



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

**HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “UNIDAD MORELOS”  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA**

**ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE RESILIENCIA Y DEPRESIÓN EN NIÑOS DE 8 A 16 AÑOS,  
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL  
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIDAD MORELOS**

**TESIS**

**PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:  
REYES JUAREZ BRUNA JOSELYN**

**TUTORES PRINCIPALES:**

**TUTOR TEÓRICO:  
DR. MIGUEL PALOMAR BAENA  
TITULAR DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS**

**TUTORA METODOLÓGICA:  
DRA. VIRGINIA BARRAGÁN PÉREZ  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2022**



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

Agradezco a Dios por permitirme terminar la tesis, aun con las dificultades que se me presentaron.

A mis asesores Dr. Palomar y Dra. Barragán que fueron mis guías en esta tesis, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Al equipo médico por otorgarme ideas, motivación y acertado tratamiento cuando mi cuerpo no llegaba a responder.

A mi familia y amigos por alentarme a escribir sobre resiliencia y estar cuando los necesité.

## DEDICATORIA

A todos los niños del mundo.

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>2</b>
<b>Marco teórico y antecedentes.....</b>	<b>3</b>
Resiliencia.....	3
Mecanismos neuroendocrinos de resiliencia.....	4
Depresión en la edad temprana .....	6
Mecanismos endócrinos de la depresión.....	7
Factores de riesgo de depresión pediátrica .....	9
Asociación de resiliencia y depresión .....	11
<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>13</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>15</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>15</b>
<b>Definición de Variables.....</b>	<b>16</b>
<b>Método .....</b>	<b>17</b>
Diseño de estudio .....	17
Participantes .....	17
Instrumentos .....	20
Procedimiento .....	21
<b>Análisis de datos.....</b>	<b>22</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>22</b>

<b>Discusión .....</b>	<b>25</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>33</b>
Consentimiento informado .....	33

## Resumen

**Antecedentes:** La depresión generalmente se desencadena por uno o más eventos negativos que involucran estrés, pérdida o decepción. Los factores de riesgo adicionales categorizados como factores de vulnerabilidad aumentan el impacto de tales eventos adversos, estos pueden ser dificultades en las relaciones familiares o amistades, problemas en la escuela, eventos difíciles en la vida. Y la resiliencia se correlaciona con un estado de bienestar no solo de forma directa sino también indirecta a través de su impacto en la capacidad de afrontar el estrés, así como en el afrontamiento adaptativo, facilitando la movilización para emprender acciones útiles en situaciones estresantes.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el nivel de resiliencia y depresión en niños de 8 a 16 años, atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. **Método:** Se llevó a cabo un estudio transversal durante diciembre de 2021 a febrero de 2022, en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil. **Resultados:** Participaron 77 pacientes (41.2% mujeres, 58.8% hombres); de 8 a 16 años, de los cuales 31.17% tuvieron sintomatología depresiva. Fue congruente entre niveles de resiliencia con los resultados de depresión, con el 61.03%, 36.36% y 2.68% de pacientes con nivel alto, medio, y bajo de resiliencia respectivamente. **Conclusiones:** Se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre el nivel de resiliencia y la depresión, donde el 79.24% de los casos sin depresión mostraron un alto nivel de resiliencia.

**Palabras clave:** Adolescencia, Resiliencia, Depresión

## Introducción

En el mundo los niños se enfrentan a múltiples riesgos que van en detrimento de su supervivencia, desarrollo, protección y participación en la vida familiar y social. Estos riesgos dan como resultado un empobrecimiento físico y psicológico, lo que erosiona las capacidades y opciones individuales de afrontamiento. La falta de recursos materiales adecuados hace que los niños experimenten sentimientos de aislamiento social, discriminación en la escuela y en la comunidad, afectando así su autoestima y sus relaciones. Además, los factores sociales impulsados por la evolución de las estructuras familiares y comunitarias tienen un efecto negativo en los niños, provocando sentimientos de impotencia y desesperanza. <sup>(1)</sup> Con base a estos factores, sigue acumulándose evidencia sobre los riesgos a corto y largo plazo para la salud y el bienestar que plantean las experiencias vitales adversas en los niños; particularmente cuando las adversidades son prolongadas, acumulativas u ocurren durante períodos sensibles en el desarrollo neurobiológico temprano. Al mismo tiempo, existe una creciente preocupación por el impacto de los desastres, la guerra, la pobreza, las pandemias, el cambio climático y el desplazamiento asociado en el bienestar global de los niños. Esta confluencia de amenazas para la salud presente y futura de los niños y, concomitantemente, sus sociedades, puede estar motivando un aumento de interés global en la resiliencia que abarca múltiples sectores y ciencias. La atención a la ciencia de la resiliencia y sus implicaciones para la práctica también está aumentando en la investigación y la práctica pediátricas. <sup>(2)</sup>

Por los motivos antes mencionados, se ha prestado una atención cada vez mayor a la comprensión de la condición de los niños y adolescentes frente a las adversidades. Varios estudios han evaluado la capacidad de los niños para gestionar su bienestar y desarrollar resiliencia para adaptarse y hacer frente a eventos desfavorables. Actualmente en el campo de la investigación se ha prestado mayor atención a la promoción de la salud mental y sus potenciales protectores para establecer un estado general de buena salud y bienestar en niños y adolescentes. Prácticamente la totalidad de la literatura con respecto al estudio de la resiliencia se ha escrito en las últimas dos décadas. <sup>(3)</sup>

## Marco teórico y antecedentes

### Resiliencia

Desde una perspectiva socio-ecológica, la resiliencia del niño / adolescente se entiende como un proceso complejo de varios niveles que respalda resultados positivos (por ejemplo, salud mental) a pesar de la adversidad presente y / o pasada. Este proceso se habilita de forma variable mediante la interacción de los sistemas (por ejemplo, el adolescente y el sistema familiar) a través del acceso a diversos recursos o apoyos de protección. <sup>(4)</sup> Aunque la resiliencia se consideró originalmente como una variable psicológica, se reconoce cada vez más como un indicador de los resultados psicosociales, entre los que se incluyen depresión, ansiedad y calidad de vida. <sup>(5)</sup>

La capacidad de resiliencia a menudo se infiere y juzga sobre la base de resultados observables (adaptación exitosa mediante criterios específicos) que surgen de procesos que involucran esa capacidad. La resiliencia es dinámica, siempre cambiante, porque los sistemas, procesos y contextos involucrados cambian constantemente a través de muchas interacciones. La resiliencia es limitada en el sentido de que la capacidad disponible para responder a un desafío dado puede verse mermada o abrumada. Aunque los sistemas adaptativos más poderosos que apoyan la vida y el bienestar humanos tienen una “capacidad de aumento” a corto plazo para impulsar la capacidad de respuesta adaptativa, estas reservas pueden agotarse. Afortunadamente, la resiliencia se puede renovar o reponer en sistemas clave con descanso o esfuerzos deliberados para restaurar o desarrollar la capacidad. En teoría, un sistema adaptativo complejo tiene una capacidad potencial en múltiples niveles de funcionamiento que puede activarse o aprovecharse en respuesta a los desafíos. <sup>(6)</sup>

Dos fases caracterizan la resiliencia: la adversidad y la adaptación positiva. La adversidad incluye la exposición a la angustia en un posible riesgo o trauma, mientras que la adaptación positiva refleja el proceso de resiliencia. Esta última fase es una interacción continua entre las fortalezas y debilidades personales de uno, las relaciones



sociales de apoyo y potencialmente dañinas, y otros factores significativos en el entorno. Además, la resiliencia se considera no solo un rasgo o habilidad individual, sino también un proceso de interacción, con sus propias cualidades específicas. Según Wagnild et al <sup>(7)</sup>, los cinco componentes de la resiliencia son: ecuanimidad, perseverancia, autosuficiencia, significación y soledad existencial.

### Modelos de resiliencia

Se han propuesto tres modelos principales de resiliencia: modelos compensatorios, protectores y de desafío. El modelo compensatorio indica que los efectos directos de la resiliencia contrarrestan los efectos negativos directos de factores de riesgo como el estrés. El modelo protector sugiere que los efectos protectores de la resiliencia amortiguan los resultados negativos de la exposición al riesgo y la adversidad, de modo que los adolescentes que obtienen puntajes más altos sobre resiliencia tienen un riesgo menor de resultados adversos. El modelo de desafío propone que el individuo cuando se expone al riesgo, pero no tanto que sea imposible de superar, aprende a desplegar recursos para superar el estrés futuro. <sup>(8)</sup>

### **Mecanismos neuroendocrinos de resiliencia**

La evidencia emergente señala al sistema locus coeruleus-norepinefrina (LC-NE) como uno de los factores principales en la resiliencia al estrés. Es bien sabido que el núcleo LC-NE responde al estrés mediante la activación de neuronas en todo el cerebro. Por ejemplo, en respuesta al estrés agudo, el sistema LC-NE lleva al cerebro a un estado de mecanismo de defensa rápido. Un número creciente de estudios también ha demostrado los principios heterogéneos de organización y funcionamiento de las neuronas LC-NE, como se ve en el sistema dopaminérgico del área tegmental ventral (VTA) <sup>(9)</sup>.

De acuerdo con estos primeros estudios, Zhang et al <sup>(9)</sup> descubrió que, en el paradigma de la defensa del estrés crónico social, los ratones resilientes mostraban una mayor actividad de disparo de las neuronas del locus coeruleus (LC) que se proyectan al VTA, y que la activación optogenética repetida de las neuronas noradrenérgicas LC-

VTA (20 min por día durante 10 días) en personas susceptibles los ratones revirtieron los comportamientos similares a la depresión y la hiperactividad patológica de las neuronas de dopamina VTA-núcleo accumbens (NAc). Utilizando una técnica de trazado de perfiles moleculares de mapeo de circuitos, este estudio examinó los objetivos moleculares de las entradas noradrenérgicas LC en las neuronas de dopamina VTA-NAc y encontró una mayor expresión de los adrenoceptores  $\alpha 1b$  y  $\beta 3$  en las neuronas de dopamina VTA-NAc. En otras investigaciones posteriores, se descubrió que la infusión intra-VTA repetida de agonistas  $\alpha 1$  y  $\beta 3$  durante 10 días normalizó el comportamiento de evitación social y la hiperactividad patológica de las neuronas de dopamina VTA-NAc. Estos hallazgos altamente consistentes implican el papel potencial de la norepinefrina en la mediación de los mecanismos de resiliencia en el VTA. <sup>(9)</sup>

## Procesos promotores y protectores

Los estudios clásicos de resiliencia en niños y jóvenes identificaron un conjunto de factores que a menudo se asocian con resultados positivos en el contexto de la adversidad. A medida que avanzó la ciencia de la resiliencia, el papel de estos factores se separó en factores "promotores" y "protectores" sobre la base de los roles funcionales. Los factores de promoción, también descritos como "activos" o "recursos", generalmente se asocian con resultados deseables en casi todos los niveles de riesgo. Mientras que los factores de protección juegan un papel especial cuando la adversidad es alta. Esta distinción corresponde a la diferencia entre los efectos "principales" y los efectos "moderadores" o de "interacción" en la terminología estadística. Estas funciones a menudo son confusas, principalmente porque muchos factores protectores ampliamente informados, como la buena crianza de los hijos o la buena resolución de problemas, también muestran efectos promotores, ya sea conceptualizados en el individuo o la familia. <sup>(10)</sup>

## Promoción de la resiliencia

La promoción de la resiliencia es un problema complejo que involucra intervenciones en múltiples niveles. Las intervenciones de nivel general proporcionan el marco para las intervenciones de nivel particular, dirigidas a la comunidad, la familia y el individuo. Las intervenciones generales se centran en el nivel de la política económica y social para crear entornos, actitudes y comportamientos comunitarios que sean seguros, de apoyo y saludables. Las intervenciones particulares intentan mejorar la cultura, las actitudes y las relaciones en las comunidades, las escuelas, los grupos de pares y las familias al centrarse en desarrollar habilidades y valores de comunicación que promuevan procesos de desarrollo positivos. Algunos de estos procesos de desarrollo positivo son las clases para padres, políticas y programas contra el acoso y programas de educación sobre drogas. Estas intervenciones a menudo están dirigidas a las relaciones de los niños, fortaleciendo las relaciones con los padres, hermanos, otros parientes y compañeros. <sup>(12)</sup>

### **Depresión en la edad temprana**

La depresión es una de las principales problemáticas del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud <sup>(13)</sup>, al menos 350 millones de personas padecen depresión en todo el mundo. Varios estudios han enfatizado que la depresión es un grave problema de salud pública entre los jóvenes. Esta afecta negativamente la memoria, el aprendizaje, las relaciones interpersonales y la función social de niños y adolescentes. Además, el impacto de la depresión de inicio temprano (antes de los 18 años) no se limita a la niñez y la adolescencia, sino que se extiende hasta la edad adulta.

Se ha demostrado que los niños con trastornos depresivos generan mayores costos de atención médica (incluida la atención médica general y de salud mental) en comparación con los niños sin trastornos de salud mental o los niños con otros diagnósticos de salud mental (excepto los trastornos de conducta). El diez por ciento de los niños de 5 a 12 años y el 19% de los adolescentes de 13 a 17 años con trastorno depresivo mayor intentan suicidarse. La edad media de aparición del trastorno depresivo mayor en la niñez y la adolescencia es de alrededor de 14 a 15 años, y la aparición es

más temprana en las niñas que en los niños. Se sabe poco sobre la prevalencia del trastorno depresivo mayor en los niños. <sup>(14)</sup>

## Epidemiología de la depresión

La prevalencia de depresión/trastornos afectivos en estudios realizados en entornos clínicos ha variado del 1.2% al 21%. Un estudio llevado a cabo en la India evaluó los datos de todos los niños y adolescentes que visitaban la clínica y observó las tendencias temporales de la prevalencia clínica de depresión / trastornos afectivos. Este estudio mostró que durante la década de 1980-1989, la prevalencia clínica de trastornos afectivos fue del 2%, que aumentó a 6.6% durante la década de 1990-1999 y que aumentó aún más a 13.49% de 2000 a 2006. <sup>(15)</sup> Los hallazgos inconsistentes entre el estudio pueden deberse en parte a diferentes edades de las poblaciones de estudio, método de muestreo, diferentes instrumentos de evaluación, diversos valores de corte de las medidas y factores socioeconómicos y étnicos. <sup>(16)</sup>

### ***Mecanismos endócrinos de la depresión***

La depresión y otros trastornos de salud mental implican no solo la desregulación de la arquitectura y la función neuronales, sino también una desregulación fisiológica sistémica. McEwen y Rasgon <sup>(17)</sup> afirman que el estrés es un factor importante en los trastornos psiquiátricos.

La falta de resolución de una respuesta fisiológica tras el cese de un estímulo estresante agudo puede conducir a la creación de una carga alostática deletérea, definida como una carga acumulativa de adaptaciones colocadas sobre el cerebro y el cuerpo. Esto, a su vez, da como resultado vulnerabilidad al estrés y un mayor riesgo de trastornos neuropsiquiátricos, como el trastorno depresivo mayor. El estrés crónico es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar trastorno depresivo mayor. El estrés causa disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), resistencia a los glucocorticoides e interferencia entre HPA y el sistema nervioso autónomo. Un creciente cuerpo de evidencia muestra niveles elevados de glucocorticoides en sangre en aproximadamente dos tercios de los pacientes con trastorno depresivo mayor. <sup>(18)</sup>

Actualmente hay mucho interés en el papel de la alteración de la neuroplasticidad como base biológica de la depresión. Se ha informado una reducción significativa (típicamente alrededor del 10%) en el volumen de materia gris del hipocampo en pacientes deprimidos, lo que sugiere que este deterioro puede representar un rasgo característico de la depresión. Sin embargo, la naturaleza causal y temporal de este cambio de volumen no está clara. La hipótesis de la neurotoxicidad postula que estos cambios volumétricos ocurren como una reacción neurodegenerativa a períodos prolongados de estrés y niveles elevados asociados de glucocorticoides en la depresión. De acuerdo con esto, la pérdida de volumen del hipocampo se correlaciona con la duración y el número de episodios recurrentes. <sup>(19)</sup>

### Sistema de recompensas en la depresión

Se ha postulado que el procesamiento disfuncional de la recompensa subyace a las características centrales de la depresión, incluida la anhedonia, el estado de ánimo deprimido y la disminución de la motivación. El circuito de recompensa en el cerebro es una red de regiones distribuidas involucradas en el procesamiento de la recompensa, incluida la anticipación de la recompensa (es decir, 'querer'), la recepción del resultado de la recompensa (es decir, 'gustar') y, de manera más amplia, el procesamiento de experiencias positivas y negativas. El cuerpo estriado juega un papel fundamental en el aprendizaje de recompensas y la selección hedónica de conductas dirigidas a objetivos. Un metaanálisis realizado por Zhang <sup>(20)</sup> en el año 2013, en el cual examinó los correlatos neuronales del procesamiento de recompensas en la depresión, documentó que los individuos deprimidos tienen una respuesta estriatal embotada en anticipación y recepción de recompensas. El debilitamiento de la respuesta estriatal durante el procesamiento de recompensa en adolescentes deprimidos y en adolescentes con riesgo elevado de trastorno depresivo mayor, es uno de los hallazgos más consistentes en estudios de circuitos de recompensa.

### Regulación emocional

Kring y Sloan <sup>(21)</sup> en el año 2010 señalaron que otro factor esencial en el desarrollo de la depresión es cómo los individuos regulan sus emociones negativas. La regulación de las emociones se puede definir como "los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente su intensidad y duración, para lograr el objetivo de uno". <sup>(21)</sup>

### ***Factores de riesgo de depresión pediátrica***

La depresión generalmente se desencadena por uno o más eventos negativos que involucran estrés, pérdida o decepción. Los factores de riesgo adicionales categorizados como factores de vulnerabilidad aumentan el impacto de tales eventos adversos, estos pueden ser dificultades en las relaciones familiares o amistades, problemas en la escuela, eventos difíciles en la vida y rasgos de personalidad del niño / adolescente (incluido ser un poco tímido, perfeccionista y más emocional que el niño promedio) <sup>(24)</sup>. Se ha descrito que las mujeres tienen un mayor riesgo, particularmente en la adolescencia. La diferencia entre sexos se hace más pequeña más adelante en la edad adulta. Un historial familiar de depresión y exposición a eventos adversos como enfermedad o muerte de un miembro de la familia, abuso físico o sexual, también son factores de riesgo importantes. Los comportamientos de los padres asociados con un mayor riesgo incluyen comportamientos aversivos hacia el niño o adolescente (p. Ej., crítica, castigo y conflicto), falta de autonomía otorgada al niño o adolescente, falta de calidez, disciplina paterna inconsistente y participación excesiva de los padres. Otros factores influyentes incluyen aspectos relacionados con el entorno escolar como el acoso, la baja conexión con los compañeros y los profesores, bajo rendimiento académico, problemas de aprendizaje (p. Ej., Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, dislexia) y factores del entorno comunitario como la seguridad, el origen étnico y la prevalencia de la discriminación. Los factores de riesgo adicionales incluyen abuso de sustancias (por ejemplo, alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas ilícitas), falta de sueño, tiempo frente a la pantalla, dieta poco saludable y problemas de peso. <sup>(25)</sup>

Presentación clínica

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5), los criterios de trastorno depresivo mayor: 2 semanas de cambio persistente en el estado de ánimo (triste o irritable); pérdida de interés en actividades placenteras; cambios de apetito; cambios de peso o falta de aumento de peso; cambios en el sueño; disminución de la actividad, energía o concentración; declaraciones negativas sobre la autoestima; culpa excesiva; y / o pensamientos o intentos de suicidio. Cuando se sospecha depresión, un acrónimo sugerido por las Pautas para la Depresión Adolescente en Atención Primaria (GLAD-PC) es SIGECAPS: sueño, interés, culpa, energía, concentración, cambios en el apetito, agitación o retraso psicomotor, suicidio.

Los adolescentes tienden a tener más cambios de humor debido a los cambios hormonales asociados con esta etapa de desarrollo de la vida. Es importante distinguir entre los altibajos normales del estado de ánimo y los comportamientos y los estados de ánimo y los comportamientos que son representativos de la depresión. <sup>(26)</sup>

#### Cambios en la presentación clínica dependientes de la edad

Los niños deprimidos de 3 a 8 años a menudo presentan más molestias somáticas, están más irritables, presentan síntomas de ansiedad y tienen otros problemas de conducta. A medida que los niños se vuelven adolescentes y luego adultos, la presentación de los síntomas se vuelve más consistente con los criterios del DSM-5. Además, los jóvenes presentan menos hipersomnia, más variaciones en el peso y el apetito y menos delirios en comparación con los adultos. Los adolescentes pueden presentar menos quejas de disminución de energía o desaceleración psicomotora en comparación con los adultos. Las comorbilidades más comunes incluyen déficit de atención / trastorno de hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad, trastornos disruptivos, trastornos por uso de sustancias, enuresis / encopresis y trastornos de ansiedad por separación. <sup>(27)</sup>

#### Instrumentos de tamizaje

Las guías clínicas enfatizan constantemente la importancia de la identificación y el tratamiento tempranos de los trastornos depresivos para reducir el impacto negativo y la persistencia en la edad adulta. Las evaluaciones basadas en evidencias promueven el uso rutinario de instrumentos estandarizados para la detección, el diagnóstico, el seguimiento del tratamiento y la evaluación del tratamiento de los síntomas de depresión en los jóvenes. Los cuestionarios de autoinforme, que permiten a los niños informar sobre sus sentimientos como miedos, preocupaciones y pensamientos, se han convertido en una importante fuente de información. <sup>(28)</sup>

### ***Asociación de resiliencia y depresión***

La investigación de Sharpley citada por Konaszewski et al. demostró que los participantes con puntuaciones bajas de depresión (valorada con la escala de Zung) tenían puntuaciones medias de resiliencia significativamente más altas. <sup>(34)</sup> Al igual que este hallazgo, los estudios muestran que la resiliencia promueve el bienestar y la satisfacción con la vida en los jóvenes. Se ha descubierto que los jóvenes que muestran altos niveles de resiliencia tienen menos problemas de salud mental. Los investigadores han señalado que el fortalecimiento de la resiliencia reduce el riesgo de problemas psicoemocionales y de comportamiento entre los adolescentes. La resiliencia se correlaciona con un estado de bienestar no solo de forma directa sino también indirecta a través de su impacto en la capacidad de afrontar el estrés. La resiliencia ayuda en el afrontamiento adaptativo. Facilita la movilización para emprender acciones útiles en situaciones estresantes. La investigación ha demostrado un vínculo positivo entre la resiliencia y el afrontamiento del estrés basado en tareas. Las estrategias basadas en tareas se centran en los esfuerzos dirigidos a una fuente de estrés y tienen como objetivo cambiar a una persona, un entorno o una relación entre los dos; tales estrategias incluyen la resolución planificada de problemas, la reevaluación positiva, las estrategias activas de afrontamiento o la confrontación. Además, las estrategias centradas en problemas promueven la salud mental. Los estudios también han demostrado que las estrategias centradas en la emoción, como la negación / evitación, la distracción o minimización, culparse a sí mismo y descargar / compartir sentimientos se correlacionan negativamente



con la resiliencia, la satisfacción con la vida, el afecto positivo y positivamente con la depresión y la ansiedad. <sup>(35)</sup>

Además, las personas resilientes utilizan las emociones positivas (por ejemplo, el humor y el pensamiento positivo) para recuperarse de las experiencias emocionales negativas. Por lo tanto, las personas con alta resiliencia pueden tener más ingenio, emociones positivas y una mejor regulación de las emociones que aquellas con baja resiliencia, lo que podría ser útil para mejorar la estabilidad emocional y potenciar las emociones positivas iniciadas por el comportamiento prosocial, reduciendo así la depresión. <sup>(36)</sup> Ejemplos de programas para promover la resiliencia son el Programa de Resiliencia Interior y el Programa de Resiliencia de Penn (PRP). El PRP se destaca como el programa de prevención de la depresión juvenil más evaluado. Se basa en la promoción de un estilo explicativo optimista. En un metanálisis de estudios sobre la eficacia del PRP, especialmente con síntomas depresivos, realizado por Brunwasser, Gillham y Kim en el año 2009, se identificaron 17 estudios de 2,498 participantes; como conclusión se encontró evidencia de la eficacia del PRP para reducir significativamente los síntomas depresivos durante al menos un año después de que finalizó la intervención.

## **Justificación**

Magnitud: Durante el 2019, en México la Secretaría de Salud Federal registró a nivel nacional 16,206 casos de depresión en menores de edad (0 a 19 años) y en el Estado de México 1,265 casos. <sup>(43)</sup> Trascendencia: Los trastornos depresivos son más prevalentes entre adolescentes y población joven en México con mayor proporción de casos en mujeres. La prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad durante la COVID-19 se ha duplicado, en comparación con las estimaciones previas a la pandemia. <sup>(37)</sup> Vulnerabilidad: La etapa de la niñez es sin duda una población en condición vulnerable. En los niños se conjuntan problemas escolares, mala comunicación entre padres e hijos y acontecimientos vitales estresantes. El detectar la resiliencia nos ayudará a trabajar en la capacidad que tiene el niño y adolescente para hacer frente a la adversidad, superarla y lograr salir fortalecido o transformado, así también como anteriormente mencionado disminuir el inicio de depresión en población joven.

Factibilidad: No se requiere de uso de equipamiento o recursos tecnológicos especializados y se tuvo acceso a la población objetivo. Contribución: El presente trabajo podrá ser un antecedente para tener mayor conocimiento sobre la depresión y la resiliencia, y fundamentar la creación de programas para ayudar a los niños al desarrollo de resiliencia.

### **Planteamiento del problema**

El número de casos de menores de edad con trastorno depresivo en México de acuerdo con el reporte Health at a Glance 2021 de la OCDE es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5%, sin embargo, es preocupante debido a la larga lista de espera para buscar y recibir atención médica, impactando con una mayor duración y reincidencia de episodio depresivo, así como la probabilidad de tener 1.8 veces riesgo de reincidencia mayor que aquellos con inicio en la adultez. Los pacientes con depresión de inicio temprano tienen 50% mayor probabilidad de cometer un intento de suicidio, de aquellos que no lo tienen. <sup>(36)</sup> Se ha estudiado que los adolescentes que muestran mayor capacidad de resiliencia presentan menores niveles de depresión. El identificar a los niños con trastorno depresivo mayor y baja resiliencia podría ayudar a implementar estrategias para disminuir el número de intentos suicidas en los menores de edad. <sup>(5)</sup>

Dado lo anteriormente expuesto es que se planteó la siguiente la pregunta de investigación:

### **Pregunta de investigación**

¿Hay asociación entre el nivel de resiliencia y la presencia de depresión en niños de 8 a 16 años, atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos?

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Determinar la asociación entre el nivel de resiliencia y la presencia de depresión en niños de 8 a 16 años, atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.

### **Objetivos específicos:**

Conocer la frecuencia por tipo de depresión de la población en estudio.

Conocer la frecuencia del nivel de resiliencia de la población estudiada.

Analizar la asociación entre la depresión y la resiliencia.

## **Hipótesis**

Existe una asociación inversa entre la capacidad de resiliencia y el grado de depresión en pacientes de 8 a 16 años atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos durante el periodo diciembre 2021 - febrero 2022

## Definición de Variables

Variables	Definición		Tipo de variable	Tipo de indicador
	Conceptual	Operacional		
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio.	Número de años cumplidos al momento de la entrevista	Cuantitativa	Discreta
<b>Sexo</b>	Condición orgánica,	Referencia del menor durante la entrevista	Cualitativa	Nominal dicotómica Hombre, Mujer
<b>Datos de depresión</b>	Trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento	De acuerdo con el Inventario de depresión infantil (CDI) Se consideraron las categorías de con depresión (19 puntos o más) y sin depresión (18 puntos o menos).	Cualitativa	Nominal dicotómica Con datos de depresión y sin datos de depresión
<b>Nivel de resiliencia</b>	Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas como la muerte de un ser querido, un accidente, etc.	De acuerdo con la Escala de Resiliencia para niños mexicanos (GA-RE32)	Cualitativa	Nominal, ordinal. Se analizaron las categorías de: Alto nivel de resiliencia, medio nivel de resiliencia y bajo nivel de resiliencia.

## **Método**

### **Diseño de estudio**

Se realizó un estudio con las siguientes características:

Por la finalidad del estudio. Estudio analítico

Por la secuencia temporal: Estudio transversal

Por el control de la asignación de los factores de estudio: Estudio observacional

### **Participantes**

Ubicación espaciotemporal

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos durante el periodo diciembre 2021 - febrero 2022

### **Definición de la muestra**

La muestra fue constituida por los menores de edad de 8 a 16 años que fueron atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.

### **Criterios de selección de muestra**

#### **Criterios de inclusión**

- Menores de edad de 8 a 16 años atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos.
- Pacientes cuyo tutor aceptó que el niño participara en el estudio y que firmara el consentimiento informado.
- Que el paciente firmara el asentimiento

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con limitaciones físicas o cognitivas que les impidieran la realización de la entrevista.
- Cuadro psicótico
- Discapacidad Intelectual moderada y severa.

### **Criterios de eliminación**

- Se eliminaron cuestionarios que no estuvieran llenados al 100%.

### **Tamaño de la muestra**

Se realizó el cálculo de la muestra utilizando una fórmula para poblaciones finitas, debido a que conocemos que en promedio acude a la clínica de psiquiatría infantil aproximadamente 100 pacientes de manera mensual. Por lo que se tomó como población total.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N=100

### **Estrategia de trabajo**

<b>n</b>	<b>Población que se desea conocer</b>
<b>N</b>	<b>Población total (100)</b>
<b>Z<sub>α</sub></b>	<b>Nivel de confianza (95%=1.96)</b>
<b>p</b>	<b>Probabilidad que ocurra el evento buscado (27%)</b>
<b>q</b>	<b>Probabilidad que no ocurra el evento buscado (73%)</b>

e	<b>Error de estimación máximo esperado (5%)</b>
---	---

En cuanto a los valores se realiza la sustitución de cada uno de ellos

1

$$n = \frac{100 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.27 \cdot 0.73}{(0.05)^2 (100-1) + (1.96)^2 \cdot 0.27 \cdot 0.73}$$

$$(0.05)^2 (100-1) + (1.96)^2 \cdot 0.27 \cdot 0.73$$

2

$$n = 100 \cdot (3.8416)^2 \cdot 0.197$$

$$0.0025 \cdot 99 + 3.8416^2 \cdot 0.197$$

3

$$n = 384.16^2 \cdot 0.197$$

$$0.247 + 0.736$$

4

$$n = 75.67$$

$$0.983$$

5

$$n = 76$$

Muestra necesaria para el estudio: 76 sujetos



## **Instrumentos**

La tesista aplicó los siguientes instrumentos de medición:

### **Instrumentos de medición**

#### **Inventario de depresión infantil (CDI)**

Inspirado en el Inventario de depresión de Beck, el Inventario de depresión infantil contiene 27 ítems que evalúan varios aspectos de la depresión, como negatividad, problemas de relación, ineficacia, anhedonia y baja autoestima, se usa con niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. El CDI ha demostrado una confiabilidad adecuada con un alfa de Cronbach de 0.77. con punto de corte 19 puntos para pacientes con datos de depresión. <sup>(38)</sup>

#### **Escala de Resiliencia para niños mexicanos (GA-RE-32)**

Se trata de una escala tipo Likert en su versión breve de 32 ítems, en la que se le solicita al participante que al momento de responder tenga presente una situación que considere de crisis o en la que haya tenido algún problema, pensando en qué medida cree que se sintió o se comportó en esa situación, con cinco opciones de respuesta, que son: 1 (Nunca) 2 (Pocas veces) 3 (Algunas veces) 4 (Muchas veces) y 5 (Siempre). En el estudio previo de González-Arratia se obtuvieron 3 factores: el factor protector interno (FPI) con 8 ítems, factor protector externo (FPE) con 3 ítems y el factor empatía (FE) con 3 ítems. Los puntos de corte en este estudio fueron con resiliencia baja de 32 puntos a 74 puntos, resiliencia moderada de 75 a 117 puntos, resiliencia alta de 118 a 160 puntos. La consistencia interna de la escala fue evaluada por medio del cálculo alfa de Cronbach, el cual fue  $\alpha = 0.775$  para la escala total. Por dimensión, los resultados mostraron que, en el caso del factor protector interno, fue  $\alpha = 0.726$ , para el factor protector externo  $\alpha = 0.419$  y para el factor empatía  $\alpha = 0.546$ . <sup>(39)</sup>

## **Procedimiento**

La obtención de datos sociodemográficos se tomó del expediente electrónico en el área de trabajo social. La residente de psiquiatría infantil aplicó escalas a los pacientes, una vez explicado y aprobado el consentimiento y asentimiento.

Cabe señalar que el presente trabajo se sometió por comité de ética e investigación del Hospital de especialidades Centro Médico Nacional La Raza con el número de registro R-2022-3501-032 considerando para evaluación de ese Comité, con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen fue aprobado.

## **Aspectos éticos**

El presente trabajo se ajustó a los lineamientos de la ley general de salud de México, promulgada en 1986, y las convenciones de Helsinki y Tokio respecto a la confidencialidad de los participantes en el estudio. Se firmó la hoja del consentimiento informado. No se recolectaron datos que permitieran la identificación del paciente. Se tuvo confidencialidad en el manejo de los datos y se representaron los principios establecidos por la Ley General de Salud. Considerando como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la investigación se clasificó en investigación de riesgo mínimo donde los estudios de tipo prospectivos emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios entre los que se consideran pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

También se tomó en cuenta el artículo 36. para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá, en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Cuando dos personas ejerzan la patria potestad de un menor, sólo será admisible el consentimiento de una de ellas si existe imposibilidad fehaciente o manifiesta de la otra para proporcionarlo o en caso de riesgo inminentes para la salud o la vida del menor o incapaz.

### **Análisis de datos**

El análisis descriptivo y las pruebas de asociación se realizaron en SPSS v26, por medio del cálculo de frecuencias, porcentajes y promedios. Se analizaron las asociaciones entre variables por medio de la prueba de Chi cuadrada.

### **Resultados**

Participaron en el estudio 77 pacientes (41.2% mujeres, 58.8% hombres) de 8 a 16 años, atendidos en el servicio de psiquiatría infantil del Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS. La edad media fue de 11.65 años (DE +-2.679) con un rango de 8 (8-16). (Tabla 1).

#### **Tabla 1. Distribución de edad y sexo**

<b>Edad del paciente</b>			
N	Media	Rango	DE
77	11.65	8 (8-16)	2.679
<b>Sexo del paciente</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	
Mujer	32	41.6	
Hombre	45	58.4	

### **Relación entre depresión y resiliencia**

Entre los pacientes estudiados, se apreció una mayoría de pacientes sin depresión, con 53 de ellos teniendo puntajes de CDI por debajo de los 19 puntos (68.84%). Con respecto a la distribución de depresión por sexo, 70.83% de las mujeres tuvo depresión comparado con 29.17% de los hombres. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de depresión ( $X^2 = 12.304$ ,  $p = 0.007$ ). En cuanto a la resiliencia, la mayoría se concentró en el nivel alto con 61.03% y nivel medio con 36.36%. Al comparar los niveles de resiliencia por sexo, 75.96% de los casos corresponde a hombres, sin embargo, la asociación entre nivel de resiliencia y sexo no fue estadísticamente significativa ( $X^2 = 2.816$ ,  $p = 0.318$ ). [Tabla 2]. Al comparar el nivel de resiliencia entre quienes tenían depresión se encontró que el mayor porcentaje tenía un nivel medio (70.83%). Por otro lado, en los casos sin depresión, el porcentaje mayor se ubicó entre quienes tenían un nivel alto de resiliencia (79.24%). Las diferencias entre los niveles fueron estadísticamente significativas ( $X^2 = 25.044$ ,  $p = < 0.001$ ). [Tabla 3]

<b>Tabla 2. Casos con depresión (distribución por sexo) N=77</b>				
<b>Variable</b>	<b>Mujeres n (%)</b>	<b>Hombres n (%)</b>	<b>Todos n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Casos con depresión</b>	<b>17 (70.83)</b>	<b>7 (29.17)</b>	<b>24 (31.17)</b>	<b>0.007</b>
<b>Casos sin depresión</b>	<b>15 (28.3)</b>	<b>38 (71.7)</b>	<b>53 (68.83)</b>	

**Nota:** Los porcentajes por sexo están calculados por fila, y los de “Todos” por columna.

<b>Tabla 2. Resiliencia (distribución por sexo) N=77</b>				
<b>Variable</b>	<b>Mujeres n (%)</b>	<b>Hombres n (%)</b>	<b>Todos n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Alto nivel de resiliencia</b>	<b>16 (34.04)</b>	<b>31 (75.96)</b>	<b>47 (61.03)</b>	<b>0.318</b>
<b>Medio nivel de resiliencia</b>	<b>15 (53.57)</b>	<b>13 (46.43)</b>	<b>28 (36.36)</b>	

<b>Bajo nivel de resiliencia</b>	<b>1 (50)</b>	<b>1 (50)</b>	<b>2 (2.6)</b>	
<b>Nota: Los porcentajes por sexo están calculados por fila, y los de “Todos” por columna.</b>				

<b>Tabla 3. Asociación entre depresión y resiliencia</b>				
<b>Variable</b>	<b>Alto nivel de resiliencia n (%)</b>	<b>Medio nivel de resiliencia n (%)</b>	<b>Bajo nivel de resiliencia n (%)</b>	<b>p</b>
<b>Casos con depresión</b>	<b>5 (20.83)</b>	<b>17 (70.83)</b>	<b>2 (8.33)</b>	<b>0.001</b>
<b>Casos sin depresión</b>	<b>42 (79.24)</b>	<b>11 (20.75)</b>	<b>0 (0)</b>	
<b>Nota: Los porcentajes por sexo están calculados por fila, y los de “Todos” por columna.</b>				

## **Discusión**

La investigación realizada tuvo como propósito determinar si existe asociación entre resiliencia y depresión en niños de 8 a 16 años atendidos en el Hospital de Psiquiatría

Morelos del IMSS, así como determinar la frecuencia de depresión en general y la relación hombre-mujer con respecto a la presencia de depresión y al nivel de resiliencia.

Se encontró una frecuencia de depresión del 31.17%, considerablemente más elevada que lo reportado en la población general norteamericana (3.2%).<sup>[38]</sup> Con respecto a la prevalencia en México se ha reportado entre el 0.4 a 2.5% en niños y 0.4 a 8.3% en adolescentes en la población general.<sup>[39]</sup> Sin embargo, estas cifras varían al considerar la prevalencia acumulativa a nivel continente (28%) y mundial (25%).<sup>[40]</sup> Debe considerarse además las implicaciones de haber reclutado a pacientes de una clínica ambulatoria, donde si bien el estado del arte es eludido por la población infantil y adolescente, se conoce que en adultos la prevalencia puede elevarse hasta 35%.<sup>[41]</sup> La distribución por sexo, aunque consistente con la literatura actual, con mayor prevalencia de depresión en mujeres, excede lo establecido, con 27% en mujeres, 22% en hombres en una muestra de niños y adolescentes de Bangladesh, ya que la encontrada en este estudio fue de 70.83% para mujeres y de 29.17% en hombres.<sup>[42]</sup>

En lo que respecta a la asociación entre depresión y resiliencia, se ha encontrado estadísticamente significativa por  $X^2 = 18.546$ ,  $p < 0.001$ . Si bien no se reportan en esta tesis estudios equiparables para realizar una comparación, se conoce que la resiliencia se relaciona con depresión y que a su vez esta presenta un efecto mediador en la relación que guardan las emociones prosociales y la depresión, esto es, potencia el efecto protector de las emociones prosociales.<sup>[34]</sup> Esto es congruente con el trabajo de Shapero, et al., quienes encontraron una relación significativa entre resiliencia y depresión en niños y adolescentes, y proponen que la resiliencia es un factor mediador en la relación entre antecedente reactividad emocional y depresión.<sup>[42]</sup>

## **Conclusión**

El estudio realizado encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de resiliencia y la presencia de depresión (el mayor porcentaje de participantes sin depresión tuvo un nivel de resiliencia alto) . Destaca además que el sexo también está asociado a la presencia de depresión, sin estar asociado al nivel de resiliencia. Esto es sugestivo de que la resiliencia no sólo funge como mediador entre otras variables, como

reactividad emocional y emociones prosociales, y la presencia de depresión, si no que por su cuenta está relacionada con la presencia de depresión. Por este motivo, el trabajo de investigación presente permite establecer un antecedente a favor de la relación entre la resiliencia y la presencia de depresión en la población pediátrica mexicana, pudiendo ser subseguido por estudios que exploren además su papel como mediador, o su relación con la presencia de otras manifestaciones afectivas.

Se debe tener en cuenta las limitantes del estudio, como el hecho de que se delimitó a una sola unidad, pacientes ambulatorios, no se comparó con la población general, así como el tamaño de la muestra. Sin embargo, en presencia de hallazgos estadísticamente significativos, se consideran cumplidos los objetivos de la investigación y su utilidad en el estado del arte.



## Referencias

- 1.- Mhongera PB, Lombard A. Pathways of resilience for children facing socio-economic adversities: Experiences from Future Families' OVC programmes in South Africa. *Children and Youth Services Review* 2020; 108:104657
- 2.- Masten AS, Barnes AJ. Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children* 2018; 5:98
- 3.- Pettoello M, Pop TL, Mestrovic J, et al. Fostering Resilience in Children: The Essential Role of Healthcare Professionals and Families. *J Pediatr* 2019; 205:298-299.e1
- 4.- Theron L. Resilience of sub-Saharan children and adolescents: A scoping review. *Transcult Psychiatry* 2020; 1363461520938916
- 5.- Chung JOK, Li WHC, Cheung AT., et al. Relationships among resilience, depressive symptoms, self-esteem, and quality of life in children with cancer. *Psycho-Oncology*. 2020; 1–8
- 6.- Masten AS. Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. *International Journal of Psychology* 2021; 56(1):1–11
- 7.- Isokääntä S, Koivula K, Honkalampi K, et al. Resilience in children and their parents enduring pediatric medical traumatic stress. *Pediatric Anesthesia* 2019; 29:218–225
- 8.- Anyan F, Hjemdal O. Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *J Affect Disord* 2016; 203:213-220
- 9.- Han MH, Nestler EJ. Neural Substrates of Depression and Resilience. *Neurotherapeutics* 2017; 14:677–686
- 10.- Masten AS. Resilience Theory and Research on Children and Families: Past, Present, and Promise. *J Fam Theory Rev* 2018; 10:12-31

- 11.- González NI, Domínguez AC, Torres MA. Evaluación psicométrica de la Escala de Resiliencia para niños mexicanos (GA-RE14). *Evaluar* 2019; 19(3):1-19
- 12.- Hornor G. Resilience. *J Pediatr Health Care* 2017; 31(3):384-390
- 13.- Wang L, Feng Z, Yang G, et al. Depressive symptoms among children and adolescents in western china: An epidemiological survey of prevalence and correlates. *Psychiatry Research* 2016; 246:267-274
- 14.- Siu AL. Screening for Depression in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Pediatrics* 2016; 137(3): e20154467
- 15.- Grover S, Raju VV, Sharma A, et al. Depression in children and adolescents: A review of Indian studies. *Indian J Psychol Med* 2019; 41:216-227
- 16.- Rao WW, Xu DD, Cao XL, et al. Prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in China: a meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Res* 2019; 272:790-796
- 17.- Strain JJ. The psychobiology of stress, depression, adjustment disorders and resilience. *World J Biol Psychiatry* 2018; 19(sup1): S14-S20
- 18.- Dudek KA, Dion L, Kaufmann FN, et al. Neurobiology of resilience in depression: immune and vascular insights from human and animal studies. *Eur J Neurosci*. 2021; 53:183–221
- 19.- Chan SW, Harmer CJ, Norbury R, et al. Hippocampal volume in vulnerability and resilience to depression. *Journal of Affective Disorders* 2016; 189:199–202
- 20.- Fischer AS, Ellwood ME, Colich NL, et al. Reward-Circuit Biomarkers of Risk and Resilience in Adolescent Depression. *J Affect Disord* 2019; 246:902–909
- 21.- Andrés ML, Minzi MCR, Castañeiras C, et al. Neuroticism and Depression in Children: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *J Genet Psychol* 2016; 177(2):55-71

22.- Kelvin R. Depression in children and young people. *Paediatrics and Child Health* 2016; 26(12): 540-547

23.- Beck A, LeBlanc JC, Morissette K, et al. Screening for depression in children and adolescents: a protocol for a systematic review update. *Syst Rev* 2021; 10:24

24.- Haefner J. Primary care management of depression in children and adolescents. *Nurse Pract* 2016; 41(6):38-45

25.- Mullen S. Major depressive disorder in children and adolescents. *Ment Health Clin* 2018; 8(6):275-283

26.- Gormez V, Kilincaslan A, Ebesutani C, et al. Psychometric Properties of the Parent Version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a Clinical Sample of Turkish Children and Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2017; 48(6):922-933

27.- Borges L, Baptista MN, Serpa ALO. Structural Analysis of Depression Indicators Scale-Children and Adolescents (BAID-IJ): A Bifactor-ESEM Approach. *Trends in Psychology* 2017; 25(2):545-552

28.- Bitsko RH, Holbrook JR, Ghandour RM, et al. Epidemiology and Impact of Health Care Provider–Diagnosed Anxiety and Depression Among US Children. *J Dev Behav Pediatr.* 2018; 39(5):395–403

29.- Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics.* 2018; 141(3): e20174081

30.- Selph SS, McDonagh MS. Depression in Children and Adolescents: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician.* 2019; 100(10):609-617

31.- Neavin DR, Joyce J, Swintak C. Treatment of Major Depressive Disorder in Pediatric Populations. *Diseases* 2018; 6(2):48

32.- Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, et al. The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2016; 20(3):151-156

33.- Konaszewski K, Niesiobędzka M, Surzykiewicz J. Resilience, and mental health among juveniles: role of strategies for coping with stress. *Health Qual Life Outcomes* 2021; 19:58

34.- Eli B, Zhou Y, Liang Y, et al. Depression in Children and Adolescents on the Qinghai-Tibet Plateau: Associations with Resilience and Prosocial Behavior. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18:440

35.- Sánchez O, Méndez FX, Garber J. Promoting resilience in children with depressive symptoms. *Anal Psicol* 2016; 32(3):741-748

38.- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics*, 206. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>

39.- Nogales-Imaca, Inés, & de la Peña-Olvera, Francisco, & Ulloa-Flores, Rosa Elena (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*, 34(5),403-407. [fecha de Consulta 16 de abril de 2022]. ISSN: 0185-3325. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221288002>

40.- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>

41.- Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017173>

42.- Shapero, B.G.; Farabaugh, A.; Terechina, O.; DeCross, S.; Cheung, J.C.; Fava, M.; Holt, D.J. Understanding the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: Moderating effects of childhood adversity and resilience. *J. Affect. Disord.* 2019, 245, 419–427.

43.- Instituto Nacional de estadística y Geografía e Informatica (2020) Salud Mental, recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>.

## Anexos

### Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN**  
**Y POLITICAS DE SALUD**  
**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad).**

Nombre del estudio:

“Asociación entre el nivel de resiliencia y la depresión en niños de 8 a 16 años, atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos”

Lugar y fecha:

Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio:

El presente trabajo parte de la importancia de poder ver y analizar la asociación de la resiliencia en la severidad de la depresión en niños de 8 a 16 años, reconociendo que la depresión es una patología psiquiátrica con una importantísima carga de morbimortalidad en este grupo de edad.

Procedimientos:

Su participación en el estudio consiste en acudir a sus consultas programadas en la clínica de psiquiatría infantil, el médico residente de la clínica de psiquiatría infantil aplicara Escala de resiliencia para niños mexicanos y el Inventario de depresión Infantil.

Posibles riesgos y molestias:

Se me explicó que es un estudio de riesgo mínimo, puesto que no se intervendrá en mí hijo (a), únicamente se aplicará cuestionarios (Escala de resiliencia para niños mexicanos y el Inventario de depresión Infantil) de duración de 15 minutos. Dicha aplicación de escala y cuestionario no ponen en riesgo su integridad física. Sin embargo, el cuestionario puede ocasionar incomodidad que algunas preguntas no de índole personal.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Los resultados de este estudio ayudarán a conocer que características o situaciones que estén presentes en los niños de 8 a 16 años que se asocia a resiliencia y

---

depresión, en caso de detectarlos se dará seguimiento en servicio de psiquiatría infantil para su tratamiento.

---

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

---

Se me ha informado que cual duda que tenga respecto al estudio será aclarada. Entiendo que los resultados de los cuestionarios me pueden ser entregados,

---

Participación o retiro:

---

La participación de mi hijo (a) es voluntaria y se me dijo que mi hijo (a) puede abandonar libremente este estudio si así conviene a nuestros intereses, sin que esto afecte en la atención médica de mi hijo (a)

---

Privacidad y confidencialidad:

---

Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará el nombre de mi hijo (a) o se revelarán cualquier información relacionada con su identidad FINES ACADEMICOS

---

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se le realicen las preguntas para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se realicen las preguntas para este estudio o para estudios futuros.

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

Investigador Responsable:

Dr. Miguel Palomar Baena

DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México,  
CDMX. Teléfono: Teléfono: 55 1731 6139. Correo electrónico: [miguel.palomar@imss.gob.mx](mailto:miguel.palomar@imss.gob.mx)

Colaboradores:

Dr. Bruna Joselyn Reyes Juárez Médico Residente del Tercer año de Psiquiatría.  
Teléfono: 2211604384. Correo electrónico: [reyesjuarezbrunajoselyn@gmail.com](mailto:reyesjuarezbrunajoselyn@gmail.com)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética en Salud del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP 02990, Ciudad de México.

Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el  
consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma



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

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN**

**Y POLITICAS DE SALUD**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)**

Nombre del estudio: Asociación entre el nivel de resiliencia y la depresión en niños de 8 a 16 años, atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos

Número de registro institucional \_\_\_\_\_

- Objetivo del estudio y procedimientos: Determinar la asociación entre el nivel de resiliencia y la depresión en niños de 8 a 16 años, atendidos en la consulta externa del servicio de psiquiatría infantil del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos por lo que se me invita a participar en un proyecto de investigación para determinar *(a través de un cuestionario)* asociación de resiliencia y depresión

●  
Hola, mi nombre es \_\_\_\_\_ y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de la asociación entre el nivel de resiliencia y la depresión \_y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: Responder unos cuestionarios.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Si quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: \_\_\_\_\_

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

Clave: 2810-009-014

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

**INSTRUCCIONES:** Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Marca en la letra A            0 puntos

Marca en la letra B            1 punto

Marca en la letra C            2 puntos

	Ítem	Puntaje
1	A. Rara vez me siento triste B. Muchas veces me siento triste C. Me siento triste todo el tiempo	
2	A. Las cosas me van a salir bien B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien C. Nunca me saldrá nada bien	
3	A. Hago la mayoría de las cosas bien B. Hago muchas cosas mal	

	C. Todo lo hago mal	
4	A. Muchas cosas me divierten B. Me divierten algunas cosas C. Nada me divierte	
5	A. Raras veces soy malo B. Soy malo muchas veces C. Soy malo todo el tiempo	
6	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas C. Estoy seguro de que me pasarán cosas malas	
7	A. Me gusto a mí mismo B. No me gusto a mí mismo C. Me odio a mí mismo	
8	A. Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas B. Tengo la culpa de muchas cosas malas C. Tengo la culpa de todas las cosas malas	
9	A. Nunca he pensado en matarme	

	<p>B. A veces pienso en matarme, pero no lo haría</p> <p>C. Quiero matarme</p>	
10	<p>A. Rara vez tengo ganas de llorar</p> <p>B. Muchos días me dan ganas de llorar</p> <p>C. Siento ganas de llorar todos los días</p>	
11	<p>A. Rara vez me molesta algo</p> <p>B. Las cosas me molestan muchas veces</p> <p>C. Las cosas me molestan todo el tiempo</p>	
12	<p>A. Me gusta estar con otras personas</p> <p>B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas</p> <p>C. Yo no quiero estar con otras personas</p>	
13	<p>A. Me decido fácilmente por algo, cuando quiero</p> <p>B. Es difícil para mí decidirme por algo</p> <p>C. No puedo decidirme por algo</p>	
14	<p>A. Me veo bien</p> <p>B. Hay algunas cosas malas en mi apariencia</p> <p>C. Me veo horrible</p>	

15	<p>A. Hacer las tareas del colegio no es problema</p> <p>B. Muchas veces me cuesta esfuerzo hacer las tareas del colegio</p> <p>C. Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer tareas del colegio</p>	
16	<p>A. Duermo muy bien</p> <p>B. Varias noches tengo problemas para dormir</p> <p>C. Todas las noches tengo problemas para dormir</p>	
17	<p>A. Rara vez me siento cansado</p> <p>B. Muchos días me siento cansado</p> <p>C. Todo el tiempo me siento cansado</p>	
18	<p>A. Como muy bien</p> <p>B. Varios días no tengo ganas de comer</p> <p>C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer</p>	
19	<p>A. No me preocupan dolores ni enfermedades</p> <p>B. Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades</p> <p>C. Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades</p>	
20	<p>A. No me siento solo</p>	

	<p>B. Muchas veces siento solo</p> <p>C. Todo el tiempo me siento solo</p>	
21	<p>A. Siempre me divierto en el colegio</p> <p>B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio</p> <p>C. Nunca me divierto en el colegio</p>	
22	<p>A. Tengo muchos amigos</p> <p>B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más</p> <p>C. No tengo amigos</p>	
23	<p>A. Mi rendimiento en el colegio es bueno</p> <p>B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes</p> <p>C. Mi rendimiento en el colegio es malo</p>	
24	<p>A. Soy tan bueno como otros alumnos</p> <p>B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera</p> <p>C. Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos</p>	
25	<p>A. Estoy seguro de que hay personas que me quieren</p> <p>B. No estoy seguro si alguien me quiere</p> <p>C. Nadie me quiere realmente</p>	

26	A. Generalmente hago caso en lo que me dicen B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen C. Nunca hago caso en lo que me dicen	
27	A. Me llevo bien con los demás B. Muchas veces me peleo con los demás C. Todo el tiempo me peleo con los demás	

**Normas de calificación:**

En cuanto a la puntuación del cuestionario, se presentan 14 preguntas de forma directa y 13 preguntas se presentan de forma inversa. En las preguntas directas, las puntuaciones de respuesta de A, B y C son 0, 1 y 2, respectivamente. Sin embargo, en las preguntas inversas, las puntuaciones de respuesta de A, B y C son 2, 1 y 0, respectivamente. Las preguntas inversas son 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21 y 25. Las puntuaciones obtenidas están dentro del rango de 0 a 54. En la interpretación de los puntajes, los puntajes en un rango de 0-8 son indicativos de individuos sanos, 9-19 se refieren a aquellos en el umbral de depresión y  $\geq 20$  se consideran individuos con depresión. Como resultado, cuanto mayor es la puntuación, más grave es el estado de depresión.

**Escala de Resiliencia para niños mexicanos (GA-RE-32)**



		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Yo soy feliz cuando hago algo bueno para los demás					
2	Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás					
3	Soy agradable con mis familiares					
4	Soy capaz de hacer lo que quiero					
5	Confío en mí mismo					
6	Soy inteligente					
7	Yo soy acomedido y cooperador					
8	Soy amable					
9	Soy compartido					
10	Yo tengo personas que me					

	quieren incondicionalmente					
1 1	Conmigo hay personas que quiere que aprenda a desenvolverme solo					
1 2	Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo y en peligro					
1 3	Cerca de mi hay amigos en quien confiar					
1 4	Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga					
1 5	Tengo deseos de triunfar					
1 6	Tengo metas a futuro					
1 7	Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
1 8	Estoy siempre pensando la forma de					

	solucionar mis problemas					
19	Estoy siempre tratando de ayudar a los demás					
20	Soy firme en mis decisiones					
21	Me siento preparado para resolver mis problemas					
22	Comúnmente pienso en ayudar a los demás					
23	Enfrento mis problemas con serenidad					
24	Yo puedo controlar mi vida					
25	Puedo buscar la manera de resolver mis problemas					
26	Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					
27	Puedo reconocer lo bueno					

	y lo malo para mi vida					
28	Puedo reconocer mis cualidades y mis defectos					
29	Puedo cambiar cuando me equivoco					
30	Puedo aprender de mis errores					
31	Tengo esperanza en el futuro					
32	Tengo fe en que las cosas van a mejorar					