



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**“ESTUDIO DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES  
CON LA ESCALA DE CES-D-R”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

PRESENTA:

***DRA. DÉBORAH MARLENE FÉLIX SALDAÑA***

HERMOSILLO, SONORA , AGOSTO 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA**

**“ESTUDIO DE DEPRESIÓN EN  
ADOLESCENTES CON LA ESCALA DE CES-D-R”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA  
ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA**

**PRESENTA:**

***DRA. DÉBORAH MARLENE FÉLIX SALDAÑA***

**DR. RICARDO FRANCO HERNÁNDEZ**

**JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA**

**DR. FILIBERTO PÉREZ DUARTE**

**DIRECTOR GENERAL DEL HIES E  
INVESTIGACIÓN H.I.E.S.**

**DR. RAMIRO GARCÍA ÁLVAREZ**

**PROFESOR TITULAR CURSO UNIVERSITARIO**

**ASESOR:**

**DRA. ELBA VÁZQUEZ PIZAÑA**

**JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE**

**AGOSTO 2009**

# AGRADECIMIENTOS

---

A ti Dios que has guiado mi vida y me has llenado de fortaleza en todos aquellos momentos en que pensé no poder seguir adelante.

A mi madre y hermanos, quienes con su paciencia, apoyo y cariño, me dieron los valores necesarios para enfrentar la vida.

Al amor que pacientemente me ha sabido esperar e incluso me ha exhortado a continuar en los momentos más difíciles de mi vida.

A quienes me privilegiaron con su amistad sincera y compañía desinteresada Tanía y Olga a lo largo de estos tres años.

A quienes con el papel de maestros me han transmitido sus conocimientos médicos y profesionales.

A la Dra. Elba Vázquez quien a pesar de la tempestad siempre mantuvo la calma y me guió con paciencia y esmero.

A mis pacientes que llenaron mis días de alegrías y enseñanzas.

# ÍNDICE

---

<b>I.</b>	<b>Resumen</b>	
<b>II.</b>	<b>Introducción</b>	1
<b>III.</b>	<b>Planteamiento del problema</b>	4
<b>IV.</b>	<b>Justificación del estudio</b>	6
<b>V.</b>	<b>Marco teórico</b>	9
<b>VI.</b>	<b>Objetivos</b>	26
<b>VII.</b>	<b>Hipótesis</b>	27
<b>VIII.</b>	<b>Material y Métodos</b>	28
	<i>Sujetos de estudio</i>	28
	<i>Fuente de datos y procedimientos de recolección</i>	30
	Plan de análisis	36
<b>IX.</b>	<b>Resultados</b>	37
<b>X.</b>	<b>Discusión</b>	45
<b>XI.</b>	<b>Conclusiones</b>	49
	<b>Referencias bibliográficas</b>	
	<b>Anexos</b>	

# RESUMEN

---

**TITULO:** Estudio de Depresión en Adolescentes con la Escala de CES-D-R.

**INTRODUCCIÓN:** El 20% de los niños y adolescentes sufren de alguna enfermedad mental siendo la depresión la psicopatía más importante, tanto por la enfermedad en sí como por sus consecuencias y secuelas. <sup>(7,14,20)</sup>

**OBJETIVO:** Comparación del índice de depresión en una población de adolescentes atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora y una población de adolescentes sanos que radica en San Luis Río Colorado, Sonora.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio comparativo, transversal en el periodo comprendido del 1 de marzo al 25 de junio del 2009. Se incluyeron 50 adolescentes que acudieron para su atención en el Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora, de manera ambulatoria y 50 adolescentes sanos escogidos aleatoriamente en condiciones similares de edad y sexo. A los que se aplicó el cuestionario "Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies" (CES-D-R).

**RESULTADOS:** Fueron 100 adolescentes, 50 enfermos y 50 sanos, 44 hombres y 56 mujeres. De los cuales sólo el 1% presentó evento depresivo, mientras que el 82% del total se encontraron en el Border Line para depresión. Las áreas negativamente más afectadas en el grupo de adolescentes enfermos fue la somatización y en el grupo de adolescentes sanos fue el área que representa la sensación de actividad retardada.

**CONCLUSIONES:** Los adolescentes pediátricos ya sean enfermos ambulatorios o sanos presentan la misma posibilidad estadística de depresión y si bien solo se detectó un adolescente en depresión, el 82% calificaron para riesgo de depresión.

**Palabra Clave:** Depresión en adolescentes sanos y enfermos

## II. INTRODUCCIÓN

---

La adolescencia es el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante la cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico, psíquico y social. En realidad encontraremos a los adolescentes atravesando diferentes instancias de su crecimiento mental y físico. <sup>(32)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desglosa por grupo de edad de 10 a 14 años niños, de 10 a 19 adolescentes y de 15 a 24 jóvenes. <sup>(32)</sup>

La etapa de la adolescencia típicamente genera una confusión que la etapa de la infancia y la adultez. Diversos estudios afirman que las áreas de confusión en la adolescencia son: problemas afectivos, conductas de riesgo y conflicto con los padres. <sup>(19, 42)</sup>

Por otra parte, la salud mental es un proceso evolutivo y dinámico de la vida donde intervienen múltiples factores para una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas sociales. Según estudios internacionales, en todo el mundo hasta un 20 % de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y un 3 o 4 % requiere tratamiento. <sup>(32)</sup>

La depresión es un estado de ánimo que según la organización mundial de la salud (OMS) afecta del 3-5% de la población mundial, lo que equivale a unos 120-200 millones de personas. A su vez los pacientes depresivos

representan alrededor del 20% de los enfermos de la consulta general y más de la mitad de los pacientes que acuden a consulta psiquiátrica. <sup>(5)</sup>

En un estudio realizado en tres localidades rurales españolas en Castilla-La Mancha se encontró una prevalencia de trastornos depresivos entre usuarios de atención primaria del 17.6% y una prevalencia estimada en población general del 6.59%. <sup>(5)</sup>

Existen pocos estudios acerca de la depresión en la pediátrica, a pesar de que dichos estudios revelan una prevalencia de depresión en la infancia de un 2%, incluso de un 5-8% en población adolescente, por lo que consideramos de sumo interés conocer la posibilidad de depresión en la población adolescente sana que habita la frontera norte de nuestro estado, en comparación con la población cautiva que acude a la consulta externa del Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora. <sup>(2)</sup>

Se utilizó como instrumento de investigación la nueva escala CES-D-R, actualizada en el 2008 y validada ya en adolescentes mexicanos, que determina la presencia o ausencia de síntomas depresivos al obtener más de 16 puntos. <sup>(1,15,16,30)</sup>

Este instrumento valora diferentes áreas afectivas; Afecto deprimido, Afecto positivo, Inseguridad emocional y problemas interpersonales, Somatización, Bienestar emocional y Actividad retardada. <sup>(1,15,16)</sup>

El estudio reveló una diferencia poco significativa entre las dos poblaciones, en cuanto a probabilidad de depresión. Sin embargo, reveló



que el 82% de la población total se encontró en el "border line", situación que es alarmante y da pie a la realización de una nueva investigación.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

Dentro del desarrollo normal de un adolescente, son característicos los cambios de ánimo y la difícil adaptación a los cambios corporales, por lo que representa un verdadero reto, tanto para los papás como para el personal de la salud, poder establecer la diferencia entre las variaciones normales conductuales de acuerdo a la personalidad individual y un trastorno que requiera verdadera intervención médica especializada, por lo que ha sido ha sido, hasta hoy en día sub-diagnosticada como entidad nosológica en los adolescentes. <sup>(6)</sup>

Se registra la depresión como un trastorno cada vez más temprano en la vida. La depresión de niños y adolescentes tiene una implicación profunda en la cultura, la economía, los servicios médicos y psiquiátricos, el desempeño escolar y la familia. En ocasiones el afán del médico por sanar la salud física, le lleva a subestimar el ámbito mental o emocional de los pacientes, sin embargo, como Médicos Peditras es nuestra responsabilidad otorgar una atención integral al paciente infantil en cada una de sus etapas vivenciales. <sup>(9,17)</sup>

La perspectiva de vida es considerablemente diferente en cada etapa de la vida, así como de una persona a otra, de acuerdo a su personalidad y ambiente en que se desarrolla. Más aún, no es la misma capacidad adaptativa la que tiene un paciente externo que un paciente hospitalizado. Por lo que debería considerarse la posibilidad de aunar al interrogatorio médico, la aplicación de un cuestionario de evaluación del estado de ánimo, de acuerdo a los factores de riesgo detectados en el interrogatorio médico, con la finalidad de

poder llevar a cabo un manejo oportuno de estados depresivos que pudieran evolucionar a presentar complicaciones o secuelas. <sup>(7,18,20,21,27)</sup>

Los trastornos mentales son considerados un problema de salud pública en casi todo el mundo; de hecho, se calcula que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como enfermedad incapacitante. Además, se considera que hasta el 20% de los niños y adolescentes sufren de alguna enfermedad mental, siendo la depresión la psicopatía más importante ya que es una precondition para un futuro intento de suicidio en los jóvenes, que a su vez figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. <sup>(7,14 20,32)</sup>

De acuerdo a las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, citadas por Ministerio de Salud, 1998), la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retrato mental, epilepsia, demencias y la esquizofrenia. <sup>(14,20)</sup>

Otros autores corroboran que la depresión es la condición crónica más común, después de la hipertensión arterial, en la práctica médica en general, de ahí su gran relevancia. <sup>(8,20)</sup>

## IV. JUSTIFICACIÓN

---

Debido a la tendencia creciente de depresión en la población adolescente y a la repercusión resultante, tanto para la salud de estos individuos y como para el propio sistema de salud en sí, es de suma importancia enfocar esfuerzos rutinarios a la detección oportuna y la prevención del padecimiento con la finalidad de reducir posibles complicaciones y secuelas en el desarrollo psicosocial. <sup>(1)</sup>

En la actualidad contamos con instrumentos de tamizaje válidos y confiables tienen una gran utilidad práctica y metodológica ya que proporcionan una aproximación precisa para la detección de posibles casos de depresión.

(1,15,16,30 36,40)

Uno de los instrumentos de tamizaje con los que contamos, es la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale Review: CES-D-R*) cuya versión original (CES-D) se ideó muchos años antes de que se contara con los criterios diagnósticos y clínicos incorporados en la décima Clasificación de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud o la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), por lo que el Centro para la Investigación de Prevención de la Universidad Johns Hopkins propuso actualizar y compatibilizar los contenidos de tamizaje de la CES-D con los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor (EDM), propuestos en el DSM-IV, lo que resultó en una versión revisada: la CES-D-R. Misma que ha sido utilizada y validada en adolescentes mexicanos en otros estudios. <sup>(1,15,16,30)</sup>

Otro instrumento de tamizaje es el Cuestionario de Depresión de Beck, el cual es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba auto-administrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia Cognitiva de La Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revisada y la original tienen alta correlación. Beck definió depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por signos y síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.” El instrumento se diseñó para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes, y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito. Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación de pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto et al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios, a pesar de haber sido diseñada inicialmente solo para adultos. Moran y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM-III y encontraron que solo cumplía con 6 de los 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones

somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución en apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV. (4,36,39,40)

Por lo que la finalidad de este estudio es determinar la frecuencia de depresión en adolescentes en base a los resultados de la aplicación del Cuestionario CES-DR. (1,15,16,30)

# V. MARCO TEÓRICO

---

**Definición.-** El término depresión proviene del latín *depressus*, que significa abatido o derribado es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

(1)

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. <sup>(1,22,23)</sup>

El término adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa ir creciendo, desarrollarse hacia la madurez, hacerse adulto. Existen diferentes conceptualizaciones sobre el término. Algunos ubican a la adolescencia como un periodo vital entre la infancia y la adultez. Otros la conciben como un segundo nacimiento, en tanto entienden que en ese periodo se reavivan ciertos conflictos internos, enfrentando a un mundo que les es caótico y desconocido.

(2)

Mauricio Knobel describió el síndrome de la adolescencia normal con las siguientes características: búsqueda de sí mismo y de la identidad, tendencia grupal, necesidad de fantaseo e intelectualización, crisis religiosa, desubicación temporal, evolución de la sexualidad desde el autoerotismo hacia la heterosexualidad, actividad social reivindicadora, contradicciones sucesivas de

la conducta, separación progresiva de los padres, fluctuaciones del humor, entre otros. <sup>(1)</sup>

La OMS-OPS, para fines prácticos define a la adolescencia el periodo de la vida que se extiende desde los 10 hasta los 19 años de edad, momento en el cual existe la transición de la niñez a la vida adulta. <sup>(3)</sup>

**Historia.-** En la antigüedad se daba a la depresión el nombre de melancolía, proveniente del griego clásico μέλας que significa "negro" y χολή que significa "bilis" ya que prevalecía la teoría de los humores, y se consideraba que ésta era la causante de estos sentimientos de abatimiento. <sup>(4)</sup>

La cultura griega clásica explicaba la teoría de los cuatro humores descrita por Hipócrates, la cual proponía que todas las enfermedades y los cambios de temperamento o "humor" se debían a la influencia de cuatro líquidos corporales denominados "humores": la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría, un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos, que actualmente se denominarían como maníacos, mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. De igual forma aquellos con mucha flema eran denominados flemáticos, lo cual era considerado como equilibrado, y aquellos con mucha bilis amarilla eran denominados coléricos para describir sus conductas irascibles y violentas. <sup>(4)</sup>

A pesar de los errores de esta teoría Hipócrates, es considerado el primer médico en describir la depresión clínicamente, ya que no se equivocaba completamente al relacionar los dos síntomas principales propios de los



melancólicos: el temor y la tristeza. Sin embargo durante su estudio también planteó la teoría de que la melancolía pudiera tener relación con la epilepsia. <sup>(4)</sup>

La transformación de la sociedad a partir del siglo XVII, determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía. Thomas Willis, fue el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y atribuía a los procesos químicos cerebrales y cardiacos los causantes de esta enfermedad. Mencionaba cuatro tipos de melancolía, según su origen, ya sea cerebral, esplénica, corporal o por una última clase de melancolía "histórica", cuyo origen se encontraría en el útero. Thomas es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión, le llevaron a publicar en 1672 un tratado sobre el tema, en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, pero en el que introduce por primera vez el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general desarrollados poco después por John Locke, el más notable de sus discípulos. <sup>(5)</sup>

El término "Depresión", se registra por primera vez durante el siglo XVII por médico de Guillermo III en Inglaterra, Richard Blackmore, quien habla en 1725 de *estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*. Posteriormente, Robert Whytt en 1764, relaciona la *depresión mental* con un *espíritu bajo*, así como la presencia de hipocondría y melancolía. En 1808, ya hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a un estado nosológico, mientras este último término continuó conservando su uso popular y literario. <sup>(4)</sup>

A. Pitcairn a comienzos del siglo XVIII escribía que el desequilibrio de los flujos sanguíneos en el organismo podía afectar al flujo de los espíritus de los nervios (según la teoría de René Descartes) generando los pensamientos confusos y los delirios propios de la melancolía. Poco después, los experimentos con la recién descubierta electricidad, transformaron el campo de la fisiología, abandonando la teoría de Descartes para dar lugar a los conceptos de sensibilidad, irritabilidad, atracción, repulsión y transmisión. <sup>(4)</sup>

Newton en su *Principia* (1713) decía: ... *y los miembros de los cuerpos animales se mueven por orden de la voluntad, es decir, por las vibraciones de este fluido, propagado a lo largo de los filamentos sólidos de los nervios, desde los órganos exteriores de los sentidos al cerebro, y del cerebro a los músculos.* Siguiendo con este planteamiento, William Cullen estudió los conceptos de carga y descarga en los seres vivos sometidos a electricidad y extrapoló sus hallazgos a la función cerebral. De este modo relacionó a la melancolía con un estado de menor energía cerebral: el melancólico sufría una situación de falta de tono nervioso o "anergia". <sup>(4)</sup>

William Cullen se dedicó, durante la segunda mitad del siglo XVIII a clasificar minuciosamente las enfermedades, incluyendo a la melancolía dentro del apartado de neurosis o "enfermedades nerviosas", según la nueva nomenclatura fundada en los recientes hallazgos neurofisiológicos. Un exceso de torpeza en el desplazamiento de la energía nerviosa era considerada la causa principal de la melancolía, dándose con este autor definitivamente por abandonada la bimilenaria teoría humoral. <sup>(5)</sup>

Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término *estados de depresión mental* como sinónimo de melancolía. Posteriormente Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo el concepto de depresión para referirse a un estado de ánimo. Finalmente Adolf Meyer propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión. En esta batalla por la nomenclatura se llegó a la redundancia de llamar melancolía a la depresión con síntomas leves. El término ciclotimia fue usado por Karl Ludwig Kahlbaum en 1863 para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, a modo de ciclos repetitivos y periódicos.

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión van adquiriendo mayor especificidad y claridad. En las primeras décadas del siglo XX el concepto de depresión se desglosa en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicósomático y la OMS acota y define la depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporal y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos. <sup>(4)</sup>

La bio-psiquiatría ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos farmacológicos cómo la interacción de determinados neurotransmisores influye en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión. <sup>(6)</sup>

Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son renuentes a consultar a un profesional de la salud.

(7)

Por otra parte la depresión en la niñez se empezó a reconocer hace sólo tres décadas. Prevalciendo en la actualidad una gran controversia alrededor de la concepción de la depresión infantil, tanto a nivel teórico como metodológico, ya que es muy parecida clínicamente a la depresión en el adulto, sin embargo presenta rasgos propios y únicos, así como también es diferente la presentación de acuerdo al desarrollo del menor, ya que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, resultando complejo establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está verdaderamente padeciendo de depresión. <sup>(3)</sup>

**Epidemiología.-** Los trastornos depresivos son causa primaria de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida con una prevalencia de un 8.3%. Los trastornos depresivos mayores tienen la misma prevalencia en niños que en niñas, elevándose el índice al llegar a la adolescencia a una razón 2:1. Y siendo los predictores mas altos de suicidio, entre más tempranamente se instala el cuadro mayor será el riesgo de desenlace fatal. <sup>(4)</sup>

Diversos estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, refieren que el riesgo de padecer depresión a lo largo de la vida es de un 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres. <sup>(20)</sup>

Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en los adultos. Es importante destacarlo

puesto que esta población ha sido invisibilizada no solo por los padres y madres de familia, sino por los mismos funcionarios y funcionarias de salud y por las autoridades institucionales. <sup>(20,21)</sup>

La tasa de depresión en adolescentes varía en función a la pubertad. Sin embargo, ha observado que se presenta dos a tres veces más frecuentemente en las mujeres que en los hombres post-puberales. La prevalencia de la depresión mayor oscila entre 15% y 20%. La coexistencia de depresión y otro trastorno de salud mental es del 40% al 70%, y los más frecuentes son desordenes alimenticios y adicciones. La incidencia de la depresión leve en los estudiantes de bachillerato es de hasta un 10%, la moderada llega a ser de un 5 a un 6% y la grave afecta del 1 al 2%. La frecuencia del diagnóstico se asocia importantemente al uso de inventarios de escrutinio como el de Beck. <sup>(8)</sup>

Su prevalencia en la infancia es del 1 al 2% y, en la adolescencia del 4 al 5%. El niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar a ir a la escuela, juega menos o deja de hacerlo, expresa el deseo de no querer separarse de los padres o tiene miedo de que uno de los padres se muera. En la primera infancia pueden desarrollar síntomas atípicos como somatizaciones difusas, trastornos alimenticios, enuresis, etc. El adolescente puede expresar mal humor, disminuir el rendimiento escolar, presentar conductas desafiantes o presentar brotes de irritabilidad. En ocasiones expresa el trastorno anímico con el desarrollo de conductas de riesgo como lo son el consumo de sustancias psicotrópicas o comportamientos para-suicidas, entre otras. <sup>(5)</sup>

De acuerdo a estadísticas de la organización mundial de la salud, la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos

neuróticos, afectivos, retardo mental, epilepsia, demencia y esquizofrenia. Los problemas de salud mental se consideran alrededor del 15% de la carga mundial de la enfermedad. <sup>(7)</sup>

En un estudio reciente titulado “Conductas de Riesgo en Adolescentes” elaborado por especialistas de una Universidad de Costa Rica, la OPS, el Ministerio de Salud y la CCSS, se reveló que el 79% de los adolescentes entre los 12 y 19 años ha sufrido alguna vez de depresión. De ellos, el 23.5% pensó en algún momento en el suicidio. Casi un 10% refirió haber intentado suicidarse, y de ellos un 11.6% había sido tratado en el servicio de emergencias a raíz del intento de suicidio, cifra que representa un 1% de la muestra total. <sup>(20)</sup>

**Factores de riesgo.-** El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de que algunas alteraciones en los neurotransmisores, citoquinas y hormonas pueden modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad. La psico-neuro-inmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor. Un ejemplo de ello, es la manera en que se reduce el número de transportadores de serotonina en los linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos, lo que pudiera indicar una relación directa entre la serotonina y el sistema inmune dentro de esta patología, así como también altos niveles de cortisol sérico o bajos niveles de hormona del

crecimiento se han encontrado en diversos estudios realizados tanto en adultos como en niños. <sup>(5,9)</sup>

Por otro lado se ha documentado una mayor incidencia de depresión en adolescentes hijos de padres que han cometido un suicidio exitoso. <sup>(9)</sup>

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo se asocia a menudo con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. <sup>(7)</sup>

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abrumen fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad. <sup>(13)</sup>

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los

problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés. <sup>(7,13,20)</sup>

La depresión puede constituir un problema de gran importancia para la salud y la integración social del adolescente, provocando alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, incremento y/o pérdida de peso) síntomas somáticos, bajo rendimiento escolar, incapacidad para concentrarse, conductas sociales inadecuadas, baja autoestima y repercusiones familiares, entre otros. <sup>(13,34)</sup>

**Diagnóstico.-** El diagnóstico de este trastorno se realiza universalmente en base a los Criterios Diagnósticos del Episodio Depresivo Mayor (DSM IV) que corresponde a lo siguiente: <sup>(19,22,23,24)</sup>

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los siguientes síntomas: (1) ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, reporte subjetivo (ejemplo se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes, puede ser ánimo irritable.
  2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.



3. Pérdida o aumento de peso significativos sin estar a dieta (5% del peso en un mes). O disminución o aumento del apetito casi todos los días.
  4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
  5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente auto-reproche o culpa por estar enfermo).
  8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
  9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se debe a efectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo).
- D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de 2 meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación

mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.

Así también, cabe señalar la importancia de la valoración subjetiva tanto de las personas cercanas al menor como del clínico, las cuales se encuentran claramente descritas en la bibliografía como lo son la apatía y el aislamiento, seguidos de la separación de la madre. Se observado también que son niños más propensos a presentar cuadros infecciosos e incluso retraso en el desarrollo. (4,23,38)

Los niños entre 7 y 10 años de edad, pueden presentar baja autoestima, aislarse voluntariamente, reconocer elementos intimidantes a su alrededor y evitar experiencias potencialmente frustrantes o reaccionar ante ellas con rabia, tristeza, ansiedad desmedida o desinterés. (4,23)

Por su parte los púberes, presentan mecanismos de defensa patológicos similares a los del adulto depresivo, manifestando datos psicosomáticos, cambios en el apetito y trastornos del sueño, que pueden evolucionar ocasionalmente a conductas antisociales o de auto-riesgo como la piromanía, cleptomanía, fobias o fantasías ansiosas.

Son de gran utilidad como instrumento diagnóstico, la aplicación de cuestionarios validados como lo son La Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies, El Inventario de Depresión de Beck, Escala de Zung, entre otros. Los cuales además de orientar acerca de un posible caso de depresión, orientan sobre algunas otras complicaciones como en el caso de La Escala de Birlenson, la cual identifica factores de riesgo en relación al suicidio. (1,10,33)

## **Tratamiento.-**

El Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) se ha dedicado al estudio de los trastornos depresivos en la infancia y ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños como un área importante de investigación. Así también, las Unidades de Investigación en Psicofarmacología Pediátrica (Research Units on Pediatric Psychopharmacology, RUPP), respaldadas y financiadas por el NIMH, conforman una red de siete centros de investigación donde se llevan a cabo estudios clínicos. Estos investigan la eficacia de medicamentos usados para tratar varios trastornos mentales en niños y adolescentes. <sup>(9,23)</sup>

La literatura sobre el tratamiento de la depresión en niños cubre la psicoeducación, la psicoterapia individual, la psicoterapia familiar y la psicofarmacología. <sup>(9)</sup>

**Psicoeducación:** La primera etapa de un tratamiento consiste en la explicación al paciente, a su familia y a sus educadores, de que la depresión existe también en niños. Una vez logrado este paso, la adherencia al tratamiento por parte de todos los miembros mejora. <sup>(9,31,41)</sup>

**Psicoterapia individual:** La psicoterapia es un componente eficaz en el tratamiento de la depresión. Pocos estudios aleatorios se han hecho para ver la efectividad de las diferentes y de los pacientes la que habla en favor de ésta. Sin embargo un estudio realizado en Pensilvania mostró excelentes resultados con un programa que consta en promedio de 10 sesiones, en las cuales se llevan a cabo talleres orientados a la realización de actividades placenteras,

entrenamiento en habilidades sociales, auto-monitoreo y auto-refuerzo, entre otras. <sup>(9,31)</sup>

**Terapia familiar:** la falta de límites generacionales, la proyección de sentimientos de los padres hacia los hijos, reglas caóticas o demasiado rígidas, relaciones familiares enmarañadas o excesivamente distantes, conflictos maritales son los hallazgos que con más frecuencia se encuentran en las familias de niños y adolescentes deprimidos. El terapeuta de orientación sistémica buscará encontrar las causas y los elementos que alimentan y mantienen la sintomatología depresiva buscando que se optimice la comunicación perdida que perpetúa o es causa del trastorno. <sup>(9,31,41)</sup>

**Psicofármacos:** los antidepresivos antiguos y recientes están reservados para los cuadros más intensos de depresión. Pocos estudios se han hecho sobre la farmacocinética y los rangos de dosis en niños. Sin embargo la experiencia clínica muestra que las dosis que se utilizan son similares a las de adultos con efectos positivos comparables. <sup>(9)</sup>

**Antidepresivos tri-cíclicos:** para el uso de antidepresivos tri-cíclicos (Imipramina, Clomipramina, Amitriptilina) se deben solicitar pruebas electrocardiográficas y estudios de tensión arterial previos a la administración. Los efectos clínicos de éstos medicamentos usualmente no se ven antes de 15 días y la adherencia frecuentemente está minada por los efectos anticolinérgicos (constipación, sequedad de mucosas orales, dificultades de acomodación visual), gastritis y aumento de peso. <sup>(9)</sup>

**Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** estos medicamentos de reciente ingreso al mercado comienzan a mostrar utilidad en

las depresiones más serias en niños, no solo en la experiencia clínica sino también en estudios aleatorios. Su dosis es similar a la de adultos y ocasionalmente se presentan efectos secundarios como mayor impulsividad, cambios del apetito, diaforesis, irritabilidad, dificultades en el sueño y disfunción sexual. La experiencia clínica indica que el tratamiento con psicofármacos continuado puede disminuir efectivamente el riesgo de recaída, motivo por el cual hoy se sugiere un mantenimiento mínimo por un año después de presentar mejoría. La adherencia sin psico-educación es difícil de lograr. <sup>(9,25,26)</sup>

# VI. OBJETIVOS

---

## **General**

Comparación del índice de depresión en una población de adolescentes atendidos en la consulta ambulatoria del Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora y una población de adolescentes sanos que radica en San Luis Río Colorado, Sonora.

## **Particular**

- ¿Existe la misma posibilidad de depresión en adolescentes sanos que en adolescentes enfermos ambulatorios?
- ¿Cuál es el grupo de edad y sexo más afectado?

## VII. HIPÓTESIS

---

1. El índice de Depresión en adolescentes es mayor en pacientes ambulatorios que en sanos.

# VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

---

Se realizó un estudio comparativo, transversal en el periodo comprendido del 1 de marzo al 25 de junio del 2009. Se incluyeron adolescentes que acudieron para su atención en el Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora, de manera ambulatoria y adolescentes sanos escogidos aleatoriamente en condiciones similares de edad y sexo. A los que se aplicó el cuestionario “Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies” (CES-D-R). <sup>(1,15,16,30)</sup>

Todos los procedimientos se someterán a autorización por el Comité de Ética del Hospital Infantil del Estado de Sonora antes de su ejecución. Este estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido en el título quinto capítulo III, artículos 96, 97, 98 y 100 de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, ya que es posible realizarse con los recursos humanos y materiales de la propia institución. <sup>(28,29)</sup>

## **a) Sujetos de estudio**

El integraron dos grupos de 50 adolescentes cada uno y que fueran Originarios y Residentes de San Luis Río Colorado. Grupo1 adolescentes atendidos ambulatoriamente en la consulta externa de pediatría del Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora. Grupo 11 adolescentes sanos escogidos aleatoriamente en condiciones similares de edad y sexo.

Los sujetos de estudio participaron voluntariamente y todos los datos generados por su inclusión fueron manejados confidencialmente por la



disertante y su asesor de tesis. Para ser considerados, los adolescentes deberán cumplir con los siguientes criterios:

- Inclusión:
  - Pacientes de 10 a 18 años atendidos en el Hospital General de San Luis Rio Colorado Sonora (ambulatorios)
  - Originarios y residentes de San Luis Rio Colorado
  - Pacientes de que deseen participar en el estudio
  - Pacientes que sepan leer y puedan escribir
  - Pacientes que respondan en su totalidad ambos cuestionarios.
  
- Exclusión:
  - Pacientes que no cumplan criterios de inclusión
  - Pacientes cuyos padres no acepten la aplicación de los cuestionarios
  - Pacientes psicóticos o con retraso mental clínicamente evidente

### **Variables**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad

- Ocupación
- Tipo de paciente
  - Sano
  - Enfermo
- Estructura familiar
- Ocupación de los padres

**b) Fuente de datos y procedimientos de recolección**

Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio de investigación pero no se les mencionó específicamente la palabra depresión. Cada paciente llenó el cuestionario “Escala de Depresión del Center for Epidemiologic Studies” (CES-D-R) sin límite de tiempo para contestarlo (Anexo 2). Las dudas acerca del cuestionario fueron resueltas por personal que no conocerá el plan de análisis del trabajo para que no influya en las respuestas a elegir. Se tubo la precaución de no aplicar el cuestionario a los pacientes que se encontraran en crisis de ansiedad, escogiendo otro momento para la aplicación del mismo. Todos los padres llenaron y firmaron una carta de consentimiento informado (Anexo 3), donde se aseguraba la confidencialidad de los datos.

Los datos fueron obtenidos de tres fuentes: la primera mediante un cuestionario de 9 preguntas abiertas (Anexo 1), exploró aspectos socio-demográficos; mientras que la segunda parte consistió en la aplicación del cuestionario likert de 35 reactivos “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” (*Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale Review*: CES-D-R) cuya versión original (CES-D) se ideó muchos años antes de que se contara con los criterios diagnósticos y clínicos incorporados en la décima

Clasificación de las Enfermedades de La Organización Mundial de la Salud o la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de La Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), por lo que el Centro para La Investigación de Prevención de La Universidad Johns Hopkins propuso actualizar y compatibilizar los contenidos de tamizaje de La CES-D con los criterios diagnósticos para episodios de depresión mayor (EDM), propuestos en el DSM-IV, lo que resultó en una versión revisada: La CES-D-R. Misma que ha sido utilizada y validada en adolescentes mexicanos en otros estudios, la cual cuenta con 35 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert. <sup>(1,15,16,30)</sup>

## **Escala de medición**

### ***Escala de La CES-D:***

1. Síntomas de depresión clínicamente relevantes: presencia de síntomas en al menos cinco criterios, incluidos los síntomas de anhedonia o disforia durante dos semanas.
2. Depresión altamente probable: presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas, pero con sólo cuatro síntomas (uno menos que el criterio del DSM-IV).
3. Episodio depresivo probable: presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con sólo tres síntomas (dos menos que el criterio del DSM-IV).

4. Episodio depresivo sub-umbral: indicado por un resultado de 16 o más puntos en la escala revisada y sin figurar en alguna de las categorías anteriores.
5. Ausencia de síntomas de episodio de depresión de relevancia clínica: incluidos los individuos que tuvieron un resultado menor a 16 puntos en la escala revisada.

El puntaje de la escala se obtiene tras sumar los reactivos por síntoma del DSM-IV y aplicar un proceso de ponderación para tener los mismos límites y distribución que los de la escala original del CES-D, es decir, el umbral de 16 puntos que suele utilizarse para determinar la presencia o la ausencia de síntomas depresivos.

El instrumento valora diferentes áreas afectivas de la siguiente manera:

Afecto deprimido:

- 2.-No podía quitarme la tristeza
- 6.-Me sentía triste
- 4.-Me sentía deprimido (a)
- 14.-Sentía deseos de estar muerto (a)
- 9.-Sentía que era una mala persona

Afecto positivo:

- 31.-Disfrute la vida
- 33.-Me divertí mucho

27.-Me sentía feliz

Inseguridad emocional y problemas interpersonales:

26.-Me sentía temeroso (a)

32.-Tenía ataques de llanto

30.-Las personas eran poco amigables

34.-Sentía que iba a darme por vencido (a)

25.-Pensé que mi vida había sido un fracaso

29.-Me sentía solo (a)

35.-Sentía que le desagradaba a la gente

28.-Hablé menos de lo usual

17.-Estaba a disgusto conmigo mismo (a)

15.-Quería hacerme daño

Somatización:

19.-Me costaba mucho trabajo dormir

5.-Dormía sin descansar

16.-Me sentía cansado (a) todo el tiempo

3.-Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo

1.-Tenía poco apetito

18.-Perdí peso sin intentarlo

20.-Era difícil concentrarme en las cosas importantes

Bienestar emocional:

23.-Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo

22.-Sentí que era tan bueno (a) como otra gente

24.-Me sentía esperanzado (a) hacia el futuro

Actividad retardada:

12.-Sentí que me movía muy lento

13.-Me sentía agitado (a)

11.-Dormía más de lo habitual

10.-Había perdido interés en mis actividades diarias

7.-No podía seguir adelante

8.-Nada me hacía feliz

Definiciones operacionales:

-Anhedonia:

La anhedonia es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Constituye uno de los síntomas o indicadores más claros de depresión, aunque puede estar presente en otros trastornos. (3,6,8)

-Disforia:

Del prefijo griego “dys”, indicación de la dificultad, y subfijo “phorós”, de “pherein”, que significa llevar. Inestabilidad del humor, con malestar, ansiedad y, a menudo, reacciones coléricas. (3,6,8)

### ***c) Plan de análisis***

Las respuestas obtenidas serán capturadas electrónicamente en una base de datos para la que se usará el software Excel ® que incluyó las variables socio-demográficas así como las de los datos arrojados por los cuestionarios.

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para las variables socio-demográficas y la distribución de los datos. Se empleó un análisis estadístico no para-métrico con la prueba de Kruskal-Wallis para la evaluar las diferencias entre los grupos de pacientes. Tales diferencias se consideraron estadísticamente significativas con valores de  $p < 0.05$ .

# IX. RESULTADOS

De los 100 adolescentes el rango de edad fue de 10 a 18 años con una media de 13.4 años. No hubo diferencias en distribución de edad y sexo.

Los grupos tienen exactamente la misma distribución de edad utilizando para su análisis la prueba **T Student**  $p=1$ .

La distribución de la proporción de sexos en el grupo 1 y 2 fueron similares, utilizando para su análisis **La Prueba exacta de Fisher**  $p=1$ . **Cuadro 1.**

**Cuadro 1.**  
**Distribución de edad y sexo por grupos**

Edad	Pacientes enfermos			Pacientes sanos			TOTAL FINAL
	Masculinos	Femeninos	TOTAL	Masculinos	Femeninos	TOTAL	
10 años	4	9	13	4	9	13	26
11 años	2	2	4	2	2	4	8
12 años	1	1	2	1	1	2	4
13 años	2	2	4	2	2	4	8
14 años	4	4	8	4	4	8	16
15 años	2	3	5	2	3	5	10
16 años	3	3	6	3	3	6	12
17 años	3	3	6	3	3	6	12
18 años	1	1	2	1	1	2	4
<b>TOTALES</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Promedio 13.4 años

En nuestro estudio el total de la población 100% estaban realizando estudios y su eran solteros. La distribución de las proporciones de las distintas escolaridades es similar con una **Chi cuadrada de Pearson** de **P= 0.3631**.

**Cuadro 2.**

**Cuadro 2.**  
**Escolaridad de los adolescentes por grupos**

Escolaridad	Enfermos			Sanos			Total General
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	
Primaria	11	6	17	12	8	20	37
Secundaria	12	11	23	9	8	17	40
Preparatoria	5	5	10	5	6	11	21
Técnico	0	0	0	2	0	2	2
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>50</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>50</b>	<b>100</b>



El tipo de familia era nuclear 75%, uniparental en 24% y desintegrada en el 1% de los casos. Siendo en particular por grupo: Grupo de Sanos, nuclear 78% y uniparental 22%. Enfermos, nuclear 36%, uniparental 13 %, desintegrada 2%.

La distribución de las proporciones en cuanto a las estructuras familiares fue similar en ambos grupos, con una **Chi cuadrada de Pearson de P=**

**0.5255. Cuadro 3**

**Cuadro 3.**  
**Tipo de familia de los adolescentes por grupos**

<i>Tipo familia</i>	<i>Enfermos</i>	<i>%</i>	<i>Sanos</i>	<i>%</i>	<i>total</i>
Nuclear	36	72	39	78	75
Uniparental	13	26	11	22	24
Desintegrada	1	2	0	0	1
Total	50	100	50	100	100

El total de los adolescentes del estudio su principal actividad era estudiante , en relación a la ocupación de los padres se encontró 15% fueron profesionistas, 15% técnicos y 70% operadores, con una **Chi cuadrada de Pearson de P= 0.6963. Cuadro 4**

**Cuadro 4**  
**Ocupación de los padres de los adolescentes por grupos**

<i>Ocupación padres</i>	<i>Enfermos</i>	<i>%</i>	<i>Sanos</i>	<i>%</i>	<i>total</i>
Profesionista	7	14	8	16	15
Técnico	9	18	6	12	15
Operador	34	68	36	72	70
Total	50	100	50	100	100

Según el análisis estadístico se encontró que la distribución de las proporciones de las respuestas, es similar en los dos grupos. Únicamente se

encontró diferencia significativa en un ítem (No 11) el cual estableció que los adolescentes pertenecientes al grupo 1 durmieron más de lo habitual. **Cuadro**

**5**

**Cuadro 5**  
**Distribución de las respuestas de los adolescentes por grupo**

No.	Pregunta	Enfermos	Sanos	P
1	Tenía poco apetito	36	38	P= 0.9136
2	No podía quitarme la tristeza	38	25	P= 0.5690
3	Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	65	47	P= 0.2848
4	Me sentía deprimido (a)	39	28	P= 0.2036
5	Dormía sin descansar	57	46	P= 0.8051
6	Me sentía triste	49	30	P= 0.2159
7	No podía seguir adelante	23	22	P= 0.3959
8	Nadie me hace feliz	29	21	P= 0.3308
9	Sentía que era una mala persona	45	39	P= 0.9421
10	Había perdido interés en mis actividades diarias	54	47	P= 0.0948
<b>11</b>	<b>Dormía más de lo habitual</b>	<b>69</b>	<b>30</b>	<b>P= 0.0291</b>
12	Sentía que me movía muy lento	32	24	P= 0.5471
13	Me sentía agitado (a)	49	26	P= 0.1211
14	Sentía deseos de estar muerto (a)	28	18	P= 0.2311
15	Quería hacerme daño	15	14	P= 0.7879
16	Me sentía cansado (a) todo el tiempo	43	33	P= 0.1510
17	Estaba a disgusto conmigo mismo (a)	39	42	P= 0.9756
18	Perdí peso sin intentarlo	28	28	P= 0.9023
19	Me costaba mucho trabajo dormir	47	52	P= 0.5149
20	Era difícil concentrarme en las cosas importantes	59	48	P= 0.2737
21	Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	37	38	P= 0.3333
22	Sentía que era tan bueno (a) como otra gente	65	60	P= 0.4745
23	Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	53	61	P= 0.5084
24	Me sentía esperanzado (a) hacia el futuro	62	66	P= 0.5381
25	Pensé que mi vida ha sido un fracaso	39	38	P= 0.2662
26	Me sentía temeroso (a)	37	29	P= 0.5416
27	Me sentía feliz	121	113	P= 0.3871
28	Hablé menos de lo usual	33	47	P= 0.3572
29	Me sentía solo (a)	51	44	P= 0.4903
30	Las personas eran poco amigables	29	24	P= 0.2889
31	Disfruté de la vida	114	115	P= 0.8491
32	Tenía ataques de llanto	42	27	P= 0.4003
33	Me divertí mucho	110	106	P= 0.7247
34	Sentía que iba a darme por vencido(a)	31	27	P= 0.5293
35	Sentía que le desagradaba a la gente	37	30	P= 0.9136

Se analizaron los datos arrojados por los cuestionarios por áreas encontrándose que la distribución de las proporciones de respuestas fue similar en los 2 grupos de estudio.

En relación al afecto deprimido, se encontró que en el grupo de enfermos, el que calificó de mayor riesgo fue el sentimiento de tristeza; mientras que en el grupo de sanos el sentimiento de ser una persona mala, fue el de mayor frecuencia. **Cuadro 6**

**Cuadro 6**  
**Afecto deprimido de los adolescentes por grupo**

<i>Reactivo</i>	<i>Enfermos</i>					<i>Sanos</i>				
	<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>		<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>	
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
2.-No podía quitarme la tristeza	28	10	9	2	1	36	6	6	1	1
6.-Me sentía triste	24	13	6	4	3	30	12	7	0	1
4.-Me sentía deprimido (a)	28	10	9	1	2	31	14	2	2	1
14.-Sentía deseos de estar muerto (a)	36	8	3	0	3	40	7	0	1	2
9.-Sentía que era una mala persona	26	12	6	3	3	27	14	4	3	2

En el caso particular del afecto positivo, se encontró que en los adolescentes pertenecientes al grupo de enfermos, predominó el sentimiento de felicidad; mientras que en los pacientes sanos se documentó que disfrutaron de la vida.

**Cuadro 7**

**Cuadro 7**  
**Afecto positivo de los adolescentes por grupo**

<i>Reactivo</i>	<i>Enfermos</i>					<i>Sanos</i>				
	<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>		<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>	
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
31.-Disfrute la vida	8	9	9	9	15	8	6	12	11	13
33.-Me divertí mucho	10	7	12	5	16	9	9	11	9	12
27.-Me sentía feliz	4	13	6	12	15	9	8	9	9	15

En relación a la inseguridad y problemas interpersonales, se documentó un mayor riesgo de sentimientos de soledad, en ambos grupos con un discreto predominio en el grupo de adolescentes sanos. Mostrando en el área en general una diferencia poco significativa. **Cuadro 8**

**Cuadro 8**  
**Inseguridad emocional y problemas interpersonales de los adolescentes por grupo**

<i>Reactivo</i>	<i>Enfermos</i>					<i>Sanos</i>				
	<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>		<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>	
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
26.-Me sentía temeroso (a)	26	14	7	2	1	30	15	2	2	1
32.-Tenía ataques de llanto	29	10	6	0	5	34	11	2	0	3
30.-Las personas eran poco amigables	29	14	6	1	0	34	11	2	3	0
34.-Sentía que iba a darme por vencido (a)	33	8	4	5	0	37	4	5	3	1
25.-Pensé que mi vida había sido un fracaso	29	8	9	3	1	30	11	4	1	4
29.-Me sentía solo (a)	24	12	7	3	4	26	14	2	3	5
35.-Sentía que le desagradaba a la gente	28	12	6	3	1	33	11	2	1	3
28.-Hablé menos de lo usual	28	14	6	1	1	27	11	4	4	4
17.-Estaba a disgusto conmigo mismo (a)	28	13	4	2	3	28	11	5	3	3
15.-Quería hacerme daño	40	7	2	0	1	42	5	1	1	1

La Somatización, es una de las alteraciones más recurridas por el adolescente con sintomatología depresiva, por lo que se consideró interesante que en ésta área se documentara una mayor incidencia de sueño poco reconfortante en los adolescentes pertenecientes al grupo de enfermos, mientras que el insomnio predominó en los adolescentes sanos. Sin embargo en general el área presentó una diferencia, que estadísticamente, es poco significativa. **Cuadro 9**

**Cuadro 9**  
**Somatización de los adolescentes por grupo**

<i>Reactivo</i>	<i>Enfermos</i>					<i>Sanos</i>				
	<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>		<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>	
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
19.-Me costaba mucho trabajo dormir	26	13	7	2	4	27	7	7	5	4
5.-Dormía sin descansar	20	14	6	9	1	24	13	7	5	1
16.-Me sentía cansado (a) todo el tiempo	23	18	4	3	2	31	9	6	4	0
3.-Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	14	20	8	3	5	20	17	10	0	3
1.-Tenía poco apetito	24	19	5	1	1	26	15	6	1	2
18.-Perdí peso sin intentarlo	32	13	1	2	2	33	11	2	3	1
20.-Era difícil concentrarme en las cosas importantes	21	12	7	7	3	20	20	5	2	3

En cuanto al bienestar emocional se reportó una diferencia poco significativa estadísticamente, entre ambos grupos, con un discreto predominio en el grupo de adolescentes enfermos. Los adolescentes enfermos se pronunciaron con mayor frecuencia que se sentían tan buenos como el resto de

la gente, mientras que los adolescentes sanos, refirieron mayor esfuerzo, para la realización de las actividades cotidianas. **Cuadro 10**

**Cuadro 10**  
**Bienestar emocional de los adolescentes por grupo**

<i>Reactivo</i>	<i>Enfermos</i>					<i>Sanos</i>				
	<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>		<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>	
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
23.-Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	21	15	6	6	2	18	18	2	9	3
22.-Sentí que era tan bueno (a) como otra gente	21	7	11	8	3	19	14	7	8	2
24.-Me sentía esperanzado (a) hacia el futuro	29	11	8	5	5	15	17	8	7	3

Otro de los parámetros valorados por áreas, fue el de la actividad retardada, la cual se observó con una frecuencia elevada en los adolescentes sanos, sin embargo, estadísticamente poco significativa. Observándose poco interés en las actividades diarias en los pacientes enfermos, mientras que los adolescentes sanos refirieron dormir más de lo habitual como rasgo predominante. **Cuadro 11**

**Cuadro 11**  
**Actividad retardada de los adolescentes por grupo**

<i>Reactivo</i>	<i>Enfermos</i>					<i>Sanos</i>				
	<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>		<i>Bajo riesgo</i>			<i>Riesgo</i>	
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
12.-Sentí que me movía muy lento	36	7	5	1	1	32	10	3	4	1
13.-Me sentía agitado (a)	31	13	5	1	0	26	8	10	3	3
11.-Dormía más de lo habitual	31	11	5	3	0	18	12	8	7	5
10.-Había perdido interés en mis actividades diarias	24	13	8	1	4	18	20	4	6	2
7.-No podía seguir adelante	35	9	4	2	0	32	13	5	0	0
8.-Nada me hacía feliz	37	8	3	1	1	29	15	5	0	1

# X. DISCUSIÓN

---

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia de la vida de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden convertirse en un factor estresante y producir efectos psicológicos en el adolescente. <sup>(12)</sup>

Por lo tanto, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente, no solo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales, sino que también puede afectar la salud física de los adolescentes. <sup>(12)</sup>

Uno de los factores más comunes de morbilidad que puede conducir a mortalidad dentro de la etapa comprendida en la adolescencia es la depresión, a este respecto algunos autores han descrito a fenómenos como la Adrenarquía (incremento de la liberación de andrógenos adrenales, que ocurre entre los 6 y 8 años, que preceden aproximadamente a dos años de cambios continuos que se presentarán en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia. <sup>(10)</sup>

Se estudiaron un total de 100 adolescentes de los cuales 50 fueron pacientes atendidos ambulatoriamente en el Hospital General de San Luis Río Colorado, Sonora; y 50 fueron escogidos aleatoriamente, buscando intencionadamente que fueran compatibles en condiciones de edad y sexo para evitar sesgos, en un periodo de 3 meses.

El rango de edad comprendido fue de 10 a 18 años de edad, sin encontrarse diferencia significativa en cuanto a riesgo de depresión en ambos grupos. Sin embargo estudios en adolescentes estadounidenses demostraron que los adolescentes de 10 a 11 años de edad, presentaban una tasa de depresión de 1.5 por cada 1000 niños estudiados, incrementándose la tasa hasta tres veces en el mismo grupo, estudiado cuatro años más tarde. Otro estudio demostró que uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión, por lo que la incidencia se incrementa directamente proporcionalmente a la edad. <sup>(23,24)</sup>

Así también, en base a género, no se encontró diferencia significativa en cuanto a posibilidad de depresión en ambos sexos, a pesar de que diversos estudios demuestran una mayor incidencia de sintomatología depresiva en el sexo femenino. <sup>(35,38)</sup>

La totalidad de los sujetos de estudio fueron solteros. En el caso del adulto, se ha documentado un mayor índice de depresión sujetos solteros, sobre todo en el sexo femenino, no siendo así en la población infantil y adolescente, en quienes no presenta relevancia alguna. <sup>(35,38)</sup>

El 100% de ellos se dedicaron al estudio, encontrándose una diferencia poco significativa en cuanto al grado escolar de curso.

En general, se presentó un entorno de familia nuclear en el 75% y en contraste solo un 1% de familias desintegradas, lo que apoya la teoría de que es menos frecuente la depresión como entidad nosológica, en adolescentes que presentan estabilidad familiar. Un estudio realizado en el 2003 en adolescentes mexicanos reveló que dentro de los antecedentes que

representan mayor riesgo para desarrollo de depresión en etapas tempranas de la adolescencia es el tener conflictos con padre y madre, ver a los padres discutir por problemas económicos o pertenecer a un hogar disintegrado. Mientras que otro estudio realizado en adolescentes mexicanos en 2005, pone de manifiesto que la prevalencia de depresión es mayor en aquellos adolescentes que habitan con familias disfuncionales y que es indirectamente proporcional a la cantidad de hermanos. <sup>(5,27)</sup>

La totalidad de los pacientes incluidos en el estudio se encontraron escolarizados de acuerdo a su edad, por lo que encontrándose en entornos similares y bajo condiciones similares presentaron las mismas posibilidades de presentar depresión. Esto apoya las teorías emitidas por diversos estudios realizados en el Caribe, los cuales afirman que la población estudiantil presenta una elevadas tasas de sintomatología depresiva, donde se evidenció que el 50% había tenido síntomas de depresión. <sup>(22)</sup>

A pesar de que el estudio reportó frecuencias similares, es trascendental mencionar el alto índice de episodios sub-umbrales de depresión, los cuales se reportaron en un 82%, situación que es alarmante y confirmatoria de la depresión como entidad nosológica en el adolescente.

Hoy en día se sabe que la depresión es algo muy habitual y afecta a uno de cada ocho adolescentes, sin distinción colores, razas, situación económica o edad, lo que hace de suma importancia su estudio y detección temprana, ya que la adolescencia es un periodo fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría implicaciones importantes para el desarrollo de las



conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida. <sup>(4,22)</sup>

# XI. CONCLUSIONES

---

Se encontró que no hay diferencia estadística significativa entre los dos grupos de adolescentes. Sin embargo calificaron para riesgo en el grupo de enfermos un total de 84% y en el grupo de sanos un total de 80% de los adolescentes. Por lo tanto, el total general fue de un 82% de adolescentes en "Border line" para depresión. Esto apoya lo reportado por diversos autores, quienes corroboran esta tendencia, afirmando que la depresión es la condición crónica más común, después de la hipertensión, en la práctica médica general.

(8)

El afecto positivo y el bienestar emocional, fueron las áreas que presentaron la mayor puntuación, esto se debe a que la mayoría de los pacientes no se encontraron cursando un episodio de depresión al momento de ser encuestados; sin embargo, las áreas negativamente más afectadas en el grupo de adolescentes enfermos fue la somatización y en el grupo de adolescentes sanos fue el área que representa la sensación de actividad retardada, mientras que en la población general, se observó una mayor puntuación en el área de somatización. Estudios avalan que en los adolescentes mayores con síndrome depresivo, es muy frecuente que se presenten somatizaciones, como es el caso de los episodios de bulimia y anorexia, síntomas de gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental, incapacidad de concentrarse y realizar ejercicios de memoria, entre otros. (8)

La disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología familiar en primero y segundo grado, la co-morbilidad con otros trastornos (distimia,

trastornos adaptativos, trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta y abuso y dependencia de sustancias, incluso el suicidio, se han relacionado con el inicio de la depresión a esta edad. <sup>(17)</sup>

En un estudio realizado en adolescentes predominó la esfera interpersonal, en lo que se refiere a problemas familiares, seguidos por la esfera emocional, en particular por sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Casi la tercera parte de los adolescentes reportó haber deseado morir en un momento dado y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría. <sup>(17)</sup>

Es necesario otorgar la debida atención a la depresión como entidad nosológica en la adolescencia, tanto por su gran incidencia, como por las secuelas que puede llegar a producir.

# BIBLIOGRAFÍA

---

1. González-Forteza C, Jiménez-Tapia J, Ramos-Lira L, Wagner FA. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en Adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 2008; 50 (4):292-299
2. Kessler RC, Avenevoli R, Ries MK. Mood Disorders in Children and adolescents. *Am Fam Physician* 2001;49: 1002-101429
3. Jenkins RR. Depresión. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Tratado de Pediatría*. Elsevier España S.A. 2006: 646-647
4. Conti, N., *Historia de la Depresión: La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*, 1ra. ed., Ed. Pólemos, Bs. As., 2007: 1-191
5. Pandya R, Metz L, SCOTT B. Patten SB. Predictive Value of the CES-D in Detecting Depression Among Candidates for Disease-Modifying Multiple Sclerosis Treatment. *Psychosomatics* 2005; 46:2
6. Needlman RD. Adolescencia. En: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Tratado de Pediatría*. Elsevier España S.A. 2006: 53-58
7. Santos PL, Beria JU, Fernández FA, Tomasi E. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001; 28 (8): 543-549
8. Depresión. *Wikipedia Enciclopedia libre*. [Seral online] Agosto 2008 [citado 23 Agosto 2008] Wikimedia Foundation Inc. 2008. Disponible en

URL:

[http://es.wikipedia.org/wiki/Historia\\_de\\_la\\_depresi%C3%B3n#cite\\_ref-0](http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_depresi%C3%B3n#cite_ref-0)

9. Chaskel R, Depresión en niños y adolescentes cuando dar medicamentos. *Acta Neurol Colomb* 2006; 22: 195-200
10. Vázquez PE, Fonseca CI, Padilla VJ, Pérez HM, Gómez RN. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlenson en Adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2005; 22 (2): 107-118
11. Cova F, Aburto B, Sepúlveda MJ, Silva M. Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Psykhe* 2006; 15(1): 57-65
12. Barra AE, Cerna RC, Kramm CD, Véliz VV. Problemas de Salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica* 2006; 24(1): 55-61
13. Escribá QR, Maestre MC, Amores LP, Pastor TA, Miralles ME, Escobar RF. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(5): 298-302
14. Pardo GA, Sandoval DA, Umbarila ZD. Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología* 2004; 13: 13-28
15. Reyes OM, Soto HA, Milla KJ, García RA, Hubard VL, Mendoza SH, Mejía GL, García PM, Wagner EF, Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) Estudio

- Piloto en una Muestra Geriátrica Mexicana. *Salud Mental* 2003; 26(1) 59-68
16. William WE, Muntaner C, Smith C, Tien A, Ybarra M. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESDR). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2004; Third Edition 3: 1-41
17. Campo AA, González RS, Sánchez HZ, Rodríguez RD, Dallos BC, Díaz ML. Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga Colombia. *Arch Pediatr Urug* 2005; 76(1): 21-26
18. González FC, Ramos LL, Caballero GM, Wagner EF. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* 2003. 15 (4) 524-532
19. Bosque GJ, Suárez MC, Arroyo GE, Higuera RF, Rodríguez JH. Desarrollo de la Psicopatología en la adolescencia 2002-2003; PAC-Psiquiatría-4 Libro 8: 473-480
20. Dirección Técnica de Servicios de Salud de Costa Rica. Departamento de Medicina Preventiva. Programa de atención integral a la adolescencia. Manual de atención integral a la depresión y el suicidio en adolescentes 2005;1-47
21. Greden JF. The burden of Recurrent Depression: Causes, Consequences, and Future. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (22): 5-14.

22. El manual Merck de diagnóstico y tratamiento. Ediciones Harcourt S.A. 2007: 2426-2439
23. Harris JC. Depresión en la niñez y la adolescencia. En: Crocetti M, Barone MA. Oski Compendio de Pediatría. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México D.F. 2006: 203-205
24. Harris JC. Suicidio. En: Crocetti M, Barone MA. Oski Compendio de Pediatría. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. México D.F. 2006: 205-206
25. Peiró S, Cervera P, Bernal-Delgado E. Los inhibidores selectivos de la re-captación de serotonina en la depresión infantil: un “culebrón” que refleja 2005; 19 (5): 401-406
26. Shaller JL, Rawlings DB. Escitalopram in adolescent major depression. Medscape General Medicine 2005; 7 (1): 4-5
27. Chacón NV, Muñoz AC, Rivas NJ, Miranda BC. Estudio descriptivo de la prevalencia de depresión en pacientes con epilepsia que consultan el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (HPUV) y la Liga contra la Epilepsia (LCE) en Cali, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría 2007; 36 (1) : 31-40
28. LEY GENERAL DE SALUD. Cámara de Diputados del H, Congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis. *Últimas Reformas* DOF 14-07-2008

29. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirement for manuscript submitted to biomedical journal. *N Engl J Med* 1997; 336:309-315
30. Reyes OM, Soto HA, Milla KJ, García RA, Hubard VL, Mendoza SH, Mejía GL, García PC, Wagner EF. Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una Muestra Geriátrica Mexicana. *Salud Mental* 2003; 26 (1): 59-68
31. Félix C, Aburto B, Sepúlveda MJ, Silva M, Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes *Psykhé* 2006; 15 (1), 57-65
32. Czernik G, Dabski M, Canteros J, Almirón L. Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de corrientes. *Revista de posgrado de la sexta Cátedra de Medicina* 2006; 162: 1-4
33. Cogollo Z, Díaz CE, Campo A. Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para la depresión en adolescentes escolarizados. *Colomb Med* 2006; 37:102-106
34. Fonseca PJ, Reyes TA. Relación entre depresión en el adolescente y rendimiento académico. *Revista hondureña de posgrado de psiquiatría* 2007; 1 (1): 13-16
35. Cantoral G, Méndez MV, Nazar A. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. *Ecofronteras* 2004; 21: 29-32



36. Almirón LM, Romero PE, López AM, Czernik GE. Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a una escuela técnica de la ciudad de Corrientes. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005. Resumen M-118
37. Monterzino JM, Benejam LA. Prevalencia de la depresión en adolescentes escolarizados de la localidad de la concha (Tocumán). Revista de la Facultad de Medicina 2006; 7(2): 15-19
38. Peña F, Higuera F, Domínguez E, Palacios L. La depresión en los adolescentes y su relación con los trastornos de personalidad. Información Clínica 2001; 12 (10): 58-59
39. Aliaga TJ, Rodríguez RL, Ponce DC, Frisansho LA, Lauez VJ. Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. Revista de investigación en psicología 2006; 9 (1): 69-79
40. Sánchez PJ, López CA, Escalas Diagnósticas y de Evaluación que se Utilizan en Atención Primaria para Depresión y Ansiedad. Salud Global 2005; V (3) 1-8
41. Declaración de Oaxaca. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2005; 22 (2): 61-63
42. Beers MH, Berkow R, et al. Trastornos Psiquiátricos en la infancia y la adolescencia. En: Beers MH, Berkow R, et al.



## Anexo 2

Durante cuántos días...	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4

### **Anexo 3**



Hospital Infantil del Estado de Sonora

“Luisa María Godoy Olvera”

Por medio de la presente autorizo a mi hijo para ser sometido al estudio de evaluación de su estado emocional, permitiéndole contestar con libertad.

Se nos ha informado sobre la confidencialidad de los resultados que arroje.

Nombre: