



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HERMOSILLO. SONORA**

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA  
ESCUELA PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA”**

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

**PRESENTA:**

**DRA. ROCIO LARA LOPEZ**

**HERMOSILLO, SONORA 2008**

---



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 DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA  
ESCUELA PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA**

**TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIDAD EN:  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. ROCIO LARA LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES:**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

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

---

**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.**

---

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

---

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE LA  
ESCUELA PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA**

**PRESENTA:**

**DRA. ROCIO LARA LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES:**

**DR. JOSE RUBÉN VÉLEZ MARTÍNEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS.**

---

**PROFR. JOSE MIGUEL NORZAGARAY MENDIVIL  
ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS.**

---

**DR. RÚBEN VÉLEZ MARTÍNEZ  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

---

**DR EFRAÍN LAUTERIO GARCÍA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN**

---

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. MARCO TEORICO.....	2
1.1.Historia de la depresión.....	3
1.2. Definición de depresión. ....	4
1.3. Clasificación.....	5
1.4. Epidemiología.....	6
1.5. Diagnóstico.....	8
1.6. Tratamiento.....	11
1.7. Adolescencia.....	12
1.8. Definición.....	12
1.9. Clasificación.....	12
1.10.Cambios Psicoafectivos ....	12
1.11.Cambios Sociales.....	13
1.12.Identificación de preferencias sexuales.....	13
1.13.Autoestima.....	14
1.14. Comunicación con al familia.....	14
1.15. Medioambiente donde se desarrolla.....	16
1.16.Acciones del medico familiar.....	16
CAPITULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.	
2.1.Planteamiento del problema.....	18
2.2.Justificación.....	19
2.3.Objetivos.....	20
2.4.Tipo de estudio.....	20
2.5. Población lugar y tiempo. ....	20
2.6. Muestra.....	21
2.7. Criterios.....	22

2.7.1. Criterios de inclusión.....	22
2.7.2. Criterios de exclusión.....	22
2.7.3.Criterios de eliminación.....	22
2.8. Variables.....	23
2.9.Recolección de datos.....	24
2.10.Análisis de datos.....	25
2.11.Consideraciones éticas.....	26
2.12. Cronograma de trabajo.....	27
2.13. Resultados.....	28

### CAPITULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Discusión (análisis) de los resultados.....	36
3.2. Conclusiones y recomendaciones: .....	37
Referencias bibliografías.....	38
ANEXOS.....	41

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un serio problema de salud mental en los adolescentes; es más que un desorden del humor debido a que afecta múltiples áreas del funcionamiento personal, familiar, social, académico y frecuentemente persiste hasta la edad adulta.<sup>1</sup>

La depresión en adolescentes es un trastorno insidioso pasando muchas veces desapercibida sin recibir atención médica, debido a su confusión con otros trastornos, o entendiendo como una variación normal del estado de ánimo. Las causas de que no se identifiquen son el tipo de sintomatología y la naturaleza frecuentemente encubierta de los síntomas, la visión al final de la infancia y del inicio de la adolescencia como una época de cambios y alteraciones emocionales, la poca relación y la insuficiente comunicación entre adolescentes y adultos.<sup>2</sup> En la etapa de la adolescencia se presenta una serie de emociones e incertidumbres inherentes al proceso que implica el paso de la niñez a la edad adulta; en las que representan algunos de los cambios más profundos e importantes en la mayoría de las esferas de la existencia del individuo. Se considera a la adolescencia como un período de vida en el cual el individuo se encuentra en una fragilidad emocional y se considera a las conductas que presentan como propias y normales de esta fase, se asume que son estados pasajeros que desaparecen o se resuelven por sí solos. Contrariamente, los estudios que se han realizado muestran que en esta etapa es frecuente la presencia de diferentes trastornos del estado de ánimo, entre ellos la depresión. Los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo, por ello la importancia de diagnosticar y dar tratamiento a la depresión que se presenta en la infancia y adolescencia debido a las complicaciones que puede tener en la vida adulta.<sup>3,4</sup>



## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 HISTORIA

En los siglos V y VI A.C; la depresión es considerada como la historia de la melancolía que se caracterizaba por el conjunto de “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” al que se sumaba un ánimo triste. Fue Hipócrates, quien por primera vez describió de manera clínica y objetiva a la depresión con el término de melancolía para referirse al individuo deprimido cuyo origen lo atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra en el cerebro. En el siglo II D.C., Areteo de Capadocia sugirió que la depresión era causada por factores psicológicos y que poco tenía que ver con la bilis negra, manifestó la importancia de las relaciones interpersonales durante el curso del trastorno el cual desaparecía cuando sucedía un episodio motivante. En esta misma época Galeno desarrolló una teoría de salud mental basada en supuesto humores, esta teoría se mantuvo durante muchos siglos hasta la Edad Media. Con el Renacimiento, a la depresión se le dio un nuevo enfoque a sus causas, aunque todavía algunos investigadores sostenían que la melancolía era producida por situaciones demoníacas e influencias astrales como la estipulaba el filósofo Santo Tomas de Aquino. Por su parte Soranos de Ephesos señalaba como síntomas principales de la melancolía, la tristeza, los deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y jovialidad.

Con la Revolución científica los psiquiatras consideraron a la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos. Esta crítica se convierte en sistemática en el período Barroco, donde Robert Burton (1577-1640) realiza un aporte muy importante para la historia de la depresión. Plantea una etiología multifactorial, “reconociendo la existencia de factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales. Pinel (1745-1826), menciona como causa posibles de la melancolía los aspectos psicológicos (como el miedo los desengaños amorosos, la perdida de propiedades y dificultades familiares y las causas físicas (como la amenorrea y el puerperio),

además que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, induciendo en algunas ocasiones al suicidio.

En 1896, Kraepelin, en la línea de los psiquiatras franceses, enunció el concepto de locura maníaco-depresiva como una entidad nosológica independiente.

Según estos autores, hay cierta insatisfacción por el empleo del término depresión dado que presenta múltiples acepciones: “un estado de ánimo, un síndrome, un perfil caracterológico y una enfermedad”. Se plantea también una discusión sobre la distinción entre tristeza normal y depresión. Así, la síntesis de Kraepelin sobre los trastornos afectivos bajo el nombre de maníaco-depresivos, dio lugar a una gran variedad de diagnósticos. “La proliferación de categorías clínicas tiene como base las distinciones entre lo endógeno y lo reactivo, lo psicótico y lo neurótico, lo fisiológico y lo psicológico, y lo vital y lo personal”. En todas estas descripciones de mediados y finales del siglo XIX se encuentran múltiples referencias a expresiones como “reducción de la energía nerviosa”, “falta” de energía nerviosa, ineficacia o pereza de las formas de funcionamiento de los elementos nerviosos o simplemente “falta de fuerza”. Durante todo el siglo XIX, destaca Jackson, las hipótesis explicativas sobre el origen de la melancolía se basan en una combinación de factores hereditarios predisponentes, anemias cerebrales, irritaciones, deficiencias nutricionales cerebrales o agotamiento de la energía nerviosa, proponiendo diversas funciones nerviosas defectuosas y esquemas de las diversas deficiencias en las células nerviosas.<sup>5,6</sup>

## 1.2 DEFINICIÓN

La depresión de latín es depressus, que significa abatido, derribado; es un trastorno de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitoria o permanente. Se define como una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo en total; o como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad para experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras; se ven seriamente afectadas, además con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional que puede durar varias semanas o meses.<sup>7,8,6</sup>

### 1.3 CLASIFICACIÓN

La depresión se clasifica como primaria o secundaria según sea el trastorno principal o consecuencia de un problema médico; depresión mayor o distimia según si cumple con los criterios DSM-IV para el trastorno, endógena o exógena según la causa desencadenante.<sup>9</sup>

Las clasificaciones actuales (DMS-IV y CIE 10)

**Trastorno depresivo mayor** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para estudiar, comer, dormir, trabajar y disfrutar de actividades que antes eran recreativas.

**Trastorno depresivo distímico** es un tipo de depresión con menor gravedad, incluye síntomas crónicos es decir a largo plazo que no incapacitan tanto a la persona, pero sin embargo interfieren con la funcionalidad y el bienestar de la persona. Lo característico primordial de este trastorno es un estado de ánimo de forma crónico depresivo el cual se observa presente la mayor parte del día durante al menos 2 años

**Trastorno bipolar** en este su frecuencia es menor, como los otros trastornos depresivos. Lo que caracteriza al bipolar son los cambios cíclicos en el estado de ánimo: fase de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden suscitarse de manera dramática y rápida, pero con más frecuencia son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer uno, de varios síntomas o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando esta en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, tener una cantidad de energía y hablar excesivamente. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y al manera de hablar excesivamente.<sup>10,11</sup>

#### 1.4 EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo.

El Informe Mundial sobre la salud del 2001, refiere que la prevalencia de depresión en los hombres es del 1.9% y de las mujeres del 3.2% y se estima que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral, y la primera en países desarrollados convirtiéndose así en un problema de salud pública.<sup>12</sup>

Actualmente de acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS) 2003, 2005, se estima que existen aproximadamente 450 millones de personas de todo el mundo de haber sufrido algún tipo de trastorno mental, que les genera sufrimiento e incapacidad; y que aproximadamente 121 a 150 millones de ellos sufren depresión.<sup>13</sup>

Hoy en día se sabe que la depresión es algo muy habitual y afecta a uno de cada ocho adolescentes, sin distinción económica o edad. Ya que alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión; siendo las mujeres adolescentes las que presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión que los hombres.<sup>14</sup>

Siendo la depresión un padecimiento frecuente que puede presentarse en todos los grupos de edad; su mayor prevalencia se observa en jóvenes de 15 a 19 años de edad. Estudios internacionales indican que la depresión en adolescentes en Puerto Rico es de un 4.6%, en Nueva Zelanda 12.6%, Edmonton Canadá 8.6%, Korea 3.6%, Taiwán 1.1% y en México la prevalencia de trastornos depresivos es de 12%. Por lo que la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o en la etapa de adulto joven.<sup>9</sup>

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han convertido en un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, el 9.1 % de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 % en mujeres y 6.7 % en hombres, con una prevalencia del trastorno depresivo mayor del 3.3 % y de la distimia, con un 0.9 %.

De acuerdo con los resultados de encuestas de autoaplicación, la prevalencia de los adolescentes con síntomas depresivos es de 22.8% a 50.8%. En la mitad, la duración de un episodio depresivo se extiende a más de dos años; y el 26% se recupera a los tres meses; el 21% todavía es sintomático luego de un año y 14 % después de tres años.<sup>15</sup>

Por lo que la frecuencia de depresión en adolescentes es de 25.5 % pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso del alcohol, drogas, trastornos alimenticios o conductas de riesgo como promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad, o se acompaña de otros padecimientos orgánicos con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas.<sup>16</sup>

Por lo que constituye una prioridad la atención de la frecuencia de trastornos depresivos en la adolescencia, debido a el aumento que se genera en comparación con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se

correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en las niñas y niños es de 1:1; durante la adolescencia cambia hasta 2:1. algunos autores han descrito la adrenarquia (aumento de la liberación de andrógenos entre 6 y 8 años y que procede aproximadamente en 2 años los cambios que se producen en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y adolescencia. Otro tipo de variables como disfunción familiar, la baja autoestima la psicopatología en familias en primer y segundo grado, la comorbilidad con otros trastorno(trastornos adaptativos, trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta, abuso y dependencia de sustancias) así como el suicidio, se ha relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad.<sup>17</sup>

### 1.5. DIAGNÓSTICO

Es clínico basado en una historia clínica individual y los criterios diagnósticos que se pueden presentar en niños o adolescente con trastorno depresivo mental debe presentar una alteración del estado de ánimo (tristeza o irritabilidad) casi todos los días y durante al mayor parte del día, que afecte a sus sentimientos y conducta, o debe haber una pérdida de interés o placer para todas las actividades, casi todos los días y durante la mayor del día.

#### **Trastorno depresivo mayor**

Estado de ánimo triste, ansioso o vacío de manera persistente.

Sentimiento de pesimismo y desesperanza.

Sentimiento de inutilidad, culpa y desamparo

Pérdida de interés o placer en pensamiento y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.

Disminución de energía, fatiga, agotamiento.

Dificultad para concentrarse en temas, recordar y tomar decisiones.

Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.

Pérdida de apetito, peso o por lo contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.

Pensamientos de intento de suicidio.

Inquietud o irritabilidad.

Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, entre otros dolores crónicos.

### **Trastorno distímico**

Sentimientos de incompetencia.

Pérdida generalizada de interés.

Asilamiento social

Sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado

Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva

Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad

En general los niños y los adolescentes con un trastorno distímico están irritables inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas.

### **Trastorno bipolar**

Durante la fase depresiva se presenta:

Pérdida de su autoestima

Sentimiento de desesperanza o minusvalía

Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados  
Fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses  
Lentitud exagerada (inercia)  
Somnolencia diurna persistente  
Insomnio  
Problemas para poder concentrarse, fácil distracción por sucesos sin trascendencia  
Dificultad para tomar decisiones  
Pérdida de apetito  
Pérdida involuntaria de peso  
Pensamientos anormales sobre la muerte  
Pensamientos sobre el suicidio o intentos de suicidio  
Disminución del interés de las actividades diarias  
Disminución del placer producido por las actividades cotidianas

En fase maniaca se presenta  
Exaltación del estado de ánimo  
Aumento de las actividades orientadas hacia metas  
Ideas fugaces o pensamientos acelerados  
Alta o baja autoestima  
Menor necesidad de dormir  
Agitación  
Logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando)  
Incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos)  
Inquietud excesiva  
Aumento o disminución involuntaria de peso  
Bajo control del temperamento  
Patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema  
Aumento en la actividad dirigida en el plano social o sexual

Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas)

Creencias falsas (delirios)

Alucinaciones.<sup>18,19</sup>

Para la medición de depresión se han empleado diferentes de instrumentos para evaluar la depresión. Así como las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión, que son de frecuente utilización, en función a su fiabilidad, especificidad y eficiencia son las siguientes:

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).

Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage.

Otros cuestionarios útiles en Atención Primaria son:

Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde.

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Patient Health Questionnaire.<sup>20,21</sup>

La escala de Hamilton es un instrumento para la evaluación de la depresión, esta fue creada por Hamilton en 1960, es una escala de hetero evaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. La escala de Hamilton es un instrumento aplicado por un evaluador para cuantifica síntomas depresivos durante las dos últimas semanas. La versión utilizada consta de 17 ítems, los cuales dan puntajes que se encuentran entre 0 y 50 puntos. Se consideran como rangos normales puntuaciones entre 0 y 7 puntos; depresión leve, entre 8 y 15; y depresión moderada, de 16 a 24 puntos y severa de 25 o más puntos. La validez y confianza del instrumento ha sido mostrada en varios estudios. Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general.<sup>22,23</sup>

## 1.6. TRATAMIENTO

El manejo de la depresión debe incluir un abordaje integral desde una perspectiva biopsicosocial, dividiendo el tratamiento en intervenciones biológicas o somáticas y psicosocial.

Entre los biológicos el tratamiento es farmacológico representados por los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, amitriptilina, los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), como la fluoxetina la paroxetina, sertralina, y citalopram, los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO).

Los antidepresivos son sustancias que actúan a nivel del sistema nervioso, cuya función es controlar la ansiedad, la depresión, la agresividad y la impulsividad. Cuyo efecto será después de 2 a 3 semanas del inicio del tratamiento por lo que se explicara al paciente y a su familia, además que se tomara por varios meses que puede ser de seis meses hasta dos años. El tratamiento psicológico es a base de terapia cognitiva conductual.<sup>24</sup>

## 1.7.ADOLESCENCIA

### 1.8.DEFINICIÓN

La palabra adolescencia deriva de la voz latina *adoleceré*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez y hace referencia a los cambios biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo que se produce durante la segunda década de la vida constituyendo el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta.<sup>25</sup>

### 1.9.CLASIFICACIÓN

La Organización mundial de Salud (OMS) ubica al periodo adolescente entre los 10 a 19 años de edad, y considera la adolescencia temprana entre los 10 y los 14 años, de los 15 a 19 años como adolescencia tardía. Asimismo delimita la juventud entre los 15 a los 25 años. Según criterios de la OMS, el final de la adolescencia coincide con el fin de la juventud, es decir, a los 25 años.

Generalmente la adolescencia se divide en tres periodos:

Adolescencia temprana de 11 a 14 años

Adolescencia media de 15 a 18

Adolescencia tardía más de 18 años.<sup>26,27</sup>

### 1.10.ADOLESCENCIA Y CAMBIOS PSICOAFECTIVOS

La depresión en la adolescencia puede presentarse como un problema transitorio y común, o como una enfermedad peligrosa que puede generar conductas autodestructivas, por que en esta etapa del desarrollo suele darse, con frecuencia, cambios relacionados con el estado de ánimo. Así varios cambios de personalidad que hacen difícil determinar la normalidad de este trastorno.<sup>28</sup>

A lo largo de la historia se a estudiado los cambios que se producen durante la etapa adolescente, varios autores, como Hall en 1094, Freud en 1960 y Paget en 1955, centraron su atención en los trastornos psicológicos y en las disfunciones que se dan en esta etapa. Sin embargo, respecto a los aspectos cognitivos y afectivos en estas

edades sólo se ha podido establecer una escasa relación. Más allá de los cambios físicos, de las características fisiológicas que se acompañan en esta etapa, bajo el punto de vista estrictamente conductual o psicológico, la adolescencia aparece como un periodo complejo de transición de la infancia a la edad adulta.<sup>29</sup>

#### 1.11.ADOLESCENCIA Y CAMBIOS SOCIALES

La etapa de la adolescencia es el inicio de la competitividad y capacidad para enfrentar al mundo y el entorno social, a través de ajustes psicosociales que determinarán su adaptación, perfeccionando el proceso de pautas culturales y de valores, con la adquisición de habilidades técnicas, comunicativas y sociales; desarrollando y asegurando su propia autonomía frente al medio que lo rodea. Ya que el proceso de socialización en la adolescencia es dinámico y está modulado por el contexto sociocultural.<sup>30</sup> Cuando el joven tiene dificultades en las habilidades sociales, se debe a que no ha aprendido a combinar de manera adecuada las conductas socialmente competentes, ya sea por falta de oportunidades o contextos de interacción o por castigos en el momento de presentar la conducta. De esta forma, la ausencia de habilidades sociales puede ser una de las condiciones que produce un bajo rango de reforzamientos positivos y que puede asociarse a la presencia de depresión.<sup>28</sup>

#### 1.12.IDENTIFICACIÓN DE PREFERENCIAS SEXUALES

Cuando el desarrollo físico llega a determinado punto, se espera que el niño madure psicológicamente y abandone la conducta infantil. Las modificaciones físicas están acompañadas por cambios de interés como la participación en actividades sociales y hacia el sexo opuesto, con su nueva imagen demostrando que ya no es un niño sino casi un adulto. Las adolescentes tratan de llamar la atención de los jóvenes mediante el recato y la manera afectuosa así como sus características físicas femeninas. Los varones ponen más énfasis en su fortaleza física.<sup>31</sup>

La adolescencia necesita identificarse con su propia imagen, apropiarse de la representación que tiene su cuerpo, el cual se encuentra en transformación. La adaptación a estas transformaciones físicas es considerada como difícil y es muy

posible que la duración del crecimiento y el momento en que se presenta, tenga influencia sobre dicha adaptación.<sup>32</sup>

### 1.13.AUTOESTIMA

Durante la adolescencia la auto estima se desarrolla principalmente en el contexto de las relaciones pares, en particular los del mismo sexo, es decir, la auto estima masculina está ligada a la lucha por el logro individual, mientras que la femenina depende más de las conexiones con los otros.

Los adolescentes llegan a tener amistades muy allegadas y poseen alta autoestima, se consideran competentes y tienen un mejor desempeño escolar, en cambio los que son conflictivos en sus relaciones obtiene bajos puntajes en todos los aspectos.<sup>33</sup>

La importancia de la autoestima cuando ésta es baja esta vinculada con algunos factores tales como la depresión, la drogadicción, la delincuencia, el suicidio y el bajo rendimiento escolar.<sup>34</sup> Así como la percepción de los sucesos de vida estresantes para los adolescentes, es altamente influenciada, por el grado de autoestima del individuo, al igual que al realizar esfuerzos para enfrentar sucesos estresantes, por lo que, si el adolescente posee baja auto estima lo que rige su comportamiento es la duda. La defensa y el miedo y en este caso, recurre a formas de afrontar las situaciones a través de otras personas, o simplemente renuncia a cualquier tipo de control de sí mismo, hay malas relaciones con la familia, el ambiente social y baja adaptación escolar.<sup>28</sup>

### 1.14.COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

La familia es un conjunto de personas que mantienen entre sí vínculos estrechos, organizados, para asegurar el desarrollo saludable de sus integrantes. Por lo que la familia va creciendo y pasando por distintas etapas para apoyar el desarrollo individual de cada uno de sus miembros, proporcionando al mismo tiempo, un sentimiento de pertenencia e individualidad familiar; asimismo para adaptarse a una

cultura en la que vive y ser transitoria de la misma, sólo la familia puede cambiar y al mismo tiempo mantener la continuidad suficiente, para asegurar el crecimiento psicológico y social de cada miembro<sup>35</sup>

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante.<sup>36</sup>

La familia, como institución, también establece el inicio de la adolescencia cuando se permite a los jóvenes salir con personas del género opuesto, las restricciones sobre la hora de volver a casa se ven con mayor flexibilidad, se debe conceder nuevas libertades en espera de una mayor responsabilidad de los adolescentes.<sup>37</sup>

Para que el buen funcionamiento familiar sea adecuado, los límites entre los subsistemas deben ser claros para permitirle a sus miembros desarrollar sus funciones y al mismo tiempo, permitirles el contacto con otros integrantes.

El crecimiento de los hijos demanda al subsistema parental ciertas modificaciones para poder satisfacerlos, se espera que los padres comprendan las necesidades del desarrollo de sus hijos y que expliquen las reglas que imponen. Cuando los niños son pequeños predominan las funciones de alimentación, control y orientación, a medida que éste madura especialmente en el transcurso de la adolescencia, los requerimientos de los padres entran en conflictos con los hijos, generando estrés que representan un momento crítico para el equilibrio familiar<sup>38</sup>

Debido a la participación del adolescente hacia el mundo extrafamiliar perturbando la relación de los hijos con los padres, en ésta fase la tarea del sistema parenteral, es la de sincronizar dos movimientos antagónicos, por un lado, está la tendencia del sistema hacia la unidad, manteniendo lazos afectivos y sentimientos de pertenencia y por el otro lado, la necesidad del adolescente hacia el logro de diferenciación y la autonomía.<sup>39</sup>

Durante la etapa de la adolescencia, tiene una gran importancia el método y sentido de la comunicación, ya que estos son los medios que facilitan el encuentro del camino de las expectativas, la responsabilidad, y con ello se proporciona la auténtica libertad, pero en ocasiones esta suele ser interrumpida lo que puede tener resultados algo desfavorables referentes a la comunicación, es decir, que día, a día ésta misma se tornará más breve y de menor calidad entre los padres e hijos aún entre hermanos. Provocando un entorpecimiento y en ocasiones llegando a dañar y aniquilar la función familiar.<sup>40</sup>

#### 1.15.MEDIO AMBIENTE DONDE SE DESARROLLA

La naturaleza de los acontecimientos vitales presentes en la historia de la vida de los jóvenes preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven a situaciones como las dificultades inherentes, al ingreso de la universidad, la elección de carrera, el inicio o la imposibilidad de actividad laboral, la escogencia de pareja, el distanciamiento de vínculos parentales, los cambios de residencia, la presencia de enfermedad grave propia o de algún familiar, matrimonio, divorcio, separación, pérdida del trabajo, muerte de un familiar cercano o amigo, abuso sexual y el maltrato físico y psicológico. Los factores socioeconómicos y los cambios de la estructura familia se asocian con la presencia de depresión en adolescentes.<sup>28</sup>

#### 1.16.ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR

Para abordar la depresión en los adolescentes el medico familiar, debe tener en cuenta sus características demográficas, grado de parentesco y formas de vida familiar, así como elementos que le permitirán identificar o aproximarse al conocimiento de la capacidad de la familia para utilizar recursos propios ante las crisis familiares e incluso predecir cuál será su comportamiento en la utilización de los servicios de salud.<sup>41</sup>

Los médicos familiares deben tener un papel fundamental en el diagnóstico oportuno, tratamiento y prevención de los trastornos depresivos; ya que se ha observado que de todas estas iniciativas que contemplan la capacitación en estos rubros, es la más útil para disminuir las tasas de hospitalización y de suicidios en los adolescentes.

La detección oportuna del trastorno mental está directamente relacionada con una mejor evolución del padecimiento, por lo que una educación amplia, dirigida al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales propiciará un cambio, no sólo en los pacientes, sino también en la respuesta de los familiares respecto a la búsqueda de ayuda profesional.<sup>42</sup>

Por lo que se deben tomar acciones por parte del equipo de salud en la prevención y educación en salud mental para que el niño o adolescente aprenda asumir las tareas presentes y futuras sin complicaciones. En el ámbito de la educación para la salud mental; que es un proceso organizado y sistemático, se contempla orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

La promoción de la Salud Mental es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva en los adolescentes.<sup>43</sup>



## CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2. 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adolescentes de la escuela preparatoria del CECYTES de la localidad de Sahuaripa Sonora?

## 2.2. JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes entre las poblaciones de diferentes países, debido a su alta frecuencia es reconocida como un problema de salud pública; de acuerdo a la Organización Mundial de Salud la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y actualmente, una de cada seis personas de la población, en algún momento en el curso de sus vidas sufrirá de depresión, siendo la segunda causa principal de incapacidad, a nivel mundial, para el año 2020. Además es un problema que afecta una de las etapas vulnerables de la adolescencia, de no ser diagnosticado y atendido de forma oportuna puede desencadenar trastornos mentales, emocionales y sociales e incluso llevar a la persona al suicidio.

A pesar de la prevalencia de depresión en la población general, muchos pacientes no llegan a ser atendidos por profesionales de salud mental, por lo que es necesario el reconocimiento temprano de los síntomas y la intervención temprana por parte de los médicos familiares.

## 2.3. OBJETIVOS

### 2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de depresión en adolescentes de la escuela preparatoria del CECYTES de la localidad de Sahuaripa Sonora.

### 2.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer el grado de depresión en adolescentes de la escuela preparatoria de CECYTES de la localidad de Sahuaripa Sonora.

## 2.4. TIPO DE ESTUDIO.

Prospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

## 2.5. POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.

Se aplicó la escala de Hamilton a los adolescentes de la preparatoria C.E.C.Y.T.E.S en Sahuaripa, Sonora para la detección de depresión durante los meses de septiembre 2007 a febrero 2008

## 2.6. MUESTRA

La muestra estuvo formada por 227 alumnos de la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S de Sahuaripa Sonora

El tamaño de la muestra se determina con la siguiente formula, con un nivel de confianza del 95% un nivel de significancia del 0.05%.

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

Donde:

N= total de la población

Z alfa = 1.95 (seguridad 95%)

P = proporción esperada 5% (0.05)

q = 1-p ( 1-0.05 = 0.95)

d = precisión del 5% (0.05)

n = Tamaño de la muestra.

MÉTODO ( TIPO) MUESTREO:

No probabilístico a través del método de conveniencia, para seleccionar a los adolescentes que reúnan los criterios de inclusión, señalados previamente

## 2.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 2.7.1 Criterios de inclusión.

Estudiantes adscritos a la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S. del municipio de Sahuaripa Sonora en el periodo comprendido del 1 de septiembre del 2007 a febrero del 2008.

Los que desean participar voluntariamente en el estudio y contar con una carta de consentimiento informado.

### 2.7.2 Criterios de exclusión.

Los que no deseen participar en el estudio.

Los que no cuenten con consentimiento informado.

Los que no acudan el día de la encuesta.

### 2.7.3. Criterios de eliminación.

Los que abandonen el estudio.

Los que respondan de forma inadecuada la encuesta.

Los que por alguna razón abandonen el curso.

## 2.8. VARIABLES

### 2.8.1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

Definición conceptual.

Variable dependiente: depresión alteración afectivo conductual caracterizada por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y psicomotora.

Variable independiente: adolescentes: proceso evolutivo de una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, en este periodo de la vida se identifica con cambios dramáticos en el cuerpo y lo psicológico.

Definición operacional.

Variable dependiente: fue evaluado con el inventario de Hamilton instrumento aplicado por un evaluador para cuantificar síntomas depresivos durante las dos últimas semanas.

Variable independiente: se acudió a la dirección de la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S de Sahuaripa Sonora solicitando autorización para la aplicación de la encuesta de depresión a los alumnos, con previa autorización de consentimiento informado.

#### ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES.

ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES.
Tipo de variables

Variable dependiente	Indicadores	Escala de medición
Depresión	Sí o No	cualitativa – nominal
Variable independiente.		
Adolescentes	Sí o No	cualitativa - nominal

## 2.9. METODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se acudió a la escuela preparatoria C.E.C.Y.T.E.S del municipio de Sahuaripa Sonora y se solicitó la autorización al director del plantel para la aplicación de la encuesta de depresión para el proyecto de investigación.

Una vez autorizado el permiso se les pidió su consentimiento informado, en el cual se les otorgara información de los beneficios de la participación, posteriormente se acudió a la escuela para la aplicación de la encuesta a los alumnos, obtenidos los resultados se procedió a la evaluación y revisión.

Los datos obtenidos se registraron en un formato previa mente elaborado en aquellos adolescentes que resultaron con diagnóstico de depresión.

### 2.9.1. SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACIÓN

La información se captó en un formato de 17 preguntas de la escala de Hamilton (anexo 1). Una vez recolectado los datos se procedió al análisis correspondiente.

## 2.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ.

Se utilizó la estadística descriptiva: con medidas de tendencia central. Los datos obtenidos se registraron en concentrados y posteriormente fueron procesados. De la siguiente forma: Datos nominales se organizaron en cuadros simples y se representarán por medio de graficas de barras y sectores. Para análisis se utilizaron porcentajes.

### 2.10.1. RECURSOS HUMANOS, FISICOS Y FINANCIEROS

#### RECURSOS HUMANOS.

El único recurso humano fue el investigador

#### Recursos materiales

100 hojas tamaño carta

2 lápices

2 lapiceros tintan negra punto mediano

1 computadora

Una memoria de almacenamiento de USB

500 copias

#### FISICOS.

100 hojas tamaño carta

2 lápices

2 bolígrafos negra punto mediano

1 computadora

900 copias

## RECURSOS FINANCIEROS:

El financiamiento para la compra del material de papelería estuvo a cargo del investigador

### 2.11. CONSIDERACIONES ETICAS

La Declaración de Helsinki es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. Esta declaración adoptada por asociación médica mundial enmendada en la 52 asamblea general mundial celebrada en Edimburgo Escocia del 2000; donde se especifica que la misión del médico es proteger la salud de la población mejorando los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, así como la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

La investigación médica se basa en los principios éticos y científicos ya que es el deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano, tomándose todas las precauciones para respetar la vida privada, minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental en la personalidad del individuo. Asegurándose de que los sujetos que participan en el estudio se protegerá al máximo de:

1. daño físico, psicológico y social
2. invasión a su vida privada
3. garantizar el carácter confidencial de su participación.

En cualquier estudio con seres humanos cada sujeto potencial, debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligros potenciales y molestias que el estudio puede provocar. El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si así lo desea.

El investigador debe obtener el consentimiento informado por escrito para el proyecto de investigación. Al publicar los resultados de la investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los resultados.

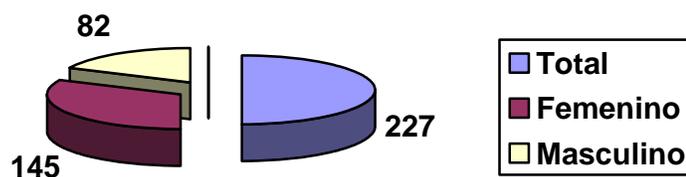
## 2.12. CRONOGRAMA DEL TRABAJO

<i>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</i>			
	<i>TIEMPO</i>	<i>LIMITE</i>	
<i>ACTIVIDADES</i>	<i>DIA</i>	<i>MES</i>	<i>AÑO</i>
<i>DELIMITACIÓN DEL TEMA A ESTUDIAR.</i>	<i>29</i>	<i>Febrero</i>	<i>2007</i>
<i>REVISIÓN Y SELECCION DELA BIBLIOGRAFÍA</i>	<i>30</i>	<i>Marzo</i>	<i>2007</i>
<i>ELABORACIÓN DE PROYECTO</i>	<i>20</i>	<i>Mayo</i>	<i>2007</i>
<i>RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN</i>	<i>01</i>	<i>septiembre</i>	<i>2007</i>
<i>ANALISIS DE LOS RESULTADOS</i>	<i>30</i>	<i>septiembre</i>	<i>2007</i>
<i>REDACCION DEL TRABAJO FINAL</i>	<i>30</i>	<i>octubre</i>	<i>2007</i>
<i>PRESENTACIÓN</i>	<i>23</i>	<i>noviembre</i>	<i>2007</i>

### 2.13. RESULTADOS

De 289 encuestas realizadas se excluyeron 62 por no cumplir con los criterios de inclusión. Se obtuvieron 227 encuestas de los cuales 145 corresponden al sexo femenino y 82 al masculino. (gráfica1)

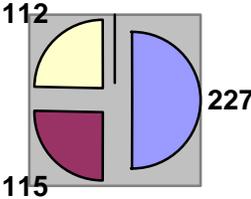
#### TOTAL DE ADOLESCENTES ENCUESTADOS



Fuente: hoja de recolección de datos gráfica N0 1

De acuerdo al total de 227 adolescentes encuestados; 115 presentaron estado depresivo con un 50.6% y 112 reportaron no tener depresión con 49.3%.(gráfica 2,3)

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**



■ Total ■ EN DEPRESIÓN ■ SIN DEPRESION

Fuente: hoja de recolección de datos gráfica No 2

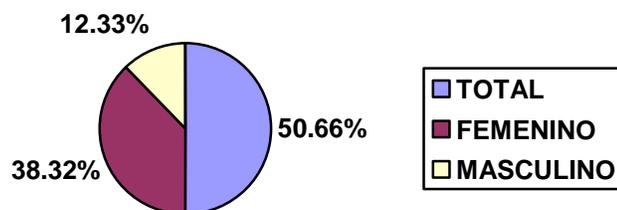
### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES



Fuente: hoja de recolección de datos gráfica N0 3

La prevalencia de depresión encontrada fue de 50.6%, con el 38.3% correspondieron al sexo femenino y el 12.33% al masculino.(gráfica 4)

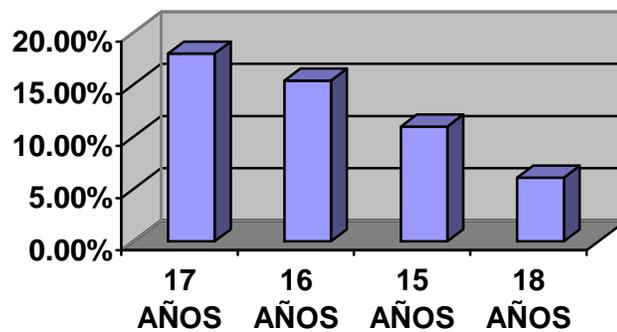
### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE ACUERDO AL SEXO



Fuente: hoja de recolección de datos gráfica N0 4

De acuerdo a la edad predominó más la depresión a los 17 años con 18.0%, y en orden de frecuencia 16 años con un 15.4%, a los 15 años se encontró un 11.0% y a los 18 años con 6.1%.(gráfica 5)

## PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD



Fuente: hoja de recolección de datos gráfica N0 5

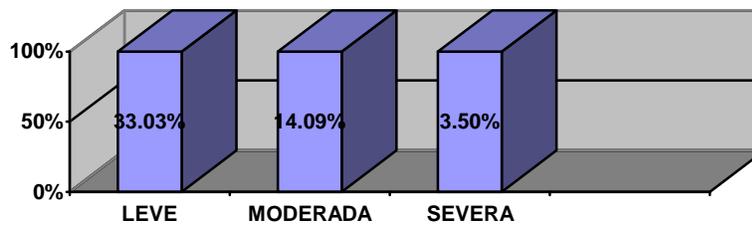
De acuerdo a los resultados de escala de Hamilton para medir la severidad de depresión se encontró:

	Leve	Moderada	Severa	Total
No de pacientes	75	32	8	115
Porcentaje	33.03%	14.09%	3.5%	50.6%

Fue  
nte:  
hoj

a de recolección de datos tabla N0 1

**GRADO DE SEVERIDAD DE DEPRESIÓN QUE MIDE LA ESCALA DE HAMILTON EN ADOLESCENTES**



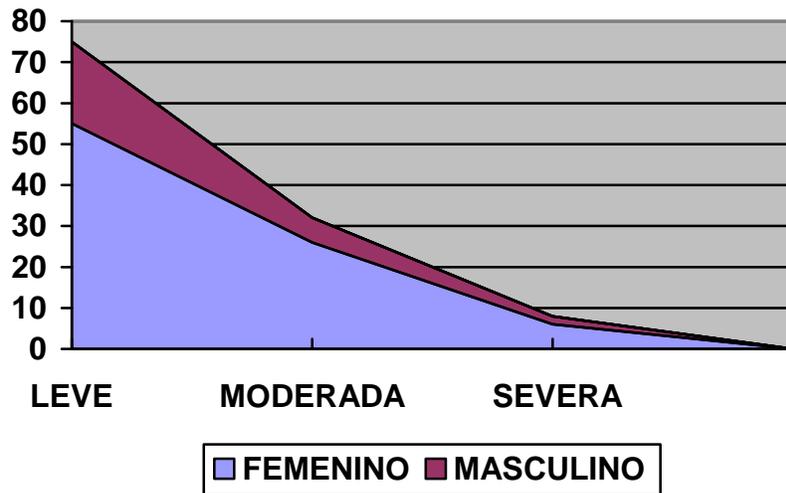
Fuente: hoja de recolección de datos gráfica N0 6

De acuerdo a los resultados de la escala de Hamilton para medir la severidad por sexo:

Sexo	Leve	Moderada	Severa	Total	Porcentaje
Femenino	55	26	6	87	38.3%
Masculino	20	6	2	28	12.3%

Fuente: hoja de recolección de datos tabla N0 2

## SEVERIDAD DE DEPRESIÓN QUE MIDE LA ESCALA DE HAMILTON DE ACUERDO AL SEXO



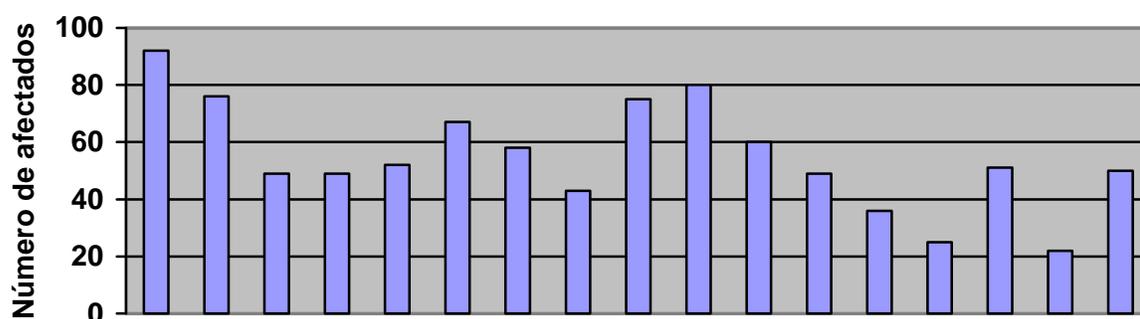
Fuente: hoja de recolección de datos gráfica N0 7

Tabla número de afectados por cada rubro que evalúa la escala de Hamilton de quienes presentaron depresión.

RUBRO	No Afectados	Percentage
Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza Desamparo, inutilidad.	92	40.5%
Sentimiento de culpa	76	33.4%
suicidio	49	21.5%
Insomnio precoz	49	21.5%
Insomnio intermedio	52	22.9%
Insomnio tardío	67	29.5%
Trabajo y actividades	58	25.5%
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, Facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	43	18.9%
Agitación psicomotora	75	33.0%
Ansiedad psíquica	80	35.2%
Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración)	60	26.4%
Síntomas somáticos gastrointestinales	49	21.5%
Síntomas somáticos generales	36	15.8%
Síntomas genitales (como disminución de la libido y trastornos menstruales)	25	11.0%
Hipocondría	51	22.4%
Perdida de peso	22	9.6%
perspicacia	50	22.0%

Fuente: hoja de recolección de datos tabla N0 3

Gráfica numero de afectados por cada rubro que evalúa la escala de Hamilton de quienes presentaron depresión.



perspicacia	50
Perdida de peso	22
Hipocondría	51
Síntomas genitales	25
Síntomas generales	36
Síntomas gastrointestinales	49
Ansiedad somática	60
Ansiedad psíquica	80
Agitación psicomotor	75
Lentitud de pensamiento	43
Trabajo y actividades	58
Insomnio tardío	67
Insomnio intermedio	52
Insomnio precoz	49
Ideas suicidas	49
Sentimiento de culpa	76
Tristeza	92
Rubros	Nº de afectados



## CAPITULO III DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

### 3.1. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se encontró una prevalencia de depresión en adolescentes del 50.6% mayor a lo reportado por el Informe Mundial de Salud y de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2002; ya que la muestra estudiada de los investigadores de la literatura internacional proviene de una población abierta no en adolescentes. En Estados Unidos del 15 al 20% de los adolescentes han presentado un episodio severo de depresión y de acuerdo con los resultados de encuestas de autoaplicación, la prevalencia de depresión en adolescentes es de 20.8% y 50.8%, encontrando similitud con el estudio realizado. En el presente estudio el 38.2% de depresión correspondieron al grupo de mujeres, las que presentaron el doble de depresión que los hombres con 12.3% y de acuerdo a la literatura la prevalencia de depresión es más frecuente en mujeres que en hombres. Siendo la depresión un padecimiento frecuente que puede presentarse en todos los grupos de edad; con su mayor prevalencia en jóvenes de 15 a 19 años de edad. En el presente trabajo se encontró la edad predominio de depresión a los 17 años con un 18.0% y el 15.4% a los 16 años. Reportando un grado de severidad leve del 33.0%, moderada 14.0% y severa 3.5% de acuerdo a la escala de Hamilton.



### 3.2. CONCLUSIONES

En base a los hallazgos de esta investigación se encontró una prevalencia de depresión en adolescentes mayor a la prevalencia reportada en la literatura internacional y nacional. Logrando identificar los grados de severidad de la depresión, leve, Moderada y severa. Siendo las mujeres, las que presentaron mayor prevalencia de depresión con correlación con la literatura. El grupo de edad con mayor prevalencia de depresión son los adolescentes de 17 años de edad de la población total de adolescentes. Por lo que queda comprobado que la depresión en adolescentes inicia en edades cada vez más tempranas, lo que repercute de manera clara, en recaídas o bien en la cronicidad del padecimiento. Enfatizando así la necesidad de estudiar la depresión en la población adolescente, para que el primer episodio no pase desapercibido y el manejo se oportuno.

### 3.3.SUGERENCIAS

Es de suma importancia que los médicos generales y familiares actualicen sus conocimientos, acerca de la depresión para reconocer los síntomas y para manejarlos, así como para detectar las alteraciones afectivas, cognitivas y somáticas que se relacionan con este diagnóstico.

Ya que la mayoría de los pacientes acuden al ámbito de la atención primaria, en donde siempre hay exceso de trabajo y falta de tiempo para evaluarlos, lo que dificultad aún más la posibilidad de que el médico logre identificar adecuadamente el cuadro depresivo, y mucho menos, que se pueda tratar adecuadamente.

Por lo que las instituciones académicas deben capacitar a los médicos generales y familiares, para diagnosticar las enfermedades psiquiátricas, y procurar que en su práctica médica tenga una visión congruente del estudio emocional del paciente. Debido que los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo, por ello la importancia de diagnosticar y dar tratamiento a la depresión que se presenta en la adolescencia debido a las complicaciones que puede tener en la vida adulta.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Reynolds W, Johnston H. The nature and study of depression in children and adolescents depression. Presse Med. 1998; 3:3-17.
- 2.-Simpson S, Mrazek D. Depression in adolescent. Curro Pin Pediatri. 2003;13:586-590.
- 3.-Balcázar Nava, Bonilla Muñoz MP, Gurrola Peña GM, Oudhofvan Berneveld H, Aguilar Mercado MR. Depresión como problema de salud mental en los adolescentes mexicanos. Rev Psicol. 2005; 9(2): 1-5.
- 4.-Lewinsohn P. Risk factors for recurrence of adolescent depression identified. Am J Psichyatr. 2000; 157: 185- 191.
- 5.-Polaino Lorente A. 1985 la depresión Barcelona: Martínez Roca
- 6.-Rojtenberg, SL. Depresiones y antidepresivos. Argentina, Edit medica Panamericana, 2001:1,13,63,71,155,169.
- 7.-Fernández Fernández A. Cuestionario estructural tetradimensional para depresión, CET-DET. Madrid: TA Ediciones 1998.
- 8.-Benza Zuñiga A; Sandoval Villegas MA, Urbina Torres CC, Helen Juárez N, Villaseñor Bayaso. Los trastornos del estado de ánimo. Rev Guadalj 2003; 30(4):1-15.
- 9.-Olmedo Buenrostro BA, Torres Hernández J, Velasco Rodríguez R, Mora Brambilia AB, Blas Vargas A. Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima Rev Med IMSS 2006; 14(1): 17-22.
- 10.-Hales ER. Trastorno depresivo. En asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). España: Editorial; Masson 1995. p. 475, 493, 496.
- 11.-Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. Arch Gen Psychiatr. 1990; 43: 255-262
- 12.-Belló M, Puente E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Púb Méx Rev 2005; 47 (1): 4-11.
- 13.-Valencia Collazos M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Rev Salud Mental 2007;30(2): 75-80

- 14.-Monterzino JM, Benejam LA. Prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados. Rev Med 2006; 7(2):15-19
- 15.-Leyva Jiménez R, Hernández Juárez AM, Nava Jiménez G, López Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med IMSS 2007; 45 (3): 225-232.
- 16.-Boschetti Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arch Med Fam2004; 6(3): 61-63.
- 17.-Kandel DB; Davis M, Aduet sequelae. Of adolescent depressive symptoms. Arch gen psychiatric 1990; 43: 255 -262.
- 18.-Otero Cuesta S. depresión y suicidio en niños y adolescentes. Pediatr Integral 2004;8:635-641.
- 19.-American Psychiatric Association; 2002: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastorno Mentales DSMIV-TR Barcelona, España
- 20.-Sánchez Pérez JA, López Cárdenas A. Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. Rev Salud Ment 2005;5(3):1-8.
- 21.-Ojeda C, et al. Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para depresión, evaluada en relación a los inventarios de Beck y Hamilton. Rev Chil. Neuro-Psiquiatr 2003; 4(1):31-38.
- 22.-Aída Rúa T, Hernán SI, Miranda EC. Diagnóstico clínico y psicométrico. Rev Méd. Chile 2001;129(6):627-633.
- 23.-Campos Arias A, Suárez Jiménez. Detecciones de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados. Rev. Col. Psiquiatr 1998;27(3):220-222.
- 24.-Saiz Ruiza J, Montes Rodríguez JM. Tratamiento farmacológico de la depresión. Rev Clin Esp 2005; 205(5):233-240.
- 25.-Hoekelmar RA, Hery M. Adam. Nicolas M. Nelson. Michael L. Weitzman Atención primaria en pediatría 4ta edición vol 1 editorial Harcourt Madrid España 2002.
- 26.-Izquierdo Moreno C. Familias desunidas, hijos indapitados. México: Trillas, 2003.

- 27.-Parmelee D.X. Desarrollo del niño y del adolescente. Psiquiatría del niño y del adolescente. España Editorial H Harcourt. Brace;1998. p. 121-131.
- 28.-Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. adolescencia y depresión. Rev Col Psicol 2004; (13):13-28.
- 29.-Avila A. Psicodinámica de la depresión .Anales Psicol.1990; 6(1):37-58
- 30.-Sampson S, Mrazek D. Depression in adolescent Current Pin Pediatric 2003;13: 586-590.
- 31.-Hurloct E. Psicología de la adolescencia Edition. Paidos 1987. p. 69
- 32.-Lehalle, H. Psicología de adolescentes. México: Grijalbo, 1990.
- 33.-Papaila, Diane E.Fundamentos desarrollo humano México:MC Graw-Hill;2000. .p 163-175
- 34.-Lefrancois, Guy. El ciclo vital de la vida. México: Internacional Thompson; 2004. p. 340 341.
- 35.-Kena, Moreno. Orientación a la familia en su conjunto. Centros de Integración Juvenil; A.C 1999. p. 16
- 36.-Medaline JH. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Ed. Limussa, 1987.
- 37.-Kimmel, Douglas C.; Weiner, Irving B. La adolescencia una transición del desarrollo. México, Ariel Psicología; 1998. p 169,290-307.
- 38.-Minuchin, S. Familias y terapia familiar. México:Gedisa; Mexicana,1990.
- 39.-Buelga, C. Adolescencia, familia y conducta antisocial. Valencia:C.S.V; 1999.
- 40.-Dulanto, Gutiérrez E. Crecimiento y desarrollo en la pubertad: El adolescente. México: MC Graw- Hill; 2000. p. 218 253 254 265 278.
- 41.-Pérez Cárdenas C. Vivir en familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17 (2)
- 42.-Vargas BE, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2004;47(5): 187-191

43.-Fernández H, Varela Mejia. Norma oficial mexicana nom-025-ssa2-1994. Para prestaciones de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico- psiquiatría. Rev Salud Pub Nutric 2003; 4 (4).

## ANEXOS

### TEST DE HAMILTON

#### **Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:**

Ausente \_\_\_\_

Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente \_\_\_\_

Estas sensaciones las relata espontáneamente \_

Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) \_

Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea \_\_\_\_

#### **Sentimiento de culpa:**

Ausente \_\_\_\_

Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente \_\_\_\_

Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones \_\_\_\_

Siente que la enfermedad actual es un castigo \_\_\_\_

Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras \_\_\_\_

#### **Suicidio:**

Ausente \_\_\_\_

Le parece que la vida no vale la pena ser vivida \_\_\_\_

Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse \_\_\_\_

Ideas de suicidio o amenazas \_\_\_\_

Intentos de suicidio (cualquier intento serio) \_\_\_\_

#### **Insomnio precoz:**

No tiene dificultad \_\_\_\_

Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño \_

Dificultad para dormir cada noche. \_\_\_\_

#### **Insomnio intermedio:**

No hay dificultad \_\_\_\_

Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea \_-

Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar) \_\_\_\_

#### **Insomnio tardío:**

No hay dificultad \_\_\_\_

Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir \_\_\_\_

No puede volver a dormirse si se levanta de la cama \_\_\_\_

#### **Trabajo y actividades:**

No hay dificultad \_\_\_\_

Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) \_\_\_\_

Pérdida de interés en su actividad (de la atención, indecisión y vacilación) \_\_\_\_

Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o de la productividad \_\_\_\_

Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin

ayuda \_\_\_\_

**Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):**

Palabra y pensamiento normales \_\_\_\_\_  
Ligero retraso en el habla \_\_\_\_\_  
Evidente retraso en el habla \_\_\_\_\_  
Dificultad para expresarse \_\_\_\_\_  
Incapacidad para expresarse \_\_\_\_\_

**Agitación psicomotora:**

Ninguna \_\_\_\_\_  
Juega con sus dedos \_\_\_\_\_  
Juega con sus manos, cabello, etc. \_\_\_\_\_  
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado \_\_\_\_\_  
Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos \_\_\_\_\_

**Ansiedad psíquica:**

No hay dificultad \_\_\_\_\_  
Tensión subjetiva e irritabilidad \_\_\_\_\_  
Preocupación por pequeñas cosas \_\_\_\_\_  
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla \_\_\_\_\_  
Expresa sus temores sin que le pregunten \_\_\_\_\_

**Ansiedad somática** (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

Ausente \_\_\_\_\_  
Ligera \_\_\_\_\_  
Moderada \_\_\_\_\_  
Severa \_\_\_\_\_  
Incapacitante \_\_\_\_\_

**Síntomas somáticos gastrointestinales:**

Ninguno \_\_\_\_\_  
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen \_\_\_\_\_  
Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales \_\_\_\_\_

**Síntomas somáticos generales: HB**

Ninguno \_\_\_\_\_  
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. \_\_\_\_\_  
Cualquier síntoma bien definido \_\_\_\_\_

**Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):**

Ausente \_\_\_\_\_  
Débil \_\_\_\_\_  
Grave \_\_\_\_\_

**Hipocondría:**

Ausente \_\_\_\_\_  
Preocupado de si mismo (corporalmente) \_\_\_\_\_

Preocupado por su salud \_\_\_\_\_  
Se lamenta constantemente, solicita ayuda \_\_\_\_\_

**Pérdida de peso:**

Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana \_\_\_\_\_  
Pérdida de más de 500 gramos en una semana \_\_\_\_\_  
Pérdida de más de 1 kg. en una semana \_\_\_\_\_

**Perspicacia:**

Se da cuenta que esta deprimido y enfermo \_\_\_\_\_  
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. \_\_\_\_\_  
No se da cuenta que está enfermo \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0 37  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR.

Consentimiento informado

Sahuaripa Sonora a \_\_\_\_\_ de 2007

Por medio del presente, yo \_\_\_\_\_,

Acepto participar en el apoyo de investigación titulado PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA ESCUELA PREPARATORIA C.E.C.Y.T.E.S. DE SAHUARIPA SONORA, cuyo objetivo es determinar en la población de adolescentes del C.E.C.Y.T.E.S, la prevalencia de depresión.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los riesgos, contemplados en las normas éticas de la declaración de Helsinki, así como en la Ley General de Salud vigente que establece en el título segundo (de los Aspectos Éticos de la Investigación de los Seres Humanos), capítulo I, artículo 17 II, que es una investigación de riesgo mínimo. Del mismo modo estoy enterado (a) de los 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, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.
- Entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que lo considere conveniente, sin que ello afecte a la atención médica que recibo del instituto.
- El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que

los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de 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.

Aceptante	Testigo
Nombre y firma	Nombre y firma