

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO		
	FACULTAD DE MEDICINA	
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN		
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR		
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL		
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.43		
VILLAHERMOSA, TABASCO		
“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES USUARIOS DEL IMSS EN HUIMANGUILLO, TABASCO”		
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR		
PRESENTA:		
MARTIN GARMENDIA MACHUCA		
VILLAHERMOSA, TABASCO		2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES USUARIOS
DEL IMSS EN HUIMANGUILLO, TABASCO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARTIN GARMENDIA MACHUCA

AUTORIZACIONES

**DRA. SAHARA DE LEON ALMEIDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE DEL
IMSS, MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA TABASCO.**

**DRA. IVONE BROWN GOMEZ
JEFA DE DEPARTAMENTO DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD DE LA UMF 43
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

**M. EN C. SERGIO EDUARDO POSADA AREVALO
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
ASESOR METODOLOGICO**

**M. EN C. CONCEPCIÓN LOPEZ RAMON
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

VILLAHERMOSA, TABASCO. 2007

**“PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES USUARIOS
DEL IMSS EN HUIMANGUILLO, TABASCO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARTIN GARMENDIA MACHUCA

AUTORIZACIONES

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme fuerzas para terminar la especialidad.

A MI PADRE

Que ya esta descansando, que me vio iniciar, debe de estar orgulloso de mí al terminar esta especialidad.

A MI MADRE

Mi agradecimiento por darme el ser, por sus bendiciones, por siempre inculcarme fortaleza y saber guiar mis pasos.

A MI ESPOSA

Por su amor, paciencia y consejos en los momentos mas difíciles para terminar la especialidad.

A MI HIJO

Por los momentos en que no pude estar con el, pero al fin e terminado y ojala este orgulloso de su padre.

A MIS HERMANOS

Por su apoyo para ayudarme a terminar.

A LA PROFESORA LA DRA. SAHARA

Por su paciencia y apoyo en los momentos mas difíciles, mí agradecimiento eterno.

A MI ASESOR DR. POSADA

Por su ayuda en la realización de esta tesis, gracias.

A MI ASESORA DRA. BROWN

Por su ayuda para ver terminada esta tesis.

INDICE

MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACION	14
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
HIPOTESIS	17
PLAN DE ANALISIS	17
METODOLOGIA	18
TIPO DE ESTUDIO	18
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	18
TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
CRITERIOS DE INCLUSION	19
CRITERIOS DE NO INCLUSION	20
CRITERIOS DE ELIMINACION	21
DEFINICION DE VARIABLES	22
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	24
INSTRUMENTO DE RECOLECCION	26
RECURSOS HUMANOS Y FISICOS	27
FINANCIAMIENTO	27
RESULTADOS	28
CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION	29
PREVALENCIA DE DEPRESION	30
DEPRESION LEVE	32
DEPRESION MODERADA	33
DEPRESION SEVERA	34
DISCUSION	35
CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS	38
ANEXOS	42
CRONOGRAMA	49
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	50

RESUMEN

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES USUARIOS DEL IMSS, EN HUIMANGUILLO, TABASCO.

Garmendia Machuca Martin^{1, 2}; Bronw Gómez Ivonne²; Posada Arévalo Sergio Eduardo².

(1)Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; (2) Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión entre los pacientes adolescentes que acuden a la consulta de medicina familiar e identificar los factores que con mayor fuerza la predisponen.

MATERIAL Y METODOS: Diseño observacional, prospectivo, transversal, descriptivo. Universo 293 adolescentes adscritos al consultorio 2, turno vespertino, de la UMF No. 23, Huimanguillo, Tab.; muestra con error máximo aceptable 5%, nivel de confianza 95%, 114 adolescentes que acudieron a la consulta externa de medicina familiar. Previo consentimiento informado se les aplicó el inventario para depresión formulado por Beck, una ficha de identificación y un cuestionario con variables universales. Se aplicaron los criterios de selección en base a los datos de la ficha de identificación, excluyéndose 2 casos que cumplieron los criterios de eliminación. Se obtuvieron estadísticas descriptivas: tasas x 100, proporciones, razones, prueba z para diferencia entre proporciones.

RESULTADOS: Las edades oscilaron entre 14 y 19 años de edad; del total de la muestra estudiada (112 adolescentes) 65 pacientes presentaron depresión (58.03%), predominando en el sexo femenino 39 casos (60.0%); en el sexo masculino fue de 26 casos (40.0%). La edad en que más se presentó la depresión fue en el grupo de 16 años de edad y fue del tipo leve con 49 casos (75.38%), en cuanto a la depresión moderada se encontraron 15 casos (23.07%) , solo se presentó un caso de depresión severa en una paciente adolescente del sexo femenino de 15 años de edad (1.53%)

CONCLUSIONES: La depresión es un padecimiento frecuente en la población adolescente, principalmente en el grupo de edad de 16 años, predominando en el sexo femenino, en relación al estado civil predominó en los solteros y en los factores predisponentes en primer lugar están los problemas familiares, En segundo lugar los problemas en el noviazgo y en tercer lugar el ser hijo de padres divorciados.

Palabras claves: depresión, adolescente.

GLOSARIO

Depresión.....	Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de tristeza y baja autoestima.
Adolescencia.....	Periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad en el desarrollo humano.
Suicidio.....	Acto voluntario de atentar y quitarse la vida.
IDA de Beck.....	Instrumento para medir depresión.

MARCO TEORICO

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas al igual que la alegría y el placer. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un momento determinado de la vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad que se conoce como depresión. Esta enfermedad afecta a aproximadamente el 15% de los españoles es la segunda causa de discapacidad. Elkin y cols., refieren una prevalencia anual del 10% y durante toda la vida (la posibilidad de que cualquier individuo presente un episodio depresivo) de 25% para las mujeres y de 15% para los varones; menciona de igual manera que la incidencia de depresión es aún más alta en los pacientes que acuden al primer nivel de atención¹.

Depresión según el Código Internacional de Enfermedades (CIE F32), se define como episodios tanto leves, moderados o graves, en que el paciente sufre decaimiento del ánimo (disminución del ímpetu, en cuanto es la actividad humana) con reducción de energía (potencia activa de un organismo, fuerza de voluntad, empeño, vigor en la actividad diaria) y disminución de la actividad de disfrutar, el interés, concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado,

disminuye el apetito y casi siempre decae la autoestima y la confianza en si mismo y a menudo aparecen ideas de culpa o de ser inútil incluso en las formas leves. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en ingles), cada año el 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedad depresiva, de los cuales los problemas depresivos más comunes son depresión mayor, distimia y desorden bipolar según la clasificación que realiza la Asociación Americana de Psiquiatría. Dentro de esta clasificación hay que tener en cuenta que existen variaciones dependiendo de la severidad, la cantidad de síntomas que se presentan o la persistencia del problema².

La depresión mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. La depresión suele ocurrir una vez, pero es una enfermedad que suele provocar recaídas a lo largo de la vida³.

La distimia es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida³.

El desorden bipolar es el tercer tipo, también se denomina enfermedad maniaco-depresiva. La prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores. Se caracteriza por cambios de humor. Estados de ánimo muy altos se ven

sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales.

En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo. En el ciclo maniaco, pueden sentirse hiperactivos, exclusivamente locuaz y con demasiada energía. A veces la manía afecta al pensamiento, el juicio y el comportamiento social del individuo⁴. Algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio⁵. 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 está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales⁶.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista y que se abruman fácilmente por el estrés, están

predisuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad⁷.

El primer paso para recibir un tratamiento adecuado para la depresión consiste en un examen médico. Si las causas físicas son descartadas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o referir al paciente a un Psiquiatra o Psicólogo. La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos⁸.

La mayoría de las personas experimentan gran diversidad de estados de ánimo en un periodo dado que puede ser de horas o semanas. Los individuos que padecen trastornos depresivos experimentan tristeza persistente y otros síntomas que dan lugar a pensamientos pesimistas y afectados, lo que a su vez los lleva a tomar malas decisiones y empeorar las circunstancias de su vida. Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los pacientes afectados. Los síntomas claves incluyen modificaciones del sueño, peso, apetito, estado de ánimo deprimido y pensamientos pesimistas. Los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y sociales, pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas y siempre es necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión antes de diagnosticarlos de manera conclusiva. Las variantes de los trastornos depresivos incluyen formas menores, agudas o crónicas. La psicoterapia y los medicamentos constituyen un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos⁸.

Probablemente el mayor riesgo para desarrollar una depresión en la tercera edad es el hecho de haber tenido episodios previos en el paciente joven.

En ocasiones la depresión puede haber estado silenciosa durante años para golpear de nuevo en la vejez⁹.

Al cuidar de pacientes con trastornos depresivos también surgen aspectos delicados de tipo ético y legal principalmente en pacientes geriátricos¹⁰, sin duda alguna los trastornos psiquiátricos más frecuentes como la depresión y la angustia son padecimientos que el médico familiar enfrenta cotidianamente¹¹. Sin embargo un 50% de los médicos no muestra buena disposición en la atención de estos enfermos, incluso se llega a minimizar los signos y síntomas en la atención de los enfermos quizá por que la naturaleza de la enfermedad es incierta o confusa o bien los signos, síntomas y estudios de laboratorio o gabinete no aclaran con exactitud el cuadro clínico del paciente ansioso o deprimido¹³.

Además, el paciente deprimido con frecuencia tiende a magnificar los síntomas cuando padece conjuntamente enfermedades crónico degenerativas como diabetes mellitus, hipertensión arterial o algún tipo de cáncer, lo que condiciona mayor incapacidad física; habitualmente el enfermo tiene poco apego al tratamiento¹⁴. Algunos factores atribuibles al enfermo, al médico o inherentes del padecimiento dificultan la integración del diagnóstico por lo que aún en la actualidad la depresión es un padecimiento subdiagnosticado. Los síntomas que relata el enfermo con mayor énfasis son: dolor, pérdida de peso, alteraciones en el

sueño, el apetito o la libido; estos pacientes en ocasiones no reportan alteraciones del afecto porque no lo consideran importante, pero cuando se les interroga directamente describen profusamente todos sus síntomas. A veces se documenta con claridad una afección orgánica pero esto no necesariamente excluye que además curse con un trastorno depresivo. Existen síntomas tanto en el área cognoscitiva como vegetativa, tales como la incapacidad para concentrarse, ideas autodevaluativas, de culpa, de muerte, pensamientos suicidas, pérdida del apetito, pérdida de peso, pérdida o disminución de la libido, insomnio y fatiga¹⁵.

En el adolescente las conductas que sugieren depresión son: la desobediencia, bajo rendimiento escolar, uso de alcohol y drogas, las fugas de casa y promiscuidad sexual. Cabe mencionar que la génesis de los síntomas depresivos durante la adolescencia son multifactoriales, pero frecuentemente se producen como consecuencia de cambios o pérdidas personales por ejemplo: disfunciones familiares, rupturas familiares, ruptura con un novio(a), cambios de domicilio, de escuela, embarazo. No olvidar una valoración de riesgo a través de ideas suicidas ante la sospecha de una depresión. El 60% de los suicidios están relacionados con depresión¹⁶.

El anciano habitualmente presenta alteraciones del sueño, múltiples síntomas somáticos y disminución del apetito. Aunque la depresión en ocasiones puede comenzar de forma espontánea, con cierta frecuencia es desencadenada por algún acontecimiento infeliz como puede ser un duelo. Sin embargo tales sucesos afectan a casi todos los ancianos en algún momento y sin embargo, no todas las

personas mayores se deprimen. Lo cierto es que, algunas personas mayores poseen un mayor riesgo que otras. Por ejemplo, las mujeres parecen ser más vulnerables a la depresión que los hombres, pero nadie sabe realmente porqué. A diferencia de lo que ocurre en la depresión del adulto joven, el papel de los genes es mucho menor en la depresión de las personas mayores¹⁷.

La depresión y sus diversas formas de presentación clínicas es la entidad psiquiátrica que más se observa en el primer nivel de atención médica. A pesar de su alta prevalencia, los médicos no la diagnostican en el 50% de los casos, es frecuente en enfermedades médicas crónicas. Se relaciona con la sobre utilización de los servicios médicos, la amplificación de los síntomas, las alteraciones funcionales, la falta de cooperación de los pacientes y el aumento de la mortalidad y morbilidad. Como no es frecuente que la diagnostique el Médico General, se prolonga el sufrimiento del paciente y aumenta el riesgo de iatrogenia¹⁸.

La depresión produce un gran impacto en la sociedad tanto en el ámbito local como económico. Estudios realizados en los Estados Unidos de Norteamérica muestran que el 5-10% de la población experimenta un episodio depresivo mayor o distimia. La población más afectada es la comprendida entre los 18 y 44 años, de este grupo las mujeres jóvenes presentan casi dos veces más episodios depresivos que los hombres¹⁹.

En México se ha observado que es más frecuente en las mujeres con una razón de 2:1, con máxima incidencia en mujeres de 35 a 45 años de edad. La

prevalencia en la población general es de 6 % a lo largo de la vida; en varones es de 3.2 % y de 4 a 9% en las mujeres. En poblaciones de alto riesgo, como pacientes geriátricos la prevalencia es más alta: 8% para depresión mayor, 22% para trastornos distímicos y 6% para depresión atípica; por otra parte Caraveo y cols., registraron un 3.7% de personas con depresión a nivel nacional⁷. En las entidades federativas las tasas más elevadas de suicidio x 100,000 habitantes se han registrado en: Querétaro 23.5, Oaxaca 12.7, Aguascalientes 12.1, Sonora 11.8, Morelos 11.1, Campeche 9.0, Durango 8.8, Tabasco 8.7, Colima 8.6, y San Luís Potosí 8.5. Las entidades federativas con rango medio de suicidio x 100,000 habitantes son: Yucatán 6.9, Nayarit y Guerrero 6.8, Guanajuato 6.7, Quintana roo 6.6, y Sinaloa 6.4.²⁰

Hay diversos instrumentos para analizar la depresión dentro de los cuáles los mas usados son los Test de Hamilton, de Zung y el de Beck, este último de hace 35 años a la fecha se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para evaluar depresión dada su probada validez y confiabilidad tanto en adultos como en adolescentes.

El Inventario de Depresión en el Adolescente (IDA) de Beck, fue desarrollado en 1961 como una escala heteroaplicada para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo en cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al encuestado para que este contestara la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo con posterioridad su uso se ha generalizado como autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Comeche, Díaz y Vallejo. Su contenido se enfatiza más en el

componente cognitivo de la depresión, toda vez que los síntomas de esta representan el 50% de la puntuación total del cuestionario, el restante hace referencia a los síntomas emocionales, motivacionales y neurovegetativos. Este Test fue validado en México en adolescentes en el Hospital de Cardiología “Ignacio Chávez” en 1991.²²

En las últimas dos décadas la depresión en los niños y adolescentes se a considerado seriamente, Torres [1991] en un estudio de niños y adolescentes de 9-17 años de edad patrocinado por Instituto de Salud Mental de México, reporta que la ocurrencia de trastornos depresivos es de mas del 6% después de los 14 años de edad²³.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos afectivos y la depresión son los cuadros clínicos más frecuentes. Diversos estudios epidemiológicos describen una prevalencia anual para la depresión de 16% en la población general. Esta cifra aumenta casi hasta el doble si se considera que la población invariablemente consulta al Médico General y Familiar y no al Psiquiatra como debería ser.

Los médicos del primer nivel de atención consideran en ocasiones, que los problemas psicosociales no entran dentro de su campo profesional. Sin embargo se considera que el 25 al 75% de los pacientes acuden a la consulta por motivos psicosociales antes que problemas biomédicos. Los pacientes consultan por síntomas físicos que carecen de una causa orgánica que lo explique incluso luego de numerosos y costosos estudios diagnósticos, estos síntomas son frecuentemente manifestaciones de desordenes psiquiátricos potencialmente tratables particularmente depresión y ansiedad. Muchos motivos de consulta frecuentes como mareos, fatiga crónica, dolor lumbar son manifestaciones de la depresión.

La depresión grave puede desarrollarse a cualquier edad, pero es más frecuente en la adolescencia y en la segunda década de la vida, se trata de un tema muy importante por su relación con la incidencia de suicidios. El Médico de primer nivel no hace el diagnóstico en el 50–75% de los pacientes con depresión¹⁵.

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en los adolescentes de 14 – 19 años de edad que acuden a la consulta externa en el consultorio 2 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en Huimanguillo , Tabasco?

JUSTIFICACION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión varía de 15 –18% a nivel mundial. En México, Carabeo y cols., registraron un 3.7% de personas con depresión a nivel nacional, incluyendo a los adolescentes en los cuales cada día es mas frecuente⁷.

¿Qué explica esta situación?, por un lado la carencia de conocimientos del Médico del Primer Nivel para realizar un adecuado diagnóstico, que preguntas realizar, como evaluar esta información, y que criterios utilizar para el diagnóstico¹⁸.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 23 de Huimanguillo, Tabasco, no se ha realizado ningún estudio para medir la frecuencia de depresión en los adolescentes adscritos a esta unidad.

Internacionalmente la incidencia de suicidios es de 25 x 100,000 habitantes en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, países Europeos del Este y Japón, con un mínimo de 10 x 100,000 habitantes en España, Italia, Irlanda, Egipto y Países bajos. En Estados Unidos de Norteamérica la tasa actual es de 12.5 x 100,000

habitantes, se considera como la octava causa general de muerte en este país (OMS).

En México la incidencia de suicidios se ha incrementado. En el 2002 se reportó una tasa de 7.40 x 100,000 habitantes, pasando en el 2005 a una tasa de 8.55 x 100,000 habitantes.

En el estado de Tabasco la tendencia al suicidio se a incrementado, en el año 2002 la tasa fue de 8.70 x 100,000 habitantes y en el año 2005 paso a 10.4 x 100,000 habitantes.

En nuestro país las muertes por suicidio en adolescentes por lo menos se a duplicado en los últimos 30 años, estas son invariablemente originadas por una depresión severa la cual no fue diagnosticada y tratada oportunamente, por lo cual el interés de este trabajo es valorar la prevalencia de la depresión, esto nos motivó a realizar la presente investigación, ya que así estaremos en condiciones de elaborar programas para atender las necesidades de los adolescentes que disminuyan e incluso detengan esta fatalidad²⁰.

Por lo antes referido el Médico familiar en el primer nivel de atención debe conocer ampliamente la depresión y su diagnóstico con instrumentos ya validados en México como lo es el Inventario de Depresión en el Adolescente (IDA) de Beck, para así estar en condiciones de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno y por consecuencia evitar la mortalidad por suicidio²².

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de depresión y los factores de riesgo significativos entre los adolescentes de 14 a 19 años de edad que acuden a la consulta externa en el periodo del 1ro de marzo al 31 de agosto del 2006, en el consultorio 2 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en Huimanguillo, Tabasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Conocer la prevalencia de depresión en la población adolescente en la UMF No. 23 utilizando el Inventario de Depresión en el Adolescente (IDA) de Beck.
- B. Conocer las características epidemiológicas de la población en la que se presenta la depresión.
- C. Identificar factores que se asocian con mayor frecuencia a la depresión.

HIPÓTESIS

No se plantea dado que el presente trabajo es un estudio epidemiológico de diseño descriptivo.

PLAN DE ANÁLISIS

La prevalencia de depresión en la población de estudio se estimará mediante tasa $\times 100$ adolescentes. La frecuencia de las características epidemiológicas observadas entre los pacientes que presenten depresión en algún grado, se medirán y expresarán en términos de proporciones y razones. Empleando prueba z , calculada con el paquete estadístico de distribución gratuita STATS[®], se establecerá la significancia de la diferencia entre las proporciones medidas. Todas las mediciones y pruebas estadísticas serán realizadas con 95% de confianza.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Se realizo un estudio epidemiológico, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El consultorio No. 2 de medicina familiar del turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 23 de Huimanguillo, Tabasco del Instituto Mexicano Del Seguro Social, cuenta con 610 familias adscritas, con un total de 1,934 derechohabientes, de los cuales 293 son adolescentes de 10–19 años de edad, de estos se estudiaron 114 adolescentes de 14 a 19 años de edad, en el periodo comprendido del 1ro de marzo al 31 de agosto del 2006.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se calculó con el paquete estadístico de distribución gratuita STATS® con un error máximo aceptable de 5%, un porcentaje estimado de la muestra de 10-90%, y un nivel deseado de confianza de 95%, resultando de un universo de 293 adolescentes, una muestra estadísticamente significativa de 114 pacientes. Se estudiaron todos los adolescentes de 14-19 años de edad que acudieron a la consulta externa adscritos al consultorio 2, turno vespertino de la UMF No. 23, a los cuales se les aplicó el Inventario de Depresión en la Adolescencia (IDA) de Beck.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Adolescentes de 14 a 19 años de edad de ambos sexos que acudieron a la consulta externa, adscritos al consultorio 2, turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 23 de Huimanguillo, Tabasco.
- 2) Que no tengan problemas de retraso mental ó impedimento físico (parálisis cerebral, que padezcan crisis convulsivas, malformación congénita, secuelas de poliomielitis etc.).
- 3) Sin enfermedad crónica degenerativa (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía e insuficiencia renal).
- 4) Que no estén bajo tratamiento psiquiátrico (se revisará el expediente clínico y los que estén en tratamiento por la especialidad de psiquiatría no serán incluidos).

- 5) Adolescentes menores de 18 años de edad (se les requisitará la carta de consentimiento informado para participación en proyectos de investigación clínica con autorización de los padres o tutor); a quienes cumplieron con este requisito se les incluyo en el presente estudio.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1) Adolescentes de 14–19 años de edad que no sean del consultorio 2 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No 23 de Huimanguillo, Tab.
- 2) Adolescentes con retraso mental o impedimento físico.
- 3) Adolescentes con enfermedad crónica degenerativa.
- 4) Adolescentes que estén bajo tratamiento psiquiátrico.
- 5) Adolescentes menores de 18 años de edad a los cuáles el padre/tutor no firme la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) Los adolescentes de 14 a 19 años de edad que contestaron incompleto el Inventario de Depresión en el Adolescente.
- 2) Los adolescentes de 14 a 19 años de edad cuyas respuestas no estén en la escala.

VARIABLES EN ESTUDIO

Independientes: edad, sexo, escolaridad, religión, ocupación y estado civil.

Dependiente: depresión.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Independientes

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional
Edad	Cuantitativa	Número de años cumplidos al momento de responder la encuesta; discretos.	Interrogatorio directo al paciente.
Estado civil	Cualitativa	Estado de unión marital al momento de responder la encuesta. Soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a), unión libre.	Interrogatorio directo al paciente.
Escolaridad	Cualitativa	Nivel de escolaridad referido al momento de responder la encuesta. Primaria, secundaria. Preparatoria, profesional/carrera técnica; nivel completo o incompleto.	Interrogatorio directo al paciente.

Ocupación	Cualitativa	Ocupación habitual del paciente referido al momento de la encuesta. Ama de casa, trabajador(a), estudiante.	Interrogatorio directo al paciente.
Religión	Cualitativa	Grupo religioso al cual pertenece el (la) paciente. Católica, adventista, mormón, testigo de Jehová, otros.	Interrogatorio directo al paciente.

Dependiente

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional
Depresión	Cuantitativa	Estado de ánimo caracterizado por sentimiento de tristeza, pérdida de la alegría, y baja autoestima.	Calificación de 72-200 puntos obtenidos en el IDA de Beck.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

De un universo de 293 pacientes, se integró una muestra con un nivel de confianza de 95 % y un margen máximo de error aceptable de 5 %, resultando 114 adolescentes, a los cuales previa firma de consentimiento informado (del padre/tutor en caso de ser menor de 18 años) se les aplicó el Inventario para Depresión en la Adolescencia (IDA) formulado por Beck (*ver anexo 1*) y una ficha de identificación con variables universales (*ver anexo 2*), se excluyeron los que respondieron los formularios de manera incompleta o fuera de la escala, siendo 112 las encuestas cuyos datos fueron sometidos a análisis.

Se estimó la prevalencia de depresión x 100 adolescentes, se estratificó esta en leve, moderada o severa, y se obtuvieron para cada caso las proporciones de las características epidemiológicas estudiadas presentes (edad, sexo, escolaridad,

religión, estado civil y ocupación); adicionalmente se estimó *valor z* para identificar la presencia de diferencia significativa entre las proporciones calculadas.

Para valorar la presencia de depresión, se consideró la presencia de los siguientes síntomas:

- 1) Cognitivos: baja autoestima, indecisión, autocrítica e ideas suicidas.
- 2) Emocionales: periodos de llanto, pérdida de la alegría y desinterés.
- 3) Motivacionales: deseos de evitación, sentimientos de culpa y pérdida de energía.
- 4) Neurovegetativos: pérdida del apetito, insomnio y fatiga.

La puntuación obtenida fluctúa de cuarenta a doscientos puntos, donde las puntuaciones se pueden situar en los siguientes rangos:

Puntuación	Rangos
40 - 71	Sin depresión
72 - 103	Depresión leve
104 – 135	Depresión moderada
136 – 167	Depresión severa
168 – 200	Depresión clínicamente significativa

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

El Inventario de Depresión en el Adolescente (IDA) consta de 40 reactivos, el cuál incluye las cuatro categorías establecidas por Beck (*ver anexo 1*)²².

La escala de las respuestas es de tipo Licker, cuya puntuación va del uno al cinco, en donde: 1=Nunca, 2=Raras veces, 3=Algunas veces, 4= Frecuentemente, y 5=Siempre.

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS en Huimanguillo, Tabasco, con los adolescentes adscritos al consultorio núm. 2 del turno vespertino que cumplieron con los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó una auto evaluación con el Inventario de Depresión en la Adolescencia (IDA) de Beck y una ficha de identificación, la cual fue supervisada por el propio investigador.

FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue financiado por el investigador y por el IMSS.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Se encuestaron 114 adolescentes, de los cuales se excluyeron 2 que respondieron el IDA de forma incompleta. Se estudiaron 112 adolescentes de 14 a 19 años de edad. La población se distribuyó de la siguiente manera: por sexo: 64 (57.15%) fueron mujeres y 48 (42.85%) fueron hombres; por edad: 1 de 14 años (0.9%), 18 en el grupo de 15 años (16%), 42 en el grupo de 16 años (37.5%), 20 en el grupo de 17 años (17.9%), 17 en el grupo de 18 años (15.2%) y 14 en el grupo de 19 años 14 (12.5%); por escolaridad se encontraron 7 con primaria completa (6.3%), 23 con primaria incompleta (20.5%), 7 secundaria completa (6.3%), 3 preparatoria completa (2.7%), 65 con preparatoria incompleta (58%), 3 con profesional o técnica completa (2.7%) y 4 con profesional o técnica incompleta (3.5%); la frecuencia del estado civil fue 6 casados (5.4%) y 106 solteros (94.6%); en cuanto a ocupación 9 fueron ama de casa (8.0%), 11 empleados (10%), 90 estudiantes (80%) y 2 obreros (2%); y por religión 11 adventistas (9.8%), 74 católicos (66.1%), 1 mormón (0.9%), 24 de otras religiones (21.4%) y 2 testigos de Jehová (1.8%). *Ver tabla I.*

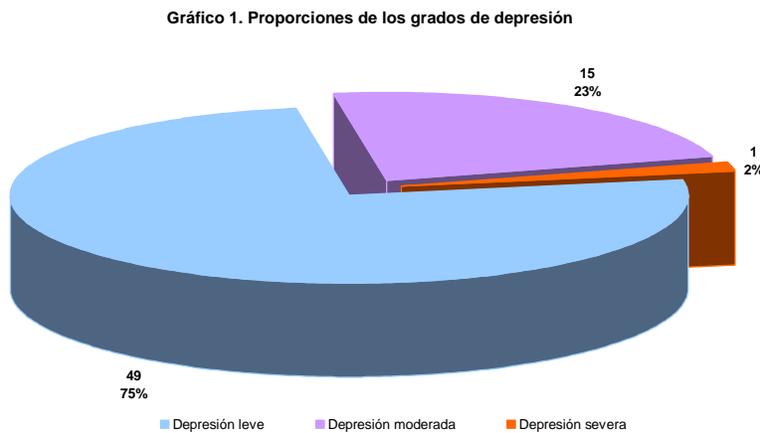
Tabla I. Características epidemiológicas de la población		
Característica	Frecuencia	Proporción
Sexo		
Masculino	48	57.15%
Femenino	64	42.85%
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>100.00%</i>
Edad		
14 años	1	0.90%
15 años	18	16.00%
16 años	42	37.50%
17 años	20	17.90%
18 años	17	15.20%
19 años	14	12.50%
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>100.00%</i>
Escolaridad		
Primaria completa	7	6.30%
Primaria incompleta	23	20.50%
Secundaria completa	7	6.30%
Secundaria incompleta	0	0
Preparatoria completa	3	2.70%
Preparatoria incompleta	65	58%
Profesional/Técnico completa	3	2.70%
Profesional/Técnico incompleta	4	3.50%
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>100.00%</i>
Estado civil		
Casado	6	5.40%
Soltero	106	94.60%
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>100.00%</i>
Ocupación		
Ama de casa	9	8.00%
Empleado	11	10%
Estudiante	90	80.00%
Obrero	2	2%
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>100.00%</i>
Religión		
Adventista	11	9.80%
Católico	74	66.10%
Mormón	1	0.90%
Testigo de Jehová	2	1.80%
Otras religiones	24	21.40%
<i>Total</i>	<i>112</i>	<i>100.00%</i>

Fuente: Ficha de identificación

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN

La prevalencia de depresión fue 58 x 100 adolescentes (65 casos). Los casos estuvieron distribuidos de la siguiente forma 75% depresión leve (49 casos), 23% depresión moderada (15 casos) y 2% de depresión severa (1 caso)

[Ver gráfico 1].



Fuente: Inventario de Depresión en la Adolescencia de Beck

Se establecieron las proporciones de las características epidemiológicas estudiadas entre los pacientes con y sin depresión, se estableció valor z para determinar la existencia de significancia estadística entre las diferencias de proporciones. Género: 26 masculinos (40%) y 39 femeninos (60%), sin diferencia significativa, valor $z=1.61$, probabilidad de diferencia significativa 89.31% ($p>0.05$). La edad se estratificó en dos grupos: <16 años 39 casos (60%) y >16 años 26 casos (40%), sin diferencia significativa, valor $z=1.61$, probabilidad de diferencia significativa 89.31% ($p>0.05$). La escolaridad se agrupó en completa 9 casos (13%) e incompleta 56 casos (82%), sin distinción de grado académico, con diferencia significativa, valor $z=5.59$, probabilidad de diferencia significativa

99.99%. El estado civil se agrupó en unidos 3 casos (4.6%) y no unidos 62 casos (95.4%), con diferencia significativa, valor $z=7.33$, probabilidad de diferencia significativa 99.99%. Religión; católicos 45 casos (69%) y no católicos 20 casos (31%), con diferencia significativa, valor $z=3.05$, probabilidad de diferencia significativa 99.99%. Ocupación se agrupó en adolescentes asalariados 7 casos (11%) y no asalariados 58 casos (89%), con diferencia significativa, valor $z=6.23$, probabilidad de diferencia significativa 99.99%. Ver tabla II.

Tabla II. Diferencias entre proporciones de las características epidemiológicas de los pacientes con depresión						
Masculino		Femenino		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
26	40%	39	60%	1.61	0.1179	NO
Menores de 16 años		Mayores de 16 años		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
39	60%	26	40%	1.61	0.1179	NO
Escolaridad completa		Escolaridad incompleta		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
9	13%	56	82%	5.59	0.00001	SI
Unidos		No unidos		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
3	5%	62	85%	7.33	0.0001	SI
Católicos		No católicos		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
45	69%	20	31%	3.05	0.0001	SI
Asalariados		No asalariados		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
7	11%	58	89%	6.23	0.0001	SI

z =Valor z

p =Nivel de significancia

DEPRESIÓN LEVE

Las características de la población que presentó depresión leve fueron las siguientes. Sexo: femenino 28 casos (57%), masculino 21 casos (43%), sin diferencia significativa, valor $z=0.97$, probabilidad de diferencia significativa 67.27%. Edad: menores de 16 años 28 casos (57%), mayores de 16 años 21 casos (43%), sin diferencia significativa, valor $z=0.97$, probabilidad de diferencia significativa 67.27%. Escolaridad incompleta 41 casos (83.6%), completa 8 casos (16.4%), con diferencia significativa, valor $z=4.69$, probabilidad de diferencia

significativa 99.99%. Estado civil: unidos 2 casos (4.1%), no unidos 47 casos (95.9%), con diferencia significativa, valor $z=6.41$, probabilidad de diferencia significativa 99.99%. Religión católica 34 casos (69.4%), no católicos 15 casos (30.6%), con diferencia significativa, valor $z=2.71$, probabilidad de diferencia significativa 99.34%. Ocupación: adolescentes asalariados 5 casos (10.2%), no asalariados 44 casos (89.8%), con diferencia significativa, valor $z=5.57$, probabilidad de diferencia significativa 99.99%. Ver tabla III.

Tabla III. Diferencias entre proporciones de las características epidemiológicas de los pacientes con depresión leve						
<i>Masculino</i>		<i>Femenino</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Diferencia significativa</i>
<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>			
21	43%	28	57%	0.97	0.3273	NO
<i>Menores de 16 años</i>		<i>Mayores de 16 años</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Diferencia significativa</i>
<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>			
28	57%	21	43%	0.97	0.3273	NO
<i>Escolaridad completa</i>		<i>Escolaridad incompleta</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Diferencia significativa</i>
<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>			
8	16.4%	41	83.6%	4.69	0.00001	SI
<i>Unidos</i>		<i>No unidos</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Diferencia significativa</i>
<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>			
2	4.1%	47	95.9%	6.41	0.0001	SI
<i>Católicos</i>		<i>No católicos</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Diferencia significativa</i>
<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>			
34	69.4%	15	30.6%	2.71	0.0001	SI
<i>Asalariados</i>		<i>No asalariados</i>		<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Diferencia significativa</i>
<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Proporción</i>			
5	10.2%	44	89.8%	6.23	0.0001	SI

z =Valor z

p =Nivel de significancia

DEPRESIÓN MODERADA

Las características de la población que presentó depresión moderada fueron las siguientes. Sexo: femenino 10 casos (66.7%), masculino 5 casos (33.3%), sin diferencia significativa, valor $z=1.29$, probabilidad de diferencia significativa 80.43%. Edad: menores de 16 años 10 casos (66.7%), mayores de 16 años 5 casos (33.3%), sin diferencia significativa, valor $z=1.29$, probabilidad de diferencia significativa 80.43%. Escolaridad incompleta 14 casos (93.3%), completa 1 caso (6.7%), con diferencia significativa, valor $z=3.34$, probabilidad de diferencia significativa 99.92%. Estado civil: unidos 1 caso (6.7%), 14 casos (93.3%), sin diferencia significativa, valor $z=3.34$, probabilidad de diferencia significativa 99.92%. Religión católica 10 casos (66.7%), no católicos 5 casos (33.3%), sin diferencia significativa, valor $z=1.29$, probabilidad de diferencia significativa 80.43%. Ocupación: adolescentes asalariados 2 casos (13.3%), no asalariados 13 casos (86.7%), sin diferencia significativa, valor $z=2.84$, probabilidad de diferencia significativa 99.56%. Ver tabla IV.

Tabla IV. Diferencias entre proporciones de las características epidemiológicas de los pacientes con depresión moderada						
Masculino		Femenino		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
5	33.3%	10	66.7%	1.29	0.1957	NO
Menores de 16 años		Mayores de 16 años		z	P	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
10	66.7%	5	33.3%	1.29	0.1957	NO
Escolaridad completa		Escolaridad incompleta		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
1	6.7%	14	93.3%	3.34	0.00018	SI
Unidos		No unidos		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
1	6.7%	14	93.3%	3.34	0.0018	SI
Católicos		No católicos		z	p	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			
10	66.7%	5	33.3%	1.29	0.1957	SI
Asalariados		No asalariados		z	P	Diferencia significativa
Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción			

2	13.3%	13	86.7%	2.84	0.0014	SI
---	-------	----	-------	------	--------	----

z=Valor z

p=Nivel de significancia

DEPRESIÓN SEVERA

Sólo hubo 1 caso de depresión severa: un paciente femenino de 15 años de edad, de escolaridad incompleta (nivel preparatoria), no unida, de religión católica, ocupación no asalariada.

DISCUSIÓN

La depresión en los adolescentes de 14-19 años población estudiada se presentó en el 58% muy por encima de los resultados referidos Byrne y Klerman quienes reportaron una prevalencia de más del 6% en niños y adolescentes de 9-17 años.^{19,23}

En cuanto a la depresión según el sexo las mujeres presentaron un 34.8%, menor a la descrita por Guadalupe Cantoral y Martha Méndez que reportan un 71%, mientras que en los varones nuestro estudio nos reporta un 23.2% comparado con un 54 % de dicho estudio.²⁴

En nuestro estudio la proporción de la depresión según el sexo fue de 1.5 - 1; estudios similares como el reportado por Bleichmar (1992) .²⁵, quien asegura que esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, de igual forma De la Gandara (1997) .³ y en México los estudios de Caraveo y cols. Que reportan una proporción de dos mujeres por un hombre.⁷

CONCLUSIONES

Sin duda alguna uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes es la depresión, entidad psiquiátrica que más se observa en el primer nivel de atención médica y que a pesar de su alta prevalencia los médicos de atención primaria en el 50 % de los casos no la diagnostican; por lo que sería conveniente que el médico familiar conociera y aplicara los instrumentos que miden esta entidad patológica para así ofrecer atención oportuna.

En México según estudios del INEGI la depresión severa se asocia como una condicionante al suicidio por lo que es importante que en el primer nivel de atención tengamos la capacidad de diagnosticar, tratar la depresión y canalizar a tiempo a este tipo de pacientes para evitar en algunos casos, situaciones trágicas cada vez más frecuentes en nuestro medio.

En muchas ocasiones los pacientes consultan por síntomas físicos que carecen de una causa orgánica que lo explique, incluso luego de numerosos y costosos estudios diagnósticos y pruebas terapéuticas; estos síntomas son frecuentemente manifestaciones de desordenes psiquiátricos potencialmente tratables particularmente la depresión, por lo cual considero que el Médico Familiar debe estar capacitado en la detección y manejo de la depresión para hacer un abordaje familiar y buscando disminuir los factores de riesgo relacionados con el entorno familiar que son los que ocupan el primer lugar como condicionante de depresión y disminuir la mortalidad por suicidio.

Los médicos de atención primaria consideramos en ocasiones, que los problemas psicosociales no entran en nuestro campo profesional. Sin embargo estudios realizados en consultorios de atención primaria muestran que el 25 al 75 % de los pacientes encuentran como causa precipitante de su consulta, motivos psicosociales antes que problemas biomédicos.

REFERENCIAS

1. Elkin D. Psiquiatría Clínica, Editorial Mc Graw Hill, Primera edición; 64 - 85. México 2000
2. Halabe J. Lifshitz A. López Barcena J. y cols. El internista, editorial Mc Graw Hill, Primera edición ,1997; 780-785
3. De la Gándara MJJ Manejo de depresión y ansiedad en atención primaria. Aten. Primaria 1997; 20 (7):389- 394.
4. Spitzer R, Williams JD, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing Mental Disorders in Primary Care.JAMA 1994; 272: 1749-1756.
5. Zung WWK, magil Met al. Recognition and Treatmant of Depression in a Family Medicine Practice. Journal Clínica Psychiatry, 1983; 44: 3-6
6. Wayne W. Daniel, bioestadística, editorial Noriega, tercera edición .1991: 459-500.
7. Caraveo A. J. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental 1982 ;5 (3)
8. De la Fuente R. La Patología Mental y su Terapéutica. Fondo de Cultura Económica. Primera edición 1997: 195-198.
9. McCrea D, Arnold E; Marchevsky B; Kaufinan BM. The prevalence of depression in geriatric medical outpatients. Age and Ageing 1994; 23: 465-467.
10. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus R, Brater DC et al. Improving treatment of late depression in primary care. J Am Geriatria. Soc. 1994; 42: 839-846.

11. Casal E, Vázquez E, Payanas R y Oréese C. Motivos de consulta en medicina Interna general. Revista del Hospital de Clínicas “José de San Martín” 1992; 6: 35- 40
12. Silver FW, Ruckle JL. Depression: management techniques in primary care. Post Med 1989, 85: 359-366.
13. Muñoz RF, Hollon SD, McGrath E et al. Qn the AHCPR depression in primary care guidelines. Am psychologist, 1994; 49: 42-61.
14. Lista A., Boussard M., Labarthe A. Y cols; La depresión en el escenario del médico general e internista; ed. Pfizer corporation s.a., primera edición, 2000: 1-78.
15. De Santillana HP., Alvarado ME. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en una unidad de primer nivel de atención médica. Rev. Med. IMSS, 1999; 37 (2): 111- 115.
16. Christi A., Patten CA, Choi WS, Vickers KS. Persistence of depressive symptoms in adolescents, Neuro psychopharmacology, 2001; 25 (56): 89 -91
17. Reyes OM, Soto HL, Milla KG. Actualización de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES – D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. Rev. Med. Salud Mental, 2003; 26 (1): 59 -68.
18. Medina ME, Borges G. Lara MC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México. Rev. Med. Salud Mental, 2003; 26 (4): 01 – 15.
19. Byrne A, Byrne DG .The effect of exercise on depresión, anxiety and other status: a review. J Psychosom Res 1993; 37: 565 – 574.
20. INEGI Estadística de de suicidios consumados Cuaderno N° 7. Edición 2004

21. Procuraduría General de Justicia del estado de Tabasco, causas de suicidio enero – mayo 2006.
22. Torres CM, Hernández ME, Ortega SA. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en el Hospital de cardiología “Ignacio Chávez “. Salud Mental ,1991; 14: 1 – 6.
23. Klerman GL, Weissman M. Increasing rates of depression. Journal of the American Medical Association ,1989;261:2229 -35
24. Cantoral G., Méndez MV., Nazar A. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de Género 2002. <http://www.ecosur.mx>
25. Bleichmar D. La depresión en la mujer. Ediciones Temas de hoy. Madrid España 1991.

ANEXOS

ANEXO 1. IDA DE BECK

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES (IDA) DE BECK

Hoja de instrucciones:

El presente inventario tiene como objetivo detectar niveles de depresión en adolescentes.

A continuación se presentan una serie de 40 enunciados que de alguna forma expresan sentimientos. Lee con mucho cuidado cada uno de estos enunciados y en la hoja de respuestas marca con una (x) el número que mejor describa lo que piensas o sientes, de acuerdo a la siguiente categoría de respuestas.

Con el numero 1 si lo que ahí se expresa nunca lo has sentido o pensado.

Con el numero 2 si lo que ahí se expresa raras veces lo has sentido o pensado.

Con el numero 3 si lo que ahí se expresa algunas veces lo has sentido o pensado.

Con el numero 4 si lo que ahí se expresa frecuentemente lo has sentido o pensado.

Con el numero 5 si lo que ahí se expresa siempre lo has sentido o pensado.

INSTRUCCIONES: Marca con una X el numero de lo que mas se acerque a lo que sientes o piensas,

1.- NUNCA

2.- RARAS VECES

3.- ALGUNAS VECES

4.- FRECUENTEMENTE

5.- SIEMPRE

1.- Me siento triste la mayor parte del tiempo.

(1) (2) (3) (4) (5)

2.- Cuando hay problemas en casa, pienso que son por mi culpa.

(1) (2) (3) (4) (5)

3.-Me gusta estar solo (a).

(1) (2) (3) (4) (5)

4.- No me dan ganas de comer.

(1) (2) (3) (4) (5)

5.- Me desespero fácilmente.

(1) (2) (3) (4) (5)

6.- No hago lo que me dicen

(1) (2) (3) (4) (5)

7.-Siento que nadie me quiere.

(1) (2) (3) (4) (5)

8.- Pienso que lo mejor seria morirme

(1) (2) (3) (4) (5)

9.- Durante las noches me despierto sin ningún motivo.

(1) (2) (3) (4) (5)

10.- Me enojo por cualquier causa.

(1) (2) (3) (4) (5)

11.- Tengo problemas con los trabajos escolares.

(1) (2) (3) (4) (5)

12.- Pienso que lo mejor seria desaparecer para que mis Papas ya no tengan problemas

(1) (2) (3) (4) (5)

13.- Creo que estoy comiendo demasiado.

(1) (2) (3) (4) (5)

14.- Me siento solo (a).

(1) (2) (3) (4) (5)

15.- Siento que las cosas malas que suceden son por mi culpa.

(1) (2) (3) (4) (5)

16.- Me distraigo en mis clases escolares.

(1) (2) (3) (4) (5)

17.- Siento que últimamente he subido de peso.

(1) (2) (3) (4) (5)

18.- No tengo interés por nada.

(1) (2) (3) (4) (5)

19.- Me dan ganas de llorar.

(1) (2) (3) (4) (5)

20.- Pienso que soy muy feo (a).

(1) (2) (3) (4) (5)

21.- He pensado que la vida no vale la pena, porque sufro mucho.

(1) (2) (3) (4) (5)

22.- Cuando me enojo termino llorando.

(1) (2) (3) (4) (5)

23.- Me cuesta trabajo levantarme de la cama.

(1) (2) (3) (4) (5)

24.- Me disgusta ir a la escuela.

(1) (2) (3) (4) (5)

25.- Siento que nadie se preocupa por mí.

(1) (2) (3) (4) (5)

26.- Siento que últimamente he bajado de peso.

(1) (2) (3) (4) (5)

27.- Cuando alguien se enoja conmigo, me siento triste.

(1) (2) (3) (4) (5)

28.- Pienso que los demás no me comprenden y me rechazan.

(1) (2) (3) (4) (5)

29.- Siento que me aburro.

(1) (2) (3) (4) (5)

30.- No me llevo bien con la gente.

(1) (2) (3) (4) (5)

31.- Me disgusta tener problemas con mis hermanos o con mis papas.

(1) (2) (3) (4) (5)

32.- Todo me sale mal.

(1) (2) (3) (4) (5)

33.- Me imagino que estoy muerto (a).

(1) (2) (3) (4) (5)

34.- Me siento triste y desdichado.

(1) (2) (3) (4) (5)

35.- Me siento culpable por todo lo que les sucede a mis amigos (as).

(1) (2) (3) (4) (5)

36.- Siento que a los demás les caigo mal.

(1) (2) (3) (4) (5)

37.- Creo que no valgo nada.

(1) (2) (3) (4) (5)

38.- Siento que a la gente no le intereso.

(1) (2) (3) (4) (5)

39.- Me avergüenzo de mi mismo (a).

(1) (2) (3) (4) (5)

40.- Siento odio por mi mismo (a).

(1) (2) (3) (4) (5)

ANEXO 2. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD: _____

SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

RELIGION: _____

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____

FICHA DE EXPLORACION DEL ENTORNO FAMILIAR Y FACTORES DE RIESGO

Además se realizaran las siguientes preguntas, marque solo una de las opciones.

a).-Hay problemas familiares SI _____ NO _____

B).-Es hijo de padres casados SI _____ NO _____

C).-Es hijo de padres divorciados SI _____ NO _____

D).-Hay problemas en el noviazgo SI _____ NO _____

E).-Hay embarazo SI _____ NO _____

E).-Hay problemas escolares SI _____ NO _____

F).-Hay problemas económicos SI _____ NO _____

G).-Cambio de domicilio recientemente SI _____ NO _____

ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA

Huimanguillo, Tab. A _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Prevalencia de la depresión en los adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar No 23 del IMSS en Huimanguillo, Tabasco.

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número _____.

El objetivo de este estudio es : Investigar la Prevalencia de la Depresión en los adolescentes de 15-19 años de edad, adscritos al consultorio 3, turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No 23 del IMSS en Huimanguillo, Tabasco .

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Utilizar el Inventario de Depresión en la Adolescencia (IDA) de Beck.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma del
investigador principal

Nombre y firma del padre o tutor

Testigo