



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE
ESTANCIA HOSPITALARIA Y
DESARROLLO DE SINTOMAS
DEPRESIVOS EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN :

PEDIATRÍA

P R E S E N T A:

Dra. Adriana Inzunza Aragón

TUTOR:

Dr. Antonio Rizzoli Córdoba

Dra. Irma Torres Escobar



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2022



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.

DEDICATORIA

A mi madre, que por su ejemplo me enseñó que no importa de dónde venga, sino cuánto trabajas y cuánto aprendes, para poder llegar a ser un profesional de primer nivel del mundo.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

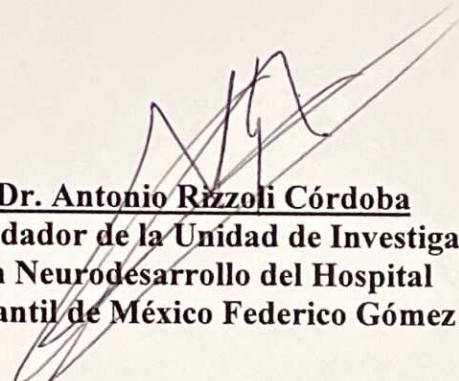
A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

A mi familia y a todos los que me apoyaron y me dieron fuerza para seguir adelante, por su apoyo incondicional y su amor incondicional, que me ayudó a superar todas las dificultades que me enfrenté en mi vida.

Dr. Sarbelio Moreno Espinosa
Director de enseñanza y desarrollo académico



Dr. Antonio Rizzoli Córdoba
**Jefe fundador de la Unidad de Investigación
en Neurodesarrollo del Hospital
Infantil de México Federico Gómez**

DEDICATORIA

A mi papá, que con su ejemplo me demuestra que no importa de donde vengas, con trabajo constante y metas establecidas todo puede ser posible, siempre acompañado de buen sentido del humor.

A mi mamá, a su trabajo constante, su ejemplo de determinación, por exigirme siempre más y darme el ejemplo de siempre ayudar a los demás; por que de ustedes nunca escuché un “no” salir de su boca, por su apoyo incondicional gracias.

A mi hermana, que hizo posible mis primeros años de la residencia, por esa comida que siempre estaba lista y resolverme los mas básicos problemas cuando mi mente y cuerpo no podían mas, por escucharme y ser mi apoyo: gracias.

A mis abuelas, que me cuidaron cuando mis padres no podían, me mostraban amor en cada comida y las historias que me dicen de donde vengo y donde estoy, gracias.

A mis amigos, que fueron mi roca en los días más estresantes y los más felices, que siempre estaban disponibles no importa el día, el estado emocional, la postguardia o la distancia, gracias por tantos años y experiencias juntos.

A mis colegas y maestros que me acompañaron durante este camino, gracias por la paciencia y conocimientos compartidos, en especial al Dr. Antonio Rizzoli y a la Dra IlmaTorres, por ser mis guías y orientación en la elaboración de este trabajo.

A mis pacientes, que me permitieron aprender a través de ellos y ser su compañía durante su enfermedad y recuperación, a los que ya se fueron y siguen con nosotros, gracias por recordarme a ser feliz con lo mas básico.

“Soy la perseverancia de mi padre, la entrega hacia los demás de mi madre, el amor de mis abuelos, el apoyo incondicional de mi hermana y la fidelidad y complicidad de mis amigos.”

ÍNDICE

PÁGINA

ANTECEDENTES.....	5
MARCO TEÓRICO.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	11
HIPÓTESIS.....	11
MÉTODOS.....	12
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	13
VARIABLES.....	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIÓN.....	18
CRONOGRAMA.....	18
REFERENCIAS.....	19
LIMITANTES.....	19
ANEXOS.....	20

ANTECEDENTES

El malestar que caracteriza la presencia de enfermedad fue descrito por Hipócrates como una ruptura del equilibrio del estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior. Este desequilibrio implica la exposición al dolor y al sufrimiento, supone una toma de conciencia de la corporalidad humana y la temporalidad de la existencia.

Cuando el que enferma es un niño, la búsqueda de respuestas al por qué de su malestar, tiende a verse distorsionada. Entre los dos y siete años, el menor es capaz de comprender mejor que en la etapa anterior qué es una enfermedad, aunque suele vincularla con algún hecho concreto. Así, es frecuente que considere la causa de su malestar como un castigo por su mal comportamiento.

Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad y hospitalización, el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado a través de alteraciones comportamentales (agresividad, conducta opositora, falta de adhesión al tratamiento médico, trastorno del sueño o del apetito, respuestas de evitación, mutismo, dependencia afectiva), cognitivas (déficit de atención o dificultad para concentrarse) o emocionales (ansiedad, miedos y temores, depresión, apatía o falta de interés por las cosas) [1].

La depresión infantil ya fue descrita en 1945 por el psicoanalista René Spitz, sin embargo, solo hasta 1975 este trastorno fue aceptado por el Instituto Nacional de Salud Mental de E.U. Ésta es definida como un trastorno del estado del ánimo en los niños en el que existe una reacción emocional de tristeza y melancolía de gran intensidad y duración, además de un sentimiento de inutilidad, pérdida de interés por el mundo, y falta de esperanza en el futuro, en el cual se encuentran implicados aspectos orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales.

Se estima que alrededor de un 25% de los niños menores de 18 años se ha hospitalizado al menos una vez en su vida. Entre un 10% a un 37 % de los niños hospitalizados presentarían trastornos psicológicos significativos secundarios a este evento. El período de hospitalización y la enfermedad por la que ingresa, son altamente estresantes para el niño, su familia y el equipo médico.

La mayoría de las investigaciones muestran que las alteraciones de tipo conductual, emocional y cognitivo son frecuentes entre los pacientes pediátricos, y coinciden en la afirmación de que la hospitalización infantil es una experiencia estresante, pudiendo causar depresión en los niños hospitalizados.

Fruto del estrés y angustia emanados de la enfermedad y la hospitalización, en el que el niño es apartado de sus padres en muchos casos, introduciéndolo en un ambiente extraño, privándose de la compañía de sus amigos, juguetes, etc.; el niño experimenta un importante impacto psicológico, manifestado a través de alteraciones comportamentales, cognitivas y emocionales como: agitación psicomotriz, agresividad, apatía, tristeza, aburrimiento, falta de concentración, trastornos del sueño, trastornos de la eliminación (enuresis o encopresis), astenia, abulia, adinamia, ideas obsesivas, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus padres; a este grupo de afecciones se las puede agrupar en el síndrome del hospitalismo que según Spitz son todas aquellas reacciones emocionales y conductuales que puede sufrir un niño/a que tiene que ser hospitalizado, con la consiguiente separación de su familia y su casa (Isabel López Naranjo, 2006) [2].

Todas estas actitudes pueden poner en alerta al personal de salud y a la familia, las cuales si son detectadas de forma oportuna durante el periodo de hospitalización, se podrá ofrecer un tratamiento oportuno y así llegar a una adecuada recuperación del paciente.

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos mentales se consideran un problema de salud a nivel mundial. Se estima que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante y la primera en países desarrollados. La depresión afecta en promedio al 15% de la población en el mundo, por lo que alrededor de 340 millones de personas presentan un episodio depresivo [2].

Los trastornos depresivos tienen una incidencia importante en la población general. En pacientes ingresados con enfermedad clínica, ésta asciende hasta un 20-25%, y merece una atención especial, ya que al existir un trastorno del ánimo, el tratamiento de la enfermedad clínica se vuelve más complejo, los costos y números de reingresos aumentan, la adherencia al tratamiento disminuye y el pronóstico se vuelve menos favorable.

La incidencia de depresión severa en los niños es del 5% al 6%. La razón de género es equivalente en los niños prepúberes y aumenta a una proporción de 2:1 mujeres a hombres en la adolescencia, después de los 14 años, el trastorno depresivo es dos veces más común en las niñas, esto debido quizás a los cambios hormonales que se presentan durante este periodo. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos a niños y adolescentes de 6 a 17 años, se encontró, que más del 6 % de ellos habían padecido algún trastorno depresivo en los últimos 6 meses (Acosta- Hernández, 2011).

En un estudio realizado en el servicio de pediatría general del Hospital Comarcal de Antequera, España con niños entre los 4 y 16 años, se encontró depresión mayor en el 7% y humor disfórico en el 38%. Los diagnósticos pediátricos entre los niños con depresión mayor (DM) fueron encopresis, vómitos recurrentes y síndrome de intestino irritable (Kashani J, 1987).

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de Norteamérica (EUA), se ha observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población general y entre el 0,5% y el 2% en niños y niñas de entre nueve y once años (Costello y colaboradores, 2003).

Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario (infancia, 2009).

De acuerdo a estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. [3]

En México la población con depresión incrementó un 18.4% entre 2005 y 2015. Se considera a la depresión como la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, su prevalencia en población general se ha descrito de 0.4% a 2.5% en niños y de 0.4% a 8.3% en adolescentes. En contraste con lo reportado en adolescentes y adultos, los niños en edad escolar presentan este padecimiento con mayor frecuencia que las niñas, cambiando en la adolescencia a una razón 2:1 a favor de las mujeres. En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr Juan N Navarro” durante el año 2017 los trastornos afectivos depresivos ocupó el primer lugar e atención con el 25.7% del total de pacientes atendidos de primera vez [4].

FACTORES DE RIESGO

Debido a la gran prevalencia de depresión en niños hospitalizados se tiene la necesidad de investigar los factores de riesgo implicados para el desarrollo de la misma, ya que la hospitalización está cargada de factores negativos que conllevan a la ruptura de los ambientes y círculos que rodean a todo niño como son el familiar, el escolar y el social [2].

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Es improbable que un único factor pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión.

De tal manera, se puede clasificar los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de depresión en niños hospitalizados de la siguiente manera:

FACTORES PERSONALES

Son aquellos que dependen estrictamente del niño que vaya a ingresar al hospital, como: la edad, sexo, y la etapa del desarrollo psicológico del niño, y que por consiguiente, habrá que estudiarlos en él personalmente.

Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades, diversa temática, preocupaciones y necesidades; y son estas diferencias las que influirán en la forma como los niños reaccionen a la hospitalización.

a) Edad y desarrollo biopsicosocial del niño.

Antes de los cuatro meses, los lactantes no muestran señales de inquietud, aceptando muy bien los cuidados dispensados por personas extrañas.

Entre los 4 meses y los 6 años, tanto el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido, adquieren una desfavorable repercusión para el desarrollo psíquico del niño. El desequilibrio emocional puede mantenerse incluso después de concluida la hospitalización, ya sea de manera temporal o indefinidamente. Cuando los niños de estas edades son acompañados por sus madres en el ingreso, este trauma es mucho mejor tolerado. La presencia materna infunde tranquilidad. Los niños tienen entonces la confianza de que su madre totalmente las amenazas existentes en un ambiente desconocido

El niño pre-escolar frente a la hospitalización, piensa erróneamente que tener una enfermedad significa que él o ella han hecho algo errado o malo, y la enfermedad es un castigo, por esta situación es necesario que los padres lo ayuden a entender en forma concreta la etiología de la enfermedad y que le expliquen que él no tiene culpa sobre esto.

A partir de la segunda infancia, el niño dispone ya de cierto hábito de conductas para enfrentarse a situaciones desconocidas, sin la necesidad de la presencia de los padres. El ingreso en el hospital y el alejamiento del hogar suele tolerarse bastante bien desde esta edad (6 años), sobre todo si existen buenas relaciones afectivas entre el niño y sus progenitores.

En la etapa escolar, en la cual el niño tiene un desarrollo cognitivo concreto, se requieren explicaciones de la enfermedad en términos simples. La comprensión de enfermedades más complejas se hace más difícil, por lo que requiere psicoeducación desde la propia concepción de la enfermedad del niño. Es necesaria la información anticipada sobre los procedimientos y se debe alentar su capacidad para comprender y enfrentar situaciones.

En la adolescencia se produce ansiedad por la pérdida de independencia, control e identidad. También se produce preocupación por la pérdida de intimidad. Perciben la situación física del órgano, aparato o proceso que funciona mal como causa de la enfermedad y es capaz de explicarla.

b) Naturaleza de las experiencias previas que se hayan tenido con médicos y hospitales.

Los niños hospitalizados por primera vez muestran mayores alteraciones emocionales frente al hecho de la hospitalización, que los niños que han sido previamente hospitalizados con cierta frecuencia; por otro lado los niños con anteriores experiencias médicas negativas muestran mayores niveles de ansiedad frente a la hospitalización, que los que con anterioridad no habían tenido ninguna experiencia de hospitalización.

c) Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas, sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino

Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a éste, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos.

FACTORES FAMILIARES

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño.

Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictiva de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes.

El modo en que los padres, hermanos, familiares y compañeros responden a la hospitalización del niño puede ser de vital importancia. Toda hospitalización supone para el niño una forma particular de experimentar la separación de la familia.

La separación de la madre constituye uno de los factores más importantes de riesgo para el niño hospitalizado, como se ha mencionado previamente.

Resulta evidente que la privación de la convivencia familiar, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del niño y la de sus familiares. La hospitalización representa una crisis para toda la familia. Por todo ello, resulta conveniente que la familia adopte una serie de estrategias o incluya nuevas rutinas en la dinámica de sus relaciones interpersonales, de manera que éstas no se vean excesivamente afectadas a causa de la hospitalización de uno de sus miembros.

El niño hospitalizado, puede experimentar un trato diferente por parte de sus padres y hermanos, observando como su hospitalización está contribuyendo de algún modo a alterar la dinámica familiar. Estas observaciones pueden hacer que se perciba a sí mismo como la fuente más importante de las alteraciones emocionales padecidas por sus padres y hermanos. Surge entonces la culpabilidad, los autoreproches y la ansiedad, que obviamente aumentarán la tensión ya existente en esa situación, en la que además debe adaptarse a la hospitalización.

FACTORES HOSPITALARIOS

El contacto con un ambiente extraño al que debe adaptarse y a los continuos cambios del personal hospitalario que no posibilitan, o dificultan la emergencia de la conducta sustitutiva de apego en el niño.

La duración de la estancia en el hospital tiene una gran importancia. Una hospitalización media (de más de una semana de duración) o repetidas readmisiones de pequeña duración se asocian, al parecer con un considerable aumento de las alteraciones conductuales.

Las características y la misma organización del centro hospitalario son variables que no deben dejarse fuera de foco. El rígido reglamento de algunos hospitales que limitan, restringen y prohíben las visitas de los familiares en nada favorece la adaptación del paciente pediátrico.

El niño interpreta a menudo la hospitalización como un castigo por algo que ha hecho mal, es lógico suponer que el hospital será visto como un medio hostil e intrusivo del que conviene cuanto antes salir y al que jamás hay que volver. [2]

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-V) (Figueroa, 2012).

El DSM-5 describe el siguiente criterio para hacer un diagnóstico de depresión:

El individuo debe experimentar cinco o más síntomas durante el mismo período de 2 semanas y al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
- Disminuyó notablemente el interés o el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida de peso significativa cuando no hace dieta o no aumenta de peso, o disminuye o aumenta el apetito casi todos los días.
- Una desaceleración del pensamiento y una reducción del movimiento físico (observable por otros, no solo sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

Para recibir un diagnóstico de depresión, estos síntomas deben causar angustia o discapacidad clínicamente significativas individuales en las áreas sociales, laborales u otras áreas importantes de funcionamiento. Los síntomas tampoco deben ser el resultado del abuso de sustancias u otra afección médica [5].

HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS por sus siglas en inglés), es el primer instrumento que se conoce para evaluar la depresión en niños que se construyó específicamente para esta población y no a partir de un cuestionario para adultos. En 1983 se realiza la adaptación y validación al español para la población española. Las autoras parten de diferentes conceptos operativos (respuesta afectiva, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental y de los impulsos, preocupaciones, problemas de agresión) recopilados de la literatura para definir los elementos que integrarán el concepto de depresión infantil a partir del cual se realiza la construcción de los reactivos que conformarán el cuestionario.

CECAD, Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión. Es un cuestionario de aplicación individual y colectiva, para niños a partir de los 7 años de edad hasta los 25 años, compuesto por 50 elementos y destinado a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción, como la ansiedad y la depresión. Es breve y de fácil aplicación, es muy recomendable la aplicación oral o mediante dictado en los niños más pequeños o en cualquier sujeto con problemas en la lectura. Se han elaborado escalas para cuatro grupos de edad: 7 a 12 años, 13 a 16 años, 17- 18 años y mayores de 18.

CET-DE, Cuestionario Estructural Tetradsimensional para la Depresión. Es un cuestionario de aplicación individual dirigido a niños desde los 12 años hasta la edad adulta, consta de 63 ítems que registra la presencia de los síntomas depresivos

distribuidos en cuatro dimensiones autónomas: el humor depresivo, la anergia o vaciamiento energético, la falta de sociabilidad y distorsión de los ritmos biopsíquicos, particularmente [2].

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. [6]

El uso de cuestionarios de detección cortos puede ser una opción prometedora para identificar a los niños en riesgo para la depresión en un entorno comunitario.

El “Moods and Feelings Questionnaire- Short Version (MFQ)” fue desarrollado por Adrian Angold y Elizabeth J. Costello en 1987 (Angold et al., 1995; Costello y Angold, 1988). El MFQ consta de una serie de 26 frases descriptivas sobre cómo se ha estado sintiendo o actuando el sujeto recientemente. Es una herramienta de detección para la depresión en niños y jóvenes de 6 a 19 años.

Los estudios revisados por pares han encontrado que el “Moods and Feelings Questionnaire- Short Version (MFQ)” es una medida confiable y válida de la depresión en niños en muestras clínicas y no clínicas (Burlison Daviss et al., 2006; Sund et al., 2001; Wood et al., 1995). Dicho estudio cumple con cuatro criterios importantes:

- Consistencia interna: Varios ítems que proponen medir la misma construcción general produce una puntuación similar.
- Fiabilidad de test-retest: Grado en que los mismos encuestados tienen el mismo puntaje después de un período en el que un rasgo no debería haber cambiado.
- Validez concurrente: Una medida de correlaciona bien con una medida que se haya validado previamente
- Validez convergente: Grado en que dos medidas constructivas que teóricamente deberían estar relacionadas, están realmente relacionadas [7].

Debido al menor número de reactivos, facilidad en la aplicación y mayor rango de edad para su uso, se considera para motivos de esta investigación la utilización de éste test.

MARCO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en el niño y adolescente aumentó dramáticamente en los últimos setenta años. La edad de inicio ha disminuido, los niños y adolescentes con trastornos depresivos tienen una incidencia creciente de trastorno bipolar, suicidio y de la depresión mayor recurrente.

Como se ha mencionado, la aparición de una enfermedad y la hospitalización de un paciente pediátrico influye en múltiples aspectos de su vida, haciendo propicia la aparición de cuadros depresivos, muchas veces infra diagnosticados y subestimados.

La OMS estima que entre el 60 y 90% de las personas con depresión pueden ser tratadas con terapia breve y el uso de antidepressivos, sin embargo, en algunos países solo el 10% recibe estos tratamientos [4].

Sin embargo, a pesar de ser un problema frecuente, no se conoce el impacto que tiene la depresión en la población hospitalaria infantil. Por lo anterior es indispensable el estudio de factores de riesgo para el desarrollo de depresión, sobretodo la relación del tiempo de estancia intrahospitalaria con la aparición de la misma, para poder implementar medidas diagnósticas y terapéuticas a fin de lograr recuperar la salud del paciente de manera integral.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Ante lo mencionado, se plantea la interrogante:

¿Existe asociación entre el tiempo de estancia hospitalaria y desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en tercer nivel de atención?

JUSTIFICACIÓN

Debido a la falta de estudios realizados sobre depresión en niños hospitalizados en nuestro país, y a la experiencia vivida con los pacientes pediátricos del Hospital Infantil de México se vió la necesidad de analizar dicho tema, ya que era evidente la tristeza y el malestar que sentían los niños al estar hospitalizados, el tiempo que dura el tratamiento y la difícil interacción entre el personal de salud, el paciente y sus padres debido al estado de ánimo en el que se encontraban los pacientes.

El conocer el impacto que tiene la relación del tiempo de hospitalización con el desarrollo de trastornos depresivos, así como el tipo de enfermedad con el que cursan durante la estancia hospitalaria los pacientes del Hospital Infantil de México, podría permitir establecer maniobras de intervención temprana desde su ingreso.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA

No existe asociación entre el tiempo de estancia hospitalaria y el desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el tercer nivel de atención.

HIPÓTESIS ALTERNA

Existe asociación entre el tiempo de estancia hospitalaria y el desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el tercer nivel de atención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación que existen entre el tiempo de estancia hospitalaria y desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el tercer nivel de atención

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar el tipo de enfermedades en las cuales aparecen síntomas depresivos en niños hospitalizados en tercer nivel de atención.
- Evaluar factores de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el tercer nivel de atención.
- Evaluar el porcentaje de pacientes que presentan síntomas depresivos al ingreso hospitalario.

MATERIAL Y METODO

Diseño: Prospectivo, analítico, longitudinal, observacional.

Tipo de estudio: Observacional

Universo del estudio: Pacientes hospitalizados en el Hospital infantil de México Federico Gómez

Población en estudio: Pacientes de 6 a 18 años hospitalizados en las áreas de pediatría mixta, neurocirugía y cirugía cardiovascular en el Hospital infantil de México Federico Gómez

Tamaño de la muestra: Se formó un grupo de pacientes de 6 a 18 años hospitalizados durante el periodo de agosto 2020 a enero 2021.

Técnica de muestreo: Por conveniencia

Método de asignación: Los pacientes que se hospitalizaron del periodo de agosto 2020 a mayo 2021; que cumplan con criterios de inclusión, a quienes se les invite a participar en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados de 6 a 18 años en las áreas de pediatría mixta y tercer piso.
- Pacientes que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Rehusarse a participar en el protocolo de investigación.
- Tener síntomas depresivos previos a hospitalización o encontrarse tomando medicamentos antidepresivos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No ser capaz de contestar los cuestionarios o adquirir alguna condición o enfermedad que imposibilite la fiabilidad de las respuestas.
- No querer continuar en el protocolo de estudio.
- Hospitalización en terapia médica, deterioro neurológico, ventilatorio o hemodinámico e intervención quirúrgica.

METODOLOGÍA

Se aplicó el cuestionario de “Mood and Feelings Questionnaire” a todos los pacientes que ingresen a hospitalización y cumplan con los criterios de inclusión. Posteriormente se aplicó el mismo cuestionario cada semana, hasta resultar positivo, cumplir 4 semanas o decidirse el alta. Dicho cuestionario consta de dos secciones, una llamada “Mood and Feelings Questionnaire-Self Report (MFQ-Self)”, que es respondida por el propio paciente, y otra llamada Mood and Feelings Questionnaire: Parent Report (MFQ-Parent), realizada por el padre o familiar mas cercano. [Anexo 1]

Los puntajes del “MFQ-Self” van de 0 a 26, mientras mas alto sea el puntaje indica mayores síntomas depresivos experimentados por el niño. El análisis de la sensibilidad y especificidad para el punto de corte indica positivo a partir de 8.

Los puntajes del “MFQ-P” van de 0 a 26, al igual que en el “MFQ-Self”, sin embargo el punto de corte para indicar depresión es a partir de 11. [8].

En condiciones donde los padres acompañan a los niños a los entornos de detección (por ejemplo, atención primaria u hospitalización prolongada), se recomienda una versión secundaria + primaria del SMFQ. Sin embargo, cuando los padres no están disponibles, y el costo de un el resultado falso positivo es mínimo, entonces una pantalla de uno o dos elementos puede ser útil para la identificación inicial de riesgo juventud. En esta investigación utilizaremos la versión combinada de ambos test. [9]

Se planeó detectar el momento en el cual resulta significativa la prueba y registrar el tiempo que ameritó para obtener el resultado positivo.

Finalmente se hizo un análisis de las patologías y características del grupo de estudio que resultaron positivos en síntomas depresivos.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS:

En primer lugar, el protocolo se sometió a revisión y aprobación del departamento de titulación y tesis del Hospital Infantil de México. Posteriormente se integró por conveniencia, el grupo de estudio compuesto por pacientes de 6 a 18 años con enfermedades agudas y crónicas, los cuales contaron con autorización de sus padres o tutores para participar en el estudio.

Se inició la intervención de acuerdo con los objetivos a alcanzar previamente mencionados, realizándose el cuestionario de “Mood and Feelings Questionnaire” en los días 0-7, 8 a 14, 15-21 y 22-28 del ingreso hospitalario, así como al alta, al grupo de pacientes con enfermedades agudas y crónicas.

Con sus respuestas se obtuvo información, qué fue manejada en forma confidencial, calificando de acuerdo al cuestionario y determinando la existencia o no de síntomas depresivos.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información capturada se recabó en una base de datos elaborada en Microsoft Excel 2010; se realizaron pruebas estadísticas y los resultados se expresaron en frecuencias, porcentajes y gráficas, calificando a cada paciente de acuerdo al resultado de cuestionario en presencia o ausencia de depresión de manera periódica, con ayuda del programa IBM SPSS Statistics 22.

Se planeó realizar estadística descriptiva: para variables dicotómicas o cualitativas utilizando la frecuencia absoluta [total] y relativa [porcentaje]. Para variables numéricas continuas se planeó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para establecer el tipo de distribución. En caso de obtener distribución normal se sugirió media y desviación estándar. En caso de obtener una distribución no paramétrica se planeó mediana y rango intercuartilar. Se considera significancia estadística un alfa de 0.5 a dos colas.

Para evaluar la aparición de síntomas depresivos por tiempo de hospitalización se planeó un análisis de Kaplan Meier entre estas dos variables, considerando censuramiento el resultado de la variable de medición de depresión al alta o a las 4 semanas de ingreso.

Para el objetivo secundario del tiempo de permanencia se realizaron análisis interinos con cortes a la semana 1, 2 y 3, considerando el mismo análisis.

Para evaluar el efecto de los dos considerando otros factores se planeó la regresión de Cox, considerando variables de ajuste como tipo de diagnóstico, complicación hospitalaria, intervención quirúrgica, etc.

VARIABLES

TABLA 1

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	MEDICIÓN
Estado emocional al ingreso	Dependiente Cualitativa Dicotomica	Tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo.	Resultado de la evaluación del estado emocional que se realiza en los primeros 3 días de hospitalización.	Deprimido No deprimido
Estado emocional durante la hospitalización	Dependiente Cualitativa Dicotomica	Tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo.	Resultado de la evaluación del estado emocional durante hospitalización, medida cada semana.	Deprimido No deprimido
Estado emocional al alta	Dependiente Cualitativa Dicotomica	Tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo.	Resultado de la evaluación del estado emocional al alta hospitalaria.	Deprimido No deprimido
Tiempo de hospitalización	Independiente Cuantitativa Continua	Periodo que permanece hospitalizado el paciente	Diferencia entre la fecha de la evaluación menos la fecha del ingreso expresada en semanas.	Semana 1 Semana 2 Semana 3 Semana 4
Grupo de edad	Independiente Cualitativa Nominal	Etapas de desarrollo psicológico, social y físico en la que se encuentra un niño dependiendo su edad	Grupo en el que se clasifica al paciente en estudio, de acuerdo a edad.	Preescolar: 6 años Escolar: 7-11 años Adolescente: 12-18 años
Hospitalizaciones previas	Independiente Cuantitativa De intervalo	Número de ocasiones que se ha hospitalizado un paciente de manera continua para manejo de una patología	Número de ocasiones que ha estado hospitalizado el paciente desde su diagnóstico hasta esta intervención	Ninguna [cero] De 1-5 Mas de 5
Sexo	Independiente Cualitativa Nominal	Condición orgánica y conjunto de peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos	Identificación del paciente como masculino o femenino	Masculino Femenino
Tipo de enfermedad	Independiente Cualitativa Nominal	Grupo de enfermedad en la que se puede agrupar de acuerdo a su etiología, signos y síntomas.	Enfermedad que condiciona la hospitalización en esta ocasión al paciente clasificada de acuerdo al tiempo de evolución en menor o mayor a 15 días.	Aguda Crónica

Complicación hospitalaria	Independiente Cualitativa Nominal	Eventualidad que ocurre en el curso previsto del desarrollo de una enfermedad con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida.	Condición durante la hospitalización que puede modificar la enfermedad y estado de ánimo, sesgando el diagnóstico de síntomas depresivos	-Compromiso hemodinámico, neurológico y ventilatorio. -Intervención quirúrgica - Hospitalización en terapia intensiva
---------------------------	-----------------------------------	--	--	---

RESULTADOS DEL ESTUDIO

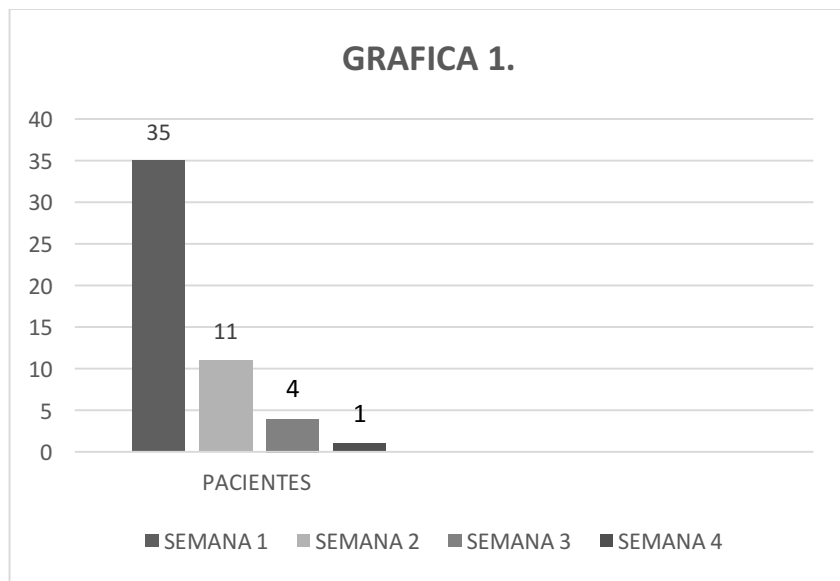
Se realizó el cuestionario de “Mood and Feelings Questionnaire” a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Durante el periodo de estudio participaron 54 pacientes, 3 fueron eliminados por contar con el diagnóstico de depresión previo a la intervención, incluyendo únicamente a 51 personas.

En la siguiente tabla resalta la mayor frecuencia en el grupo de escolares, sexo masculino, enfermedades agudas, con hospitalizaciones previas de 1-5 y ninguna complicación hospitalaria previa como predominantes.

TABLA 2.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE 51 PACIENTES QUE PARTICIPARON EN INTERVENCIÓN DIAGNÓSTICA			
DATOS	CATEGORIA	N=51	100.00%
Edad	Preescolar 6 años	10	19.6%
	Escolar 7-11 años	33	64.7%
	Adolescente 12-18 años	8	15.7%
Sexo	Femenino	25	49%
	Masculino	26	51%
Tipo de enfermedad	Crónica	21	41.1%
	Aguda	30	58.9%
	Ninguna	4	7.8%
Hospitalizaciones previas	De 1-5	44	86.2%
	Mas de 5	3	6%
	Ninguna	4	7.8%
Complicación hospitalaria	Compromiso hemodinámico, ventilatorio y neurológico	2	4%
	Intervención quirúrgica	3	6%
	Hospitalización en terapia	3	6%
	Ninguna	43	37%

Fuente: Instrumentos de recolección de la información.

La gráfica 1 muestra la cantidad de pacientes que se encontraban hospitalizados en las semanas de intervención, de acuerdo a su momento del alta. Se observa que la mayoría de los pacientes permanecieron hospitalizados únicamente por una semana y solamente un paciente pudo continuar la intervención hasta la 4 semana de hospitalización.



Fuente: Instrumentos de recolección de la información.

En la tabla 2 se muestra el número de personas que obtuvieron el estado emocional de deprimido o no deprimido según la semana de intervención y el momento del alta, posterior a aplicación de herramienta diagnóstica.

Tabla 4.

Estado emocional de los pacientes hospitalizados según su tiempo de hospitalización e intervención

Semana de intervención	Estado emocional	Número de pacientes
Primera semana	Deprimido	35 (100%)
	No deprimido	0 (0%)
Segunda semana	Deprimido	11 (100%)
	No deprimido	0 (0%)
Tercera semana	Deprimido	4 (100%)
	No deprimido	0 (0%)
Cuarta semana	Deprimido	1 (100%)
	No deprimido	0 (0%)

Fuente: Instrumentos de recolección de la información.

DISCUSIÓN

Para el presente estudio fue relevante comenzar a partir de aseveración que menciona la OMS, donde “ En México la población con depresión incrementó un 18.4% entre 2005 y 2015”³, como recomendación de Gonzales G.P., “...Debido a la gran prevalencia de depresión en niños hospitalizados se tiene la necesidad de investigar los factores de riesgo implicados para el desarrollo de la misma.”² y como se planteaba al inicio de este trabajo, son pocos o nulos los estudios acerca de la aparición de depresión en pacientes pediátricos en el mundo y específicamente en México.

Por lo anterior se decidió llevar a cabo una intervención diagnóstica con los pacientes hospitalizados del Hospital Infantil de México Federico Gómez; y como primer objetivo se conformó un grupo de estudio con las siguientes características: en su mayoría predominante por escolares de sexo masculino, hospitalizadas de 1-5 veces, con enfermedades agudas y sin antecedentes de complicaciones médicas. El número de hospitalizaciones bien podría explicarse a que se trata de pacientes que pertenecen a un tercer nivel de atención, los cuales por tipo de patologías ameritan de manera regular intervención para procesos infecciosos o de agudización de enfermedad de base. También se entiende que las patologías que originen en el momento de la intervención su hospitalización sean de cronología aguda, ya que por situación pandémica global, las hospitalizaciones en el periodo de intervención [2020-2021] se vieron limitadas a las mínimas indispensables, con el menor tiempo de exposición nosocomial.

Al valorar los resultados de la intervención diagnóstica, nos referiremos en primer lugar al diagnóstico previo de depresión, el cual únicamente fue positivo en 3 pacientes estudiados, los cuales ya contaban con manejo médico y farmacéutico, siendo excluidos del grupo de estudio.

Continuando sobre este aspecto, resulta destacable el hecho de que la mayoría de los pacientes obtuvieron el alta a domicilio durante la primera semana de hospitalización, y únicamente un paciente del total de la muestra haya permanecido hasta la 4 semana, que como se ha mencionado previamente podría atribuirse a la situación pandémica actual que limitaba las estancias hospitalarias al menor número de días posibles, evitando así coinfecciones.

Al preguntarse sobre la presencia o no de depresión es evidente que independientemente del momento en el cual se intervino a los pacientes, todos los resultados arrojaron negativos, lo cual podría ser atribuible a diversos factores: inicialmente al instrumento de medición, ya que como se ha documentado en bibliografía previa el “Mood and Feelings Questionnaire” puede realizarse tanto al paciente como al familiar, siendo la mayoría aplicados al segundo por la edad del menor; esto podría sesgar las respuestas de acuerdo a la percepción del familiar, a la negación del diagnóstico de depresión y los prejuicios alrededor de esta, sin embargo hay que recordar que, se decidió este instrumento de medición al poderse aplicar en pacientes con mayor rango de edad. Así mismo poder únicamente medir síntomas depresivos por un semana [influenciado por el tiempo de estancia hospitalaria ya comentado] dificulta el diagnóstico de depresión; el cual se ha definido por aparición de síntomas depresivos por al menos 2 semanas. Bien se ha comentado la situación pandémica por SARS COV2, la cual representó además poco flujo de pacientes que permanecían hospitalizados durante el periodo de estudio, suponiéndose que en situaciones habituales se hubiese recolectado una muestra mas amplia en el mismo periodo de tiempo.

Por todo lo anterior, no podemos descartar que exista asociación entre el tiempo hospitalizado y la depresión, ya que existieron múltiples factores que pudieron sesgar el estudio e interferir en los resultados comentados, se sugiere realizar un nuevo estudio con un instrumento de medición que se aplique únicamente al paciente [aunque esto implicaría aumentar la edad mínima para ser incluido en el estudio], con pacientes que se prevea un tiempo de hospitalización de al menos 2 semanas y en condiciones hospitalarias con un número habitual de ingresos hospitalarios, para una mejor calidad en la recolección de la muestra.

CONCLUSIÓN

1. El grupo de estudio se compuso en su mayoría por escolares, masculinos, con enfermedades agudas al momento de hospitalización, con antecedente de 1 a 5 hospitalizaciones y sin antecedentes de complicaciones médicas.
2. En este estudio un 5% de lo pacientes hospitalizados de agosto 2020 a mayo 2021 presentaban depresión al momento de la hospitalización.
3. No se encontraron factores de riesgo relacionados para el desarrollo de depresión en niños hospitalizados en tercer nivel de atención
4. En este estudio no existe asociación entre el tiempo de estancia hospitalaria y el desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el tercer nivel de atención.
5. Se sugiere realizar nueva intervención en condiciones hospitalarias que permitan periodos de hospitalización de al menos 2 semanas, con cantidad habitual de pacientes y un instrumento de medición aplicado unicamente al paciente para su diagnóstico, para poder definir si existe o no la asociación entre las dos variables.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	SEPTIEMBRE 2019	NOVIEMBRE 2019-MAYO 2010	AGOSTO 2020-MAYO 2021	MAYO 2021	MAYO 2021	MAYO- JUNIO 2021
Asignación de revisor de tesis y aprobación tema de estudio	X					
Elaboración de protocolo de investigación		X				
Aplicación de test de estudio en pacientes hospitalizados			x			
Procesamiento y análisis de los datos				x		
Elaboración del informe técnico final					X	
Revisión de tesis					X	
Divulgación de los resultados						X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Hernandez E. P., Rabadán r., J., La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva Educacional, Formación de Profesores 2013, 52 (1)
- 2 Gonzalez G.P., Rosales C. E., Depresión en niños hospitalizados de 7-17 años y su relación con factores de riesgo en el hospital San Francisco de Quito– IESS en el periodo noviembre 2014- febrero2015. Quito Ecuador 2015.
- 3 El Programa de Acción Específico Salud Mental (PAE) 2013-2018. Primera edición, 2001. México. Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf
- 4 Nogales I. A., Rodriguez J. H., Cortes M. G., et all. Guía clínica: Depresión en niños y adolescentes. Guías clínicas del Hospital psiquiátrico infantil Dr Juan N Navarro. México. 2009.
- 5 Pediatric unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on January 02, 2017.)
- 6 Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002; 118: 493-499
- 7 Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. Validation of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) and Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) in New Zealand help-seeking adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2018. 27(3), 1-0. <https://doi.org/10.1002/mpr.1610>
- 8 Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237 – 249.
- 9 Rhew et al.: Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2010 4:8.

LIMITANTES DE ESTUDIO

1. Tiempo de aplicación de estudio: Se realizó el estudio únicamente por 8 meses, sabiéndose que la mayoría de los pacientes hospitalizados son preescolares, la obtención de todos los criterios de inclusión convirtió mas difícil de lograr la muestra
2. De personal: Únicamente se cuenta con un aplicador para el test de depresión, pudiendo haberse omitido pacientes candidatos para el estudio
3. Tiempo de hospitalización de los pacientes: La mayoría de los pacientes se encontraron hospitalizados por una semana, no logrando de esta manera cumplir la definición temporal para aparición de depresión, afectando esto en los resultado de manera directa
4. Número reducido de hospitalizaciones: Debido a pandemia por SARS COV2 el numero de pacientes hospitalizados se vió disminuido respecto a ocupación hospitalaria habitual, haciendo mas reducida el tamaño de la muestra

ANEXOS
Anexo 1

Mood and Feelings Questionnaire-Self Report (MFQ-Self)

Instructions:

These questions are about how you might have been feeling or acting recently. For each question, please check how you have been feeling or acting in the past two weeks.

- If a sentence was not true about you, check NOT TRUE.
- If a sentence was only sometimes true, check SOMETIMES.
- If a sentence was true about you most of the time, check TRUE.

		Not True	Sometimes	True
1	I felt miserable or unhappy.	0	1	2
2	I didn't enjoy anything at all.	0	1	2
3	I felt so tired I just sat around and did nothing.	0	1	2
4	I was very restless.	0	1	2
5	I felt I was no good anymore.	0	1	2
6	I cried a lot.	0	1	2
7	I found it hard to think properly or concentrate.	0	1	2
8	I hated myself.	0	1	2
9	I was a bad person.	0	1	2
10	I felt lonely.	0	1	2
11	I thought nobody really loved me.	0	1	2
12	I thought I could never be as good as other kids.	0	1	2
13	I did everything wrong.	0	1	2

Mood and Feelings Questionnaire: Parent Report (MFQ-Parent)

Instructions:

These questions are about how your child might have been feeling or acting recently. For each question, please check how s/he has been feeling or acting in the past two weeks.

- If a sentence was not true about your child, check NOT TRUE.
- If a sentence was only sometimes true, check SOMETIMES.
- If a sentence was true about your child most of the time, check TRUE.

		Not True	Sometimes	True
1	S/he felt miserable or unhappy.	0	1	2
2	S/he didn't enjoy anything at all.	0	1	2
3	S/he felt so tired that s/he just sat around and did nothing.	0	1	2
4	S/he was very restless.	0	1	2
5	S/he felt s/he was no good anymore.	0	1	2
6	S/he cried a lot.	0	1	2
7	S/he found it hard to think properly or concentrate.	0	1	2
8	S/he hated him/herself.	0	1	2
9	S/he felt s/he was a bad person.	0	1	2
10	S/he felt lonely.	0	1	2
11	S/he thought nobody really loved him/her.	0	1	2
12	S/he thought s/he could never be as good as other kids.	0	1	2
13	S/he felt s/he did everything wrong.	0	1	2

Anexo 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA Y DESARROLLO DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

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

ACLARACIONES

<ul style="list-style-type: none">• Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.• No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.• Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.• No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.	<ul style="list-style-type: none">• No recibirá pago por su participación.• En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador.• La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.• Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.
---	---

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

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

Firma del investigador

Fecha

