3)	
Casada	32(71,1)	31(68,9)	0,175
Separada (Divorciada)	2(4,4)	4(8,9)	
Viuda	5(11,1)	1(2,2)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje
 No se observaron diferencias significativas entre los cuidadores informales del grupo de estudio respecto al grupo control en nivel de escolaridad, estado civil, rango de edad, ni ocupación de estos.

TABLA 5.-CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DEL CUIDADOR INFORMAL EN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y OCUPACIÓN ACTUAL

Escolaridad	Cuidadores de niños con TDAH	Cuidadores de niños SIN TDAH	VALOR DE P
Primaria, n (%)	3(6.7%)	7 (15,6%)	
Secundaria, n (%)	19 (42,2%)	21 (46,7%)	
Preparatoria, n (%)	20 (44.4%)	12 (26,7%)	0,241
Licenciatura, n (%)	3 (6.7%)	5 (11.1%)	
Ocupación			
Ama de casa, n (%)	19.9 (42.2)	27 (60,0)	
Empleada, n (%)	16 (35,6)	9 (20,0)	
Profesionista, n (%)	1 (2,2)	4 (8,9)	0,133
Comerciante, n (%)	5(11,1)	4 (8,9)	
Otros, n (%)	4(8,9)	1 (2,2)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

Respecto a la sintomatología depresiva encontrada en los cuidadores informales de ambos grupos se observó un total de 51 pacientes con episodio depresivo mayor actual al momento del estudio, siendo mayor en el grupo de cuidadores de niños con TDAH encontrando 37 casos (82%) comparado con el control con 14 casos (31%). Respecto a la severidad de los caso se observo mayor severidad en el grupo de estudio con 25 casos de depresión moderada y severa (55% del total) contra 9 casos en el grupo de controles (20%), encontrando a su vez mayor riesgo de suicidio entre los cuidadores informales del grupo de estudio siendo 9 casos (20%) contra 1 caso (2%) de los controles.

TABLA 6.-DE SEVERIDAD DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CUIDADORES INFORMALES

	n =45 (%) Cuidadores de niños con TDAH	n (%) Cuidadores de niños sin TDAH	VALOR P	OR (IC 95%)
Severidad depresión				
Asintomático n (%)	8 (17.8)	31 (68.9)		
Leve n (%)	12 (28.8)	5 (11.1)		
Moderada n (%)	13 (33.3)	8 (17.8)	0.001	10.24 (3.80-27.59)
Severa n (%)	12 (26.7)	1 (2.2)		
Total depresión n (%)	37 (82.22)	14(31.11)		
Riesgo Suicida n (%)	9(20)	1 (2.2)		

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje
OR= razón de momios

Se realizó una comparación entre el grupo de cuidadores de niños con TDAH y el de niños sin el diagnóstico para cada una de los 9 ítems valorados por el PHQ-9, encontrándose mayor severidad en cada una de estos en el grupo de niños con TDAH, con excepción de la sub escala de sentimientos de tristeza en la que no se encontraron diferencias significativas (P=0.14) entre los grupos.

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de anhedonia en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 7.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD ANHEDONIA

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de anhedonia			
Ausente, n (%)	8 (18)	26 (58)	0.001
Leve, n (%)	19 (42)	13 (29)	
Moderada n (%)	11 (24)	2 (4)	
Severa n (%)	7 (16)	4 (9)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de sentimientos de tristeza en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH, no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 8.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD TRISTEZA

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de sentimientos de tristeza			
Ausente, n (%)	7 (16)	16 (36)	0.14
Leve, n (%)	22 (49)	19 (42)	
Moderada n (%)	8 (18)	6 (13)	
Severa n (%)	8 (18)	4 (9)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de alteraciones en el sueño en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 9.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD TERACIONES DE SUEÑO

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Alteraciones del sueño			
Ausente, n (%)	5 (11)	23 (51)	0.001
Leve, n (%)	11 (24)	8 (18)	
Moderada n (%)	13 (29)	9 (20)	
Severa n (%)	16 (36)	5 (11)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de anergia en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 10.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD ANERGIA EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES PEDIATRICOS CON TDAH

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de Anergia			
Ausente, n (%)	4 (9)	19 (42)	0.001
Leve, n (%)	16 (36)	17 (38)	
Moderada n (%)	15 (33)	5 (11)	
Severa n (%)	10 (22)	4 (9)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de alteraciones del apetito en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 11.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD ALTERACIONES DEL APETITO

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado alteraciones del apetito			
Ausente, n (%)	11 (24)	26 (58)	0.002
Leve, n (%)	10 (22)	11 (24)	
Moderada n (%)	18 (40)	5 (11)	
Severa n (%)	6 (14)	3 (7)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de sentimientos de culpa en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 12.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD SENTIMIENTOS DE CULPA

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de sentimientos de culpa			
Ausente, n (%)	12 (27)	25 (55)	0.004
Leve, n (%)	17 (38)	17 (38)	
Moderada n (%)	9 (20)	2 (4)	
Severa n (%)	7 (16)	1 (2)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de alteracion en la concentracion en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparacion al grupo sin TDAH.

TABLA 13.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD ALTERACIONES DE CONCENTRACION

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de alteracion en concentracion			
Ausente, n (%)	19 (42)	30 (66)	0.009
Leve, n (%)	11 (24)	11 (24)	
Moderada n (%)	11 (24)	1 (2)	
Severa n (%)	4 (9)	2 (4)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de alteraciones psicomotrices en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 14.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD ALTERACIONES EN LA PSICOMOTRICIDAD

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de afectación de Psicomotricidad			
Ausente, n (%)	19 (42)	30 (67)	0.013
Leve, n (%)	9 (20)	10 (22)	
Moderada n (%)	13 (29)	2 (4)	
Severa n (%)	4 (9)	3 (7)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor presencia de ideación suicida en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 15.- COMPARATIVA DE IDEACION SUICIDA

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor P
Grado de ideación suicida			
Ausente, n (%)	33 (73)	39 (87)	0.015
Leve, n (%)	3 (7)	6 (13)	
Moderada n (%)	8 (18)	0	
Severa n (%)	1 (2)	0	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor alteracion del funcionamiento global (GAF) en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparacion al grupo sin TDAH.

TABLA 16.-COMPARATIVA SUBESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL (GAF)

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de Afectacion del GAF			
Ausente, n (%)	10 (22)	31 (68)	0.001
Leve, n (%)	18 (40)	12 (27)	
Moderada n (%)	11 (24)	0	
Severa n (%)	6 (13)	2 (4)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

En la siguiente tabla se observa mayor puntaje de severidad en el grupo correspondiente a cuidadores de niños con TDAH en comparación al grupo sin TDAH.

TABLA 17.- COMPARATIVA DE SEVERIDAD DE LA ESCALA

	Niños con TDAH n 45	Niños sin TDAH n 45	Valor p
Grado de severidad de la escala			
Ausente, n (%)	8 (18)	21 (47)	0.001
Leve, n (%)	12 (27)	13 (29)	
Moderada n (%)	13 (29)	10 (22)	
Severa n (%)	12 (26.4)	1 (2)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

Se realizó una comparación entre género del menor y severidad de sintomatología depresiva en el cuidador informal dentro del grupo de niños con TDAH, para determinar ¿cual género está relacionada con mayor severidad de síntomas depresivos? Se encontró una mayor severidad de los síntomas en cuidadores informales de niños de género masculino en 10 casos (17%) comparado con 1 niñas (3%), con una diferencia significativa entre ambos grupos (P=0.037).

TABLA 18.-RELACION ENTRE GENERO DEL MENOR CON TDAH Y LA SEVERIDAD DE SÍNTOMAS DEL CUIDADOR INFORMAL

	Niñas con TDAH n 32	Niños con TDAH n 58	Valor p
Severidad de síntomas			
Ausente, n (%)	19 (59)	20 (34)	0.037
Leve, n (%)	7 (22)	10 (17)	
Moderada n (%)	5(16)	18(31)	
Severa n (%)	1(3)	10(17)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

Se buscó relacionar la severidad de los síntomas de cada uno de los 9 ítems de la escala con el género de los menores del grupo con TDAH, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en relación al género del menor, a excepción del Ítem de fatiga ($p=0.023$), encontrando mayor severidad en cuidadores de niños del género masculino.

TABLA 19.- RELACIÓN DEL GENERO DEL MENOR CON DIAGNÓSTICO DE TDAH Y LA SEVERIDAD DEL ITEM DE FATIGA.

	Niñas con TDAH n 32	Niños con TDAH n 58	Valor de p
Severidad de síntomas			
Ausente, n (%)	13(40.5)	10(17)	
Leve, n (%)	13(40.5)	20(34)	0.023
Moderada n (%)	4(13)	16(28)	
Severa n (%)	2(6)	12(21)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

Dentro del grupo de niños con diagnóstico de TDAH, se realizó una comparación entre aquellos niños con TDAH que recibían tratamiento al momento de estudio (62%) y aquellos que no (38%) en relación a la severidad de los síntomas.

Tabla 20.- Comparación de la severidad de síntomas depresivos en cuidadores informales de niños con TDAH con y sin tratamiento

	Niños sin tratamiento N 17	Niños en tratamiento n 28	Valor de p
Severidad de síntomas depresivos			
Ausente, n (%)	2(12)	6(21)	0.318
Leve, n (%)	5(29)	7(25)	
Moderada n (%)	8(47)	7(25)	
Severa n (%)	2(12)	8(29)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

Respecto a la presencia de ideación suicida en los cuidadores informales no se encontraron diferencias significativas entre grupos con y sin tratamiento

Tabla 21.-Comparacion de la severidad de ideación suicida en cuidadores informales de niños con TDAH con y sin tratamiento

	Niños sin tratamiento N 17	Niños en tratamiento n 28	Valor de p
Severidad síntomas depresivos			
Ausente, n (%)	14(82)	19(68)	0.69
Leve, n (%)	1(6)	2(7)	
Moderada n (%)	2(12)	6(21)	
Severa n (%)	0	1(4)	

TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, n numero, % porcentaje

Discusión

Poca es la evidencia en disponible en la actualidad del tema que fue objetivo este estudio, previamente existen pocos reportes de rasgos depresivos en cuidadores informales de niños con TDAH, no obstante existe amplia es la evidencia de otras patologías como el síndrome del cuidador o Burnout.

La hipótesis generada es que el trastorno depresivo mayor en el cuidador informal de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, es no solo más alta cuando se compara con cuidadores de niños sin este trastorno, sino que es de mayor gravedad, encontrando que cerca del 65% del total de cuidadores informales que presentaron un trastorno depresivo, correspondían al grupo de niños con TDAH.

Comparado con las prevalencias reportadas en la población general que oscilan entre el 3.3 al 21%⁴⁵ en este estudio se encontró en los cuidadores informales de ambos grupos, un total de 51 pacientes con episodio depresivo mayor actual al momento del estudio, siendo mayor en el grupo de cuidadores de niños con TDAH representado por 37 casos (82%) comparado con el control con 14 casos (31%), muy similar a lo reportado por Dueñas y Martínez en el 2006⁴⁴. Cabe destacar que las prevalencias reportadas para la población general son menores inclusive que las reportadas para el grupo control, esto podría deberse a que se trataban de madres de niños que asistían a consulta por un proceso nosológico ya que la presencia de un familiar con un padecimiento crónico no únicamente altera la dinámica del individuo, sino del ambiente familiar por completo, existe una repercusión en el ámbito familiar y del ritmo social, laboral y económico, ante esto los padres deben lograr controlar sus sentimientos y reorganizarse ante el problema del estado de salud del niño.

En el momento de abordar los trastornos psiquiátricos que afectan principalmente a los menores como es el caso del TDAH, poco o nulo es el abordaje de las necesidades de los padres o cuidador informal del pequeño, quienes por lo general son señalados por maestros y médicos de primer contacto como irresponsables o incapaces de inculcar buenos hábitos de conducta⁴⁶ en los

pequeños, aumentando con ello la sobre carga emocional, generando así sentimientos de culpa.

En relación a lo anterior, también es importante recalcar que el casi el 72.5% de los cuidadores informales que tenían depresión correspondían al grupo de TDAH y de ellos cerca del 60% la padecían en niveles de moderado a grave y con un aumento en la ideación suicida; lo que resalta la importancia del TDAH en la dinámica familiar y las interacciones del paciente hacia con los cuidadores y con la familia en general. Concluyendo que un cuidador informal de un paciente con TDAH presenta 10 veces más riesgo de un trastorno depresivo mayor que aquellos cuidadores de pacientes sin esta patología, sin que las características sociodemográficas tales como la edad, el nivel de escolaridad, ocupación y estado civil o las propias del paciente como tiempo de diagnóstico o que este o no en tratamiento, modifiquen los resultados.

Ahora bien como es descrito en la abundante bibliografía que describe la sobre carga emocional de los cuidadores informales, así como el presente estudio, el total de los cuidadores informales correspondió al genero femenino, y sus edades fueron comprendidas entre los 20-50 años de edad (38+-8), con escolaridad secundaria, casadas y sin empleo económicamente remunerado (ama de casa), es decir las madres de los pacientes ^{5, 6,7}.

Dicho esto habra que enfatizar el impacto de la depresion materna en la crianza, ya que citando a Sheree L. Toth, 2009 en su ensayo titulado “depresión materna”, cuando una madre está luchando con la depresión, relaciones importantes también pueden verse afectadas⁴⁷. La investigación ha documentado los efectos dañinos de la depresión materna en la relación matrimonial, en la crianza y en la relación madre-hijo. Además los efectos a largo plazo de la depresión materna se extienden a dificultades en el desarrollo niños, divorcio, e incluso a la continuación de este ciclo en futuras generaciones⁴⁷.

Las madres que sufren de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar un apego inseguro con sus hijos que a menudo se presentan como patrones

disfuncionales de crianza y sus hijos están en mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta tanto internalizantes como externalizantes⁴⁷, esto aunado a que ser portador de un diagnóstico como es el TDAH implica además de los problemas de aprendizaje, un aumento del riesgo de accidentes, los constantes enfrentamientos físicos, y en un futuro a mediano plazo, conductas de riesgo como drogadicción, promiscuidad sexual y muerte⁴⁸.

Por otra parte como es mencionado por este mismo autor⁴⁷ poca atención se presta a las influencias bi-direccionales que pueden mantener o agravar la depresión materna, por ejemplo, si un niño tiene un desorden emocional o una enfermedad, entonces la depresión de la madre puede llegar a una mayor severidad, lo cual ha sido asociado estadísticamente por este estudio.

Históricamente se ha dirigido muy poco esfuerzo a la prevención de los efectos adversos de la depresión materna en los niños es por ello que los resultados obtenidos de este estudio, sugieren necesario el manejo integral incluyente del cuidador primario en el proceso de atención en salud mental ya que existe evidencia en estudios de intervención que han demostrado que la depresión en las madres puede ser tratada efectivamente y que sus efectos negativos en las relaciones importantes dentro de la familia y las consecuencias para el niño pueden ser mitigadas y revertidas.

Por tanto no abordar los problemas de depresión en los cuidadores informales de niños con TDAH puede tener consecuencias perjudiciales importantes. Con cuidadores “cansados”, los pacientes con problemas conductuales menores pueden tener un riesgo mayor de evolucionar a trastornos de la conducta más relevantes y persistentes que en el futuro alterarán los campos funcionales académicos, emocionales, familiares o sociales⁴⁸.

Debido a que la depresión es particularmente prevalente durante los años de maternidad, y dado es un desorden altamente recurrente, la relevancia para la

comprensión y el tratamiento adecuado de la depresión materna es alta para la salud pública⁴⁵.

Se espera que los datos obtenidos por este estudio sea difundido a los hacedores de las políticas públicas y las compañías de seguros para que reconozcan los beneficios de ofrecer servicios de prevención y atención conjunta a los cuidadores informales de niños con TDAH, en vez de esperar hasta que el niño presente aquellas complicaciones derivadas de un apego deficiente y baja implicación en la crianza y no propiamente de la entidad nosológica de base.

Conclusiones:

- El trastorno depresivo mayor tiene mayor frecuencia de presentación, prevalencia y severidad en los cuidadores informales de niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que en cuidadores de niños sin antecedente del trastorno.
- El rol de cuidador informal es desempeñado en la población mexicana principalmente por sujetos del género femenino (80-100%) concretamente quienes desempeñan el rol de matreraje.
- Los cuidadores informales de pacientes pediátricos con TDAH presentan niveles mayores de anhedonia, Anergia, alteraciones del sueño, alteraciones en el apetito, en la concentración, inhibición o exaltación psicomotriz y sentimientos de culpa que los cuidadores informales de niños sin diagnóstico de TDAH.
- Existe mayor frecuencia de ideación suicida en los cuidadores informales de pacientes con TDAH, así como mayor alteración en la funcionalidad a nivel personal, social y laboral.
- El tiempo de evolución ni el tratamiento para TDAH en los pacientes pediátricos modifican la presentación o severidad de los síntomas depresivos en el cuidador informal.
- Existen mayores niveles de fatiga en aquellos cuidadores informales de pacientes con TDAH del género masculino.
- Es altamente sugerente que ser cuidador informal de un hijo varón independientemente de que cuente o no con diagnóstico de TDAH, esté relacionado con mayor frecuencia y severidad de síntomas depresivos en cuidadores informales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gargiulo, R. Special education in contemporary society. An introduction to exceptionality. Estados Unidos: Thomson/Wadsworth. 2006.
2. Núñez, B. Familia y discapacidad, De la vida cotidiana a la teoría. Argentina: Lugar Editorial. 2008.
3. Rolander Y, Montes B. y Culebro R. et al. Armonización legislativa en materia de discapacidad en México: actualidad y retos. México: Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia, A.C. 2008
4. Rea AC, Aclé G, Ampudia A. & García M. et al. Caracterización de los conocimientos de las madres sobre la discapacidad de sus hijos y su vínculo con la dinámica familiar. Acta Colombiana de Psicología, 2014. 17(1), 91-103.
5. Machado, A. C. (2014). Sobrecarga emocional del cuidador familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revisalud unisucre, 2014 2(1).
6. González P. L., Rendón, P. M., del Río, P. B., Macario, P. F., Valdés, M. E., Enríquez, P. M., & Leañes, P. L. G. et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Revista Mexicana de medicina física y rehabilitación, 2008. 20, 23-29.
7. Islas S. N. L., Ramos R. B., Aguilar E. M. G. & García G.M.L. et al. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2006 19(4), 266-271. Recuperado en 07 de junio de 2015, de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?>
8. Rogero G, J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm [online]. 2010 [citado 2012-09-21]; 19(1):47-50.
9. Estremero J. G. A. Algunos conceptos sobre el síndrome de Burnout [Online]. Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires. Agosto 2005.
10. Meana, M. Á. Síndrome de burnout: Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de Clínica Médica [Tesis Especialización]. Universidad Nacional De La Plata. 2009.

Disponible

en:

<http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/33.pdf>

f

11. Alfaro-Ramírez O.I., Morales T. Vázquez F., Sánchez S. et al. *Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales* Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (5): 485-494
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
13. OMS. CIE-10: Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento(1992),
14. Vallejo R. J., Leal C. et al. Tratado de psiquiatría. Editorial Marban, Madrid, España. 2012.
15. Fernández F. A. Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Salud Mental 2009; 32:443-445
16. Abramovitch A. Anhedonia in obsessive compulsive disorder: Beyond comorbid depression. Psychiatry Research, February 2014.
17. Julien D. The specificity of belief domains in obsessive–compulsive symptom subtypes. Personality and Individual Differences 41 (2006) 1205–1216
18. Athol GE. The impact of depression on the treatment of obsessive compulsive disorder: results from a 5 year follow up. J affect Disord. 2011 Dec; 135(1-3):201-7
19. Bulent B., The role of obsessive beliefs in patients with major depressive disorder. Int J Psychiatry Clin Pract 2014; 18: 37–40.
20. Academia Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales DSM-5. Panamericana (Ed.) 2014. Madrid España
21. Neil R. PhD . Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression: A Meta-analysis. JAMA, 2009, June 17; 301(23): 2462-2471
22. Jean M. Fils. Minor versus Major Depression: A comparative Clinical Study. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010; 12(1)

23. Fineberg NA. Lifetime comorbidity of obsessive compulsive disorder and sub-threshold obsessive compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal Of Psychiatry and Clinical Practice*, August 2012, 17(3):188-96
24. Diaconu G, MD, & Tureck G, MD, PhD et al. Obsessive Compulsive Personality Disorder and Suicidal Behavior: Evidence for a Positive Association in a Sample of Depressed Patients. *J Clin Psychiatry* 2009;70(11):1551–1556
25. Carlberg L. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) – epigenetic regulation in unipolar and bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, Octubre 2014
26. Houston, I., Peter, C. J., Mitchell, A., Straubhaar, J., Rogaev, E., & Akbarian, S. et al. Epigenetics in the human brain. *Neuropsychopharmacology*, 2013. 38(1), 183-197.
27. Kim YK. Association between norepinephrine transporter gene (SLC6A2) polymorphisms and suicide in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, Apr 2014
28. Kuhn M. Neuroplasticity and memory formation in major depressive disorder: an imaging genetics perspective on serotonin and BDNF. *Restorative Neurology and Neuroscience*, Jan 2014
29. Mann JJ. Anxiety in major depression and cerebrospinal fluid free gamma-aminobutyric acid. *Depression and Anxiety*, Oct 2014.
30. Meng L. Dissociation of glutamate and cortical thickness is restricted to regions subserving trait but not state markers in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, Dec 2014.
31. Calderón GR; Déficit de atención con hiperactividad. *La salud del niño y del adolescente*. 4ta. Ed. Martínez R. y Martínez, manual moderno 2001. pp: 1083-1088.
32. Biederman J, Mick E, y cols. et al; Normalized functioning in young's with persistent attention. déficit/hiperactivity disorder. *J Pediatr* 1998; 133: 544.
33. Michanie, C. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad. En *ALCMEON Rev Arg clín Neuropsiq*, 1998; 17: 113-118.

34. Albores G. V. Niños hiperactivos: trastorno por déficit de la atención. Dr. Saucedo – Maldonado, Asociación Mexicana de pediatría AC, Psiquiatría. Edit. MacGraw Hill Interamericana 1998, pags 103-117.
35. Harris JC. Anomalías de conducta y alteraciones psiquiátricas. Oski pediatría principios y práctica. Ed. Médica panamericana, 1993 cap.29 pp: 673-716.
36. Mash EJ. Wolfe DA. Et al. Abnormal child psychology. 2nd edition. Belmont (CA): Wadsworth, 2002.
37. Durand VM, Mindell J, Mapstone E, et al. Sleep problems. In: Warson TS, Gresham FM, editors. Handbook of child behavior therapy. New York: plenum Press; 1998. p. 203-19.
38. K y cols. Experimental cross-validation of DSM-IV types of attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 17-24
39. Homer CJ, Baltz RD, Hickson GV, Newman TB, Shook JE, Zurhellen WM. Et al. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics 2000; 105: 1158-70.
40. Mash EJ. Wolfe DA. Abnormal child psychology. 2nd edition. Belmont (CA): Wadsworth, 2002.
41. Kupfer D.J, MD, Frank E., PhD, and Philips M Ls, MD. et al. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. Lancet. 2012 March 17; 379(9820): 1045–1055
42. Dillehay R, Sandys M. et al. Caregivers for alzheimer's patients: what we are learning from research. *International Journal of Aging and Human Developments* 1990; 30(4): 263-285.
43. Kroenke, K., & Spitzer, R. L. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatr Ann* 2002, 32(9), 1-7.
44. Dueñas E., Martínez M., Morales B., Muñoz C., et al. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales, Colombia Médica 2006, Vol. 37 N° 2 (Supl 1), (Abril-Junio)
- 45.- Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S.. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 2003, 26,(4) 1-16.

46.- García-Méndez, M., Rivera Aragón, S. & Reyes-Lagunes, I. La percepción de los padres sobre la crianza de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, (2014). 17 (2), pp. 133-141.

47.- Sheree L. Toth, PhD, Jack Peltz, MA Mt. Depresión materna, enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia, Hope Family Center, University of Rochester, EE.UU. Noviembre 2009

48.- Lora E,A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 4:S69-114

ANEXOS:

Anexo.-1

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1302
HOSPITAL DE PEDIATRIA, CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE LIC. IGNACIO GARCIA TELLEZ, GUADALAJARA
JALISCO, JALISCO

FECHA 29/09/2015

DR. JOSE IGNACIO RENDON MANJARREZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PRESENTACIÓN Y PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN CUIDADORES INFORMALES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1302-57

ATENTAMENTE

DR.(A). JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1302

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo .-2 Instrumento de recoleccion de muestra



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE
U.M.A.E. HOSPITAL DE PEDIATRIA



TITULO:

**PRESENTACIÓN Y PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN
CUIDADORES INFORMALES DE NIÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT
DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD.**

Genero del menor
Genero del cuidador
Edad del menor
Años con diagnóstico de TDAH
Tratamiento para el TDAH
Edad del cuidador
Estado civil del cuidador
Ocupación del cuidador
Escolaridad del cuidador
Resultado del PHQ-9 TDM: Severidad:

Cuestionario de Salud del Paciente – 9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

¿Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha afectado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo; sentir que es un fracasado o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o agitado que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3
SUBTOTALES	0	+	+	+
	= Puntuación total:			

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna
dificultad

Algunas
dificultades

Muchas
dificultades

Muchísimas
dificultades

Anexo 3.- Cronograma de actividades julio 2015- enero 2016

Actividad	Julio	Agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Enero
Finalización de protocolo detallado	*****					
Presentación del protocolo a revisores Y comité de investigación IMSS		*****				
Aplicación del instrumento de evaluación de forma colectiva en los tres turnos		*****	*****			
Recopilación de la información				*****		
Vaciado y procesamiento de los datos				*****		
Análisis de los resultados					*****	
Presentación de resultados						*****