

**DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANEMIA  
DREPANOCÍTICA EN CRISIS DOLOROSA QUE ASISTEN AL HOSPITAL  
DE NIÑOS“DR. JORGE LIZARRAGA” DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA“DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA- ESTADO  
CARABOBO. PERIODO AGOSTO 2016-MARZO 2017**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”  
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



**DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANEMIA  
DREPANOCÍTICA EN CRISIS DOLOROSA QUE ASISTEN AL HOSPITAL  
DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA” DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA- ESTADO  
CARABOBO. PERIODO AGOSTO 2016-MARZO 2017**

**Autor:** Baute González Susanne Stephanie.

**Valencia, Octubre de 2017**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”  
HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA”  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**



**DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANEMIA  
DREPANOCÍTICA EN CRISIS DOLOROSA QUE ASISTEN AL HOSPITAL  
DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA” DE LA CIUDAD  
HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA- ESTADO  
CARABOBO. PERIODO AGOSTO 2016-MARZO 2017**

**Autor:** Baute González Susanne S.

**Tutor Clínico:** Dra. Aura Mayela Illas

**Tutor Metodológico:** Prof. Marymili Segura

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO ANTE LA COMISIÓN  
DE POTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN: PEDIATRÍA Y PUERICULTURA**

**Valencia, Octubre de 2017**

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles  
Sede Carabobo

## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### **DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANEMIA DREPANOCÍTICA EN CRISIS DOLOROSA QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZARRAGA" DE LA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" VALENCIA - ESTADO CARABOBO. PERÍODO AGOSTO 2016 - MARZO 2017.**

Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

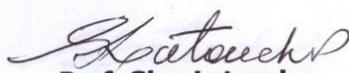
**BAUTE G., SUSANNE S.**  
C.I. V – 19861040

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Aura Mayela Illas C.I. 3577898, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **02/11/2017**

  
**Prof. Aura Mayela Illas** (Pdte)  
C.I. 3577898  
Fecha 2/11/2017

  
**Prof. María A. Osio**  
C.I. 11148205  
Fecha 02-11-2017

  
**Prof. Gina Latouche**  
C.I. 4457064  
Fecha 02-11-17

TG: 72-17

## INDICE GENERAL

	Pág.
Índice de tablas.....	vi
Resumen.....	vi
Abstracts.....	vii
Introducción.....	1
Materiales y Métodos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	14
Conclusiones y Recomendaciones.....	16
Referencias bibliográficas.....	17
Anexos.....	21

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1 Distribución según edad de los pacientes estudiados.....	10
Tabla N°2 Distribución según crisis anuales presentadas en el paciente drepanocítico estudiado.....	11
Tabla N°3 Distribución según resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDI) aplicado a los pacientes estudiados.....	11
Tabla N°4 Distribución según trastorno de estado de ánimo y sexo de los drepanocíticos estudiados.....	12
Tabla N°5 Distribución según Número de Hospitalizaciones al año por crisis dolorosa y resultado de cuestionario.....	13



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



**DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANEMIA DREPANOCÍTICA EN CRISIS DOLOROSA QUE ASISTEN AL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZARRAGA” DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” VALENCIA- ESTADO CARABOBO. PERIODO AGOSTO 2016-MARZO 2017**

**AUTOR:** Baute G. Susanne. **TUTOR METODOLÓGICO:** Prof. Marymili Segura  
**TUTOR CLÍNICO:** Dra. Aura Mayela Illas  
**Año:** 2017

**RESUMEN**

La anemia drepanocítica es una hemoglobinopatía predisponente a fenómenos de vasooclusión y por consiguiente crisis dolorosa recurrente que tienen asociación con trastornos afectivos, reducción de calidad de vida y salud psicosocial. **Objetivo:** relacionar la depresión y las crisis dolorosas en pacientes escolares y adolescentes portadores de Anemia Drepanocítica. **Metodología:** Estudio observacional, transversal; con muestra no probabilística de 25 pacientes entre 8 y 14 años de edad, drepanocíticos en crisis dolorosa. Se utilizó el Cuestionario de Depresión para Niños (CDI) con cuyos resultados se precisó existencia de depresión. El análisis estadístico se efectuó mediante distribución de frecuencia y la relación entre variables mediante test exacto de Fisher. **Resultados:** de los 25 pacientes estudiados se obtuvo predominio anual de hospitalización por crisis febril (52%) y dolorosa (36%) en género masculino y de 40 y 20% respectivamente para el femenino. Además, el 64% de éstos reflejó síntomas de depresión moderada y sólo (32%) no mostró depresión; obteniéndose mayor porcentaje de depresión en el sexo femenino (75%) en relación al masculino (61,5%); de los cuales (32%) tenían menos recurrencia de hospitalizaciones, sin embargo, 24% presentaba más de 5 hospitalizaciones al año; frecuencia indicativa de tendencia de asociación entre depresión y anemia drepanocítica pero no significativa para recurrencia de hospitalizaciones; se tomó en consideración la prueba de Fisher, que con 0,07 rechaza la asociación de las variables en estudio ( $p < 0,05$ ). **Conclusión:** existe una tendencia a depresión en pacientes drepanocíticos en crisis dolorosa, sin embargo no influyente en número y recurrencia de hospitalizaciones.

**Palabras Claves:** anemia drepanocítica, depresión, cuestionario de depresión para niños (CDI)



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCION DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”  
TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



DEPRESSION IN SCHOOLCHILDREN AND ADOLESCENTS WITH  
SICKLE CELL ANEMIA IN PAINFUL CRISIS ATTENDING CHILDREN'S  
HOSPITAL "DR. JORGE LIZARRAGA "OF THE HOSPITAL CITY "DR.  
ENRIQUE TEJERA" VALENCIA- CARABOBO STATE. AUGUST 2016-  
MARCH 2017

**Author:** Baute G. Susanne S.

**Tutors:** Dra. Aura Mayela Illas; Prof. Marymili Segura

**Año:** 2017

**ABSTRACTS**

Sickle cell anemia is a hemoglobinopathy predisposing to vaso-occlusive phenomena and therefore a recurrent painful crisis that has an association with affective disorders, reduction of quality of life and psychosocial health. **Objective:** to relate depression and painful crises in schoolchildren and adolescents with Drepanocitic Anemia. **Methodology:** Observational, transversal study; With non-probabilistic sample of 25 patients between 8 and 14 years of age, sickle cell painful crisis. The Children's Depression Questionnaire (CDI) was used with the results of which there was a need for depression. Statistical analysis was performed by frequency distribution and the relationship between variables using Fisher's exact test. **Results:** 25% of patients were hospitalized for febrile seizures (52%) and painful (36%) in men and 40% and 20% respectively for women. In addition, 64% of these reflected symptoms of moderate depression and only (32%) did not show depression; Obtaining a higher percentage of depression in the female sex (75%) in relation to the male (61.5%); Of whom (32%) had less recurrence of hospitalizations, however, 24% had more than 5 hospitalizations per year; Frequency indicative of association tendency between depression and sickle cell anemia but not significant for recurrence of hospitalizations; The Fisher test was used, which with 0.07 rejects the association of the variables under study ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** there is a tendency to depression in sickle cell patients in painful crisis, however not influential in number and recurrence of hospitalizations.

**Key words:** sickle cell anemia, depression, Children's Depression Inventory (CDI)

## INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la anemia se define, como una condición en la cual el contenido de hemoglobina en la sangre está por debajo de los valores considerados como referencia según edad, sexo, embarazo y ubicación geográfica; y es considerada uno de los problemas de salud pública más difundidos, especialmente en los países en desarrollo. Aunque su incidencia real no se conoce, la OMS estima que en el mundo existen aproximadamente 2.000 millones de personas anémicas.<sup>1</sup>. Lo que corresponde del 22,9 al 26,7 de la población. La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7% a 16,9%).<sup>2</sup> La anemia puede ser causada por múltiples factores, unos modificables y otros de origen genético. Sin embargo, las deficiencias nutricionales, pobre ingesta en la dieta de macro y micronutrientes, infecciones parasitarias, y hemoglobinopatías son los más frecuentes. Las deficiencias de nutrientes más frecuentemente involucradas en la etiología de la anemia son: hierro, ácido fólico (vitamina B9) y cobalamina (vitamina B12). Aun cuando la deficiencia de hierro es la más frecuentemente encontrada como causal de anemia, en ocasiones coexiste con ciertas patologías. En América Latina la deficiencia de hierro está presente en 10 a 30% de las mujeres en edad reproductiva, en 40 a 70% de las embarazadas y en 50% de los niños. La anemia por esta causa afecta a 77 millones de niños y mujeres en América Latina y el Caribe. En Venezuela, se calcula que alrededor del 50% a 60% de niños en edad escolar tienen anemia por deficiencia de hierro.<sup>1</sup> Sin embargo, entre otras de las causas de anemia se encuentran las hemoglobinopatías; éstas constituyen las enfermedades monogénicas más frecuentes en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que por lo menos el 5,2% de la población global y más del 7% de las mujeres embarazadas, son portadores de una variante significativa de la hemoglobina. La Hb S representa el 40% de ellas pero es responsable del 80% de los enfermos, debido a la alta prevalencia de portadores localizada en algunos países: cerca del 85% de las personas con enfermedad drepanocítica y aproximadamente el 70% de todos los nacimientos

afectados, ocurren en África. Se estima que cada año nacen en el mundo más de 300.000 niños con hemoglobinopatías (83% con enfermedad drepanocítica y 17% con talasemias).<sup>3</sup>

La enfermedad de células falciformes o anemia drepanocítica es una hemoglobinopatía en la cual los eritrocitos en lugar de la forma normal de disco bicóncavo muchos adquieren una forma semilunar o de hoz. Los eritrocitos falciformes o drepanocitos son más rígidos que las células normales y se adhieren con más facilidad a la superficie endotelial. En consecuencia, estos eritrocitos se apilan en los capilares más pequeños y privan de oxígeno y nutrientes a distintas partes de tejidos y órganos. La etiología de ésta hemoglobinopatía se debe a una alteración en la secuencia de aminoácidos en las cadenas de globina. Ésta enfermedad es producto de la mutación del gen de la globina Beta ubicado en el brazo corto del cromosoma 11, que se traduce en la sustitución del sexto aminoácido, el ácido glutámico por valina. Esto hace que la hemoglobina se transforme en una red gelatinosa de polímeros fibrosos que incrementan la rigidez de la membrana. La hemoglobina que contiene esta cadena  $\beta$ -globínica anómala recibe el nombre de hemoglobina falciforme (HbS).<sup>4, 5, 6</sup>

La drepanocitosis es considerada por la OMS un problema de salud pública por su alta prevalencia en ciertas regiones a nivel mundial, especialmente, en países subdesarrollados en donde el manejo sigue siendo inadecuado, con carencia de programas de tamizaje, prevención y control, realizándose un diagnóstico tardío cuando el paciente ya presenta complicaciones irreversibles.<sup>7, 8, 9</sup>

Cerca del 5% de la población mundial es portadora de genes causantes de hemoglobinopatías. Cada año nacen aproximadamente 300.000 niños con hemoglobinopatías importantes, de los cuales más de 200.000 son africanos con anemia falciforme, además, estudios demuestran que la anemia drepanocítica es especialmente frecuente, en personas con antepasados originarios del África subsahariana, la India; la Arabia Saudita o los países del Mediterráneo. Las migraciones incrementaron la frecuencia del gen en el continente americano.<sup>10</sup>

En los niños con anemia drepanocítica, el número de episodios de dolor intenso que obligan a la hospitalización y administración parenteral de analgésicos es, en promedio, de uno por año, pero este intervalo varía considerablemente y algunos enfermos nunca sufren dolores intensos mientras que otros deben ser hospitalizados tan frecuentemente que acaban por quedar gravemente incapacitados.<sup>11</sup>

Los pacientes portadores de anemia drepanocítica que presentan crisis dolorosas recurrentes tienen asociación con trastornos afectivos: variación en estado de ánimo comórbido; así como una reducción significativa de la calidad de vida y de salud psicosocial, siendo la población afro-americana la más afectada según estudios en Estados Unidos, el sentimiento de desesperanza y depresión en estos pacientes son comunes; incluso antes de la aparición de las crisis dolorosas y que aquellos que tienen un mayor apoyo social, tienden a manejar mejor el dolor de forma ambulatoria que en centros hospitalarios; lo que hace pensar que ciertas situaciones emocionales y familiares positivas hacia quienes la padecen, tienen mejor curso.<sup>12</sup>

Los trastornos psicosociales en el niño, en general, pueden manifestarse como alteraciones de los sentimientos, como la depresión y la ansiedad; pueden tener su origen en tensiones físicas o emocionales, como defectos congénitos, lesiones físicas, incoherencias y contradicciones en la crianza, conflictos, malos tratos y negligencia, excesiva indulgencia, enfermedades crónicas, etc.<sup>20</sup> La depresión mayor, la distimia y el trastorno bipolar con alternancia de manía y depresión son los tres tipos principales de trastornos afectivos observados en niños y adolescentes. La depresión mayor se caracteriza por disforia y pérdida evidente del interés y el disfrute por actividades habituales, pero también cursa con una significativa alteración ponderal secundaria a disminución o aumento de la ingestión de alimentos, con insomnio o hipersomnia, agitación o lentificación psicomotora, fatiga o pérdida de energía casi a diario, sentimientos de inutilidad y de culpa excesiva, menor capacidad para pensar y concentrarse, e ideas recurrentes de muerte. Además, el subtipo melancólico de la depresión también comprende anhedonia marcada y mayores sentimientos de depresión por la mañana al despertarse muy temprano. La distimia es un síndrome menos grave, pero más prolongado, en el que el ánimo deprimido dura al menos un año. Por lo

demás, cursa con poco apetito, problemas de sueño, pérdida de energía y autoestima, y sentimientos de desesperación. El trastorno bipolar implica conjuntamente manía y depresión o manía aisladas.<sup>11</sup>

Se ha calculado que la prevalencia de los trastornos depresivos en la infancia oscila entre el 0.15 y el 2%. En una población con problemas clínicos, se ha evaluado en un 10-20%. La prevalencia de depresión mayor es de 1.8% en niños prepúberes y del 3.5-5% en adolescentes. Las niñas refieren, de forma significativa, más síntomas depresivos que los varones. En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos eliminación (encopresis, enuresis). En adolescentes los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.<sup>11, 13, 14</sup>

Los estudios más recientes reportan en la población general estadounidense un 2%-10% con criterios para diagnóstico de depresión. Para el año 1987 en Estados Unidos 1 de cada 375 pacientes con Anemia Drepanocítica de raza negra, padecía de síntomas depresivos y para el año 2000 cada 1 de 400 afroamericanos, con anemia de células falciformes presentaba ansiedad y depresión según un estudio realizado por Grant y colaboradores. Para algunas familias que conocen la anemia drepanocítica como patología, el diagnóstico puede causar un tremendo impacto u originar sentimientos de culpa o de estigmatización; lo que constituye la base para los trastornos afectivos en dicho grupo familiar; tomando en consideración que la Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de

enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares.<sup>15,16, 17</sup>

De igual forma, un estudio en Washington 2003<sup>19</sup> demostró que el 44% de la muestra de estudio se calificó dentro del rango de depresión leve a severa, por lo que los pacientes con anemia drepanocítica con depresión eran más frecuentemente tratados en salas de emergencia con mayor probabilidad de hospitalización con crisis vaso-oclusiva; asimismo un estudio en 120 pacientes drepanocíticos de varios fenotipos<sup>20</sup> demostró que la prevalencia de la depresión en los niños con enfermedad de células falciformes fue del 13%; además que la gravedad de la enfermedad y la depresión se asociaron con mala calidad de vida en niños con enfermedad de células falciformes y que un mayor nivel de apoyo de los padres se asoció significativamente con la disminución de los síntomas depresivos y una mejor calidad de vida de estos.

A su vez, un estudio realizado por el Departamento de Psicología de la Universidad Washington y el Departamento de Psicología de la Universidad de Howard<sup>21</sup> en 46 pacientes afroamericanos con enfermedad de células falciformes indicó que 56,5% de la muestra obtuvo una puntuación dentro del rango leve a severo de depresión en la escala de Depresión de Beck; de éstos 44% habían sido tratados en la sala de emergencias más de cinco veces en el último año. Los datos además indicaron que pacientes con anemia drepanocítica deprimidas eran dos veces más propensos de ser tratados en la sala de emergencias o seis veces más en comparación con sus contrapartes no deprimidos (58% y 25%, respectivamente).

Del mismo modo, los pacientes en los que no fue identificada depresión, tuvieron menos de seis tratamientos de la sala de emergencias en el año previo al estudio en comparación con los pacientes deprimidos (75% y 42%, respectivamente); concluyendo adicionalmente que los pacientes más jóvenes eran más propensos a usar la emergencia con más frecuencia que los pacientes de mayor edad. A pesar de todos estos hallazgos en diversos estudios, en otros no se ha encontrado relación significativa, tal es el caso de estudio realizado en 39 niños y adolescentes drepanocíticos y 26 del mismo grupo etario sanos<sup>22</sup> reportó que treinta y uno por

ciento del grupo de células falciformes y el 42% del grupo control resultó positivos para uno o más de los trastornos mentales considerados (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de comportamiento disruptivo, trastornos psicóticos) concluyendo que los pacientes portadores de anemia drepanocítica no tuvieron mayor riesgo de trastornos mentales clínicamente significativos en comparación a los sanos

En Latinoamérica, en Brasil, Barreto y col, realizaron un estudio transversal con niños y adolescentes atendidos en ambulatorio de Hematología Pediátrica de un hospital universitario, entre 7 y 17 años y con diagnóstico confirmado de anemia falciforme (76 pacientes). Obteniendo que al momento de la evaluación, 35 pacientes (46,1%) eran hijos de padres casados o en unión estable, el 50,7% vivía solamente con la madre y siete (9,2%) eran huérfanos de padre; y del total, 25,3% presentaban antecedente familiar de trastorno psiquiátrico. Por intermedio del CDI (Children's Depression Inventory); con el punto de corte 13, el presente estudio reveló síntomas sugestivos de depresión en el 35,6% de la muestra de niños y adolescentes con anemia falciforme.<sup>23</sup>

En Venezuela, se posee muy poca estadística en el ámbito de la investigación en materia de salud mental; con mucha menor frecuencia de investigaciones referentes a síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas y dentro de éstas, en mucha menor cuantía sobre las patologías hematológicas. Destacan pocas estadísticas incluso a nivel mundial en cuanto al tema en cuestión. Sin embargo, en nuestro país resulta de interés un estudio realizado en el Estado Anzoátegui por Córdova y col<sup>7</sup> en la búsqueda de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes adultos portadores de anemia drepanocítica; en el cual pudo evidenciarse que un 70% de los sujetos de estudio presentan sintomatología depresiva y un 60% sintomatología ansiosa.

Por otro lado, la mayor parte de los pacientes presentaban menos de 5 crisis dolorosas al año. Y, en estos, la incidencia de síntomas depresivos es de 57,1% y la incidencia de síntomas ansiosos de 58,8%; con respecto al número de transfusiones sanguíneas anuales en dichos pacientes, el 90% recibía menos de 10 transfusiones en

el año, de estos por lo menos un 70% presentó sintomatología depresiva; concluyendo la existencia de alta incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población estudiada. Por otro lado, aunque no estrechamente vinculado con el presente proyecto de investigación, en 2006 Sarmiento y Col <sup>18</sup>se evidenció que la mayoría (56%) de los niños con hemofilia (otra patología hematológica frecuente) estuvieron en las categorías de salud mental patológicas o dudosas. Este dato resalta la afirmación de que un porcentaje notable de niños que padecen una enfermedad crónica, se enfrentan a numerosos factores de riesgo psicosociales desde muy pequeños y se hacen vulnerables a los mismos.

En consecuencia, los trastornos afectivos, podrían estar pasando desapercibidos o simplemente sin acciones dirigidas hacia el manejo de los mismos y su relación con el manejo de la anemia drepanocítica ante complicaciones frecuentes como las crisis dolorosas. Por todo lo anteriormente mencionado; surgió la siguiente interrogante: ¿En qué medida existe relación entre la depresión y las crisis dolorosas en pacientes escolares y adolescentes portadores de Anemia Drepanocítica que acuden al hospital “Dr. Jorge Lizarraga” del Edo. Carabobo?;

Para efectos de la siguiente investigación, se indagó acerca de la incidencia de trastornos afectivos como la depresión, que puede existir en pacientes con anemia drepanocítica en el contexto de las crisis dolorosas.

Se buscó establecer, además, si los pacientes que presentan crisis dolorosas presentan síntomas depresivos y la recurrencia de dichas crisis ya que esto es de suma importancia para la realización de una buena terapéutica, que comprenda la integración de un equipo multidisciplinario en el manejo de la enfermedad así como mejorar el curso de la misma; por otra parte, esta investigación constituiría un aporte para el área pediátrica, ya que se garantizaría una mejor calidad de vida de dichos pacientes al proporcionar bienestar psicosocial en dicha patología que por su condición es crónica e incurable.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional; se observaron los fenómenos en su contexto natural y posteriormente fueron analizados; de diseño transversal, ya que se recolectaron los datos en un tiempo determinado y único con la finalidad de describir variables y analizar su incidencia e interrelación; y de tipo prospectivo, es decir el inicio del estudio es previo a los hechos estudiados y los datos serán recogidos conforme avanza la investigación. Dicho estudio se llevó a cabo en una muestra no probabilística de 25 escolares y adolescentes sin distinción de género entre 8 y 14 años de edad portadores de anemia drepanocítica en crisis dolorosa que acudieron al Hospital Pediátrico “Dr. Jorge Lizarraga” de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia- Estado Carabobo en el período comprendido entre el mes de agosto 2016 y Marzo de 2017.<sup>24,25</sup>

Los criterios de inclusión para los participantes fueron poseer diagnóstico conocido de anemia drepanocítica en control y seguimiento por hematología que acudieron y fueron hospitalizados con una de las complicaciones más frecuentes en cuanto a motivo de consulta; es decir ante la presencia de un episodio de crisis dolorosa de cualquier tipo. Con la finalidad de cumplir con los protocolos éticos se solicitó consentimiento informado a los padres y/o representantes del paciente en el cual, de forma detallada se les informó sobre la naturaleza del estudio, los procedimientos a realizar, e incluso la posibilidad de poder dejar de pertenecer a la muestra cuando así lo deseara, el cual fue firmado en compañía de un testigo capaz de aclarar las implicaciones del estudio.

La técnica e instrumento de recolección de datos correspondió inicialmente a una encuesta a la madre y/o representante donde se abordaron los datos personales del paciente (edad, sexo, fecha o edad de diagnóstico, número de hospitalizaciones al año por las diversas complicaciones); posteriormente para identificar la sintomatología depresiva en éstos pacientes utilizando el Cuestionario de Depresión para Niños - CDI (Children’s Depression Inventory); fue desarrollado por Kovacs y colaboradores en 1983 y se creó a partir del Beck Depression Inventory (1967) para ser aplicado a

niños y adolescentes en edad escolar. El manual del CDI fue publicado en 1992 y de los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV, es decir el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.<sup>26, 27</sup> Dicho cuestionario permitió realizar una evaluación global y específica de la depresión en los niños, atendiendo a múltiples indicadores que permitieron captar la heterogeneidad de las manifestaciones depresivas en niños y adolescentes. Es un cuestionario que respondieron los propios niños evaluados (autoinforme) constituido por 27 preguntas con 3 alternativas de respuesta cada una; la edad recomendada para su aplicación es de 7 a 17 años. Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva. Las respuestas a las preguntas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0. El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de screening se sitúa en 19 puntos, por lo que a partir de esa puntuación se presenta depresión; ésta puntuación fue sugerida por Kovacs a partir de los resultados del estudio realizado en Canadá por Friedman y Butler (1979), con una muestra de 875 niños normales escolarizados. Basándose en los datos de estudio, el valor 19 determina depresión severa, mientras que una puntuación de 10 o más debería considerarse como indicativa de depresión moderada por lo que la elección de un valor alto del punto de corte les propició un elevado valor de especificidad pero una baja sensibilidad.<sup>22, 24</sup> Todos los datos obtenidos se vaciaron en una ficha de recolección de información. El análisis estadístico, se realizó mediante promedios y distribución de frecuencias en términos de frecuencia absoluta y relativa; y el análisis de los datos se efectuó con el programa PSPP0.10.4-g50f7b7; las variables cualitativas se expresaron como cantidad exacta y en porcentaje, y las cuantitativas como valor absoluto y media. La relación entre las variables de interés, se determinó mediante el test exacto de Fisher.

## RESULTADOS

A continuación se presentan las características del grupo en estudio, comprendido por 25 pacientes pediátricos portadores de anemia drepanocítica que acudieron en crisis dolorosa. En primer lugar se presentan las estadísticas descriptivas para la edad, cuyo valor mínimo es de 6 años y máximo de 14 años, con una predominancia de 44% para las edades comprendidas entre 12 y 14 años y una edad promedio de  $10,64 \pm 2,23$  años (DE). (Tabla 1); asimismo se observó el predominio del sexo masculino (52%) sobre el femenino (48%).

**Tabla 1**  
Distribución según edad de los pacientes estudiados.

<b>Edades (años)</b>	<b>F</b>	<b>FR</b>
<b>6-8</b>	5	20
<b>9-11</b>	9	36
<b>12-14</b>	11	44
<b>Total</b>	25	100

Fuente: Encuesta aplicada. Agosto 2016 - Marzo 2017.

La tabla 2 muestra la frecuencia de hospitalización en la población estudiada según crisis presentada (dolorosa, febril y hemolítica). Observándose un predominio anual de éstos pacientes en las distribuciones en género masculino de crisis febril con 52% y dolorosa con 36% en relación a las encontradas en el sexo femenino: 40 y 20% respectivamente.

**Tabla 2.**

Distribución según crisis anuales presentadas en el paciente drepanocítico estudiado.

Sexo	N° de Hospitalizaciones al año	Crisis					
		Dolorosa	FR	Febril	FR	Hemolítica	FR
Femenino	<5	5	20	10	40	12	48
	5-10	5	20	2	8	0	0
	>10	2	8	0	0	0	0
Masculino	<5	9	36	13	52	13	52
	5-10	4	16	0	0	0	0
	>10	0	0	0	0	0	0
Total	<5	14	56	23	92	25	100
	5-10	9	36	2	8	0	0
	>10	2	8	0	0	0	0
		25	100	25	100	25	100

Fuente: Encuesta aplicada. Agosto 2016 - Marzo 2017.

En la tabla 3 se muestra la distribución de los 35 pacientes de acuerdo al resultado obtenido a través de las puntuaciones del “Cuestionario de Depresión para Niños - CDI (Children’s Depression Inventory)”, de los cuales 8 pacientes (32%) no mostró sistemas depresivos; mientras que 64% reflejó síntomas considerados de acuerdo al cuestionario utilizado como depresión moderada y sólo 4% depresión severa.

**Tabla 3.**

Distribución según resultados del Cuestionario de Depresión para Niños (CDI) aplicado a los pacientes estudiados.

Resultado	Puntuación	F	FR
No depresión	<10	8	32
Depresión Moderada	≥10-18	16	64
Depresión Severa	≥19	1	4
Total		25	100

Fuente: Encuestas aplicadas a la muestra. Agosto 2016 - Marzo 2017.

Se estableció la asociación de los trastornos de estado de ánimo y sexo de los 25 pacientes con anemia drepanocítica; obteniéndose mayor porcentaje de depresión entre los rangos moderada y severa en el sexo femenino (75% ambas) en relación al sexo masculino (61,5%); y por consiguiente menos síntomas depresivos en el género

masculino sin embargo con apenas 13,5% de diferencia respecto al sexo femenino. (Tabla 4)

**Tabla 4.**  
Distribución según trastorno de estado de ánimo y sexo de los drepanocíticos estudiados.

	<b>SEXO</b>				<b>Total</b>
	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		
	<b>f</b>	<b>FR</b>	<b>f</b>	<b>FR</b>	<b>f</b>
<b>No depresión</b>	3	25	5	38,5	8
<b>Depresión Moderada</b>	8	66,7	8	61,5	16
<b>Depresión Severa</b>	1	8,3	0	0	1
<b>Total</b>	12	100	13	100	25

Fuente: Evaluación de los resultados de cuestionario aplicado. Marzo 2017.

La relación obtenida entre los trastornos del estado de ánimo (ausencia o presencia de depresión) y el número de hospitalizaciones al año por crisis drepanocítica, ambos categóricos se muestra en la tabla 5. Obteniendo la ausencia de depresión 20% correspondían a un menor número de hospitalizaciones al año; mientras que el 12% eran hospitalizados entre 5 y 10 veces al año; y de los que presentaban síntomas de depresión moderada el (32%) tenían menos recurrencia de hospitalizaciones sin embargo un 24% presentaba más de 5 hospitalizaciones al año y el 8% más de 10; siendo esto hallazgo de correspondencia significativa entre un mayor número de hospitalizaciones y síntomas depresivos. Fue planteada como hipótesis de investigación (Hi) la existencia de relación entre las crisis dolorosas y la depresión y por el contrario una hipótesis nula (Ho) que rechaza dicha asociación; en base a un nivel de significación de 0,05. Para la selección del estadístico se utilizó la prueba de Fisher, que con 0,07 rechaza la hipótesis alterna de asociación y se acepta la nula de independencia; observándose que el sentido y la dirección de la relación se encontraba entre depresión moderada y menos de 5 hospitalizaciones al año por ser éstos los de mayor frecuencia relativa. Sin embargo un 64% de los encuestados en crisis dolorosa presentaban depresión moderada. Comprobándose entonces que a pesar de no existir relación estadísticamente significativa entre la recurrencia de

hospitalizaciones; los que presentan crisis dolorosa cursan con algún grado de depresión.

**Tabla 5.**

Distribución según Número de Hospitalizaciones al año por crisis dolorosa y resultado de cuestionario.

<b>Resultado Cuestionario</b>	<b>N° de Hospitalizaciones al año por crisis dolorosa</b>		
	<b>&lt;5</b>	<b>5-10</b>	<b>&gt;10</b>
<b>No Depresión</b>	5 20%	3 12%	0 0%
<b>Depresión Moderada</b>	8 32%	6 24%	2 8%
<b>Depresión Severa</b>	1 4%	0 0%	0 0%
<b>Total</b>	14 56%	9 36%	2 8%

Fuente: Cuestionario aplicado a drepanocíticos en estudio. Marzo 2017

## DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación demuestran que existe una correlación significativa entre la anemia drepanocítica en crisis dolorosa y la presencia de trastorno de estado de ánimo (depresión), pues los pacientes estudiados, los cuales cursaban crisis dolorosa presentaban síntomas depresivos mayores con respecto a los que no presentaban; sin embargo no se evidenció relación relevante entre el número (recurrencia) de dichas hospitalizaciones con los rangos de depresión para el estudio. Un estudio de 120 niños portadores de anemia drepanocítica realizado en Arabia Saudita<sup>20</sup>, demostró que la prevalencia de la depresión en los niños con enfermedad de células falciformes fue del 13%; además que la gravedad de la enfermedad y la depresión se asociaron con mala calidad de vida en niños con enfermedad de células falciformes y que un mayor nivel de apoyo de los padres se asoció significativamente con la disminución de los síntomas depresivos y una mejor calidad de vida de estos; si bien la muestra de estos autores es significativa y evalúa otros parámetros; hecho contrario al presente estudio que trabajó en base a pacientes en crisis dolorosa sin grupo control sano ni con crisis diferente a ésta; aspecto que valora como se expresa la depresión en el mencionado grupo etario.

Por otro lado, un estudio en Washington<sup>20</sup> 2003 reflejó una correlación altamente significativa en la cual el 44% de la muestra de estudio se calificó dentro del rango de depresión leve a severa, por lo que los pacientes con anemia drepanocítica deprimidas eran más frecuentemente tratados en salas de emergencia con mayor probabilidad de hospitalización con crisis vaso-oclusiva. Siguiendo el mismo orden de ideas, una investigación llevada a cabo en Howard<sup>21</sup> demuestra que en 46 pacientes afroamericanos con enfermedad de células falciformes indicó que 56,5% de la muestra obtuvo una puntuación dentro del rango leve a severo de depresión en la escala de Depresión de Beck; de éstos 44% habían sido tratados en la sala de emergencias más de cinco veces en el último año. Los datos además indicaron que pacientes con anemia drepanocítica deprimidas eran dos veces más propensos de ser

tratados en la sala de emergencias o seis veces más en comparación con sus contrapartes no deprimidos (58% y 25%, respectivamente).

Incluso otras investigaciones haciendo referencia a una realizada en Anzoátegui<sup>7</sup> en la búsqueda de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes adultos portadores de anemia drepanocítica; en el cual pudo evidenciarse que un 70% de los sujetos de estudio presentan sintomatología depresiva y un 60% sintomatología ansiosa; y que la mayor parte de los pacientes presentaban menos de 5 crisis dolorosas al año. Y, en estos, la incidencia de síntomas depresivos fue de 57,1% y la incidencia de síntomas ansiosos de 58,8%; concluyendo la existencia de alta incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población estudiada.

Si bien estas investigaciones han encontrado significancia en sus teorías, sólo se habían realizado estudios predominantemente en adultos, por lo tanto ésta investigación demuestra que este evento es también evidente en niños y adolescentes. A partir de los resultados obtenidos en ésta investigación podría considerarse que son evidencia indicativa de asociación entre la crisis dolorosa y la presencia de depresión moderada.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Por todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que existe una tendencia de que se presente depresión moderada o severa en escolares y adolescentes con enfermedad de células falciformes en crisis dolorosa; sin embargo un test exacto de Fisher en el que se rechaza la hipótesis de mayor recurrencia de hospitalización en pacientes con depresión moderada.

Por tal hallazgo surge la conclusión de que las crisis dolorosas en los pacientes drepanocíticos tiene un mecanismo partícipe en la génesis de los trastornos del estado de ánimo, lo cual es avalado por múltiples investigaciones; por lo que su diagnóstico en etapas tempranas, como las de la muestra estudiada sería determinante para la prevención de la progresión hacia etapas más severas de depresión e indudablemente para una mejor calidad de vida de estos pacientes. Además se deduce que existe la necesidad de realizar una valoración multidisciplinaria de éstos pacientes, indagar sobre el ámbito sociofamiliar, escolar y un examen psicológico para identificar cualquier variación que surja fuera de los rangos de normalidad y tomar las medidas preventivas necesarias para frenar el desarrollo de la depresión y sus implicaciones. Sin embargo para comprobar con bases más sólidas la relación entre la depresión y las crisis dolorosas en anemia drepanocítica, se recomienda que en futuras investigaciones la muestra a estudiar sea en mayor número y proporción, además de que se analicen factores de riesgo asociados o que pudiesen estar implicados (por ejemplo: contexto familiar, distintas formas de maltrato infantil, bullying escolar, entorno social, entre otros); y determinar si su modificación sería suficiente para prevenir enfermedades psicoemocionales; por otro lado, considerar dentro de plan de trabajo con éstos pacientes el brindar asesoría y asistencia psicológica para ellos y sus familiares desde que se establece el diagnóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado, Thais; Garcés, M<sup>a</sup>. Fátima; Rojas, Breylin y col. Anemia Ferropénica Y Variantes De Hemoglobina En Niños De Caracas. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. [internet], vol. 76, núm. 3, septiembre 2013, pp. 87-92. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo>.
2. Benoist Bet, Worldwide prevalence of anaemia; Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS; [internet], Ginebra, Julio 2015. [citado 13 octubre 2017] Organización Mundial de la Salud, Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). Disponible en: <http://www.who.int/vmni>
3. Asociación Venezolana de Drepanocitosis y Talasemias. Guía De Práctica Clínica En Enfermedad Drepanocítica. [internet]. Venezuela. Sociedad venezolana de hematología 2013. [citado 14 octubre 2017]. Disponible en: [www.svh-web.org.ve/index.php](http://www.svh-web.org.ve/index.php)
4. Ross, Michael H. y Pawlina Wojciech. Histología: Texto y Atlas color con biología celular y molecular. 5<sup>a</sup> edición. Buenos Aires: Paramericana; 2007.
5. Bocaranda, M. y Costa, M. Manual de Urgencias en Pediatría. 1era edición. Valencia, Venezuela: Dirección de Medios y Publicaciones: Departamento de Producción Editorial; 2015.
6. Quintero Margarita, Jimenez H. Alejandra. Anemia de Células Falciformes. Revista Gastrohnap [internet]. 2012 [citado 14 nov 2015] Volumen 14 Número 2 Suplemento 1: S27-S35. Disponible en [www.revgastrohnap.univalle.edu.com](http://www.revgastrohnap.univalle.edu.com)
7. Córdova F. y Tineo M. Incidencia de síntomas ansiosos en pacientes con anemia drepanocítica atendidos en la unidad de hematología del complejo hospitalario Dr. Luis razetti de Barcelona. [tesis de grado] Barcelona: Universidad de Oriente; 2010.

8. Caraballo Agustín. Pruebas de laboratorio: interpretación clínica. 1ª edición. Mérida, Venezuela: Consejo de Publicaciones; 2009.
9. Guía SEHOP-2010. Enfermedad de células falciformes (ECF. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas) [internet]. España: SEHOP; 2010. [Actualizado enero 2015]; citado el 06 nov 2015. URL disponible en: [www.SEHOP.org](http://www.SEHOP.org)
10. Organización Mundial de la Salud. Anemia Falciforme. [internet]. 2006. 59ª asamblea mundial de la salud. [citado 3 Dic 2015]; Disponible en: [www.apps.who.int](http://www.apps.who.int).
11. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Tratado de Pediatría. 18ª edición. Barcelona: Elsevier; 2010
12. McCrae Jocelyn D., L. M. (2008). health status in sickle cell disease: examining the roles of pain coping strategies, somatic awareness, and negative affectivity. *Journal of behavioral medicine*, 35-55.
13. INR- LGII [Internet] Subdirección De Medicina De Rehabilitación: Manual Para El Diagnóstico Y Tratamiento De Los Trastornos Afectivos En La Infancia Y Adolescencia; 2015. [Actualizado Jun 2015; Citado: 18 Nov 2015]. URL Disponible En: [Http://Iso9001.Inr.Gob.Mx](http://Iso9001.Inr.Gob.Mx)
14. Cárdenas Eva M y col. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. [internet]. 1er ed. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: 2010 [Citado 18 nov 2015]. Disponible en: <http://www.inprf.gob.mx>
15. Grant, M. y col. Depression and functioning in relation to help care use in sickle cell disease. *PMC* [internet]. 2000. [Citado 7 Jul 2015]; 22(2): 149–157. Disponible en: [www.ncbi.nlm](http://www.ncbi.nlm).
16. Cervera Bravo Á, Cela de Julián E. Anemia falciforme. Manejo en atención primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. [internet]. 2007 [citado 16 nov 2015]; IX (36); 20. Disponible en: [hppt//:www.pap.es](http://www.pap.es)

17. Greden JF. (2001) The burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future Prospects. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 22): 5-14
18. Sarmiento S. y col. Funcionamiento social en niños hemofílicos. Análisis de encuesta para determinar factores psicopatológicos de riesgo. [abstract]. Venezuela: Edo Zulia; *Rev Méd Chile* 2006; 134: 53-59
19. Parwez Hasan Syed y col. Depression in sickle cell disease. [abstract]. *Journal Of The National Medical Association* Washington, DC (2003) VOL. 95- 7-533.
20. Gamal Sehlo y Hayat Z. Kamfar. Depression and quality of life in children with sickle cell disease: the effect of social support. [abstract]. *Deanship of Scientific Research*. King Abdulaziz University Jeddah. 2015 15:78
21. Faye Z. Beigrave, Sherry D. Molock. The role of depression in hospital admissions and emergency treatment of patients with sickle cell disease. [abstract]. *Journal Of The National Medical Association*, (1999) Vol. 83, N° 9
22. Guía SEHOP-2010. Enfermedad de células falciformes (ECF. Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas) [internet]. España: SEHOP; 2010. [Actualizado enero 2015]; citado el 06 nov 2015. URL disponible en: [www.SEHOP.org](http://www.SEHOP.org)
23. Felipe N. Jose Barreto; Rosana Cipolotti. Síntomas depresivos en niños y adolescentes con anemia de células falciformes. [internet]. Río de Janeiro, Brazil. Universidad Federal de Sergipe (UFS). 2012 *Journal brazil psiquiatric* vol 60. No4. [citado 16 octubre 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>
24. Gómez Marcelo M. Introducción a la metodología de la investigación científica. 1ra Edición. Córdoba/ Argentina: Editorial Brujas, 2006.
25. Abramson J. M. Métodos de Estudio en Medicina Comunitaria. 2da Edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A; 1990.

26. Sergio R. López Alonso, Evelyn Huizing y Manuela Lacida Baro. cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud (2004)
27. Lang, M. y Tisher, M. CDS. Cuestionario de Depresión para Niños. Manual, 8ª edición. Madrid: TEA Ediciones. (2014).

## ANEXO A

Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud.  
Escuela de Medicina  
Pediatría y Puericultura  
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera  
Hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, \_\_\_\_\_, portador de la Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, por medio de la presente hago constar que por voluntad propia y sin coacción alguna acepto que mi representado: \_\_\_\_\_ forme parte de la investigación titulada “DEPRESIÓN EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON ANEMIA DREPANOCÍTICA EN CRISIS DOLOROSA QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. JORGE LIZARRAGA DEL CENTRO HOSPITALARIO DR. ENRIQUE TEJERA VALENCIA- EDO. CARABOBO. PERIODO AGOSTO 2016- MARZO 2017”, en el trabajo realizado por la Dra. Baute González Susanne S. quien me ha explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación, los riesgos y beneficios que implica su participación. Ha contestado mis interrogantes y dudas. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del representante: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Investigador \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ANEXO B

Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Pediatria y Puericultura  
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera  
Hospital de niños Dr. Jorge Lizarraga

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Edad de diagnóstico de anemia drepanocítica \_\_\_\_\_ Número de  
Hospitalizaciones al año: Crisis Dolorosa \_\_\_\_\_ Crisis Febril \_\_\_\_\_ Crisis  
Hemolítica \_\_\_\_\_

### **Cuestionario de Depresión para Niños (CDI)**<sup>23</sup>

Marca la opción con la que te sientas identificado:

1. <input type="checkbox"/> Estoy triste de vez en cuando. <input type="checkbox"/> Estoy triste muchas veces. <input type="checkbox"/> Estoy triste siempre.	7. <input type="checkbox"/> Me odio <input type="checkbox"/> No me gusta como soy <input type="checkbox"/> Me gusta como soy
2. <input type="checkbox"/> Nunca me saldrá nada bien <input type="checkbox"/> No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. <input type="checkbox"/> Las cosas me saldrán bien	8. <input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son culpa mía. <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son culpa mía. <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
3. <input type="checkbox"/> Hago bien la mayoría de las cosas. <input type="checkbox"/> Hago mal muchas cosas <input type="checkbox"/> Todo lo hago mal	9. <input type="checkbox"/> No pienso en matarme <input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría <input type="checkbox"/> Quiero matarme.
4. <input type="checkbox"/> Me divierten muchas cosas <input type="checkbox"/> Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> Nada me divierte	10. <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar todos los días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar muchos días <input type="checkbox"/> Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
5. <input type="checkbox"/> Soy malo siempre <input type="checkbox"/> Soy malo muchas veces <input type="checkbox"/> Soy malo algunas veces	11. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan siempre <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan muchas veces. <input type="checkbox"/> Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
6. <input type="checkbox"/> A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas. <input type="checkbox"/> Me preocupa que me ocurran cosas malas. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	12. <input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> Muy a menudo no me gusta estar con la gente <input type="checkbox"/> No quiero en absoluto estar con la gente.

<p>13. <input type="checkbox"/> No puedo decidirme  <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme  <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente</p> <p>14. <input type="checkbox"/> Tengo buen aspecto  <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  <input type="checkbox"/> Soy feo.</p> <p>15. <input type="checkbox"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  <input type="checkbox"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes</p> <p>16. <input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormirme  <input type="checkbox"/> Muchas noches me cuesta dormirme.  <input type="checkbox"/> Duermo muy bien</p> <p>17. <input type="checkbox"/> Estoy cansado de cuando en cuando  <input type="checkbox"/> Estoy cansado muchos días  <input type="checkbox"/> Estoy cansado siempre</p> <p>18. <input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer  <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer  <input type="checkbox"/> Como muy bien</p> <p>19. <input type="checkbox"/> No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  <input type="checkbox"/> Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad</p>	<p>20. <input type="checkbox"/> Nunca me siento solo.  <input type="checkbox"/> Me siento solo muchas veces  <input type="checkbox"/> Me siento solo siempre</p> <p>21. <input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio  <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  <input type="checkbox"/> Me divierto en el colegio muchas veces.</p> <p>22. <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos  <input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más  <input type="checkbox"/> No tengo amigos</p> <p>23. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es bueno.  <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  <input type="checkbox"/> Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.</p> <p>24. <input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  <input type="checkbox"/> Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños</p> <p>25. <input type="checkbox"/> Nadie me quiere  <input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera  <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere.</p> <p>26. <input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen.  <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen.  <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen</p> <p>27. <input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente  <input type="checkbox"/> Me peleo muchas veces.  <input type="checkbox"/> Me peleo siempre</p>
---	--