

# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE MEDICINA.**

**“ESTUDIO PARA DETERMINAR LA PREVALENCIA DE  
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES INTERNOS EN CASAS  
HOGAR ALIANZA”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA:

**P R E S E N T A:**

**VIANEY SÁNCHEZ SALMERÓN.**

TUTOR TEÓRICO:

TUTOR METODOLÓGICO:

DR. ALVAR COLONIA CABRERA

DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ

MÉXICO, DF.

FEBRERO 2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi madre,  
a mi hermana y su familia,  
a Alexander,  
a mis maestros y  
pacientes.

Con agradecimiento a todas las personas  
que contribuyeron en el logro de este trabajo.

Al Dr. Fernando Corona Hernández y  
al Dr. Alvar Colonia Cabrera,  
por su dirección en esta tesis.  
Al Profesor Sabino Amezcua Montecillo  
quien permitió que se lograra este trabajo  
en las instalaciones de las casas hogar "Alianza".

# INDICE

Dedicatoria	3
Introducción	4

## **1. Marco Teórico**

1.1	Adolescencia	6
1.2	Niños institucionalizados	9
1.3	Depresión en la infancia y adolescencia	13
1.3.1	Epidemiología	16
1.3.2	Definición y clasificación	19
1.3.3	Diagnóstico. Escalas de medición.	20
1.3.4	Cuadro clínico	21
1.3.5	Comorbilidad	22

## **2. Planteamiento del problema, Justificación y Beneficios del estudio**

23

## **3. Objetivo**

24

## **4. Hipótesis**

24

## **5. Diseño y duración**

25

## **6. Material y métodos**

25

## **7. Análisis estadístico**

28

## **8. Ética médica**

28

## **9. Resultados**

29

a. Cuadro 1. Características generales del grupo 30

b. Cuadro 2. Prevalencia de depresión 31

c. Gráfica 1 y 2. Género y Grupos de edad 32

d. Gráfica 3. Historia de depresión previa 33

e. Gráfica 4. Prevalencia encontrada 34

## **10. Discusión**

35

## **11. Conclusiones**

36

## **12. Referencias Bibliográficas**

37

## **13. Apéndice I**

Escala de Birleson para depresión en Paidopsiquiatría 40

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un serio problema de salud mental en niños y adolescentes. Es más que un desorden del humor ya que afecta a múltiples áreas del funcionamiento personal, familiar, social, y académico del paciente y frecuentemente persiste hasta la vida adulta. En estudios poblacionales internacionales, las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor son de 1-2% en niños. Estas se incrementan en la adolescencia hasta el 4.7% y, se observa una predominancia en el sexo femenino de 2:1 sobre el masculino. (1, 2)

La depresión en niños y adolescentes es un trastorno insidioso, en bastantes ocasiones poco reconocido, confundido con otros trastornos, o entendido como una variación normal del estado de ánimo. El hecho de que no se identifique de forma adecuada lleva a la falta de tratamiento. Las causas de este hecho son varias e incluyen, entre otras, el tipo de sintomatología y la naturaleza frecuentemente encubierta de los síntomas, la visión del final de la infancia y del inicio de la adolescencia como una época de cambios y alteraciones emocionales, la poca relación y la insuficiente comunicación entre adolescentes y adultos de referencia y la falta de auto derivación a los profesionales por parte de los adolescentes. (3)

La adolescencia es una de las etapas de la vida en las que se presentan algunos de los cambios más profundos e importantes en la mayoría de las esferas de la existencia del individuo. Se considera a la adolescencia como el periodo de vida en el cual el individuo se encuentra en una "fragilidad emocional" y se considera a las conductas que presentan como propias y normales de esta fase, se asume que son estados pasajeros que desaparecen o se resuelven por sí solos. Contrariamente, los estudios que se han realizado muestran que en esta etapa es frecuente la presencia de diferentes trastornos del estado del ánimo, entre ellos la depresión. Los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo, por ello la importancia de diagnosticar y dar tratamiento a la depresión que se presenta en la infancia y la adolescencia debido a las implicaciones que pueda tener en la vida adulta. (4)

En los últimos años ha habido un interés creciente en el área de la evaluación de la depresión infanto-juvenil. En la revisión de la literatura internacional es creciente la investigación sobre depresión en la adolescencia, *sin embargo las muestras estudiadas provienen de población abierta - tanto en otros países como en México - , ninguna de adolescentes en condición de institucionalización*, situación que como se hablará más adelante, modifica en mayor o menor medida el contexto del adolescente y por ende también la expresión de la psicopatología. (5)

Consecuente a esta revisión bibliográfica, surgió la inquietud de estudiar el fenómeno en nuestro país. Para la detección de depresión en adolescentes se han usado varias pruebas diagnósticas y nosotros elegimos la Prueba de Birlson (*Depresión Self Rating Scale, DSRS*), porque a nivel mundial es de las más empleadas, ha mostrado su utilidad de manera amplia en investigaciones tanto clínicas como epidemiológicas y ha sido validada previamente en México. (5, 6)

# 1. MARCO TEÓRICO.

## 1.1 ADOLESCENCIA.

Desde los 9 hasta los 18 años, niños y adolescentes experimentan una serie de cambios rápidos e importantes en diferentes ámbitos que les permiten crecer, aprender, adaptarse y socializar, pero en algunos casos pueden llevar a trastornos psicológicos. A fin de poder conocer e identificar la existencia de sintomatología depresiva en los últimos años de la niñez y en la adolescencia se revisan, a continuación, las características esenciales del desarrollo en estas etapas. (7)

**Etapas del desarrollo escolar:** abarca de los 6 a los 12 años y, es una etapa en la que el niño realiza grandes cambios desde el punto de vista social, afectivo y cognitivo. En esta etapa la escuela es el más importante de los contextos en el que se integra el niño, además se cimientan y consolidan las relaciones con los iguales. Se divide en dos niveles diferenciados del desarrollo:

- ⇒ Primer nivel, de los 6 años a los 8 años (estadio de las operaciones concretas, primordios de la autonomía).
- ⇒ Segundo nivel, de los 9 a los 12 años (consolidación de las primeras adquisiciones cognitivas y nuevos contenidos que se integran a diferentes contextos sociales. La personalidad e identidad se afianzan. Culmina en la preadolescencia, cuando surgen nuevos elementos que desequilibran la identidad).

**Adolescencia:** la palabra latina *adolescere*, de la cual deriva el término adolescencia, señala el carácter de cambio señalado (*adoleceré: crecer, madurar*). La adolescencia constituye así una etapa de cambios (biológicos, psicológicos y sociales) que tiene como nota diferencial, respecto a otras etapas, el hecho de conducir hacia la madurez. Constituye el periodo de transición entre infancia y la edad adulta, abarcando desde los 11 ó 12 años hasta los 18 ó 20 años. Por su amplitud se divide en tres periodos:

- Adolescencia temprana: 11-14 años.
- Adolescencia media: 15-18 años.
- Adolescencia tardía: más de 18 años. (7)

A lo largo de la historia se han estudiado los cambios que se producen durante la etapa adolescente, varios autores, como Hall en 1904, Freud en 1969 y Piaget en 1955, centraron su atención en los trastornos psicológicos y en las disfunciones que se dan en esta etapa. Sin embargo, respecto a los aspectos cognitivos y afectivos en estas edades sólo se ha podido establecer una escasa relación. Más allá de los cambios físicos, de las características fisiológicas que acompañan a esta etapa, bajo el punto de vista estrictamente conductual o psicológico, la adolescencia aparece como un periodo complejo de transición de la infancia a la edad adulta, en el que la relativa estabilidad conductual y psicológica está fraguándose, hasta estar formada al final de ésta etapa, señalándose así el inicio de la siguiente. (8)

La adolescencia es el momento en que la persona inicia la consolidación de sus competencias específicas y su competencia o capacidad general frente al mundo, la realidad y el entorno social a través de ajustes que también determinarán su adaptación. Se consuma el proceso de internalización de pautas de cultura y de valores, y perfecciona la adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y, en general, sociales; se desarrolla y asegura la propia autonomía frente al medio, la eficiencia de las acciones instrumentales encaminadas a un fin. El proceso de socialización en la adolescencia es dinámico y está modulado por el contexto sociocultural y el momento histórico en que ocurra. (3)

Durante este periodo, los adolescentes deben realizar un ajuste respecto a los cambios físicos para llegar a un desarrollo de sentimientos y actitudes equilibradas que les llevarán hacia la madurez sexual. Otros objetivos que el adolescente deberá conseguir al final del periodo será la independencia real de los padres o de las personas que le cuidan y estar preparado para escoger una profesión y para establecer relaciones laborales más adelante. Actualmente el marco sociocultural actual ofrece más dificultades que en otros momentos históricos, ya que las expectativas de futuro profesional son más oscuras, hecho que conlleva que algunos adolescentes fracasen en sus objetivos. Estas exigencias sociales que implican grados de autonomía progresivos, se deben conseguir en un periodo en el cual desarrollan de una manera gradual, una visión del mundo y una filosofía de la vida, potenciada por las nuevas capacidades de abstracción y formalización, que inspirará sus creencias y criterios morales. Son creencias y criterios esenciales para guiar y regular las decisiones que deberán tomar a lo largo de la vida. (7)

En comparación con las edades entre las que se efectúa el paso -la infancia y la edad adulta-, la adolescencia aparece como vitalmente problemática. Como periodo de transición, puede ser particularmente estresante. El estrés puede producirse en parte, porque, junto a los cambios biológicos de la pubertad, se incrementan los esquemas y exigencias de los demás para adecuarse a los rasgos y conductas característicos de hombres y mujeres. Las ideas y conductas de los adolescentes se configuran por la anticipación de sus roles adultos como mujeres y hombres. Por todo ello, la adolescencia temprana constituye un periodo de riesgo, tanto para las alteraciones emocionales como conductuales. (3)

En cuanto a la expresión de la psicopatología se observan cambios importantes en las diferentes etapas del desarrollo y se encuentra al revisar la literatura, que las variantes más significativas en cuanto al comportamiento y expresión del fenómeno, se encuentran al finalizar la pubertad (13 años  $\pm$ ), observándose en ese momento el aumento de la prevalencia de trastornos afectivos en el sexo femenino. También se reporta la existencia de una evolución natural de la enfermedad diferente entre el sexo femenino y el masculino. (7)

En el adolescente es frecuente que aparezcan estados pasajeros de ansiedad o tristeza. La propia auto imagen y auto evaluación son tan frágiles que las actitudes y juicios de personas como padres y amigos pueden ser suficientes para situar al adolescente en la tristeza o en la euforia. El fracaso se vive como una derrota irreparable y el éxito como la solución de todos los problemas. Ante ésta visión frecuentemente el adulto no es objetivo a la hora de sospechar o detectar la presencia de una posible patología afectiva, además de que puede ser difícil durante ésta etapa, hacer la distinción entre lo que son las variaciones normales del humor o del estado de ánimo, y los que es realmente patología. La tristeza, como la ansiedad, son emociones normales del ser humano, cuya ausencia puede ser patológica. En la adolescencia temprana, las variaciones del humor son más acentuadas que en otros periodos de la vida debido a que aun no existe un buen control de las emociones. (3)

Nolen-Hoeksema sugiere en 1994 que las “*diferencias sexuales en la personalidad o en el estilo de conducta*”, que pueden existir previamente a la aparición de la sintomatología depresiva, interactuaban con los cambios en el desarrollo de las chicas en la etapa adolescente, lo que daba lugar a las diferencias sexuales observadas para la depresión, al igual que en la expresión clínica. En el sexo femenino predominaban características de tipo *internalizante*, como es la sintomatología depresiva, mientras que en el masculino las *externalizantes*, presentándose éste fenómeno prácticamente de manera universal. (7)

## 1.2 NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS.

En estudios iniciales, se observó a niños durante su estadía en un marco ajeno al contexto familiar, y sobre la base de esas observaciones se delineó por primera vez la secuencia de respuestas denominadas de protesta, desesperación y desapego. Se encontró que la fase de protesta origina el problema de ansiedad de separación; la de desesperación, el problema del dolor y la aflicción causada por la pérdida de un ser querido; y la de desapego, el de defensa. Los tres tipos de respuesta constituyen fases de un proceso único, y sólo en su función de tales puede captarse su auténtico significado. Siempre que un niño pequeño que ha tenido oportunidad de desarrollar un vínculo de afecto hacia una figura materna se ve separado de ella contra su voluntad, da muestras de zozobra; y si, por añadidura se le coloca en un ambiente extraño y se le pone al cuidado de una serie de figuras extrañas, esa sensación de zozobra suele tornarse intensa. El modo en que el niño se comporta sigue la secuencia característica: Al principio protesta vigorosamente y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles. Luego parece desesperar de la posibilidad de recuperarla pero, no obstante, sigue preocupado y vigila su posible entorno. Posteriormente parece perder el interés por la madre y nace en él un desapego emocional. Sin embargo, siempre que el periodo de separación no sea demasiado prolongado, ese desapego no se prolonga indefinidamente. Más tarde o más temprano el reencuentro con la madre causa el resurgimiento del apego. Si la separación se prolonga el niño comienza a apegarse a las niñeras o cuidadoras correspondientes, cada una de las cuales parte, a su vez, con lo que se reitera la experiencia originaria de la pérdida de la madre, a la larga aquél actuará como si ningún cuidado materno o contacto humano tuviera mayor importancia para él. Al cabo de una serie de experiencias perturbadoras, debido a la pérdida de distintas figuras maternas a las cuales había brindado su confianza y afecto, disminuirá en el pequeño su capacidad de entrega y a la larga, le resultará imposible encariñarse con persona alguna. Con respecto a la separación se supuso que la inquietud advertida en el niño que pasa un periodo lejos de la madre, y la creciente ambivalencia y ansiedad demostrada a partir de entonces, ilustra la existencia de una relación poco satisfactoria entre madre e hijo antes de la separación. No obstante las observaciones de niños sanos provenientes de hogares totalmente satisfactorios, quienes se separan de la madre por una serie de razones, demuestran que, sea cual fuere la incidencia de otras variables, cuando el pequeño se halla en un lugar extraño rodeado de desconocidos y en ausencia de la madre, sigue dando muestras de protesta, desesperación y desapego. Los únicos niños observados y que no parecían perturbados son aquellos que nunca contaron con una figura específica en el cual centrar su afecto, o que han experimentado separaciones repetidas y prolongadas, por lo cual desarrollaron un desapego más o menos permanente. Sin embargo aunadas a la ausencia de la madre, hay una serie de variables que intensifican el grado de perturbación. (9)

Entre las condiciones que mitigan la intensidad de las respuestas de los pequeños separados de la madre las más eficaces parecen ser: a) La presencia de un acompañante familiar y/o posesiones familiares, b) los cuidados maternos brindados por una madre sustituta. El periodo durante el cual persisten las perturbaciones dependen, en parte, de la habilidad de la madre sustituta para adaptar su conducta a la de un niño lleno de inquietud y, en ocasiones, propenso a asustarse o rechazarla y, también en parte, de la edad del pequeño. De esta manera, en tanto que la presencia de un acompañante familiar y los cuidados suministrados por una sustituta desconocida aunque llena de afecto maternal puede mitigar el desconsuelo del niño, ni lo uno ni lo otro dejan de presentar serias limitaciones. (10, 11)

Bowlby llegó a la conclusión de que las diferencias de respuesta entre los niños criados en un hogar de padres sustitutos y los criados en el marco de varios hogares, también de padres sustitutos, pueden interpretarse correctamente como diferencias de intensidad. El hecho de haberse obtenidos resultados tan satisfactorios con los niños criados en el hogar de padres sustitutos permanentes no implica que puedan eliminarse por completo los riesgos de la separación durante los primeros años de vida. Por el contrario “la separación es peligrosa, y debe evitársela siempre que sea posible”. Por lo tanto : La secuencia de protesta intensa seguida de muestras de desesperación y desapego, se debe a la combinación de una serie de factores, de los cuales el central es la conjunción de personas desconocidas, hechos extraños y la ausencia de cariño maternal, brindado sea por la madre verdadera, sea por una sustituta eficaz. Éste mismo autor dice que el periodo más sensible del ciclo vital para el desarrollo del apego y la estructuración de la conducta es el de los primeros cinco años; en menor grado lo son también los diez años subsiguientes. Agrega que esa conducta afectiva regirá la vida del hombre “desde la cuna hasta la tumba”. Reconoce mala existencia de factores constitucionales en la sensibilidad al miedo e incluye en su teoría tanto consideraciones cognitivas como nociones evolutivas. Sin embargo, el rasgo más distintivo de su concepción radica en su tesis de la persona a responder con miedo está determinada, en gran medida, por la disponibilidad percibida de figuras de vínculo. De esta forma, la mayoría de los miedos son derivados de la ansiedad de separación. De forma similar, se considera que la cólera deriva de repetidas separaciones y de las amenazas de abandono. La depresión se considera como una respuesta a la pérdida, y se piensa que las reacciones del duelo y aflicción son sus rasgos centrales. Los vínculos seguros se consideran como la base del desarrollo de la confianza en sí mismo y, a su vez, esta confianza en sí mismo se considera la base del equilibrio emocional. (10, 11, 9)

Seligman, señala que la cuestión principal sobre la que una persona se siente impotente es su incapacidad de entablar y conservar relaciones afectivas. La sensación de ser impotente en estos particulares puede atribuirse a las experiencias que vivieran en el seno de su familia durante la niñez. Estas experiencias que probablemente continúan en la adolescencia se agrupan en tres clases interrelacionadas:

- a) Es probable que el individuo haya tenido la amarga experiencia de no haber conseguido nunca una relación estable y segura con sus padres a pesar de sus repetidos esfuerzos por lograrlo e incluso, a pesar de haber hecho lo más posible por satisfacer las exigencias de aquellos y tal vez, también las expectativas poco realistas que pueden haber concebido del hijo.

Estas experiencias en la niñez, determinan una fuerte tendencia a interpretar cualquier pérdida que el individuo pueda sufrir posteriormente, como uno o más de sus fracasos en el empeño de establecer o conservar una relación afectiva estable.

- b) Pueden haberle dicho muchas veces que era detestable, y/o inconveniente, y/o incompetente. Si tuvo experiencias de esta índole, ellas pueden haber determinado que el individuo se forjara un modelo de sí mismo, según el cual se representa como un ser detestable y no querido; y se forjará un modelo de las figuras de apego, según el cual se las representa como a seres inaccesibles que lo rechazan o que lo castigan. Por eso, si alguna vez esa persona sufre una adversidad, lejos de esperar que los demás le ayuden, los siente como seres hostiles que lo rechazan.
- c) Un individuo tal tiene más probabilidades que otros de haber experimentado la pérdida de un padre durante la niñez con consecuencias para él que, por desagradables que resulten, no están en su poder modificar. Esas experiencias le confirmarán la creencia de que cualquier esfuerzo que haga por remediar su situación está condenado al fracaso.

De conformidad con este punto de vista suponemos que el determinado tipo de trastorno depresivo que desarrolle un a persona dependerá del determinado patrón de las experiencias que haya tenido en la niñez y también de la naturaleza y circunstancias del suceso adverso por el que pasó recientemente. (11, 12, 13)

La experiencia de la pérdida puede contribuir de manera causal a crear trastornos depresivos en cualquiera de las tres formas siguientes:

- a. Como agente provocante que aumenta el peligro de trastornos depresivos y determina el momento en que se dan.
- b. Como un factor de vulnerabilidad que aumenta la sensibilidad de un individuo a tales sucesos.
- c. Como factor que influye tanto en la gravedad, como en la forma de cualquier trastorno depresivo que pueda desarrollarse. (11)

Varios estudios han mostrado cómo el ambiente familiar, las relaciones sociales en la familia, abandono, divorcio, maltrato físico, diferentes acontecimientos vitales de carácter adversos, constituyen factores de riesgo en el desarrollo de una depresión durante la adolescencia, además de mayor comorbilidad con problemas físicos, abuso de sustancias, depresión e ideación suicida. (14, 12, 13, 15)

### 1.3 DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

La noción de que los trastornos del estado de ánimo, especialmente los depresivos, pueden manifestarse en niños y adolescentes, está aceptada de forma unánime en la actualidad. Pero esta aceptación es relativamente reciente, ya que la resistencia al concepto de depresión como entidad clínica en la infancia y la adolescencia proviene tanto de la escuela psicoanalítica, como de algunos autores como Lefkowitz y Burton, quienes en 1978 defendían que los síntomas depresivos representaban experiencias transitorias asociadas al desarrollo normal. (16)

El psicoanálisis ortodoxo, desde un principio, se negó a admitir la existencia de depresión en la infancia ya que -según la conceptualización freudiana de la depresión en el adulto-, al derivarse ésta condición de la interacción entre las diferentes instancias de la personalidad, se excluiría a la etapa infantil al no encontrarse aun desarrolladas éstas áreas. Las perspectivas psicoanalíticas sobre la depresión que tienen un claro impacto en el estudio de la etapa infantil son las de Melanie Klein en 1934, ya que plantea por primera vez el término depresión en la edad infantil al hablar de la "*ansiedad depresiva*" como una etapa del desarrollo evolutivo del niño que constituiría una respuesta adaptativa. (8)

Dentro de los psicoanalistas surgió un grupo de investigación que estudió los efectos que se producían en niños de corta edad cuando se les separaba, transitoria o permanentemente, de su madre, destacándose entre otros los de Spitz y Bowlby, el primero por describir la aparición de estados similares a los depresivos en niños con pérdidas y experiencias de separación de sus madres, que denominó "*depresión anaclítica*" y que explicó como agresión hacia el *self* al estar ausente el objeto externo (la madre) para absorber ésta innata tendencia. Durante los años siguientes Sandler y Joffe describieron la depresión infantil como un estado afectivo psico-biológico automático ante la aparición de la pérdida y se realizaron estudios experimentales en animales, dentro de ellos destacan los estudios de Harlow de 1959 con chimpancés, los cuales mostraron que se creaba una relación más fuerte entre madre e hijo ante las necesidades afectivas que ante las necesidades biológicas como la alimentación. Estudios posteriores se han referido también a las relaciones existentes entre separación materna y aparición de conductas depresivas en el comportamiento animal. (11)

La etapa más reciente de la historia de la depresión infantil abarca los últimos 40 años, durante los cuales ocurrieron los hechos más relevantes para la descripción y comprensión de ésta condición. En 1966 se presentan las primeras revisiones del tema y surgen los conceptos de depresión enmascarada y de equivalentes depresivos, incluyéndose por primera vez en el mismo año el síndrome depresivo infantil dentro de la Clasificación de las alteraciones Psiquiátricas del niño (Group for the Advancement of Psychiatry, GAP). En 1970 el interés se centra en la obtención de criterios diagnósticos válidos, inicialmente clínicos y psicológicos, y más tarde también biológicos, empezando a aplicarse a niños y adolescentes los modelos conductuales-cognitivos de la depresión adulta. (8)

En los estudios realizados, dirigidos específicamente a la evaluación de las habilidades sociales de los niños y adolescentes deprimidos, como el de Wierzbicki y McCabe de 1988, se ha encontrado que el déficit en las habilidades sociales está significativamente relacionado con la presencia de depresión en adolescentes. El modelo cognitivo propuesto por Beck entre 1967 y 1976 hace referencia de la existencia de la distorsión cognitiva en pacientes con depresión. Posteriormente en otros reportes se encontraron resultados similares, situando la génesis de la distorsión cognitiva durante una etapa temprana de la infancia. (16, 17, 18)

En referencia a los estudios realizados sobre el estilo *atribucional* de niños y adolescentes con sintomatología depresiva se ha encontrado que éstos hacen atribuciones más internas, estables y globales para los errores, y más externas, inestables y específicas para los éxitos que los niños y adolescentes sin sintomatología depresiva. Existe un debate sobre la adecuación de la aplicación de este modelo de depresión en niños y adolescentes, basándose en los niveles de su desarrollo cognitivo, que afecta a su capacidad de desarrollar desesperanza, teniendo en cuenta la limitada perspectiva temporal y la falta de visión del futuro que se da en estas edades. (16, 1)

Actualmente existen dos corrientes respecto a la depresión en niños y adolescentes, en primer lugar la descrita por Carlson y Cantwell, que al encontrarla equiparable a la del adulto consideran que se pueda diagnosticar con los mismos criterios e instrumentos. En segundo lugar, la orientada hacia el estudio de la depresión infantil desde el punto de vista de la psicopatología del desarrollo. (19)

Partiendo de la segunda corriente mencionada, autores como Achenbach y Edelbrock entre otros, argumentaron que la fenomenología de los trastornos del estado de ánimo en jóvenes evoluciona con el desarrollo del sujeto, afirmando entonces que algunas de las manifestaciones son exclusivas de niños, y se sugiere que los síntomas pueden variar según la edad del niño, por lo que los criterios para la depresión del adulto ya no serían aplicables a los niños y menos de forma uniforme. Achenbach describió posteriormente la psicopatología del desarrollo como un macro paradigma más que una teoría unitaria y, como tal, representa la orientación hacia una comprensión de la psicopatología y sus causas, determinantes, curso, secuelas y tratamiento mediante la integración con un mismo marco de referencia. Así, la psicopatología del desarrollo está interesada no sólo en conocer cómo desde el estudio del desarrollo normal se puede estudiar la conducta psicopatológica, sino también en cómo el estudio de la psicopatología puede ayudar a entender el desarrollo normal, además de estudiar las variaciones en el continuo entre el comportamiento considerado normal y el patológico. Así, se espera que existan múltiples predisponentes para el desarrollo de la depresión, susceptibles de variación, tanto en relación a cada individuo, como al momento evolutivo en que ocurre, así mismo, la expresión clínica se modifica de manera individual y conforme al momento del desarrollo, ampliándose de manera secundaria las explicaciones etiológicas de la depresión en niños y adolescentes. (20)

Se puede concluir que el concepto de la depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada en otra sintomatología; la tercera que considera que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta; y la última que entiende que la sintomatología depresiva es diferente en función de la edad y sexo del sujeto. (21, 22)

### 1.3.1 EPIDEMIOLOGÍA.

La frecuencia de los trastornos depresivos en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1. Algunos autores han descrito la adrenarquia (aumento de la liberación de andrógenos que ocurre entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia. Otro tipo de variables, como la disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología en familiares en primero y segundo grado, la comorbilidad con otros trastornos (trastornos adaptativos, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y abuso y dependencia de sustancias) así como el suicidio, se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad. (5)

Aunque las manifestaciones de la depresión en los niños y adolescentes son variables, los trastornos depresivos más frecuentes son el Trastorno depresivo mayor (TDM) y la Distimia. En la población abierta adolescente la prevalencia de TDM a lo largo de la vida se estima aproximadamente del 4.7% y, en adolescentes médicamente enfermos, con estancias prolongadas o reingresos al Hospital Infantil, las tasas del trastorno son mucho más altas, encontrándose hasta en un 40%. (4)

En cuanto a género, es más frecuente en mujeres que en varones. En un estudio de Hirschfeld y Cross de 1982 se menciona una OR de 2:1 y en otros estudios posteriores se encuentra que también el reporte es similar, hecho que ha generado una proliferación de investigaciones que han intentado buscar explicaciones para estas diferencias entre sexos en la expresión de la sintomatología depresiva a partir de la entrada en la adolescencia. En algún momento de la adolescencia, la prevalencia de sintomatología depresiva se incrementa de forma significativa para ambos sexos, pero especialmente en las mujeres que empiezan a manifestar mayor presencia de síntomas depresivos. Existen dos hipótesis para explicar estas diferencias, una social y otra biológica. Desde la teoría social, se entiende que los individuos aprenden a expresar su malestar psicológico de acuerdo a la forma socialmente establecida para su sexo. Siguiendo esta teoría, Campbell, Byrne y Baron en 1992, afirman que los hombres tienden a expresar la sintomatología depresiva basándose en los síntomas físicos (inhibición en el trabajo, insomnio o quejas somáticas) y las mujeres, en cambio, en los síntomas psicológicos (llanto, sentimientos de culpabilidad o distorsión de la imagen corporal). La segunda de las teorías explicativas parte de los cambios biológicos asociados a la pubertad. (5)

Parece que la depresión de los adolescentes persiste y evoluciona hacia trastornos depresivos del adulto. En un estudio de Poznanski y cols. se indica que 50% de una muestra de pacientes adolescentes ambulatorios con depresión continuaban deprimidos cuando se volvió a entrar en contacto con ellos al cabo de 6.5 años, reportándose en estudios posteriores resultados similares. (4)

Existen evidencias en estudios de casos y controles de la comunidad, de que, como ocurre en la depresión adulta, acontecimientos vitales indeseables recientes centrados en los niños y adolescentes implica un grado significativo de asociación con el inicio de un episodio depresivo. Se sabe que ambientes sociales adversos provocan baja autoestima e incrementan los niveles de síntomas depresivos en adolescentes. Otros estudios sugieren que los trastornos afectivos infantiles tienen mayor trasfondo genético respecto a los trastornos afectivos en los adultos, y que cuando los niños de familias deprimidas se deprimen, la depresión se manifiesta antes que en los niños de familias no deprimidas (12-13 años de edad frente a 16-17 años de edad). La muerte de uno de los padres antes de los 13 años de edad condiciona también mayor propensión a desarrollar el trastorno. (1, 3)

Los trastornos del estado de ánimo en pacientes adolescentes, al igual que en los adultos, presentan un riesgo claro de suicidio, así como de consumo de sustancias. (15, 23)

La combinación de estresores psicosociales es ampliamente mencionada por diferentes autores, para la aparición de problemas de conducta. Lewinsohn menciona que las variables independientes que parecen predecir trastornos depresivos recurrentes en la adolescencia son: confianza emocional, múltiples episodios de depresión, una historia familiar de episodios recurrentes de trastornos de depresión mayor y altos niveles de síntomas de trastorno límite o antisocial, y en los hombres un “estilo de atributos positivos”, así como en las mujeres síntomas de trastornos de personalidad y un incremento en los conflictos con los padres. (15)

El inicio de un trastorno del ánimo en un adolescente puede ser difícil de diagnosticar cuando se ve por primera vez si el adolescente ha intentado automedicarse con alcohol u otras sustancias ilícitas. En un estudio reciente en población mexicana abierta, el 17% de los jóvenes con trastorno del ánimo recibieron primero atención médica por el abuso de sustancias y, sólo después de la desintoxicación pudieron ser evaluados apropiadamente los síntomas psiquiátricos y se pudo hacer el diagnóstico de depresión. (23)

En niños y adolescentes, el curso y pronóstico de los trastornos del estado de ánimo dependen de la edad de inicio, la gravedad del episodio y la presencia de comorbilidad con otros trastornos. Se predice un pronóstico más sombrío si la edad de inicio es temprana y existen otros trastornos concurrentes. La presencia de distimia en la niñez es un marcador temprano de episodios depresivos recurrentes en la adolescencia. (15)

El tratamiento no satisfactorio produce dificultades y complicaciones tanto a corto, como a largo plazo: escasos logros académicos, retraso en el desarrollo psicosocial, suicidio, abuso de sustancias como intento de automedicación y trastornos de la conducta. (23)

En México, los resultados de Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003 estimó con base a un diseño probalístico, multietápico y estratificado, representativo *de la población no institucionalizada, que un 2% de la población mexicana (lo cual representa dos millones de personas), de entre 18 a 65 años de edad, tiene un antecedente de un episodio depresivo mayor con inicio antes de los 18 años de edad,* mediante la utilización de los datos retrospectivos encontrados durante la misma encuesta. (24)

### **1.3.2 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN. Trastorno Depresivo en el paciente paidopsiquiátrico.**

Según el DSM-IV, un niño o adolescente con TDM debe presentar una alteración del estado del ánimo (tristeza o irritabilidad) casi todos los días y durante la mayor parte del día, que afecte a sus sentimientos y a su conducta, o debe de haber una pérdida de interés o placer por todas las actividades, casi todos los días y durante la mayor parte del día. Además de la alteración del estado de ánimo o pérdida del interés deben estar presentes cinco o más de los otros síntomas asociados. Entre los criterios diagnósticos que se pueden presentar se encuentran: (25)

- Estado de ánimo deprimido (Puede ser irritabilidad).
- Ideas de auto desprecio.
- Inquietud o agitación.
- Alteraciones del sueño (Insomnio o hipersomnias).
- Alteración del rendimiento escolar.
- Disminución de la socialización (aislamiento respecto a la familia).
- Cambio de actitud respecto a la escuela.
- Quejas somáticas.
- Pérdida de la energía habitual.
- Cambio del apetito o del peso.
- Agresividad.
- Merma en auto cuidado.
- Deseos de abandonar el hogar.
- Alta emocionalidad con una particular sensibilidad al rechazo en las relaciones afectivas. (7)

El diagnóstico de la depresión se basa en entrevistas clínicas que utilizan unos criterios establecidos para la depresión en niños y adolescentes. Durante una entrevista, se plantean preguntas relativas a los síntomas de estado de ánimo, de forma que permita al entrevistador explorar campos importantes relacionados con estos síntomas. A veces se puede obtener información de maestros y compañeros de clase. Es preciso entrevistar tanto a los niños como a sus padres. Aunque el diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes se lleva a cabo de forma más satisfactoria mediante una entrevista clínica; las evaluaciones efectuadas a través de cuestionarios auto administrados pueden ser útiles como instrumento de cribado o detección sistemática. También los son para detectar y controlar la evolución de los síntomas en el contexto clínico. (2)

### **1.3.3 DIAGNÓSTICO. ESCALAS DE MEDICIÓN EN PAIDOPSIQUIATRÍA: Escala de Birleson (*Depression Self Rating Scale, DSRS*).**

La escala de Birleson (*Depression Self Rating Scale, DSRS*) fue diseñada en 1980 para evaluar y diagnosticar la presencia de cuadros depresivos en niños y adolescentes. Ha sido empleada en múltiples estudios y ha mostrado que puede usarse de manera amplia en investigaciones clínicas y epidemiológicas para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes. Es un instrumento auto aplicable que consta de 18 reactivos, cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0 a 2, siendo la máxima calificación 36. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 (reactivos 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13 y 16) y los ocho restantes se califican de 2 a 0. El tiempo promedio de aplicación del instrumento va de 5 a 10 minutos, dependiendo de cada sujeto. (26)

La validación de la escala fue realizada por De La Peña y colaboradores en 1996, aplicándosele la escala a 349 adolescentes de 13 a 19 años (Dos grupos: población clínica, N = 138 y población abierta, N = 211 sujetos). La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose en la población clínica máxima varianza con un valor alfa de 0.85 y para el grupo de población abierta con un valor alfa de 0.77. Utilizando un punto de corte de 14 se obtuvo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 74%. (6, 28)

### 1.3.4 CUADRO CLÍNICO.

En el primer año de vida, los trastornos depresivos y su sintomatología asociada están estrechamente relacionados a los trastornos de la vinculación y la maternidad, el abandono infantil o la psicopatología de los padres. La sintomatología en estas edades se caracteriza por expresión facial sobria, gimoteos, reducción o evitación del contacto visual, inquietud, lentitud motora, dificultades en la alimentación, poco aumento o incluso pérdida de peso, hipersomnias, ansiedad de separación y enfermedades físicas, tales como los trastornos psicofisiológicos, por ejemplo, eccema infantil, dermatitis o alergias. (2)

En la siguiente etapa del desarrollo, del primer al tercer año de edad, además de la sintomatología revisada para la etapa anterior, la depresión interfiere en las habilidades evolutivas adquiridas lo que conlleva retrasos en el desarrollo psicomotor (retraso en sostenerse en pie, caminar, correr y en el control de esfínteres), cognitivo (retraso en el desarrollo de la representación del pensamiento simbólico), del sueño (hipersomnias, pesadillas) y del lenguaje. En la edad preescolar de los 3-5 años se presenta irritabilidad: rabietas, conducta destructiva, tristeza, disminución del juego con los amigos, pérdida del apetito, no hay ganancia de peso, pesadillas, terrores nocturnos, resistencia a irse a la cama, insomnio, reducción de la actividad física, preocupación por el castigo, preocupación por el fracaso, autoagresiones, mayor riesgo de lesiones. En la edad escolar de los 6 a 12 años: Tristeza, aburrimiento, insomnio, hipomotilidad, agitación, baja autoestima, autodesprecio, autoagresividad, sentimientos de culpa, problemas de atención, ideas, planes e intentos de suicidio. (13, 15)

En la adolescencia de 13 a 18 años: Tristeza, irritabilidad: mal humor, ira, rebeldía, anhedonia, pérdida del apetito, ganancia de peso lenta, comer en exceso, obesidad, insomnio, hipersomnias, cansancio, fatiga, falta de energía, preocupación por la imagen corporal, baja autoestima, autodesprecio, indecisión, ideas, planes, intentos de suicidio, suicidios violentos. (29)

### 1.3.5 COMORBILIDAD

Los síntomas, síndromes o trastornos raras veces ocurren de forma aislada en la infancia y adolescencia. En estudios internacionales, la comorbilidad es la regla y no la excepción en un trastorno depresivo; entre el 40% y el 70% de pacientes deprimidos tienen al menos otro trastorno psiquiátrico concomitante, y de un 20% a un 50% tienen dos o más.

Los trastornos comórbidos más comunes con la depresión son los trastornos de ansiedad (30%-75%), trastornos de conducta (10%-80%), abuso de sustancias (20%-30%) y trastornos de personalidad (60%). Según Lewinsohn y Sack (1997) la depresión mayor está asociada de forma significativa con la mayoría de subtipos del trastorno de ansiedad, incluyendo las crisis de angustia, la ansiedad por separación, la ansiedad generalizada, y con la fobia específica y social. Las mujeres muestran mayor comorbilidad con el trastorno de ansiedad que los varones, quienes muestran mayor concurrencia de depresión y trastornos conductuales o relacionados con el uso de sustancias. (27, 30)

En México, citando de nuevos los resultados de Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003 se estimaron con base a la utilización de los datos retrospectivos encontrados, los siguientes valores sobre comorbilidad: en cuanto a los trastornos de ansiedad, los deprimidos con inicio temprano tienen casi cuatro veces la probabilidad de desarrollar agorafobia -en comparación con los que iniciaron en la edad adulta- y 2.2 veces la probabilidad de fobia social, 7.0 y 5.0 veces la probabilidad de haber tenido un trastorno negativista desafiante y un trastorno disocial, respectivamente. De los trastornos por uso de sustancias, aquellos con inicio temprano tienen 18.3 veces la probabilidad de dependencia a sustancias. Sin encontrar asociaciones significativas para los demás trastornos. (24)

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y BENEFICIOS DEL ESTUDIO.

### Planteamiento del problema.

*La investigación tuvo el propósito de servir a manera de una primera aproximación al conocimiento de la depresión en un sector de la población adolescente que no ha sido estudiado formalmente, no sólo en nuestro país, sino a nivel mundial, como se encontró luego de una revisión de la literatura internacional en la que no figuran reportes de investigaciones en poblaciones en edad adolescente en situación de institucionalización.*

Como se ha indicado en los estudios internacionales citados, grupos como el de Lewinsohn en el 2001, encontraron tasas de prevalencia de depresión en adolescentes del 4.7%, sin embargo las muestras corresponden a población abierta adolescente (*no institucionalizada*). En México, los resultados de Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003 se estimó que un 2% de la población general *no institucionalizada –lo cual representa dos millones de personas-*, entre 18 a 65 años *tiene un antecedente de un episodio depresivo mayor alguna vez en la vida, con inicio durante la adolescencia* y, puesto que en nuestro país el Censo General de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI) del 2002, aun muestra *un predominio de población joven -34% de ésta menor a los 15 años de edad-*, *el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o la adolescencia es primordial*, tanto por lo que significa la ocurrencia de ésta entidad nosológica en una etapa crucial para la determinación de áreas como profesión, empleo y elección de pareja, como por las repercusiones que se observan en el largo plazo y entre las que destaca lo encontrado por Benjet y colaboradores en el 2004 respecto a una prevalencia *de por vida*, de la depresión que se inicia antes de los 18 años de edad (utilizando los datos retrospectivos proporcionados previamente por la ENEP), *asociándose ésta cronicidad más que a la etapa del desarrollo en que inicia, a la falta de detección y tratamiento oportuno*. Ahora bien, el grupo de Sampson en el 2003, identificó en población adolescente *–no institucionalizada-*, *a la ausencia de pertenencia al grupo familiar*, como un factor determinante vinculado con la depresión, condición que es frecuente en el sector de la población adolescente que se encuentra en *situación de institucionalización*, sin embargo al no haberse explorado formalmente ésta población, desconocemos la traducción de éste vínculo en nuestra muestra.

¿Con qué frecuencia se presenta la depresión en adolescentes mexicanos en situación de institucionalización? ¿Existe asociación entre la depresión que presentan y el poseer o no un antecedente personal de depresión previa? ¿Existirá vinculación entre ésta depresión y el que mantengan o no cierto nexo con algún miembro de la familia de la que provienen?

## **Beneficios del estudio.**

El beneficio inmediato de ésta investigación consiste en la detección de los casos de depresión en adolescentes en condición de institucionalización, específicamente en los residentes de “Casas Hogar Alianza”, y por ende de comenzar a perfilar datos de prevalencia de depresión en éste tipo de población adolescente. En el corto plazo consiste en la referencia oportuna para atención especializada al Hospital Psiquiátrico Infantil “Juán N. Navarro”, previa valoración por un psiquiatra general, ya que dentro del equipo multidisciplinario que trabaja generalmente con éstos adolescentes no hay un especialista en Psiquiatría.

Finalmente, en el mediano o largo plazo pudiera constituir una referencia útil para estudios posteriores en muestras de población adolescente que cumplan con la condición de institucionalización, ya que como se mencionó, no se encontraron estudios en éste tipo de población al revisar la literatura tanto mexicana como internacional.

## **3. OBJETIVOS.**

- 1- Determinar la presencia y frecuencia de depresión en adolescentes mexicanos institucionalizados, específicamente de los residentes en “Casas Hogar Alianza” de la Ciudad de México.
- 2- De manera secundaria se busca detectar si en éste tipo de población adolescente (institucionalizada), existe o no relación entre la presencia de depresión y el tener un antecedente personal de depresión durante los años anteriores a nuestro estudio.
- 3- Por último, al tratarse de una población que no se encuentra en un contexto familiar, establecer si existe o no vinculación entre la presencia de depresión y el mantener o no algún tipo de nexo con la familia de origen (ser visitado por familiares).

## **4. HIPÓTESIS.**

**H<sub>1</sub>, hipótesis de investigación 1:** mediante la aplicación de la Escala de Birleson se encontrará una prevalencia de depresión mayor al 2%, en la población adolescente en situación de institucionalización con residencia en “Casas Hogar Alianza”.

**H<sub>0</sub>, hipótesis nula:** mediante la aplicación de la Escala de Birleson se encontrará una prevalencia de depresión menor al 2%, en la población adolescente en situación de institucionalización, con residencia en “Casas Hogar Alianza”.

## **2. DISEÑO Y DURACIÓN.**

- Se efectuó un estudio transversal, descriptivo y prolectivo, en la población adolescente -en situación de institucionalización-, que reside en “Casas Hogar Alianza” de la Ciudad de México, que además reunieron los criterios de inclusión del estudio, mediante la aplicación (en una sola ocasión) de la Escala de Birleson para depresión en adolescentes (*Depresión Self Rating Scale, DSRS*).
- El estudio tuvo una duración de 9 meses, con fecha de inicio el primer día de enero del 2006 y de finalización el último día del mes de Septiembre del mismo año. Se acudió a “Casas Hogar Alianza” previa autorización de la persona a cargo.

## **3. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **a. Criterios de inclusión.**

- Pacientes de 11 a 18 años de edad, con residencia en la “Casa Hogar Alianza”. Con estancia igual o mayor a 72hrs.
- Alfabetizados.
- Consentimiento verbal del paciente.

### **b. Criterios de exclusión.**

- Pacientes en otro grupo etáreo.
- Que no se encuentren ingresados en la “Casa Hogar alianza”, o bien, que su estancia sea menor de 72hrs.
- Analfabetas.
- Pacientes que no consientan participar en el estudio.

### **c. Cálculo del tamaño de muestra.**

El total de pacientes residentes en la “Casa Hogar Alianza” que reunieron criterios de inclusión, durante el periodo de 9 meses que duró el estudio.

#### **d. Definición de conceptual y operacional de variables:**

##### **a) Variables dependientes:**

###### Depresión:

- ⇒ Definición conceptual: Sentimiento patológico de tristeza.
- ⇒ Definición operacional: Escala de Birlson para depresión en adolescentes (*Depresión Self Rating Scale, DSRS*), con un punto de corte de 14, con el que se encontró un máximo equilibrio entre sensibilidad y especificidad durante el estudio de traducción y adaptación al español. El procedimiento consistió en proporcionar a todos los adolescentes incluidos en el estudio, una copia del instrumento y un lápiz, además de las indicaciones para la auto-aplicación y de responder a las preguntas que pudieran surgir respecto a alguno de los 18 reactivos que la conforman. Todos respondiendo frente al entrevistador, quien revisó cada escala con el fin de confirmar el llenado correcto. Cuando el paciente dejaba espacios en blanco se le regresaba el cuestionario para que lo completara; ninguno se negó y, el tiempo de aplicación fue de 5 a 10 minutos. La aplicación fue única, se realizó durante la valoración inicial del paciente y, se diagnosticó depresión en aquellos que puntuaron 14 o menos, con el correspondiente correlato clínico posterior, al efectuar la entrevista clínica que duro aproximadamente 40 minutos.

##### **b) Variables independientes:**

###### Edad:

- ⇒ Definición conceptual: Tiempo que ha vivido alguien desde su nacimiento.
- ⇒ Definición operacional: Pregunta directa durante entrevista clínica a los adolescentes examinados, corroborando la información mediante la revisión posterior de las fechas consignadas en actas de nacimiento incluidas en cada uno de los expedientes.

###### Sexo:

- ⇒ Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer, definida por las características anatómicas y fisiológicas.
- ⇒ Definición operacional: Fenotipo (*Habitus exterior* apreciado durante entrevista), además de revisión de rubro en expediente.

Nexo familiar mantenido:

- ⇒ Definición conceptual: Vinculación con algún miembro de la familia de origen, al menos en una ocasión por mes, sin que ello garantice la existencia de una red de apoyo.
- ⇒ Definición operacional: Pregunta directa durante entrevista clínica, más revisión de los libros de salidas para visita familiar durante los 6 meses previos al estudio, considerando que se cumple con el nexo familiar mantenido al haber registro de al menos una visita por mes, durante dicho periodo.

Antecedente personal patológico de depresión:

- ⇒ Definición conceptual: Existencia del antecedente personal patológico de cuadro depresivo en los años de vida previos a nuestra valoración.
- Definición operativa: Pregunta directa durante entrevista clínica, además de revisión de antecedentes personales patológicos consignados en expedientes, considerando presente el APP de depresión al coincidir ambas fuentes de información, respecto a la presencia de sintomatología depresiva de grado variable, en los años previos al momento de la entrevista.

## **7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

- a) Análisis estadístico descriptivo utilizando proporciones, para las características generales de los adolescentes seleccionados en la “Casa Hogar Alianza” en que se realizó el estudio.
- b) Prueba de Chi Cuadrada de Fisher para muestras pequeñas. Análisis bivariado, donde se reporta la razón de momios (OR) como medida para indicar posibles diferencias de riesgo depresivo según algunas características de los adolescentes (edad, sexo, nexos familiar mantenido y antecedente personal patológico de depresión) así como la razón de momios con sus respectivos intervalos de confianza para la evaluación de las diferencias de proporciones.

## 9. RESULTADOS.

### ⇒ CUADRO 1. Características generales del grupo de pacientes estudiado: N = 44

Se estudiaron en total 44 adolescentes en edades comprendidas entre los 11 a los 18 años de edad que se encuentran actualmente institucionalizados en "Casas Hogar Alianza" de la Ciudad de México.

26 (59.1%) adolescentes pertenecieron al sexo masculino y 18 (40.1%) al femenino.

16 (36.4%) se encontraron en el grupo de edad de 11 a 15 años y los 28 restantes en el de 16 a 18 años de edad (63.6%).

De los 44 adolescentes que integraron el estudio, sólo 7 (15.9%) tuvieron nexos familiares mantenidos, expresados en visitas dentro de la institución.

Respecto al antecedente personal patológico de depresión, 8 (18.2%) adolescentes cursaron con al menos un cuadro depresivo durante los años previos al estudio.

En 9 pacientes se determinó presencia de depresión mediante la aplicación y calificación de la Escala de Birleson, obteniéndose por tanto una prevalencia de 20.5%.

### ⇒ CUADRO 2. Características de los pacientes en los que se determinó depresión mediante la aplicación de la Escala de Birleson: N = 9

En cuanto a sexo, 3 adolescentes correspondieron al masculino (11.5%) y los 6 restantes al femenino (33.3%).

5 adolescentes se encontraron en el grupo etáreo de 11 a 15 años (31.2%) y 4 al de 16 a 18 años (14.3%).

Sólo uno del total de éstos 9 adolescentes tuvo un nexo familiar mantenido (14.0%).

En 5 pacientes existía el antecedente personal patológico de depresión (62.5%), en los otros 4 no (11.1%).

En el cuadro 2 se resume lo encontrado en el análisis bivariado, donde reportamos la razón de momios (OR) como medida para detectar diferencias de riesgo depresivo conforme a algunas características de la muestra estudiada, específicamente: **sexo, edad y nexos familiares mantenidos** que aparecen como factores de riesgo de depresión. Se corroboró con prueba de chi cuadrada y, aunque se muestran algunas razones de momios superiores a 1 en relación a éstas variables, viendo tanto el intervalo de confianza que incluye el valor 1, como la prueba chi cuadrada de Fisher con resultados no significativos, se concluye este riesgo como no estadísticamente significativo.

Inversamente, el **antecedente personal patológico de depresión**, resultó con una importante asociación, con una razón de momios de 13.33 (IC 95%: 2.46 – 73.17) veces superior el poseer éste antecedente a no tenerlo. La chi cuadrada de Fisher resultó significativa con  $p=0.004$ . Concluyendo aquí que ésta asociación es estadísticamente significativa.

**CUADRO 1.**  
**Características generales de adolescentes estudiados en**  
**“Casas Hogar Alianza” del Distrito Federal, 2006. (N = 44)**

Característica	N	%	Característica	N	%
<b>Sexo</b>			<b>APP de depresión*</b>		
Masculino	26	59.1	Si	8	18.2
Femenino	18	40.9	No	36	81.8
<b>Edad en años</b>			<b>Nexo familiar mantenido</b>		
11 a 15	16	36.4	Si	7	15.9
16 a 18	28	63.6	No	37	84.1

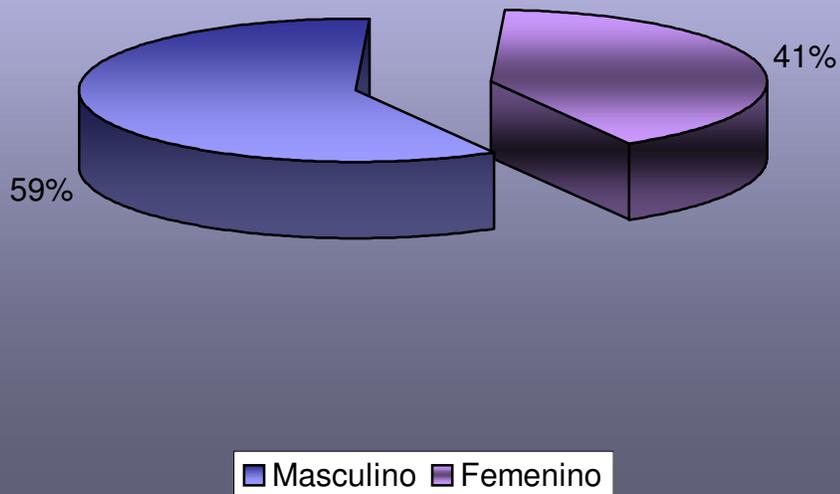
\* APP: Antecedente Personal Patológico.

**CUADRO 2.**  
**Prevalencia de depresión en adolescentes internados en “Casas Hogar Alianza”, Distrito Federal. 2006. (N = 9)**

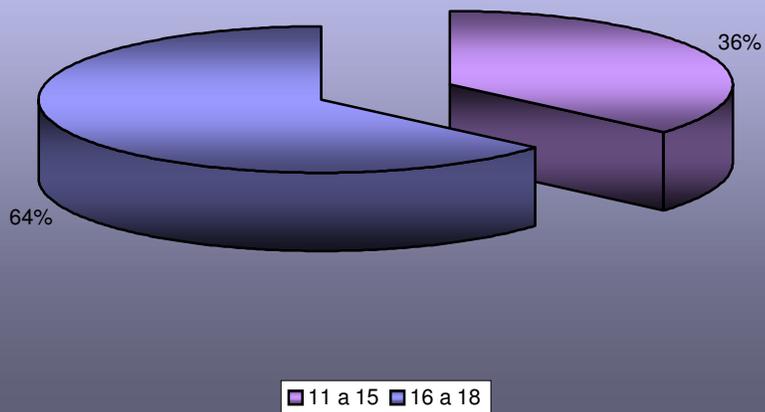
Características	N	%	OR	I. C. (95%)		Prueba Fisher (95%) Unilateral
				míni mo	máxi mo	
<b>Sexo</b>						
Masculino	3	11.5				
Femenino	6	33.3	3.83	0.87	16.58	0.084
<b>Edad en años</b>						
11 a 15	5	31.2	2.72	0.65	11.41	0.169
16 a 18	4	14.3				
<b>APP* de depresión</b>						
Si	5	62.5	13.33	2.46	73.17	0,004
No	4	11.1				
<b>Nexo familiar mantenido</b>						
Si	1	14.0	1.93	0.26	18.22	0.491
No	8	24.0				

\*APP: Antecedente Personal Patológico.

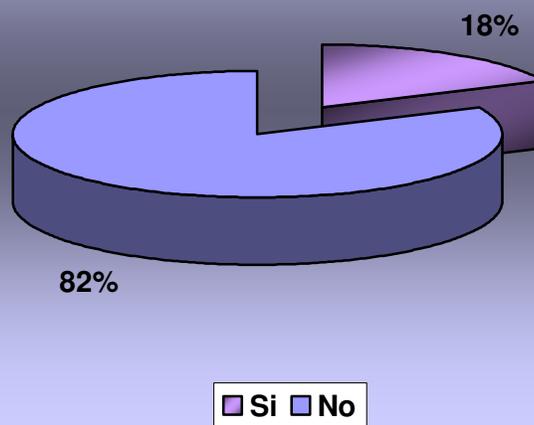
**Gráfica 1. Sexo- Grupo general de estudio,  
"Casa Hogar Alianza", Ciudad de México, 2006.  
(N = 44)**



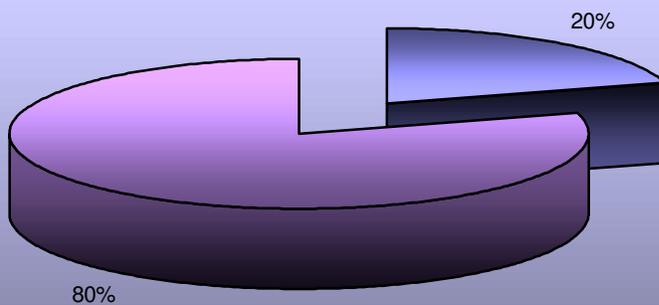
**Gráfica 2. Edad - Grupo general de estudio. "Casa Hogar Alianza". Ciudad de México, 2006. (N = 44)**



**Gráfica 3. Antecedente Personal Patológico de depresión en el grupo de estudio de adolescentes institucionalizados. "Casa Hogar Alianza", Ciudad de México, 2006. (N = 8)**



**Gráfica 4. Prevalencia de Depresión en adolescentes institucionalizados, residentes de "Casas Hogar Alianza". Ciudad de México, 2006. (N = 9)**



■ Si ■ No

## 10. DISCUSIÓN.

En este estudio se encontró una prevalencia de depresión en población adolescente *en situación de institucionalización* del 20.5%. En estudios internacionales sobre prevalencia de depresión en adolescentes, John W y colaboradores en el año 2000 refieren la existencia de variaciones en dicha prevalencia, que van desde el 4 hasta el 40%. Un año más tarde, Lewinsohn y colaboradores, encuentran una prevalencia de depresión a lo largo de la vida estimada en un 4.7%. Sin embargo, la muestra estudiada tanto por ellos como por el resto de investigadores encontrados al revisar la literatura internacional, proviene de *población abierta –no institucionalizada-, ninguna de la población adolescente en condición de institucionalización*, hecho que hace cuestionable el tratar de extrapolar nuestros resultados, tanto por las particularidades que condiciona cada uno de los dos contextos, como porque prácticamente no se cuenta con información de la población en condición de institucionalización.

Durante las últimas tres décadas se ha realizado la mayoría de estudios sobre depresión en población infantil y adolescente. Con frecuencia se ha abordado la predominancia en el sexo femenino, en 1982 Hirschfeld y Cross encontraron OR de 2:1 y en otros estudios posteriores el reporte es similar. En nuestro estudio 6 adolescentes con depresión pertenecen al sexo femenino y 3 al masculino, y aunque aquí la razón de momios relacionada fue superior a 1, al ver intervalo de confianza como la prueba chi cuadrada de Fisher no se traduce en una asociación estadísticamente significativa, posiblemente porque el tamaño de muestra fue pequeño.

Inversamente, el Antecedente personal patológico de depresión, resultó con una importante asociación, con una razón de momios de 13.33 (IC 95%: 2.46 – 73.17) veces superior el poseer éste antecedente a no tenerlo. La chi cuadrada de Fisher resultó significativa con  $p=0.004$ , constituyéndose ésta relación como estadísticamente significativa. Es muy interesante este hallazgo en nuestro estudio, debido a que los resultados de Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) del 2003 se estimó que un 2% de la población general *no institucionalizada –lo cual representa dos millones de personas-*, entre 18 a 65 años *tiene un antecedente de un episodio depresivo mayor alguna vez en la vida, con inicio antes de los 18 años de edad, que repercute de manera clara en una mayor comorbilidad, más recaídas o bien en la cronicación del padecimiento*. Enfatizándose así la necesidad de estudiar la depresión en los diferentes tipos de población adolescente, para que el primer episodio no pase desapercibido y el manejo sea oportuno, con meta a largo plazo de que dichas acciones repercutan positivamente en el alto porcentaje con que contribuye la enfermedad en la carga global de la enfermedad.

## **8. ÉTICA MÉDICA.**

Este estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Se tramitó y obtuvo autorización del encargado de la “Casa Hogar Alianza” en la que se hizo el estudio, para la realización de entrevistas, captura de información y aplicación del instrumento diagnóstico en la población residente de adolescentes.

A los adolescentes que cumplieron con criterios de inclusión se les solicitó su autorización de manera verbal, previa explicación del procedimiento de manera entendible para ellos.

- **Recursos disponibles.**

“Casa Hogar Alianza” y personal a cargo, sin que la realización del estudio interfiriera con la rutina de la institución mencionada.

- **Recursos a solicitar.**

Ninguno.

## 11. CONCLUSIÓN.

- 1) En una muestra de 44 pacientes mexicanos adolescentes en condición de institucionalización, se encontró una prevalencia de 20.5% que legitima la hipótesis de la investigación.
- 2) Al resultar el Antecedente personal patológico de depresión estadísticamente significativo y con una importante asociación, con una razón de momios de 13.33 veces mayor riesgo al poseer el antecedente ( $p=0.004$ ), sería muy valioso el realizar posteriormente un estudio similar pero con un tamaño de muestra mayor, para que al reducirse la amplitud del intervalo de confianza se obtenga una asociación mas confiable.
- 3) Nuestro estudio es valioso porque no existen estudios formales similares tanto en México como en el mundo y, ante la transición epidemiológica que se ha observado durante la última década, el abordaje actual de la salud enfermedad de niños y adolescentes debe ser con base al conocimiento que los nuevos contextos poblacionales, dada la importancia de que en éstas poblaciones se conjugan riesgos nuevos con los anteriores debidos al rezago, traduciéndose en un impacto mayor o menor sobre la evolución natural de la enfermedad, y por ende en una necesidad de replantear las acciones hacia un modo holístico.

## 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Reynolds W, Johnston H. The Nature and study of depression in children and adolescents depression. *Presse med.* 1998; 3: 3-17.
2. Shoaf T. Childhood Depression: Diagnosis and treatment strategies in general. *Pediatrics.* 2004; 30: 130-37.
3. Sampson S, Mrazek D. Depression in adolescence. *Curr opin pediatr.* 2003; 13: 586-90.
4. Lewinsohn P. Risk factors for recurrence of adolescent depression identified. *Am j psychiatr.* 2000; 157: 1584-91.
5. Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch gen psychiatr.* 1990; 43: 255-62.
6. De La Peña F. Traducción al Español y validación de la Escala de Birlson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud ment.* 1996; 19: 17-23.
7. Parmelee D. Desarrollo del niño y del adolescente. En: Parmelee D. *Psiquiatría del niño y del adolescente.* España: Editorial Harcourt Brace; 1998. p. 121-31.
8. Ávila A. Psicodinamia de la depresión. *An psicol.* 1990; 6: 37-58.
9. Bowlby J. La Separación Afectiva. En: Bowlby J. *Tristeza y depresión.* España: Editorial Paidós; 1997. p. 26-46.
10. Bowlby J. El Vínculo Afectivo. En: Bowlby J. *Tristeza y depresión.* España: Editorial Paidós; 1997. p. 47-9.
11. Bowlby J. La pérdida afectiva. En: Bowlby J. *Tristeza y depresión.* España: Editorial Paidós; 1997. p. 256-59.
12. Dadds M, Braddock D, Cuers S, Elliott A, Kelly J. Personal and family distress in homeless adolescents. *Community ment health.* 1993; 29: 413-22.

13. González-Forteza C, Ramos Lira L, Caballero-Gutiérrez MA, Wagner-Echegarray FA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 2003; 15: 524-32.
14. Buckner JC, Bassuk EL. Mental disorders and service utilization among youths from homeless and low-income house families. *J am acad child adolesc psychiatry*. 1997; 36: 890–900.
15. John W. Relationship of Sexual Orientation to Substance Use, Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Other Factors in a Population of Homeless Adolescents. *J adolesc*. 2001; 29: 31-36.
16. Abramson L. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Rev psicopatol psicol clín*. 1997; 2: 211-22.
17. Carlson G. A survey of depressive symptoms in child and adolescent psychiatric population. *J am acad child adolesc psychiatry*. 2000; 18: 587-99.
18. Saintonge S, Achille P, Lachance L. The influence of big brothers on the separation-individuation of adolescents from single-parent families. *Adolescence*. 1999; 33: 343-353
19. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J affective dis*. 1999; 42: 9-22
20. Pearce J. Depressive disorder in Childhood. *J am acad child adolesc psychiatry*. 1999; 18: 799-82.
21. Angold A. Childhood and adolescent depression: Epidemiological and etiological aspect. *Br j psychiatry*. 1988; 152: 601-7.
22. Schraedley MA, Ian H, Gotlib PD, Chris H. Gender Differences in Correlates of Depressive Symptoms in Adolescents. *J adolesc health*. 2001; 25: 98-108.
23. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C, Galván CE, Tapia-Conyer R. Consumo de drogas entre adolescentes: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 1998. *Salud pública méx*. 2003; 45: 16-25.

24. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruíz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud pública méx.* 2004; 46: 417-24.
25. Hales ER. Trastorno depresivo. En: Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). España: Editorial Masson; 1995. p. 475, 493-96.
26. Birmaher B. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. *J child psychol psychiatr.* 1987; 42: 861-65.
27. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud ment.* 1999; 22: 88-92.
28. Ivarsson T. The Birmaher Depression self rating (DSRS) clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J affective dis.* 1994; 32: 115-25
29. Cauce AM, Paradise M, Ginzler JA, Embry J, Morgan C, Lohr Y, Theofelis J. The characteristics and mental health of homeless adolescents: Age and gender differences. *J behav dis.* 2001; 8: 230–39.
30. La Gory M, Ritchey FJ, Mullis J. Depression among the homeless. *J health soc behav.* 1990; 31: 87–101.

### 13. APÉNDICE I.

#### ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENCIA

**Instrucciones:** Por favor responde honestamente cómo te has sentido las dos últimas semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes.			
2. Duermo muy bien.			
3. Me dan ganas de llorar.			
4. Me gusta salir con mis amigos.			
5. Me gustaría escapar, salir corriendo.			
6. Me duele la panza.			
7. Tengo mucha energía.			
8. Disfruto la comida.			
9. Puedo defenderme por mí mismo.			
10. Creo que no vale la pena vivir.			
11. Soy bueno para las cosas que hago.			
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes.			
13. Me gusta hablar con mi familia.			
14. Tengo sueños horribles.			
15. Me siento muy solo.			
16. Me animo fácilmente.			
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo.			
18. Me siento muy aburrido.			

a) Nombre:

b) Sexo : - Femenino - Masculino

c) Edad:

d) ¿En algún momento de su vida la han diagnosticado depresión?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

e) Si la pregunta anterior es afirmativa; recibió algún tipo de tratamiento, ¿cuál?

f) ¿Hace cuánto tiempo presentó depresión?

g) ¿Recibes visitas o vas a visitar a algún familiar?