

55
24 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

I. S. S. S. T. E.
CLINICA "DR. IGNACIO CHAVEZ"

"DETECCION DE TRASTORNO DEPRESIVO
EN UNA POBLACION ESCOLAR ABIERTA"

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. BENJAMIN NAJERA ISLAS

GENERACION 87 - 90



ISSSTE

MEXICO. D. F.

FEBRERO 1990

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
JUSTIFICACION	18
OBJETIVOS	19
MATERIAL Y METODOS	20
RESULTADOS	23
CONCLUSIONES	28
CUADROS	31
ANEXOS	38
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCION

A principios del siglo XX, los trastornos afectivos - de la infancia fueron relegados como una entidad clínica. Hasta fechas recientes la depresion en la infancia, habia sido considerada un aspecto ignorado y controvertido de la psicopatología infantil.

Sin embargo, en los dos últimos decenios se ha observado un creciente interés en la posibilidad de identificar y definir los estados depresivos en los niños.

Los trabajos de investigación en este tema se han centrado tanto en la definición de la depresión infantil, la elaboracion de instrumentos capaces de detectarla y por lo tanto hacer posible su estudio epidemiológico.

En México los estudios sobre depresión en la infancia son escasos, sobre todo en lo relacionado a frecuencia de la entidad.

Es por eso, que el presente estudio tiene como interés principal explorar la frecuencia del trastorno depresivo en una población escolar abierta, en la ciudad de Pachuca, Hgo; y además establecer la influencia de algunos factores de tipo sociocultural como condicionantes de la depresión.

El estudio fue realizado utilizando los criterios diagnósticos del DSM-III R, durante las entrevistas.

MARCO TEORICO

En el adulto se considera en la actualidad a la depre
sion como un síndrome bien definido; mientras que el térmi
no depresión no posee el mismo sentido para el niño, no --
tiene el mismo contenido y representa una experiencia dife
rente según la edad; considerada por algunos autores como--
una fase normal de su evolución y por otros como un fenóme
no patológico. (1,13)

La depresión infantil es actualmente aceptada como --
una entidad clínica diferente a la de los adultos, pero --
con una comprensión y una semiología clínica muy variable--
según los diferentes autores. (2)

En el estudio de la depresión una poderosa corriente--
del pensamiento psiquiátrico, restringió sus estudios du--
rante largo tiempo al adulto unicamente; y hace apenas un
par de décadas, la paidopsiquiatría irrumpió definitivamen
te en este campo, sembrando controversias, recogiendo y or
ganizando modelos teóricos, criterios diagnósticos, enfo
ques terapéuticos; en un serio esfuerzo por entender las -
depresiones en los niños. (8)

Fue en el año de 1971, cuando en la ciudad de Estocol
mo, Suecia; el IV Congreso de la Unión de Paidopsiauiatras
Europeos, dedicó sus actividades principalmente al tema --
"Estados depresivos en la infancia y adolescencia". De este
congreso se derivaron posteriormente otras dos grandes reu

niones; la conferencia sobre " La depresión en la infancia", en Washington, EUA; en 1975. Y en 1976, la Universidad de Berkeley reunió a connotados investigadores para que participaran en la "Conferencia sobre depresión en la infancia". En estas reuniones se concluyó en que es posible encontrar similitudes y analogías entre el cuadro clínico de la depresión en el adulto y el niño, además en su opinión es una entidad clínica que debería ser diagnóstica con más frecuencia de lo que se hace. (1)

Si bien es cierto que últimamente se ha prestado una mayor atención a esta entidad nosológica, no es menos cierto que se trata de un interés renovado, puesto que tenemos los estudios de grandes investigadores de esta área médica en épocas pretéritas.

En 1934, M. Klein describe la llamada "posesión depresiva" del lactante, situándola cronológicamente en el tiempo del destete y se produce como una respuesta a las tendencias destructivas del niño hacia la madre al sentir que la pierde; esta teoría describe esta fase depresiva como parte normal del desarrollo del niño, (14)

La ciudad de México fue el escenario en 1945 de los trabajos de R. Spitz, sobre la privación materna y sus efectos en el lactante; y sus investigaciones lo llevaron a escribir en la literatura sobre un fenómeno depresivo en la infancia, un síndrome al que dió el nombre de "depresión anaclítica" y que aún se conserva como criterio diag-

nóstico. (25)

Por su parte, M. Malher, admite a la respuesta depresiva como una reacción afectiva hacia la mitad del segundo año de vida, en el momento en que el niño es consciente de su separación, individualización y de la pérdida de su omnipotencia; cuando se hace consciente también de la pérdida de la omnipotencia materna en su capacidad para brindar le protección. (2)

Hacia los años 70's, los trabajos de Sandler y Joffe-los llevaron a conceptualizar que la depresión "es una modalidad específica de la reacción afectiva común a todos - los individuos, independientemente de la edad", puntualiza-ron, que es una reacción a una pérdida que puede tratarse de una persona significativa emocionalmente o bien la pérdida de un bienestar implícito, en relación a esta persona más que a su simple presencia o ausencia; apareciendo al - final un sentimiento mezcla de desamparo y desesperanza -- que lleva a la resignación pasiva. (24)

La existencia de la depresión en la infancia fue reco- nocida a partir de la década de los 70's, generandose un - desplazamiento de la atención de los investigadores hacia- los distintos aspectos de la depresión de los niños y ado- lecentes. (8)

El niño que sufre depresión tiene obstáculos para ex- presar sus síntomas, porque la comunicación de un senti- miento es una tarea compleja. Conforme va creciendo y desa-

rrollandose el niño es capaz de comunicar lo que siente, - según sus experiencias. En la edad escolar tiene mayor posibilidad de comunicar sus sensaciones y experiencias a -- través del lenguaje verbal, la expresión corporal y del -- comportamiento. (11)

Una de las inquietudes de los científicos en éste campo ha sido investigar las diferencias cualitativas y cuantitativas de las reacciones depresivas en los niños, adolescentes y adultos. Los autores que se han dedicado a ésta labor afirman que la sintomatología de la depresión en la infancia cambia según los distintos niveles de desarrollo. Como resultado de lo anterior empezaron a publicarse en la literatura médica diversos artículos tendientes a esclarecer la ambigüedad y variabilidad de los síntomas y manifestaciones. Con el tiempo se fueron delimitando dos formas de depresión; la abierta y la enmascarada. (9)

La depresión abierta se describe como una reacción a un estado afectivo donde predominan la disforia y anhédonia, acompañadas de un cortejo sintomático que puede incluir alteraciones psicomotoras, culpabilidad inadecuada, pensamiento o acciones suicidas, aislamiento social, alteraciones del apetito, disminución de energía, alteraciones - en el pensamiento y algunos otros. (20)

Ante la dificultad de observar en algunas ocasiones - el cuadro depresivo abierto, se generalizó el concepto de depresión enmascarada, expresada en los " equivalentes de-

presivos", término utilizado por M. Sperling al referirse a alteraciones del sueño y del apetito. (9)

Básicamente los síntomas referidos en el término de depresión enmascarada caen en alguna de las siguientes categorías: afectiva, cognocitiva, conductual, somática o neurovegetativa y se considera que si enmascaran las características esenciales y centrales del síndrome depresivo.

. (12)

En 1977, Kovacs y colaboradores señalaron que el término depresión enmascarada era engañoso e innecesario.(20)

Carlson y Cantwell concluyeron que la depresión no -- estaba enmascarada si el clínico lleva a cabo una evaluación diagnóstica exhaustiva y minuciosa; es más frecuente que sea el clínico y no el niño quien enmascara la depresión.(9)

Por su parte Petti, señala que es frecuente encontrar niños con quejas somáticas, hiperactividad, trastornos por déficit de atención, alteraciones en el aprendizaje, alteraciones en el rendimiento escolar o alteraciones de otro tipo que presentan episodios depresivos secundarios. A menudo este complejo de síntomas que el niño presenta eclipsa la depresión, pero la evaluación clínica detallada permitiera constatar la presencia de un síndrome depresivo que la restante sintomatología no enmascara por completo. (20)

Existe una sintomatología compleja que incluye las -- acciones o ideas suicidas; aunque si bien el suicidio en -

menores de 15 años es un fenómeno infrecuente, lo que queda representado en la escasez de estudios sobre este fenómeno. (9)

Una investigación muy completa de Pfeffer, refiere -- que en una población estudiada de niños entre 6 y 12 años, sin antecedentes psiquiátricos, en un 12% tuvieron acciones o ideas suicidas, independientemente o no de presentar el trastorno depresivo. (22)

Revisando los factores etiológicos, encontramos que-- todos los trastornos psiquiátricos infantiles presentan -- una etiología multifactorial y la depresión no constituye la excepción a esta regla. (7, 8, 19)

Skiskal y Mc Kinney desglosaron en 1975 los modelos - de depresión en cinco escuelas importantes y son : la psicoanalítica, la conductual, sociológica, existencial y biológica.

La escuela psicoanalítica hace hincapie en el modelo de Abraham y Freud de la " cólera replegada ", describiendo una desviación hacia adentro del instinto agresivo causado por la pérdida de un objeto amado en forma ambivalente .

La escuela conductual abarca predominantemente dos modelos; uno que es el de la " indefensión " de Seligman, que se relaciona con la incapacidad individual para escapar de circunstancias aversivas, y el modelo de pérdida de reforzamiento.

La escuela sociológica, defiende un modelo centrado -

predominantemente en la ruptura de la autoestima individual incluyendo pérdidas simbólicas objetivas y subjetivas.

El modelo existencial es similar al sociológico, en que la depresión resulta de una pérdida en el significado de la existencia.

El modelo biológico predominantemente confinado a la teoría aminobiógena, en la que la teoría monoaminogénica es la base de la depresión. (3,20)

Frecuentemente la familia influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión; posiblemente por vulnerabilidad genética, modelando la conducta depresiva o a través de constantes frustraciones, separaciones, abandonos y rechazos psicológicos. (10,20)

Lo anterior ha llevado a la investigación de los factores patológicos y dinámicos de la familia y su relación con la depresión en la infancia. Se ha encontrado una incidencia elevada de depresión en los padres, que puede ser fuente de depresión en los niños; sobre todo por identificación con el padre deprimido. (2,18,26)

Los autores Poznanski y Zrull detectaron una gran incidencia de depresiones en los padres, de un estudio realizado, en los cuales este trastorno se utilizaba manifiestamente para controlar explosiones de ira. Estas familias tenían dificultades especiales para afrontar la agresión y la hostilidad, y los niños se convertían en el ---

"chivo expiatorio" del proceso. Se les agredía de muy diferente forma, a golpes, con desprecios y por medio de rechazos y abandonos. Otra característica de estas familias era la falta y la oscilación entre agresión y depresión. Los niños experimentaban el máximo de depresión cuando no podían descargar la agresión por medio de juegos violentos. (11)

Por su parte Ollendick, refiere que la depresión es más acusada en niños de familias económicamente bajas, señalando que el clima familiar de desesperanza es un terreno muy propicio para que se desarrolle el trastorno depresivo. (19)

Por otra parte, muy frecuentemente encontramos en la historia de niños deprimidos, la pérdida o separación de los padres o personas emocionalmente significativas para el niño; aun separaciones temporales como hospitalizaciones, guarderías, o salidas del hogar de los padres cuando estos son económicamente activos. (2)

Los índices de frecuencias publicados por los investigadores en el campo de la depresión en la infancia, cubren una amplia gama de cifras; esto se debe a diferencias conceptuales y metodológicas, así como también debemos tomar en cuenta factores demográficos.

La frecuencia de depresión en el área clínica depende del terreno en que se trabaje; arbitrariamente este se ha dividido en dos campos, el ambulatorio y el hospitalal

rio.

Dentro del primero tenemos las siguientes estadísticas: en 1970, Rutter y colaboradores al emplear un diagnóstico que exigía predominancia de tristeza y autoestima baja como una indicación de depresión pura, hallaron una frecuencia del 0.1 % en niños de 10 a 11 años.

Kovacs y colaboradores en el año de 1977, empleando criterios estandarizados mediante encuestas domiciliarias en población escolar reportaron depresión leve en el 5 % de los casos.

Kashani en 1979, en entrevistas a escolares en sus hogares encontró una frecuencia del 1.9 %, cumpliendo con los criterios diagnósticos del DSM III.

Poznanski y Zrull en 1970, en un estudio retrospectivo de 1788 historias clínicas encontraron una frecuencia del 1 %.

Por otra parte en poblaciones que se consideran de ambiente hospitalario, por presentar antecedentes de padecimientos psiquiátricos, se obtuvieron los siguientes resultados en sus investigaciones. Petti en 1978 utilizando los criterios modificados de Weinberg, encontró una frecuencia del 59 %, en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Mc Conville habla de una frecuencia de 23 % y Carlson y Cantwell encontraron una frecuencia de 27 %, también en poblaciones psiquiátricas.

Weinberg en 1972 al evaluar niños que asistían a consulta psicopedagógica encontró una frecuencia de 58 % -- (11,20)

La gran diferencia de frecuencia obtenida en estos - dos grupos de estudios se debe a la diferencia de pobla-- ciones estudiadas; en los primeros casos son poblaciones- abiertas, aparentemente sanas desde el punto de vista psi- quiátrico. Mientras que en el segundo grupo de estudios - son poblaciones psiquiátricas o bien con trastornos con-- ductuales, del aprendizaje o del lenguaje.

En tiempos recientes se han elaborado una gran canti- dad de instrumentos para detección de depresión infantil, los más importantes que tenemos son los siguientes: Chil- dren's Depression Inventory de Kovacs y Beck en 1977, que abarca de los 7 a 17 años de edad. El Short Children's De- pression Inventory de Carlson y Cantwell de 1979, con un rango de edad de los 7 a 17 años. El Children Depression- Scale de Lang y Fisher de 1978, que incluye de los 9 a 16 años de edad. El Self Rating Scale de Birlesson de 1981,- con un rango de los 7 a 17 años. El Belluve Index of De- pression de Petti, de 1978, con un rango de 6 a 12 años. El Children Depression Rating Scale de Poznanski de 1979, con una amplitud de los 6 a 12 años. El Children's Affec- tive Scale de Mc Knew de 1979, y que abarca de los 5 a 15 años. El Interview Schedule for Children de Kovacs de --- 1978, que incluye de los 8 a 13 años. El Depression in --

Children de Winberg en 1973, con un rango de los 6 a 12 años de edad. Otros instrumentos con criterios para adultos en desordenes afectivos han sido utilizados, como el Research Diagnostic Criteria de Spitzer de 1977. (8,9,11, 16,17,24)

Existen controversias en cuanto a la aplicación de estos instrumentos diagnósticos; ya que en su mayoría, la aplicación y puntuación dependen del juicio clínico, lo que dificulta su aplicación por personal médico no psiquiatra al no contar con la experiencia clínica suficiente. Además, practicamente todos ellos solo han demostrado su confiabilidad y validez por acuerdo entre expertos. Entre estos instrumentos hay tantas coincidencias como discrepancias, lo que lleva a resultados incomparables entre las diferentes poblaciones que han sido estudiadas.

Además de los anteriores métodos diagnósticos de depresión en edad escolar, contamos con los criterios diagnósticos establecidos y revisados por la American Psychiatry Association, Committee on Nomenclature and Statistics, en su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - edición 3er. Revisada, en 1988, (DSM III-R); que incluye a la depresión entre los trastornos del estado de ánimo y describe sus criterios diagnósticos para depresión mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado. (4,15)

A continuación se mencionan los criterios diagnósticos para depresión mayor señalados por el DSM III-R :

A. Como mínimo 5 de los siguientes síntomas han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de conducta previa y, al menos uno de ellos es: 1) estado de ánimo deprimido, 2) Pérdida de interés o capacidad por el placer.

- 1.- Estado de ánimo deprimido (o puede ser irritable en los niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día, y percibido por experiencia subjetiva o por observación de los demás.
- 2.- Notable disminución por el placer o interés - en todas o casi todas las actividades habituales casi cada día.
- 3.- Aumento o disminución significativa de peso - sin hacer ningún régimen, o disminución o incremento de apetito casi cada día (en los niños hay que tener en cuenta la dificultad para ganar peso).
- 4.- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- 5.- Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día.
- 6.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7.- Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día.
- 8.- Disminución de la capacidad para pensar o con

centrarse o indecisión casi cada día.

9.- Ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B.1.- No puede establecerse que una causa orgánica inició o mantiene la alteración.

2.- La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido.

C. Fuera del contexto de la alteración anímica, no ha habido en ningún momento ideas delirantes o alucinaciones que hayan durado más de dos semanas

D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia o a un trastorno esquizofreniforme o a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado. (4)

Los criterios diagnósticos del DSM III-R, han sido ampliamente utilizados a nivel mundial, para hacer detecciones de depresión mayor tanto en poblaciones abiertas como en poblaciones psiquiátricas, para hacer seguimiento en la evolución de pacientes deprimidos, para valorar la eficiencia de tratamientos antidepresivos, así como también para validar otros instrumentos de detección de depresión. (4,5,6,9,19,21)

El texto del DSM III-R, describe sistemáticamente cada trastorno según los conocimientos adquiridos hasta el

momento de su publicación, síntomas asociados, edad de -- inicio, curso, deterioro, complicaciones, factores predig ponentes, antecedentes familiares y diagnósticos diferenc ciales. Sin embargo la aproximación teórica del manual es meramente descriptiva, la sintomatología característica - del trastorno depresivo mayor, se describe en términos de signos y síntomas fácilmente identificables; aunque en - el caso de los niños y adolescentes solo proporciona in-- formación sobre sintomatología asociada según la edad, -- así como la necesidad de hacer diagnóstico diferencial. -- Esto significa que aun cuando los criterios diagnósticos del DSM III-R, pueden resultar confiables, requieren de - una adecuada investigación clínica, al emitir un diagnós- tico.

Por el momento, el contar con este método de explorac ción clínica para depresión mayor, fácilmente aplicable y plenamente validado por el consenso general entre médicos psiquiatras y no psiquiatras, constituye un punto de part tida muy importante en la investigación de la depresión - infantil. (4)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión infantil es una entidad clínica que ha llamado la atención en la época contemporánea, como un fenómeno que puede estar presente en las distintas etapas del desarrollo del niño; diagnosticarla, en ocasiones resulta difícil debido a la variabilidad con que se presenta, así como por los diferentes criterios diagnósticos -- con que se cuenta.

En la edad escolar el niño tiene mayor posibilidad de comunicar sus sentimientos y sensaciones a través del lenguaje verbal, expresión corporal y del comportamiento; pudiendo llegar así a través de adecuadas entrevistas al diagnóstico del trastorno depresivo.

La depresión en la edad escolar es susceptible de ser detectada en el primer nivel de atención médica, mediante la aplicación de instrumentos elaborados para tal fin, debidamente aplicados y fundamentados en la necesidad de -- contar en nuestro medio con estadísticas representativas de nuestra población.

Desafortunadamente los instrumentos que utilizamos -- podrían no ser los idóneos, ya que fueron diseñados para poblaciones diferentes a la nuestra, puesto que en México aun no se ha desarrollado una escala de evaluación acorde con las características de nuestra población.

Así, el problema que intentaremos resolver sera: conocer la frecuencia del trastorno depresivo en una pobla-

ción escolar de la ciudad de Pachuca, Hgo.

JUSTIFICACION

Los estudios llevados a cabo en diferentes partes del mundo indican que, a la par de la evolucion tecnológica, - se incrementan los trastornos del afecto; y de estos principalmente la depresión. Esto ocurre tanto para la población adulta como para la infantil.

En nuestro país, como nación en pleno desarrollo, se piensa que no hemos escapado al fenómeno mundial del incremento de los trastornos del afecto.

Las instituciones de salud en Mexico, no cuentan con estudios epidemiológicos acerca de la depresión en la edad escolar.

Es por eso que el presente estudio esta encaminado a que mediante la aplicación de los criterios diagnósticos - del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades - Mentales, en su 3er. edición Revisada; se identifique la - frecuencia de la depresión en una población escolar de la ciudad de Pachuca, Hgo; ya que las medidas tendientes a lo - grar su prevención, detección temprana y tratamiento oportuno; estaran basadas en el conocimiento de la magnitud -- del trastorno depresivo en nuestros niños escolares.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar la frecuencia de la depresión en una población escolar de la ciudad de Pachuca, Hgo.

ESPECIFICOS:

- Identificar la frecuencia del trastorno depresivo en los grupos por edad y sexo.
- Identificar la frecuencia de los síntomas de depresión en la población que vamos a estudiar
- Identificar algunos factores condicionantes en la presencia de depresión infantil, tales como; medio socioeconómico procedente, actividad laboral de los padres, número de miembros en la familia.

MATERIAL Y METODOS

El estudio fue realizado en 5 diferentes escuelas primarias, turnos matutino y vespertino; de la ciudad de Pachuca, Hgo. Ubicadas dentro de su área urbana.

De un total de 25 313 escolares de nivel primaria inscritos en el curso escolar 1989-90; se aplico una fórmula para poblaciones de mas de 10 000 unidades, con una Z de 90 %, una E de 2 %, una q de 0.5 % y una p de 0.5 %; obteniendo el numero de la muestra que fue de 595 niños, correspondiendo 119 niños por cada una de las 5 escuelas.

La muestra en los grupos fue obtenida por cuota.

Se aplicó un cuestionario que incluía los criterios diagnósticos del DSM III-R, de acuerdo a lo mencionado en el marco teórico del estudio; agregando una sección de preguntas acerca de su estado socioeconomico. (anexo No. 1)

La obtención de datos se efectuó en privado, con el niño junto con sus padres, utilizando la técnica de entrevista, dirigida por un cuestionario de preguntas cerradas, las cuales se interrogaron propositivamente primero al niño y posteriormente a los padres. La duración promedio de cada entrevista fue de 10 minutos.

Los niños a estudiar se aceptaron mediante los siguientes criterios:

A) Criterios de inclusión.

- Niños de ambos sexos, con una edad comprendida - entre 6 y 11 años, inscritos en educación primaria.
- Aquellos cuyo padre y/o madre acepten la entrevista.
- Que los niños a entrevistar no tengan antecedentes de enfermedad psiquiátrica conocida.

B) Criterios de exclusión.

- Quienes no reúnan los criterios de inclusión.

C) Criterios de eliminación.

- Aquellos casos en los cuales pueda establecerse que una causa orgánica inició o mantiene la alteración.
- Si la alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).
- Si ha habido en algún momento ideas delirantes o alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- Si el trastorno está superpuesto a una esquizofrenia, o a un trastorno esquizofreniforme, o un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

El estudio fue diseñado realizarse de tipo descriptivo/transversal.

De acuerdo a el cronograma de actividades las entrevistas se realizaron durante los meses de septiembre y octubre de 1989.

En la definición de variables; se considero como la variable a estudiar, a el cuestionario aplicado durante -- las entrevistas.

El análisis estadístico de los datos se efectuó mediante la aplicación de medidas de resumen.

En cuanto a los recursos humanos y materiales utilizados tenemos los siguientes:

- Humanos: El investigador principal y el asesor de la investigación.
- Materiales: Formas de captación de datos, tarjetas de recolección de datos, cuadros de vaciamiento y demás insumos de escritorio.

Se improvisó en las escuelas en donde se llevo a cabo la investigación un area privada para realizar las entrevistas.

Consideraciones éticas y legales: Se contempló la Declaración de Helsinky, que marca los lineamientos en los trabajos de investigación clínica. Se contó con la aprobación de las autoridades educativas correspondientes (Director Federal de Educación Primaria en el Estado y Directores de las escuelas primarias).

No existieron riesgos para los sujetos de estudio, ya que el interrogatorio incluyo preguntas comunes de la consulta diaria del medico; respetando en todo momento la integridad física, psicológica y sociocultural de los entrevistados.

RESULTADOS

Los resultados que obtuvimos en la presente investigación son los siguientes:

La distribución por sexos en el total de la muestra fue de la manera siguiente: encontramos 231 escolares masculinos y 311 escolares femeninos, lo que nos da un 47 y - 53 % respectivamente. (Cuadro No. 1)

La distribución por años de edad del total de la muestra fue: para 6 años, 78 niños, el 13 % de la muestra; para 7 años fueron 105, el 17 % de la muestra; para 8 años - fueron 88 niños, el 15 % de la muestra; para 9 años fueron 96 niños, el 16 %; para 10 años, encontramos 122 niños, el 21 % de la muestra; para 11 años fueron 106 niños, el 18 % de la muestra. (Cuadro No. 2)

En cuanto al estrato socioeconómico de procedencia, - la distribución del total de la muestra es la siguiente: - para el estrato socioeconómico alto fueron 14 niños, con un 2 % ; para el medio fueron 313 niños, con un 53 %; y pa - ra el estrato socioeconómico bajo fueron 268 niños, corres - pondiendo al 45 %. (Cuadro No. 3)

En la investigación de actividad laboral de los pa---

dres en el total de la muestra encontramos: cuando solo el padre trabaja fuera del hogar tuvimos 410 casos, un 69 % ; cuando solo es la madre quien labora fuera del hogar tuvimos 43 casos, correspondiendo a un 7%, y cuando ambos padres laboran fuera del hogar tuvimos 142 casos que corresponden a un 24 %. Cuadro No. 4)

Pasando a la sección de sintomatología interrogada, - del total de la muestra, la frecuencia de síntomas presentados es la siguiente: 425 niños que corresponden al 71.6% se mostraron completamente asintomáticos. El número restante de niños que son 170 y corresponden al 28.4 % del total de la muestra, si presentaron uno o mas síntomas y se distribuyeron de la manera siguiente: los que presentaron un solo síntoma fueron 104 casos, que corresponden a un 17.5%; con dos síntomas fueron 44 niños que corresponden a un --- 7 %; los casos que presentaron 3 síntomas fueron en 11 niños lo que da un 1.8 %; con cuatro síntomas fueron 4 niños los detectados para un .6 %; y los que presentaron 5 o más síntomas y entre los cuales debe incluirse alteraciones en el estado de ánimo o pérdida de la capacidad por el placer, fueron 5 casos que corresponden a un .8 %, siendo esta la frecuencia de depresión en edad escolar en la ciudad de Pachuca, Hgo.

En el estudio se detectaron dos casos de niños que habiendo cumplido con los síntomas que marca el DSM III-R para diagnosticarlos como deprimidos se eliminaron, ya que -

se identificó una causa orgánica que desencadenó el trastorno depresivo; y los casos mencionamos son los siguientes: el primero fue un paciente masculino de 11 años de edad, con 5 síntomas diagnósticos para depresión mayor, que dos meses previos a la entrevista sufrió amputación traumática de pierna derecha, iniciando posterior a esto con la reacción depresiva. Y el segundo caso se trata de una niña de 9 años de edad, con 6 síntomas diagnósticos y que un mes previo a la entrevista fue sometida a internamiento por espacio de dos semanas, por fiebre tifoidea y posteriormente proceso neumónico, refiriéndose que posterior al alta hospitalaria presentó la reacción depresiva que detectamos. Estos dos niños hacen un .3 % del total de la muestra. (Cuadro, No. 5)

En lo que corresponde a la distribución de porcentajes de cada uno de los síntomas interrogados tenemos lo siguiente para la población estudiada que presentó sintomatología: el estado de ánimo deprimido se presentó en 10 casos con un 6 %; la disminución por el placer se presentó en 4 casos; las alteraciones del peso o del apetito se presentaron en un número de 66 niños correspondiendo al 38 %; las alteraciones en el sueño se presentaron en 26 casos, para un 15 %; las alteraciones en la actividad psicomotriz se presentaron en 59 casos para un 34 %; las quejas de fatiga o pérdida de energía se presentaron en un total de 52 niños para el 30 %; los sentimientos de inutilidad o culpa estuvieron presentes en 12 casos para el 7 %; las altera--

ciones en el pensamiento las refirieron 35 niños para un 20 %; y en cuanto a ideas o acciones suicidas o de muerte no las refirieron en ningún caso. El porcentaje total del 100 % en el cual están basados los anteriores hallazgos,-- corresponde a 170 niños que presentaron algún síntoma, (Cuadro No. 6)

Los resultados que hemos presentado hasta aquí corresponden al total de la muestra incluyendo niños asintomáticos y aquellos que presentaron algún síntoma, y los resultados que presentamos a continuación son del grupo de ni--ños que reunieron los criterios del DSM III-R para depre--sion mayor y son los siguientes:

Los niños deprimidos tuvieron una distribución de frecuencias por sexo de 4 masculinos, para el 80 % y uno femenino para el 20 %. (Cuadro No. 7)

La distribución por edad quedó repartida de la forma--siguiente, un caso de 9 años, para el 20 %; 3 casos de 10 años para el 60 %; y un caso de 11 años para el 20 %. (Cuadro No. 8)

En cuanto al estrato socioeconómico de procedencia de los niños, los resultados que obtuvimos son estos: para el estrato socioeconómico alto no hubo ningún caso; para el -estrato socioeconómico medio se presentaron 4 casos para -el 80 % y para el bajo un solo caso para el 20 %. (Cuadro No. 9)

Al investigar la actividad laboral de los padres los

resultados en el grupo de niños deprimidos, encontramos que cuando ambos padres laboran fuera del hogar, detectamos 4 casos para el 80 %; si solo el padre labora fuera del hogar fue un caso para el 20 %; y cuando solo la madre es la que labora fuera del hogar no hubo un solo caso. (Cuadro No - 10)

En cuanto a la frecuencia de presentación de los síntomas en el grupo de niños deprimidos estos son los resultados: las alteraciones en el estado de ánimo se presentaron en 5 casos para hacer un 100 %; la disminución por el placer se presentó en 4 casos, para el 80 %; las alteraciones en el apetito se presentaron en 3 casos para el 60 %; las alteraciones en el sueño fueron en 2 casos para un 40 %; -- las alteraciones en la actividad psicomotriz se presentaron en 4 casos para un 80 %; las quejas de fatiga o pérdida de energía fueron en 3 casos para un 60 %; los sentimientos de inutilidad o culpa fueron en 2 casos para un 40 %; las alteraciones en el pensamiento fueron en 3 casos para un 60 % - y en cuanto a ideas de muerte o acciones suicidas no hubo un solo caso. (Cuadro No. 11)

Agregaremos que el promedio de hijos por familia en el total de la muestra fue de 3.5 y en el grupo de niños deprimidos fue de 3.8; además en este último grupo los 5 niños diagnosticados con el trastorno depresivo, ocupan un lugar intermedio entre el número de hijos de sus respectivas familias.

CONCLUSIONES

En México no existen estudios estadísticos sobre la frecuencia de depresión en edad escolar, que nos permitan hacer una comparación de los resultados que obtuvimos; aun así consideramos que la frecuencia encontrada, en una población escolar de la ciudad de Pachuca, Hgo., del 0.8 %, es baja; y este resultado podría estar influenciado por factores tales como: que los criterios diagnósticos para depresión mayor del DSM III-R, no sean los adecuados para la población escolar mexicana; y por otro lado tenemos algunas deficiencias en la selección de la muestra, ya que al no ser homogénea en cuanto al estrato socioeconómico de procedencia de los niños entrevistados, podría esto ser considerado como un sesgo en la investigación.

En cuanto a los niños que presentaron síntomas sin llegar a ser deprimidos; los que tuvieron uno o dos síntomas y que hacen un porcentaje mayor al 25 %, se trata de casos en los cuales los síntomas encontrados son principalmente alteraciones en el apetito y alteraciones en la actividad psicomotriz, ambos muy inespecíficos para depresión y muy comúnmente reportados por los padres en niños aparentemente sanos. En este mismo rubro, los niños que tienen 3 o 4 síntomas, y que hacen un porcentaje del total de la muestra del 2.4 %; son niños que deben ser considerados co

mo de riesgo alto para depresión, ya que estadísticamente solo les falta uno o dos síntomas para cubrir los criterios diagnósticos que manejamos en la investigación.

Otro punto interesante por abordar es el referente al interrogatorio sobre ideas de muerte o acciones suicidas - que no se reportó positivo en ningún caso de la muestra, - aun tampoco en el grupo de niños deprimidos, y consideramos que probablemente si lo halla, pero en el ser humano - existe un gran temor al hablar acerca de nuestra muerte o bien la muerte de nuestros hijos, y consideramos que debido a esto hallamos tenido tal resultado.

En cuanto a los síntomas predominantes en el grupo de niños deprimidos, tenemos que las alteraciones en el estado de ánimo y la disminución por la capacidad por el placer son los mas constantes, lo que nos habla de estados de presivos abiertos; que son mas fácilmente diagnosticables.

La mayor frecuencia de presentación del trastorno depresivo fue en los niños entre 9 y 11 años, lo que nos sugiere: son niños prepúberes en quienes la causa mas comun de presencia de estados depresivos, esta dada por la entrada a una etapa de crisis del desarrollo individual, que es la adolescencia; y por otro lado siendo los criterios diagnósticos del DSM III-R, mas sensibles para poblaciones - adultas, es más factible diagnosticar depresión con este instrumento a niños en el rango de edades como los detecta

dos en el estudio, debido a que su presentación clínica es más semejante a la de los adultos.

Para la población urbana que estudiamos se encontraron algunos factores de tipo socioeconómico, condicionantes de la depresión; como el estrato socioeconómico del cual procedían los niños, y que predominó en la clase media, quizá debido a la mayor vulnerabilidad que tiene esta a ser afectado su estado afectivo con los cambios socioculturales que estamos viviendo, y uno de ellos es la vida laboral activa de los padres; que en nuestro estudio demostró tener cierta influencia.

Otra conclusión que hacemos es que la depresión en la edad escolar es susceptible de ser detectada por el Médico Familiar en el primer nivel de atención, con la debida aplicación de los instrumentos que para tal fin se tienen.

Por último; es necesario elaborar en México un instrumento para la detección de la depresión en edad escolar, puesto que los que utilizamos fueron elaborados para poblaciones diferentes a la nuestra y su utilización en las diferentes investigaciones que realizamos o en la práctica clínica no siempre es del todo adecuada.

Cuadro No. 1
Distribución por sexos del grupo
de escolares de Pachuca, Hgo.

SEXO	No.	%
MASCULINO	281	47
FEMENINO	314	53
TOTAL	595	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 2
Distribución por edad en años
de los escolares de Pachuca, Hgo.

EDAD	No.	%
6 años	78	13
7 años	105	17
8 años	88	15
9 años	96	16
10 años	122	21
11 años	106	18
TOTAL	595	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 3
Distribución por
estrato socioeconómico.

E. S. E.	No.	%
ALTO	14	2
MEDIO	313	53
BAJO	268	45
TOTAL	595	100

Fuente: Formato de captación de datos.

Cuadro No. 4
Distribución por
actividad laboral
de los padres.

A. L. P.	No.	%
Solo el padre	110	69
solo la madre	43	7
ambos trabajan	142	24
TOTAL.	595	100

Fuente: Formato de captación de datos.

Cuadro No. 5

Frecuencia por los
síntomas presentados en
los escolares de
Pachuca , Ilgo.

No. de sint.	No.	%
Asintomáticos	423	71.6
Un síntoma	104	17.5
Dos síntomas	44	7
Tres síntomas	11	1.8
Cuatro síntomas	1	.6
Cinco síntomas	5	.8
mas de cinco	0	0
Eliminados	2	.3
TOTAL	595	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 6
Frecuencia de
presentación de los síntomas.

SINTOMA	No.	%
Estado de ánimo deprimido o irritable	10	6
Notable disminución por el placer o interés.	4	2
Aumento o pérdida de peso o apetito.	66	38
Insomnio o hipersomnia	26	15
Agitación o entrecimiento psicomotriz.	59	34
Fatiga o pérdida de energía.	52	30
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	12	7
Disminución de la capacidad para pensar	35	20
Ideas de muerte o ideas de suicidio o acciones suicidas.	0	0

Fuente: Formato de captación de datos.

Cuadro No. 7

Distribución por sexo
en el grupo de niños deprimidos

SEXO	No.	%
Masculino	4	80
Femenino	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 8

Distribución por edad
en el grupo de niños deprimidos

EDAD	No.	%
9 años	1	20
10 años	3	60
11 años	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 9
Distribución por
estrato socio-económico
en el grupo de niños deprimidos

E. S. E.	No.	%
Alto	0	0
Medio	4	80
Bajo	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 10
Distribución por actividad
laboral de los padres
en el grupo de niños deprimidos

Actividad laboral	No.	%
Ambos	4	80
Padre	1	20
Madre	0	0
TOTAL	5	100

Fuente: Formato de captación de datos

Cuadro No. 11

Frecuencia de presentación
de los síntomas
en el grupo de niños deprimidos.

SINTOMA	No.	%
Estado de ánimo deprimido o irritable	5	100
Notable disminución por el placer o interés	4	80
Aumento o pérdida de peso o del apetito	3	60
Insomnio o hipersomnia	2	40
Agitación o enlentecimiento psicomotriz.	4	80
Fatiga o pérdida de energía.	3	60
Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa	2	40
Disminución de la capacidad para pensar.	3	60
Ideas de muerte o de suicidio o acciones suicidas	0	0

Fuente: Formato de captación de datos.

Anexo No. 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
PARA DETECTAR DEPRESION EN EDAD ESCOLAR.

1a. Parte.

Datos personales:

Nombre: _____

Apellido Paterno - Materno - Nombre (s)

Edad: _____ Sexo: _____

Años y meses

Grado escolar: _____ Turno: _____

Acudió a la
entrevista

Nombre del padre _____ SI NO

Nombre de la madre _____ SI NO

Estrato socioeconómico procedente:

Alto Medio Bajo

Ocupación del padre: _____

Ocupación de la madre _____

No. de hijos en la familia _____

Lugar que ocupa el entrevistado _____

2a. Parte

De los items mencionados a continuación se considerara positivo, si ha estado presente durante un mismo periodo de mas de dos semanas y representa un cambio en la conducta previa

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- Estado de ánimo deprimido o irritable la mayor parte del día, casi cada día. | SI | NO |
| 2.- Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales - casi cada día. | SI | NO |
| 3.- Aumento o pérdida significativa de peso, sin ningún régimen alimenticio; o dificultades para alcanzar el peso deseado, o aumento o disminución en el apetito. | SI | NO |
| 4.- Insomnio o hipersomnia casi cada día. | SI | NO |
| 5.- Fatiga o pérdida de energía casi cada día. | SI | NO |
| 6.- Agitación o enlentecimiento psicomotriz. | SI | NO |
| 7.- Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa casi cada día. | SI | NO |
| 8.- Disminución de la capacidad para pensar o centrarse o indecisión casi cada día. | SI | NO |
| 9.- Ideas de muerte recurrentes, ideas suicidas- o intentos suicidas. | SI | NO |

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

3 era. Parte

PARA EL EXAMINADOR.

Si existen como mínimo 5 de los síntomas y por lo menos ---
uno de ellos corresponde al ítem 1 o 2:

- 1.- Puede establecerse que una causa orgánica inició SI NO
o mantiene la alteración.
- 2.- Existe en algún momento ideas delirantes o alu-- SI NO
cinaciones que hayan durado mas de dos semanas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. Editorial Masson. 4a. edición.
- 2.- Ajuriaguerra-Marcelli. Manual de Psicopatología infantil. Editorial Masson; 1a. edición. 1982.
- 3.- Akiskal, H. S.; Mc Kinney W. T. Overview on rwcwt research in depression on children. Arch. Gen. Psychiatry 4, 1975. Pag. 301-7.
- 4.- American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales. DSM III R; - 3era. Edición Revisada. Ed. Masson. 1988
- 5.- Anderson, Williams, Mc Gee. DSM III disorders in preadolescents children. Arch. Gen. Psychiatry 44, Jan, --- 1988. Pag. 67-75.
- 6.- Blumberg, Izard. Affective and cognitive characteristics of depression in 10 and 11 year-old children. J. of -- Pers and Social Psychology. 49,1; 1986. Pag. 148-202.
- 7.- Burgin, D. Depression in children and adolescents. Psychopatology 19; suppl, 2; 1986. Pag. 148-55.
- 8.- Calderón Narvaez G. Depresión. Editorial Trillas. 1er. Edición. 1984.
- 9.- Cantwell D. P. Carlson G. A. Trastornos afectivos de la infancia y adolescencia. Editorial Martínez Roca. 1er. edición . 1983.

- 10.- Davis, Hunter, Nathan. Childhood depression; one overlooked problem in family practice. J. Fam. Pract; 25; 5; Nov, 1987. Pag. 451-7.
- 11.- De Garay G. Informe técnico de tesina. Elaboración y aplicación de un instrumento de detección para depresión en edad escolar. Facultad de Medicina. UNAM.
- 12.- Diaz Aguirre J. Tesis de posgrado. Depresión en la infancia y equivalentes depresivos. Facultad de Medicina. UNAM.
- 13.- Green, M. Childhood and adolescents depression. J Fam.-Pract. 25;5; Nov, 1987. Pag. 433-4.
- 14.- Klein M. El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos. Editorial Horme. Buenos Aires. 1964.
- 15.- Kocsis, Frances. A critical discussion of DSM III dysthymic disorders. Am J. Psychiatry; 144; 12, Dec. --- 1987.
- 16.- Kovacs M. Depressive disorders in childhood. I. Arch.-Gen Psychiatry. 41 march, 1984. Pag. 229-36.
- 17.- Kovacs M. Depressive Disorders in childhood. II. Arch. Gen Psychiatry. 41 July, 1984. Pag. 613-9.
- 18.- Mokros, Poznanski, Grossman, Freeman. A comparison - of child and parents rating of depression for normal-clinically referred children. J Child Psychol Psychiatry. 28;4, Jul. 1987. 613-24.
- 19.- Nissen, G. Treatment for depression in children and - adolescents. Psychopathology. 19; suppl, 2; 1986. Pag. 156-61.

- 20.- Ollendick T. Psicopatología Infantil. Editorial Martí
nez Roca. 1er. edición. 1986.
- 21.- Petty, Assarnow, Carlson. The Dexametazona supression
test in depressed and non depressed children. Am J --
Psychiatry 142; 5, 1985. Pag. 631-33.
- 22.- Pfeffer C. Suicidal fantasies in normal children. J -
Nervous and Mental Disease. 173;2, 1985. Pag. 78-83.
- 23.- Poznanski, Hartmut, Mokros, Grossman. Diagnostic Cri-
teria in Chilhood Depression. Am J Psychiatry 142;10
Oct; 1985. Pag. 1168-73.
- 24.- Sandler J, Joffe W. Notes on childhood depression. Int
J Psychoanal. 46;88, 1985.
- 25.- Spitz, R. El primer año en la vida del niño. Edito---
rial. F C E. 1965.
- 26.- Weissman, Gamon, Jhon. Children of depression parents
Arch Gen Psychiatry. 44; 10, 1987. Pag. 847-53.