



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

División de Estudios de Posgrado del Área de la Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital General Regional N° 36.

Tesis de Posgrado.

IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL HGR No.36 IMSS

Para obtener el título de especialista en

Pediatría

PRESENTA

Martha Rivas Ortiz

Director de tesis.

MC. Socorro Méndez Martínez

Puebla. Puebla

Número de Registro Nacional: R-2014-2102-27
2015

Octubre

MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2102
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUM 36, PUEBLA

FECHA 15/07/2014

M.C. SOCORRO MENDEZ MARTINEZ**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HGR
No.36 IMSS**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2014-2102-27

ATENTAMENTE


DR.(A). GLORIA RAMOS ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2102

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 36.

PUEBLA, PUEBLA. A 02 DE OCTUBRE DE 2015

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD.

LOS ASESORES:

M.C SOCORRO MÉNDEZ MARTÍNEZ

DE LA TESIS TITULADA:

IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDADES
CRÓNICAS DEL HGR No.36 IMSS.

REALIZADA POR EL MEDICO RESIDENTE:

MARTHA RIVAS ORTIZ

DE LA ESPECIALIDAD DE:

PEDIATRÍA.

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO CON NUMERO DE REGISTRO NACIONAL R-2014-2102-27 PROPORCIONADO POR EL SISTEMA DE REGISTRO EN LÍNEA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIONES EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN.

Dra. Socorro Méndez Martínez
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CED. ESP. 4 5 8 4 5 8 0
IMSS MAT. 1 1 2 7 9 9 7 4

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA.)

INDICE

| | |
|--|-------|
| Resumen | 6-7 |
| 1. Antecedentes..... | 8 |
| 1.1. Antecedentes Generales..... | 8-9 |
| 1.2. Antecedentes Específicos. | 10-14 |
| 2. Justificación..... | 15 |
| 3. Planteamiento Del Problema..... | 16 |
| 4. Hipótesis..... | 17 |
| 5. Objetivos..... | 18 |
| 5.1. Objetivos Generales..... | 18 |
| 5.2. Objetivos Específicos..... | 18 |
| 6. Material Y Métodos..... | 19 |
| 6.1. Tipo De Estudio..... | 19 |
| 6.2. Ubicación Temporal..... | 19 |
| 6.3. Estrategia De Trabajo..... | 19 |
| 6.4. Marco Muestral..... | 20 |
| 6.4.1. Universo De Estudio..... | 20 |
| 6.4.2. Sujetos De Estudio..... | 20 |
| 6.4.3. Criterios De Selección..... | 20 |
| 6.4.3.1. Criterios De Inclusión..... | 20 |
| 6.4.3.2. Criterios De Exclusión..... | 21 |
| 6.4.3.3. Criterios De Eliminación..... | 21 |
| 6.5. Diseño Y Tipo De Muestreo..... | 22 |
| 6.6. Tamaño De La Muestra..... | 22 |
| 6.7. Variables Y Escala De Medición..... | 23 |
| 6.8. Definición De Variables..... | 23 |

| | |
|---|-------|
| 6.9. Métodos De Recolección De Datos..... | 24 |
| 6.10. Técnicas Y Procedimientos..... | 24 |
| 6.11. Análisis De Datos..... | 24 |
| 7. Logística..... | 25 |
| 7.1. Recursos Humanos..... | 25 |
| 7.2. Recursos Materiales..... | 25 |
| 7.3. Recursos Financieros..... | 25 |
| 8. Aspectos Éticos..... | 25 |
| 9. Resultados | 27-32 |
| 10. Discusión..... | 33-34 |
| 11. Conclusión..... | 34 |
| 12. Bibliografía..... | 35-37 |
| 13. Anexos..... | 38 |
| 13. 1. Anexo A..... | 39-40 |
| 13. 2. Anexo B..... | 41-44 |

TITULO. IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN HGR-36

Autores. Martha Rivas Ortiz¹, Socorro Méndez Martínez².

1. Residente de 4to. Año de Pediatría. Hospital General Regional No. 36 Puebla.
2. Médico: Pediatra- Neonatóloga. Coordinación auxiliar médica de investigación en salud. Delegación IMSS Puebla.

RESUMEN

Introducción: en niños que están conscientes de la gravedad de la enfermedad hay mayor depresión la cual aumenta con el progreso de la enfermedad y con cada visita al médico u hospital, la incertidumbre crónica sobre la recaída y sobrevivencia es la que plantea una amenaza importante para la vida del niño.

Objetivos: Relacionar la Ideación suicida y depresión en niños con enfermedades crónicas en HGR-36.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo, prolectivo, homodémico. En niños del HGR-36 con enfermedades crónicas, se relacionó ideación suicida y depresión. De junio del 2014 a diciembre del 2014. Se incluyó a pacientes con: autorización escrita del niño y los padres, edad entre 6-15 años, diagnóstico de cáncer, enfermedades reumáticas, enfermedad renal crónica y que tengan conocimiento de la enfermedad. Excluyendo a: niños con enfermedades crónicas que no sean Cáncer, enfermedades reumáticas o enfermedad renal crónica (ERC). Una vez aceptado y previa firma del consentimiento informado, se realizó un cuestionario de preguntas: Inventario de depresión de Beck. El análisis estadístico se realizará en SPPS V20, con chi cuadrada o exacto de Fisher para la relación entre la depresión y la ideación suicida.

Resultados: de un total de 120 niños se formaron 4 grupos; 1: ERC, 2: enfermedad reumatológica, 3: cáncer, 4: sano. En el grupo de ERC no hubo pacientes con depresión, en los pacientes con enfermedad reumatológica, se

presento en un 20%, en los niños con cáncer en un 10%, y en pacientes sanos en 6.7%. Respecto a la ideación suicida en el grupo 1, se presentó en un 3.3%, en el grupo 3 un 6.7% y en el grupo 2 y 4 ausente. Del total de pacientes con depresión que fueron 10, solo 1 presento ideación suicida ($p=0.252$).

Conclusión: en el presente estudio, no se demostró relación estadística, entre depresión e ideación suicida.

1. ANTECEDENTES

1.1. ANTECEDENTES GENERALES

Las enfermedades crónicas son cada vez más prevalentes en niños y adolescentes de países con buenos recursos sanitarios. No es raro que se asocien a trastornos psicológicos o psiquiátricos que deberán ser detectados a tiempo para lograr un tratamiento y una prevención adecuados que redunden en una mejor calidad de vida de los pacientes. La depresión es un trastorno afectivo en el cual se encuentran implicados aspectos orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales.

La depresión infantil es un cambio permanente de la capacidad de disfrutar los acontecimientos, de comunicarse con los demás y un cambio en el rendimiento escolar y esto va acompañado de acciones que pueden ser consideradas como conductas de protesta o de rebeldía. Los expertos en el diagnóstico de la depresión infantil enfatizan la importancia de entender la depresión como una entidad distinta de la depresión en los adultos y esto se basa principalmente en el hecho de que el/la niño/a se encuentra en un proceso de desarrollo lo que no ocurre con el adulto.

Las consecuencias de la depresión en niños y niñas enfermos/as incluyen tanto incapacidad como morbosidad, las cuales se asocian con la depresión en cualquier paciente. Las investigaciones producen una amplia evidencia según la cual los niños que sufren de enfermedades médicas crónicas o inhabilitan téis incrementan el riesgo de presentar desajustes psicológicos y psicosociales. Los niños enfermos que se encuentran deprimidos/as constituyen un grupo especial de alto riesgo quienes pueden sufrir consecuencias severas mucho más allá de las esperadas en otra población médica.

En el caso del diagnóstico de la depresión en niños es relevante considerar su situación familiar, su nivel de maduración emocional así como sus habilidades para enfrentar la enfermedad y su tratamiento, su edad y su nivel de desarrollo así como su experiencia previa con enfermedades y su fortaleza personal.

Son varias las hipótesis que pretenden explicar el aumento de riesgo de padecer depresión en el niño enfermo/a. Se pueden mencionar el elevado número de días de hospitalización, la severidad de los síntomas físicos, los síntomas de depresión de la madre, la afectación de la autoimagen y el autoconcepto, los efectos a largo plazo del tratamiento tales como una capacidad reducida de atención, problemas de aprendizaje e infertilidad entre otros.

La mayoría de niños que se enfrentan al diagnóstico de alguna enfermedad crónica han demostrado, emocionalmente, una adecuada adaptación a esta situación así como en su desarrollo y un positivo crecimiento psicosocial. Una minoría de este grupo sin embargo, desarrolla problemas psicológicos, incluida la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, dificultades en las relaciones interpersonales y no cooperación con el tratamiento siendo necesaria su referencia a un especialista de salud mental.

1.2. ANTECEDENTES ESPECIFICOS

En los últimos años, el diagnóstico de la depresión tiene cambiado debido a las mejoras en el diagnóstico criterios de la depresión en la CIE-10 y DSM-IV. De acuerdo con estos criterios de síntomas de depresión debe persistir por lo menos durante 2 semanas, con síntomas de la base esté presente durante la mayor parte día. El diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes es fundamentalmente clínico. Sin embargo, muchos investigadores han utilizado diversas herramientas de detección y Escalas de calificación para diagnosticar y cuantificar la depresión. Con los trastornos depresivos en general categorizado como la internalización de condiciones, es probable que los padres no sean conscientes de la depresión y la naturaleza de los síntomas de sus hijos. ⁽¹³⁾

Durante la infancia, la enfermedad física crónica confiere una aumento del riesgo de trastornos emocionales y de conducta, aunque la mayoría de los niños y las familias con éxito logran adaptarse al diagnóstico, invariablemente tiene un estresante y un impacto en toda su vida, que los predispone a desarrollar trastornos psiquiátricos. ⁽³⁾ Aunque la mayor parte de la investigación sobre este tema ha involucrados a los adultos, existe evidencia que sugiere que el mismo fenómeno se produce en los niños y que este problema puede ser particularmente problemático en la evaluación de niños gravemente enfermos. ⁽¹⁾

En la Infancia la enfermedad crónica física es una de las principales preocupaciones en la población pediátrica en este entorno las condiciones físicas se complican por problemas psicológicos, que no sólo afectan a los niños, sino también hay un impacto en la salud psicológica de las madres que soportan la mayoría de la carga de la atención. ⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que comportamiento suicida es un problema de salud pública en todos los países, ha tratado de establecer estrategias eficaces de prevención dirigidas a la reducción de las muertes por suicidio. La depresión es uno de los trastornos mentales más comúnmente visto en la atención médica en general siendo un factor de riesgo significativo para las

prácticas suicida. Si bien el trastorno depresivo mayor representa aproximadamente el 20 % -35 % de todas las muertes por suicidio, un sustancial número de personas que se suicidan no reciben las apropiadas de datos para su tratamiento. Los estudios muestran que sólo el 6 % -14 % de las víctimas de suicidio deprimidas han recibido tratamiento adecuado, aunque la posibilidad de la prestación de atención había existido, ya que el 50 % -70 % de los que completaron el suicidio había visitado una institución de salud clínica en el mes previo a su muerte. Teniendo en cuenta que en el momento actual no es posible predecir con exactitud quién lograra suicidarse, se ha declarado que el reconocimiento y en consecuencia, el tratamiento de la depresión en general médica merece más atención. Los resultados de las muestras de pacientes de medicina general sugieren que la enfermedad crónica es otro factor de riesgo significativo para ambos ideación suicida y los intentos suicidas. Nivel de riesgo suicida se asocia a una mayor probabilidad de completar el suicidio. El comportamiento suicida es a menudo visto como un continuo que se extiende desde que desean estar muertos o ideación pasiva, con pensamientos y planes de hacerse daño a sí mismo, intentos de suicidio y suicidio completado. El significado riesgo de suicidio varía de (pensamientos de muerte) menos graves a mayor gravedad (ideación suicida con el plan o reciente intento de suicidio). Se ha sugerido que para identificar pacientes con un mayor riesgo de suicidio es necesario obtener conocimiento más preciso de los niveles de riesgo y predecir las tendencias suicidas. La identificación temprana y el tratamiento eficaz de la depresión puede ser la medida más eficaz para prevenir el comportamiento suicidio. ⁽⁴⁾

Durante la infancia, la enfermedad física crónica confiere un aumento del riesgo de trastornos emocionales y de conducta, aunque la mayoría de los niños y las familias con éxito pueden adaptarse al diagnóstico. La enfermedad física crónica invariablemente tiene un estresante y el impacto de toda la vida a menudo en los niños y sus familias, que predispone a estos niños a desarrollar trastornos psiquiátricos.

Hay evidencia de que la presencia de una enfermedad crónica en la vida de una persona a menudo conduce a ajustes que preservan la satisfacción con la vida y las personas enfermas pueden considerar que tienen una buena calidad de vida en algunos dominios, incluso si tienen severas limitaciones en cuanto a sus capacidades físicas. A inferir que estas personas inevitablemente tendrían una peor calidad de vida sería un punto de vista sesgado. Por lo tanto, los síntomas depresivos parecen causar más impacto en la calidad de vida de los pacientes con una enfermedad física.

La ideación suicida puede formularse sobre la base de una relación calculada de una persona sobre su deseo de vivir contra su deseo de morir. Kovacs y Beck (1977) mostraron que esto puede ser significativo para conceptualizar a los pacientes suicidas en tres categorías diferentes: alta, baja y ambivalente. Brown, Steer, Henriques y Beck (2005) aplicando esta metodología en un estudio de 5814 individuos que había completado la Escala de Ideación Suicida (SSI; Beck, Brown y Steer, 1997) revelo que la puntuaciones indican que si hay mayor deseo de morir se asocia con un número significativamente elevado de riesgo de suicidio por encima de la puntuación de SSI. ⁽⁸⁾

Ideación suicida hace referencia a las reflexiones sobre la práctica de comportamientos que pongan en peligro o amenacen la vida propia, mientras que el intento de suicidio se refiere a la deliberada, la auto lesión, con desenlaces no fatales. La ideación suicida y los intentos de suicidio están asociadas con el suicidio consumado, aunque muchas personas con pensamientos suicidas no hagan ningún intento de suicidio. ⁽⁹⁾

Hay estudios los cuales sugieren que algunas formas de enfermedades físicas pueden estar asociadas con mayores tasas de depresión y la presencia de ideación suicida. Estudios previos han demostrado una asociación entre la enfermedad física y la depresión, los cuales son superior a la prevalencia esperada de ideación suicida entre los pacientes con enfermedad física clínica grave. La adolescencia se encuentra en dos a cinco veces mayor riesgo de intento de suicidio, en comparación con su población sana en general, sin embargo las

condiciones físicas y mentales crónicas están asociadas con un mayor riesgo de autolesiones e ideación suicida. ⁽⁶⁾

Estudios en paciente con dolor crónico indican que existe una estrecha relación entre homicidio-suicidio ante la protesta y rabia / hostilidad y la ira dirigida hacia los médicos. Sin embargo estos resultados, son un evento extremadamente raro. ⁽¹⁶⁾

La ideación suicida puede ser altamente prevalente entre los jóvenes, independientemente de los riesgos y los factores de protección, la auto-agresión e ideas suicidas son más comunes en niñas que en niños, y ciertos grupos raciales y los grupos étnicos. ⁽⁶⁾

Las intervenciones preventivas de forma crónica en la juventud enferma debe ser desarrollado y evaluado, complementado con esfuerzos, como la vigilancia de la angustia emocional y las tendencias suicidas, dirigidos de manera más general en los niños que tienen múltiples factores de riesgo para el suicidio. Las estrategias educativas podrían empezar por el médico, cuidadores y maestros para aumentar los niveles de conciencia sobre el riesgo de suicidio en algunos niños con enfermedades crónicas. ⁽⁶⁾ A pesar de estas correlaciones, la ideación suicida permanece poca detectada por los médicos de atención primaria. ⁽⁷⁾

Por ejemplo, el cáncer se asocia con un aumento de la prevalencia de la ideación suicida en poblaciones de pacientes especiales. Hay estudios que no han investigado la relación entre la enfermedad física y la ideación suicida entre los pacientes en las muestras de pacientes ambulatorios de atención primaria, a pesar de la prevalencia de ideación suicida en estas poblaciones los cuales sugieren que la depresión es más común entre los que tienen, en comparación con los que no. ⁽⁷⁾ Existe evidencia sustancial para los padres (sobre todo materna) peligro en todo el tiempo que un niño se le diagnostica con cáncer, a través de los resultados psicológicos , tales como la depresión , la ansiedad y el estrés postraumático. ⁽¹⁰⁾

Entre los supervivientes a largo plazo de cáncer de los adolescentes, la prevalencia de trastornos clínicos, como la ansiedad, la depresión o el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha demostrado que es tan alto como 24,3% , con

la angustia subclínica también prevalente (22,4%). Adolescentes sobrevivientes de cáncer también informan tener una peor calidad de vida que sus pares sanos de la misma edad. Sin intervención, estos problemas de salud mental representan una amenaza significativa para el ajuste psicológico a largo plazo de sobrevivientes. La terapia cognitivo- conductual es una "terapia de hablar" que incluye el entrenamiento del cliente para reconocer, y el cambio, estilos de pensamiento desadaptativos. ⁽¹¹⁾

El reconocimiento de la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud como una medida del tratamiento en los niños con enfermedades crónicas ha aumentado mejorado en los últimos tiempos. ⁽¹⁴⁾

Debido al papel central de los padres en el cuidado de niños con enfermedad crónica, su propia salud y bienestar son importantes. Los padres de estos niños han informado de una menor calidad de vida, dificultades en el manejo de la atención del niño, y los niveles más altos de ansiedad y conducta inadaptada. Esto a su vez puede tener un impacto perjudicial sobre la de desarrollo personal y el tratamiento médico de niños. Suficiente apoyo a los padres puede prevenir o mejorar estos problemas y de forma indirecta a lograr mejores resultados para los niños. Los padres vivían con la incertidumbre constante sobre el pronóstico médico de su hijo y las perspectivas futuras, a pesar de experimentar fatiga física, los padres ejercen la vigilancia en el seguimiento de su hijo por los síntomas y en la gestión de complejas responsabilidades del cuidado de la salud. ⁽

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a los nuevos tratamientos los niños con enfermedades crónicas tienen mayor sobrevivencia, sin embargo la mayoría de los estudios realizados hasta ahora en el niño con enfermedad crónica, han revisado las conductas de enfrentamiento al stress como: agresión, autocontrol, depresión, desesperanza y perturbaciones intelectuales y sociales. Por otra parte son contados los investigadores que han dado curso al estudio del enfrentamiento del niño con enfermedad crónica ante la vida y la muerte y dada la posibilidad de morir y el sufrimiento que estos niños experimentan es razonable suponer en ellos una actitud ante la vida y muerte muy diferente a la de otros niños. Hasta el momento ha recibido especial interés el estudio de respuestas cognitivo-afectivas, como la desesperanza, considerada un componente mayor de la depresión y clave está en el intento de suicidio para adultos y algunas poblaciones infantiles ya mencionadas; sin embargo, esta dimensión no ha sido examinada en niños con enfermedad crónica, si se desconocen necesidades emocionales como el deseo de muerte en el niño, por falta de datos empíricos y teóricos, la atención integral queda en una pretensión teórica desconectada en forma dramática de la praxis del cuidado.

La detección de si existe una relación entre la ideación suicida y la depresión ayudará al tratamiento oportuno de depresión influirá en la mejor calidad de vida de los pacientes, en pacientes con enfermedades crónicas.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre ideación suicida y depresión en niños con enfermedades crónicas en HGR-36?

4. HIPÓTESIS

- Existe relación entre ideación suicida y depresión en niños con enfermedades crónicas en HGR-36

HIPOTESIS NULA

- No existe relación entre ideación suicida y depresión en niños con enfermedades crónicas en HGR-36

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Relacionar ideación suicida y depresión en niños con enfermedades crónicas en hgr-36

5.2. OBEJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la presencia de ideas suicidas niños de 6 a 15 años con cáncer, enfermedades reumáticas y enfermedad renal crónica en El Hospital General Regional – 36.
- Determinar la frecuencia de la ideación suicida y depresión en niños con enfermedades crónicas en el Hospital General Regional – 36.

6. MATERIAL Y METODOS

Una vez identificados los pacientes con enfermedad crónica que reúnan los criterios de inclusión se solicitó autorización de consentimiento informado a los tutores de los pacientes para su pleno conocimiento del objetivo del estudio. Una vez aceptado y previa firma del consentimiento informado, se realizó un cuestionario de preguntas: Inventario de depresión de Beck.

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Transversal, observacional, descriptivo, prolectivo, homodémico.

6.2. UBICACIÓN TEMPORAL

Se seleccionaron a pacientes con enfermedad crónica en el Hospital General Regional 36 de Puebla, Puebla de mayo de 2014 a diciembre de 2014.

6.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO

Se entrevisto a pacientes con enfermedades crónicas del Hospital General Regional 36

6.4. MARCO MUESTRAL

Se tomaron en cuenta a los pacientes con enfermedad crónica: cáncer, enfermedad reumática y enfermedad renal crónica del Hospital General Regional 36 de Puebla, Puebla, en niños de 6 a 15 años.

6.4.1. UNIVERSO DE ESTUDIO

El cuestionario se aplicó en niños de 6 a 15 años con cáncer, enfermedades reumáticas, enfermedad renal crónica y niños sanos.

6.4.2. SUJETOS DE ESTUDIO

Niños de 6 a 15 años con cáncer, enfermedades reumáticas, enfermedad renal crónica con una duración mayor a 6 meses.

6.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Autorización escrita del niño y los padres:
- Edad entre 6 - 15 años;
- Diagnóstico de cáncer, enfermedades reumáticas, enfermedad renal crónica
- Conocimiento de la enfermedad.

6.4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Niños con enfermedades crónicas que no sean Cáncer, enfermedades reumáticas o enfermedad renal crónica
- Niños con inestabilidad hemodinámica o inestabilidad para contestar el cuestionario.

6.4.5. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes con ideaciones suicidas previas al diagnóstico de Cáncer, enfermedades reumáticas o enfermedad renal crónica
- Pacientes con depresión previa al diagnóstico de Cáncer, enfermedades reumáticas o enfermedad renal crónica

6.5. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

Descriptivo (relacional), transversal, observacional, prolectivo.

6.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Por conveniencia.

6.7. VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE ESCALA | ESCALA DE MEDICION |
|-------------------------|--|---|----------------|---|
| Ideación suicida | Se refiere a los pensamientos en torno a la propia muerte | Presencia de ideación suicida inmersa en la escala: The Children Depression Inventory (CDI). | Nominal | Si No |
| Depresión | Es un trastorno afectivo en el cual se encuentran implicados aspectos orgánicos, emocionales, cognitivos, motores y sociales | La depresión infantil se medirá a través de la escala: The Children Depression Inventory (CDI). | Dicotómica | <12 puntos = ausencia de depresión > 12 puntos = depresión |

6.8. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez identificados los pacientes con Cáncer, enfermedad reumática y enfermedad renal crónica que reúnan los criterios de inclusión se les solicitó autoricen consentimiento informado a los tutores de los pacientes para su pleno conocimiento del objetivo del estudio. Una vez aceptado y previa firma del consentimiento informado (anexo 1), se realizó un cuestionario de preguntas: Inventario de depresión de Beck (anexo 2). Los datos obtenidos se recopilaron en un formato realizado ex profeso para este fin (anexo 3).

6.9. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizo un cuestionario de preguntas: Inventario de depresión de Beck (anexo 2) a los niños del Hospital General Regional – 36. Con enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades reumáticas, enfermedad renal crónica y pacientes sanos, previo consentimiento informado y aceptación de los tutores y del paciente, esta encuesta se realizara en la consulta externa de Nefrología pediátrica, Hematología pediátrica y Reumatología pediátrica, de acuerdo a los resultados de las encuestas realizadas, los datos obtenidos se vaciaran en el programa SPSS.

6.10. ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizo estadística descriptiva reportando media y desviación estándar para variables, cuantitativas con distribución normal y medianas para aquellas variables con distribución anormal. Para analizar la relación entre ideación suicida, con depresión se utilizó, prueba exacta de Fisher con chi cuadrada. También se relaciono el valor total de cada encuesta por medio de prueba de pearson o spearman, en el programa SPSS V20.

7. LOGÍSTICA

7.1. RECURSOS HUMANOS

Grupo de trabajo.

Todos los colaboradores de este proyecto son adscritos al IMSS en el HGR 36.

7.2. RECURSOS MATERIALES

Inventario de depresión de Beck

Material de papelería, hojas, plumas, material de consultorio, computadora

7.3. RECURSOS FINANCIEROS

Del investigador.

8. ASPECTOS ÉTICOS

- Declaración de Helsinki, modificación de Tokio
- Investigación biomédica no terapéutica con sujetos humanos (investigación biomédica no clínica).
- En las investigaciones medicas llevadas a cabo en un ser humano con fines puramente científicos, la misión del médico consiste en proteger la vida y la salud de la persona sometida a la experiencia biomédica.
- Los sujetos deberán ser voluntarios, lo mismo si se trata de personas sanas que de pacientes cuya enfermedad no guarda relación con la experimentación proyectada.
- Cuando el investigador o el equipo de investigación consideren que puede ser peligroso proseguir la investigación deberán interrumpirlo.
- En las investigaciones en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad jamás deberá prevalecer por encima de las consideraciones relacionadas con el bienestar del sujeto.

3. RESULTADOS

Un total de 120 niños, entre 6 y 15 años de edad, fueron estudiados. El 58.3% fueron del sexo femenino. Se formaron 4 grupos: 1: Enfermedad renal crónica (ERC), 2: enfermedad reumatológica, 3: cáncer, 4: sano, cada grupo se conformó por 30 pacientes de cada uno. A todos se les aplicó el cuestionario de depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos, con 4 opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. De acuerdo a resultado de puntaje, se establece o no la presencia de depresión, así como la posibilidad de evaluar distintos factores tanto somáticos, como cognitivo-afectivo y, en este caso, la presencia de ideación suicida. Una vez obtenido el resultado total, se clasifica de la siguiente manera: normal, leve perturbación del estado de ánimo, depresión intermitente, depresión moderada y depresión grave. Obteniendo los siguientes resultados: 73.3% normal, 17.5% con leve perturbación del estado de ánimo, 6.7% depresión intermitente, 1.7% con depresión moderada y solo un 0.8% con depresión grave (Gráfico 1). De acuerdo a esta clasificación se tiene que solo un 9.2% presenta depresión (Gráfico 2).

Gráfico 1.

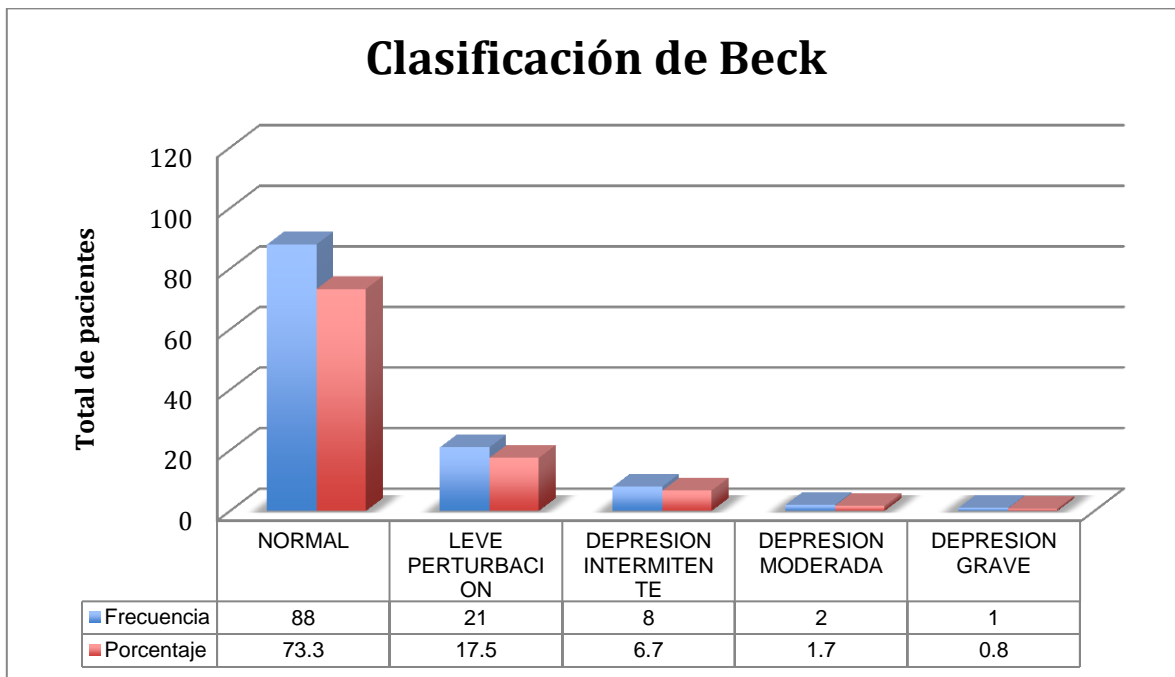


Gráfico 2.

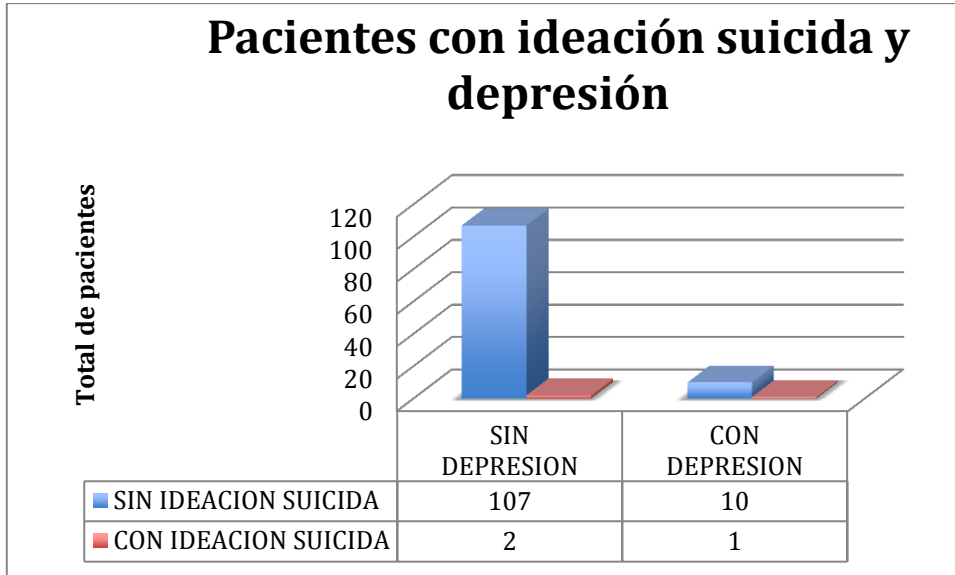


Del total de pacientes, al evaluar la presencia de ideación suicida en el planteamiento 9, se tiene que solo 3 pacientes presentaron ideación suicida representado un 2.5% (Tabla 3). De estos 2 pacientes lo presentaron sin depresión y 1 asociado a depresión (Gráfico 4). Se evaluó con una prueba de Pearson para la asociación de la depresión con la ideación suicida, siendo no significativa.

Tabla 3. Pacientes con y sin ideación suicida.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| SIN IDEACION SUICIDA | 117 | 97,5 |
| CON IDEACION SUICIDA | 3 | 2,5 |
| Total | 120 | |

Gráfico 4.



Prueba exacta de Fisher,
 $p=0.252$

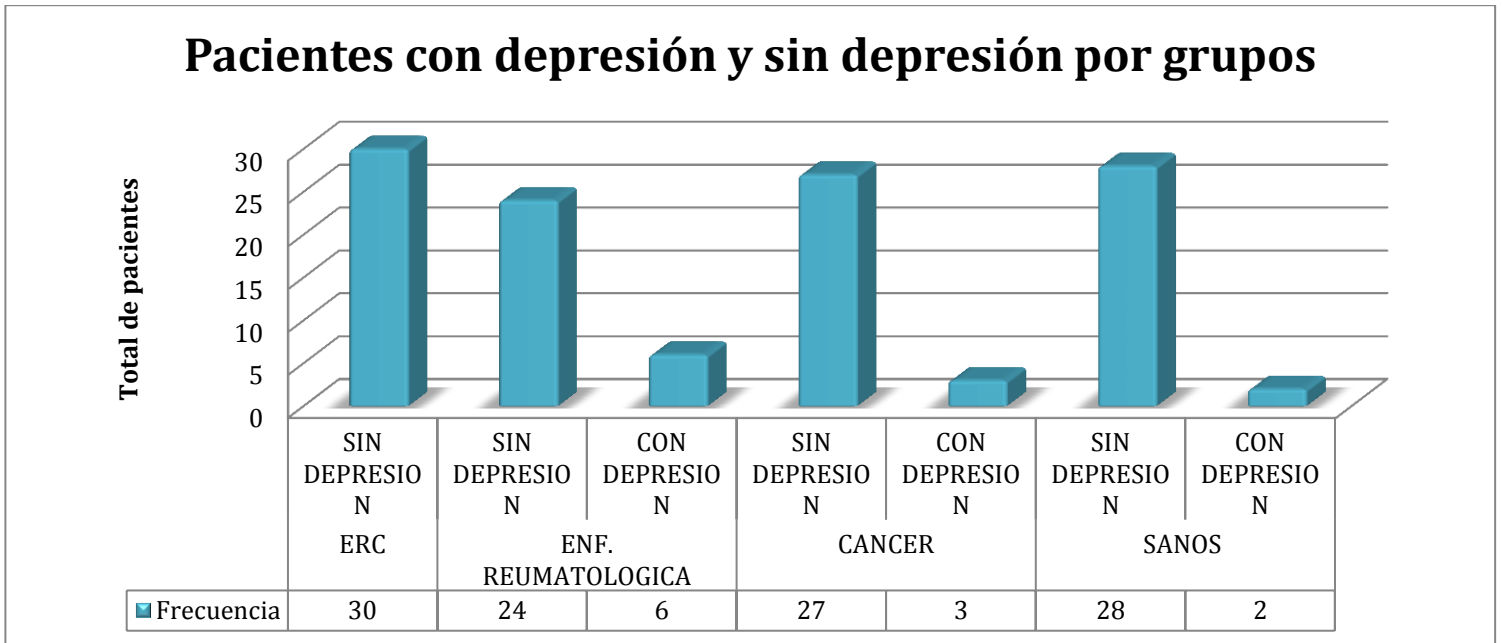
De los 4 grupos que se realizaron en el grupo 1; el 20% presentó leve perturbación del estado de ánimo, ninguno con depresión. Grupo 2; 20% con leve perturbación del estado de ánimo, 16.7% con depresión intermitente, 3.35% con depresión grave, en total 20% de pacientes con depresión. Grupo 3; 16.7% con leve perturbación, 3.3% con depresión intermitente y 6.7% con depresión moderada, total de pacientes con depresión del 10%, finalmente el grupo 4; 13.3% con leve perturbación y 6.7% con depresión intermitente, total de 6.7% de pacientes con depresión. Representados en las tabla 5 y gráfico 6.

Se encontró mayor depresión en niños con enfermedad reumatológica con 6 pacientes, seguido de pacientes oncológicos con 3, en sanos solo 2 pacientes y no se encontró depresión en niños con enfermedad renal crónica (Gráfico 6).

Tabla 5. Clasificación de Beck, por grupos.

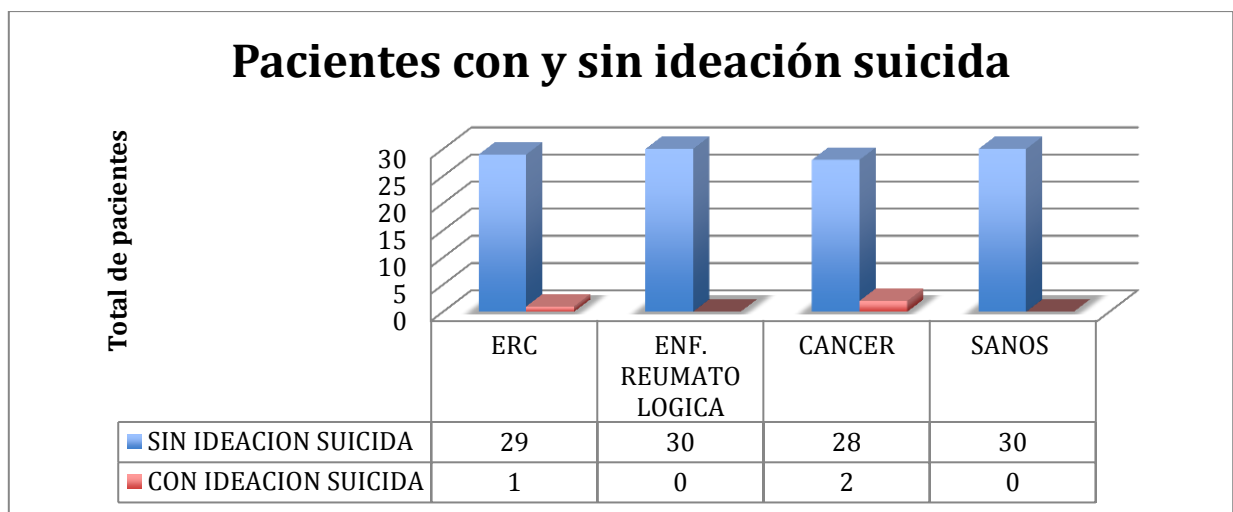
| DIAGNOSTICO (1:ERC, 2:ENFERMEDAD REUMATOLOGICA, 3:CANCER, 4: SANO) | | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------------------|------------|------------|
| 1 | NORMAL | 24 | 80,0 |
| | LEVE PERTURBACION | 6 | 20,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |
| | | | |
| 2 | NORMAL | 18 | 60,0 |
| | LEVE PERTURBACION | 6 | 20,0 |
| | DEPRESION INTERMITENTE | 5 | 16,7 |
| | DEPRESION GRAVE | 1 | 3,3 |
| | Total | 30 | 100,0 |
| 3 | NORMAL | 22 | 73,3 |
| | LEVE PERTURBACION | 5 | 16,7 |
| | DEPRESION INTERMITENTE | 1 | 3,3 |
| | DEPRESION MODERADA | 2 | 6,7 |
| | Total | 30 | 100,0 |
| 4 | NORMAL | 24 | 80,0 |
| | LEVE PERTURBACION | 4 | 13,3 |
| | DEPRESION INTERMITENTE | 2 | 6,7 |
| | Total | 30 | 100,0 |

Gráfico 6.



Cada grupo estaba conformado de 30 pacientes, los únicos grupos que presentaron ideación suicida fue el grupo 1, con 1 paciente y el grupo 3 con 2 pacientes; Chi-cuadrado de Pearson $p= 0.288$ (Gráfico 7).

Gráfico 7.



Chi-cuadrado de Pearson $p= 0.288$

De acuerdo al género de los pacientes, 2 pacientes con ideación suicida son del sexo femenino ($p=0.625$), 1 del sexo masculino. En cuanto a la clasificación de depresión, 11 pacientes del sexo femenino y 10 del sexo masculino presentaron leve perturbación del estado de ánimo, con depresión intermitente 6 mujeres y 2 hombres, con depresión moderada solo se presentó en 2 pacientes hombres, y depresión grave presente solo en 1 mujer, esto con valores de $p=0.313$.

De los 3 pacientes con ideación suicida ninguno recibe apoyo psicológico. Sólo reciben apoyo psicológico 5 pacientes con depresión y 26 pacientes sin depresión. Con presencia de acontecimientos dolorosos en pacientes con ideación suicida, solo se presentó en 1 caso, relacionado a muerte. Divorcio en 17 pacientes y muerte en 16 pacientes sin ideación suicida. De estos casos, 5 pacientes, con presencia de acontecimientos dolorosos como divorcio, estaban relacionados a depresión, y 2 pacientes con depresión y antecedente de muerte de algún ser querido. Los otros 4 pacientes con depresión, no tenían acontecimiento dolorosos ($p=0.005$).

La presencia de problemas familiares relacionado a depresión, estuvo presente en 6 pacientes ($p=0.001$), sin embargo, en los 3 pacientes con ideación suicida, ninguno relacionado a problemas familiares ($p=0.630$).

Las llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante, solo estuvieron presentes, en 5 pacientes sin depresión, de los cuales 1 presentaba ideación suicida ($p=0.121$).

El grado de escolaridad de los pacientes es el siguiente: con educación preescolar 0.8%, primaria 50.8%, secundaria 47.5%, solo un paciente no tenía instrucción escolar 0.8%. En su mayoría profesaban alguna religión, siendo la católica del 83.3%. Del total de paciente solo el 25% recibe apoyo psicológico, siendo el divorcio y la muerte de un ser querido el acontecimiento doloroso más frecuentemente presentado en un 14.2%. Pacientes con problemas escolares 14.2%, que han recibido llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante solo 4.2% y un 6.2% ha agredido a alguien más. Todos los pacientes fueron hijos deseados, con buen control prenatal. De los antecedentes familiares, 0.8% con enfermedades psiquiátricas, 5% con depresión y 5% con problemas de alcoholismo y/o drogadicción en la familia. La escolaridad de los padres, en su mayoría de las mamás es preparatoria del 35% y en los papás del 47%.

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a lo mencionado en la bibliografía, la enfermedad física crónica, confiere un aumento de riesgo de trastornos emocionales y de conducta, que predispone a estos niños a desarrollar trastornos psiquiátricos. Siendo la depresión el trastorno mental más comúnmente visto en la atención médica. Hay estudios que sugieren que algunas formas de enfermedades físicas pueden estar asociadas con mayores tasas de depresión y la presencia de ideación suicida. Así como la asociación entre enfermedad física y depresión, como consecuencia mayor prevalencia de ideación suicida. Sin embargo, de acuerdo a los resultados en el presente estudio, no hay significancia estadística entre depresión e ideación suicida, con una $p=0.197$.

Actualmente en la literatura a nivel mundial y de nuestro país, la información es escasa ya que el número de estudios que investiguen la relación entre la enfermedad física y la ideación suicida es limitado. A pesar de esto, hay evidencia que la enfermedad física crónica, y la incertidumbre sobre el futuro en estos pacientes incrementa la presencia de ideación suicida.

Del total de pacientes estudiados, 120 niños entre 6 y 15 años de edad, con la presencia o no de enfermedad crónica, se tiene que solo el 9.2% presenta depresión, y un 2.5% con presencia de ideas suicidas. Es por esto, que llama la atención que de los 3 pacientes con ideación suicida, solo 1 caso está asociado a depresión. Los 3 casos fueron en niños con enfermedades crónicas. Al contrario de lo que se muestra en la información antes mencionada, donde existe mayor prevalencia en pacientes con depresión.

En artículos previos, se establece a la enfermedad crónica como factor de riesgo para desarrollo de depresión, ya que representa en la mayoría de los casos un factor estresante importante y un impacto en la vida de los pacientes, mientras en este estudio, se obtuvo que no hay relación entre enfermedad crónica y depresión con una $p = 0.057$. Esta información pudiera hacer referencia de que los pacientes cursan con una buena aceptación y adaptación al diagnóstico. Así como la mejoría que existe en cuanto a los tratamientos ofrecidos a los niños con enfermedades crónicas, consecuentemente con una mejoría en la calidad de vida de los mismos.

Es muy importante el rol de los padres, ya que son estos en la mayor parte de los casos los que se encuentran al frente del cuidado de los niños. Cumpliendo un papel trascendental en el estado anímico y adaptación funcional de los niños.

Por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos, y a lo que se describe en la bibliografía habrá que prestar mayor atención en otros factores predisponentes, tanto para depresión como para ideación suicida. Esto es con el fin de realizar acciones preventivas no solo en niños con enfermedades crónicas, sino también en niños pertenecientes a la población en general. De esta forma identificar oportunamente la presencia de depresión, e ideación suicida, con la finalidad de disminuir los casos de suicidio y depresión en niños y dar tratamiento de manera oportuna.

11. CONCLUSION

Del total de pacientes estudiados, solo el 9.2% presenta depresión, y un 2.5% con presencia de ideas suicidas.

Solo 1 paciente presento ideación suicida y depresión.

En el presente estudio, no se demostró relación estadística, entre depresión e ideación suicida.

12. BIBLIOGRAFÍA:

1. Sean Phipps, PHD, AND Ric Steele, PHD. Repressive Adaptive Style in Children With Chronic Illness. *Psychosomatic Medicine* (2002); 64:34–42
2. Ashraf Bakr & Mostafa Amr & Amr Sarhan. Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatr Nephrol* (2007) 22:128–131
3. Luciane Nascimento Cruz. Marcelo Pio de Almeida Fleck. Carisi Anne Polanczyk. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiat Epidemiol* (2010) 45:953–961
4. Mildred Vera. María L Reyes-Rabanillo. Sarah Huertas. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. *International Journal of General Medicine* 2011:4 197–205
5. Muideen Bakare, Olayinka Omigbodun, Olugbenga B Kuteyi. Psychological complications of childhood chronic physical illness in Nigerian children and their mothers: the implication for developing pediatric liaison services. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008, 2:34 doi:10.1186/1753-2000-2-34
6. Andrew J. Barnes, Marla E. Eisenberg and Michael D. Resnick Suicide and Self-Injury Among Children and Youth With Chronic Health Conditions *Pediatrics* 2010;125;889; DOI: 10.1542/peds.2009-1814
7. Renee D. Goodwin , PH D, Kurt Kroenke , MD, Christina W. Hoven . Major Depression, Physical Illness, and Suicidal Ideation in Primary Care. *Psychosomatic Medicine* 65:501–505 (2003)
8. Stephen S. O'Connor , PH D, David A. Jobes , PH D, Katherine Anne Comtois. Identifying Outpatients with Entrenched Suicidal Ideation Following Hospitalization. *Suicide and Life-Threatening Behavior* April 2012
9. J.T.F. Laua.. Yua, Makb, Chengc. Lvc and J.X. Zhangd. Suicidal ideation among HIV_ former blood and/or plasma donors in rural China. *AIDS Care* Vol. 22, No. 8, August 2010, 946_954

10. Meredith Lutz Stehl, PH D, Anne E. Kazak, PH D, Melissa A. Alderfer. Conducting a Randomized Clinical Trial of an Psychological Intervention for Parents/Caregivers of Children with Cancer Shortly after Diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology* 34(8) pp. 803–816, 2009 doi:10.1093
11. Ursula M Sansom-Daly, Claire E Wakefield, Richard A Bryant. Online group-based cognitive-behavioural therapy for adolescents and young adults after cancer treatment: A multicenter randomised controlled trial of Recapture Life-AYA. Sansom-Daly et al. *BMC Cancer* 2012, 12:339
12. Nobuko Yamaguchi, Krishna C Poudel and Masamine Jimba. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in adolescents with leprosy-affected parents: results of a cross-sectional study in Nepal. Yamaguchi et al. *BMC Public Health* 2013, 13:22
13. Seyfhashemi, Maryam, MD; Bahadoran, Parviz, MD. Depression in Children and Adolescents with Epilepsy: a 15 Year Research Review of Prevalence, and Demographic and Seizure Related Correlates. *Iranian Journal of Pediatrics*, Volume 23 (Number 1), February 2013.
14. Arlene C. Gerson, Alicia Wentz, Allison G. Abraham. Health-Related Quality of Life of Children With Mild to Moderate Chronic Kidney Disease. *Pediatrics* 2010;125:e349
15. Allison Tong, Alison Lowe, Peter Sainsbury and Jonathan C. Craig. Experiences of Parents Who Have Children With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Pediatrics* 2008;121;349
16. Andrew J. Barnes, Marla E. Eisenberg and Michael D. Resnick. Suicide and Self-Injury Among Children and Youth With Chronic Health Conditions. *Pediatrics* 2010;125;889.
17. David A. Fishbain, MD. Daniel Bruns, PsyD,. John E. Lewis, PhD. Predictors of Homicide–Suicide Affirmation in Acute and Chronic Pain Patients. *Pain Medicine* 2011; 12: 127–137
18. Andrew A. Nierenberg, Mark Hyman Rapaport, Pamela J. Schettler. Deficits in Psychological Well-Being and Quality-of-Life in Minor Depression: Implications for DSM-V. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 16 (2010) 208–216

19. Susan L. Furth, Stephen R. Cole, Marva Moxey-Mims. Design and Methods of the Chronic Kidney Disease in Children (CKiD) Prospective Cohort Study. *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 1006–1015, 2006
20. Ann Marie McKenna, Laura E. Keating, Annette Vigneux. Quality of life in children with chronic kidney disease—patient and caregiver assessments. *Nephrol Dial Transplant* (2006) 21: 1899–1905
21. Selvi B. Williams, Elizabeth A. O'Connor, Michelle Eder. Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2009;123:e716
22. Robert B. Noll, Maria A. Gartstein, Kathryn Vannatta, Judy Correll. Social, Emotional, and Behavioral Functioning of Children With Cáncer. *Pediatrics* 1999;103;71
23. Sean Phipps, Nichole Jurbergs and Alanna Long. Symptoms of post-traumatic stress in children with Cancer: does personality trump health status?. *Psycho-Oncology* 18: 992–1002 (2009)
24. Ixchel Miranda de la Torre, María José Cubillas Rodríguez. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados *Salud Mental* 2009;32:495-502
25. Yolanda del Refugio González Hernández. Depresión en niños y niñas con cáncer. *Actualidades en Psicología*, 20, 2006, 22-44
26. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. guías de práctica clínica en el SNS. P 27

13. ANEXOS:

- Anexo A28:
 - **CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

| | |
|---|---|
| Nombre del estudio: | IDEACIÓN SUICIDA Y DEPRESIÓN EN NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS |
| Patrocinador externo (si aplica): | Ninguno |
| Lugar y fecha: | |
| Número de registro: | Aun sin registro |
| Justificación y objetivo del estudio: | <p>Los estudios realizados hasta ahora en el niño con enfermedad crónica, han revisado las conductas de enfrentamiento al stress como: agresión, autocontrol, depresión, desesperanza y perturbaciones intelectuales y sociales. Por otra parte son contados los investigadores que han dado curso al estudio del enfrentamiento del niño con enfermedad crónica ante la vida y la muerte y dada la posibilidad de morir y el sufrimiento que estos niños experimentan es razonable suponer en ellos una actitud ante la vida y muerte muy diferente a la de otros niños. Hasta el momento ha recibido especial interés el estudio de respuestas cognitivo-afectivas, como la desesperanza, considerada un componente mayor de la depresión y clave está en el intento de suicidio para adultos y algunas poblaciones infantiles ya mencionadas; sin embargo, esta dimensión no ha sido examinada en niños con enfermedad crónica, si se desconocen necesidades emocionales como el deseo de muerte en el niño, por falta de datos empíricos y teóricos, la atención integral queda en una pretensión teórica desconectada en forma dramática de la praxis del cuidado.</p> <p>La detección oportuna de depresión influirá en la mejor calidad de vida de los pacientes, en pacientes con enfermedades crónicas</p> <p>Objetivos: Identificar por medio de esquemas cognitivo afectivos de depresión la presencia de ideas suicidas y depresión en niños de 6 a 15 años con enfermedad crónica tales como el cáncer, enfermedades reumáticas y enfermedad renal crónica en comparación con niños sanos en el Hospital General Regional – 36</p> |
| Procedimientos: | Se aplicara el cuestionario de Beck |
| Posibles riesgos y molestias: | Ninguna |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: | Al permitir la participación de su hijo en el estudio, usted obtendría como beneficio poder detectar oportunamente la presencia de depresión. |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: | Se proporcionará información actualizada a los familiares de los pacientes por parte del personal que labora en el área de Pediatría y jefes de servicio a fin de intervenir oportunamente brindándoles conocimiento sobre la patología presentada. |
| Participación o retiro: | Se dará respuesta a dudas de los familiares de los pacientes con resultado alterado y se dará la libertad a los familiares para que puedan retirarse en cualquier momento del estudio, si ellos así lo requieren. |
| Privacidad y confidencialidad: | Se garantiza la privacidad de la información de los participantes. |

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Con disponibilidad de tratamiento médico en caso necesario.

Beneficios al término del estudio: Detectar oportunamente la depresión en los niños y brindar el manejo oportuno

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Socorro Méndez Martínez: H.G.R. 36. Pediatra - Neonatologa

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo B:

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

- | | |
|--|---|
| 1. | que puedo ver es un montón de fracasos. |
| a. No me siento triste. | |
| b. Me siento triste. | d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona. |
| c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza. | |
| d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo. | |
| 2. | 4. |
| a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro. | a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. |
| b. Me siento desanimado con respecto al futuro. | b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo. |
| c. Siento que no tengo nada que esperar. | c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada. |
| d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar. | d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo. |
| 3. | 5. |
| a. No creo que sea un fracaso. | a. No me siento especialmente culpable. |
| b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal. | b. No me siento culpable una buena parte del tiempo. |
| c. Al recordar mi vida pasada, todo lo | c. Me siento culpable casi siempre. |
| | d. Me siento culpable siempre. |
| | 6. |

- a. No creo que este siendo castigado.
- b. Creo que puedo ser castigado.
- c. Espero ser castigado.
- d. Creo que estoy siendo castigado.

7.

- a. No me siento decepcionado de mi mismo.
- b. Me he decepcionado a mí mismo.
- c. Estoy disgustado conmigo mismo.
- d. Me odio.

8.

- a. No creo ser peor que los demás.
- b. Me critico por mis debilidades o errores.
- c. Me culpo siempre por mis errores.
- d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.

- a. No pienso en matarme.
- b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
- c. Me gustaría matarme.
- d. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10.

- a. No lloro más de lo de costumbre.
- b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.

c. Ahora lloro todo el tiempo.

d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11.

a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.

b. Las cosas me irritan más que de costumbre

c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.

d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

12.

a. No he perdido el interés por otras cosas.

b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.

c. He perdido casi todo el interés por otras personas.

d. He perdido todo mi interés por otras personas.

13.

a. Tomo decisiones casi siempre.

b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.

c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.

d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.

a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.

b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.

c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.

d. Creo que me veo feo.

15.

a. Puedo trabajar tan bien como antes.

b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.

c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.

d. No puedo trabajar en absoluto.

16.

a. Puedo dormir tan bien como antes.

b. No puedo dormir tan bien como solía.

c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta

Mucho volver a dormir.

d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.

17.

a. No me canso más que de costumbre.

b. Me canso más fácilmente que de costumbre.

c. Me canso sin hacer nada.

d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.

18.

a. Mi apetito no es peor que de costumbre.

b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.

c. Mi apetito esta mucho peor ahora.

d. Ya no tengo apetito.

19.

a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.

b. He rebajado más de dos kilos y medio.

c. He rebajado más de cinco kilos.

d. He rebajado más de siete kilos y medio.

20.

a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.

b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores,

molestias

Estomacales o estreñimiento.

c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna

Otra cosa

21.

a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.

b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.

c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

d. He perdido por completo el interés en el sexo