

11226
111



UNIVERSIDAD NACIONAL *2ej.*
AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO E INVESTIGACION**

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
I.S.S.S.T.E.
CLINICA HOSPITAL ISSSTE
DE IRAPUATO
IRAPUATO, GTO.

CLINICA HOSPITAL
TRASTORNO DEPRESIVO ATIPICO EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS DE
EDAD QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE LA
CLINICA HOSPITAL ISSSTE IRAPUATO

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. GRACIELA MARTINEZ RODRIGUEZ



IRAPUATO, GTO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

23/1/68 1998



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.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Dra. Graciela Martínez Rodríguez

TRASTORNO DEPRESIVO ATÍPICO EN NIÑOS DE 6
A 12 AÑOS DE EDAD
QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE LA
CLINICA HOSPITAL ISSSTE IRAPUATO

DRA. MA. JOSEFINA DOLORES MUÑOZ GUTIÉRREZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
IRAPUATO, GTO.

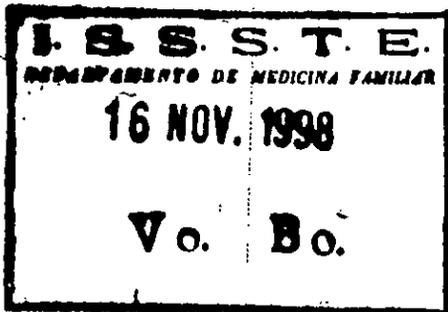
DRA. CAROLINA ARREDONDO SANDOVAL

ASESOR DE TESIS
ESPECIALISTA PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA INFANTIL,
IRAPUATO, GTO.

DR. EMILIO GRANIEL GUERRERO
ASESOR DE TESIS ISSSTE.

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN MÉDICA
CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA, ISSSTE.



ISSSTE

Irapuato, Enero de 1996

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
METODOLOGÍA	16
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	20
MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN	21
VARIABLES DE MEDICIÓN	27
CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
RESULTADOS	30
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	31
ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	47

INTRODUCCIÓN

El propósito y alcance de la tesis es tener una idea más clara sobre los niveles y las condiciones depresivas en infantes preescolares y en edad escolar, para llevar a cabo un diagnóstico sobre sus comportamientos y planear el plan de estímulos-respuestas adecuados para el buen desenvolvimiento de la personalidad del individuo.

La idea de llevar a cabo esta tesis resultó de la inquietud por conocer las raíces de los comportamientos de las personas, cuyo origen siempre nos lleva a la primera infancia, en donde muchas veces las condiciones sociales y emocionales provocan efectos depresivos.

La depresión en niños, tiende a pasar frecuentemente desapercibida en la práctica clínica. Sus manifestaciones difieren de las observadas en la depresión de adultos. Los síntomas dependen de la edad, desarrollo psicosocial, integración cognositiva y conducta de apego. Si se considera al niño como un adulto en miniatura, con síntomas idénticos a los presentes en la depresión del paciente adulto, muchos niños serán mal diagnosticados y sus problemas negados.

La depresión infantil no se refiere a momentos transitorios de tristeza y decepción, sino más bien a un trastorno franco, que afecta el desarrollo e interfiere con la realización completa del potencial innato. Pueden existir gran cantidad de factores etiológicos que no se han logrado diferenciar ni aclarar en forma satisfactoria.

Aunque los factores bioquímicos encontrados en adultos, no se han confirmado en niños, pueden existir como componentes primarios o secundarios.

-Depresión en escolares (6 a 11 años).-

El inicio del pensamiento operacional es un punto mayor en el desarrollo cognitivo del niño. Ahora aprende la manera de organizar las situaciones inmediatas en términos de una realidad más general. En el sentido estructural, éste es el tiempo de formación de la panoplia de defensas y consolidación del superego. La pérdida de uno de los progenitores, es entendida ahora en forma conceptual, aunque el entendimiento de la muerte en sentido abstracto debe esperar unos años más. Los síntomas depresivos toman una forma similar relativamente a la reacción depresiva de los adultos y reflejan la depresión del progenitor o persona cercana.

El niño es abiertamente sensitivo y fácilmente lastimable. Comienzan a emerger los sentimientos de autodevaluación. El niño busca nuevas relaciones, pero a la vez les teme: La amenaza de abandono permanece vigente. Consecuentemente, sus relaciones son sutiles o tentativas. Su conducta es vacilante entre un autocriticismo áspero y el culpar al prójimo de sus errores. La observación revela un sentido de tristeza e infelicidad. Puede quejarse en forma crónica de dolor físico. En la escuela puede fantasear o ser el objeto de risa o burla. Por sus esfuerzos para ser aceptado y recompensado, resulta reprendido y a veces castigado. Rara vez se reconoce que necesita consuelo. Más bien su comportamiento histriónico resulta molesto y trae consigo reforzamiento posterior de sus sentimientos negativos. Su sufrimiento no es reconocido por sus padres ni maestros, pudiendo pasar desapercibido, sin conseguir que le presten la atención que tanto anhela y que tan desesperadamente necesita.

ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Los trastornos depresivos se manifiestan, como entidades claramente definidas cuando tratamos al paciente adulto, cuando estos problemas son estudiados en la infancia, el panorama resulta mucho menos definido, dado que el término depresión, no posee el mismo sentido ni las mismas características de expresión clínica para el niño (1).

La depresión infantil representa una experiencia diferente en cada edad, y existen ciertas dificultades para diferenciar las fases depresivas que se presentan durante el desarrollo de la enfermedad depresiva como tal; es decir, del momento depresivo, de la forma de ser depresiva (2).

Es usual que la tristeza quede asociada con un amplio rango de trastornos diferentes de conducta y dificultades en el rendimiento escolar (3-4).

Es menos común que la tristeza se encuentre acompañada de síntomas neurovegetativos, pérdida de peso, retardo psicomotor y despertar temprano. Comparada con la depresión en adultos, los sentimientos de tristeza en la infancia son más hábiles e influenciados por las circunstancias y se encuentran menos acompañados

de las condiciones típicas depresivas de culpa, autodesprecio, y sentimientos de desesperanza acerca del futuro (5-6).

La melancolía en la infancia fue reconocida por los médicos del siglo XVII, siendo Abraham en 1912 el primero en postular un mecanismo dinámico de la depresión (7). Freud en 1917 considera la pérdida objetal con fantasías inconscientes, y así, ambos, la pérdida del objeto y los sentimientos ambivalentes hacia el objeto perdido, son requisitos que para el estado melancólico comienza (8).

Melanie Klein en 1948 describe con posición depresiva aquella fase de la infancia temprana en la que el niño se va dando cuenta de que los objetos buenos y los malos constituyen meramente facetas diferentes de uno y el mismo objeto, pero las secuelas de esta unión incluyen la ambivalencia hacia el objeto y en consecuencia se inicia dicha posición (9).

Los trabajos de Spitz de 1945 describieron lo que él llamó Depresión Anaclítica y hospitalismo; describe sintomatología como aislamiento, pérdida de peso y talla, falta de afecto, describiendo como factor etiológico la privación emocional de los niños al ser separados de su objeto materno sobretodo si la relación previa entre ambos era satisfactoria (10).

Bowlby entre 1951 y 1961 considera que si el curso normal de desarrollo del niño es interrumpido por la separación, la pérdida del vínculo con el objeto amado comienza la angustia y/o la ansiedad (11).

En la década de los cincuenta se publicaron muchos artículos en la que se debatía la existencia de la Psicosis Maniaco Depresiva, finalmente se concluye que ésta

no ocurre en los niños y durante la adolescencia; es rara aunque se sostiene que ésta tiene sus inicios en la niñez (12 y 18).

Durante los años setentas aumentó considerablemente el interés sobre el fenómeno de la depresión en la infancia, al principio hubo acuerdo sobre la validez del concepto. Sin embargo otros autores como Sandler y Joffe en 1965, Glassner en 1967 y Cytryn, con Meknew en 1947 aceptan que en los niños esta entidad se puede presentar de manera enmascarada (14, 15 y 16).

Por otro lado, hay quienes sostienen que la Depresión en la infancia es una entidad clínica bien reconocida que incluye manifestaciones físicas diversas tales como alteraciones del apetito, conducta del sueño, bajo rendimiento escolar y dificultad para la socialización (3). Entre estos autores tenemos a Poznanski y Zrull (1970), Sandler y Joff con Malmquist (1971) (17, 18 y 19). Por lo anterior, actualmente se considera que la Depresión en la infancia es una entidad clínica bien reconocida que incluye manifestaciones físicas diversas.

A continuación se realiza una descripción de las características de la depresión en niños entre los seis y los doce años de edad, incluyendo una revisión de los principales síntomas. Afecto Depresivo es el elemento "Sine Qua Non". Se observan niños infelices, las sonrisas desaparecen rápidamente y son sustituidas por la frialdad de la depresión; para ser depresión deberá estar el niño con el ánimo deprimido, por lo menos durante una semana o un mes.

Anhedonia, cuando se presenta ésta, es muy importante, ya que interviene en los procesos de aprendizaje y para el juego en el niño.

Baja Autoestima, esta área es difícil de explorar y los niños tienden a calificarse como poco populares, o bien señalar en este momento lo relativo a moteos y apodos.

Culpa Patológica, retraimiento social; los niños deprimidos con este problema, no significa que previamente no existiera la comunicación con los iguales, generalmente refieren tener ausencia de amigos, o bien que ellos no les agraden a otros niños, y tienden a buscar un amigo sustituto a través de los animales, y en las depresiones graves el niño no buscará ningún amigo sustituto.

Bajo rendimiento escolar, complicaciones de fatiga, refiere estar cansado por la tarde, menciona tomar siestas.

Entretimiento Psicomotor: La Hipoactividad es más clara en las depresiones moderadas a severas. Más sin embargo algunos niños con depresiones moderadas pueden mostrar la posibilidad de conductas caracterizadas por hiperactividad, irritabilidad y déficit de atención.

Alteraciones en las funciones vegetativas, alteraciones en el patrón de sueño, así como en los hábitos alimenticios, los cuales son referidos fácilmente por los niños.

Ideación de la enfermedad e Intento Suicida; síntomas asociados con irritabilidad, llanto o deseos de llorar, complicaciones somáticas como dolores de estómago, de piernas o bien de cabeza (2, 4, 12, 20).

Normalmente la codificación de la sintomatología en niños se ha basado en los informes familiares y maestros, cuando un niño tiene signos o síntomas depresivos evidentes que al mismo niño refieren.

Esta situación cambia cuando los síntomas pasan desapercibidos y se deja de lado la parte afectada de los menores. De ahí surge la necesidad de buscar y la importancia de conocer las alternativas de apoyo clínico complementario con la evaluación de los niños que acuden al servicio de Consulta Externa a Central de Niño Sano.

Es importante señalar que en esta institución y otras similares en nuestro Estado, no existen antecedentes sobre estudios de depresión en niño, por lo que resulta particularmente importante el presente estudio, que expone de manera clara una visualización de la Depresión en niños que acuden a control de niño sano en un Hospital General del ISSSTE, utilizando una escala de Depresión para niños.

El valor real de las escalas estriba en que a una mayor severidad de la condición, coincide con síntomas de mayor intensidad o bien con una mayor frecuencia en la sintomatología; estas escalas sólo muestran la severidad de la depresión y no incluyen síntomas que son incompatibles con un trastorno depresivo. No pueden dar información en cuanto al diagnóstico diferencial.

Las escalas de determinación de la intensidad de la Depresión en Niños, e basa en la de los adultos realizadas por Hamilton en 1960, la cual tiene la característica de ser aplicada por un clínico (21). Por otra parte, la escala de Beck (22) desarrollada en 1959, es autoaplicable. En cuanto a una escala de depresión específica para niños surge como primera la de Ponanski (23 y 24), y del inventario de Beck surge el CDI para niños diseñado por M. Kovaks (25); de las escalas más recientes para escolares, se debe mencionar la desarrollada por Hoshi (26) en el hospital John's Hopkins. Por otra parte para preescolares se señala la de Martini (27). Y para adolescentes se deben considerar tres que creemos las más importantes, el primero la de Chiles, la de Faulstich (28 y 29, respectivamente), y los trabajos de Chambers con el K-

SADS (30). Existen otras escalas como la de Carrol (31) en 1981, teniendo la característica de ser autoaplicable; está elaborada para corresponder exactamente con la de Hamilton que es aplicable por un clínico.

Se ha pensado que la escala del HOSPITAL JOHN'S HOPKINS (Versión en español del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, publicada en 1990). Se realizó la adaptación en el hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, realizándose primero el proceso de culturización; se presentó el instrumento procediéndose a la evaluación de los pacientes que se obtuvieron en el servicio de la Consulta Externa de la clínica de los trastornos emocionales, con el diseño de dos grupos controles, siendo uno de ellos de pacientes Psiquiátricos sin trastorno depresivo mayor y el segundo control en población abierta; los resultados fueron la distribución por sexo de los 75 niños comprendidos con Trastorno Depresivo Mayor, correspondiendo el 21.42% para el sexo femenino, y el 78.57% para el masculino. Por otra parte la calificación más baja obtenida fue de 50 puntos y la más alta de 101. Los pacientes sin trastorno Depresivo Mayor (n=35), con porcentaje de 38.28 Y en el grupo de escolares (n=51) con un porcentaje de 32.28. Se concluye que finalmente que el listado diagnóstico del Hospital *John* Hopkins supera en descripción y poder sintético otras escalas o instrumentos de medición para el Trastorno Depresivo en niños.

Las características del instrumento es que cuenta con 38 preguntas, las cuales deben de ser respondidas conforme cinco opciones (nunca, algunas veces, seguido, muy seguido y siempre). Existen 10 preguntas para codificación en orden inverso: 3, 10, 13, 15, 23, 26, 29, 30, 34 y 35. Para la pregunta 10 se considera el orden inverso sólo cuando se tratara de niños mayores de 8 años. La calificación máxima para el instrumento es de 152.

Este cuestionario no es una entrevista, sino una medida objetiva que lleva alrededor de 8 minutos el llenarlo; y el niño deberá hacerlo en presencia de una especialista, quien no deberá intervenir en el proceso, salvo para los niños que tienen dificultad para la lectura.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce la frecuencia y la intensidad de la depresión. Normalmente la codificación de la sintomatología de la depresión en niños se ha basado en reportes de familiares y/o de maestros, lo que dificulta enormemente lograr un diagnóstico adecuado y por consiguiente un plan de trabajo acorde con la entidad por la que curse el menor; de ahí surge la necesidad de buscar y conocer alternativas de apoyo clínico complementario en la evaluación de los niños en que se sospeche una depresión.

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial es una alteración del estado de ánimo, unido a problemas cognositivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con ella.

El Estado de Ánimo puede estar:

*Normal.

*Elevado

*Deprimido

Los pacientes con estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida de apetito e ideas de muerte y suicidio.

La Depresión Atípica es una subcategoría del trastorno afectivo bipolar, mayor y específico. Es una categoría nueva definida por su naturaleza residual, no es posible obtener información específica sobre epidemiología, prevalencia, cociente según sexo y partes familiares.

¿Cuál será la frecuencia e intensidad de la depresión en la infancia?

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se convierte en una propuesta sobre un método objetivo que nos permite contar con elementos clínicos necesarios para el diagnóstico adecuado en este transtorno, por lo cual aplicamos un documento que nos apoye para el logro e investigación de las situaciones emocionales en los niños adscritos a la Clínica Hospital ISSSTE de Irapuato, Gto.

La importancia de llevar a cabo este trabajo es:

- 1.-Es una entidad nosológica no característica de alguna clase socioeconómica en particular, sino propia de la humanidad. Como es una categoría nueva no es posible obtener información específica. Se han ofrecido diversas divisiones de las formas atípicas de trastornos depresivos clínicos. La expectativa de vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es alrededor del 20% en mujeres y 10% hombres. En el trastorno bipolar (Depresión mayor / Neurosis depresiva) es de 1% para ambos sexos, y sin embargo, si se incluyen depresiones de todo tipo este porcentaje aumenta al 30% y de estas personas deprimidas solamente 20 - 25% reciben tratamiento. Sin embargo, las cifras registradas de prevalencia e incidencia sobre todo las basadas en ingresos de Hospital deben de ser consideradas estimaciones mínimas.

2.-La magnitud y trascendencia del problema es que los intensos estudios de investigación han considerado a esta enfermedad como una entidad de alta prioridad ya que se establece un círculo vicioso en el que las experiencias de modelos agresivos y/o formas de conductas inadecuadas se han mantenido generación en generación, siendo esto posiblemente la razón por la cual no se ha dado la debida importancia.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar si existe Trastorno Depresivo Atípico en niños de 6 a 12 años que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar de la Clínica Hospital ISSSTE de Irapuato, Gto. mediante la aplicación de la escala John Hopkins versión en español del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, en el periodo comprendido del 1o. de Enero de 1995 al 30 de Septiembre de 1995.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el grado de intensidad del Trastorno Depresivo Atípico que predomina en los niños de 6 a 12 años que acuden a consulta de Medicina Familiar de la Clínica Hospital ISSSTE, Irapuato, Gto.
- Determinar en qué edad es más frecuente.
- Identificar en qué sexo es más frecuente.
- Reconocer la frecuencia en que la escolaridad estaría en relación a la edad.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Descriptivo, transversal y operacional

El propósito y alcance de esta tesis se ha delimitado a los pacientes de nivel infantil de la Clínica Hospital ISSSTE, Irapuato, Gto.

Para muestra se tomó la población infantil de niños de 6 a 12 años que acuden a consulta de Medicina Familiar de la Clínica Hospital ISSSTE, Irapuato, Gto.; para control de niños sanos, en el período comprendido del 1o. de Enero al 30 de Septiembre de 1995. De éstos se tomaron un grupo de 658 niños, de los cuales se seleccionaron 50 casos de ambos sexos entre 6 y 12 años de edad, que acudieron a consulta externa de la Clínica Hospital ISSSTE Irapuato, Gto.

Universo de Estudio: Niños de 6 a 12 años de edad, ambos sexos, derechohabientes del ISSSTE Irapuato, Gto., que acuden a consulta externa y que sepan leer y escribir.

Para demostrar que la Depresión Infantil es una entidad frecuente que se relaciona en forma directa con factores potenciales del desarrollo materno, ya que los

mecanismos protectores de los grupos sociales se van descomponiendo y muchas personas se ven expuestas a presentar efectos del Desarrollo, Desintegración Familiar y Aislamiento Social; además se observa un aumento previsible de los trastornos depresivos debido al uso cada vez mayor de medicamentos (sedantes, antihipertensivos, alcohol).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- *Niños de 6 a 12 años.
- *Derechohabientes del ISSSTE, Irapuato, Gto.
- *Ambos sexos.
- *Que acuden a consulta externa del consultorio No. 2 por cualquier motivo.
- *Que sepan leer y escribir
- *Niños de 6 a 12 años que acepten participar

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

-Niños con Trastornos Motores y de Lenguaje

- *Alteraciones de la psicomotricidad gruesa, fina.
- *Enfermedad de Duchem. (distrofia muscular)
- *Enfermedades virales. (poliomielitis, enfermedad Guillen Barre)

-Niños con Problemas de Tipo Neurológico

- *Enfermedad Down
- *Retraso Psicomotor

-Niños con Retraso Mental

- *Superficial.
- *Moderado
- *Grave

-Niños mayores de 12 años

-Niños menores de 6 años

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

-Niños que durante el estudio presenten una Enfermedad Orgánica

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se recibe a los niños que acuden al servicio de Consulta Externa de Medicina Familiar a control de niño sano; se efectúa exploración física para descartar patología orgánica y se procede a la aplicación de Escala, previa autorización de los padres.

Se propone la Aplicación de la ESCALA PARA NIÑOS DEL HOSPITAL JOHNS HOPKINS (Versión en Español del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro). Este instrumento consta de 38 preguntas, las cuales deben responderse conforme a cinco opciones (NUNCA, ALGUNAS VECES, SEGUIDO, MUY SEGUIDO, SIEMPRE). Existen 10 preguntas para codificación en orden inverso 3, 10, 13, 15, 23, 26, 30, 34, 35. La pregunta 10 se considera en este orden Inverso cuando se trata de niños mayores de 8 años. La calificación máxima de este instrumento es de 152 puntos. Este cuestionario es una medida objetiva, lleva alrededor de 8 minutos, y al llenarlo el niño deberá hacerlo en presencia del investigador, quien no podrá intervenir en el proceso, sólo en aquellos casos en que los niños tengan problema de lectura.

El Universo de Estudio: Lo constituye la población infantil del Consultorio 2 de la Clínica Hospital ISSSTE Irapuato, Gto. de 6 a 12 años, que acude a consulta.

Tipo de Estudio: Estudio de Investigación Transversal Descriptivo que comprende el periodo del 1o. de Enero al 30 de Septiembre de 1995.

Muestra de Estudio: Constituida por 658 niños de los cuales fueron seleccionados 50 casos al azar en forma simple aleatoria, que corresponde al 32.9% del total del universo de estudio.

Instrumento de Medición:

ESCALA PARA NIÑOS DEL HOSPITAL JOHNS HOPKINGS (versión en español del Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro), la presente escala ha sido destinada únicamente para niños y se ha encontrado que la misma es de gran valor práctico para la medición de enfermedades depresivas primarias, y de este modo se obtiene una apreciación más real de la magnitud del problema.

Análisis de Datos:

*La muestra seleccionada se aplicó en forma simultánea y una vez completado el número de entrevistas se procedió a la calificación de dichas entrevistas, y se formaron:

- 1.-Número de casos por sexo.
- 2.-Frecuencia por grado de intensidad.
- 3.-Frecuencia por edad.
- 4.-Frecuencia por sexo.
- 5.-Frecuencia por grado de escolaridad

Se anexa Formato de Medición.

NUNCA = 0

ALGUNAS VECES = 1

SEGUIDO = 2

MUY SEGUIDO = 3

SIEMPRE = 4

a).- De 20 a 35 puntos = Personas Normales

b).- De 36 a 45 puntos = Estado de ansiedad, Depresión leve.

c).- De 46 a 65 puntos = Depresión Moderada.

d).- De 66 en adelante = Depresión Severa o Grave.

VARIABLES DE MEDICIÓN

Se investigan variables como:

- Número de casos por sexo.
- Edad.
- Grado de escolaridad.
- Grado de intensidad.
- Variables que corresponden a las 38 preguntas que comprende el cuestionario

Se recopilan los datos utilizando la escala para niños del Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro, la cual consta de 38 preguntas que deben ser respondidas conforme a 5 opciones (nunca, algunas veces, seguido, muy seguido y siempre).

Este instrumento califica principalmente: Estado de ánimo, actividad motora, rendimiento escolar, ideación suicida, sentimientos de culpa, somatización y socialización.

Existen 10 preguntas para su codificación en orden inverso, y la pregunta 10 se considera en orden inverso sólo si se trata de niños mayores de 8 años.

Enseguida se procede a establecer la correlación entre factores potenciales para determinar el coeficiente de correlación:

1.-T = el número de observaciones que están empatadas por un rango particular

$$T = \frac{t^3 - T}{T^2}$$

2.-Determinación del Coeficiente de Correlación (rs) mediante la siguiente fórmula:

$$r_s = \frac{E_x^2 + E_y^2 - E_D^2}{2 E_X E_Y}$$

T_x = suma de valores T para rangos empatados x.

T_y = suma de valores T para rangos empatados y.

3.-Ya que se obtuvo el valor de (rs) se hacen 2 mediciones, mediante la siguiente fórmula:

$$Z = r_s \sqrt{n-1}$$

Enseguida el valor que resulta es buscado en una tabla de valores de la curva normal para ver su significación estadística, una vez localizado dicho valor y si éste es mayor de 1.96 significa que variables de estudio están íntimamente relacionadas, rechazando por lo tanto la hipótesis de Nulidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Estudio dentro de la Categoría I, considerado sin riesgo para el paciente; no obstante se solicita el consentimiento informado de los padres.

RESULTADOS

Se estudiaron 50 pacientes entre los 6 y 12 años de edad que acuden a consulta externa del consultorio No. 2 de la Clínica Hospital de Irapuato, Gto. De los cuales 28 fueron sexo femenino y 22 sexo masculino.

Segun puntuación encontrada; se diagnosticó como depresión, y: 13 casos corresponden al sexo femenino, 8 casos corresponden al sexo masculino. El mayor número de casos estudiado de acuerdo a escolaridad fue el 4º año.

El porcentaje encontrado en este estudio, de acuerdo al número de casos correspondió al 50% y se presentó entre los 6 y 7 años de edad.

Del total de los 50 niños estudiados:

- 29 resultaron sin depresión.
- 21 resultaron con depresión.
- 17 con depresión leve.
- 3 con depresión moderada.
- 1 con depresión grave.

Esto resultó de que la mayor puntuación de la escala fue de 81 puntos y la más baja fue de 18 puntos.

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presenta una tabla que describe la puntuación que se obtuvo al examinar los 50 pacientes del grupo etario por edad, sexo, escolaridad; y al presentar la puntuación de cada uno de los casos, se determina el grado de intensidad de la depresión, si existe o no.

RESULTADOS

EDAD	SEXO	ESC.	PUNTUACIÓN	INTENSIDAD	Frec. Depr	FD	MD
6	F	1°	63	L	1	1	1
6	M	1°	57	L	1		1
6	M	1°	52	N	4		1
6	M	1°	81	G	1		1
6	F	1°	63	L	1	1	

7	M	2°	56	L	1		1
7	M	3°	46	N			
7	F	3°	59	L	1	1	
7	M	2°	47	N			
7	M	2°	31	N	6		
7	F	2°	72	M	1	1	
7	M	4°	56	L	1		1
7	F	2°	55	L	1	1	
7	F	2°	65	M	1	1	

8	F	3°	46	N			
8	M	3°	41	N			
8	F	4°	43	N			
8	F	4°	35	N			
8	M	4°	18	N	1		
8	F	3°	53	N			
8	M	2°	48	N			
8	F	3°	55	L	1	1	

9	F	4°	54	L	1	1	
9	F	5°	51	L	1	1	
9	M	5°	50	N			
9	M	4°	53	N	4		
9	M	4°	61	L	1		1
9	M	4°	40	N			
9	F	3°	45	N			
9	F	4°	74	M	1	1	

10	F	5°	62	L	1	1	
10	F	5°	42	N			
10	F	4°	44	N	2		
10	M	4°	61	L	1	1	

11	F	6°	47	N			
11	F	5°	46	N			
11	F	5°	19	N		1	
11	F	6°	41	N			
11	M	6°	57	L	1		1
.....							
12	F	1° Sec.	39	N			
12	M	1° Sec.	60	L	1		1
12	F	1° Sec.	57	L	1	1	
12	F	1° Sec.	54	N			
12	M	1° Sec.	47	N		3	
12	M	1° Sec.	41	N			
12	M	1° Sec.	50	N			
12	F	6°	45	N			
12	F	2ª Sec.	49	N			
12	M	1° Sec.	62	L	1		1
.....							
x 1					F=13 M=18		

Media = 9.08+ 2.02

Al parecer no hay correlación edad Vs. puntuación, grado escolar Vs. puntuación, sin embargo se puede calcular la regresión lineal.

Se estudiaron 50 pacientes entre 6 y 12 años de edad con una media de edad de 9.08 + 2.02 (desviación estándar).

Enseguida se describe los casos de sexo masculino, los casos de sexo femenino de acuerdo a puntaje encontrado en la aplicación del cuestionario.

**PUNTUACIÓN DE FEMENINOS
CON DEPRESIÓN**

**PUNTUACIÓN DE MASCULINOS
CON DEPRESIÓN**

Nº

1	63
2	63
3	59
4	72
5	55
6	65
7	55
8	54
9	51
10	74
11	62
12	61
13	57
.....

$$x = 60.85$$

1

Media muy similar, diferencia en
Frecuencia

1	58
2	81
3	56
4	56
5	61
6	57
7	60
8	62
....

$$x = 61.25$$

2

$$0x = 7.77$$

De los casos de depresión diagnosticados:

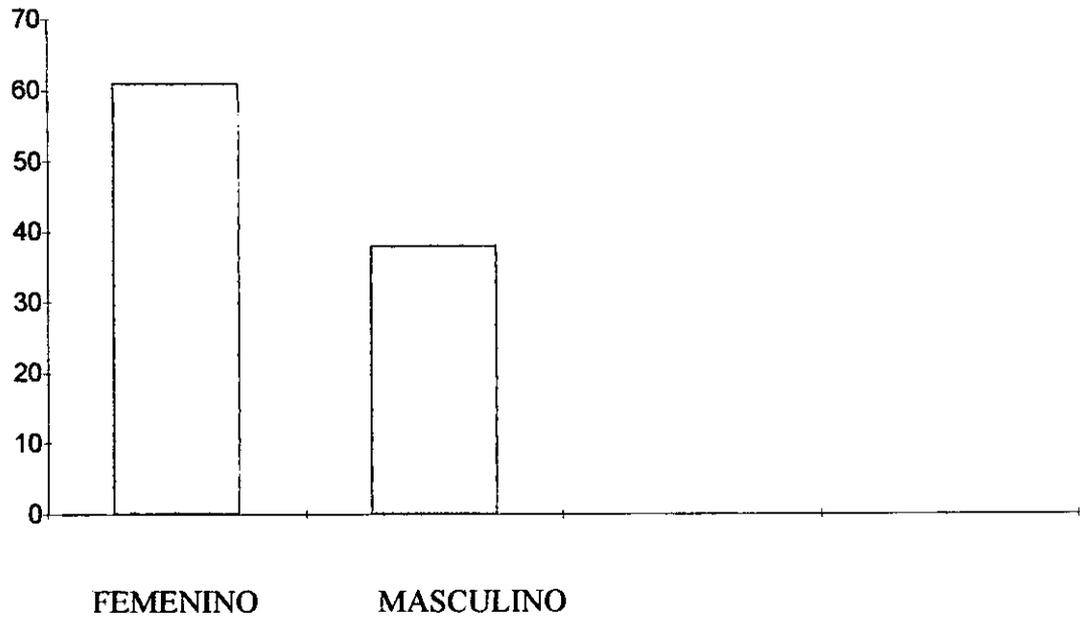
*13 correspondieron al sexo femenino.

*8 correspondieron al sexo masculino.

***Por esta razón ya no se hizo la T de Student para ver diferencias.

GRÁFICA NO. 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SEXO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EDADES DE 6 A 12 AÑOS



Fuente: 50 niños a que se aplicó este estudio.

***Total de 21 pacientes con Depresión

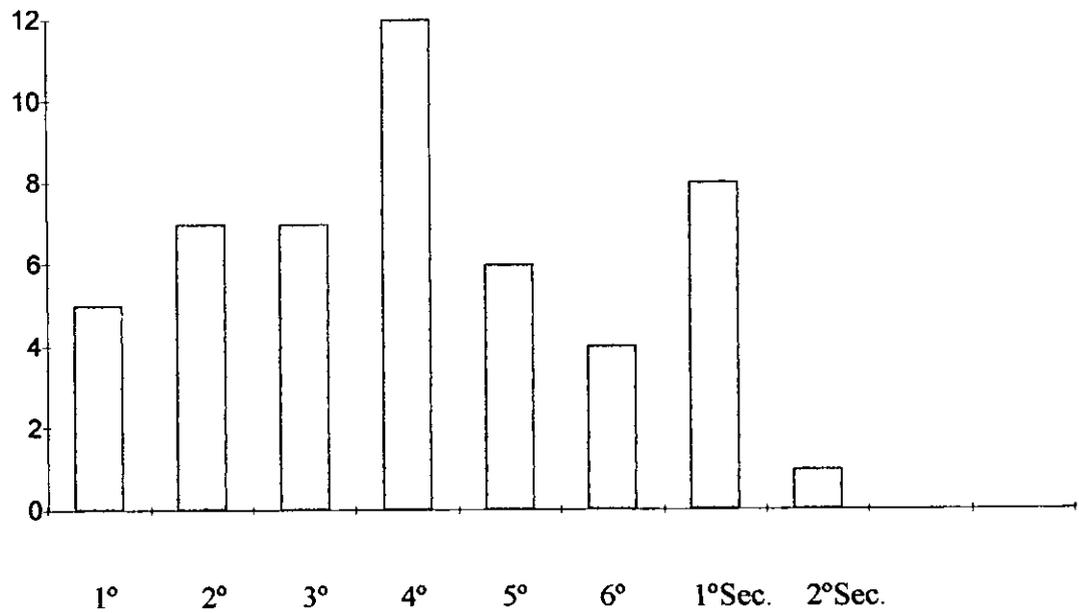
CUADRO NO. 1

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR SEXO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN EDADES DE 6 A 12 AÑOS.	
	Con Depresión
Niñas	12
Niños	9

Fuente: Cuestionario para este estudio.

GRÁFICA NO. 2

ESCALA POR GRADO DE ESCOLARIDAD

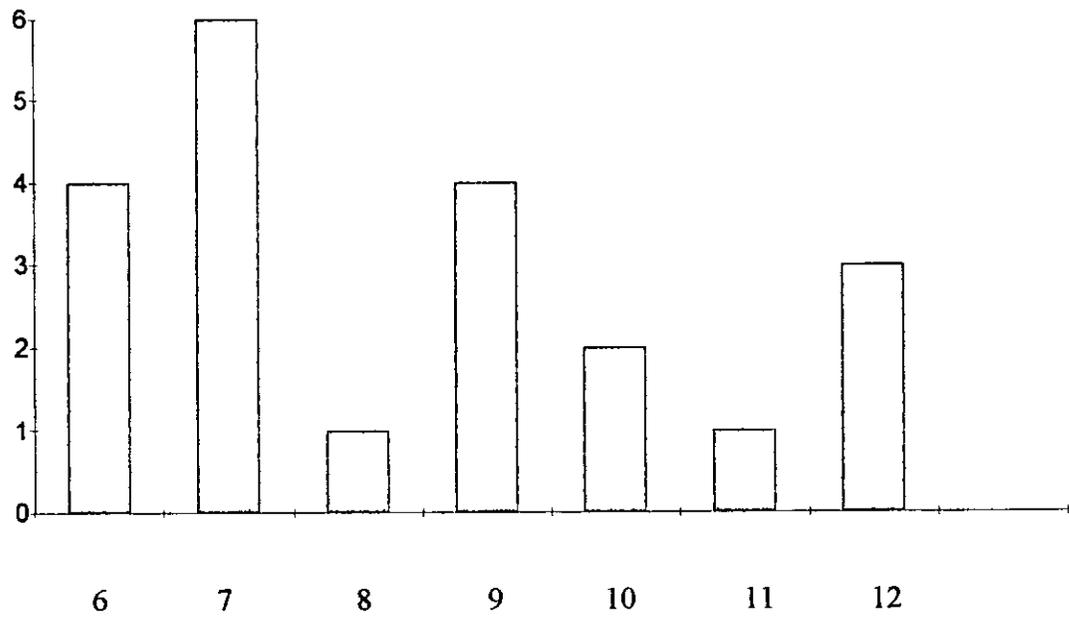


Fuente: Cuestionario para este estudio.

Sobresale el mayor número de casos de acuerdo a escolaridad, es el de 4° año.

GRÁFICA NO. 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE DEPRESIÓN POR EDAD



Fuente: Cuestionario para el estudio.

***En los 6 y 7 años, casi el 50% de los casos sufren de Depresión

CUADRO NO. 4

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA POR GRADO DE INTENSIDAD EN DEPRESIÓN ENTRE LOS 6 Y 12 AÑOS					
Casos	Sin Depresión		Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave
	29	17	3		1

Fuente: Cuestionario de estudio.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se obtuvo una correlación significativa entre depresión, frecuencia y sexo.

De acuerdo a cifras encontradas en otros países como E.U., se tiene que de la población general, 1.9% en escolar y 4.7% en adolescentes cuentan con diagnóstico de depresión. (2,9).

En relación con nuestro estudio encontramos cifras más altas, pero esto se considera que se debe a que la población estudiada fue en un Hospital General.

La Depresión se puede presentar a cualquier edad y la escolaridad no es un factor que aumente o disminuya la intensidad.

La entidad se encontró en todas las edades de la población estudiada y queda claro que de 6-7 años se diagnosticó como depresión leve, y también se observa que a mayor edad se incrementó la intensidad de la depresión, reportándose entre 10 y 12 años casos de depresión moderada y grave.

El sexo femenino fue el más afectado, y esto se debe considerando que en nuestra sociedad la mujer tiende a permanecer más involucrada en el medio familiar de acuerdo a la distribución de roles (31).

Por lo anterior, la Depresión en niñas es mayor, diagnóstico válido que puede distinguirse de otras entidades psicopatológicas y que puede ser tratada desde edades muy tempranas.

De la distribución por sexo de los 21 pacientes con Depresión, el 61.1% corresponde al sexo femenino mientras que el 38% pertenece al sexo masculino, obteniéndose una media de $x + 60.85$ para el sexo femenino y para el sexo masculino $x + 61.25$. De la distribución de la frecuencia por grado de intensidad de casos de Depresión, se encontró que del total de los 50 niños estudiados, 29 resultaron sin depresión, mientras que 17 fueron encontrados con una intensidad leve, 3 con depresión moderada, y solamente se reportó un caso grave. La mayor puntuación de la escala fue de 81 puntos, mientras que la más baja fue de 18 puntos.

Se estudiaron 50 pacientes entre 6 y 12 años de edad, con una media de edad de $9.08 + 2.02$ (desviación estándar). Encontrando que en el 50% de los casos de depresión se presentarán entre los 6 y 7 años de edad.

Se estudiaron 50 pacientes de 6 - 12 años con un promedio de escolaridad de 4to. de primaria. Siendo 1o. de primaria el grado más bajo y 2o. de secundaria como el grado más alto.

CONCLUSIONES

La utilidad del estudio es la presencia de un perfil acerca de que:

- a) Sí existe la depresión como problema de salud.
- b) Sí existen indicadores de riesgo (adolescencia).

Lo anterior debe de servir para formular nuevas estrategias para aplicación de teorías apropiadas (8).

Investigación de grupos específicos es el primer paso lógico para identificar factores de riesgo. Este estudio puede ayudar al Psiquiatra clínico a evaluar el riesgo de morbilidad futura que tienen las personas cuyo estado de salud mental es normal o moderadamente perturbado (6, 7).

Se observó el reconocimiento de las dificultades de los padres para el cuidado de los niños, y puede de esto resultar una actitud más positiva hacia los servicios existentes de salud mental, lo cual puede adoptarse para ayudar a familias necesitadas (10).

- Reconocer la magnitud de la Depresión infantil y sus formas diversas de manejarlas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LEWIS Mendeguhea Antony
"Depresión y Existencia Humana"
American J. of Psychiatry 136:y
pp. 521-23. E.U.A. 1979.

- (2) LEWIS Mendeguhea Antony
"Child and Adolescent Psychiatry"
Editorial Willionis Baltware Meryland
pp. 646-663. E.U.A. 1991

- (3) LEWIS Mendeguhea Antony
"Psicopatología Infantojuvenil"
British. Med. Jour. 229.20
pp. 1106-1109. Nov. 1978

- (4) MOROZOVA Sheucheko
"El Curso de Depresión Reactiva en Niños de Casa Hogar"
Americân-Orthopsyquiat 52 (2)
Abril, 1990

(5) America J. Orthopsychiat
"The Clinical Phenomenology of Childhood Depression"
39/11-12 (522-527) 1991.

(6) "Trastornos del Estado de Animo del Niño y el Adolescente"
Mayor Clinical Study (150)
Journal Article An 92044942

(7) ABRAHAM
"Affective Disorders in Children and Adolescents"
Kaban et al Textbook of Psychiatry
1980 - 33(3)

(8) MUSKE J.
"Depression in Children"
American Journal of Psychiatry
136:4 530-33
Abril, 1979.

(9) KOVAKS M Fernbert T. E. Novak
"Depressive Disorders in Childhood and Adolescence"
Arch. Gen Psychiat.
41-769-76
Marzo, 1984

(10) SPITZ
"Analytic Depression Psychoanalytic Study of the Child"
The Mayor Archivement and Orsmind.
American Journal of Psychiatry
137:2 151-58
Febrero, 1980

(26) JOSHI P. et al, (1990)ç

"The John Hopkins Depression Scale: Normative Data and Validation in Child Psychiatry Patients.

J. Am Acad, Child Adolesc. Psychiatry, 29, 2:283-288

(27) MARTINI et al, (1990)

"A Symton Self-Report measure for preschool children. J. am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 29; 4: 594-600.

(28) CHILES J. et al (1980)

"Depression in an Adolescent delinquent population"

Arch. Gen. Psychiatry, 37: 1179-1184

(29) FAULSTICH M. et al (1986)

"Assesment of Depression in Childhood and Adolescence: An Evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC).

Am. J. Psychiatry, 143: 1024-1027

(30) CHAMBERS W. et al, (1985)

"The assesment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview"

Arch. Gen. Psychiatry, 42: 696-702

(31) CARROL, B.J. Fielding, J. M. & Bishki, T. G.

"Depression rating scales: a critical review"

Arch. Gen. Psychiat., 28: 361-366.