

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN NIÑOS CON  
PATOLOGÍA ORGÁNICA CRÓNICA EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE".  
NÚMERO DE REGISTRO: 216.2007**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRÍA.**

**PRESENTA:**

**DRA. GLORIA GONZÁLEZ ANDRADE**

**ASESORES:**

**DRA. GEORGINA OCHOA MADRIGAL  
DRA. BEATRIZ RICO VERDÍN**

**MÉXICO, D.F.**

**FEBRERO 2008**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

A mis padres Gloria y Raúl por su constante amor y fortaleza, porque son los pilares de mi ser.

A Cedma mi amiga, confidente y ejemplo.

Arturo por ser mi amor, mi orgullo, mi admiración.

Especial agradecimiento a la Dra. Ochoa y la Dra. Rico por su invaluable apoyo y orientación.

**ÍNDICE:**

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3-4</b>
<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>5-6</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>7-8</b>
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>9-10</b>
<b>GRÁFICAS Y TABLAS.....</b>	<b>11-14</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>15-16</b>

## **RESUMEN:**

**Introducción:** La depresión es una enfermedad psiquiátrica frecuente y seria en niños y adolescentes. Dentro de los factores de riesgo para depresión que se refieren al sujeto; está la personalidad y los rasgos de la misma que son disposiciones que hacen al individuo de una manera característica.

**Objetivo principal:** Investigar cuales son los rasgos de personalidad que se correlacionan con la presencia de depresión en los niños con patología orgánica crónica en el CMN "20 de Noviembre".

**Material y Métodos:** se realizo un estudio transversal con pacientes hospitalizados de 8 a 12 años de edad con diagnósticos de enfermedades con un tiempo de evolución de 6 o más meses. A los cuales se les aplicó el cuestionario de personalidad CPQ y el de depresión CES-D y se interrogó sobre aspectos demográficos. Los datos obtenidos se analizaron con frecuencias simples y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión. Como medidas de asociación se emplearon  $\chi^2$ , RM con IC del 95%.

**Resultados:** se estudiaron 30 niños de 8 a 12 años, el 63.3% fueron mujeres y el 36.7% hombres. La prevalencia de depresión en este estudio fue de 36.7%. Los rasgos de personalidad mas frecuentes en los deprimidos fueron el reservado (36.4%), afectado por los sentimientos (36.4%), cohibido (54.5%), entre otros; en contraste con los no deprimidos que fueron: emocionalmente estable (21.1%), entusiasta (57.9), sencillo (31.6%).

**Discusión:** Esta investigación es una buena aproximación para conocer la magnitud y trascendencia de la depresión en niños con enfermedades orgánicas crónicas.

**Palabras clave:** depresión, personalidad, rasgos, niños.

## **ABSTRACT:**

Introduction: Depression is a psychiatry illness frequent and serious in child and adolescent. Within risk factors for depression that refers to subject; its the personality and its traits that are the inclination that make a person on a characteristic way.

Principal aim: to investigate which are the personality traits that correlation with the presence of depression in childs with a chronic disease in the CMN "20 de Noviembre".

Material and Methods: we made a transversal study with hospitalized patients between 8 and 12 years old with diagnostics of disease with a time of evolution of 6 or more months. We applied one test for personality traits CPQ and another one for depression CES-D and we interrogated about demographic aspects. The information obtained was analyzed with simples and relatives frequencies as well as central tendency and dispersion measurements. As association measurement we used  $\chi^2$ , MR with and CI of 95%.

Results: we studied 30 childs between 8 and 12 yers old, 63.3% were girls and 36.7% boys. The prevalence of depression in this investigation was of 36.7%. The dominant personality traits in childs with depression were reserved (36.4%), affected for the feelings (36.4%), shy (54.5%) among others; in contrast with weren't depressed like: emotional stable (21.1%), enthusiast (57.9%), natural (31.6%).

Discussion: This research is a good approximation to know the magnitude and the trasendence of the depression in childs with organic crhonic disease.

Key words: depression, personality, traits, childs.

## INTRODUCCIÓN:

La depresión es una enfermedad psiquiátrica bastante frecuente y seria en niños y adolescentes. Se le clasifica dentro de los llamados trastornos del humor, y esta descrita desde hace siglos en distintas culturas. [1,2,3].

Aún en nuestros días, cuando se habla de depresión infantil se advierte cierto rechazo a aceptar la posibilidad de su existencia. Parece una contradicción asociar al niño con la depresión. Por esto durante mucho tiempo no sólo la gente leiga en la materia sino los expertos en psicopatología infantil negaron la existencia de la misma. [1,2,3].

En 1930, por la influencia de la escuela de Freud, se creía que los niños eran “incapaces” de sentir depresión al no haber desarrollado completamente su personalidad. Esta teoría predominó durante décadas, a pesar de que a consulta acudían niños con sintomatología depresiva, y era pasada por alto al ser niños los que la sufrían y los padres de estos niños solían ser culpados erróneamente de los problemas de sus hijos. [1,2,3].

Posteriormente Spitz en 1946 trabajaba en un hospicio y comprobó que algunos niños al ser separados de sus madres presentaban una conducta muy característica, le llamo “Hospitalismo” o “Depresión anaclítica”, este fue el primer acercamiento a la depresión infantil lo cual se vio corroborado más tarde por la obra de Bowlby en 1980 quien encontró exactamente la misma conducta en niños separados de sus madres, profundizando en la investigación del vínculo afectivo (apego o attachment). Seligman en 1975 describe su concepto de “indefensión aprendida”; la cual es una reflexión generada por el fracaso repetido ante el intento de solucionar problemas y que da lugar a la aparición de un sentimiento de impotencia que lleva al sujeto a suspender todo intento de actividad resolutive. [1,2,3].

En 1975 el Nacional Institute of Mental Health (NIMH), por fin acordó reconocer la depresión infantil. A partir de esta fecha la investigación sobre la depresión infantil comenzó a captar mayor interés. El broche de oro lo puso el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III 1980), en donde por primera vez se admitía en la historia de ese manual la existencia de la depresión infantil y la posibilidad de ser diagnosticada con los mismos criterios que la depresión adulta. [1,2,3].

No hay una causa única, clara y definida para muchos o incluso la mayoría de los casos de depresión infantil, se ha identificado varias variables que pueden considerarse factores de riesgo o correlatos etiológicos prometedores. Los cuales pueden ser biológicos, psicológicos, y sociales; que parecen interactuar en los complejos caminos tanto de la génesis como del mantenimiento de los trastornos psiquiátricos. [1,2,3].

Dentro de los factores de riesgo que se refieren al sujeto; se encuentra la personalidad, la cual en psicología se denomina como todas las características que definen a un sujeto como individuo.

Existen ciertos rasgos de la personalidad, que no son más que las disposiciones persistentes e internas que hacen que el individuo piense, sienta y actúe, de manera característica. Se ha rechazado la idea sobre la existencia de unos cuantos tipos muy definidos de personalidad, se señala que la gente difiere en varias características o rasgos, tales como, dependencia, ansiedad, agresividad y sociabilidad. Todos poseemos estos rasgos pero unos en mayor o menor grado que otros. [1,2,3].

En un gran número de estudios se ha encontrado que los sujetos introvertidos, poco sociables y retraídos, corren más riesgos de llegar a estar deprimidos que los extrovertidos.

Otro factor de riesgo importante son los acontecimientos vitales; naturalmente cuando estos son extremadamente impactantes, como ocurre en el caso de las catástrofes (Reynolds & Brewin, 1990) o enfermedades graves (Kramer et al., 1998; Bardote et al., 1998), todo el mundo tiene la posibilidad de un trastorno emocional subsiguiente. [1,2,3].

Considerando todo lo antes mencionado surgió el interés de investigar cuales son los rasgos de personalidad que se correlacionan con la presencia de depresión en los niños con patología orgánica crónica en el CMN "20 de Noviembre". Para ello, utilizamos instrumentos validados que nos permitieron evaluar la presencia de sintomatología depresiva en pacientes del área de Pediatría que padecen enfermedad crónica.

Además de medir la prevalencia de depresión infantil en los pacientes pediátricos hospitalizados en este Centro Médico Nacional, evaluar la asociación de patología orgánica crónica con depresión, identificar las variables que permitan evaluar los rasgos de la personalidad mas frecuentes en niños deprimidos.

Por último identificar los rasgos de personalidad individuales de cada participante para evaluar cuales son los rasgos mas frecuentes en los niños deprimidos y con ello determinar si existe asociación entre determinados rasgos con la depresión. Así como, con otras variables: sexo, edad, escolaridad, religión, situación familiar, antecedente de depresión familiar, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad.



## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó una investigación transversal, observacional, prospectiva, abierta y descriptiva. Se estudiaron 30 pacientes pediátricos de 8 a 12 años de edad con diagnósticos de enfermedades crónicas y tiempo de evolución igual o mayor a 6 meses, internados en los servicios de Oncología, Hematología, Nefrología, Medicina Interna, y Neurología Pediátrica del CMN "20 de Noviembre" en el período de enero a octubre de 2007 y que, cumplieron con los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron cualquier genero, edad comprendida entre 8 a 12 años (debido a que los instrumentos de medición tanto de depresión como de rasgos de personalidad están diseñados para este rango de edad), que tuvieron diagnóstico de una enfermedad orgánica crónica con un tiempo de evolución mínimo de 6 meses (para evitar sesgos ya que, se considera que la presencia de enfermedad genera un duelo el cual no es un sentimiento único, sino más bien es una completa sucesión de sentimientos como tristeza, trastornos del sueño, inquietud y menor capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas, pero estos síntomas del duelo cuando este es normal; suelen desaparecer por sí solos y sin tratamiento en 2 a 4 meses). Por lo que tomamos un tiempo de evolución de la enfermedad mínimo de 6 meses para un mayor margen de superación del duelo normal. [16].

Solo se incluyeron a los pacientes que aceptaron participar en el estudio y cuyos padres dieron su consentimiento informado por escrito, que fueran derechohabientes del ISSSTE, y por último, que estuvieran hospitalizados en las áreas de Oncología, Hematología, Nefrología, Medicina Interna, y Neurología Pediátrica del CMN "20 de Noviembre".

Se excluyeron los pacientes que padecían alguna enfermedad mental o física incapacitante (ceguera, sordera, retraso mental, etc.) que impedían que el paciente respondiera por sí mismo los cuestionarios. Se eliminaron del estudio a los pacientes que interrumpieron la entrevista o que se negaron a completarla en una segunda etapa.

Informamos y solicitamos el consentimiento de los Jefes de Servicio de las áreas de Oncología, Hematología, Nefrología, Medicina Interna, y Neurología Pediátrica, para realizar las entrevistas y cuestionarios a los pacientes. Revisamos los registros hospitalarios de ingresos de las áreas mencionadas para seleccionar a los posibles candidatos, posteriormente acudimos a la habitación de los pacientes, les explicamos a los padres y al niño en que consistía el estudio, les proporcionamos el consentimiento informado. Y procedimos a la entrevista que en algunos casos por razones de organización se dividieron en dos tiempos.

Los cuestionarios se calificaron como sigue: la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) bajo los lineamientos publicados en el artículo de validez y confiabilidad de la escala. Y el Cuestionario de la Personalidad en niños (CPQ) bajo los lineamientos del manual de la escala y los cuales después fueron codificados y capturados. En el análisis estadístico, a todas las variables de estudio se calcularon frecuencias simples y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión.

Posteriormente como medidas de asociación entre las variables de estudio se calcularon  $X^2$ , con un nivel de significancia del  $p=0.05$ , y como medida de efecto se utilizó la razón de momios (RM) con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Los datos se analizaron en el paquete estadístico SSPS versión 11.5.

## RESULTADOS:

Se reclutaron 30 pacientes en el período antes descrito de los cuales 19 (63.3%) fueron mujeres y 11 (36.7%) hombres, el rango de edad fue de 8-12 años con un promedio de 10 años  $\pm$  1.35. El 23.3% de los pacientes nacieron en la ciudad de México y el 36.4% en el centro del país. Por lugar de residencia el 18.2% residen en el D.F. y el 45.5% en el centro del país. Ver Tabla 1.

Con respecto a la escolaridad el 63.3% de la población estudiada tenía 5 o más años, de esos 5 pacientes tuvieron prueba positiva para depresión y 6 entre 3 y 4 años de escolaridad.

El 80 % eran católicos, el estado civil de los padres predominante fue casado/unión libre con un 90%. El familiar con mayor frecuencia de historia de depresión fue la madre con un 13.3%. Los diagnósticos más frecuentes fueron oncológicos (23.3%) y hematológicos (20%). El tiempo de evolución en un 73.3% fue igual o mayor a un año. Ver tabla 1.

La prevalencia de depresión en este estudio fue de 36.7%. Con respecto a los puntajes encontramos un 13.3% estaba en rango (21-25) de riesgo de tener depresión de acuerdo a la escala de evaluación del CES-D. Ver grafica 1.

Los rasgos de personalidad más frecuentes en los pacientes deprimidos fueron el reservado (36.4%), afectado por los sentimientos (36.4%), cohibido (54.5%), sensibilidad blanda (36.4%), dubitativo (36.4%), aprensivo (27.3%), tenso (45.5%), en contraste en los no deprimidos los rasgos más frecuentes fueron: emocionalmente estable (21.1%), calmoso 21.2%, entusiasta (57.9), emprendedor (26.3%), sencillo (31.6%), y muy integrado (21.1%). Ver tabla 2.

De los rasgos de segundo orden, en los pacientes con depresión se encontró un 36.4% con ansiedad, y ningún puntaje positivo en los no deprimidos. Ver tabla 3.

Se observó que no se encontraron diferencias entre hombre y mujer ( $\chi^2 = .001$ ,  $p = 0.979$ ); así como el riesgo de tener depresión si se es mujer prácticamente no existe (RM: 1.02 IC 95%, 0.218-4.8) en el rango de edad estudiada que fue de 8 a los 12 años.

En relación a los años estudiados y la presencia de depresión, no encontramos una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 5.52$ ,  $p = .06$ ).

En relación a la asistencia a la escuela, no encontramos una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 0.271$ ), pero si que tienen un riesgo (RM) 1.87 (IC 0.17-20.61) mayor de presentar depresión si asiste a la escuela.

Como era esperado se encontró que a mayor puntaje del test CES-D es mayor la presencia de depresión ( $\chi^2 = 30$   $p < 0.05$ ).

Con respecto al tiempo de evolución y la presencia de depresión, no encontramos una asociación estadísticamente significativa.

En relación al rasgo de personalidad de segundo orden CPQ QII, introversión se encontró por RM que tiene un riesgo de 1.8 mayor de presentar depresión que no serlo con un intervalo de confianza del 95% (0.101-31.9). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la asociación de presencia de depresión y la edad ( $\chi^2 = 3.4$   $p = 0.49$ ).

## DISCUSIÓN.

Es un hecho conocido que la depresión es un trastorno que ha existido siempre, pero que su frecuencia esta creciendo en las sociedades desarrolladas. Se refiere en la literatura que la depresión mayor se da entre un 2% y un 4% de los niños y el trastorno distímico en el 6% de los países del primer mundo (Harrington, 1995). A los seis años, la prevalencia tiende a ser menor, se estima que el 1% de estos niños puede presentar depresión (Gottlib & Hammen, 1996). Por el contrario, se advierten subidas espectaculares que pueden llegar hasta un 25% en población adolescente (Wilde, 1993). Considerando todos los niveles de edad en conjunto volvemos a tener entre un 8 y un 10% como término medio de prevalencia. [1,2,3].

En México la referencia encontrada es que un 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia con un promedio de 7 episodios a lo largo de su vida, los cuales habitualmente no reciben tratamiento (Benjet et al, 2004). Existe escasa literatura de estudios realizados en población pediátrica para explorar la prevalencia y comportamiento de la depresión y aún más en población específica como es la que padece enfermedades concomitantes o que se encuentran hospitalizadas con la cual se pueda comparar nuestros resultados. En este estudio se encontró que los pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de enfermedad orgánica crónica tienen una prevalencia de depresión del 36.7%. [5,19].

Se refiere que, sobretodo las niñas a partir de los 12 años de edad, tienden a presentar sintomatología depresiva más frecuentemente que los varones (del Barrio, 1997) y no hay diferencias entre el genero antes de los 12 años. El mismo hallazgo encontramos nosotros en nuestro estudio ( $\chi^2 = .001$ ,  $p=0.979$ ); así también el riesgo de tener depresión si se es mujer prácticamente no existió en nuestro estudio. [1,8,10].

Se ha encontrado que la depresión materna interfiere con el vínculo padre-hijo y con el funcionamiento familiar en general; el rechazo de los padres se ha asociado con depresión en adolescentes y los bajos niveles de afectividad maternos se han asociado con depresión en los niños. Consistentemente la psicopatología de los padres se ha encontrado como un fuerte factor de riesgo para la depresión infantil y del adolescente. En este estudio en los pacientes con test positivo para depresión, se encontró un 24.9% de las madres contaron historia positiva para depresión, sin embargo no encontramos una asociación entre ambas variables. [1,2,3,10].

La literatura menciona que, dentro de las diferentes dimensiones de la personalidad, una de las más comúnmente aceptadas son el neuroticismo y la introversión; y ambas parecen estar relacionadas con una mayor o menor vulnerabilidad a sufrir una depresión. [1,2,3,10].

En un gran número de estudios han encontrado que, los sujetos introvertidos, poco sociables y retraídos, corren más riesgo de llegar a ser deprimidos que los extrovertidos, es decir, aquellos que disfrutan de la compañía y tienen facilidad para el contacto social tienen también una menor probabilidad de deprimirse (Hills & Argyle, 1998). Consiguientemente hay que estar atentos a la posible depresión en niños de carácter tímido, retraído y con tendencia a la soledad.

Por el contrario los niños comunicativos, activos socialmente y con gusto por la compañía poseen un cierto escudo ante ella. En este estudio se encontró que de los pacientes deprimidos presentaron rasgos de personalidad como los concordantes en la literatura como reservado, cohibido, sensibilidad blanda, dubitativo, aprensivo, y tenso y los rasgos de personalidad de los pacientes no deprimidos fueron: calmoso, entusiasta, emprendedor, sencillo, y muy integrado. [1,2,3].

Cabe mencionar que los sujetos controlados emocionalmente, difícilmente caerán en depresión a diferencia de los hipersensibles e inestables emocionalmente. En este estudio en los pacientes con test positivo para depresión encontramos que el 36.4% de los afectados por sentimientos como emocionalmente poco estable, perturbable (CPQ C) y en contrastes, los no deprimidos tuvieron un 21.1% de rasgo emocionalmente estable, tranquilo, maduro y que afronta la realidad.

En relación a la asistencia a la escuela, no encontramos una asociación estadísticamente significativa, pero si un mayor riesgo (RM 1.87, IC95% 0.17-20.61) de presentar depresión si asiste a la escuela. Esto es concordante con la literatura que menciona que no sólo los grandes acontecimientos pueden desequilibrar emocionalmente a un niño, si no que también pueden sentirse afectados por los pequeños desajustes que se dan en la vida diaria, como puede ser la pérdida de objetos, burlas, ruptura de cosas, equivocaciones, que si existe una repetición reiterada puede tener consecuencias tan negativas como las de los grandes acontecimientos; cuando el niño está sometido a este tipo de sucesos con una frecuencia alta hay que estar atentos a los efectos que puedan causar. Y la escuela es el lugar donde este tipo de acontecimientos ocurre con mayor probabilidad. [1,2,3].

Esta investigación es una buena aproximación para conocer la magnitud y trascendencia de la depresión en niños con enfermedades orgánicas crónicas, no obstante carece de evidencia más precisa, lo cual en parte se debió a que el número de pacientes estudiados fue insuficiente para mostrar asociaciones estadísticamente significativas que nos permitieran identificar plenamente los factores de riesgo que mayor peso tienen en el desarrollo de la depresión en este tipo de pacientes.

Por otro lado, el principal hallazgo de este estudio fue demostrar la existencia de depresión en los pacientes pediátricos hospitalizados. Aun así, consideramos pertinente que, a futuro se realicen estudios similares con mayor número de pacientes que nos permita explorar con mayor detalle y profundidad el alcance que tienen la depresión en nuestros pacientes, con la finalidad de brindarles atención más oportuna.

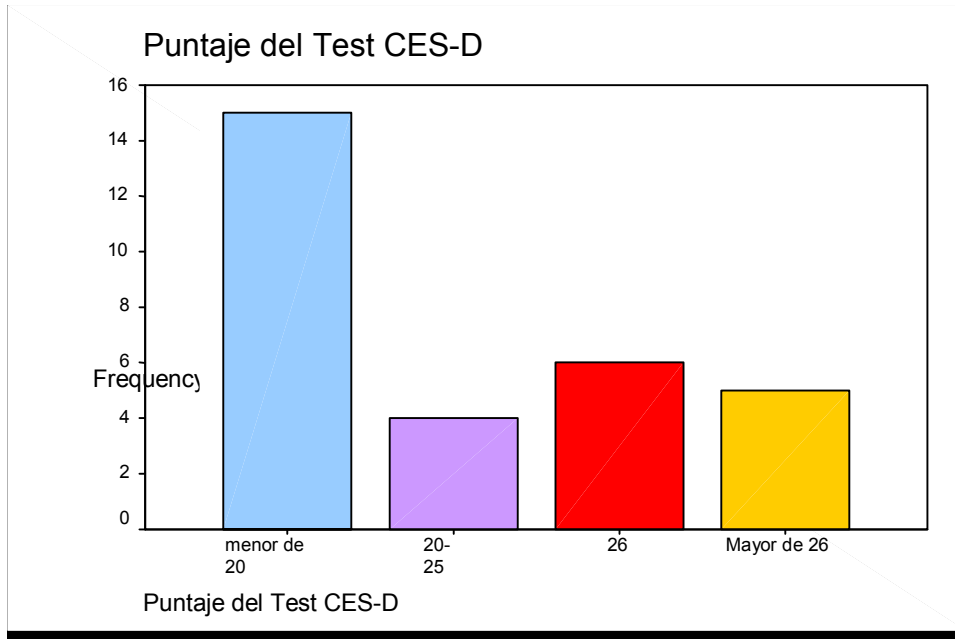
## GRÁFICAS Y TABLAS:

### VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

VARIABLE	CON DEPRESION # (%)	SIN DEPRESION # (%)	TOTAL # (%)
GENERO			
FEMENINO	7 (36.8)	12 (36.4)	19 (63.3)
MASCULINO	4 (63.2)	7 (63.6)	11 (36.7)
LUGAR DE NAC			
D.F.	3 (27.3)	4 (21.1)	7 (23.3)
CENTRO	4 (36.4)	6 (31.6)	10 (33.2)
SUR	3 (27.3)	5 (26.4)	8 (26.7)
NORTE	1 (9.1)	4 (21.2)	4 (6.6)
LUGAR DE RES			
D.F.	2 (18.2)	4 (21.1)	6 (20.0)
CENTRO	5 (45.5)	6 (31.6)	11 (36.6)
SUR	3 (27.3)	5 (26.4)	8 (26.4)
NORTE	1 (9.1)	4 (21.2)	5 (16.6)
ECOLARIDAD			
1-2	0 (0)	2 (10.5)	2 (6.7)
3-4	6 (54.5)	3 (15.8)	9 (30)
5 Y MAS	5 (45.5)	14 (73.7)	19 (63.3)
ASISTE ESCUELA			
SI	10 (38.5)	16 (61.5)	26 (86.7)
RELIGIÓN			
CATÓLICA	10 (90.9)	14 (73.7)	24 (80)
OTRA	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.9)
NINGUNA	0 (0)	1 (5.3)	1 (3.3)
EDO CIVIL PADRES			
CASADO/U LIBRE	10 (89.9)	17 (89.5)	27 (90)
SEPARADOS	1 (9.1)	2 (10.5)	3 (10)
HISTORIA FAM DEP			
NEGADA	5 (45.5)	13 (68.4)	18 (60)
MADRE	1 (9.1)	3 (15.8)	4 (13.3)
PADRE	1 (9.1)	0 (0)	1 (3.3)
OTROS	4 (36.4)	3 (15.8)	7 (23.3)
DX			
ONCOLOGICO	2 (18.2)	5 (26.3)	7 (23.3)
HEMATOLOGICO	1 (9.1)	5 (26.3)	6 (20)
NEUROLOGICO	3 (27.3)	0 (0)	3 (10)
NEFROLOGICO	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.7)
CARDIACO	2 (18.2)	1 (5.3)	3 (10)
MEDICINA INTERNA	1 (9.1)	3 (15.8)	4 (13.3)
GASTRO	1 (9.1)	1 (5.3)	2 (6.7)
TIEMPO EVOLUCION			
6 MESES	1 (9.1)	2 (10.5)	3 (10)
7-12 MESES	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.7)
≥1 AÑO	9 (81.8)	13 (68.4)	22 (73.3)

TABLA 1.

## DEPRESIÓN:



GRAFICA 1.



## PERSONALIDAD

CPQ	VARIABLE	CON DEPRESION # (%)	SIN DEPRESION # (%)	TOTAL # (%)
A	RESERVADO	4 (36.4)	3 (15.8)	7 (23.3)
	ABIERTO	0 (0)	2 (10.5)	2 (6.7)
	PROMEDIO	7 (63.6)	14 (73.7)	21 (70)
B	BAJA INTEL	3 (27.3)	5 (26.3)	8 (26.7)
	ALTA INTEL	1 (9.1)	0 (0)	1 (3.3)
	PROMEDIO	7 (63.6)	14 (73.7)	21 (70)
C	AFEC POR SENT	4 (36.4)	2 (10.5)	6 (20)
	EMOC ESTABLE	0 (0)	4 (21.1)	4 (13.3)
	PROMEDIO	7 (63.6)	13 (68.4)	20 (66.7)
D	CALMOSO	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.7)
	EXCITABLE	1 (9.1)	1 (5.3)	2 (6.7)
	PROMEDIO	9 (81.8)	14 (73.7)	23 (76.7)
E	SUMISO	2 (18.2)	4 (21.1)	6 (20)
	DOMINANTE	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.7)
	PROMEDIO	8 (72.7)	11 (57.9)	19 (63.6)
F	SOBRIO	2 (18.2)	2 (10.5)	4 (13.3)
	ENTUSIASTA	3 (27.3)	11 (57.9)	14 (46.7)
	PROMEDIO	6 (54.4)	6 (31.6)	12 (40)
G	DESPREOCUPADO	2 (18.2)	1 (5.3)	3 (10)
	CONSCIENTE	0 (0)	2 (10.5)	2 (6.7)
	PROMEDIO	9 (81.8)	16 (84.2)	25 (83.3)
H	COHIBIDO	6 (54.5)	0 (0)	6 (20)
	EMPRENDEDOR	0 (0)	5 (26.3)	5 (16.7)
	PROMEDIO	5 (45.5)	14 (73.7)	19 (63.3)
I	SEN DURA	2 (18.2)	1 (5.3)	3 (10)
	SEN BLANDA	4 (36.4)	2 (10.5)	6 (20)
	PROMEDIO	5 (45.5)	16 (84.2)	21 (70)
J	SEGURO	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.7)
	DUBITATIVO	4 (36.4)	6 (31.6)	10 (33.3)
	PROMEDIO	6 (54.5)	9 (47.4)	15 (50)
N	SENCILLO	1 (9.1)	6 (31.6)	7 (23.3)
	ASTUTO	3 (27.3)	1 (5.3)	4 (13.3)
	PROMEDIO	7 (63.6)	12 (63.2)	19 (63.3)
O	SERENO	0 (0)	4 (21.1)	4 (13.3)
	APRENSIVO	3 (27.3)	1 (5.3)	4 (13.3)
	PROMEDIO	8 (72.7)	14 (73.7)	22 (73.3)
Q3	POCO INTEGRADO	0 (0)	1 (5.3)	1 (3.3)
	MUY INTEGRADO	1 (9.1)	4 (21.1)	5 (16.7)
	PROMEDIO	10 (90.9)	14 (73.7)	24 (80)
Q4	RELAJADO	0 (0)	2 (10.5)	2 (6.7)
	TENSO	5 (45.5)	8 (42.1)	13 (43.3)
	PROMEDIO	6 (54.5)	9 (47.4)	15 (50)

TABLA 2.

## RASGOS DE PERSONALIDAD SEGUNDO ORDEN

VARIABLE	CON DEPRESIÓN # (%)	SIN DEPRESION # (%)	TOTAL # (%)
CPQ QI			
AJUSTE	0 (0)	4 (21.1)	4 (13.3)
ANSIEDAD	4 (36.4)	0 (0)	4 (13.3)
PROMEDIO	7 (63.6)	15 (78.9)	22 (73.3)
CPQ QII			
INTROVERSION	1 (9.1)	1 (5.3)	2 (6.7)
EXTROVERSION	0 (0)	- (-)	- (-)
PROMEDIO	10 (90.9)	18 (94.7)	28 (93.3)
CPQ QIII			
EXCITABILIDAD	2 (18.2)	0 (0)	2 (6.7)
DUREZA	1 (9.1)	3 (15.8)	4 (13.3)
PROMEDIO	8 (72.7)	16 (84.2)	24 (80)

TABLA 3.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Soutullo C. Depresión en niños y adolescentes. En: Soutullo C. **Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes**. Primera edición. Eunsa. Navarra, España. 2005: 15-34.
2. Del Barrio V. ¿Qué se entiende por depresión infantil?, Detección de la depresión en el niño, ¿Qué influye en la aparición de la depresión en un niño?. En: Del Barrio V. **La depresión infantil, factores de riesgo y posibles soluciones**. Editorial Aljibe. Málaga, España. 2000: 9-27.
3. Waslick B, Kandel R, Kakouros A. La depresión en niños y adolescentes. En: Shaffer D, Waslick B. **Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes**. Ars Médica. Barcelona, España. 2003: 1-39.
4. Aronen E, Teicher M, Geenens D, Curtin S, Glod C, Pahlavan K. **Motor activity and severity of depression in hospitalized prepubertal children**. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996; 35 (6): 752-763.
5. Caraveo Jorge Javier y Andaguaga. **Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda Parte**. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Salud Mental. Enero- Febrero 2007; 30 (1): 48-55.
6. Porter S, Fein J, Ginsburg K. **Depression Screening in adolescents with somatic complaints presenting to the emergency department**. Annals of Emergency Medicine. 1997; 29(1): 141-145.
7. Vijay N, Langley J, Links P. **Adolescent personality disorders in adolescent medicine**. Adolescent Medicine Clinics. 2006; 17: 115-130.
8. Rice F, Harold G, Thapar A. **Assessing the effects of age, sex and shared environment on the genetic aetiology of depression in childhood and adolescence**. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2002; 48(3):1039-1051.
9. Culbertson J, Newman J, Willis D. **Childhood and adolescent psychologic development**. The Pediatric Clinics Of North America. 2003; 50: 741-764.
10. Lagges A, Dunn D. **Depression in children and adolescents**. Neurologic Clinics. 2003; 21: 953-960.
11. Newman M, Clayton L, Zuellig A, Cashman L, Arnow B, Dea R, y cols. **The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization**. Psychological Medicine. 2000; 30(5): 1063-1077.

12. Glen E, Smiga S. **Depresión in the child and adolescent.** The Pediatric Clinics Of North America. 2003; 50: 1093-1106.
13. Shemesh E, Yehuda R, Rockmore L, Shneider B, Sukru E, Bartell A, y cols. **Assessment of Depression in Medically ill children presenting to pediatric speciality clinics.** J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry. 2005; 44(12): 1249-1257.
14. Flynn R, Kayoko K, Summergrad P. **Medical conditions with psychiatric manifestations.** Adolescent Medicine Clinics. 2006; 17:49-77.
15. Kashikar-Zuck S, Goldschneider K, Powers S, Vaught M, Hershey A. **Depression and functional disability in chronic pediatric pain.** The Clinical Journal of Pain. 2001; 17: 341-349.
16. Schramm E. Duelo. En: Schramm E. **Psicoterapia Interpersonal.** Masson. Barcelona, España. 1998:153-159.
17. Sawyer L. **The CES-D scale: a self report depresión scale for research in he general population.** Applied psychological measurement. 1977; 1(3): 385-401.
18. Roberts R, Andrews J, Lewinsohn P, Hops H. **Assessment of depression in adolescent using the center of epidemiologic studies depression scale.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1990; 2(2): 122-128.
19. Benjet C, Hernández L, Tercero G, Hernández A, Chartt R. **Validez y confiabilidad de la CES-D en peri-púberes.** Revista Mexicana de Psicología. 1999; 16(1): 175-185.