

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**UN ESTUDIO EXPLORATORIO
SOBRE NIVELES DE DEPRESIÓN EN
NIÑOS Y ADOLESCENTES CON
VIH/SIDA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :
NANCY GABRIELA RODRÍGUEZ GÓMEZ
CYNTHIA ROJAS SOTO

DIRECTOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRENAS

ASESOR ESTADÍSTICO: LIC. ALBERTO GALICIA

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Patricia Soto y Ángel Rojas gracias por estar a mi lado, por ser siempre mi fortaleza y mi guía, por los consejos, por el apoyo a lo largo de mi vida y en la elaboración de este proyecto, simplemente por creer en mí. Los amo!!

A mis hermanas, Ángeles y Paty gracias por su incondicionalidad, por su escucha, su paciencia y apoyo en todas mis locuras, por ser mis más grandes amigas. Las adoro!!

A Juan Parra, gracias por estar siempre apoyándome, impulsándome a realizar nuevas cosas, por tu amor y comprensión. Te amo!!

Quiero hacer un gran reconocimiento a mi compañera y gran amiga Nancy, gracias por caminar conmigo en este proyecto, y por permitirme compartir tantas experiencias maravillosas mientras realizábamos este sueño. Fue un placer trabajar contigo, te quiero mucho!!

Al Mtro. Leonardo Reynoso, por la disposición, apoyo y paciencia para este trabajo y sobre todo por su calidad humana. Gracias!!

CYNTHIA

A mis padres por apoyarme siempre y en todo, por darme educación e impulsarme en toda la carrera.

A Lety y Adrián por su comprensión y apoyo incondicional.

A Cynthia por permitirme trabajar con ella y su amistad.

Al Mtro. Leonardo Reynoso por su apoyo, motivación y compromiso con nosotras.

A José y mis amigas por motivarme y estar al pendiente de la realización de esta tesis.

A Patricia Tovar por su apoyo en tiempo y espacio para llevar a cabo esto.

Nancy Gabriela R. G.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN	1
Historia	2
Biología de la depresión	3
Causas de la depresión	4
Funciones de la depresión	6
Tipos de depresión	7
Clasificación según el DSM-IV-R	9
Tipos de tratamiento	11
Depresión asociada a otras enfermedades	15
CAPÍTULO 2 DEPRESIÓN INFANTIL	18
Historia	19
Interpretaciones etiológicas	20
Clasificación	22
Evolución de la depresión con la edad	24
CAPÍTULO 3 VIH-SIDA	26
Historia	26
Definición	28
Epidemiología	28
Historia natural	30
Formas de transmisión	33
Prevención	35
Consecuencias psicosociales	37
Depresión en VIH-SIDA	40
CAPÍTULO 4 SIDA PEDIÁTRICO	41
Epidemiología	41
Transmisión	42
Prevención	42
Cuadro clínico y clasificación del CDS	43
Categorías clínicas	44
Cuadro clínico y clasificación de la OMS	46

Adherencia	47
Depresión infantil y VIH-SIDA	48
MÉTODO	50
Planteamiento y justificación	50
Objetivos	51
Hipótesis	52
Variables	52
Definición conceptual de variables	53
Definición operacional de variables	53
Sujetos	53
Muestreo	54
Criterios de inclusión	54
Criterios de exclusión	54
Tipo de estudio	54
Instrumentos	55
Materiales	56
Procedimiento	56
RESULTADOS	58
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	74
REFERENCIAS	76
ANEXO 1	82
ANEXO 2	84
ANEXO 3	85

RESUMEN

El VIH-SIDA es considerado actualmente una enfermedad crónica de la infancia y un número creciente de niños infectados perinatalmente por VIH sobreviven hasta llegar a la adolescencia y adulto joven (Grubman, 1995; Frederick, 2000). Aunque la vida de los niños con VIH/SIDA es más prolongada se enfrentan ahora con otro tipo de problemas como la depresión, ya que presentan muchos factores de riesgo. Debido a la falta de información sobre este tema en población mexicana el objetivo de este trabajo fue explorar los niveles de depresión en niños y adolescentes infectados por el VIH/SIDA en clínicas de atención de VIH pediátrico. Se realizó el estudio con la participación de las siguientes instituciones: Universidad Nacional Autónoma de México/Hospital General de México, Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Instituto Mexicano del Seguro Social "Siglo XXI" y el Hospital Civil de Guadalajara. Se incluyó una cohorte de 107 niños y adolescentes con el diagnóstico de VIH/SIDA de 7 a 17 años. Se realizó una aplicación del Inventario de Depresión Infantil (CDI) y una encuesta sociodemográfica al padre o tutor como apoyo para la obtención de datos referentes al paciente. De la población participante 63 fueron de sexo femenino y 44 de sexo masculino, el 88% se infectó por vía Perinatal. De acuerdo a la prueba aplicada CDI se obtuvo como resultado que en el 29% de la población participante se identificó un nivel de depresión, 16 en un grado leve, 5 moderado y 10 en grave. De los 31 niños y adolescentes considerados con depresión 15 conocen su diagnóstico y 17 lo ignoran, 4 cuentan con ambos padres, 6 son huérfanos de madre, 7 de padre, 7 huérfanos de ambos padres y 7 no lo saben. La depresión se presentó con más frecuencia en las mujeres, encontrándose una diferencia significativa con respecto a los hombres, así mismo no se encontró diferencia significativa en otras variables como la orfandad, el estadio de la enfermedad, la escolaridad y el conocimiento del diagnóstico. De acuerdo a estos resultados consideramos que los niños y adolescentes con VIH de las instituciones participantes presentan niveles de depresión mayores a los que se estima para la población infantil, sin embargo, es importante señalar que a pesar de que este tipo de población cuenta con múltiples factores de riesgo la depresión es un trastorno multicausal por lo que es importante poner atención a los diversos factores, así como brindar apoyo multidisciplinario para este grupo de niños y adolescentes.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud que afecta un gran porcentaje de personas que cursan con enfermedades crónicas. Se consideran varios factores que contribuyen a incrementar la prevalencia de depresión en este grupo de población como serían: El efecto de la enfermedad en el funcionamiento físico, actividades, relaciones sociales y calidad de vida.

El niño y el adolescente infectado con VIH tiene múltiples factores de riesgo para cursar con depresión y con los nuevos tratamientos este grupo de pacientes está creciendo al menos hasta la etapa de adulto joven incorporándose a la sociedad, requiriendo así más atención de los profesionales de la salud.

Para atender este tipo de pacientes se debe empezar a investigar más las características que podrían llegar a presentar, como podrían ser la edad, el género, la orfandad, conocimiento del diagnóstico, el estadio de la enfermedad. En México es escasa la literatura sobre niños y adolescentes con VIH-SIDA, por lo que el presente trabajo es un antecedente para futuras investigaciones.

El estudio brinda en una primera instancia una sección dedicada a hablar sobre aspectos generales de la depresión y posteriormente se enfoca a la depresión infantil centrandose en ésta nuestro interés. A continuación se inicia el tema de VIH/SIDA en términos generales y consecutivamente se encuentra una parte de VIH pediátrico; teniendo así nuestros dos temas a tratar, la depresión infantil y el VIH/SIDA pediátrico, además se incluyeron datos de investigaciones llevadas a cabo en otros países con población similar. Se muestra también la parte metodológica del trabajo así como los resultados obtenidos con su discusión y conclusiones correspondientes.

CAPÍTULO 1 DEPRESIÓN

La depresión ha comenzado a ser un problema creciente en las sociedades desarrolladas y que, además de producir infelicidad severa a muchas personas, representa una fuente de preocupación y pérdidas desde un punto de vista social y comunitario.

El trastorno depresivo es considerado como una enfermedad que afecta muchas funciones de las personas, desde el organismo (específicamente el cerebro), el ánimo, la manera de pensar, la autoestima, ya que no es lo mismo que un trastorno de tristeza pasajera. Aunque un trastorno depresivo no indica debilidad personal, no es algo de lo que uno pueda liberarse con la sola intención. Con un tratamiento adecuado la depresión que puede durar semanas, meses e incluso años puede ser superada por la mayoría de las personas.

En una persona que tiene algún trastorno mental su vida sufre un gran impacto, así como su familia y la sociedad en la que se desenvuelve. En el Informe sobre la Salud en 2001 calcula que más del 2% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que en algún momento de su vida requiera tratamiento médico. En este mismo informe se da a conocer el porcentaje de la depresión en los hombres, que corresponde al 1.9 % con un periodo de doce meses de prevalencia de 5.8 % y el 3.2 % en las mujeres con un índice de prevalencia de 9.5 % en un periodo de doce meses (OMS 2001).

La depresión es uno de tantos trastornos mentales que día con día van cobrando mayor importancia, se estima que para el año 2020 será el segundo motivo por el que la gente pierda años de vida saludable, esto en cuanto a la situación global, en cambio será la primera causa en los países desarrollados (Belló, 2005)

En el 2002 la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en una población urbana de 18 a 65 años de edad, refiere que los trastornos depresivos se encuentran en tercer lugar en frecuencia en relación a los demás trastornos investigados, la prevalencia resultó ser del 9.1%, es decir, que este porcentaje de la población a cursado por lo menos una vez en su vida con este trastorno (Medina-Mora y cols. 2003). En otro estudio realizado en la ciudad de México se encontró

prevalencia de episodios depresivos durante la vida de 8.3%, con un claro predominio en las mujeres (Caraveo y cols, 1997)

La prevalencia de la depresión en el país en la población adulta el año pasado fue 5.8 % de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión, la cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2005).

Historia

El término *melancolía* es la primera alusión científica a la depresión, Hipócrates (460-337 a.C.) fue el primero en mencionarla concediéndole un origen natural, en donde la bilis negra era el agente causal. Posteriormente a mediados del siglo I, Areteo de Capadocia relató la sintomatología de la manía la melancolía y además vislumbró una conexión entre ambos estados (Ayuso, 1981; Ortiz-Tallo 1997). Para Galeno existen tres formas distintas de melancolía, una localizada en el encéfalo, otra que además del encéfalo se extendía a todo el organismo y la última localizada en el aparato digestivo pero que irradia por acción de vapores al encéfalo (Vallejo, 1990; Ayuso, 1981; Ortiz-Tallo 1997).

Durante la edad media, filósofos destacados, como Santo Tomas de Aquino sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias ancestrales, hasta que Robert Burton (1577-1640) facilitó la identificación de los estados depresivos, manteniendo una etiología multifactorial para la melancolía, reconociendo la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales (Calderon, 1999; Ayuso, 1981).

En la ilustración la definición que prevalece es fundamentalmente intelectual: la melancolía es la dominación excesiva que ejerce sobre la mente una idea exclusiva (Ayuso, 1981).

Para el siglo XIX Emil Kraepelin (1855-1926) considerado el padre de la Psiquiatría moderna estableció la diferencia entre la paranoia, la psicosis maniaco depresiva y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia. Le dio gran importancia a la observación longitudinal de los pacientes, de forma que para el diagnóstico se considera determinante la evolución y el curso de los síntomas, se llegó a considerar los síntomas psicóticos como parte de la psicosis maniaco depresiva, por lo que consecuentemente se propuso la denominación de psicosis afectivas endógenas a lo

que le siguieron términos como psicosis ciclotímica, distimia vital, curso fásico llegando a una confusión en donde hacia falta aclarar la distinción entre tristeza normal y depresión por lo que en el siglo XX se intenta reivindicar el concepto clásico de melancolía y se propone utilizar el término de depresión como sinónimo de tristeza para designar la respuesta emocional que se asocia al proceso de adaptación a las situaciones de estrés y frustración, reservando la expresión melancolía para los estados más prolongados de profundo descenso del humor que acompaña al síndrome de depresivo (Calderón, 1999; Ayuso, 1981; Ortiz-Tallo 1997).

Biología de la depresión

El cerebro es un órgano de difícil estudio por su extraordinaria complejidad. Existe evidencia de que la depresión puede acompañarse directa o indirectamente por cambios en las funciones del cerebro, aunque puede desarrollarse por diversas razones.

Se han realizado múltiples estudios que relacionan la depresión con su biología. Entre ellos se encuentran estudios en familias, niños adoptados, gemelos idénticos; estudios hormonales como, hormonas tiroideas, hormonas adrenales, hormonas del estrés y sexuales (Kramlinger, 2001).

Una técnica empleada en este tipo de estudios es la imagenología del cerebro, ésta ha permitido ver lo que ocurre en el cerebro en los periodos depresivos. Otra de las técnicas especializadas que se emplean es la tomografía por emisión de positrones (PET) que ayuda a visualizar los cambios de la actividad cerebral en los periodos de depresión y los periodos donde la depresión esta ausente. Uno de los hallazgos que se demostraron gracias a estas técnicas es que las personas con depresión tienen menos actividad en el cerebro en ciertas regiones que las personas no deprimidas.

El cerebro cuenta en todas sus regiones con haces nerviosos que conectan a una estructura con otra, es decir, es un complejo sistema de líneas de transmisión. Los extremos de estos haces contienen neurotransmisores que funcionan como mensajeros de datos entre las células nerviosas (neuronas) las células nerviosas liberan neurotransmisores en un pequeño espacio (sinapsis) y el neurotransmisor se une a un receptor en la célula nerviosa que recibe.

Actualmente se sabe que los niveles de norepinefrina y serotonina tienen un papel importante en la forma en la que se reacciona a los eventos de la vida cotidiana. Aunque en las primeras investigaciones se creía que el neurotransmisor implicado en la depresión era la norepinefrina, sin embargo se concluyó en que la depresión se debía a niveles bajos de este neurotransmisor.

Los cambios en la actividad cerebral que se dan en la depresión tienen muchos factores, así pues, pueden estar relacionados los genes que se heredan, en trastornos médicos, en trastornos que afecten la función hormonal, como las enfermedades de las glándulas tiroideas y suprarrenales o cambios en la producción de hormonas sexuales. Un ejemplo muy claro de como contribuyen los cambios en la actividad cerebral para la presencia de una depresión es el estrés, cuando este fenómeno es muy severo o constante ocurren cambios en dicha actividad cerebral, incluyendo partes del hipotálamo, de la glándula pituitaria y de las glándulas suprarrenales (Kramlinger, 2001).

La comunicación entre las células cerebrales se da por medio de mensajes químicos, este proceso se lleva a cabo por una célula nerviosa que comunica y otra que recibe mediante los siguientes pasos: los paquetes celulares liberan mensajes químicos (neurotransmisores) en un espacio (sinapsis) entre las células; en seguida un neurotransmisor es atraído en la sinapsis y se une a un receptor de la célula nerviosa que recibe; cuando se completa la comunicación, el neurotransmisor regresa a la sinapsis; el neurotransmisor permanece ahí hasta que penetra de nuevo a la célula nerviosa que envía, a lo que se le llama recaptura; y finalmente el la célula vuelve a su estado inicial para esperar ser utilizada nuevamente o se degrada por enzimas monoaminooxidasas (Calderón, 1999; Kramlinger, 2001).

Causas de la depresión

La depresión es un trastorno que tiene múltiples causas, algunas con más influencia que otras, todo depende del cuadro. El tipo de depresión dependerá del predominio del estado constitucional o de los factores ambientales que son en todos los casos mutuamente complementarios. Las causas de la depresión se dividen en genéticas, psicológicas, y sociales, que se señalan a continuación.

Cuando un gen no da las instrucciones correctas para el funcionamiento de las células se tiene susceptibilidad hereditaria a una enfermedad, lo que puede hacer a una persona más vulnerable a la enfermedad, tanto como a la gravedad y curso de la misma.

Los factores genéticos solos no bastan para que se desarrolle una enfermedad. En el caso de la depresión el riesgo de una persona con una herencia con tendencia a padecerla depende no sólo de un gen sino de la interacción de varios genes. Muestra de esto son los estudios que se han realizado, en los cuales demuestran que los gemelos idénticos tienen tasas más elevadas de presentar ambos una depresión que los que son gemelos fraternos, ya que los primeros comparten los mismos genes y los segundos no, cuando un gemelo idéntico presenta depresión sólo en 40% de los casos el otro gemelo lo presenta, lo cual indica que otros factores como el estrés o la enfermedad desempeñan un papel importante. También se ha visto que los niños adoptados sin antecedentes biológicos de depresión tienen menos posibilidades de desarrollarla que los niños adoptados con una historia familiar de depresión (Kramlinger, 2001).

En la génesis de la depresión pueden intervenir causas psicológicas, en los primeros años de vida los factores emocionales son de suma importancia, se aprenden con la relación y dependencia con los integrantes de la familia

Según Calderón (1999) las causas psicológicas se dividen en determinantes y desencadenantes. Las determinantes se derivan de conflictos y actitudes afectivas que aparecen desde la niñez, se deben relacionar los síntomas del enfermo con alguna situación problemática que no fue resuelta durante la infancia. Es frecuente que durante la infancia se presenten algunos trastornos como sonambulismo, terrores nocturnos, enuresis, berrinches temperamentales, fobias y timidez, entre otros, que se conceptúan como problemas de personalidad y de conducta. Probablemente estas manifestaciones deban considerarse como signos de conflictos específicos y de factores situacionales que han producido angustia.

Por otro lado en las causas sociales los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Durante siglos los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos, con la vida urbana se han encontrado en ellos un apoyo contra estados emocionales

disruptivos; sin embargo, en la actualidad la desintegración de estas fuentes de apoyo es característica, encontrando desintegración de la familia, disminución de apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos con los vecinos, migraciones e incremento de la violencia y la delincuencia (Calderon, 1999)

Existe una enorme diversidad del fenómeno depresivo, que se manifiesta de muy distintas formas en las diferentes personas que lo sufren. Esta diversidad se da no solo en los síntomas o alteraciones que llevan a un diagnóstico de depresión, sino también en la duración, la intensidad, el grado en el que interfiere en la vida de esa persona. A esto se le añade que la depresión aparece en un individuo concreto, singular, único. Con sus determinadas características.

Funciones de la depresión

En el tema de la depresión se pueden encontrar las causas, los síntomas, los tipos, pero también las funciones, es decir, la depresión trae consigo ciertos beneficios a las personas que la padecen, lo que podría traducirse a las funciones de la depresión.

Primeramente está la tristeza, síntoma fundamental de la depresión que se da ante una situación que se desearía no hubiera pasado o que se considera contraproducente, esta emoción puede utilizarse como una motivación para solucionar el suceso no deseado. Una de las funciones de la tristeza es que despierta ante los demás respuestas de cuidado y preocupación, lo cual puede llegar a ser de cierta forma una ventaja. Algunas veces puede ser más bien una forma de expresar la inconformidad ante una situación, sobre todo cuando no se tiene otra manera de hacerlo.

La depresión trae consigo un periodo de inactividad que le da a la persona deprimida la posibilidad de tener un periodo de adaptación, en el cual puede metabolizar y digerir las pérdidas o cambios, en este periodo es posible alejarse un poco de la realidad y así evitar de alguna manera el surgimiento de nuevos motivos de tristeza que le provocaría un daño mayor, lo cual indica una función de protección y a la vez permite evitar responsabilidades que no se desean o que no se desean cumplir (Kramlinger, 2001).

En la depresión el autoconcepto es negativo, que podría traducirse a un pesimismo defensivo, es decir, se evita cualquier esfuerzo mental para no cambiar las creencias que se tienen sobre el mundo, pues si éstas cambian se corre el riesgo de sufrir

nuevas desilusiones o decepciones. La depresión ocasiona que la persona se encuentre bloqueada, evitando así la toma de decisiones y facilitando la justificación de los fracasos (Hernangomez, 2000).

Tipos de depresión

Las clasificaciones más comunes en la actualidad son:

Una primera clasificación es la depresión endógena y la exógena o reactiva. La depresión exógena es aquella que parece ser el resultado de un acontecimiento de la vida, esta clasificación es poco usada. Se le ha llamado depresión endógena a los cuadros depresivos que tienen aparentemente un origen biológico por presentar más síntomas físicos y tiene mayor riesgo de recaídas, una característica de esta depresión es que responde muy bien al tratamiento farmacológico, esta clasificación se utiliza básicamente para resaltar que los síntomas predominantes que se presentan son físicos, sin embargo no dice la causa de la depresión. Esta clasificación procede de un intento por aclarar el origen de las depresiones (Hernangomez, 2000).

La depresión bipolar y la unipolar son otra forma de clasificar a la depresión. Recibe el nombre de trastorno bipolar, depresión bipolar o psicosis maniaco depresiva cuando el paciente además de la depresión o del ánimo sumamente bajo presenta etapas de manía o hipomanía, ánimo demasiado elevado, con síntomas totalmente diferentes a los de la depresión. El contrario de este tipo de depresión es la que se centra en el ánimo triste, sin poder disfrutar las cosas, estas características corresponden a la depresión unipolar.

Una última clasificación, es la que considera a este trastorno como una depresión psicótica o como una depresión neurótica. La primera se refiere a depresiones con mayor gravedad o con síntomas considerados como psicóticos. El lado contrario es la depresión neurótica en la que se incluyen las depresiones ligeras o estados depresivos crónicos

Depresión mayor

Para que se pueda hablar de depresión mayor es necesario que el padecimiento tenga un periodo de por lo menos dos semanas, en este periodo la persona presente ánimo depresivo, anhedonia y en general problemas que interfieran importantemente en su vida. Este no tiene una edad específica en la que se desarrolle, aunque la edad media

de inicio se encuentra a los 35 años, edad que ha ido disminuyendo en generaciones más jóvenes. Generalmente el cincuenta por ciento de las personas que sufren este trastorno en algún momento de su vida lo vuelven a sufrir en otro momento (Hernangomez, 2000).

Distimia

La distimia es un episodio menos grave que el depresivo mayor, es un tipo de depresión leve y crónica. La distimia afecta principalmente en la autoestima y la seguridad de las personas, no permite que se desarrollen capacidades sociales e interpersonales. Este trastorno se puede confundir con como un tipo de personalidad melancólica, poco asertiva e incluso irritable, incluso se ha tomado como una manera de ser que inicia en la niñez o adolescencia y permanecía a lo largo de la vida (Quinn, 2003)

Lo que distingue entre la distimia y el trastorno depresivo mayor es la duración y los síntomas más leves tanto en número como en intensidad. El trastorno distímico puede iniciarse en la infancia o la adolescencia y es favorecida por acontecimientos vitales (crisis, pérdida, problemas vitales crónicos) y responde adecuadamente al tratamiento farmacológico y psicológico (Hernangomez, 2000).

Trastorno bipolar

Es un trastorno que se caracteriza por presentar episodios de manía o hipomanía acompañados con episodios de depresión mayor

Ciclotimia

La ciclotimia es un trastorno bipolar, que consiste en estados o episodios de un bajo nivel de depresión mezclados con hipomanía ligera. La ciclotimia con frecuencia se inicia con estadios depresivos en la infancia o la adolescencia; con cambios de ánimo súbitos que al parecer provienen de la tristeza. Se trata de “altibajos” del estado de ánimo de una forma más suave pero más constante que en el trastorno bipolar. Se ha llegado a confundir con “la forma de ser” de la persona, se trata de alguien con un estado del humor inestable puede extenderse durante toda la edad adulta, desaparecer temporal o permanentemente, o evolucionar a alteraciones más graves como el trastorno bipolar o la depresión. En más de la mitad de los casos en que se padece ciclotimia se desarrolla un tipo de trastorno bipolar grave caracterizado por cambios anímicos acentuados y extenuantes (Quinn, 2003; Hernangomez, 2000).

Clasificación según el DSM-IV-R

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado (DSM-IV-R) La sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo; los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de episodios afectivos.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej; trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (p.ej; trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados con la presencia (historia) de episodios depresivos mayores.

Según el DSM IV-R el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej; al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañado por la menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos periodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos.

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (American Psychiatric Association, 2004)

Tipos de tratamiento

La depresión es tratable y a menudo tiene buenos resultados. Se puede volver a la vida productiva cuando se ofrece y se sigue un tratamiento adecuado para la depresión, cerca de 8 de cada 10 personas con depresión mejoran.

Cuando se sospecha de la existencia de depresión es de suma importancia tomar medidas precisas para tratar la enfermedad. Cuando la depresión no se trata (atiende) de manera oportuna aumenta el riesgo de aparición de otros problemas de salud, aun tratándose de un grado leve de depresión se puede asociar con un mal funcionamiento físico y social, además de que se incrementa el riesgo de depresión en el futuro e intentos de suicidio (Kramlinger, 2001).

Actualmente se ofrece un panorama amplio en cuanto al tratamiento de la depresión de manera eficaz. Se puede dividir a los tratamientos en dos tipos: biológicos y psicológico y psicoterapéuticos. Los biológicos se centran en el uso de fármacos, provocando cambios en el organismo que alivian los síntomas depresivos. Los segundos facilitan cambios en los pensamientos, sentimientos, conductas o personalidad del paciente que pudieran estar interviniendo en la depresión. El tratamiento puede ser de un tipo (biológico o psicológico) o una combinación de ambos, la elección dependerá de la valoración realizada por el profesional de la salud que tomará en cuenta diferentes aspectos como la gravedad, tipo y curso del trastorno depresivo, las características de personalidad, otros aspectos problemáticos y preferencias (Hernangomez, 2000).

Tratamientos biológicos

Psicofármacos

Hay algunos trastornos en donde el tratamiento farmacológico es necesario como puede ser en los trastornos bipolares, las depresiones con síntomas psicóticos y aquellos en donde los pacientes presentan grave riesgo de suicidio, aunque esto no sustituye la necesidad de recibir psicoterapia o apoyo y consejo psicológico.

Existe una continua investigación en esta área que provoca la aparición constante de nuevos fármacos, entre ellos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son los que más se emplean debido a su eficacia.

Por lo general se valora por qué tipo de vías se puede tratar la depresión, si ésta no es causada por una enfermedad médica y posteriormente se realiza la prescripción. Generalmente después de 3-4 semanas pueden ser percibidos los efectos positivos. Normalmente, a las 14 semanas ya ha remitido claramente la depresión y si a las 6 semanas no se ven efectos, se puede plantear un cambio de fármaco o añadir otros para potenciar el efecto. No siempre se responde positivamente al primer antidepresivo, aproximadamente el 30% de los pacientes no lo hacen y entre el 10-15% de las depresiones presentan resistencia a los fármacos.

Existe un riesgo importante de recaída entre los primeros 4-6 meses después de que desaparecen los síntomas, ésta se puede reducir y prevenir si permanece la medicación antidepresiva más allá de este plazo de tiempo.

Terapia Electroconvulsiva (TEC)

En la terapia electroconvulsiva se realiza en el cerebro la aplicación controlada de electrochoques, permaneciendo el paciente bajo anestesia. Se lleva a cabo en personas que presentan depresión grave y que no han mostrado mejorías con otros tratamientos antidepresivos, se ha demostrado su eficacia en el alivio de síntomas de algunos trastornos afectivos. Se ha trabajado para que este tratamiento no resulte aversivo para los pacientes por lo que en la actualidad siempre se administra anestesia y un relajante muscular. Entre los efectos secundarios en pacientes que han recibido este tratamiento no se han demostrado lesiones cerebrales pero se ha visto que en ocasiones conlleva a pérdida de la memoria por un periodo corto sobre todo en los pacientes ancianos (Hernangomez, 2000).

Tratamientos psicológicos

Una psicoterapia es un tratamiento que intenta promover cambios en los sentimientos, pensamientos, actitudes y conductas del paciente que le generan malestar. Estos cambios se llevan a cabo por medio de la comunicación verbal y no verbal, apoyada de técnicas que corresponda al enfoque empleado por el psicólogo

Terapia de conducta

La terapia de conducta como su nombre lo dice se centra en el tratamiento en la conducta del paciente y ubica el origen de la depresión en la ausencia o pérdida de experiencias positivas y/o un predominio de experiencias negativas. Se interesa principalmente en enseñar al paciente habilidades para aumentar las actividades

agradables y disminuir las desagradables, habilidades sociales, solución de problemas y autoestima. Se apoya de tareas para casa, y el número de sesiones es alrededor de doce ya sea semanal o quincenal.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva se centra en las cogniciones o pensamientos del paciente, sitúa el origen de los síntomas depresivos en los pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro, considera que la manera en que nos sentimos y comportamos es consecuencia directa de nuestros pensamientos.

Se interesa principalmente en enseñar al paciente a identificar, examinar y sustituir los pensamientos distorsionados por otros más realistas y modificar las interpretaciones de un modo depresivo de todas sus experiencias, Al igual que en la terapia de conducta se piden tareas para casa, el número de sesiones varía entre quince a veinte. Tiene la característica de que fue desarrollada específicamente para el tratamiento de la depresión (Hernangomez, 2000).

Terapia interpersonal (TIP)

La TIP tiene como prioridad las relaciones interpersonales del paciente depresivo. Acepta que el origen de la depresión puede ser debido a diversos factores pero otorga mayor importancia a la relación entre la aparición de síntomas depresivos y los problemas interpersonales. Se interesa principalmente en la mejoría de las formas actuales de relación y de comunicación del paciente con las personas de su entorno. En su origen fue desarrollada para el tratamiento específico de los trastornos depresivos, lo que puede aumentar su eficacia.

Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC considera que la depresión es consecuencia de premisas o pensamientos automáticos e incuestionables sobre uno mismo, otros y el futuro. El terapeuta se centra en tratar que la persona reconozca la confusión existente en sus ideas y sus errores cognoscitivos, para que posteriormente lleve a cabo un análisis racional de los hechos, también se realizan experimentos conductuales para modificar conductas vinculadas con la depresión.

La TCC se centra en los problemas del aquí y el ahora. Aunque durante el tratamiento el terapeuta intentará que el paciente comprenda y modifique premisas arraigadas acerca de su persona y el mundo, se trata de una terapia con un alto grado de estructura (Hernangomez, 2000).

Terapias sistémicas

En la terapia sistémica se le ofrece importancia a los sistemas humanos, concibiendo como sistema la unidad (social y emocional) compuesta por dos o más personas que se relacionan entre sí, se interesa principalmente en la comunicación, verbal o no verbal. Una diferencia importante es que propone que cuando un miembro de la familia presenta el síntoma o problema es sólo una expresión de que algo "funciona mal" en el sistema familiar.

Su interés principal no es reducir los síntomas sino modificar las maneras de relacionarse dentro del sistema familiar que resultan perjudiciales. También se piden tareas como en otros tratamientos anteriores y el número de sesiones suele ser menor de veinte y la frecuencia acostumbra a ser mensual.

Terapias psicodinámicas

Las terapias psicodinámicas son conformadas por todas aquellas formas de psicoterapia que de alguna forma se derivan del psicoanálisis y que, por lo tanto, el inconsciente ocupa un lugar importante así como la infancia y la relación con los padres en la determinación de la personalidad y de los trastornos mentales (Hernangomez, 2000).

Psicoterapia psicoanalítica

Esta psicoterapia coloca el origen de la depresión en deseos infantiles de afecto y reconocimiento que no fueron satisfechos por parte de los padres y de la complicación del niño para determinar la infelicidad de sus padres, esto da como resultado sentimientos de culpabilidad y vergüenza, una autoestima baja además de una sensación de vacío y rabia por las necesidades que no fueron satisfechas. En esta terapia el número de sesiones es indefinido (Quinn, 2003).

Depresión asociada a otras enfermedades

Alzheimer: El Alzheimer produce una alteración neurodegenerativa que generalmente hace su aparición a partir de los 65 años, aunque también existe en personas más jóvenes. Entre los enfermos de Alzheimer uno de cada diez pacientes padece depresión mayor, y entre un 30% y 40% llegan a sufrir depresiones de menor gravedad o ciertos síntomas depresivos. Al inicio de la enfermedad la depresión provoca una reducción en la claridad de pensamiento y en el cumplimiento de las tareas diarias. Así mismo hay mayor probabilidad de cambios en el comportamiento, como pudieran ser inquietud y agresión.

El Alzheimer y la depresión aparecen juntas en los adultos de edad avanzada, con la administración de medicamentos antidepresivos se muestran signos de mejoría lenta. La administración de estos medicamentos llega a reducir los cambios en el comportamiento (inquietud y agresión).

Diabetes: Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión. Mientras en la población general la depresión afecta entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, en la población diabética esta cifra aumenta hasta 33%. Se sabe que el padecimiento de cualquier enfermedad crónica aumenta el riesgo de aparición de la depresión, en el caso de la diabetes la correlación es particularmente alta debido a que existe un gran número de complicaciones de este padecimiento, y al cambio en el estilo de vida que tienen que llevar a cabo las personas que la padecen (Antonini, 2006).

Cáncer: En el caso de los pacientes con cáncer la depresión afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes. Una parte crucial en el tratamiento del paciente es el poder reconocer la presencia de la depresión para así lograr establecer el tipo y grado de intervención adecuada, que podría variar desde una consejería leve, la inclusión en algún grupo de apoyo, medicación o psicoterapia.

Por otro lado se debe tener atención y cuidado en el momento de revelar el diagnóstico ya que algunas personas pueden tener más dificultad para asimilar el diagnóstico de cáncer que otros y variarán en la forma de responder al mismo.

Infarto de miocardio: La intervención del psicólogo en pacientes que han sufrido un episodio agudo coronario es de suma importancia. Por un lado, porque en gran medida se trata de personas con un patrón de conducta conocida como tipo "A", que

se caracteriza por una tendencia a la competitividad, obsesión con respecto al tiempo y a la puntualidad, una baja tolerancia a la inactividad y, sobre todo, con una faceta tan negativa como la hostilidad, todo lo que conlleva a que sean sujetos con alta exposición a estrés psíquico. Por otro lado, la aparición de un evento coronario agudo da como resultado efectos devastadores en el estado de ánimo de las personas que lo sufren, pues muchas de ellas son personas que se consideran sanas y no esperan ser víctimas de un infarto, además de que a partir de ese momento tienen que someterse a terapias médicas que pueden resultar sumamente agresivas. Esto hace que con frecuencia estos pacientes presenten trastornos depresivos en diferentes grados. La aparición de depresión mayor después de un infarto de miocardio es un factor de riesgo importante de muerte en los seis primeros meses. Es recomendable el control de estos pacientes por el psiquiatra ya que pudiera haber efectos secundarios en el ámbito cardiaco de los fármacos antidepressivos (Antonini, 2006).

VIH/SIDA: En el caso de los pacientes infectados por VIH aproximadamente el 85% presenta algún síntoma de depresión en el transcurso de su enfermedad. Se puede dificultar el reconocimiento y diagnóstico de depresión en pacientes con VIH debido a factores apropiados con relación a la enfermedad como puede ser tristeza pues la enfermedad amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, además de otras reacciones psicológicas. También se deben tomar en cuenta otros diagnósticos como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al VIH, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC (Antonini, 2006).

Con respecto a la ideación suicida en pacientes con VIH ésta debería ser vista como un signo de enfermedad depresiva y no como una reacción comprensible o normal frente al hecho de tener una enfermedad fatal y estigmatizante, clínicamente, en pacientes con VIH se incluyen como factores de riesgo suicida los siguientes: episodio actual o pasado de depresión mayor, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, aislamiento social, percepción de carencia de sostén social, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno de personalidad, problemas interpersonales o laborales relacionados al VIH, y duelo complicado (Fernández, 2002).

CAPITULO 2 DEPRESIÓN INFANTIL

Durante mucho tiempo se ha negado la existencia de la depresión en niños, ésta se trata de una emoción negativa que impide a las personas que la sufren disfrutar de la vida. Y aunque antes se negaba, ahora aún siendo difícil de entender y aceptar, se reconoce que la depresión incluye también a los niños, actualmente se ha demostrado la presencia de trastornos de carácter y de morbilidad y mortalidad en niños y adolescentes asociados los trastornos depresivos, lo que provoca preocupación pues antes sólo se reconocía su inicio en la edad juvenil. (American Psychiatric Association, 2000; Jellinek y Snyder, 1998; Barrio, 1997).

Se puede empezar definiendo la depresión infantil como un trastorno afectivo; el niño o adolescente que está en esa situación se siente triste, desganado, descontento de si mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello (Barrio, 1997).

Las instituciones nacionales como la Secretaría de Salud, ISSSTE, IMSS y el DIF coinciden en que la prevalencia de la depresión infantil es del 2% en la edad escolar y de 5 % a 8% en adolescentes, siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres (Castillo, 2007).

En Estados Unidos de América la prevalencia de trastorno depresivo mayor es aproximadamente de 1% en preescolares, 2% en escolares y 5 a 8% en adolescentes (Kovacs, 2001) Los pacientes con depresión pueden llegar al suicidio y en los últimos años se ha visto el incremento de esta patología como se puede apreciar en los datos estadísticos de EUA en los que se reporta cada año 5 000 jóvenes muertos por suicidio, siendo la tercera causa de muerte entre 15 y 24 años de edad y la cuarta entre 10 a 14 años, por cada suicidio ocurren 25 intentos de realizarlo, los varones comenten el 80% de los suicidios sin embargo las niñas tratan de suicidarse más frecuente 3:1, lo cual incrementa 5.1 a la edad de 15 a 19 años (Shugert y López, 2002).

Historia

Se puede decir que hasta hace pocos años se mantenía presente el mito del niño feliz. Se creía que los niños son seres alegres por naturaleza. Que a veces lloraban y se sentían tristes, pero que sólo eran estados normales para su edad. La existencia de la depresión infantil ha sido cuestionada y objeto de debate (Méndez, 1998). En su historia han sido cuatro las etapas por las que se ha pasado hasta la aceptación de lo que hoy conocemos como depresión infantil.

En una etapa inicial y por décadas la postura psicoanalítica tradicional de Freud predominó, siendo de cierto modo una influencia negativa. Se basaba en la negación de que los niños pudieran sentir depresión debido a que el desarrollo de su personalidad no era completo. Principalmente la estructura del *superyo* que se desarrolla en su plenitud hasta la adolescencia en un proceso lento que se lleva a cabo mediante la interiorización del niño de las normas paternas y los valores sociales, se trata de la conciencia moral de la persona, que le hace ver lo que está bien y lo que está mal. Por lo que para esta postura no puede existir la culpabilidad sin que esté completamente desarrollado el *superyo*; es decir, hasta la pubertad siendo esto de gran importancia ya que el sentimiento de culpa es trascendental en la depresión (Soutullo, 2005).

En una segunda etapa apareció lo que se conoció como depresión enmascarada; es decir, se reconocía la existencia de la depresión pero no como un trastorno específico; sino que los síntomas característicos se presentaban de una forma enmascarada; es decir, no de la manera habitual por lo que se decía que la depresión infantil aparecía con diferentes máscaras.

Posteriormente se reconoce la depresión infantil pero de una manera diferente a la depresión de los adultos. Con algunos síntomas parecidos a los de los adultos, pero con otros característicos de la infancia (Méndez, 1998).

En una última y cuarta etapa en 1975 la depresión en niños fue finalmente reconocida en una conferencia sobre depresión infantil celebrada en Washington. Se reconoce como un trastorno depresivo prácticamente igual al de los adultos pero con características que varían con respecto a la edad ((Méndez, 1998; Soutullo, 2005).

Desde entonces algunos autores sugieren que los trastornos depresivos están aumentando en etapas tempranas de la vida o que realmente lo que ocurría es que no

se diagnosticaban (Perk y Goodyer, 2000). Además se han comenzado a identificar los factores que pudieran influir o estar asociados con la depresión infantil como podrían ser la edad, ya que se ha descubierto que en adolescentes es más frecuente que en niños pequeños, por otro lado también el sexo influye, pues previa a la adolescencia no hay diferencia, sin embargo, en la adolescencia las mujeres se deprimen con mayor frecuencia que los hombres (Kelleher, 1996). También se ha identificado como factor de riesgo la historia familiar o de enfermedad mental y factores ambientales como la muerte de un padre, la historia de abuso o negligencia, el padecimiento de enfermedades crónicas, alteraciones físicas, disgregación familiar, abuso de sustancias y problemas económicos (Shugert y López, 2002; Grey, Whittemore y Tamborlande, 2002).

Interpretaciones Etiológicas

Psicólogos y psiquiatras proponen diversos factores que expliquen la aparición de la depresión infantil; estos son factores biológicos, psicológicos y sociales. La explicación que de a la depresión el profesional de la salud será de acuerdo al marco teórico que maneje. Existen diferentes teorías psicológicas y biológicas que intentan explicar la depresión infantil, entre ellas las siguientes (Méndez, 1998; Barrio, 1997).

Psicoanálisis

Sostiene que la explicación básica de la conducta, sobre todo de las emociones perturbadas, ha de buscarse en los conflictos generados entre el inconsciente y los dictados de la razón. La existencia de niños deprimidos, según esta concepción, se explica debido a la pérdida de la autoestima (la pérdida del yo), y principalmente a la pérdida del objeto bueno; es decir, la madre. Esta pérdida se refiere a todas las formas posibles de distanciamiento como puede ser la muerte, separación o rechazo. Frente a la pérdida, los niños interiorizan los sentimientos negativos que primariamente deberían ir dirigidos hacia el objeto perdido, y comienza entonces la pérdida de la autoestima, el autocritismo y la depresión. Se puede resumir que para la concepción psicoanalítica la pérdida es la principal explicación (Barrio, 1997).

Modelo Conductual

Supone que la conducta es una actividad frente al medio cuya probabilidad de aparición se incrementa o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que ocasiona al sujeto que la lleva a cabo. Esta secuencia de aprendizajes es adaptativa, sin embargo, puede producirse un desajuste en el proceso de su adquisición que lleve a desarrollar conductas patológicas (Barrio, 1997).

Modelo Cognitivo

Se considera que la base de la depresión es la distorsión de la forma de pensar de algunas personas, que pueden cambiar los acontecimientos positivos en negativos, los sentimientos de tristeza dependerán más que de los sucesos en sí, de la interpretación que se haga de ellos, generando esquemas cognitivos inadecuados, cuando ocurren circunstancias similares los esquemas se activan y aparece la triada cognitiva de la depresión, consistente a la visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (Mendez, 1998).

Modelo Socioambiental

La depresión desde la perspectiva socioambiental se debe a una relación negativa con el entorno, el ambiente influye decisivamente en el estado de ánimo, debido a una baja en la tasa de reforzamiento positivo, el cual se explica por tres razones: los eventos sumamente reforzantes son escasos, las habilidades del niño para obtener reforzadores no son muy adecuadas y finalmente el ambiente dispone de escasos reforzadores. Puede suceder que el ambiente sí proporcione los reforzadores pero que el niño sufra alguna deficiencia que haga que disminuya su capacidad para disfrutarlos.

La depresión puede aparecer por una alta tasa de castigo o estimulación aversiva. Generalmente los niños que tienen una elevada sensibilidad ante situaciones negativas o cuentan con pocas habilidades para enfrentarlas se sienten desdichados. La depresión se dará entonces cuando aparezcan en la vida de un niño más experiencias negativas y menos reforzamientos positivos. No obstante, la depresión se desencadena frecuentemente coincidiendo con cambios bruscos (Méndez 1998).

Teoría Biológica

Desde esta perspectiva la depresión infantil tiene un origen físico. Se han estudiado alteraciones neurohormonales, principalmente las concentraciones de cortisol, tiroxina, melatonina, de la tasa de secreción e la hormona de crecimiento e incluso de algunas alteraciones estructurales de los ventrículos. Además, se ha visto que existe una diferencia entre la depresión adulta y la depresión infantil, en el caso de los adultos aparecen movimientos oculares rápidos (REM) y con los niños deprimidos no ocurre o mismo (Barrio, 1997).

Clasificación

Según Méndez (1998) la depresión infantil se clasifica dependiendo de los criterios empleados, surgiendo así cuatro clases:

- 1) Según su naturaleza, puede ser primaria o secundaria, se le llama primaria si en el niño es el principal trastorno y secundaria cuando se trata de una consecuencia, como puede ser una enfermedad médica o psicológica.
- 2) Según su complejidad, en este sentido se clasifican en unipolar cuando se trata solo de la depresión o bipolar cuando hay presencia de fases de manía y alterna con fases de depresión.
- 3) Según su severidad, cuando se manifiestan los requisitos del trastorno se habla de depresión mayor y cuando no cumplen con los criterios diagnósticos pero el ánimo depresivo persiste en menor gravedad se habla se distimia.
- 4) Según su origen, es endógena o exógena. Endógena cuando el origen es interno y exógena cuando el origen es una respuesta a un evento externo negativo.

Los síntomas en consenso reconocidos por las mayoría de los expertos para la depresión infantil son: baja autoestima, cambios en el sueño y pérdida del apetito y del sueño, aislamiento social hiperactividad y disforia. Aunque se pueden listar cuarenta síntomas diferentes. A continuación de mencionarán algunos de ellos, agrupados en diferentes áreas (Barrio, 1997).

Emocionales:

- Tristeza
- Pérdida de disfrute
- Ausencia de Interés
- Cambios bruscos de humor
- Falta de sentido del humor
- Desesperanza
- Irritabilidad
- Lloros excesivos
- Ausencia de interés por las cosas

Motores:

- Inexpresividad
- Hipoactividad
- Letargo
- Enlentecimiento motor
- Hiperactividad

Cognitivos:

- Falta de concentración
- Pérdida de memoria
- Pesimismo
- Desesperanza
- Indecisión
- Sentimientos de culpa
- Baja autoestima
- Ideas de suicidio
- Pensamientos morbosos
- Descenso del rendimiento

Sociales:

- Aislamiento
- Soledad
- Retraimiento
- Incompetencia social

Conductuales:

- Protestas
- Riñas
- Desobediencia
- Rabietas
- Indisciplina escolar
- Delincuencia
- Droga
- Piromanía

Psicosomáticos:

- Enuresis
- Pérdida de energía
- Sentimientos de fatiga
- Pérdida de peso
- Dolores múltiples
- Pesadillas
- Cambios en el sueño y apetito

Evolución de la depresión con la edad

La depresión puede aparecer en cualquier etapa de la vida y aunque el trastorno es el mismo en niños y adolescentes presenta diferencias debido a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que aparecen de acuerdo a la edad; en la infancia las reacciones psicofisiológicas y motoras son las de mayor manifestación, así como en la adolescencia son las respuestas cognitivas. Por otro lado los acontecimientos cobran diferente importancia según la edad, siendo el primero el contexto familiar posteriormente la escuela y por último las relaciones interpersonales.

La depresión infantil según grupos de edad. Las casillas en blanco significan ausencia de variaciones significativas (Méndez 1998).

C A R A C T E R I S T I C A S		Niños pequeños (menores de 6 años)	Niños mayores (6-12 años)	Adolescentes (13-18 años)
	1. Humor	Irritabilidad: rabietas, conducta destructiva. Variabilidad. Tristeza	Tristeza	Tristeza Variabilidad Irritabilidad: mal humor, ira, rebeldía
	2. Interés	Menos juego con amigos	Aburrimiento	Pasotismo
	3. Alimentación	Rarezas: aprensión. Problemas con comidas. Pérdida de apetito. No ganancia de peso. Pérdida de peso. Engullir		Pérdida de apetito Ganancia de peso lenta Pérdida de peso Comer en exceso Obesidad
	4. Sueño	Pesadillas. Terrores nocturnos Resistencia a irse a la cama Insomnio intermedio		Insomnio Hipersomnia
	5. Movimientos	Menos actividad física: correr, trepar, montar en bici.	Hipomotilidad. Agitación	
	6. Energía			Cansancio Fatiga Falta de energía
	7. Autoestima preocupaciones sentimientos	“Tonto” preocupación por el castigo preocupación por el fracaso	Baja autoestima Autodesprecio Autoagresividad Autocrítico Sentimiento de culpa	Preocupación imagen corporal Baja autoestima Autodesprecio
	8. Déficits cognitivos		Problemas atencionales	Menos pensamiento abstracto Indecisión
	9. Muerte/Suicidio	Autoagresiones: cabezos, arañazos, tragarse objetos... Mayor riesgo de lesiones	Ideas, planes, intento de suicidio	Ideas, planes, intentos de suicidio Suicidios violentos

Historia

A lo largo de la historia han surgido en el campo epidemiológico muchas enfermedades infecciosas como es el caso del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Desde su aparición a la fecha el estudio del VIH ha llevado a diversas reacciones sociales, económicas y médicas, debido a que estaban ante un padecimiento nuevo con un avance rápido y letal que demandaba una explicación y tratamiento a las personas infectadas.

Alrededor de 1980 ocurría un suceso nuevo y era el elevado índice de personas que presentaban síntomas poco frecuentes y que llamaban mucho la atención. En los Ángeles el doctor Joel Weisman identificó en sus pacientes aumento del síndrome mononucleico, adelgazamiento, tumefacciones linfáticas, lapsos febriles, además de diarrea y algodoncillo oral y anal, todos eran jóvenes que pertenecían al movimiento gay. El doctor Michael Gottlieb relacionó uno de estos casos con una observación suya en otro paciente con síntomas similares y descubrió que ambos presentaban una disminución del número de linfocitos, ambos fueron diagnosticados con neumonía por *Pneumocystis* y tenían en común además que eran homosexuales. Weisman sospechó entonces de un ataque al sistema inmunológico. Para mayo de 1981 el número de pacientes con estas características había aumentando, lo que provocó que se diera una alarma discreta y para junio de este mismo año la CDC (Centers for Disease Control de Atlanta) publicó el primer anuncio oficial (Grmek, 1992).

Por otro lado en 1980 en Nueva York se identificó un caso de una persona joven y también homosexual con síntomas de agotamiento, adelgazamiento, periodos febriles y enlentecimiento del organismo pero sin signos específicos y además aparecieron casos severos de neumonía por *Pneumocystis* y sarcoma de Kaposi, este último diagnosticado por primera vez en San Francisco en 1981. La neumonía por *Pneumocystis* y el sarcoma de Kaposi eran dos enfermedades raras y más aún en pacientes jóvenes. Alvin Friedman-Kien realizó una síntesis de lo sucedido en Nueva York y San Francisco para la CDC.

El doctor James Curran se dio a la tarea de investigar si existía alguna relación entre las observaciones de los doctores Gottlieb y Friedman-Kien y encontró que el sarcoma de Kaposi, la neumonía por *Pneumocystis*, el algodoncillo y toxoplasmosis eran expresiones clínicas que pertenecían a una sola enfermedad que solo la presentaban los homosexuales (Grmek, 1992).

Antes del segundo comunicado de los CDC, un día antes, el 3 de julio de 1981 en el *New York Times* apareció una publicación con el nombre "Cáncer raro observado en 41 homosexuales" escrita por el cronista médico Lawrence Altman que contenía lo principal del informe epidemiológico oficial y las declaraciones de los doctores Friedman-Kien y Curran, por medio de esta publicación la población no médica supo por primera vez la existencia de este nuevo padecimiento. Desde ese momento se le llamó "Cáncer Gay" a lo que la comunidad homosexual respondió negando la existencia del mismo o su relación con el coito anal, planteando que la causa podría ser el haber comido o bebido algo, falta de higiene o por haber respirado algo extraño y que esto se demostraría posteriormente. Mientras tanto Friedman-Kien ya tenía en mente una hipótesis viral, que James Curran no compartía. Para finales de 1981 la CDC concluyó que se trataba de un agente causal infeccioso y de una transmisión por vía sexual pero que aún no se contaban con pruebas irrefutables.

En 1982 la CDC nombró por primera vez a esta enfermedad como síndrome de inmunodeficiencia adquirida y se obtuvieron pruebas de su causa viral. Entre 1983 y 1984 se aisló, identificó y caracterizó el virus definido como causante del sida por tres grupos, uno de ellos el del National Cancer Institute con Gallo y su grupo, otro Montagnier y su colegas en el Pasteur Institute de Paris, en colaboración con la CDC y por último el grupo de Levy en California. Posteriormente apoyados por el National Committee of the Taxonomy of Viruses se formó un comité para acordar el nombre y en 1986 fue denominado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), nombre con el que se conoce actualmente. (Cohen y Dirham, 1994; Deudel y Montangier, 2002; Grmek 1992).

Definición

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus humano que contiene RNA. Es un microorganismo que se reproduce sólo en las células vivas y es capaz de fijarse en los linfocitos T4 o CD4 células pertenecientes al sistema inmune y que actúan como defensas, reproduciéndose dentro de ellas ocasionando su destrucción y con ello la producción de más virus debilitando así al organismo. La infección por VIH se considera la condición previa para desarrollar lo que se conoce como SIDA; sin embargo no todas las personas infectadas con VIH desarrollan SIDA.

El SIDA es una enfermedad, cuyo nombre es una sigla que hace referencia a cuatro palabras: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, es decir, que el SIDA es la presencia de signos y síntomas (Síndrome) causada por un deterioro (Deficiencia) en el sistema de defensas orgánicas compuestas por leucocitos o glóbulos blancos de la sangre (Inmune) que no es hereditaria y que se transmite por medio de un virus (Adquirida). (Luque 2001)

Epidemiología

Según CENSIDA diariamente se infectan por el VIH cerca de 11 mil personas, en el 2006 el SIDA causó 2.9 millones de muertes y ONUSIDA estimó que a nivel mundial en este mismo año existían 39.5 millones de personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), 37.2 millones eran adultos, 17.7 millones mujeres, y 2.3 millones menores de 15 años, desafortunadamente 40% de los nuevos casos de infección se han dado en jóvenes de entre 15 y 24 años

La segunda región más afectada por la epidemia del SIDA es el Caribe, después de la África subsahariana En América Latina la epidemia se mantiene estable; con niveles de infección elevados entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), el comercio sexual, y con brotes del virus entre los consumidores de drogas inyectables; asimismo, la proporción de mujeres que viven con el VIH continúa creciendo.

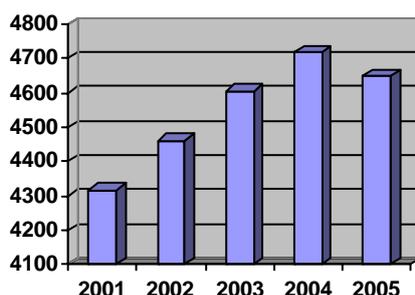
En el 2005 México ocupó el tercer lugar en el continente americano, después de Estados Unidos y Brasil; sin embargo, de acuerdo con la prevalencia de VIH México se ubicó en el vigésimo tercer lugar en América y el Caribe, y el sitio setenta y siete a nivel mundial.

Se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada pues tiene una epidemia relativamente estable, que se encuentra concentrada en grupos de población que mantienen prácticas de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras del sexo comercial y usuarios de drogas inyectables. Por ello, el reto epidemiológico consiste en evitar que la epidemia se generalice a la población en general.

En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en nuestro país. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH. Desde 1983, año en que inició esta epidemia en nuestro país, hasta el 15 de noviembre del 2006, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado en forma acumulada 107,625 casos de SIDA, de las cuales el 83% son hombres y el 17% son mujeres. Por cada cinco casos acumulados de VIH/SIDA en hombres se ha observado un caso en mujeres; y en los casos sexuales esta relación se conserva. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.7% de los casos registrados.

En México ha disminuido la mortalidad por SIDA como resultado del crecimiento en la cobertura del tratamiento ARV en el 2005, se estimó que más de 30 mil personas viviendo con VIH/SIDA recibían tratamiento antirretroviral gratuito de parte de las instituciones del sector salud, incrementando de manera significativa su calidad de vida. La siguiente gráfica muestra la mortalidad en México de 2001 a 2005.

Mortalidad VIH



En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social de las naciones. (Conasida, 2007)

EL SIDA EN MEXICO	CASOS DE SIDA POR SEXO Y EDAD 15 de noviembre del 2006
--------------------------	--

Sexo	Número	Porcentaje
Hombres	89,305	83.0%
Mujeres	18,320	17.0%
Total	107,625	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	2,605	2.4%
15 -44 años	83,880	78.7%
45 años o más	20,121	18.9%
Edad ignorada	1,019	(1.0%)
Total	107,625	100.0%

Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

Nota: La categoría "Se desconoce" se excluyó del cálculo de los porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Historia natural

Cuando se habla de historia natural de cualquier enfermedad se refiere a la evolución y curso que sigue hasta su resolución, en el caso del SIDA se trata de una enfermedad incurable hasta el momento y que tiene como característica la presencia de largos periodos de incubación, ya que entre el momento de infección hasta la aparición de síntomas pueden transcurrir varios años y aunque se sabe que el VIH es el agente causal del SIDA no se ha concluido todavía que todas las personas infectadas llegarán a padecer SIDA.

Cuando una sustancia extraña o microorganismo tiene acceso a nuestro cuerpo, éste tiene un sistema de defensas llamado sistema inmune que lleva a cabo diversas funciones y mecanismos defensivos, en donde son de vital importancia los denominados linfocitos T4, también conocidos como CD4 que son un tipo de glóbulos blancos.

El VIH afecta este sistema inmune, ya que tiene la capacidad de insertarse en las células CD4 y además logra la replicación de sí mismo usando el material genético de la célula invadida. El sistema inmunitario se defiende dando como respuesta la producción de anticuerpos, pero que no llegan a ser totalmente efectivos, pues el virus se ha instalado dentro de la célula y tiene como función hacer nuevas copias de sí mismo, logrando a la vez dar muerte a la célula CD4 disminuyendo su cantidad en la sangre, se darán entonces nuevos virus y nuevas replicaciones generando así un aumento en la cantidad del virus, a esta cantidad o nivel se le conoce como carga viral (CV), este proceso se repetirá durante toda la evolución de la enfermedad deteriorando cada vez más el sistema inmune hasta que ya no es capaz de enfrentar las enfermedades conocidas como oportunistas (Luque, 2001)

Para facilitar la intervención en pacientes con VIH/SIDA se ha clasificado el curso de la enfermedad en diferentes etapas de acuerdo al nivel de gravedad.

En primera instancia se habla de una *infección primaria, inicial o aguda*, que comienza a partir del día “cero” o día en que se contrae la infección, en esta etapa no hay ningún síntoma que indique la presencia del virus, pero éste ya está atacando los linfocitos CD4, en algunas ocasiones entre la segunda y la cuarta semana puede haber una reacción del sistema inmune manifestándose como un cuadro viral pero que desaparece en algunas semanas y por lo mismo la persona no lo ve como significativo. En esta primera etapa el conteo de copias es mayor a un millón por milímetro cúbico de sangre por lo que la persona puede infectar a otras desde el momento de la infección y las probabilidades son altas.

Durante la infección asintomática la persona no presenta síntomas de la enfermedad y se siente en un estado de salud normal y su aspecto tampoco manifiesta alteraciones, sin embargo el virus sigue multiplicándose dentro del organismo reduciendo los CD4. Esta etapa tiene una duración aproximada entre los cinco y diez años, aunque existen personas en las que este estadio dura más años (Luque 2001).

Se habla de SIDA cuando la infección está avanzada y es más vulnerable a contraer enfermedades oportunistas ya que los CD4 se encuentran por debajo de 200 por milímetro cúbico, algunas enfermedades oportunistas son la tuberculosis, el cáncer cervical, la neumonía por *Pneumocystis Carinii*, el sarcoma de Kaposi, síndrome de desgaste debido al VIH, algunos tipos de linfoma, la toxoplasmosis cerebral y candidiasis del esófago, entre otras. Cuando la persona presenta algún tipo de estas enfermedades el diagnóstico cambiará y será considerado como SIDA, se debe mencionar que este tipo de enfermedades pueden ser tratadas pudiendo regresar a un estado de salud aparente ya que el SIDA puede reaparecer posteriormente, dependiendo de la respuesta inmunitaria contra el VIH, si se encuentra en tratamiento antirretroviral y bajo control médico, si lleva a cabo medidas de autocuidado, de el tipo de enfermedad oportunista que se presente, del estado nutricional; es decir, del estado general de la persona. En esta última etapa la transmisión del virus es más fácil por el alto nivel de carga viral.

Al tener un resultado positivo de VIH la persona se ubica en la fase terminal o SIDA, muchas veces sin diferenciar una de la otra, es decir, una cosa es estar infectado de VIH y otra tener SIDA. Toda persona que tiene SIDA se infectó en algún momento con VIH, pero no toda persona con VIH necesariamente cursará con SIDA. La diferencia entre una persona con VIH y un con SIDA es que una persona que vive con VIH puede verse y sentirse bien, además de que su tratamiento médico puede consistir solo en revisiones y disciplina en la toma de antirretrovirales y una con SIDA ya presenta síntomas de la enfermedad, lo que hará que tenga que asistir con mayor frecuencia al hospital y en ocasiones quedarse hospitalizado, además su tratamiento incluirá los antirretrovirales más el tratamiento correspondiente para atacar la enfermedad oportunista. Se debe entender bien la diferencia entre una y otra para humanizar más la enfermedad. (Luque, 2001; Cohen y Dirham, 1994; Lupo, 2003)

Formas de transmisión

En la década de los ochentas se identificaban como formas de transmisión del VIH principalmente el contacto sexual homosexual y el compartir jeringas entre los consumidores de droga intravenosa. Actualmente se identifican únicamente tres formas de transmisión, el contacto sexual desprotegido ya sea homosexual o heterosexual, transfusión de sangre o productos sanguíneos contaminados y la transmisión vertical (de madre a hijo). En México en el 2006 de los casos registrados 92.3 % fue por transmisión sexual, 5.4% por transfusión siendo 0.3% por consumo de droga intravenosa y 2.3 % de forma perinatal (CENSIDA, 2007). La razón por la cual solo se reconocen estas tres formas de transmisión es porque en varios líquidos corporales se encuentran linfocitos CD4 en donde se encuentra el VIH, estos líquidos son principalmente la sangre y secreciones genitales humanas; es decir, para que una persona se infecte es necesario que los fluidos infectantes (sangre y secreciones genitales) ingresen en el organismo, por contacto directo, de una persona no infectada (Luque, 2001).

Transmisión sexual

La vía por la que se ha registrado mayor número de casos de infección es por transmisión sexual, es por eso que las campañas preventivas están enfocadas a modificar hábitos sexuales seguros.

Durante la relación sexual existe un importante intercambio de fluidos, sangre, semen y secreciones vaginales, principalmente por penetración del pene ya sea en boca, vagina o ano, ya que en estas cavidades que contienen gran número de mucosas, durante el acto sexual pueden llegar a romperse o fisurarse permitiendo la entrada del virus al organismo. Por lo tanto, la transmisión del VIH se dará siempre que haya intercambio de secreciones infectantes durante la relación sexual, puede ser de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre.

Existen factores que aumentan el riesgo de que una persona infecte a otra, como tener bajo CD4 o encontrarse en un estadio avanzado de la enfermedad, cursar otras enfermedades de transmisión sexual, encontrarse durante los días de menstruación, tener alto nivel de carga viral (CV) en las secreciones vaginales. La transmisión también puede depender del tipo de contacto sexual, éste puede ser anal, vaginal u oral, receptivo o insertivo, siendo la anal y receptiva la más riesgosa, además se ha

detectado que la transmisión es mayor del hombre a la mujer y del compañero activo al receptivo (Lupo, 2003).

Transmisión sanguínea

Para que este tipo de transmisión ocurra, la sangre de una persona infectada debe ingresar en el organismo. Puede llevarse a cabo por transfusión y por elementos cortopunzantes especialmente jeringas para el uso de drogas intravenosas. (Luque, 2001; Lupo, 2003).

La transfusión de sangre infectada se da cuando una persona recibe sangre u órganos de un donador infectado ya sea por requerimiento de sangre, por enfermedad aguda, intervención quirúrgica o enfermedad crónica como la hemofilia (Cohen y Dirham 1994).

Como objetos cortopunzantes se pueden considerar las máquinas de afeitar, equipos de odontología sin esterilizar o agujas de tatuaje o acupuntura contaminados. Una mención especial pertenece a las jeringas compartidas en el consumo de drogas, aumentando el riesgo de transmisión el tiempo de adicción, el número de inyecciones y veces que se comparten.

Transmisión vertical

Se refiere a la transmisión de madre a hijo por lo que también se le conoce como perinatal. La madre puede transmitir el VIH durante el embarazo, la lactancia o el parto. Existen factores que aumentan las probabilidades de infección; como el tiempo que tenga la madre infectada sobre todo si su transmisión es reciente, pues todavía el organismo no tiene defensas contra el virus, y cuando se ha iniciado la fase SIDA pues la carga viral tiene niveles elevados y las defensas se encuentran muy deterioradas.

Durante el parto la cantidad de sangre que se presente, si es instrumentado, prematuro, si hay ruptura prematura de membranas por más de cuatro horas, enfermedades de la placenta, membranas que aumenten la permeabilidad o el número de células infectadas que hagan perder sus propiedades de barrera, partos prolongados y si la madre sufre algún tipo de infección concomitante influye para que la transmisión se lleve a cabo. Por otro lado el virus se presenta también en la leche materna y durante los primeros meses de lactancia se produce la transmisión por esta vía, por lo que se recomienda no lactar al bebé.

En mujeres embarazadas y con diagnóstico de VIH se recomienda que en el embarazo, el parto y las primeras semanas después del nacimiento tanto ellas como el bebé reciban tratamiento preventivo con drogas antirretrovirales, el AZT se ha considerado el más eficaz para reducir el riesgo de transmisión.

Debe mencionarse que no todos los niños con madre infectada portarán el VIH, esto dependerá de las condiciones físicas de la madre antes y durante el embarazo, de las características del parto y del óptimo seguimiento del tratamiento preventivo (Luque, 2001; Lupo, 2003).

El Virus de inmunodeficiencia humana no sobrevive mucho tiempo fuera del organismo, por lo que sólo se transmite por contacto directo de fluidos corporales; es decir, no se contagia sino que se transmite. Dicho esto es importante aclarar que el contacto casual con una persona infectada no representa riesgo de infección (Luque, 2001).

Prevención

El VIH/SIDA se concibe para la mayoría de las personas como algo muy lejano, ajeno a su vida diaria y a las relaciones que mantiene en la misma, al verlo como algo lejano se experimenta una sensación de inmunidad, por lo que no se llevan a cabo medidas de protección.

El primer paso para la prevención eficaz sería entonces asumir que todos somos vulnerables en un mayor o menor grado de riesgo pero nadie está exento a contraer la infección. Con una vulnerabilidad mínima se encuentran: las personas sexualmente inactivas y las que no incluyen penetración en sus relaciones sexuales; las que no reciben sangre, las que no se someten a intervenciones quirúrgicas ni a trasplantes de órganos; y por último las madres no infectadas con VIH ni antes ni durante ni después del embarazo. La vulnerabilidad aumenta: cuando se tienen prácticas sexuales penetrativas (aún con preservativo), cuando no se realiza sexo seguro (aún con pareja estable) y cuando se aumenta el número de parejas sexuales; si se recibe sangre, trasplante de órganos, inyecciones o si se somete a intervenciones quirúrgicas; y si la madre se infecta antes durante o después del embarazo (Luque, 2001).

Dado que el VIH/SIDA no es una enfermedad contagiosa sino transmisible es posible prevenirla, la prevención se puede orientar principalmente a la promoción de la salud física y psicológica, éstas se refieren a la modificación de conductas individuales para incrementar la salud, mejorando el estilo de vida y el ambiente en el que se desarrolla el individuo. Existen diferentes áreas en donde se debe llevar a cabo la prevención, cada persona debe conocerlas e identificar cuál de ellas debe poner en práctica en su vida diaria dependiendo de sus prácticas de riesgo.

Una forma de transmisión es la sanguínea, para prevenirla se debe disminuir el consumo de fármacos intravenosos, evitar compartir, prestar o rentar agujas y equipo para su aplicación. Es necesario utilizar equipo estéril y si no es posible se debe desinfectar todo el material y en últimos casos como medida práctica se puede diluir blanqueador para ropa y lavarlo minuciosamente y con agua antes de utilizarlo. Este tipo de prevención está dirigida a personas que constantemente solicitan el uso de jeringas o de material intravenoso como pacientes hemofílicos y consumidores de drogas, así como a personas que requieren intervenciones quirúrgicas (Luque 2001; Cohen y Dirham 1994).

En el caso de la transmisión perinatal el riesgo puede disminuir si la madre ya infectada o en riesgo de infección evita embarazarse hasta tener información adecuada al respecto ya que necesita de atención médica especializada, en el caso de embarazo se debe llevar constante vigilancia del feto y la madre. También se recomienda que no se lacte al bebé en el caso de haber concluido el embarazo (Cohen y Dirham 1994). Una de las principales forma de prevención vertical es el inicio de tratamiento antirretroviral en especial AZT antes, durante y después del embarazo y en las primaras semanas de vida del bebé (Lupo, 2003; Luque, 2001).

Según las estadísticas el mayor número de casos reconocidos de transmisión es por vía sexual (Conasida, 2007) por lo que la prevención se centra en evitar la transmisión del virus por este medio y es la que tiene mayor difusión. Se habla de tres medios por los que se puede llevar a cabo la prevención, uno de ellos es la abstinencia, otra puede ser la fidelidad mutua permanente y la última y más utilizada es protegerse siempre adecuadamente durante el acto sexual; Dicha protección se puede llevar a cabo evitando el contacto con sitios (pene, vagina, recto, lesiones en la piel y mucosas) que permitan la entrada del virus al organismo por medio de fluidos como semen, secreciones vaginales o sangre, también pueden usarse medios naturales o barreras artificiales, en los medios naturales se incluye el evitar el coito sin protección

y en las artificiales pueden usarse espermicida o el condón que se recomienda para evitar otras enfermedades de transmisión sexual y el embarazo, también se pueden utilizar “diques” dentales de hule para el coito oral y guantes para mayor protección en las caricias genitales. Es importante tener en cuenta que este tipo de prevención se lleva a cabo como acuerdo entre dos personas y ambas tienen el derecho y la obligación a la protección (Cohen y Dirham 1994).

En cualquier tipo de prevención el llevar a cabo las conductas de promoción de la salud es decisión de cada individuo, no obstante el profesional de la salud tiene el deber de comunicar eficazmente las alternativas de protección y las consecuencias de la infección, contribuyendo en lo posible en los esfuerzos realizados durante el proceso de cambio.

Consecuencias psicosociales

Una persona infectada se enfrenta a diferentes situaciones desde el momento en que sospecha que es portador de VIH. Desde las etapas emocionales por las que atraviesa para aceptar su enfermedad hasta la reacción de familiares y amigos, además de la respuesta de la sociedad en general ante la persona infectada.

Es importante resaltar que hasta el momento el VIH/SIDA es incurable y se ha convertido en una enfermedad crónica, lo cual significa que conforme avanza la enfermedad también avanza la incapacidad de la persona para hacerse cargo de sí misma, por lo que en las últimas etapas de la padecimiento el paciente requerirá totalmente del cuidado de otras personas, normalmente suelen hacerse cargo los seres queridos como familiares o parejas. Como se mencionó esto ocurre durante la última etapa de la enfermedad pero debemos recordar que la enfermedad cursa por diferentes etapas o estadios a partir de la transmisión y en la parte emocional comienza aún antes del resultado positivo.

Cuando un persona tiene en sus manos un resultado positivo para anticuerpos VIH, lo que indicaría presencia de virus, puede presentar diferentes reacciones y emociones como: *shock* si la noticia le toma por sorpresa y provoca confusión y desconcierto que se manifiesta con silencio y llanto; *ansiedad* como un reflejo de incertidumbre crónica generando agitación, nerviosismo, alteraciones del sueño y que se puede disminuir al *negar* la situación o con fantasías de curación, a veces hay *enojo* hacia sí mismo y hacia el mundo por haberse infectado; la *sensación de estar contaminado* y poder

infectar a alguien por un contacto casual; tener *miedo de ser rechazado* y abandonado, por lo que se duda a quien se le puede contar, si serán aborrecidos por las personas que lo sepan y si éstas guardarán el secreto, además si su actual o futura pareja lo aceptará y si esto sucede si podrán ofrecerles una vida en pareja y familiar: *temor a llegar a la fase terminal* y la constante duda de cuándo sucederá; por último *pérdida de la creencia de ser inmortales*, generando el enfrentamiento con su propia muerte sentimientos de inseguridad y angustia permanente. (Cohen y Dirham 1994; Lupo 2003)

Al enfrentarse a una enfermedad que pone en peligro la vida se puede responder de diferentes maneras como el sentirse torpe, enojado e incapaz, la preocupación por dejar tareas inconclusas, el sentirse traicionado y sin control de sí mismos, y una necesidad de repasar su propia existencia.

Cuando se vive con VIH/SIDA se experimentan muchas pérdidas que pueden ser físicas o simbólicas como la tranquilidad mental, pues lo invaden los sentimientos como culpa, vergüenza y temor hacia la muerte. También se pierde la propia intimidad física, ya que se modifica el deseo sexual y no siempre se puede expresar, debido a que la pareja teme por su seguridad y su futura paternidad o maternidad. Una pérdida más se refiere al aspecto físico, hay pérdida de cabello y de peso importante, pueden presentarse heridas cutáneas exudativas y llagas en la piel, pérdida de control de esfínter anal y muchas más consecuencias de infecciones oportunistas.

Por otro lado la persona con la enfermedad se va debilitando cada vez más y puede llegar a perder el trabajo, pues no puede realizarlo satisfactoriamente o simplemente lo despiden cuando se sabe su diagnóstico, teniendo como consecuencia que ya no cuentan con seguro médico ni con un medio social laboral, algunos gastan sus ahorros y venden sus pertenencias para poder cubrir por un tiempo los costosos gastos que requiere la enfermedad, otros reciben ayuda de amigos y familiares que al paso de la enfermedad se van haciendo cada vez menos. Se pasa de tener una posición social activa laboral a la de paciente dependiente a un hospital que con frecuencia es humillante y deprimente generando impotencia al paciente (Cohen y Dirham 1994).

Las personas cuyo mecanismo de transmisión fue perinatal o por transfusión son víctimas de señalamientos, pues son catalogados como personas con prácticas de riesgo, ponen en duda sus preferencias y conductas sexuales, además de clasificarlos como adictos a algún tipo de droga intravenosa. En el caso de los niños cuando se

sabe que son portadores de VIH se pone en entredicho cualquier práctica o relación de los progenitores, además de que con frecuencia el diagnóstico es ocultado para evitar discriminaciones. La mayoría de las personas con VIH propensos a la discriminación, ya que desde la aparición del virus los grupos de riesgo tenían consigo la homosexualidad, promiscuidad y adicciones, por lo que la sociedad emitía juicios constantes a estos grupos de personas y la falta de información sobre la nueva enfermedad generaba miedo de contagio con el mínimo contacto, lo que ocasionó un rechazo hacia la persona infectada que prevalece aún en la actualidad (Cohen y Dirham, 1994; Lupo, 2003).

Las consecuencias emocionales relacionadas con el VIH/SIDA se presentan en personas infectadas por lo ya mencionado anteriormente, sin embargo, también se dan en personas afectadas, personas que no están infectadas de VIH/SIDA pero que está presente en sus vidas, por temor a contraerlo percibiéndose en peligro aunque no se lleven a cabo prácticas de riesgo, en ocasiones solo basta con tener contacto casual con una persona infectada, brindarles algún tipo de atención de salud o de otro tipo, por lo que no es necesario padecer SIDA para padecer consecuencias psicológicas y sociales (Cohen y Dirham, 1994).

Depresión en VIH-SIDA

Durante el curso de la enfermedad la persona infectada requerirá de atención psicológica o psiquiátrica. Los motivos más frecuentes que llevan a un paciente a solicitar el servicio son: la depresión, ansiedad, confusión mental, estados delirantes, deterioro cognoscitivo; y los diagnósticos más frecuentes son: el desorden mental orgánico demencial asociado al SIDA, el desorden mental orgánico afectivo asociado al SIDA, depresión mayor, desorden de ajuste con humor depresivo, desorden de ajuste con humor ansioso, delirium, trastornos de la personalidad y combinaciones (Romo, 1997).

En el caso de depresión mayor, desorden de ajuste con humor depresivo y desorden de ajuste con humor ansioso pueden haber diferentes explicaciones. Una primera explicación son todas las reacciones emocionales y psicológicas ya descritas, como pudieran ser el simple hecho de enfrentar la enfermedad, el sinnúmero de pérdidas y las consecuencias psicosociales. Otra explicación son las consecuencias físicas propias del virus, pues la presencia de síntomas psicológicos-psiquiátricos puede

deberse directa o indirectamente a la acción del virus, ya que el VIH/SIDA puede ocasionar somnolencia, pérdida del interés de las actividades habituales, disminución de la capacidad de concentración, anergia, irritabilidad, pérdida de peso, lentitud o excitación psicomotriz, insomnio y aumento del sueño. Por último hay reacciones neuropsiquiátricas a los fármacos como pudiera ser la Zidovudina, estas reacciones incluyen depresión, angustia, insomnio, psicosis, confusión, alucinaciones y manías. (Romo, 1997; Cohen y Dirham, 1994)

En este tipo de pacientes con tantos factores físicos y emocionales que contribuyen a la presencia de trastornos psicológicos-psiquiátricos es difícil la valoración, sin embargo, cuando los síntomas persisten más de dos semanas y con sentimientos significativos de culpa, desinterés, desesperanza e ideas suicidas es importante brindar atención y evitar que pensamientos como de que es normal estar deprimido por el tipo de padecimiento impidan darle lugar y solicitar ayuda. Es de suma importancia reconocer la intervención multidisciplinaria de los profesionales de la salud, sobre todo para brindarles una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO 4 *SIDA PEDIÁTRICO*

Aunque en sus orígenes el SIDA era una enfermedad que causaba la muerte de una manera rápida e inevitable. En pediatría actualmente la infección por VIH adquirida de manera perinatal, es considerada una enfermedad crónica de la infancia y aunque muchos niños infectados murieron en los primeros años de la epidemia, un número creciente de niños infectados perinatalmente por VIH sobreviven actualmente hasta llegar a la adolescencia y adulto joven (Grubman, 1995; Frederick, 2000).

Los resultados de estudios de cohortes de niños infectados perinatalmente en años previos sugieren que entre 70-80% de los niños sobrevivían por más de 5 años aun antes del uso de Tratamiento AntiRetroviral Altamente Activo (TARAA) (European Collaborative Study, 1997). Con el uso más temprano de TARAA la supervivencia y la calidad de vida han continuado mejorando (European Collaborative Study, 2001).

Epidemiología

De acuerdo a los reportes de ONUSIDA se estima que para finales de diciembre del 2005 vivían cerca de 2.3 (2.1-2.8) millones de niños infectados por VIH a nivel mundial, de los cuales 700,000 (630,000 – 820,000) habían adquirido la infección en el transcurso de ese mismo año¹. La Organización Mundial de la Salud reportó que diariamente ocurren cerca de 1500 nuevas infecciones en niños menores de 15 años, más del 90% se presentan en países en vías de desarrollo y la mayoría son secundarios a transmisión perinatal (ONUSIDA 2005; World Health Organization, 2006)

El primer caso pediátrico de infección por el VIH en México se reportó en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en noviembre de 1986 (adquirido por transfusión sanguínea) (Moran y Santos, 1986). Desde entonces y hasta el 30 de septiembre del 2006, CENSIDA ha notificado 2590 casos acumulados de SIDA pediátrico, lo cual corresponde al 2.4% del total de los casos (Dirección General de Epidemiología, 2006).

Transmisión

En los niños la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se puede adquirir por tres diferentes formas: transmisión perinatal (madre - hijo), en sus tres variantes: in útero, intraparto, postparto (Lactancia materna); Exposición directa a sangre contaminada (hemoderivados); Y relaciones sexuales que en el niño habrá que descartar abuso sexual.

En México, la transmisión perinatal representa actualmente la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, ya que más del 95% de los casos son adquiridos por esta vía y corresponde a ocho de cada diez de los casos acumulados notificados (82.3%). La transmisión sanguínea se ha relacionado con el 13.8% de los casos acumulados y la transmisión sexual en un 3.9%. Cabe destacar que se desconoce la vía de transmisión en la tercera parte del total de casos pediátricos notificados (30.4%) (Dirección General de Epidemiología, 2005).

Los casos de transmisión sanguínea prácticamente han desaparecido gracias a las pruebas de tamizaje universal que se han llevado a cabo en los bancos de sangre; sin embargo, hay una preocupación creciente por el aumento de casos de infección entre adolescentes por transmisión heterosexual y en menor medida por uso de drogas Intravenosas.

Prevención

Cuando se habla de VIH/SIDA en niños al identificar los factores de riesgo se debe poner especial atención a los antecedentes de la madre por el hecho de que la mayoría de los casos pediátricos son adquiridos perinatalmente. Entre estos factores, se encuentran las prácticas de alto riesgo como son la drogadicción, promiscuidad sexual o múltiples parejas. Sin embargo, cabe resaltar que en nuestro país el "factor de riesgo" mas comúnmente encontrado es el ser "ama de casa con pareja". Es decir, que la mayoría de las madres de los niños infectados por VIH adquirieron la infección por vía heterosexual.

Ya que se han identificado los factores de riesgo, las medidas de prevención serían entonces la detección oportuna de la enfermedad en la mujer embarazada, como parte del manejo integral del binomio madre-hijo; con profilaxis ARV para ambos así como

recomendar no alimentación con seno materno, en países en donde existan alternativas a la misma. (American Academy of Pediatrics, 2003)

En los niños y adolescentes se pueden presentar diferentes factores de riesgo como pueden ser: antecedentes de transfusiones sanguíneas, colocación de piercing y/o tatuajes, así como la presencia de lesiones dermatológicas, como condiloma acuminado, pues podría ser un dato de probable abuso sexual.

Por otro lado también hay preocupación al riesgo que implica formar parte de una familia infectada ya que, de manera global, hay más de 14 millones de huérfanos por el SIDA (UNICEF, 2004) y casi la mitad de los huérfanos tienen entre 11 y 17 años de edad. Los huérfanos tienen menos posibilidades de completar sus estudios y mayor riesgo de ser reclutados en trabajo infantil, ser víctimas de estigma, abuso físico y sexual, poniéndolos en riesgo de resultados adversos.

Cuadro Clínico y Clasificación del CDC.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EUA han establecido definiciones con el propósito de vigilancia epidemiológica que sin embargo han servido para realizar una clasificación basada en parámetros inmunológicos y clínicos y que es la que actualmente sirve de guía en México y otros países de América Latina. La situación clínica se expresa mediante las letras: N, A, B y C con estadios de menor a mayor gravedad, siendo el estadio C las enfermedades definitorias de SIDA. La situación inmunológica se expresa mediante la cuantificación de linfocitos T CD4+, con los números 1, 2 y 3, que representan estadios de menor a mayor deterioro inmune.) Los valores de referencia de las subpoblaciones linfocitarias varían según la edad del niño (Tabla 1) (Guidelines for the Use of Antirretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, 2006).

Categorías Clínicas

Categoría N: Asintomático

Niños sin signos o síntomas que se consideren secundarios a la infección por VIH o que presenten únicamente una de las siguientes condiciones enunciadas en la categoría A

Categoría A: Levemente Sintomático

Niños con dos o más de las siguientes condiciones, pero sin ninguna de las consideradas en las categorías B y C

- Linfadenopatías
- Dermatitis
- Hepatomegalia
- Parotiditis
- Esplenomegalia
- I.V.R.A. recurrente (otitis, sinusitis)

Categoría B: Moderadamente Sintomático

Niños que cursan con sintomatología atribuible al VIH diferente al de las categorías A o C. Ejemplos de estas condiciones aunque no únicas son:

- Anemia (Hb<8gr/dl), Neutropenia (<1000/mm³), y/o trombocitopenia (<100,000/mm³) que persisten por más de 30 días.
- Presencia de un episodio de Meningitis Bacteriana, Neumonía o sepsis.
 - Presencia por más de 2 meses de candidiasis orofaríngea en niños mayores de 6 meses.
- Miocardiopatía
- Infección por CMV que inicia en niños menores de 1 mes de edad.
- Diarrea recurrente o crónica.
- Hepatitis
- Estomatitis Herpes Simple (HSV), recurrente (< 2 episodios en un lapso de 1 año)
- Inicio de Bronquitis, Neumonitis o Esofagitis por HSV en menores de 1 mes de edad.
- Dos o más episodios por Herpes Zoster o afectando más de un dermatoma
- Leiomioma

- Neumonía Intersticial Linfoidea o complejo de hiperplasia linfoidea pulmonar
- Nefropatía
- Nocardiosis
- Fiebre persistente (más de un mes)
- Toxoplasmosis que inicia antes del mes de edad
- Varicela complicada o diseminada

Categoría C Sintomatología Grave

- Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (cualquier combinación de por lo menos dos episodios, confirmada con cultivo, en un periodo de dos años) de: septicemia, neumonía, meningitis, infecciones osteoarticulares, abscesos en órganos internos o cavidades corporales (se excluye otitis media, piel, mucosas o infecciones relacionadas a catéteres).
- Candidiasis esofágica o pulmonar.
- Coccidioidomicosis diseminada (en sitio diferente o agregado al pulmonar, cervical o ganglios linfáticos hiliares).
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis o Isosporidiosis con persistencia de diarrea por más de 1 mes.
- Enfermedad por CMV de inicio posterior al mes de edad, en sitio diferente del hígado, bazo, y ganglios linfáticos
- Encefalopatía en forma progresiva por un período mínimo de 2 meses (pérdida de actividades motoras, intelectuales o crecimiento perímetro cefálico: microcefalia adquirida).
- Infección por VHS con úlceras mucocutáneas persistentes por más de un mes, bronquitis, neumonitis o esofagitis en niños mayores de 1 mes de edad.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Sarcoma de Kaposi,
- Linfoma primario cerebral
- Linfoma de Burkitt, inmunoblástico, de células grandes, de células B o de fenotipo inmunológico conocido.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Enfermedad diseminada o extrapulmonar por *Mycobacterium tuberculosis*
- Otras micobacteriosis diseminadas
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*
- Septicemia recurrente por *Salmonella* (no typhi)
- Toxoplasmosis cerebral en mayores de un mes de edad

- Síndrome de desgaste en ausencia de una enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por VIH (>10% pérdida de peso persistente, pérdida de dos percentiles en la curva peso-edad en niños >1 año o medición por debajo de la percentila 5 en dos ocasiones consecutivas en la curva de peso-talla.

Finalmente de la combinación de la categoría inmunológica y de la categoría clínica, se obtiene la clasificación del VIH/SIDA en Pediatría, la cual a continuación mostramos (tabla 1): (Guidelines for the Use of Antirretroviral Agents in Pediatric HIV Infection 2006)

Tabla 1. Clasificación de la infección por VIH en niños.

Clasificación	Categoría Clínica			
	N Asintomático	A Cuadro clínico leve	B Cuadro clínico Moderado	C Cuadro clínico Severo
1. Sin Evidencia	N1	A1	B1	C1
2. Supresión Moderada	N2	A2	B2	C2
3. Supresión severa	N3	A3	B3	C3

(Guidelines for the Use of Antirretroviral Agents in Pediatric HIV Infection 2006)

Cuadro Clínico y Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS enfatiza la importancia de los parámetros clínicos para la clasificación de la Infección por el VIH, tomando en consideración que en muchos países posiblemente no se tenga la disponibilidad para la determinación de CD4+, por lo que han creado una Clasificación Clínica Pediátrica adaptada al sistema de clasificación en el adulto (World Health Organization, 2006)

Niño menor de 18 meses de edad

1. Un niño hijo de madre infectada por VIH, se considera estar infectado con dos pruebas de las siguientes positivas: DNA-PCR, RNA-VIH (Carga viral) y cultivo viral.

2. Un niño hijo de madre infectada por VIH se considera no infectado, si las pruebas virológicas (DNA-PCR, RNA-PCR ó cultivo viral) realizadas en por lo menos dos ocasiones son negativas más allá de los 4 meses y sin haber recibido lactancia materna.

Niño mayor de 18 meses de edad

Si el niño es mayor de 18 meses se considera infectado si presenta dos estudios ELISA y un Western Blot positivos.

Adherencia

Existe un aspecto importante a considerar, y es que la mayoría de los adolescentes reciben TARAA actualmente, tales esquemas disminuyen la calidad de vida debido a su complejidad y a la necesidad de una estricta adherencia (Thorne, Newell y Asensi, 2002).

Uno de los puntos críticos en la vida del adolescente infectado por VIH es justamente tomar la responsabilidad de su propio tratamiento. Los trabajadores de la salud pueden ayudar al adolescente a alcanzar este objetivo al proporcionar información sobre el tratamiento, comunicación clara sobre el seguimiento, y desarrollando una relación con el adolescente que fomente la comunicación. Habrá que ser claros en la información, ya que, en este sentido, muchos adolescentes no alcanzan a visualizar la seriedad de su enfermedad debido a que no pueden comprender las implicaciones de la misma a largo plazo (Tindyebwa, Musoke y Eley, 2005).

Para cuando alcanzan la adolescencia muchos jóvenes tienen el estigma de un padecimiento crónico, que puede incluir un retraso en el crecimiento y desarrollo y un bajo aprovechamiento escolar por ausencias frecuentes. Muchas veces están huérfanos y viven en albergues. El retardo en la adolescencia lleva con frecuencia a sentimientos de baja autoestima (Tindyebwa, Musoke y Eley, 2005).

Es por ello que la adherencia a tratamientos crónicos tiene un aspecto especial en los adolescentes. En este grupo de edad se presentan sentimientos que van desde la inmortalidad hasta la autodestrucción, por lo que se requiere requieren de un equipo multidisciplinario de apoyo que incluya trabajo social, psicología, enfermeras,

consejeros y clínicos que aseguren un apego adecuado (Tindyebwa, Musoke y Eley 2005).

Depresión infantil y VIH/SIDA

La depresión es un problema de salud que afecta un gran porcentaje de personas que cursan con enfermedades crónicas, a continuación presentaremos algunos datos de estudios realizados con niños y adolescentes con VIH/SIDA.

En el 2003 Mellins y colaboradores realizaron un estudio longitudinal de 307 niños, 96 de ellos positivos a VIH de transmisión perinatal en donde se reportaron altas tasas de problemas de conducta y emocionales entre 3 y 7 años, llegando a la conclusión de que la alta frecuencia de estos trastornos podrían ser atribuidos a factores psicosociales más que a la enfermedad (Mellins, Smith, O'driscoll y Magder, 2003).

En una cohorte de 80 niños con VIH de transmisión perinatal que se siguieron durante cinco años observaron que el 44.7 % cursaba con depresión con una edad entre los 13 y 17 años y que el 13.2% presentaba ideación suicida, los autores recomiendan que las variables más importantes para la adaptación para este grupo de adolescentes fuera la revelación del diagnóstico y el apoyo social (Battles y Wiener, 2002).

En otro estudio 34 adolescentes VIH positivos se reporto una prevalencia de 44% de trastornos depresivos y 68% de riesgo de padecer un trastorno afectivo en algún trastorno de la vida, también se observaron fobias y trastornos de ansiedad, así como el abuso de sustancias en el 59% de la población (Murphy, Durako y Moscicki, 2001).

En un grupo de 17 niños y adolescentes infectados con VIH se observo un 47% cursaban con depresión mayor y 29% con hiperactividad y déficit de atención (Misdrahi, Vila y Funk-Bretano, 2004).

Así mismo, reportes clínicos realizados en Estados Unidos indican la presencia de problemas de salud mental entre los adolescentes perinatalmente infectados por VIH, los cuales constituyen una importante barrera para optimizar su salud. De acuerdo a Mellins (2005) hasta el 55% de los niños mayores y adolescentes (9-16 años) reúnen criterios de trastornos psiquiátricos. Los diagnósticos mas frecuentes fueron: trastornos de ansiedad (40%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad

(21%), trastornos de conducta (13%) y trastorno desafiante oposicional (11%), debido a lo cual es importante implementar intervenciones de salud mental en el marco del manejo del adolescente infectado por VIH para optimizar su salud y bienestar (Mellis y cols., 2006).

Planteamiento y justificación

La infección por VIH/SIDA es un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas. (Conasida, 2007) En el 2005 México ocupó el tercer lugar de casos de SIDA en América Latina y para el 2006 existían 2,605 menores de quince años infectados en el país (Conasida, 2007). Actualmente es considerada una enfermedad crónica de la infancia y un número creciente de niños infectados perinatalmente por VIH sobreviven actualmente hasta llegar a la adolescencia y adulto joven (Grubman y cols., 1995; Frederick y cols., 2000).

Aunque la vida de los niños con VIH/SIDA es más prolongada se enfrentan ahora con otro tipo de problemas como consecuencia de vivir infectado y pueden presentar trastornos psicológicos como depresión debido a que tienen muchos factores de riesgo. Entre ellos se encuentran las múltiples pérdidas físicas o simbólicas (Cohen y Dirham 1994). El simple hecho de enfrentar la enfermedad, y las consecuencias psicosociales de ello, la presencia de síntomas psicológicos-psiquiátricos que pueden deberse directa o indirectamente a la acción del virus, Por último las reacciones neuropsiquiátricas a los fármacos. (Romo 1997; Cohen y Dirham 1994) De acuerdo a Mellins y cols. (2006) hasta el 55% de los niños mayores y adolescentes (9-16 años) reúnen criterios de trastornos psiquiátricos.

Los conocimientos acerca de VIH-depresión-niños/adolescentes son escasos, pero necesarios para brindar la mejor atención posible a niños y adolescentes infectados, de ahí la importancia de conocer si la población mexicana de niños y adolescentes con VIH cursan con depresión y así brindar un antecedente a futuras investigaciones sobre este tipo de población.

Objetivos

General

Explorar si los niños y adolescentes con VIH/SIDA que asisten a las Clínicas para niños con inmunodeficiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México/ Hospital General de México y del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", al servicio de Infectología del Centro Médico Siglo XXI, así como del Hospital Civil de Guadalajara, presentan puntuaciones que de acuerdo con el CDI indican depresión.

Específicos

Indagar si existe alguna relación en el puntaje obtenido en el CDI que indique depresión en los niños y adolescentes de las clínicas participantes.

Indagar si en los niños y adolescentes con VIH/SIDA asistentes a las clínicas participantes existe alguna diferencia del puntaje obtenido en el CDI con respecto al sexo

Indagar si existe alguna diferencia en el puntaje obtenido en el CDI en los niños y adolescentes participantes con respecto a la edad

Indagar si existe alguna diferencia en el puntaje obtenido en el CDI en los niños y adolescentes participantes con respecto al conocimiento del diagnóstico.

Indagar si existe alguna diferencia en el puntaje obtenido en el CDI en los niños y adolescentes participantes con respecto a la orfandad.

Indagar si existe alguna diferencia en el puntaje obtenido en el CDI en los niños y adolescentes participantes con respecto al estadio de la enfermedad.

Hipótesis

- Los niños y adolescentes con VIH/SIDA presentan puntuación que de acuerdo con el CDI indican depresión.
- Existe relación entre las puntuaciones del CDI y la etapa de la vida (infancia o adolescencia) de los sujetos participantes.
- Existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto al sexo.
- Existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto a la edad.
- Existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto al conocimiento del diagnóstico.
- Existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto a la orfandad.
- Existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto al estadio de la enfermedad.

Variables

Variable independiente

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Variable dependiente

Depresión en niños y adolescentes

Definición conceptual de variables

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Es un retrovirus que contiene ARN como material genético así como la enzima transcriptasa inversa necesaria para transformar ARN en ADN en el interior de las células huésped humanas. Una vez que el ARN del

VIH se ha transcrito a ADN humano a través del proceso de replicación, se convierte en un virus funcional capaz de producir una profunda deficiencia inmunitaria, especialmente una disfunción de la inmunidad celular (Blanch, 2002).

Depresión en niños y adolescentes.

Es la severidad, duración y número de síntomas depresivos que un niño o un adolescente presenta (Kramlinger, 2001).

En los niños pueden ser apatía, mal humor, mayor irritabilidad de lo habitual, apariencia triste, desánimo fácilmente, quejas de aburrimiento, distanciamiento con sus familiares y amigos, dificultad en el trabajo escolar, hablar mucho sobre la muerte (Kramlinger, 2001).

En adolescentes pueden ser cansancio, abandono de actividades favoritas, discusiones con padres y maestros, rechazo de tareas escolares y de trabajo de la casa, autoagresión, pensamientos suicidas (Kramlinger, 2001).

Definición operacional de variables

Depresión en niños y adolescentes: Fue medida mediante el Inventario de Depresión Infantil; considerando depresión a partir del puntaje 56 en adelante.

VIH: Diagnóstico de VIH de acuerdo al CDC ,1994.

Sujetos

Participaron niños y adolescentes de 7 a 17 años con diagnóstico de VIH de por lo menos seis meses, que asisten a las Clínicas para niños con inmunodeficiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México ubicada en el Hospital General de México, del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", al servicio de Infectología del Centro Médico Siglo XXI, así como del Hospital Civil de Guadalajara.

Muestreo

No aleatorio, no probabilístico, intencional

Criterios de inclusión:

- a) Ambos sexos
- b) 7 a 17 años de edad
- c) Diagnóstico de VIH/SIDA (criterios del CDC, 1994).
- d) Por lo menos con seis meses de diagnóstico de VIH.
- e) Autorización de los padres/tutores.

Criterios de exclusión:

- a) No autorización de los padres/tutores.
- b) Que se encontraran en un estadio terminal de la enfermedad (CDC, 1994).
- c) Niños o adolescentes en tratamiento para la depresión y/o psiquiátrico

Tipo de estudio

Cuasiexperimental

Instrumentos

Para la realización de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Carta de Consentimiento Informado
- Estudio sociodemográfico
- Inventario de Depresión para Niños (Kovacs, 1982)

Carta de consentimiento informado

Es una carta en la que se incluye una breve descripción del proyecto, así como el consentimiento y aprobación del padre o tutor para que el niño o adolescente participe en este estudio (Anexo 1)

Estudio sociodemográfico

Es una entrevista estructurada enfocada a la obtención de datos sociodemográficos : edad, sexo, escolaridad, mecanismo de transmisión, estadio de la enfermedad, orfandad y conocimiento del diagnóstico.

Inventario de Depresión para Niños (CDI)

La elaboración del Inventario de depresión para niños (CDI) se debe a Maria Kovacs, quien tomó como partida la escala de Beck para adultos (Beck Depression Inventory), del que se respetó el formato y contenido hasta su adecuación para niños por medio de estudios piloto (Kovacs 1992).

Actualmente el CDI es uno de los instrumentos de evaluación de sintomatología en niños más utilizado y citado por los investigadores, una de las razones de esto es porque ha demostrado validez e índices adecuados de fiabilidad, alfa de Cronbach de al menos 0,80 (Blumberg, 1986; Kazdin, 1983). En México se desarrolló un estudio en donde el CDI demostró buena consistencia interna, presentando un coeficiente de fiabilidad satisfactorio (0,80) (Páez y cols., 2002).

En cuanto a su descripción podemos decir que, el Inventario de Depresión Infantil es una escala de autorreporte que indentifica síntomas de depresión, está diseñado para niños y adolescentes de 7 a 17 años, consta de 27 reactivos con tres posibilidades de respuesta, tomando en cuenta los sentimientos e ideas de las últimas dos semanas. La forma de calificar es un puntaje de 0 a 2 por ítem, siendo "0" normalidad, "1" cierta intensidad y "2" presencia de síntoma depresivo clínicamente significativo. Por lo que el puntaje total puede variar de "0" el mínimo a "54" el máximo.

Por último además del puntaje total se obtiene uno para cada escala que integra la prueba: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineffectividad, anhedonia y autoestima negativa.

Materiales

Lápiz

Bolígrafo

Sacapuntas

Procedimiento

Se concertó cita con el padre o tutor del sujeto en la que se realizó una entrevista en donde se hizo la invitación de formar parte de la investigación, se les pidió que leyeran y firmaran una carta de consentimiento en donde se aprobó que el niño participara en este estudio.

Posteriormente se llevó a cabo el estudio sociodemográfico a los tutores y la aplicación del CDI al sujeto. Posteriormente se realizó la calificación del instrumento, obteniendo un puntaje T que se localizó en la guía de interpretación para puntajes T del CDI en el manual de procedimientos y que se clasificó de la siguiente manera: por debajo del promedio, promedio, leve, moderado y grave.

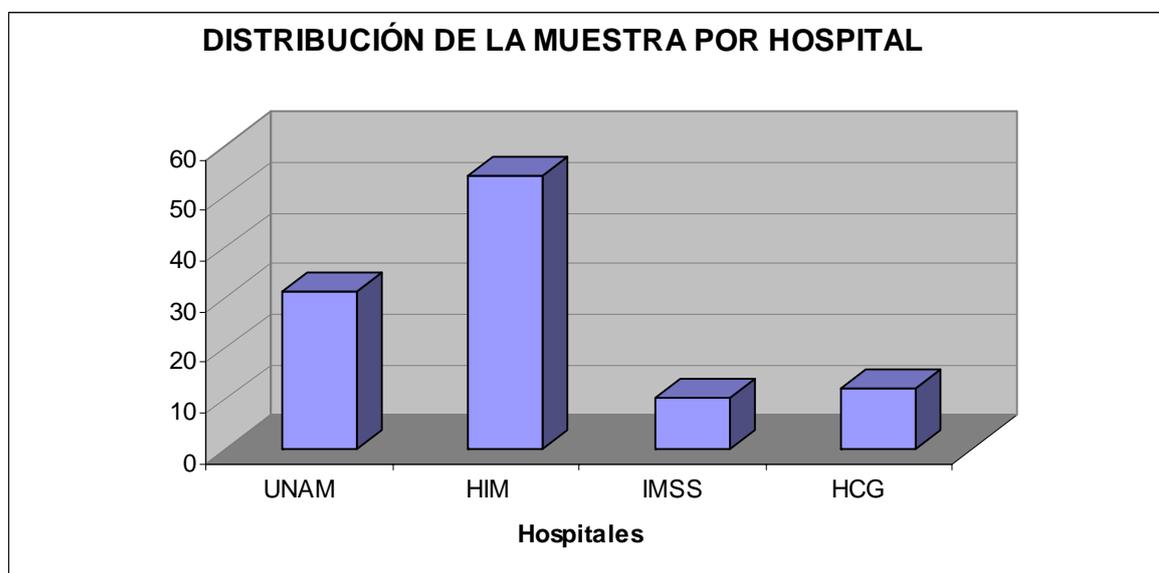
En una segunda visita se le entregaron los resultados obtenidos en el cuestionario a los responsables y se canalizó con el psicólogo encargado en cada clínica u hospital a los sujetos que resultaron con puntaje alto (que indican depresión).

Análisis estadístico de datos.

Por medio del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 13.0) para Windows, se llevó a cabo el análisis de los datos recopilados de los 107 sujetos participantes, mediante estadística descriptiva a través de la distribución de frecuencias, prueba T, análisis de varianza (ANOVA), así como una correlación de Pearson y sus graficaciones para cada una de las variables.

RESULTADOS

Después de haber recabado los datos de la encuesta sociodemográfica y del CDI se procedió a realizar el análisis estadístico por medio del SPSS.

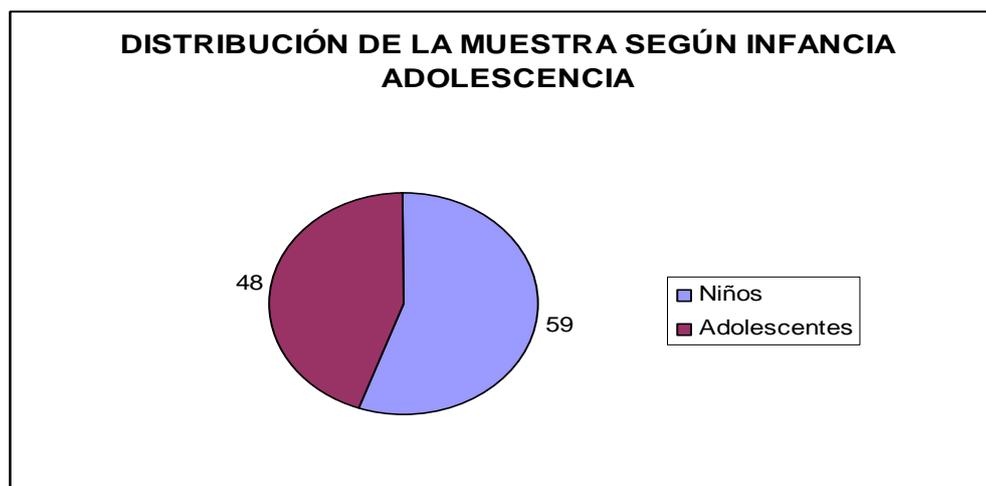


Gráfica 1. Distribución de la muestra por número de sujetos participantes de cada hospital

Entre los cuatro hospitales participantes se obtuvo una muestra de 107 sujetos, de los cuales 31 pertenecen a la Clínica para Niños con Inmunodeficiencias de la UNAM/Hospital General de México, 54 al Hospital Infantil de México Federico Gómez, 10 corresponden al Instituto Mexicano del Seguro Social Siglo XXI y 12 al Hospital Civil de Guadalajara (Gráfica 1).

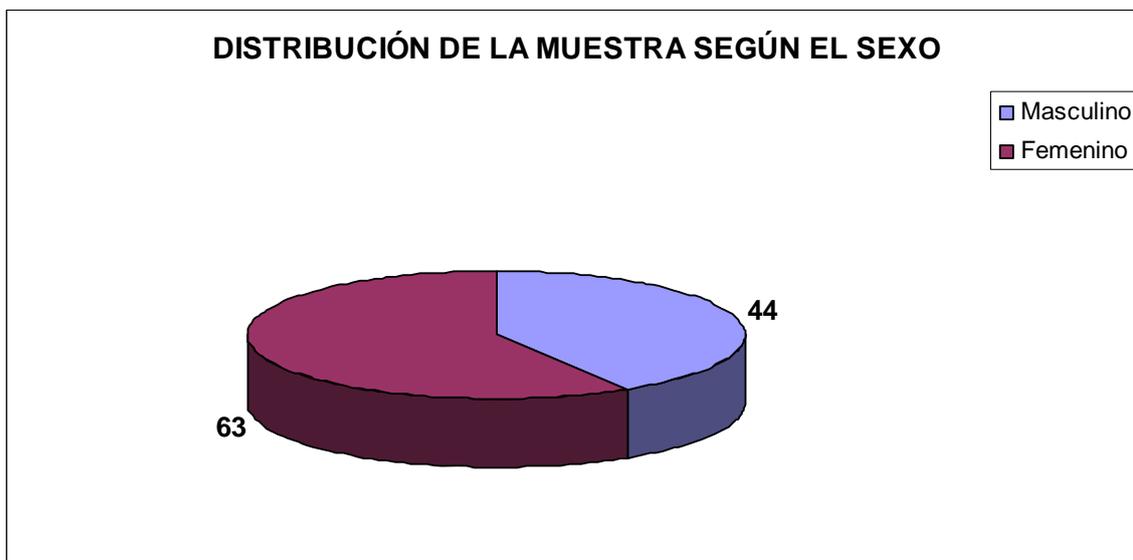
Como se indicó en los criterios de inclusión, la edad de los participantes osciló entre 7 y 17 años. Se encontró que la mayor frecuencia la obtuvieron los participantes de 7 años y la menor los adolescentes de 16, con una media de 10 años.

El total de la muestra se dividió en infancia o adolescencia, según la categoría del manual del CDI correspondiente a la edad.



En la gráfica 2 se observa que el 55.1% de la población total son niños y 44.9% adolescentes.

En cuanto al sexo la muestra estuvo conformada por 41.1% de niños y adolescentes del sexo masculino y 58.9% del sexo femenino, es decir, la población femenina fue mayor como se puede ver en la gráfica 3.



Gráfica 3. Distribución de la muestra por número de sujetos según su sexo.

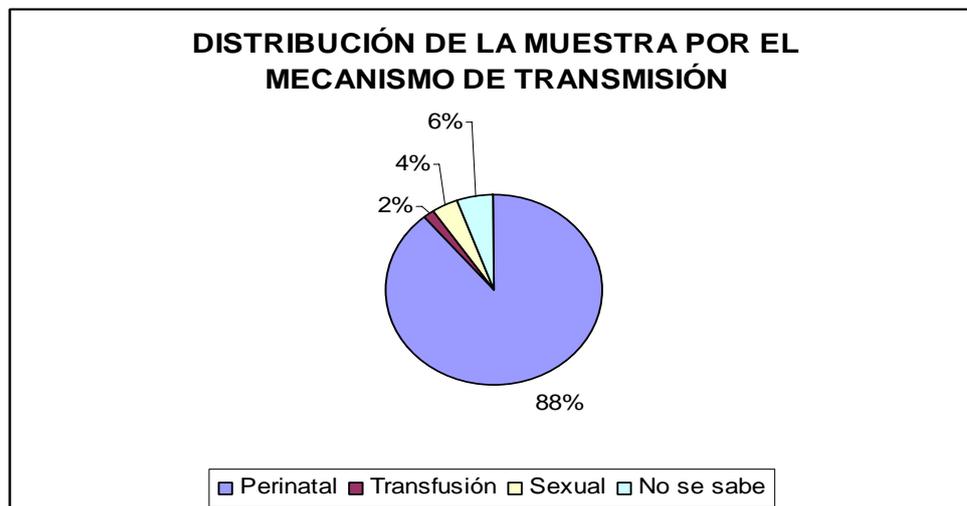
Las cuatro instituciones participantes brindan atención a pacientes del interior de la república y Distrito federal, por lo que los niños y adolescentes participantes residen en nueve diferentes estados de la República Mexicana, los cuales se enlistan en tabla 1. Como se puede observar existe un mayor número de participantes en el Distrito Federal y el Estado de México, siendo un 69.1% de la población total los que pertenecen a estos estados.

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR LUGAR DE RESIDENCIA

Lugar residencia	
Distrito Federal	33
Estado de México	36
Oaxaca	5
Moravia	1
Veracruz	3
Querétaro	2
Tlaxcala	2
Guerrero	7
Jalisco	11

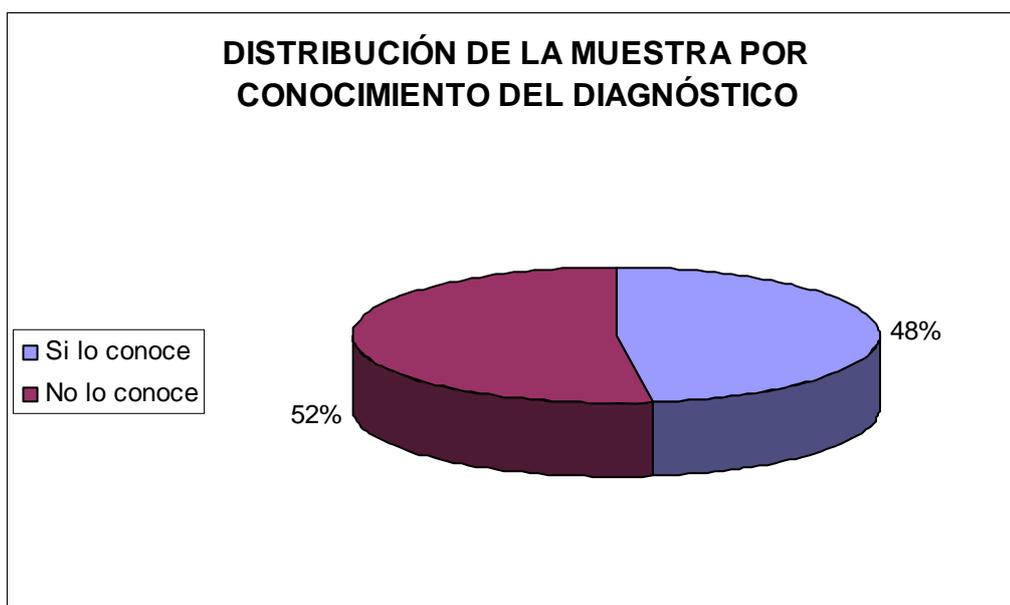
Tabla 1. Número de sujetos pertenecientes a cada estado

De acuerdo a los datos recabados el 88% de los sujetos fueron infectados por el VIH/SIDA de forma perinatal, un 4% por contacto sexual, sólo un 2% por transfusión sanguínea y de un 6% de la población no se obtuvo este dato.



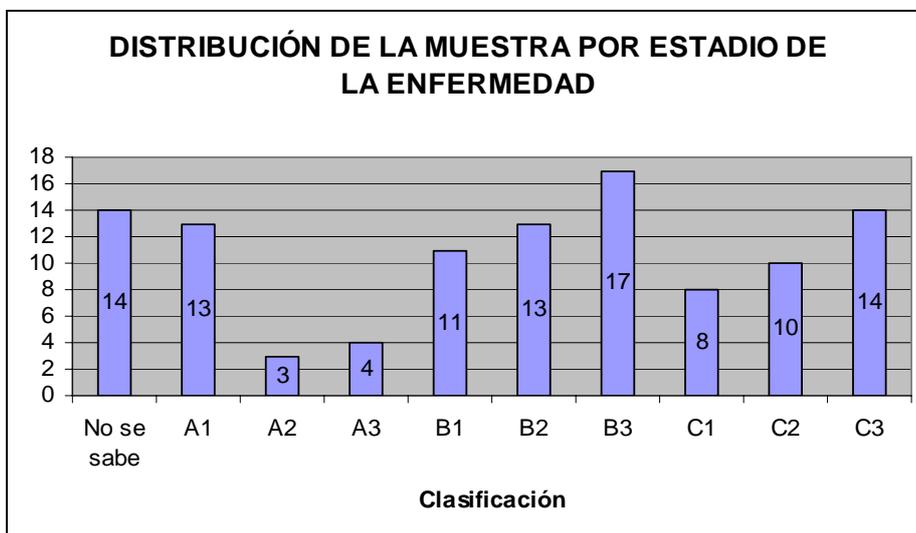
Gráfica 4. Distribución de la muestra por número de sujetos de acuerdo a su mecanismo de transmisión.

De los 107 niños y adolescentes 51 de ellos saben que están infectados por el VIH/SIDA, los 56 restantes no tienen conocimiento de su diagnóstico. Lo que corresponde a un 52% los que desconocen el diagnóstico y 48% con conocimiento del mismo, como se muestra en la gráfica 5.



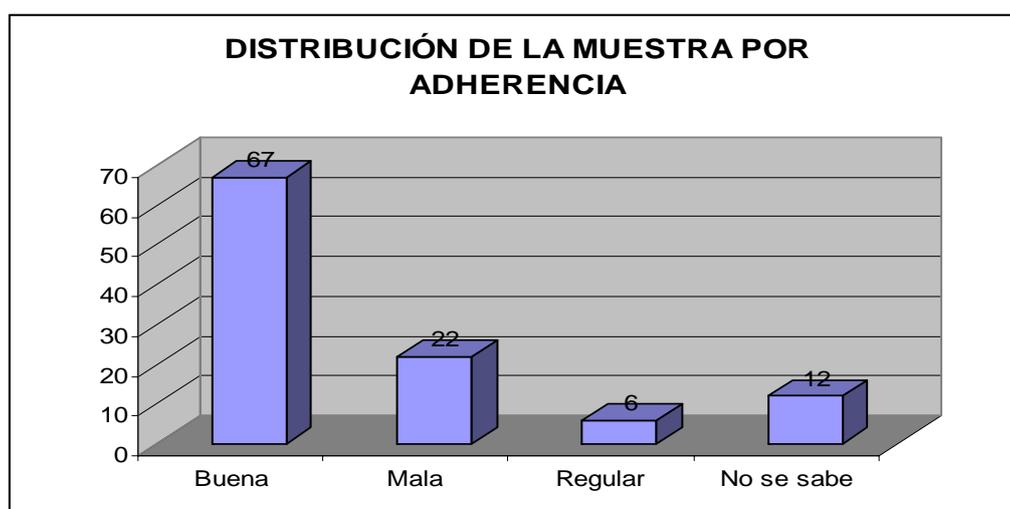
Gráfica 5. Distribución de la muestra por número de sujetos que conoce o desconoce su diagnóstico.

En la gráfica 6 se puede observar ver que de 14 niños y adolescentes no se pudo obtener el dato sobre el estadio de la enfermedad que presentan, que constituyen un 13%. Así mismo, se encontró que el estadio que presentan más niños y adolescentes es el B3, cubriendo el 16% y por el contrario el que presentan menos es el A2, con solo 3 niños que representan el 3%



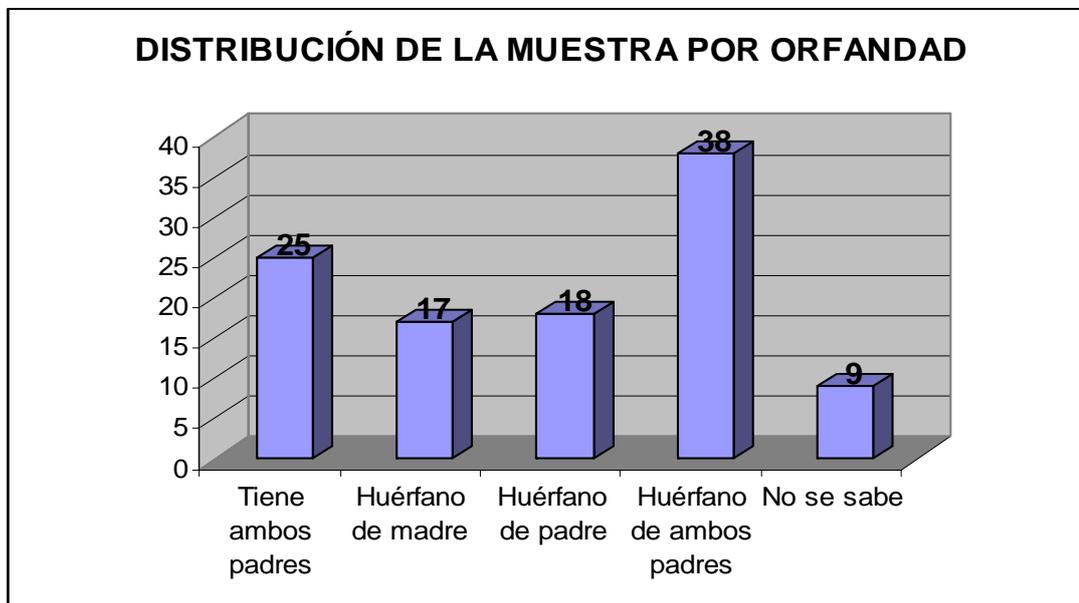
Gráfica 6. Distribución de la muestra de acuerdo al estadio de la enfermedad que cursan los niños y adolescentes.

Según lo reportado por los médicos a cargo de las clínicas para niños con inmunodeficiencias participantes se clasifico la adherencia en buena, mala y regular. Siendo más de la mitad de los niños y adolescentes reportados con buena adherencia, de 12 de ellos no se obtuvo este dato (Gráfica 7).



Gráfica 7. Distribución de la muestra según la adherencia reportada por el médico.

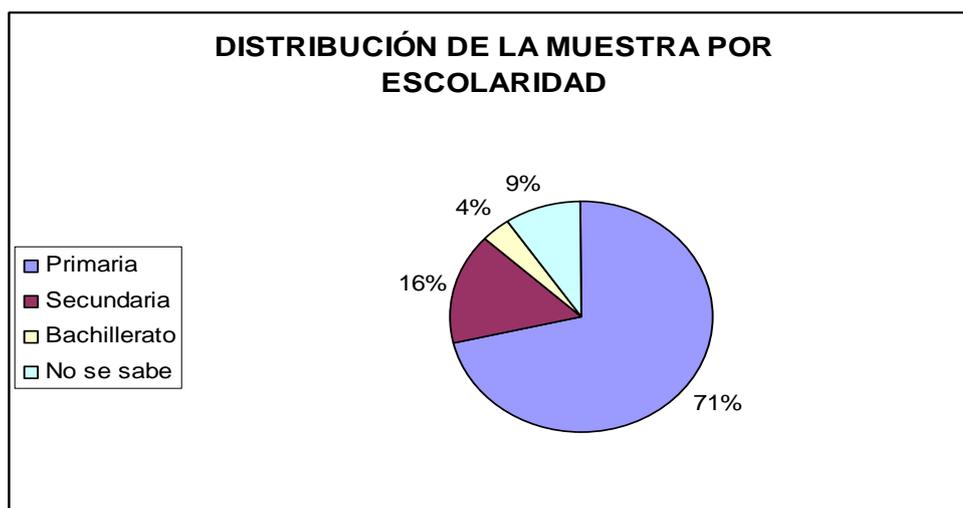
Por otro lado, se puede observar (Gráfica 8) que la mayoría de los niños y adolescentes son huérfanos de ambos padres o de al menos uno de ellos, alcanzado un 67% y de un 36% del total de la muestra no viven ambos padres.



Gráfica 8. Distribución de la muestra por número de sujetos según su orfandad.

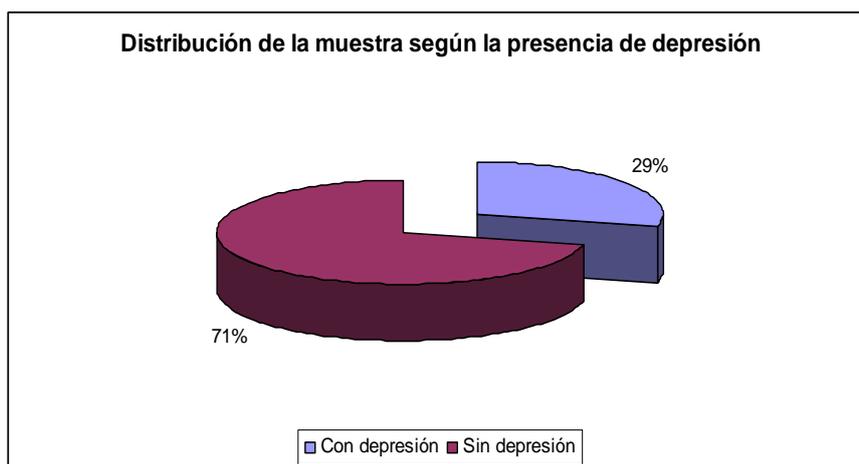
Debe tomarse en cuenta que de 9 de los niños y adolescentes no se tiene conocimiento sobre sus padres.

En la gráfica 9 se reporta que existe mayor cantidad de niños y adolescentes que cursan la educación primaria, 76 de los 107. en secundaria se encuentran 17 y en bachillerato solo 4, de 10 de los participantes se desconoce si asiste a la escuela.



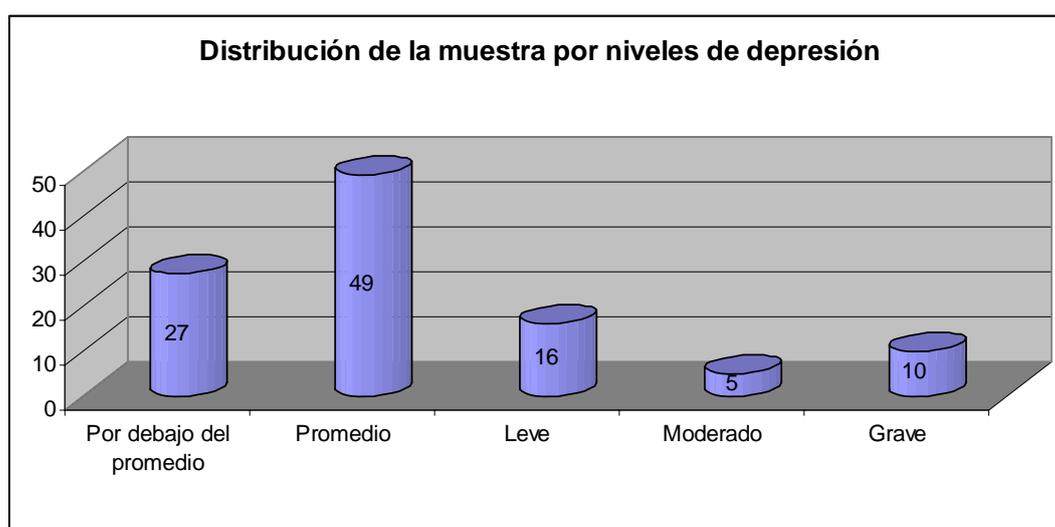
Gráfica 9. Distribución de la muestra por número de sujetos según la escolaridad.

Dado que la hipótesis correspondiente al objetivo general es que los niños y adolescentes con VIH/SIDA presentan puntuaciones que de acuerdo con el CDI indican depresión, se llevó a cabo una distribución de frecuencias con los puntajes obtenidos, cuyo resultado fue que el 29% (31 sujetos) de los participantes obtuvieron puntuaciones que indican depresión y que 71% (76 sujetos) no alcanzó un puntaje que la indique. (Gráfica 10)



Gráfica 10. Distribución de la muestra según la presencia de depresión.

En cuanto a los niveles de depresión encontrados, podemos ver que 16 de los niños y adolescentes participantes cursan con una depresión leve, solo 5 con moderada y 10 con grave, la mayoría de los niños y adolescentes obtuvo un puntaje promedio, es decir, que no indica depresión.



Gráfica 11. Distribución de la muestra por niveles de depresión

Para responder a la hipótesis de si existen diferencias de las puntuaciones del CDI con relación al sexo se realizó una prueba T de Student, en dónde se encontraron los siguientes resultados.

Variable		Media	T	Sig.
CDI	Femenino	51.0635	7.641	.007
	Masculino	51.6818		

Tabla 2. Resultados de las pruebas t comparando género

Entonces se puede decir que si existen diferencias significativas de las puntuaciones del CDI con respecto al sexo al obtener una significancia de 0.007.

En cuanto a la hipótesis de si existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto a la edad se realizó una ANOVA, en la cual se obtuvo un nivel de significancia de 0.897; es decir, no se encontró diferencia significativa, tampoco se encontró relación entre la infancia o la adolescencia con la depresión.

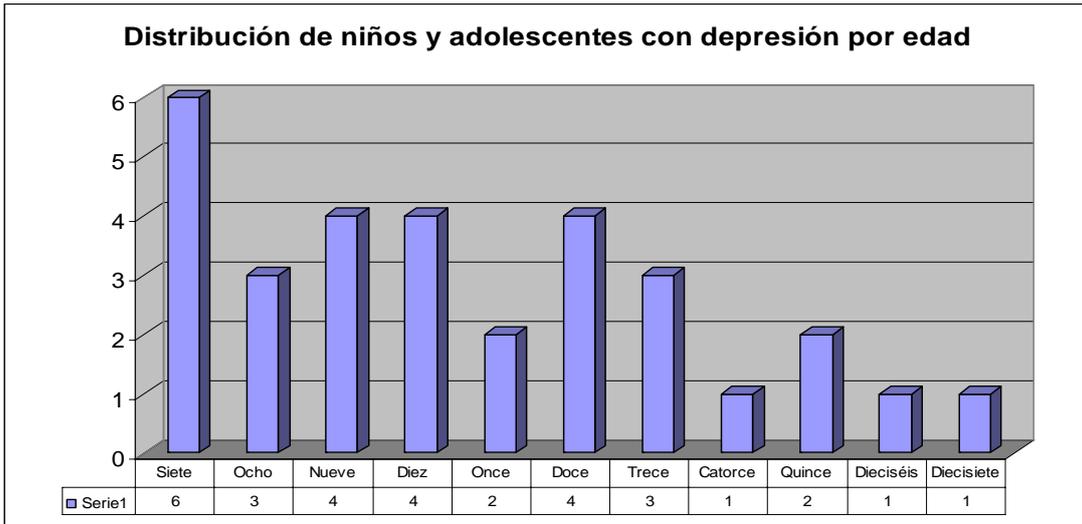
Por otro lado para la hipótesis de si existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto al conocimiento del diagnóstico se realizó una prueba T de Student, en la cual no se encontró diferencia significativa, ya que el nivel de significancia fue de 0.713.

Así mismo se obtuvo un nivel de significancia de 0.878 en el ANOVA realizado para la hipótesis de si existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto a la orfandad, por lo que se dice que no hay diferencias entre ellos.

Para saber si existen diferencias de las puntuaciones del CDI con respecto al estadio de la enfermedad, se llevó a cabo una ANOVA, la cual arrojó un nivel de significancia de 0.950, mismo que indica que no hay diferencias.

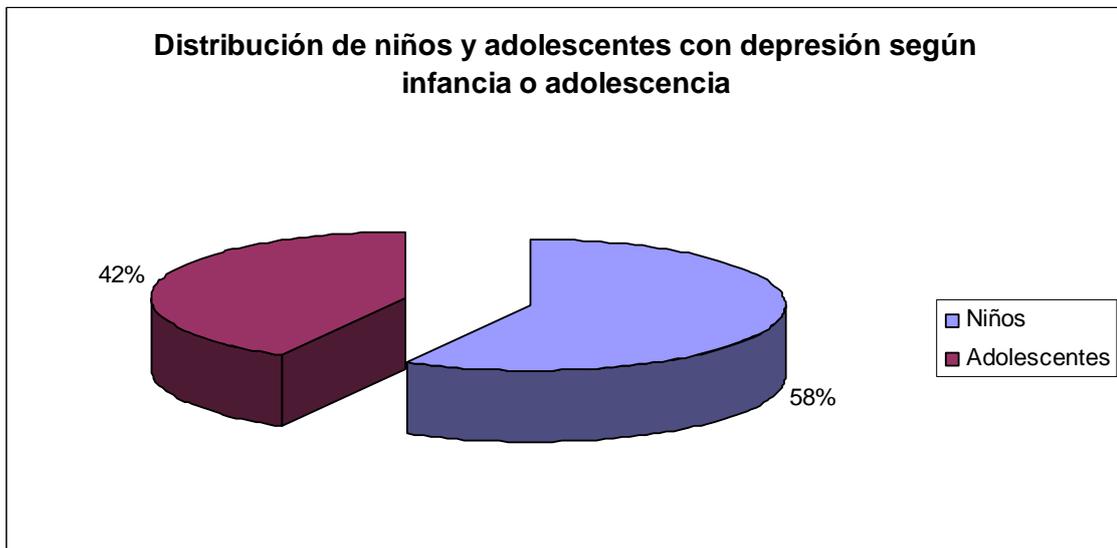
Con respecto a los niños y adolescentes que obtuvieron un puntaje en el CDI que indica depresión se encontraron las características sociodemográficas que a continuación se presentan.

De los 107 niños y adolescentes participantes 31 de ellos presentaron puntaje que indica depresión, su edad se encuentra entre los 7 y 17 años según los criterios de inclusión. En la Gráfica 12 se observa la frecuencia de niños y adolescentes que presentaron depresión para cada una de las edades siendo la edad de 7 años la que presenta mayor frecuencia con 6 sujetos, y las edades de 14,16,17 las que presentan menos con solo un sujeto, cabe mencionar que estas tres últimas edades pertenecen a la adolescencia.



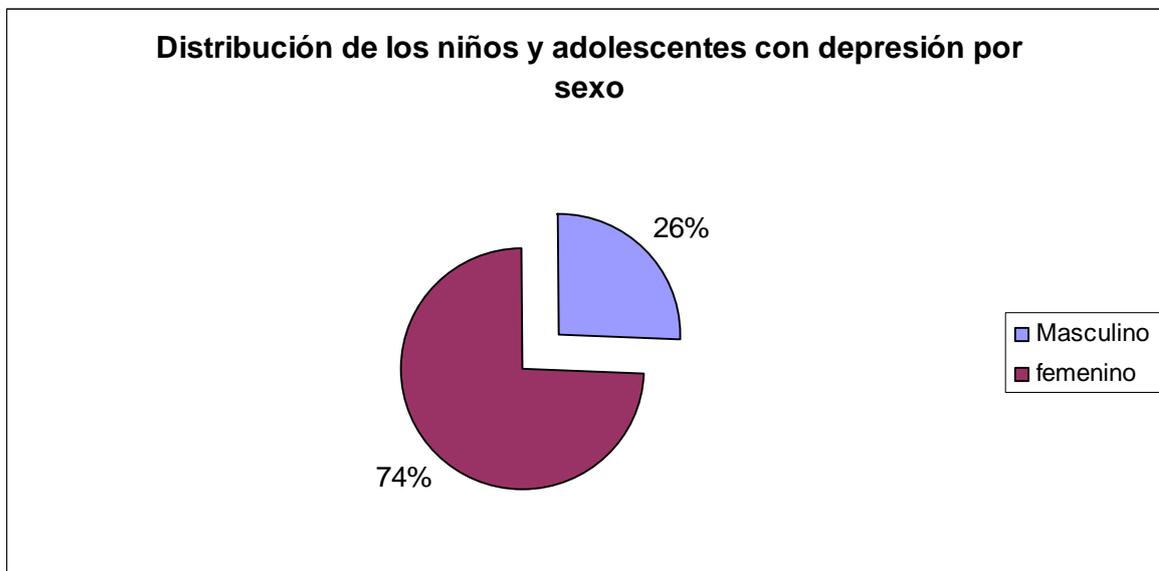
Gráfica 12. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de

En la Gráfica 13 se muestra que de los sujetos que presentaron depresión 13 de ellos son adolescentes lo que representa un 42% y 18 son niños siendo éstos la mayoría con un 58% del total. Debe recordarse que esta clasificación se hizo de acuerdo al CDI.



Gráfica 13. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de depresión según su edad, niños (menores de 12 años) y adolescentes (mayores a 12 años).

En cuanto al sexo que presentan los niños y adolescentes con depresión en la Gráfica 14 se puede ver claramente que el sexo femenino predomina con un 74%; es decir de los 31 sujetos con depresión 23 son niñas o adolescentes femeninas y sólo 8, un 26% pertenecen al sexo masculino prácticamente una cuarta parte.



Gráfica 14. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de depresión según su sexo.

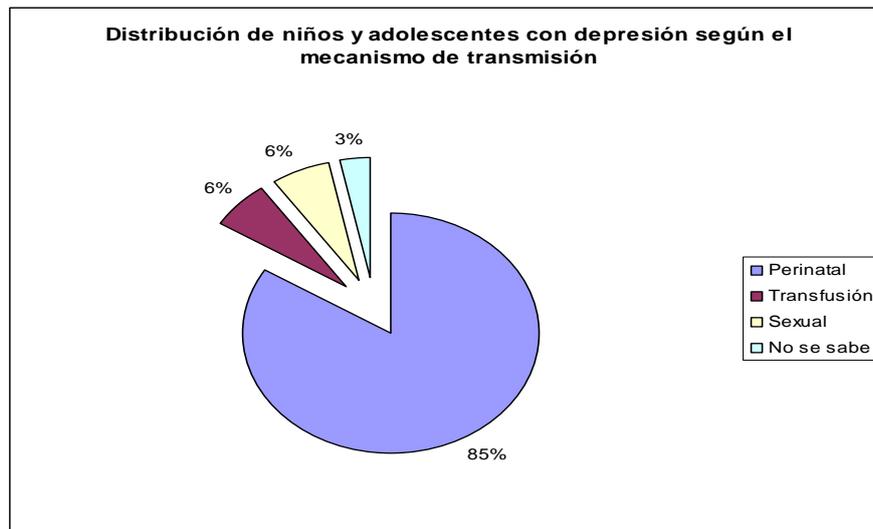
El lugar de residencia en el que se encontró mayor número de niños y adolescentes con depresión es el Estado de México con 12 sujetos, Oaxaca, Veracruz, Querétaro y Tlaxcala presentan la menor frecuencia con sólo uno. En la Tabla 3 se muestran los niños o adolescentes con depresión para cada estado participante.

Distribución de la muestra por lugar de residencia

Distrito Federal	8
Estado de México	12
Oaxaca	1
Veracruz	1
Querétaro	1
Tlaxcala	1
Guerrero	5
Jalisco	2

Tabla 3. Distribución de la muestra según el lugar dónde radican

Por otro lado y con respecto al mecanismo de transmisión por el cual se infectaron los niños y adolescentes con depresión 26 de ellos, es decir, el 85% se infectó de manera perinatal, 2 sujetos (6%) de forma sexual y del 3% (1 sujeto) no se sabe, debe mencionarse que sólo había dos participantes que adquirieron la infección por medio de una transfusión y ambos se encuentran con depresión. (Gráfica 15)



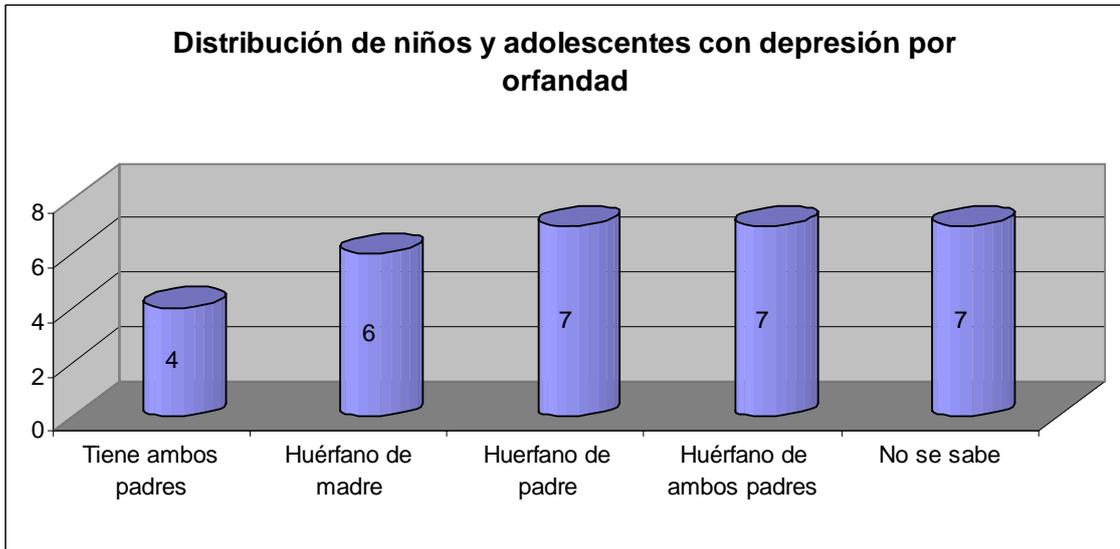
Gráfica 15. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de depresión según su mecanismo de transmisión

En lo que se refiere al conocimiento que los niños y adolescentes con depresión tienen de su diagnóstico, se encontró que 17 de ellos (55%) no lo saben y el 45% (14 sujetos) conocen su diagnóstico, esto se observa en la gráfica (16)



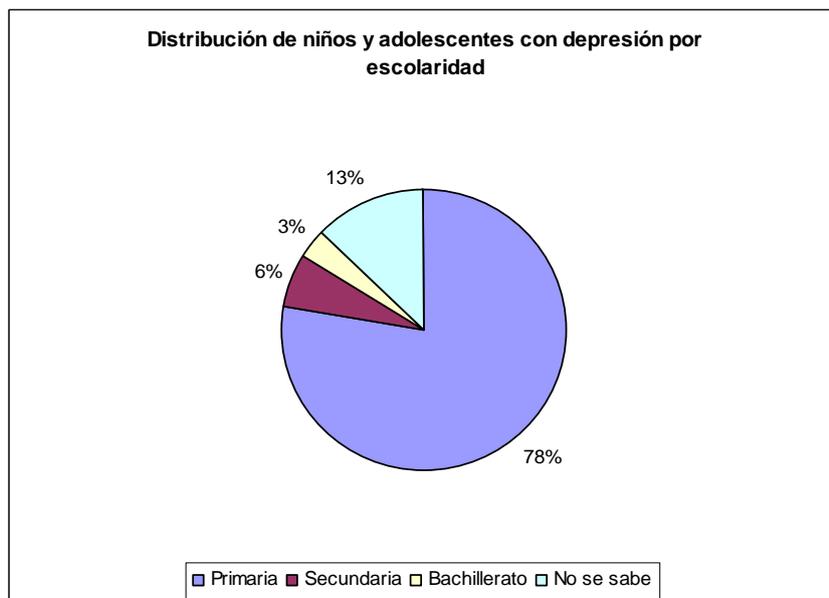
Gráfica 16. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de depresión según su conocimiento del diagnóstico

En la Gráfica 17 se muestra la orfandad de los niños y adolescentes con depresión, como se observa 20 de los 31 sujetos son huérfanos, 6 de madre, 7 de padre y también 7 de ambos padres. Sólo 4 cuentan con ambos padres, de 7 de ellos se desconoce si sus padres aún viven.



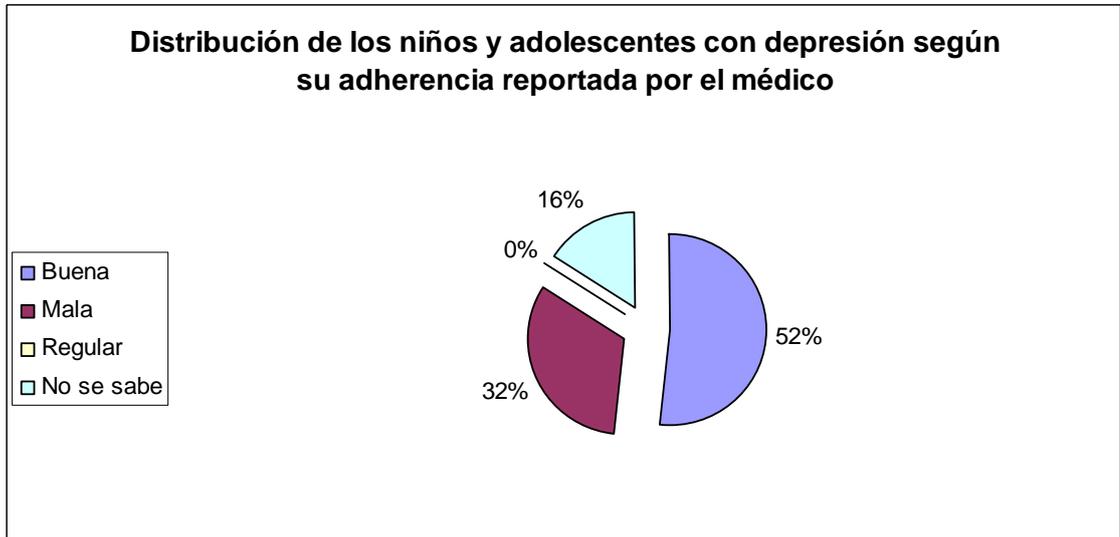
Gráfica 17. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de depresión con respecto a su orfandad.

Con respecto a la escolaridad de los niños y adolescentes con depresión el 78 %; es decir, 24 de ellos cursan la educación primaria, 2 (6%) la secundaria y sólo 1 (3%) el bachillerato, a pesar de que, como se vio en una gráfica anterior, el 58% son adolescentes. Observe Gráfica 18.



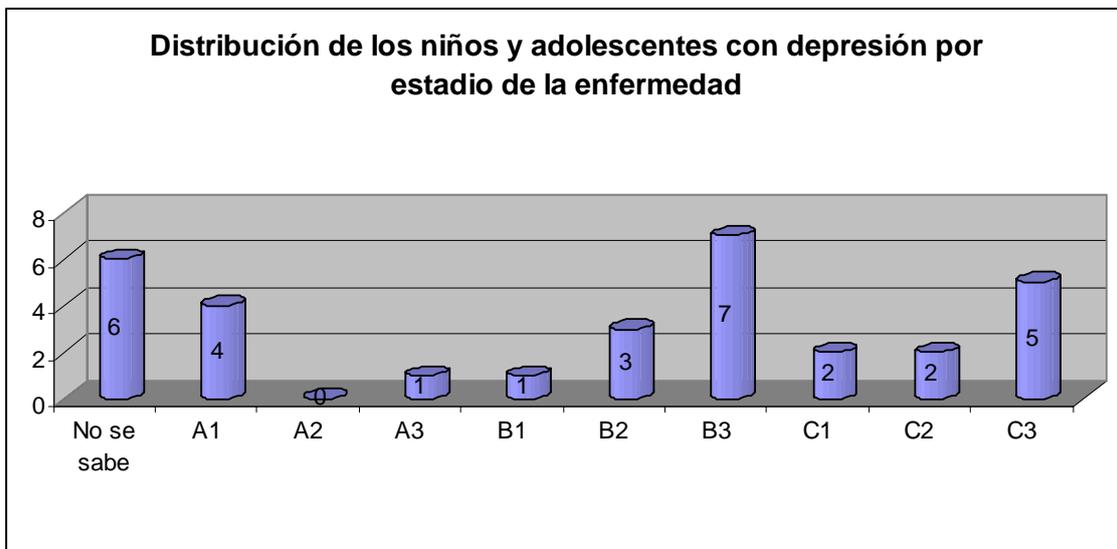
Gráfica 18. Distribución de los niños y adolescentes que presentaron de acuerdo al CDI niveles de depresión según su escolaridad.

Como se puede observar en la gráfica 19, en el 52% de los sujetos con depresión los médicos reportan buena adherencia, para el 32% se reporta mala y del 16% no se obtuvo acceso a ese dato.



Gráfica 19. Depresión y Adherencia

Por último se muestra el estadio de la enfermedad en la que se encontraron los niños y adolescentes con depresión, y como se puede ver en la gráfica 20 la mayoría se encuentra en el estadio B3 y con solo dos sujetos menos de diferencia le sigue el C3, ninguno se encontró en el estadio A2.



Gráfica 20. Distribución por estadio

Con respecto al CDI se realizó una distribución de frecuencias por cada uno de los diferentes reactivos y áreas que componen el instrumento. Los resultados obtenidos fueron que de los 27 reactivos con los que cuenta el inventario solo en 2 de ellos se observó mayor frecuencia en las respuestas que indicaban preocupación, en el reactivo 6 seguridad y preocupación por las cosas malas que pueden suceder y la preocupación por dolores y malestares en el reactivo 19.

En cuanto a las cinco áreas se observó que la media obtenida para cada una de ellas se ubica en la normalidad al igual que el puntaje total del CDI.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue explorar si los niños y adolescentes con VIH/SIDA que asisten a las clínicas participantes presentan puntuaciones que de acuerdo con el CDI indican depresión, encontrando que el 29% de ellos cursan con algún nivel de depresión, siendo mayor el porcentaje reportado por las instituciones nacionales como la Secretaría de Salud, ISSSTE, IMSS y el DIF que coinciden en que la prevalencia de la depresión infantil es del 2% en la edad escolar y de 5 % a 8% en adolescentes, siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. A nivel internacional la diferencia entre estas cifras es casi nula, en Estados Unidos la prevalencia de trastornos depresivos es aproximadamente d 1% en preescolares, 2% en escolares y 5% a 8% en adolescentes (Kovacs, 2001; Castillo, 2007). Debe mencionarse que a pesar de que el porcentaje mencionado es mayor, la población obtuvo una media que según el instrumento los ubica en la normalidad, sin depresión.

El 29% encontrado es menor a las investigaciones realizadas por Battles (2002), Murphy (2001), Misdrahi (2004), con niños y adolescentes con VIH/SIDA, en los que la prevalencia se encuentra entre el 44% y 47%, cabe mencionar que los estudios mencionados se han llevado a cabo en su mayoría con población adolescente y con un número menor de sujetos. En comparación con los estudios mencionados, el resultado obtenido para adolescentes en esta investigación es menor 27%, no obstante, con respecto a la población general el porcentaje es mucho más elevado, pues se presenta de 5% a 8%, en el caso de los niños ocurre un caso similar, ya que de un 2% esperado para edad escolar se obtuvo un 31% (Kovacs, 2001; Castillo, 2007).

En cuanto a la edad, a pesar de que no se encontró relación entre la infancia y la adolescencia con la depresión ni diferencia significativa entre las edades, es importante señalar que contrario a lo que indica la literatura de que en la adolescencia la depresión es más frecuente que en niños pequeños, encontramos que de nuestra población identificada con depresión la mayoría son niños de 7 a 11 años, lo cual refuerza lo sugerido por Perk y Goodyer (2000) de que los trastornos depresivos están aumentando en etapas tempranas de la vida o que lo que ocurría es que no se identificaban.

Con respecto al sexo al obtener estadísticamente una diferencia significativa en este estudio podemos corroborar que en las mujeres hay mayor frecuencia de depresión que en los hombres como lo identifica Kelleher (1996), ya que se triplicó el número, es decir, por cada niño o adolescente con depresión hay tres niñas que la padecen.

En pediatría la principal forma de transmisión notificada del VIH/SIDA es la perinatal (Dirección General de Epidemiología 2005) y se manifestó claramente en este caso con más del 80% en la población general y en la población con depresión. La importancia de este dato es que podemos darnos cuenta que de los niños infectados por el VIH de madre a hijo están viviendo más, llegando a una edad adolescente y además en mejores condiciones.

Dado que los niños con VIH/SIDA están viviendo más, un tema importante a tratar es el manejo del diagnóstico, en este sentido no se encontraron diferencias entre los niños que conocían o no su diagnóstico y los que presentaban o no niveles de depresión. Tal resultado podría ser atribuible a las diferentes formas de manejo del diagnóstico que pudieran tener los diferentes profesionales de la salud, la edad en que se les comunicó el diagnóstico y que tanta información se les proporcionó sobre el mismo, las características particulares en que cada uno haya vivido la enfermedad antes del diagnóstico y las habilidades con las que contaba para enfrentar el manejo de este.

Por otro lado a pesar de que Shugert y López (2002), así como Grey, Whittermore, y Tamborlane (2002) identifican como factores asociados a la depresión la disgregación familiar y factores ambientales como la muerte de los padres en este estudio no se encontró diferencia entre los niños y adolescentes con depresión o sin ella y la orfandad, aunque el 77% de los sujetos era huérfano ya sea de uno o ambos padres y de algunos no se tenía conocimiento de ellos, por lo que finalmente la ausencia es evidente. Podría suponerse que al igual que en el manejo y comunicación del diagnóstico influyen las características particulares de cada sujeto, en este caso lo referente al apoyo familiar, pues un niño o adolescente huérfano puede contar con la figura paterna o materna en los tutores que llegan a hacerse cargo de ellos y puede ocurrir que un niño o adolescente que cuente con sus padres no necesariamente tenga ese apoyo o figura presente en el hogar.

Es importante hablar de la escolaridad que presentó la población total, pues el 71% de ella asiste a la primaria, debemos recordar que el 42% de la muestra esta conformada

por adolescentes (≥ 12 años) por lo que deberían estar cursando o terminando la secundaria, lo que supone un retraso en el desarrollo cognitivo como lo mencionan Tindyebwa, Musoke y Eley (2005). Además el porcentaje de niños y adolescentes en primaria aumenta en la población que presenta depresión.

Por otro lado y a pesar de que uno de los puntos críticos es la toma de responsabilidad del tratamiento antorretroviral por parte de los pacientes (Tindyebwa y cols., 2005), en este estudio los médicos reportaron una buena adherencia para más de la mitad de los pacientes de la población total, sin embargo, dicha adherencia disminuye para la población identificada con depresión, aumentando así los reportes de mala adherencia para los niños y adolescentes identificados con depresión.

Ahora bien, en la literatura para adultos con VIH/SIDA se indica que conforme avanza la enfermedad se van presentado factores que pudieran influir en el bienestar emocional de las personas (Cohen y Dirham 1994; Lupo 2003). Por lo que durante la evolución de la enfermedad cada vez es más requerido el apoyo psicológico y psiquiátrico (Romo 1997). Con respecto a esto en la exploración realizada en este estudio encontramos que estadísticamente no hay diferencias en cuanto al estadio de la enfermedad y la depresión; es decir, que por lo menos en esta investigación el estadio de la enfermedad no es muy distinto entre los niños y adolescentes identificados con depresión y los que no. En base al acercamiento con estos pacientes podríamos sugerir que la atención brindada por los tutores y profesionales de la salud que en ocasiones aumenta conforme avanza la enfermedad pudiera influir en el estado emocional de niño o adolescente.

Por último es importante señalar que todos los niños y adolescentes participantes proceden de clínicas de atención pediátrica pertenecientes a hospitales (HGM/UNAM, HIM, HCG, IMSS), por lo que todos los datos presentados se refieren únicamente a niños y adolescentes con VIH/SIDA atendidos en hospitales.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos, podemos concluir que algunos factores importantes que pudieron influir en los niveles de depresión pueden ser: las características particulares de cada uno de los niños, que si bien todos presentan la infección también es cierto que no todos viven en las mismas condiciones como la educación, la familia, las condiciones económicas, la información que se tiene con respecto a la enfermedad y la red de apoyo con la que se cuenta, además de los cuidados afectivos y el ambiente social en que se desarrolla.

Por otro lado es importante enfatizar que la depresión es un trastorno multifactorial y sobre todo que va a variar de persona a persona como individuos únicos que son, por lo que es importante no asumir que una persona puede tener o no depresión tomando en cuenta únicamente los factores de riesgo que pueda tener así sean muy numerosos o escasos.

Es importante la detección temprana de la depresión, haciendo uso de todos los recursos necesarios para poder emitir un diagnóstico que favorezca una atención e intervención conveniente a los pacientes.

Finalmente se debe destacar el gran campo de trabajo que existe por hacer en cuanto a psicología en relación a los niños y adolescentes con VIH/SIDA, por lo que aquí planteamos algunas sugerencias para próximas investigaciones:

Que la muestra se conforme con un número mayor de participantes

Que la muestra incluyan a niños y adolescentes pertenecientes a albergues o instituciones no gubernamentales

Que la muestra se conforme de niños y adolescentes con distintas enfermedades crónicas

Que la muestra esté conformada por sujetos con infección y sin ella

Que se lleve a cabo un diagnóstico completo para detectar la depresión

Que se realice seguimiento a los sujetos

Que se investigue a la par de la depresión su comorbilidad

Que se tome en cuenta la posibilidad de indagar más a fondo cada una de las características de estos niños y adolescentes

ANEXO 1

Numero de identificación del Niño(a): _____ Edad: _____ Grado de Instrucción: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Fecha de Hoy: _____	 CDI por Maria Kovacs, Ph.D.
--	---

Los niños a veces tienen distintos sentimientos e ideas.

Este cuestionario agrupa algunos sentimientos e ideas. De cada grupo de tres frases, escoge una frase que te describa *mejor* durante las últimas dos semanas. Después de escoger una frase del primer grupo, pasa al siguiente grupo.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Solo escoge la frase que mejor describa como te has sentido últimamente. Pon una marca como esta al lado de tu respuesta. Pon la marca dentro del cuadrado que esta al lado de tu respuesta.

Aquí hay un ejemplo. Pon una marca junto a la frase que *mejor* te describa.

Ejemplo:

- Leo libros todo el tiempo.
- Leo libros de vez en cuando.
- Nunca leo libros.

Recuerda, escoge las frases que mejor te describan en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

Item 1

- Estoy triste de vez en cuando.
- Estoy triste muchas veces.
- Estoy triste todo el tiempo.

Item 2

- Nunca me van a salir bien las cosas.
- No estoy seguro(a) si las cosas me van a salir bien.
- Las cosas me van a salir bien.

Item 3

- Hago bien la mayoría de las cosas.
- Hago muchas cosas mal.
- Hago todo mal.

Item 4

- Me divierto en muchas cosas.
- Me divierto en algunas cosas.
- Nada me divierte.

Item 5

- Me porto mal todo el tiempo.
- Me porto mal muchas veces.
- Me porto mal de vez en cuando.

Item 6

- De vez en cuando pienso en las cosas malas que me pueden pasar.
- Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas.
- Estoy seguro(a) que me van a pasar cosas terribles.

Item 7

- Me odio.
- No me gusta como soy.
- Me gusta como soy.

Item 8

- Todas las cosas malas son culpa mía.
- Muchas cosas malas son culpa mía.
- Las cosas malas generalmente no son culpa mía.

Item 9

- No pienso en matarme.
- Pienso en matarme, pero no lo haría.
- Quiero matarme.

Continúe y rellene el reverso de la página.

Recuerda, escoge las frases que mejor te describan en LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.

Item 10

- Tengo ganas de llorar todos los días.
- Tengo ganas de llorar muchos días.
- Tengo ganas de llorar de vez en cuando.

Item 19

- No me preocupo por dolores y malestares.
- Me preocupo por dolores y malestares muchas veces.
- Siempre me preocupo por dolores y malestares.

Item 11

- Las cosas me molestan todo el tiempo.
- Las cosas me molestan muchas veces.
- Las cosas me molestan de vez en cuando.

Item 20

- No me siento solo(a).
- Me siento solo(a) muchas veces.
- Me siento solo(a) todo el tiempo.

Item 12

- Me gusta estar con la gente.
- Muchas veces no quiero estar con la gente.
- Nunca quiero estar con la gente.

Item 21

- Nunca me divierto en la escuela.
- Me divierto en la escuela solo de vez en cuando.
- Me divierto en la escuela muchas veces.

Item 13

- No puedo tomar decisiones.
- Es difícil para mí tomar decisiones.
- Tomar decisiones es fácil para mí.

Item 22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

Item 14

- Me veo bien.
- Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
- Me veo feo(a).

Item 23

- Me va bien en la escuela.
- No me va tan bien en la escuela como antes.
- Me va muy mal en materias en las que antes me iba bien.

Item 15

- Siempre tengo que obligarme para hacer las tareas escolares.
- Tengo que obligarme muchas veces para hacer las tareas escolares.
- Hacer las tareas escolares no es un gran problema para mí.

Item 24

- Nunca puedo ser tan bueno(a) como otros niños.
- Puedo ser tan bueno como otros niños si quiero.
- Soy tan bueno como otros niños.

Item 16

- Duermo mal todas las noches.
- Duermo mal muchas noches.
- Duermo bastante bien.

Item 25

- Nadie realmente me quiere.
- No estoy seguro(a) si alguien me quiere.
- Estoy seguro(a) que alguien me quiere.

Item 17

- Estoy cansado(a) de vez en cuando.
- Estoy cansado(a) muchos días.
- Estoy cansado(a) todo el tiempo.

Item 26

- Casi siempre hago lo que me dicen.
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

Item 18

- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
- Muchos días no tengo ganas de comer.
- Como bastante bien.

Item 27

- Me llevo bien con la gente.
- Me meto en peleas muchas veces.
- Me meto en peleas todo el tiempo.

ANEXO 2

Estudio sociodemográfico

Fecha de la encuesta:

Nombre:

Institución:

1) Fecha de nacimiento:

Edad:

2) Sexo: Femenino

Masculino:

3) lugar de residencia:

4) Mecanismo de transmisión del VIH

perinatal

transfusión

sexual

no se sabe

5) Estadio de la enfermedad en el momento actual

A1

A2

A3

B1

B2

B3

C1

C2

C3

6) Con respecto al Dx de VIH/SIDA

lo ignora

lo conoce

7) Escolaridad

primaria

secundaria

bachillerato

no asiste

8) con respecto a la orfandad

tiene ambos padres

huérfano de madre

huérfano de padre

huérfano de ambos

no se sabe

9) La adherencia reportada por su médico es:

buena

mala

regular

ANEXO 3

Carta de consentimiento informado para el paciente

Un estudio exploratorio sobre niveles de depresión en niños y adolescentes con VIH/SIDA

Introducción y objetivos

EL SIDA ha evolucionado de una infección fatal rápida a una enfermedad crónica por los avances en el tratamiento, por lo que los niños que se infectan en forma perinatal (de la madre al niño) están viviendo más tiempo y en mejores condiciones, éste grupo de niños y adolescentes podrían cursar con alteraciones psicológicas, principalmente depresión, siendo muy escasa la información en el mundo y no hay reportes en México del manejo psicológico.

Por lo que el objetivo de este estudio es Explorar si los niños y adolescentes con VIH/SIDA que asisten a las Clínicas para niños con inmunodeficiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México/ Hospital General de México y del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", al servicio de Infectología del Centro Médico Siglo XXI, así como del Hospital Civil de Guadalajara, presentan puntuaciones que de acuerdo con el CDI indican depresión.

Procedimientos

En este estudio participaran varios hospitales que brindan o cuentan con clínicas de atención a niños y adolescentes con VIH/SIDA, serán niños y adolescentes entre 7 y 17 años con el diagnóstico de VIH/SIDA de al menos seis meses.

En una primera visita se le pedirá que lea y firme esta carta informativa y de consentimiento antes de que se haga cualquier cosa, posteriormente se le pedirá su cooperación en una entrevista destinada al llenado de una encuesta sociodemográfica, así como del tiempo destinado a la aplicación del CDI al niño o adolescentes.

En una segunda visita se le entregarán los resultados obtenidos para el niño o adolescente, si éste es identificado con depresión será canalizado con el psicólogo responsable de cada institución

Costos

No habrá cargo alguno para usted o su familia por participar en este estudio.

Confidencialidad de los registros

Los registros que lo identifican a usted y a su hijo así como la forma de consentimiento firmada por usted, podrán ser revisados para propósitos regulatorios o de investigación. En la información que se obtenga, al tomar parte en este estudio, no se le identificará por su nombre a usted o su hijo.

Participación voluntaria en el estudio y abandono en etapa temprana

Si toma parte en este estudio es voluntario (es su decisión). Usted puede decidir no participar en el estudio

Consentimiento/aprobación

No firme esta forma de consentimiento a menos que usted ya haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y haya recibido respuestas satisfactorias de todas sus preguntas.

He leído y entendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Es mi voluntad firmar esta forma y Acepto que mi hijo participe en este estudio.

Nombre del niño o adolescente

Firma del niño/adolescente

Fecha

Nombre de la madre* o Tutor

Firma de la madre o Tutor

Fecha

Nombre del Padre* o Tutor

Firma del Padre o Tutor

Fecha

En caso de no ser los padres, parentesco con el paciente

***Si solamente uno de los Padres/Tutores puede firmar, favor de declarar la razón**

Nombre de la persona que obtiene el Consentimiento/Aprobación

Firma de la persona que obtiene el Consentimiento/Aprobación

Fecha

Nombre del Testigo

Fecha

Firma del Testigo

Relación con el paciente

Domicilio: _____

Nombre del Testigo

Fecha

Firma del Testigo

Relación con el paciente

Domicilio: _____

REFERENCIAS

- American Academy of Pediatrics. HIV infection. 2003. Red Book. Report of the Committee on Infectious Disease. 26th ed.
- American Psychiatric Association (2004) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado. Barcelona. Masson.
- American Psychiatric Association (2000). Depression in children and adolescents. American Family Physician
- Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access (2006). Recommendations for a public health approach. World Health Organization
- Antonini C. (2006). Respuestas a la depresión. [En red] Disponible en: <http://www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php>
- Ayuso (1981). Las depresiones, nuevas perspectivas clínicas, etiopatógenas y terapéuticas. Interamericana. España
- Barrio V. (1997). Depresión infantil: causas, evaluación y tratamiento. Barcelona. Ariel.
- Battles H, Wiener I.(2002) From adolescence though young adulthood. Psychosocial adjustment associated with long.term survival of HIV. J of Adolescent Mealth.
- Belló M, Puentes E, Medina ME, Lozano R (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública México. Vol. 47 suplemento 1
- Blanch A. (2002) Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA Barcelona, España: Psiquiatría Ars Medica Guías Clínicas.

Blumberg, S.H., & Izard, C.E. (1986). Discriminating patterns of emotions in 10 and 11 years old children's anxiety and depression. Journal of Personality and Social Psychology.

Calderon G. (1999) Depresión: un libro para enfermos deprimidos y médicos en general México. Trillas.

Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. (1997) Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental,20.

Casos de SIDA por sexo y por edad 2006 [En red] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/porsexyedad15nov.pdf>. Última actualización 2007

Castillo L. (2007). Niños sufren depresiones [En red] Disponible en <http://www.oem.com.mx>

Cohen F., Dirham J. (1994). Pacientes con SIDA cuidados de enfermería. México: Manual Moderno

Deudel R., Montagnier L.(2002). El SIDA: una explicación para comprender, un ensayo para reflexionar. México: Siglo XXI

Dirección General de Epidemiología (2005). Registro Nacional de Casos de SIDA. Secretaría de Salud.

Dirección General de Epidemiología (2006). Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de septiembre del. Secretaría de Salud.

El SIDA en cifras 2006 [En red] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>. Última actualización 2007

El SIDA en cifras 2005 [En red] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>. Última actualización 2007

European Collaborative Study (2001). Fluctuations in symptoms in HIV-infected children: the first 10 years of life. Pediatrics

European Collaborative study. Morbidity and mortality in European children vertically infected by HIV-infection. (1997). The French Pediatric HIV infection Study Group J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol

Fernández F. (2002). Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA. Revista de Psiquiatría del Uruguay Volumen 66 N° 1. [En red] Disponible en: www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf

Frederick T, Thomas P, Mascola L, (2000). Human immunodeficiency virus-infected adolescents: a descriptive study of older children in New York City, Los Angeles County, Massachusetts and Washington DC. Pediatr Infect Dis

Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. (2002) Depression in type 1 diabetes in children, natural history and correlates. Journal of Psychosomatic

Grmek M. (1992). Historia del SIDA. México: Siglo XXI

Grubman S, Gross E, Lerner Weiss N, (1995) Older children and adolescents living with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. Pediatrics

Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection (2006). Developed by The Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children convened by the National Resource Center at the François-Xavier Bagnoud Center, UMDNJ, The Health Resources and Services Administration (HRSA), and The National Institutes of Health (NIH)

Hernangomez L. (2000) ¿Por que estoy triste? : guía para conocer y afrontar la depresión. Archidona, Málaga. Aljibe.

Jellinek M, Snyder J, (1998). Depression and suicide in children and adolescents. Pediatric rev 19: 255-64.

Kazdin, A. E., French, N.H., & Unis, A. S. (1983). Child, mother, and father evaluations of depression in psychiatric inpatient children. Journal of Abnormal Child Psychology.

Kelleher KJ, Wolraich ML (1996). Diagnosis psychosocial problems. Pediatrics

Kovacs M. (2001) Gender and the course of major depressive disorder through adolescence in clinically referred youngsters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatric

Kramlinger K. (2001). Guía de la Clínica Mayo sobre depresión. Rochester, Minnesota.

Lupo S. (2003). Clínica y terapéutica de la infección por VIH/SIDA. Argentina: Universidad Nacional de Rosario.

Luque R. (2001). El SIDA en primera persona: Información y claves para el logro de acuerdos preventivos. Colombia: panamericana

Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 26 (4)

Moran M, Santos P, (1986) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Pediatría. Informe del primer caso en México. Bol Med Hosp Inf Mex

Mellins CA, Brackis-Cott E, Dolezal C, (2006): Psychiatric disorders in youth with perinatally acquired human immunodeficiency virus infection. Pediatr Infect Disorders

Mellins CA, Smith R., O'Driscoll, Magder LS, (2003). High rates of behavioral problems in perinatally HIV-Infected children are not linked to HIV disease.

- Méndez F (1998). El niño que no sonrío: estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil. Madrid. Pirámide
- Misdrahi D, Vila G, Funk-Bretano I, (2004) DSM-IV mental disorders and neurological complications in children and adolescent with human immunodeficiency virus infection (HIV-1). Eur Psychiatry
- Murphy D, Durako S, Moscicki A, (2001) No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. J Adolescent health.
- ONUSIDA (2005). Resumen mundial de la epidemia de SIDA.
- Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Suiza
- Ortiz-Tallo (1997). Trastornos psicológicos. Alebrije. Málaga
- Páez F., Núñez R., et al (2002) Evaluación de constructos cognitivos relacionados con la depresión en niños. Actas Esp Psiquiatr.
- Perk RJ, Goodyer IM.(2000) Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. European Child & adolescent psychiatry
- Quinn B. (2003) Todo sobre la depresión : aprenda a controlarla. México. McGraw-Hill Interamericana.
- Romo J. (1997). SIDA: manejo del paciente con HIV. Tomo I y II. 2ª Edición. México: Manual Moderno
- Shugert M, López E. (2002), Depression in children and adolescents. Postgraduate Medicine.
- Soutullo C. (2005). Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes. Pamplona. Ediciones Universidad de Navarra

Thorne C, Newell ML, Asensi F, Older children and adolescents surviving with vertically acquired HIV infection. JAIDS

Tindyebwa D, Musoke P, Eley B, (2005). Adolescent Issues .Hanbook on Paediatrics AIDS in Africa. Family Health International

Vallejo J, Gastó C. (2000). Transtornos afectivos: Ansiedad y depresión. Barcelona; México. Masson

World Health Organization, (2006) Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. Recommendations for a public health approach