



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR
“GUSTAVO A. MADERO”
MÉXICO DF.**

**IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DEPRESIVOS EN ESCOLARES DE
3º a 6º AÑO EN UNA ESCUELA PRIMARIA EN LA CIUDAD DE
PACHUCA, HIDALGO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. YANETH EUGENIA GÓMEZ SÁNCHEZ



**MÉXICO D.F.
No de REGISTRO: 14.2007**

2009



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.

**IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DEPRESIVOS EN ESCOLARES DE
3º a 6º AÑO EN UNA ESCUELA PRIMARIA EN LA CIUDAD DE
PACHUCA, HIDALGO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. YANETH EUGENIA GÓMEZ SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES

DRA LAURA ELENA SÁNCHEZ ESCOBAR
PROFESORA TITULAR
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "GUSTAVO A. MADERO"
I.S.S.S.T.E., MÉXICO D.F.

DR. JUAN JOSÉ MAZON RAMÍREZ
ASESOR
SECRETARIO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MÉDICA
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DEPRESIVOS EN ESCOLARES DE
3º a 6º AÑO EN UNA ESCUELA PRIMARIA EN LA CIUDAD DE
PACHUCA, HIDALGO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. YANETH EUGENIA GÓMEZ SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES

DRA MA. TERESA HERNANDEZ CUEVAS
DIRECTORA
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E.

DR. LUIS BELTRÁN LAGUNES
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
CLÍNICA GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E

**IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DEPRESIVOS EN ESCOLARES DE
3º a 6º AÑO EN UNA ESCUELA PRIMARIA EN LA CIUDAD DE
PACHUCA, HIDALGO.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. YANETH EUGENIA GÓMEZ SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada quiero agradecer a Dios que siempre ha estado conmigo y he sentido su presencia en los momentos más difíciles y éste fue uno de ellos, gracias por nunca soltarme de tu mano.

Al regalo más grande que Dios me ha dado: FERNANDITA, gracias hija por aguantar mis ausencias y todos estos cambios que tuviste que pasar durante estos tres años, gracias por tu apoyo incondicional, sabes que esto fue para ofrecerte algo mejor. TE AMO.

A mi esposo: a ti VICTOR por estar constantemente impulsándome a ser mejor, gracias por tener tu apoyo siempre para cumplir con esa otra parte importante de mi vida el ser Médico Familiar, Mil gracias.

Gracias Mamá, por enseñarme a luchar siempre por mis ideales, por aprender de ti fortaleza y compromiso, gracias por tu apoyo siempre. A ti Papá por enseñarme esa herramienta indispensable en esta misión que es la humildad sin ella yo no hubiera logrado con tanta satisfacción este sueño. Y lo que más agradezco es ser partícipes de la educación y crianza de mi hija durante estos 3 años de ausencia, no tengo con que pagar este apoyo. Gracias.

A mis hermanos: A ti Arturo por estar siempre dispuesto a escucharme, por creer en mí y por haber luchado juntos para lograr ser mejores. Te admiro hermanito. A ti Luz por ser una niña siempre preocupada por mí y mi familia, gracias por todo tu apoyo y principalmente por haber estado junto a mi hija durante este tiempo. Gracias hermanis! LOS QUIERO.

A mis suegros y cuñados gracias por creer en mí gracias por estar pendiente de mi hija, por todo su apoyo ustedes también fueron parte importante para poder lograr este reto.

A mis dos grandes amigos DIANA y OLIVER no tengo con que agradecer todo el apoyo que recibí de ustedes, gracias por estar en los momentos más difíciles de mi vida, gracias por compartir todos esos momentos de tristeza, felicidad, de fracasos y triunfos, sin su apoyo no lo hubiera logrado. Los llevaré siempre en mi corazón y no duden que estarán presentes en mis oraciones.

Con todo cariño y admiración a la Dra. Silvia Landgrave por haberme apoyado enormemente en este trabajo de investigación, además agradezco su gran humildad y disposición.

A la Dra. Laura Elena Sánchez Escobar, gracias doctora por enseñarme lo hermoso que es la Medicina Familiar, gracias por su paciencia y entrega. Mi más grande admiración y respeto.

Al Dr. Jorge Balderas por ser un gran amigo durante mi formación, por confiar en mí y por ser una excelente persona.

A la Dra. Silvia Murguía por estar siempre preocupada por nosotros, por ser un excelente Médico Familiar y parte importante en nuestra formación.

DEDICADO CON TODO MI AMOR A MÍ ESPOSO E HIJA.

VICTOR

Y

FERNANDITA

Los AMO, son mis ganas de vivir y seguir luchando,
gracias por ser parte fundamental de este sueño.

RESUMEN

Objetivo: Identificar la presencia de rasgos depresivos en escolares de 3ro a 6to grado del turno vespertino de la Escuela Primaria Libertadores de América de la ciudad de Pachuca, Hgo.

Diseño: Observacional, descriptivo, transversal, no comparativo.

Material y Métodos: El estudio se realizó en la escuela Primaria “Libertadores de América”, de la Ciudad de Pachuca, Hidalgo en los meses de Septiembre y Octubre del 2006, fue dirigido a los alumnos que cursaban del 3ro al 6to año, turno vespertino, los cuales resolvieron la encuesta en el salón de clases bajo la supervisión de l investigador.

El instrumento aplicado consto de dos secciones: **Sección I:** Ficha de identificación de los alumnos. **Sección II:** “Center for epidemiological studies depression” (CES-CD)⁽³⁾ Descrita por *Orvaschel, Helen*. Consta de 16 items redactados en forma positiva y cuatro en forma negativa. El niño debe valorar cada item en una escala de cuatro puntos que corresponden a: “nada”, “un poco”, “bastante” y “mucho”. Registrando la sintomatología desde la semana anterior a la administración de la prueba.

Resultados: Se aplicaron 140 encuestas. Se encontró que hubo 36 niños sin rasgos depresivos que equivalen al 25.7%, 61 con rasgos depresivos moderados (43.57%) y 43 niños con Síndrome depresivo (30.71%).

De acuerdo al sexo con rasgos moderados de depresión del sexo masculino (31), del sexo femenino (32) y “Síndrome depresivo” del sexo masculino (24) y del sexo femenino (18).

Conclusiones: Se identificaron escolares con rasgos depresivos y otros con Síndrome Depresivo como tal, observando que fue de utilidad el cuestionario (CES-CD), ya que fué fácil de aplicar, logrando el objetivo deseado. Han sido datos interesantes de los cuales se va a informar al director de la escuela sugiriendo se envíen al servicio de Medicina Familiar haciendo una intervención oportuna para detectar los factores estresantes que pudieran ser originados en la familia y/o en la escuela.

Palabras claves: Depresión, detección, escolar, diagnóstico, Médico Familiar.

SUMMARY

Objective: to Identify the presence of depressive features in school from 3ro to 6to grade of the evening shift of the School Primary Liberators of America of the city of Pachuca, Hidalgo.

Design: Observational, descriptive, trasversal, not comparative.

Material and Methods: The study one carries out in the Primary school "Liberators from America", of the City of Pachuca, Hidalgo in the months of September and October of the 2006, was managed to the students that studied from the 3ro to the 6to year, evening shift, which solved the survey in the low living room of classes the supervision of I investigator.

The applied instrument consists of two sections: Section I: Record of the students' identification. Section II: "Center for epidemiological studies depression" (C-CD) (3) Described for Orvaschel, Helen. It consists of 16 items edited in positive form and four in form negative. The boy should value each item in a scale of four points that you/they correspond to: "anything", "a little", "enough" and "a lot." Registering the sintomatologí from the week previous to the administració of the test.

Results: 140 surveys were applied. It was found that there were 36 children without depressive features that are equal to 25.7%, 61 with moderate depressive features (43.57%) and 43 children with depressive Syndrome (30.71%).

According to the sex with moderate features of depression of the masculine sex (31), of the feminine sex (32) and "depressive Syndrome" of the masculine sex (24) and of the feminine sex (18).

Conclusions: They were identified school with depressive features and others with Depressive Syndrome as such, observing that it was of utility the questionnaire (C-CD), since fué easy to apply, achieving the wanted objective. They have been interesting data of which he/she will inform the director of the school sugiriendo you envién to the service of Family Medicina making an oportune intervention for to detect the factors estresantes that could be originated in the family and/or in the school.

Words key: Depression, detection, school, diagnostic, family Doctor

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	11
2. MARCO TEORICO	12
SÍNDROME DEPRESIVO EN NIÑOS	12
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	12
DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS	13
DEFINICIÓN	14
ETIOLOGÍA.....	15
EPIDEMIOLOGÍA	16
CLASIFICACIÓN	17
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	21
SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD.....	24
MÉTODOS DE EVALUACIÓN.....	26
TRATAMIENTO.....	28
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
4. JUSTIFICACIÓN	32
5. OBJETIVOS	34
OBJETIVO GENERAL	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
6. METODOLOGIA	35
TIPO DE ESTUDIO.....	35
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	35
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	36
MUESTRA.....	37
VARIABLES.....	38
DISEÑO ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
CRONOGRAMA.....	40
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO.....	40
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
7. RESULTADOS	42
EDAD	42
SEXO	42
GRADO ESCOLAR.....	43
DESCRIPCIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS	44
DESCRIPCIÓN DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE ACUERDO A GÉNERO	45
NIÑOS CON DEPRESIÓN DE ACUERDO A EDAD	45
NIÑOS CON DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GRADO ESCOLAR	47
8. DISCUSIÓN	48
9. CONCLUSIONES	49
10. REFERENCIAS	51
11. ANEXOS	53
ANEXO 1	53
ANEXO 2	54
ANEXO 3	56
ANEXO 4	58

IDENTIFICACIÓN DE RASGOS DEPRESIVOS EN ESCOLARES DE 3º a 6º AÑO EN UNA ESCUELA PRIMARIA DE LA CIUDAD DE PACHUCA, HIDALGO

1. INTRODUCCIÓN

Tanto la niñez como la adolescencia son etapas cruciales en el desarrollo humano, producto de diversos y profundos cambios a nivel físico, social y psicológico.

En nuestro país existe una importante incidencia de psicopatología en la población infantil y juvenil. Según estudios nacionales e internacionales se estima que la prevalencia de trastornos psiquiátricos es entre un 15% a 30% de la población menor de 18 años de edad. Pese a esto, la problemática sólo ha sido abordada focalizando la atención en los pacientes que presentan psicopatología, sin considerar el contexto familiar y los factores protectores y de riesgo en salud mental.

El concepto de salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales ³.

La salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida. En este proceso intervienen múltiples factores: como un normal desarrollo neurobiológico, factores hereditarios, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. Las actuales políticas en salud están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo, objetivos cuyo logro comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como de factores protectores ¹.

2. MARCO TEORICO

SÍNDROME DEPRESIVO EN NIÑOS

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La depresión existe desde la antigüedad, encontrando descripciones sobre ella en textos muy antiguos. En el año 400 a.c, Hipócrates, referido por Pedreschi ¹, fue el primero que utilizó los términos de manía y melancolía para referirse a trastornos depresivos y pensaba que estaba relacionada a reacciones conjuntas de los cuatro humores corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, mencionando que este estado estaba relacionado con bilis negra. Katherin Ruttess y cols ³ refieren que durante la edad media Santo Tomas de Aquino sostenía que la melancolía era producida por dominios o influencias astrales, mencionando que esta creencia permaneció hasta 1630, cuando Robert Burton publico su libro “Anatomía de la melancolía” facilitando así la identificación de los estados depresivos.

Emil Kraepin (1899), citado por Katherin Rutter y cols ², denominó melancolía involutiva a un tipo de depresión de inicio tardío, que comenzaba en la menopausia de la mujer y en la madurez del hombre; desde entonces las depresiones ocupan un lugar importantes en la psiquiatría, junto con las neurosis y las psicopatías eran las tres grandes referencias diagnosticas.

A principios del siglo XIX, Philipe Pinel, citado por Katherin Rutter y cols ^{2, 3}., menciona que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto y tanto la memoria como la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas teniendo como consecuencia en muchas ocasiones el suicidio.

En el año 2000, J. L. Linares y C. Campo ^{2, 3}, citado por Pedreschi, realizaron una reseña histórica de la depresión y citan a Bleuler (1916), quien incluyó las distimia en la psicosis maniaco-depresiva, definiendo ésta última como alteraciones permanentes de la afectividad.

DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS

Se comienza a hablar sobre este tema en el niño a principios de siglo, aunque los estudios sistematizados aparecen en la década de los 50 aproximadamente. Abraham, en 1912 delinea el mecanismo psicodinámico de depresión aludiendo a las pérdidas del objeto amado en los períodos tempranos del desarrollo. Freud y Melanie Klein continúan elaborando el tema dentro de la misma línea. Ana Freud, Spitz, Burlingham acentúan los efectos de la separación materna en niños de edad preescolar. Spitz (1940) estudia esta problemática, la que denomina depresión analítica como síndrome que afecta al bebé cuando es separado de su madre después de los seis meses de vida. Se caracteriza por: tristeza, apatía, llanto, reacción lenta a estímulos, lentitud de movimiento, trastorno del sueño y de la alimentación. En 1960 Bowlby, describió que los niños que habían establecido un vínculo de apego materno y que por algún motivo eran separados de sus madres presentaban reacciones secuenciales con respecto a la pérdida de su protector, manifestándola como protesta, seguida por la desesperación y más adelante por desapego.

Del Barrio en 1970, comenzó a publicar investigaciones más serias, acerca de la depresión infantil las cuales acentuaron la importancia del análisis de esta patología.

Esta enfermedad fue reconocida formalmente sólo como una perturbación infantil el en IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras celebrado en Estocolmo en 1971. La Depresión Infantil fue aceptada en 1975 como concepto y entidad psicopatológica por el Nacional Institute of Mental Health.^{3, 4}

A partir de la publicación del DSM-IV, la depresión infantil se ha diagnosticado utilizando los mismos criterios que para los adultos, con pocas modificaciones. W.M. Reynolds, con un trabajo realizado en 1999, menciona que para comprender el trastorno depresivo se debe basar en una perspectiva biopsicosocial, postulando dentro del aspecto psicológico la autoestima, las habilidades interpersonales y el temperamento del niño y adolescente. Estos tres aspectos actúan en el desarrollo y

mantenimiento de la depresión. La severidad, la recurrencia y otras características de este trastorno se dan en función de dichas interacciones y la propia vulnerabilidad de cada individuo.

DEFINICIÓN

La palabra depresión es la más utilizada tanto en ambientes médicos como popularmente, sin embargo, es demasiado genérica e inespecífica y además implica que todas las depresiones son iguales, lo cual no es cierto; con el término plural de las depresiones se enfatiza su heterogeneidad clínica, el término de trastorno(s) depresivos(s) refleja que la condición es clínicamente relevante; y el término de enfermedad depresiva se emplea para aquellos casos más graves con síntomas endogenomorfos y de fundamento más biológico que clásicamente han constituido el núcleo de las definiciones de trastorno para definir estas condiciones^{3,4}.

No existe una definición como tal, sin embargo el término genérico de depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas, o acompañadas de otros estados patológicos.

La depresión infantil se puede definir como una situación afectiva de tristeza de mayor intensidad y duración. La depresión infantil constituye una entidad clínica problemática y todavía no bien definida. En realidad las modas sociales, la forma en que se interpreta y conceptualiza un determinado problema de salud, en modo alguno son ajenas a la clínica. A lo largo de las dos últimas décadas, se han sucedido en México modas diagnósticas muy diferentes al ámbito de la psicopatología infantil^{1, 2}. La influencia de la teoría psicoanalítica expresaba que al no tener el niño un súper yo formado, no podía hablarse de una depresión en la infancia. Los trabajos presentados en el mundo sobre las distintas poblaciones infantiles, son escasos, y recién en los últimos años comienza a difundirse una mayor cantidad de trabajos científicos al respecto, aunque con cantidades pequeñas de pacientes.

ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión depende en gran medida de concepción de las emociones por lo que han surgido diferentes teorías, ya que la depresión es considerada por algunos autores como un tipo de emoción, sin embargo tiene características clínicas importantes por lo cual se considera una enfermedad.

1) TEORÍA BIOLÓGICA: Sostiene que la emoción tiene un origen físico, es decir; los cambios corporales que acompañan a la aparición de una emoción con trae como consecuencia cambios emocionales importantes siendo factores para presentar depresión. Esto se manifiesta a través de ciertos signos somáticos, los cuales explican su origen. En el caso de la depresión infantil se han investigados las alteraciones neuro-hormonales, fundamentalmente las concentraciones plasmáticas de cortisol, torixina, malatonina, e incluso de alteraciones estructurales de los ventrículos con el propósito de encontrar los cambios que se presentan cuando hay alteraciones en el estado de ánimo del infante. La concepción bioquímica ha determinado que la norepinefrina y la serotonina están específicamente relacionados con la depresión; el exceso de una o de ambas lleva al estado maniaco y su disminución provoca depresión.

La depresión se puede deber a una enfermedad física o a factores estresantes psicoanálisis que alteran los sistemas de neurotransmisión ^{2,5}.

Otra de las hormonas que se alteran es la del crecimiento, la cual se encuentra disminuida en niños deprimidos ^{2,8}.

2) TEORÍA PSICOANALÍTICA: Menciona que la depresión se debe a la pérdida de la autoestima (pérdida del yo). Refiere que es la pérdida de un objeto bueno, pudiendo ser por muerte, separación y rechazo; así como todas las formas posibles de distanciamiento. Los niños interiorizan los sentimientos negativos que primariamente deberían ir dirigidos a los objetos perdidos comenzando entonces la pérdida de la autoestima ^{2,5}.

Del Barrio ¹ refiere que el niño no solo tiende a deprimirse por la pérdida, también puede hacerlo simplemente por la ausencia de una relación adecuada con sus padres, observando que el apego a la madre es el más importantes durante el primer año de vida.

C) TEORÍA CONDUCTISTA: Refiere que la conducta es una reacción frente al medio cuya probabilidad de aparición se incrementa o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que ocasiona el sujeto. Mencionando que el niño se deprime por la falta de estímulos de carácter verbal o de carácter físico.

Lewinson ¹ (1974), atribuye a tres factores diferentes la aparición de depresión: déficit de habilidades que no permiten hacer frente con éxito a la adversidad, ausencia de refuerzos o aparición de experiencias negativas, y descenso de la capacidad de disfrute o incremento de la sensibilidad hacia lo negativo.

D) TEORÍA COGNITIVA: El sujeto recibe información del entorno que elabora y configura en forma de experiencias vividas, y su actuación dependerá de la interpretación realizada. ^{1, 2,5}. Por lo cual los sujetos con estilo cognitivo negativo son más propensos a desarrollar depresión. Beck (1967) citado por Del Barrio ⁵ sostiene que el sujeto deprimido tiene ideas negativas, por un proceso distorsionado sobre si mismo, el mundo y el futuro. El esquema depresivo tiene 2 modalidades básicas: independientes caracterizado por altas expectativas, y sociales caracterizado por la dependencia de los otros y una gran necesidad de seguridad.

EPIDEMIOLOGÍA

Esta constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afectan a la población en todo el mundo. Los datos epidemiológicos demuestran que los trastornos depresivos aumentan con la edad. La prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) oscila de 2.3 a 3.2% para los hombres y 4.5 a 9.3% para mujeres en las naciones industrializadas.

La tasa de trastornos depresivos en los niños preescolares es de 0.3% y del 2% en niños escolares. El 5% de los adolescentes en la población general presenta esta patología y en los adultos es el 15%.

En la consulta médica un 20% de los niños presentan trastornos depresivos. Jannette Rosello y Alejandra Martínez (1997), mencionan que se ha registrado un aumento en la incidencia de depresión y suicidios en la población infantil y en adolescentes Mexicanos ¹.

Se ha encontrado que los porcentajes de depresión infantil son de alrededor del 6 - 10% ⁶, mencionando que el sexo femenino se ha asociado al incremento de desarrollar depresión y que la sintomatología es más alta en niñas que en niños, sobre todo los que sobrepasan los 13 años ^{1,6}, refiere que antes de esta edad se ha encontrado mas incidencia en niños Mexicanos.

Caraveo refiere que en cuanto a la clase social es más frecuente en niños de clase baja que en niños de clase alta ⁷, sin embargo, Del Barrio ¹ postula que la clase social influye con mayor fuerza que en niños de mayor edad, ya que los niños menores de 10 años no están demasiado influidos por la pertenecían a una clase social, por lo que refiere que no existe una diferencia significativa entre clases económicas.

CLASIFICACIÓN

Depresión aguda: Se da en respuesta a un trauma severo y reciente relacionado con la pérdida de un objeto amado. Existiendo anteriormente al evento depresivo un funcionamiento adecuado y la ausencia de psicopatología en familiares cercanos. Presentando alteraciones en los patrones de sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y desesperación, retardo psicomotor entre otras ^{1, 2, 8,5}.

Depresión crónica: Pueden intercalarse periodos de agitación y angustia, con una duración de más de 2 semanas. Con los síntomas semejantes a la anterior ^{1, 2, 5,8}.

Depresión enmascarada: El cuadro se presenta en forma no claramente reconocible, aparecen una gran variedad de alteraciones emocionales y conductuales

como hiperactividad, conductas agresivas, trastornos psicosomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia, así como numerosos síntomas somáticos, cefaleas frecuentes, enuresis, mialgias, artralgias, dolor abdominal ^{1, 2, 5, 8}.

De acuerdo a los periodos de la infancia y hasta la adolescencia se mencionan las siguientes corrientes dinámicas:

- Estados depresivos del lactante.
- Depresiones de la infancia.
- Depresiones de la adolescencia.

Estados Depresivos del Lactante. Reneé Spitz: describe la angustia del 6^o al 8^o mes, como momento normal del desarrollo en que el bebé se angustia por la no presencia de los padres. También describe un cuadro al que denomina Depresión analítica, que se caracteriza por una pérdida de apetito, con el consiguiente trastorno pondoestatural del niño. Se instala el insomnio y puede llevar a un estado depresivo hasta la muerte ⁹. Esto se ha comprobado en niños internados en salas pediátricas con cambios permanentes del personal que los cuida. Por eso se instaló la presencia de las madres durante el período de internación. Melanie Klein: habla de una posición depresiva que es cuando el niño es capaz de reconocer el objeto total y no parcial ⁵. ⁹. En esta etapa la madre es la fuente de lo bueno y de lo malo. El niño tiene con sus pulsiones destructivas, haber dañado el cuerpo de su madre, cuando se encontraba en la posición esquizoparanoide de objetos parciales y no totales. Margaret Mahler: admite en la etapa de separación individuación (1 a 3 años de edad) cambios en la psicodinámica del niño y el derrumbamiento de la creencia de su propia omnipotencia lo que producirá una reacción depresiva de base. Winnicott habla de posición depresiva en el momento del destete (2^a mitad del primer año). Hasta este período el niño ya se ha establecido como persona y ha instalado relaciones con personajes totales ⁹.

Depresión en la infancia y la adolescencia: Los autores clásicos han considerado abusiva la denominación de depresión en el niño como entidad nosológica antes de la

adolescencia. Slater y Roth, en 1969, consideran que la depresión en el niño no aparece antes de la pubertad ^{10, 5}. En los años 70 se incrementa el interés por investigar las depresiones infantiles. La Unión Europea de Paidopsiquiatría lo trata como tema durante 1971, Sterling considera síntomas depresivos clínicos como alteraciones del aparato digestivo, trastornos del sueño, prurito, migrañas, retraso motor, Sander determinan un síndrome depresivo o reacción depresiva incluyendo casos diferentes como:

1. Niños tristes que no son conscientes de su situación.
2. Niños retraídos o aburridos.
3. Niños descontentos, sin capacidad para el placer insatisfecho.
4. Niños que se sienten rechazados.
5. Que no aceptan ayuda.
6. Insomnio y trastornos del sueño.
7. Tipo de relación con el terapeuta.

Estos criterios se denominan Índice de Hampsted, también se consideran otros síntomas como dificultades de contacto, angustia, inhibición, incertidumbre, agresividad, enuresis, insomnio, mutismo, y onicofagia. Toolman habla de estados depresivos enmascarados o equivalentes conductuales. También otros autores suman a esta sintomatología a los niños que se autocritican ante situaciones de desadaptación, temores exagerados sobre la muerte. Se describen a sí mismos como estúpidos, temen al fracaso, son agresivos. Alguno autores consideran "equivalentes depresivos", Otros "síndrome depresivo" con inhibición, agitación, hipocondría, fobia, angustia, disforia, (Remschmidt) Nissen encuentra una variante según edad y sexo.^{11,}

10,5

En el lactante y el preescolar manifiestan el cuadro a través de síntomas psicosomáticos.

En la edad escolar se refleja en la esfera cognitiva (rumiación, ideas e impulsos suicidas, sentimientos de inferioridad) y cefaleas como entidad psicosomática. En relación al sexo, las mujeres son tranquilas, inhibidas, con fluctuación del humor. Los varones tienen dificultad para el contacto social, aislamiento, inhibición del aprendizaje, e irritabilidad, dificultades escolares y agresividad.

Para entender mejor este proceso se define la etiopatogenia de la enfermedad. para Remschmidt y Annel consideran que es importante el factor endógeno y el hereditario. El tipo endógeno haría que evolucionen hacia una depresión unipolar y bipolar. El concepto de endógeno o exógeno de la escuela europea, se excluyó del DSM IV y quedó como una clasificación en desuso. Aún así, será para pensar si existe la depresión endógena en niños o se desarrolla en la adultez. Algunos autores objetan esta decisión en los niños, aunque tomarían como importante los antecedentes hereditarios Cytryn dividen los casos en 3 categorías, teniendo en cuenta el tipo de manifestación clínica, el grupo familiar, la duración de la enfermedad, la historia premórbida y los factores desencadenantes:

- GRUPO 1.-Reacción depresiva aguda.
- GRUPO 2.-Reacción depresiva Crónica: alterna con períodos de mejoría, hay síntomas premórbidos y familiares.
- GRUPO 3.- Hay comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos, compulsiones, obsesiones, etc., patología psiquiátrica del grupo familiar. Sander y Joffe hablan de respuesta afectiva depresiva de base y asocian los síntomas depresivos con ansiedad ^{11, 10,5}.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Al existir diversas líneas teóricas y enfoques científicos en culturas diferentes,

se produjo una dificultad muy importante en acuerdos de la comunidad científica mundial. Esto llevó a la OMS y a la Academia de Psiquiatría Americana, a crear una clasificación consensuada por reconocidos psiquiatras del mundo. La OMS en la actualidad se rige con la CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades Trastornos Mentales y del comportamiento, descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. El Dr. López Ibor realizó la traducción al español en 1992 ²¹.

Criterios de Weinberg (1973).

Weinberg, citado por Pedreschi ², observó que la fenomenología de la depresión en niños era similar a la de los adultos. Especificó una serie de síntomas que formaban parte de los criterios diagnósticos.

Propone para el diagnóstico de depresión en niños los siguientes criterios:

- Estado de ánimo disfórico: expresiones o muestras de tristeza, soledad, pesimismo, irritabilidad, hipersensibilidad, negatividad.
- Ideación auto despreciativa: sentimientos de fealdad, culpabilidad, ideas de persecución, deseos de muerte y deseos de escaparse de la casa.

Para el diagnóstico son necesarios 2 o más de los siguientes criterios:

- Conducta agresiva: dificultad en las relaciones interpersonales, poco respeto por la autoridad, discusiones, peleas excesivas e ira súbita.
- Alteraciones en el sueño: dificultad para conciliar el sueño, sueño inquieto.
- Cambios en el rendimiento escolar: Quejas frecuentes de los maestros, pobre concentración y escasa memoria.
- Socialización disminuida: menor participación en grupo, menos simpático, agradable y sociable.
- Cambios de actitud hacia la escuela: no disfruta de actividades escolares.

- Quejas somáticas: dolores abdominales, musculares, cefaleas.
- Pérdida de la energía habitual: pérdida de interés por actividades y entretenimientos extraescolares, fatiga física y/o mental.
- Cambios en el apetito y o peso habitual: se aprecia una duración de un mes como mínimo y cambios en la conducta del niño.

Criterios De Spitzar (1978) ¹

Este autor desarrollo criterios para investigación y se utilizan con frecuencia para el diagnóstico de los subtipos depresivos:

Se requiere de uno o más periodos distintos de:

- Estados de ánimo disfórico.
- Pérdida generalizada de interés o placer.

Cinco o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento de peso y/o apetito.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida de energía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Pérdida de interés o placer en actividades habituales.
- Sentimientos de reproche o culpabilidad.
- Disminución de la capacidad de pensar concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte.

Exige una semana como mínimo de duración, el autor no especifica si en tiempo mencionado se aplica a cada uno de los síntomas o en conjunto.

Criterios Según DSM IV ¹

La Academia Americana de Psiquiatría, publica el D.S.M.IV en el año 1994 que se realizó como una duda de los profesionales a la no existencia de un manual

específico para niños y adolescentes, que debido a su constante evolución los síntomas no son equiparables a los de los adultos. El niño es un ser en evolución que interactúa estrechamente con sus padres y su escuela. Estas variables de comportamiento del niño con su entorno deberían estar implicadas para su diagnóstico en el Eje 1 del DSM IV, a pesar que es nombrado en el eje IV. La depresión infantil, puede tener un modo de presentación multifacético y enmascararse en los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. Habitualmente son quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social. Las modificaciones para este grupo de pacientes son: estado de ánimo irritable en lugar de deprimido y fracaso en los aumentos de peso esperado, en lugar de pérdida o aumento significativo. Los criterios requeridos son: cambios con respecto a la actividad previa durante un periodo de 2 semanas. Deben presentarse al menos 5 de los siguientes:

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Pérdida de interés o incapacidad para experimentar placer casi todos los días (al menos uno de estos 2 es necesario para el diagnóstico).
- Falta de aumento de peso esperado.
- Insomnio o hiperinsomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad, auto reproche.
- Culpa.
- Menor capacidad para pensar o concentrarse.
- Ideas de muerte o suicidio.

Se requiere una frecuencia de casi todos los días y deterioro clínicamente significativo en la vida del niño.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA EDAD

Menores de 7 años:

Llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolor de estómago), irritabilidad, retraso psicomotor y afectivo, fobia escolar, encopresis, enuresis, berrinches frecuentes, enlentecimiento motor, abulia ¹¹.

Mayores de 7 años a edad puberal:

Quejas somáticas, agitación psicomotriz, agresividad, apatía, tristeza, aburrimiento, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de la eliminación (enuresis o encopresis), trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia) astenia ,abulia, adinamia, irritabilidad, no alcanzan el peso para su edad cronológica, falta o aumento del apetito, hipersexualidad, indecisión, ideas obsesivas, ideas recurrentes de muerte, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus padres^{11,12,13}.

Adolescencia:

Iguals síntomas de la edad puberal y puede llevar a un a conducta desafiante, conducta negativista desafiante, antisocial, agresividad, robos, adicción al alcohol o drogas, deseos de irse de la casa, sentimientos de no ser aceptado, malhumor, irritabilidad, no cooperar con la familia, recluirse en la habitación, falta de aseo personal, retraimiento social con hipersensibilidad, trastornos del estado de ánimo, anhedonia, (desinterés por cosas que antes le atraían) ¹¹.

En estas 3 etapas la IRRITABILIDAD es un síntoma característico de la depresión en niños y adolescentes. NO ALCAZAR EL PESO ESPERADO PARA SU EDAD.

Algunos niños tienen dificultad para reconocer y entender el significado de algunos síntomas o de comunicar lo que se sienten o piensan a otras personas. Por eso algunos criterios diagnósticos pueden ser difíciles de reconocer, por ejemplo trastornos cognitivos, sentimiento de culpa, dificultad para tomar decisiones, sobre

todo en preescolares y menores de 12 años, por lo tanto es importante la observación del psiquiatra de su rostro, vestimenta, actitudes, etc. Y de la información dada por los padres y la escuela (comparar la información evita la distorsión de la percepción de los padres) ^{12,13}.

La Depresión en la Niñez y la Adolescencia, puede presentarse en forma multifacético, enmascarada por los cuadros clásicos descritos en el D.S.M.IV ^{8, 12}.

Trastornos Específicos del Desarrollo:

1. Trastornos del Aprendizaje.
2. Trastornos de la Comunicación (lenguaje).
3. Trastorno motriz.

Trastornos del Comportamiento y la Conducta.

1. ADD
2. ADDH
3. Trastorno Negativista Desafiante.
4. Trastorno Antisocial.
5. Trastornos de la Conducta Alimentaria.
6. Trastornos por Tic.
7. Trastornos del Control de Esfínteres.

Trastornos de las Emociones.

1. Ansiedad.
2. Dificultad en la interacción bio-psico-social.
3. Genético.
4. Antecedentes Familiares (Puig Antich 1999 Klein 1991).
5. Gemelos monocigóticos mayor concordancia que en los dicigóticos (Evans 1997).
6. Temperamento de inhibición de la conducta (1993 Biederman).
7. Factores neuroendocrinos. Pubertad, por hormonas sexuales en las niñas. Las niñas muestran mayor instinto maternal y la relación social con pares, mientras

que los varones tienden a la independencia y a la autonomía (Cyranski et al. 2000)³. Aumento de la secreción de esteroides adrenales, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento, (Ryan et al 1994)³.

8. Dificultad en los vínculos con el medio familiar y pares.

9. Pautas culturales y de desarrollo diferentes entre varones y mujeres.

10. Neurotransmisores: alteraciones de diferentes neurotransmisores: Catecolaminas, alteración central de la Serotonina (Huges 1996) y receptores (1998 Salem) (Ghazuddin 2000)³.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Evaluación diagnóstica:

El niño o el adolescente, puede expresar lo que le preocupa si el psiquiatra establece con él un buen vínculo terapéutico (empatía).

Profundizar en la consulta con el niño preguntas sobre su estado de ánimo y los síntomas antes expuestos (evitar la inducción por parte del terapeuta).

No siempre un niño expresa verbalmente su conflicto, pero lo puede hacer a través del juego o del dibujo. Tiene una adecuación selectiva a la realidad, bajo umbral a la tolerancia a la frustración o sobreadaptación. Dramatiza personajes más reales, con menor carga de omnipotencia y maldad, de acuerdo al grado de la severidad del cuadro. Cuando no resuelve una situación planteada, puede llegar a desorganizarse por ansiedad. Si bien esto se refiere a la etapa diagnóstica, el juego constituye la herramienta de trabajo en la psicoterapia del niño en edades tempranas, primera y segunda infancia^{14, 15}.

Muchas veces los niños no hablan ni expresan su problemática porque no se sienten comprendidos por el adulto. La timidez y la vergüenza que presenta el niño por su conflictiva impiden u obstaculizan el diagnóstico.

La entrevista Familiar asume un rol relevante. Evaluar el lugar que ocupa el niño en su familia, características de los roles parentales, interjuego de las relaciones

interpersonales. Averiguar si el síntoma del niño es una manifestación de una conflictiva no expresada por los miembros o es una sintomatología propia del niño.

Informe escolar: es muy importante para evaluar y cotejar la información dada por los padres^{14, 15}.

Toma en cuenta aspectos:

- Cognitivos
- Maduración psicomotora
- Lenguaje
- Hábitos de independencia
- Personalidad

Todos estos aspectos podrían verse alterados en los trastornos depresivos.

La literatura refiere que para poder evaluar la depresión en los niños u adolescentes se han desarrollado aproximadamente 32 instrumentos con propósitos diferentes^{1, 3, 8}. Las entrevistas semiestructuradas para padres e hijos con la finalidad de evaluar la percepción de trastorno, cuestionarios de los cuales algunos detectan la presencia de rasgos depresivos y otros indican la severidad de esta patología^{1, 3, 8, 16}.

1) Entrevista semiestructurada:

- Diagnostic interview for children and adolescent (Kiddies-SADS).
- Diagnostic Interview for Children sans adolescent (DICA, entrevista diagnóstica para niños y adolescentes).
- Diagnostic interview Schedule for Childrens Parent Form (DISCP Entrevista diagnóstica para padres e hijos).

Generalmente la evaluación comienza con una entrevista realizada a la pareja, para recabar información a cerca del niño.

Las entrevistas antes mencionadas para adultos presentan versiones para niños, otro cuestionario útil para niños es Child Assessment Schedule (CAS Protocolo de evaluación infantil).

2) Escalas de evaluación:

- Center for epidemiological studies depression” (CES-CD) ³. Descrita por Orvaschel, Helen. Mide el nivel actual de sintomatología depresiva, poniendo especial énfasis en el comportamiento afectivo.
- Children’s Depresión Scale (CDS, escala de depresión para niños)
- Children’s Depresión Inventory (CDI, cuestionario de depresión para niños)
- Para los padres se utiliza con frecuencia Child Behavior Checklist (CBC, cuestionario de conducta infantil), también existen escalas CDS y el CID en una versión que responden los padres.

TRATAMIENTO

1. Psicoterapéutico:

Terapia individual, y familiar, incluyendo a la escuela.

2. Farmacológico:

Psicofarmacología

1. Comenzar el tratamiento con dosis bajas para evitar la aparición de efectos adversos.

2. En los niños el aumento del metabolismo hepático como producto del proceso del crecimiento, hace que administremos en proporción al kg/peso/día, dosis mayores a las del adulto, con menores efectos adversos.

3. La Serotonina y la Noradrenalina están involucradas en la respuesta a los antidepresivos, sobre todo en el mantenimiento. También estarían el factor de transcripción CREB, como blanco intracelular para la respuesta a largo plazo.

4. El factor neurotrófico derivado del cerebro BDNF también tiene efectos antidepresivos. Esto ocurre a nivel hipocampo. Neurotrofinas, plasticidad neuronal y supervivencia neuronal, también intervienen en la respuesta. A largo plazo, el tratamiento con antidepresivos aumenta el nivel de BDNF y Trk. B en el Hipocampo. Esto indica que el tratamiento con antidepresivos no está mediado sólo por un up o down regulación, sino que también intervendría el sistema del AMP cíclico y del BDNF ^{17,18}.

5. Los antidepresivos utilizados son los:

- Tricíclicos: Exámenes de laboratorio: Hepatograma completo, Eje Tiroideo, T3, T4, TSH, Hemograma, Orina y ECG.
- Imipramina.
- Clorimipramina 1 a 3 mg/kg/día hasta 5 mg/kg/día.
- IRSS: Fluoxetina 20 mg/día.
- Sertralina 50 mg/día.
- Fluvoxamina 100 mg/día.
- Paroxetina 20 mg/día.

6. Un episodio depresivo debe tratarse de 6 a 12 meses.

7. Comenzar con monoterapia y esperar 3 a 6 semanas para evaluar la respuesta clínica.

8. Es también recomendable, comenzar simultáneamente con ansiolíticos, pero no extender su utilización más de 4 semanas para evitar el efecto de tolerancia, sedación y amnesia ¹⁹.

- Tricíclicos.

Aumentar la medicación en forma gradual, llegando a la dosis terapéutica en 10 a 12 días.

Los primeros días se evidenciarán efectos secundarios colinérgicos que se minimizarán con el curso del tratamiento.

Si los primeros días aparece somnolencia, indica buen pronóstico ya que no lo dan en personas no deprimidas.

El efecto terapéutico puede tardar de 3 a 6 semanas.

- IRSS

Desde el primer día usar de 10 a 20 mg de fluoxetina, por la mañana en única dosis¹⁹,²⁰. En 3 a 4 semanas comienzan a notarse los primeros signos de mejoría, en 6 semanas una mejoría clara, y en 12 semanas una mejoría estable.

Mantenerla 12 meses y retirarla en dosis mínimas gradualmente.

Asociaciones^{19, 20}.

- BENZODIACEPINAS: como hipnóticos no más de 6 semanas. Clonazepán: en casos de impulsividad, ansiedad.

- ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS: En los casos de Depresión por Esquizofrenia, Agresividad, Bipolaridad

- ESTABILIZANTES DEL ANIMO:

Carbamazepina: Agresividad, Trastornos del control de los impulsos, Trastornos de conducta: 5 a 15 mg/kg/día.

Sales de litio: Trastorno bipolar: 10 a 30 mg/kg/día.

Ácido valproico: Impulsividad y manía: 15 -30mg/kg/día

- ESTIMULANTES:

Metilfenidato: Potencia la acción de los antidepresivos: 0.3 a 1 mg/kg/día^{19, 20, 21}.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los trastornos mentales el más frecuente es la depresión, y probablemente sea el más importante, tanto por la incapacidad que genera como por los cambios en el estado de ánimo de las personas, aumentando el riesgo de suicidios.

Algunos autores refieren un aumento importante de la incidencia de esta patología y del suicidio en la población en general ^{11,12}, haciendo énfasis que el riesgo de recurrencia es más alto si el primer evento ocurre durante la niñez o en la adolescencia.

Las cifras de prevalencia para los trastornos depresivos en muestras poblacionales de niños y adolescentes varían de 1 a 3% en etapa prepuberal y de un 3 a 9 % en adolescentes, se ha identificado de manera incongruente un mayor riesgo en el sexo femenino después del inicio de la pubertad ³.

La depresión a edad temprana de la vida interfiere con el desarrollo de habilidades sociales, académicas e interpersonales, afectando el ajuste de roles del niño a su medio, promoviendo el deterioro de varios aspectos de su vida.

En México existen más de 17 millones de niños en edad escolar ⁴, que se pueden considerar en riesgo. En 1995, se hizo un estudio por Gutiérrez Alanis (referencia) en donde aplico la escala de Children's Depresión Scale en un grupo de escolares, en donde encontró que el 10.5% de los niños presentaron depresión, rasgos de ansiedad así como baja autoestima.

La existencia de depresión en niños es controversial por la dificultad para describir los síntomas y llegar a un adecuado diagnóstico. El médico familiar cuenta con las herramientas para la detección de rasgos depresivos, analizando el entorno familiar y escolar, logrando una derivación oportuna, evitando así conductas antisociales y suicidios.

4. JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los problemas psicológicos que con más frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. De hecho se ha llegado a concluir que cerca del 4% de la población sufre este trastorno, mientras que aproximadamente el 20% de las personas que acuden a consulta médica tienen depresión (no siendo éste su motivo de consulta).

La situación resulta más preocupante hoy en día, cuando se ha encontrado que la frecuencia con la que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de iniciación ha disminuido. Es así que la Depresión en menores de edad se está convirtiendo en un fenómeno frecuente, lo cual resulta desalentador cuando empiezan a percibirse que este problema deteriora significativamente la adaptación psicosocial el desarrollo y, por tanto, afecta negativamente diferentes esferas de la vida.

Con la realización de este estudio se trata de verificar rasgos depresivos en escolares, con el propósito de identificarlos y de esta manera anticiparnos a la presencia de cuadros depresivos crónicos y recurrentes.

Una de estas esferas es necesariamente la escuela, donde los niños y las niñas pasan la mayor parte de su tiempo, y donde, paradójicamente, se ha venido descuidando su dimensión afectiva, en oposición a un esfuerzo dirigido exclusivamente al desarrollo cognitivo.

Como médico no se tiene, da la búsqueda de sintomatología depresiva en los niños, y lo más importante no se profundiza ante la presencia de enfermedades somáticas, siendo que esta somatización en muchas ocasiones es la forma de manifestar el estado anímico en el niño; generalmente estos niños son referidos por los profesores, por presentar alteraciones en la conducta.

Es importante hacer notar que cuando un miembro de la familia presenta alteraciones del estado de ánimo (hablemos de ansiedad, depresión, entre otros), tiene

repercusión en todo el sistema, siendo los niños los más afectados, presentando cambios en el estado de ánimo y comportamiento.

Dentro de las funciones que debemos realizar como Médicos de Familia esta la anticipación al riesgo, la prevención y promoción a la salud, por lo que a los padres o miembros de la familia afectados se les debe ver como un enfoque de riesgo, dando a éstos información verídica y confiable.

El instrumento solo se utilizara para detectar los niños con mayor puntuación siendo estos derivados al servicio de Medicina Familiar o Psicología para darle seguimiento en forma integral.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la presencia de rasgos depresivos en escolares de 3ro a 6to grado del turno vespertino de la Escuela Primaria Libertadores de América de la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

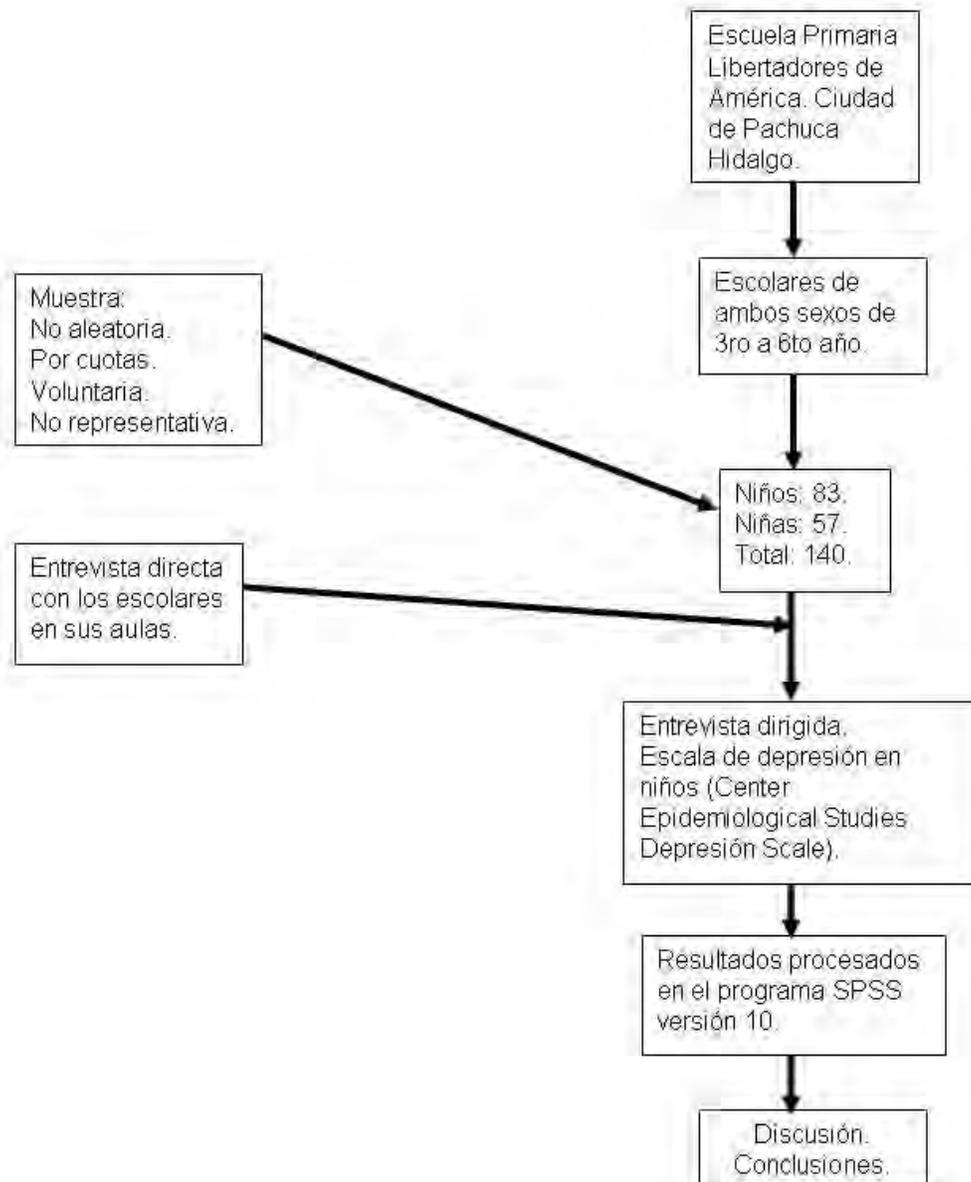
- Identificar en que grado escolar son más frecuentes los rasgos depresivos.
- Identificar en que sexo es más frecuente el trastorno depresivo.
- Identificar si el estado de ánimo de los niños se asocia a la presencia de rasgos depresivos.
- Identificar que rasgos de la autoestima pueden estar propiciando rasgos depresivos en los niños.
- Identificar la incidencia de rasgos depresivos en niños.

6. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, trasversal y no comparativo.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



El estudio se realizó a los alumnos de la Escuela primaria “Libertadores de América”, de la ciudad de Pachuca, Hgo, con previa autorización de las autoridades de la escuela así como a los padres de familia, realizado entre el 10 al 13 de octubre del 2006.

La población de referencia fue de 140 alumnos registrados en la escuela y se obtuvo una muestra de 140.

Se estudiaron alumnos que cursan del 3ro al 6to año turno vespertino, de la ciudad de Pachuca, Hgo.

Se reunieron a los alumnos en un salón de clases por grado y se les explicó cuáles eran los fines de la investigación. Y se les pidió que contestaran de forma completa el cuestionario.

La información se almacenó en una base de datos diseñada para los fines de la investigación, en el programa SPSS versión 10.

En el mismo programa se realizó el análisis de la información mediante estadística descriptiva.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se incluyeron en el estudio a los alumnos de la escuela Primaria “Libertadores de América”, que cursan del 3ro al 6to año, en la ciudad de Pachuca, Hgo.3.4

MUESTRA

La muestra por cuota no aleatoria, no representativa

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Todos los niños que cursan del 3ro al 6to año en la escuela primaria “Libertadores de America” de la ciudad de Pachuca. Hgo, turno vespertino, que acepten llenar el cuestionario.

Criterios de exclusión

- Niños que no aceptaron contestar la encuesta.
- Niños que no asistieron a la escuela el día de la aplicación.
- Niños que les fue difícil entender la encuesta.

Criterios de eliminación

- Las encuestas que no fueron resueltas en su totalidad.

VARIABLES

Se estudiaron 24 variables, las cuales se distribuyeron en 3 secciones, tuvieron la siguiente distribución:

Sección 1:	Consentimiento de participación voluntaria	(1 Variable)
Sección 2:	Ficha de Identificación	(3 variables).
Sección 3:	Escala del “Center for epidemiological studies depression” (CES-CD) para depresion de niños de <i>Orvaschel, Helen</i>	(20 variables)

Su tipo y escala de medición se muestra en el anexo 1.

Definición conceptual y operativa de las variables

1.- Depresión: No se encontró una definición como tal, sin embargo en términos genéricos de depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañadas de otros estados patológicos ³.

2.- Center for epidemiological studies depression” (CES-CD)³. Descrita por *Orvaschel, Helen*, mide el nivel actual de sintomatología depresiva, poniendo especial énfasis en el comportamiento afectivo. Recoge información descriptiva importante sobre la percpción que tiene el niño de su sintomatologia depresiva ³.

Consta de 16 items redactados en forma positiva y 4 en forma negativa, el niño debe valorar cada ítem en una escala de 4 puntos que corresponden a: “nada”, “un poco”, “bastante” y “mucho”. Cada ítem puntúa entre 0 y 3 puntos. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 60. Dando una puntuacion de 0-15: sin rasgos depresivos, 16-26: Rasgos depresivos y 27 a 60: Síndrome depresivo.

Registrando la sintomatologia desde la semana anterior a la administración de la prueba.

DISEÑO ESTADÍSTICO DE LA INVESTIGACIÓN

Propósito estadístico de la investigación

El propósito de esta investigación fue encontrar rasgos depresivos en escolares de la Escuela primaria Libertadores de América a través de la escala CES-CD, se hizo una sola medición aplicando las encuestas a los escolares. La muestra fue no aleatoria, no comparativa dependiendo de la participación voluntaria de los alumnos.

Grupo de investigación

Se investigó a un grupo de 140 niños escolares de ambos sexos, turno vespertino de 3ro a 6to grado alumnos de la escuela Primaria “Libertadores de América”, en la ciudad de Pachuca, Hidalgo.

Tipo de muestra

La muestra es no aleatoria, n=140 alumnos.

Instrumento de recolección de datos

Ver anexo 2.

Métodos de recolección de datos

- Se solicitó la autorización del director de la Escuela Primaria “Libertadores de América”, para aplicar el instrumentos en los escolares del 3ro al 6to año.
- Se aplicó a los escolares “Center for epidemiological studies depression” (CES-CD).
- La información se calificó por alumno y posteriormente se ingresó a una base de datos, la cual se diseñó en el programa SPSS versión 10, lo cual se analizó y se obtuvieron resultados.

Plan de codificación de datos

Se encuentra referido en el anexo 1

Diseño y construcción de base de datos

Se construyó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 10, las características se muestran en el anexo 3.

Análisis estadístico de los datos

Se realizó un análisis descriptivo (frecuencia y porcentajes) de las variables

CRONOGRAMA

Se realizó cronograma, anexo 4.

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO.

Este proyecto fue realizado por un solo investigador, el cual aplicó las encuestas a los niños.

Se utilizaron recursos materiales tales como: computadoras, memorias (USB), impresoras, fotocopias, lápices y bolígrafos.

Los recursos físicos fueron 8 aulas de la escuela Primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo.

El financiamiento de la investigación estuvo a cargo de la autora.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación esta realizada conforme a las recomendaciones que se postulan en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial enmendada en la 52ª Asamblea general Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia. En Octubre del 2000, Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, que guía a los médicos en la investigación bioética²².

Ademas se basa en la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud²³ vigente en México, el cual lo clasifica como categoría I en base al titulo II del artículo 17, en donde se estipula que es una investigación sin riesgo, debido a que los participantes en el estudio, solo aportaron datos a través de cuestionarios, lo cual no produce daño físico ni mental.

Se solicito la autorización del Director de la Escuela Primaria libertadores de América de la Ciudad de Pachuca, Hgo, así como de los maestros que se encontraban frente a cada uno de los grupos, para llevar a cabo el proyecto, posteriormente se solicita la ayuda de cada uno de los alumnos de 3ro a 6to año para poder responder a cada una de las preguntas planteadas en el cuestionario.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de la Clínica de medicina Familiar Gustavo A Madero del ISSS

7. RESULTADOS

Se aplicaron un total de 140 cuestionarios a los niños de la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo.

EDAD

Con respecto a la edad de los niños encuestados, la edad varió en un rango que va de los 7 a los 15 años, una media de 10.36, una mediana de 10.00 y una desviación estándar de 1.5 años.

Se obtuvo una distribución por edad. Los resultados se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1
Edad de los niños encuestados en la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo, en el período Septiembre – Octubre 2006

Edad	Frecuencia	Porcentaje
7	1	0.71
8	15	10.71
9	34	24.29
10	23	16.43
11	32	22.86
12	22	15.71
13	12	8.57
14	1	0.71
Total	140	100

Fuente: encuestas realizadas.

n=140

SEXO

En la variable de sexo se identificó que el sexo masculino predominó con un porcentaje del 54.2% y para el sexo femenino un porcentaje del 45.7%.

GRADO ESCOLAR

La distribución por grado escolar fue la siguiente, se presenta en el cuadro 2.

Cuadro 2
Grado escolar de los niños encuestados en la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo, en el período Septiembre – Octubre 2006

Grado	Frecuencia	Porcentaje
3ero	16	11.43
3ero	17	12.14
4to	16	11.43
4to	18	12.86
5to	16	11.43
5to	18	12.86
6to	19	13.57
6to	20	14.29
Total	140	100.00

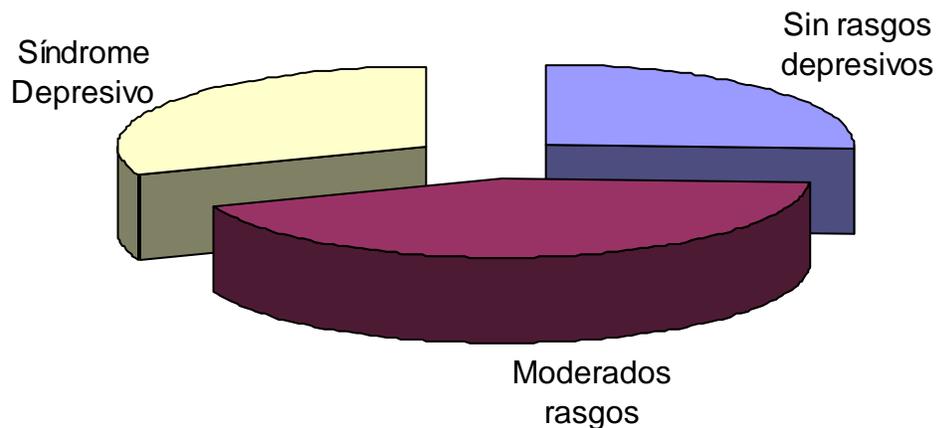
Fuente: encuestas realizadas.
n=140

DESCRIPCIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS

De acuerdo con las respuestas obtenidas, se encontró que hubo 36 niños sin rasgos depresivos (25.7%), 61 con moderados rasgos depresivos (43.57%) y 43 niños con síndrome depresivo (30.71%), resultados en la figura 1.

Figura 1

Descripción del grado de depresión en los niños encuestados en la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo, en el período Septiembre – Octubre 2006



DESCRIPCIÓN DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE ACUERDO A GÉNERO

Los resultados se muestran el cuadro 3.

Cuadro 3

Descripción de depresión en los niños de acuerdo a género encuestados en la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo, en el período Septiembre – Octubre 2006

	Masculino	Femenino	Total
Sin rasgos	21	14	35
Rasgos Moderados	31	32	63
Síndrome Depresivo	24	18	42
Total	76	64	140

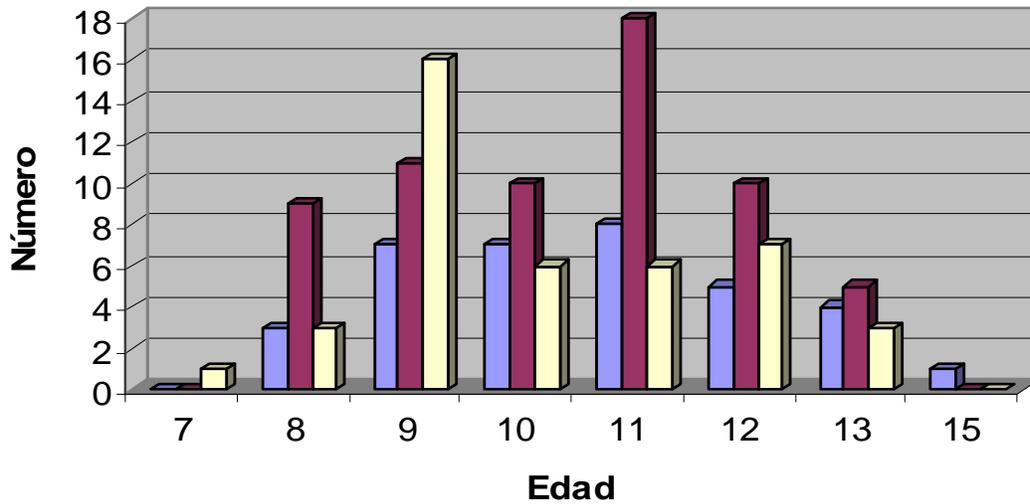
Fuente: encuestas realizadas.
n=140

NIÑOS CON DEPRESIÓN DE ACUERDO A EDAD

Con respecto a la edad de los niños que se diagnóstico con depresión los resultados se pueden observar en la figura 2.

Figura 2

Niños con depresión de acuerdo a la edad, encuestados en la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo, en el período Septiembre – Octubre 2006



■ Sin rasgos ■ Rasgos moderados ■ Síndrome depresivo

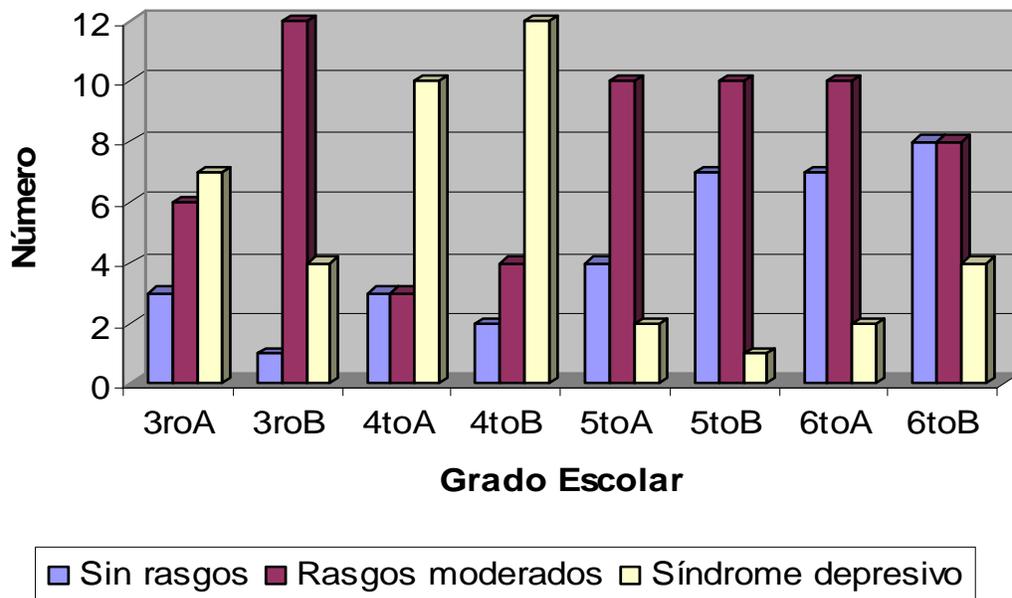
Fuente: encuestas realizadas.
n=140

NIÑOS CON DEPRESIÓN DE ACUERDO AL GRADO ESCOLAR

De acuerdo al grado escolar encontramos, la información se muestra en la figura 3.

Figura 3

Niños con depresión de acuerdo al grado escolar, encuestados en la escuela primaria Libertadores de América de la Ciudad de Pchuca, Hgo, en el período Septiembre – Octubre 2006



Fuente: encuestas realizadas.
n=140

8. DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos demuestran que la tasa de trastornos depresivos en los niños escolares es de 2%, encontrando en este trabajo que la depresión se presentó en el 30% de los niños en edad escolar y rasgos depresivos en el 25.7%.

Se logró identificar que los escolares de 9 años son los que tienen la más alta frecuencia de Síndrome Depresivo, seguidos de los de 10 años, de acuerdo al instrumento utilizado.

Se observó que el mayor porcentaje de niños con rasgos moderados de depresión fue el grupo de 11 años, seguidos de los de 9 años, lo que coincide con la literatura que reporta a mayor edad mayor el riesgo.

En cuanto al trastorno ya declarado como tal se encontraron 16 niños de 9 años con mayor porcentaje seguidos de los de 12 años, por lo que se reafirma lo postulado por Jannette Rosello y Alejandra Martínez (1997), que menciona, que se ha registrado un aumento en la incidencia de depresión y suicidios en la población infantil y en adolescentes ¹.

De acuerdo con la literatura ¹, se menciona que la depresión es más frecuente en el sexo masculino antes de los 12 años, lo que difiere en nuestro estudio ya que los rasgos depresivos fueron más frecuentes en mujeres; en relación con el síndrome depresivo fue mayor el porcentaje en el sexo masculino.

9. CONCLUSIONES

La presente investigación aporta información acerca de los síntomas depresivos en los escolares, los cuales presentaron como principal síntoma el bajo rendimiento escolar, y seguramente han sido consultados por algún médico de primer nivel por alguna otra patología que presenta algunos síntomas vagos de depresión, sin llegar obviamente a un diagnóstico adecuado.

El instrumento que se utilizó nos orienta en donde y con que niños hay que desarrollar un protocolo de estudio más detallado para evitar las graves y fatales complicaciones que se presentan por este síndrome. Por lo tanto es importante notar que la depresión se presenta cada vez más en edades tempranas, por lo cual estamos obligados a investigar y diagnosticar oportunamente esta patología.

El Médico Familiar debe conocer cuáles son las esferas que hay que analizar en un niño, explorando así la conducta que presenta en la escuela, la familia y su medio. Ya que como se pudo revisar en toda esta investigación generalmente somatizan, enmascarando con gran facilidad el cuadro.

Es importante resaltar que uno de los síntomas principales en los niños es la agresión, el aislamiento, llanto fácil y sin motivo aparente, y en muy raras ocasiones se manifiesta en forma de tristeza.

Como médicos de primer nivel y con el enfoque familiar, es importante investigar en los pacientes adultos la problemática familiar que éstos pudieran tener y cuestionar cuál es la actitud del niño y cuál es su respuesta no verbal ante tal situación o incluso ante la presencia de alguna crisis normativa o no normativa.

Los resultados obtenidos en esta investigación tratan de informar principalmente a los médicos de primer contacto sobre la necesidad de indagar intencionadamente sobre la existencia del Síndrome Depresivo en los niños, con la finalidad de que sea

detectado oportunamente, evitando incluso el suicidio, o la depresión crónica que llega a persistir en la adolescencia e incluso en la edad adulta.

Por lo tanto es importante resaltar que la depresión se está presentando cada vez más en edades tempranas, por lo cual estamos obligados a investigar y diagnosticar oportunamente esta patología.

10. REFERENCIAS

1. Barrio del, V. Depresión infantil. 1ra ed. Barcelona. España:Ariel, 1997.
2. Shaffer David. Walick. D. B. Las multiples caras de la depresión en niños y adolescentes.1ra ed. Barcelona. España: Psiquiatría Editores;2002. pp: 1-169.
3. Lorente Polaino A. Las Depresiones infantiles. 3ra ed. Madrid España: : Morata. 1999. pp: 11-312.
4. Goldman H.H. Psiquiatría General. 5ta edición Mèxico: Manual Moderno. 2001. pp: 489-493.
5. Pichot P. Ibor Lòpez AJ, Vladès MM. Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales DSM IV TR. Barcelona España: Masson Doyma, Reimpresión 1996,. pp: 387-408.
6. Carevo A.J. Panoramas de la Investigación clinic-epidemiologica de los transtornos depresivos. Salud Mental. 1999;22 (2): 7-17.
7. Gabarrón H.E, Royo. V, Abad H. Soriano. B. Jover Arenas. P. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Atención Primaria. 2002;29 (6):329-335
8. Belarga C. El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenologica .Salud Mental. 1999; 22(4): 26-32.
9. Guerrero Rico G. H., Ruiz C, Vargas O. La frecuencia de los transtornos depresivos y los transtornos de la personalidad. Salud Mental. 1999; 22(2):34-39.
10. Casal G Buela -. Carretero-Dios H. Macarena de los Santos R. Relación entre la depresión y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. Salud Mental. 2001; 24(3):17-23.
11. Behrman RE, Kliegman RM, Jonson H.B. Nelson . Tratado de pediatría. Vol. I. 16va ed. México: Mc Graw –Hill Interamericana;2001; pp: 32-35.
12. Pedreschi J. Factores de riesgo familiares para la depresión en los niños. Tesis de Psicología 2001. Citado el 23 de Agosto 2003.(34 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.ub.edu.ar/investigaciòn/tesina/22_predeschi.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciòn/tesina/22_predeschi.pdf).
13. Callebe J. Cornellas MJ, Mardomingo MJ. La familia y la escuela. Factores vulnerables en el Médico Familiar y patología psicosomática 1997. Citado en julio 2004. (6 pantallas). Disponible en: [URL:http://www.fumdatip.org.ar/mardomingo.htm](http://www.fumdatip.org.ar/mardomingo.htm).
14. Gorjon Cano. R. Psicoterapia de la depresión . Psiquiatría.1995; 11(3):84-94.
15. De la Fuente. Psicología Màdica. F.C.E, Mèxico 2004: p-p:91-110.
16. Saucedo GLM,Fonserrada MM. Los problemas familiares y su repercusion en I 17. Moizeszowicz. J, Bertolo A, Damigella L, Farher R, Fernández LR, Guala S y cols. Estudio multicéntrico: eficacia y tolerancia de la sertralina en la depresión mayor leve y moderada.

Psiquiatría.México; 1997; 13: 52-55.

17. Moizeszowicz. J, Bertolo A, Damigella L, Farher R, Fernández LR, Gualas y cols. Estudio multicentrico: eficacia y tolerancia de la sertralina en la depresión mayor leve y moderada. Psiquiatría 1997; pp: 13: 52-55.
18. Rico H. Guerrero G, Ruiz C, Vargas O. La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria. Salud Mental. 1998; 21(4): 12-18.
19. Gutiérrez AT, Lara MH, Contreras C. Aplicación del Children`s Sacale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria de la ciudad de México. Salud Mental. 1995; 18(2): 51-54.
20. Takemoto CK, Holging JH, Kraus D. Manual de prescripción pediátrica. 10ma ed. México: Intersistema Editores, 2001.pp:87-89, 488-490, 936-941.
21. Estadísticas INEGI. Población infantil 2003. Citado en Julio 2005. (2 pantallas). Disponible en:
URL: <http://www.IGEGI.gob.mx/est/>.
22. Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial. Adaptada en la 18ª. Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y Enmendada en la 52ª. Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002 Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de salud, México. 3 feb.1983.
24. GAFIMF, Guía para la tutoría de proyectos de Investigación en Medicina Familiar, 1ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana, México, 2003.

11. ANEXOS

Anexo 1.

Variables del estudio

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE
DURANTE LA SEMANA PASADA:			
1.-Me molestaron cosas que no suelen molestarte:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
2.-No me apetecía comer, no tenia mucha hambre:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
3.-No he sido capaz de sentirme feliz:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
4.-me he sentido también como los otros chicos:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
5.-No podía prestar atención a lo que estaba haciendo:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
6. Me he sentido triste e infeliz:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
7.-Me he sentido muy cansado para hacer las cosas:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
8:Me he sentido como si fuese a ocurrir algo bueno:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
9.-He sentido que las cosas que hacia antes no me salían bien:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
10.-Me he sentido asustado:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
11.-No he dormido tan bien como suelo dormir:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
12.-He estado contento:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
13.-He estado mas callado de lo normal:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
14.-Me he sentido solo, como si no tuviera ningún amigo:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
15.-Me he sentido como si los chicos que conozco no	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
estuvieran afectuosos con migo o como si no quisiesen estar con migo:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
16.-Me he divertido:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
17.-He tenido ganas de llorar:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
18.-Me he sentido triste:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
19.-Me he sentido como que no le agrado a la gente:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho
20.-Me ha costado mucho empezar a hacer las cosas:	Cualitativa	Ordinal	0: nada 1:Un poco 2:Bastante 3:Mucho

Anexo 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR DEPRESIÓN INFANTIL

I. Consentimiento de participación voluntaria: Esta Investigación tiene el permiso para su realización de las autoridades y padres de familia de la escuela primaria Libertadores de América de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. La información que usted proporcione será de carácter confidencial y manera voluntaria, por lo que le solicitamos que sus respuestas sean honestas y sinceras.

La información será utilizada para fines de investigación que permitirá brindar una mejor atención Médica Integral de la población infantil.

Folio: _____

II.-Ficha de identificación:

Nombre: _____

Edad: _____ Grado: _____

III: Escala del “Center for epidemiological studies depression” (CES-CD

<i>DURANTE LA SEMANA PASADA:</i>	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1.-Me molestaron cosas que no suelen molestarte:				
2.-No me apetecía comer, no tenía mucha hambre:				
3.-No he sido capaz de sentirme feliz:				
4.-me he sentido también como los otros chicos:				
5.-No podía prestar atención a lo que estaba haciendo:				
6. Me he sentido triste e infeliz:				
7.-Me he sentido muy cansado para hacer las cosas:				
8:Me he sentido como si fuese a ocurrir algo bueno:				
9.-He sentido que las cosas que hacía antes no me salían bien:				
10:Me he sentido asustado:				
11.-No he dormido tan bien como suelo dormir:				

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
12.-He estado contento:				
13.-He estado mas callado de lo normal:				
14.-Me he sentido solo, como si no tuviera ningún amigo:				
15.-Me he sentido como si los chicos que conozco no estuvieran afectuosos con migo o como si no quisiesen estar con migo:				
16.-Me he divertido:				
17.-He tenido ganas de llorar:				
18.-Me he sentido triste:				
19.-Me he sentido como que no le agrado a la gente:				
20: Me ha costado mucho empezar a hacer las cosas:				

Anexo 3

Base de datos

Nombre de la variable	Tipo	Ancho columna		Etiqueta	Valores que toma la variable	Escala de medición
Folio	N	8	0	Folio	Números consecutivos	S
I.-Ficha de Identificación						
Edad	N	8	0	Edad en Años	Números enteros	O
Sexo	N	8	0	Sexo	1Femenino 2Masculino	N
Grado Escolar	N	8	0	Grado escolar	3:tercero 4:cuarto 5quinto 6:sexto	N
II.-Cuestionario						
P1	N	8	0	Pregunta 1	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P2	N	8	0	Pregunta 2	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P3	N	8	0	Pregunta 3	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P4	N	8	0	Pregunta 4	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P5	N	8	0	Pregunta 5	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P6	N	8	0	Pregunta 6	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P7	N	8	0	Pregunta 7	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P8	N	8	0	Pregunta 8	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P9	N	8	0	Pregunta 9	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P10	N	8	0	Pregunta 10	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P11	N	8	0	Pregunta 11	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N
P12	N	8	0	Pregunta 12	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho"	N

Anexo 3 continuación

P13	N	8	0	Pregunta 13	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P14	N	8	0	Pregunta 14	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P15	N	8	0	Pregunta 15	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P16	N	8	0	Pregunta 16	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P17	N	8	0	Pregunta 17	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P18	N	8	0	Pregunta 18	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P19	N	8	0	Pregunta 19	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
P20	N	8	0	Pregunta 20	0:"nunca", 1:"poco", 2:"bastante", 3"mucho	N
II.-Resultados						
Clasif	N	8	0	Clasificación	1 "sin rasgos depresivos", 2"rasgos moderados de depresión, 3"Síndrome depresivo".	N

Anexo 4

Cronograma

Etapa y actividad	MESES														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Planteamiento del proyecto	X	X													
Marco teórico			X												
Material y métodos				X											
Registro y autorización del proyecto					X										
Prueba piloto						X									
Ejecución del proyecto							X								
Recolección de datos								X	X						
Almacenamiento de datos										X	X				
Análisis de datos											X	X			
Descripción de resultados												X			
Discusión de los resultados												X	X		
Conclusiones del estudio													X	X	
Integración y revisión final														X	
Reporte final															X
Autorizaciones impresión de trabajo final															X
Solicitud de examen de tesis															X