



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE LA
UMFH No. 5 DEL VALLE DE MEXICALI.**

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

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE ARMIDA ESCOBEDO RAMIREZ

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

2011



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.

**FRECUENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE LA
UMFH No. 5 DEL VALLE DE MEXICALI**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA GUADALUPE ARMIDA ESCOBEDO RAMIREZ

AUTORIZACIONES:

DRA. ALMA LILIA IBARRA ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UMF No. 28

DR. ARTURO LANDERO RUÍZ

ASESOR METODOLOGICO DE TESIS
COORDINADOR EN INVESTIGACION Y SALUD DE ISSSTECALI

DRA. REBECA ESTHER MARTÍNEZ FIERRO

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE UMF No. 28

DRA. ALMA LILIA IBARRA ROMERO

COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE LA
UMFH No. 5 DEL VALLE DE MEXICALI**

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

PRESENTA:

MARÍA GUADALUPE ARMIDA ESCOBEDO RAMÍREZ.

AUTORIZACIONES:

**DR. FRANCISCO JAVIER GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA**

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

2011

Índice

1. Marco teórico.....	04
2. Planteamiento del problema.....	21
3. Justificación.....	23
4. Objetivos.....	24
-General.....	24
-Específico.....	24
5. Metodología.....	24
-Tipo de estudio.....	24
-Población, lugar y tiempo de estudio.....	24
-Tipo de muestra.....	24
-Tamaño de muestra.....	24
-Criterios de inclusión.....	25
-Criterios de exclusión.....	25
-Criterios de eliminación.....	25
-Variables.....	26
-Procedimientos.....	26
-Consideraciones éticas.....	26
6. Resultados.....	27
-Análisis de resultados.....	27
-Tablas y graficas.....	28
7. Discusión.....	34
8. Conclusiones.....	36
9. Referencias bibliográficas.....	37
10. Anexos.....	40

1.- Marco teórico

Definición de depresión:

Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimiento de tristeza, desánimo, llanto fácil y sensación de vacío acompañado de pérdida del interés o placer, que se presenta en ambos sexos y en todas las clases sociales; perdura durante al menos 2 semanas y está presente la mayor parte del día. En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV por sus siglas en inglés) un episodio de depresión alguna vez en su vida en edades tempranas, lo que implica muchos años de sufrimiento en diferentes ámbitos de la vida como lo son la educación, el empleo, el escoger pareja.^{1, 2} La Organización Mundial de Salud (OMS) la define como la más común de los trastornos mentales, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo situándose en el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes. En cuanto al género la depresión es más común en las mujeres que en los varones; con una prevalencia de 21.3% y 12.7% respectivamente.³

El término de depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía (del griego clásico “negro y bilis”), la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la antigüedad.⁴ Hipócrates describió el estado psicológico que luego se llamaría depresión y que él designó como melancolía, afirmaba que desde el punto de vista médico los problemas psiquiátricos estaban relacionados por los cuatro humores corporales; sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema y que la melancolía era producida por la bilis negra. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y tratamiento

alternan entre magia y terapia ambientalista de carácter empírico (dieta, paseos, música, etc.), pero, con el advenimiento de la controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología pasa a ser descrita como una enfermedad más.⁵

Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población en países en vías de desarrollo en el año 2020 y es la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes, que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida.⁵

La enfermedad depresiva, sus consecuencias y la propia adolescencia, aunque reconocidas como relevantes pasan muchas veces sin recibir la atención debida. Los adolescentes deprimidos son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son renuentes a consultar a un profesional de salud, cuando recurren a la atención medica lo hacen con quejas primeramente somáticas y como resultado este grupo se vuelve vulnerable a no tener sus problemas emocionales identificados, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea sino al contrario, posteriormente dificultaran el desarrollo psíquico normal en la adolescencia y en la vida adulta.⁶

Según la OMS la depresión es la principal causa de discapacidad, en la actualidad 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada 5 personas llegara a desarrollar un cuadro depresivo en su vida y este número aumentara si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés, siendo la prevalencia de 5.8% para hombres y 9.5% para mujeres, y aunque la prevalencia es alta, solo un pequeño porcentaje es diagnosticado ya sea por falta de capacitación sanitaria o por desconocimiento de los síntomas. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años; en los jóvenes se asocia con alto grado de disfunción social, bajo rendimiento académico, abuso de sustancias, casos de intento de

suicidio y suicidio consumado. Debido a que muchos casos no llegan a los profesionales de la salud mental el reconocimiento de los médicos de primer nivel así como su intervención oportuna son muy esenciales; las unidades de primer nivel desempeñan la función de puerta de entrada del sistema de salud pública, encontrándose pues en un lugar privilegiado para intervenciones preventivas.⁷

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes esta inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o en la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.⁸

Antes de la adolescencia, hay poca diferencia en la tasa de depresión entre los niños y las niñas. Pero entre las edades de 11 y 13 años existe un aumento notable en la tasa de depresión entre las niñas. A la edad de 15, las mujeres tienen la probabilidad de haber experimentado un episodio depresivo mayor dos veces más que los varones. Esto sucede en un momento en la adolescencia cuando los roles y las expectativas cambian dramáticamente. El estrés de la adolescencia incluye la formación de una identidad, desarrollo de la sexualidad, separarse de los padres, y tomar decisiones por primera vez, junto con otros cambios físicos, intelectuales, y hormonales. Este estrés generalmente es diferente entre niños y niñas, y puede estar asociado con más frecuencia con la depresión en las hembras. Las investigaciones indican que las estudiantes femeninas de escuela superior tienen tasas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de comida, y problemas de ajuste, significativamente más altos que las de los estudiantes varones, los cuales tienen tasas más altas de trastornos de comportamiento negativos.^{9, 10}

A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres, al respecto Bleichmar (1992) menciona que lo que predispone a la depresión es la feminidad como tal, mientras que la masculinidad previene contra ella. Entonces se esperaría un mayor o menor riesgo de padecer depresión ligado a las construcciones socioculturales de género; por ejemplo la existencia de una división sexual del trabajo en la que a los varones se podría explicar el mayor riesgo de depresión. En otras palabras, las construcciones socioculturales podrían explicar el mayor riesgo de depresión documentado entre las mujeres (Bleichmar, 1992). Antes de la pubertad las mujeres y los hombres se hallan en igual riesgo de padecer ansiedad o depresión, considerando que la proporción de ansiedad o depresión es dos veces mayor en la mujer después de la misma.^{10, 11}

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM) edición IV en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más síntomas, que deben estar presentes por dos semanas de duración y que ello represente un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto. Los criterios para uso específico en niños y adolescentes, partiendo del D.S.M. IV, son los siguientes:

1.- Estado de ánimo deprimido: Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días, en los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico, sentirse malhumorado e irritable y no necesariamente triste. El estado de ánimo y el afecto parecieran ser más influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos.

2.- Anhedonia: Se define como el interés o el placer disminuido en todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo. Se manifiesta por la deserción

de actividades usuales, como el deporte, las actividades recreativas, y el cambio de relaciones interpersonales con sus padres. Es frecuente que sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no logran hacerlo ahora. Una anhedonia total es difícil encontrar en un adolescente, pero se reportan con frecuencia el cambio de intereses y de placer. En relación a la interacción social, las y los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos a grupos menos aceptados por los padres.

3.- Pérdida o ganancia de peso: Cambios en el apetito y el peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos, y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura.

4.- Insomnio o hipersomnia: Para entender los cambios en los patrones de sueño, es importante conocer sobre los patrones de sueño normales. Estos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana, y duermen más de la cuenta durante los fines de semana. Se ha comprobado que este tipo de patrón de sueño puede disminuir su rendimiento cognitivo. El insomnio medial y terminal es poco frecuente en adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia.

5- Agitación o retardo psicomotor: Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no sólo un sentimiento subjetivo, esta información es difícil de obtener si uno no conoce al o la adolescente en su estado no depresivo, y si la madre o el padre tiene dificultad para atribuir el cambio a algo más que ser algo normal. Consiste en movimientos involuntarios generalizados de todo el cuerpo de manera desorganizada y continua.

6.- Fatiga o pérdida de energía: Pueden confundir la fatiga y la pérdida de energía con otros síntomas de depresión y con sueño. Debe establecerse una

diferencia entre la “pereza “de realizar los quehaceres domésticos y las actividades placenteras, y no se deben de confundir entre sí la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aún con suficiente sueño. Sentimiento de estar cansado, sentirse débil o agotado, se da también el sentimiento de haber perdido el vigor y la propia capacidad de continuar funcionando. Iniciar una tarea ya sea física o mental, se hace particularmente difícil o casi imposible.

7.- Sentimientos de Inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada. Preocupación excesiva, desproporcionada y no controlable .a cerca de alguna situación del pasado, el individuo puede sentirse excesivamente culpable por algún pequeño fallo o falta que la mayoría de la gente no tomaría en serio; la persona se da cuenta de que sus sentimientos de culpa son exagerados o indebidamente prolongados pero no puede dejar de sentirlos.

8.- Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o decidir, una de las medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad de hacer preguntas sobre el rendimiento escolar. Las clases proveen un espacio finito de tiempo para hacer la tarea. Un adolescente quien previamente era capaz de terminar su trabajo durante el período de clase permitido, está deprimido(a), es incapaz de completar los trabajos, llevándolo a aumentar las tareas en casa por el trabajo incompleto de la clase. Puede durar horas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída.

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico, una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. El peligro en el adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a percibir como una mayor catástrofe lo que otro llame un evento menor. Más difícil para evaluar en adolescente es la preocupación por la muerte y los temas que

tratan sobre enfermedades. Algunos padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos cinco de estos síntomas presentes durante un mismo periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.^{12, 13}

El primer fracaso al diagnosticar la depresión es la falla al entrevistar a los adolescentes sobre la presencia o ausencia de tales síntomas específicos, y la tendencia de tomar el valor externo de las racionalizaciones superficiales para los síntomas.

El CIE 10 (acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo), la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave.¹⁴

Episodio Depresivo Leve.

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Se caracteriza por síntomas como ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

Episodio Depresivo Moderado.

Deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de

auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales y domésticas.

Episodio Depresivo grave

Es el grado más alto de la enfermedad que se traduce en una incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer o realizar cualquier tipo de actividad cotidiana o que producían placer como ocurre en los casos en que se abandonan las aficiones y el esparcimiento. Por lo general existe cierta predisposición a padecer la enfermedad, y si bien un caso de depresión severa puede ocurrir solo una vez en la vida, es frecuente que se repita en el tiempo. Todos o casi todos los síntomas depresivos son de gran intensidad, el paciente puede sentirse muy limitado o estar por completo incapacitado para desempeñar funcionalmente sus actividades. Junto con los cuadros severos pueden aparecer también síntomas psicóticos agregados. Según la CEI-10 en los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse, y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.^{14, 15}

En resumen; se puede destacar que durante la adolescencia se presentan diversos cambios, no sólo a nivel físico y emocional, sino también en las diferentes capacidades que se van adquiriendo gradualmente. El ambiente, la familia, los adultos y el grupo de pares, son los que van a determinar pasar por esta etapa con o sin muchos conflictos. Es aquí donde se destacan las herramientas que han sido proporcionadas por la familia para enfrentar con éxito estos cambios, y lograr con ello una transición positiva y adecuada de la adolescencia a la edad adulta.¹⁴

El estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas

características. La presentación de formas atípicas se manifiestan con frecuencia en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz puede predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede ser enmascarada por otros síntomas, tales como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.¹⁵

La familia es la unidad social primaria y universal, por lo tanto ocupa una posición central para la comprensión del proceso salud-enfermedad. El apoyo de la familia, aun en situaciones donde no se compartan todos los puntos de vista de los hijos, es fundamental en esta etapa del desarrollo del adolescente, cuando estos, además de sus conflictos familiares, están sometidos a tensiones de su grupo y de la sociedad.

Adolescencia:

Es el periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante la cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en esta etapa existen profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. La organización mundial de la salud define la adolescencia como la etapa que va entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.^{16,17} Desde una perspectiva etimológica, el vocablo “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es “crecer”, “madurar”, “llegar a la maduración”, indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos

como también el desarrollo intelectual y emocional del individuo, durante la cual se presenta la madurez sexual, y aunque se considera a esta etapa relativamente exenta de problemas de salud, es importante considerar que es aquí donde el individuo se enfrenta al inicio de la posibilidad de desarrollo de depresión ya que el adolescente necesita resolver los problemas que se presentan en función a su persona y al grupo familiar al que pertenece.¹⁷ El estrés de la adolescencia incluye la formación de una identidad, desarrollo de la sexualidad, separarse de los padres, y tomar decisiones por primera vez, junto con otros cambios físicos, intelectuales y hormonales.¹⁸

En general el adolescente atraviesa por 3 duelos importantes que son:

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
2. El duelo por la personalidad infantil que enfrenta el adolescente al pensar y ver la vida de forma distinta.
3. El duelo por los padres infantiles que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que el miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.^{18, 19}

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa

por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa que describiera Freud en Tres Ensayos (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).^{20, 21} vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. (Hargraves, Andy, Lorna y Ryan, 2004:18-19).¹⁹

La adolescencia constituye un período y un proceso de activa adaptación de un pasado personal, de proyectos y de construcción del futuro a partir de un enorme potencial y acervo de posibilidades activas que el adolescente posee. De esta manera, afirma que la adolescencia es una etapa psicosocial y, no sólo fisiológica o psicológica. El logro evolutivo individual depende de circunstancias familiares, sociales e históricas, que pueden facilitar o dificultar adherirse a una determinada identidad personal. Es la etapa de la vida en la que más se desarrollan las conductas cooperativas pro sociales o altruistas de solidaridad y es también, según Piaget, el momento en el que se consolidan los juicios morales, pasando los adolescentes desde la moral heterónoma, donde las normas son impuestas por la presión de los adultos, a una moral autónoma, donde las normas surgen de relaciones de reciprocidad y cooperación entre iguales, donde se da más atención

al propio cuerpo, sus características, desarrollo, semejanzas y diferencias respecto al de los demás.

Es una etapa de transición gradual que marca el final de la niñez y propicia la adultez; el joven necesita resolver los problemas de ser en función de sí mismos y en relación a su grupo familiar. En este periodo existe un aumento de la emotividad, lo cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamientos y de establecer otros nuevos, así también desde el punto de vista de la conducta observada se considera que el adolescente vive una desubicación en el tiempo, convirtiendo al tiempo en un presente y en un activo en un intento de manejarlo. Durante esta época el desarrollo del adolescente construye un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internación de valores. A esta edad se encuentran más preocupados por la opinión de sus compañeros o de la sociedad que por lo que opinan sus padres.^{19, 21}

Sin embargo, lleva dentro de sí mismo y trasmite a su entorno social las estructuras internas de costumbres y creencias familiares que aprendió en el hogar durante la niñez, de acuerdo a estas enfrenta los inevitables estados de frustración de diferentes maneras y recurre a diversos mecanismos de defensa, pudiendo mostrar una reacción afectiva inicial ante las frustraciones o a la pérdida de bienestar. Se produce entonces la consolidación de los procesos adaptativos de modo que el adolescente reacciona a la tensión de una manera característica y reiterativa. Particularmente es estudiar la depresión en la adolescencia no solo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento de la vida adulta.

En el mundo, en el año 2011 según la Organización De las Naciones Unidas la población que existe es de 7,000 millones de individuos, de los cuales 2,000 millones están en el rango de edad de 10-24 años.²⁰ En México, según el censo de

población y vida del 2010, existen 112 millones 336 mil habitantes de los cuales el 10.4% son hombres de 10 a 19 años de edad y 10.5% mujeres en el mismo rango. Es decir la quinta parte de la población total del país es adolescente el 20.9%.²¹ Baja California cuenta con una población de 3 155,070 de personas es decir el 2.8% de la población nacional, en el rango de 10 a 14 años son 267,938 individuos; 255, 309 de 15 a 19 años; en conclusión el 18.3% de la población de Baja California son adolescentes. En el municipio de Mexicali existen 936,826 habitantes, de los cuales 79 560 se encuentran en el rango de 10 a 14 años, siendo 40 708 hombres y 38 852 mujeres; 76 548 entre los 15 a 19 años de los cuales 38, 872 son hombres y 37,676 son mujeres, es decir el 18.3% de la población de Mexicali es adolescente. Como se puede observar en todos los niveles geográficos de nuestro país los adolescentes ocupan la quinta parte de la población total, lo que significa que dentro de 10 a 20 años serán la población económicamente activa.^{22,}
²³ Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resalto la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando solamente indicadores de mortalidad incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial. La OMS estimo que para el año 2020 la depresión será uno de los trastornos más frecuentes en la población mundial, ocupando el segundo lugar entre las causas de carga de enfermedad.^{24, 25}

La historia natural de la depresión es variable, puede comenzar a cualquier edad. Los síntomas suelen desarrollarse en el transcurso de días a semanas, durante los meses previos pueden estar presentes un conjunto de síntomas prodrómicos como ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias, o síntomas depresivos que no alcanzan el umbral diagnóstico. En algunos casos la depresión aparece en forma brusca, a menudo en asociación con un factor de tensión

psicosocial grave, la duración de una depresión también es variable. Se estima que sin tratamiento el episodio suele durar entre 6 y 12 meses o más.

Recurrencia: algunas personas solo presentan un único episodio de depresión con una restauración completa del funcionamiento pre mórbido, se estima que más del 50% de los pacientes que padecen dicho episodio eventualmente presentan otro episodio. El curso de la depresión recurrente es variable, algunos pacientes presentan episodios separados por intervalos de muchos años de funcionamiento normal, otros presentan episodios agrupados o tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que envejecen.

Estado interepisodio: En el 20-35% de los casos se observan síntomas residuales persistentes y deterioro laboral o social. Entre los episodios el funcionamiento psicosocial global generalmente vuelve al estado pre-mórbido.

Patrón estacional: Se caracteriza por una relación temporal regular entre la aparición y remisión de los síntomas durante el año.

Complicaciones: pueden ser dificultades familiares (conyugales y/o parentales), sociales y laborales. Las más graves son el suicidio y otros actos violentos. Otras complicaciones incluyen la enfermedad sobre todo en su forma recurrente y crónica, puede provocar angustia en manos de otros individuos del entorno socio familiar.^{3,9}

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir sobre la aparición del curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta patología. Sin embargo es importante mencionar que, aún no se ha

descubierto ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, es decir, ningún marcador biológico, por lo que no podemos hablar de enfermedad en su sentido literal. Por esta razón se establecen otros términos que no implican "enfermedad" en su sentido más clásico, sino hablamos de un trastorno mental enfermedad mental o una psicopatología.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.^{5 6} 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.

Desde la psicología de la conducta, se entendería que la autoestima y la depresión suponen ambas descripciones de aprendizajes adquiridos, siendo la causa de la depresión principalmente social, es decir, aprendida.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, las cardiopatías isquémicas, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una o en muchas de sus relaciones interpersonales, los problemas económicos o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo.

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.⁹ En todo caso, la depresión es descrita desde la medicina con una serie de síntomas.

Así, cualquier problema psicológico que cumpla esos criterios pudiera ser diagnosticable como depresión. Ya sea un problema de neurodegeneración, o aprendida, en todos los casos hablaríamos del síndrome.

Se habla por tanto de psicopatología que puede ser descrita en un cuadro clínico. Como en todas las diferentes formas de la conducta, al tratar de entender la etiología de la depresión tenemos dos grandes vertientes: por un lado la cuestión endógena(orgánica) y por otro lado la explicación psicológica(subconsciente). Es importante recordar la idea de las series complementarias de Freud, dónde nos indica que ambas irán de la mano siempre, es decir, por un lado tenemos aquello con lo que el sujeto nace, ya sea de orden fisiológico o emocional (por ejemplo si nace con cierta tendencia depresiva o no) y por otro lado tenemos el impacto que provocara lo ambiental y las circunstancias particulares que rodean a esa persona. Una de las conclusiones más relevantes fue el reconocer que la depresión no es un ente aislado, sino que debe abordarse en el contexto de la prevalencia e interacción con otras enfermedades crónicas, así como de otros factores de riesgo.

2.-Planteamiento del problema

La depresión es un problema hasta ahora latente en la sociedad. El problema de la depresión se ha denominado la enfermedad del siglo, ya que día a día se van incrementando los suicidios por causa de esta. Este problema es de interés mundial y debe de preocuparnos a la gran mayoría de individuos por que se pronostica que para el 2020 será la mayor causa de muerte, (estadísticas de la OMS). Por ejemplo de acuerdo a las estadísticas de los diversos centros de investigación en el mundo, cerca del 20% de la población general presentara por lo menos un episodio de depresión mayor en su vida.^{4, 10} Es importante mencionar que la incidencia es cada vez más frecuente solo que la mayoría de las veces al inicio de esta enfermedad pasan desapercibidos los síntomas ya que se presenta en la adolescencia y tanto familiares como el mismo paciente lo atribuyen a los cambios que ocurren en la propia adolescencia. En la UMF No. 5 los casos de depresión no figuran como las primeras 10 enfermedades más frecuentes de la unidad, sin embargo sabemos que 1 de cada 5 adolescentes cursan con depresión, es por eso que como médicos de primer nivel tenemos que incidir directamente en la patología, ya que las complicaciones de la depresión pueden ser devastadoras entre las cuales se encuentra el suicidio que cada vez se presenta con más frecuencia. Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión como un trastorno que padecen también los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes esta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o en la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.⁴

Particularmente importante es estudiar la depresión en la adolescencia no solo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta.⁵ En la

actualidad se está incrementando de manera rápida la depresión y nos preocupa la que se presenta en la adolescencia porque si podemos prevenirla impediremos que llegue a las complicaciones que actualmente se están presentando, como son el suicidio y uso de sustancias adictivas entre otras, En la UMFH No. 5 la depresión no se encuentra entre las primeras 10 enfermedades más frecuentes, es importante mencionar que de los adolescentes que se encuentran diagnosticados con esta patología solo son 10, de los cuales 2 no están siendo valorados por 2do nivel por falta del recurso económico por parte del paciente, y cuando el paciente acude a consulta en ocasiones no es acompañado por el padre sino por algún familiar o amigo, como se puede observar en base a estudios previos la depresión en los adolescentes esta subdiagnosticada lo que ocasiona riesgo para ellos ya que no se trata de manera oportuna.

Es por esto que nos familiar hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes de 12 a 15 años de la UMFH no. 5 del Valle de Mexicali?

3.- Justificación

El trastorno psicológico más frecuente del mundo actual es, sin lugar a dudas, la depresión. Los problemas de falta de recursos económicos y las cada vez mayores exigencias sociales para ir al ritmo de la vida «moderna», unidos a la soledad y a frecuentes dificultades para establecer relaciones afectivas duraderas y gratificantes son algunas de las causas del trastorno depresivo. Sin embargo, de toda la población, los adolescentes son actualmente los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno. Particularmente importante es estudiar la depresión en la adolescencia no solo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta.³ Los expertos insisten en que, en la mayoría de los casos un oportuno diagnóstico y un manejo terapéutico adecuado pueden ser la clave para el correcto abordaje de este tipo de alteraciones. Cada vez se está presentando con mayor frecuencia, sobre todo en la última década, por lo que se requiere detectar la depresión a tiempo para evitar que evolucione a complicaciones devastadoras, lo cual traería desajuste emocional y económico a las familias, lo que repercutiría en su dinámica familiar.⁴

Es parte de nuestra labor como médicos familiares estar bien preparados para detectar este tipo de sintomatología en nuestros adolescentes y poder brindarles la mejor y más pronta atención médica adecuada. La medicina familiar es una especialidad que nos permite estar en contacto con el adolescente y con el resto de su familia, donde el médico familiar puede orientar no solo al adolescente sino también a los padres, eso nos daría ventaja de las demás especialidades y contribuiríamos a tener menos enfermos de depresión y de otras enfermedades crónico degenerativas que se inician en esta etapa.

Es importante señalar que si detectamos la depresión en edades jóvenes podemos prevenir las secuelas que esta enfermedad ocasiona, disminuiría el alto consumo de medicamentos, y alteraría menos la dinámica familiar.

4.-Objetivos

Objetivo General.

Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes de 12 a 15 años de la UMFH No. 5 del Valle de Mexicali.

Objetivos específicos.

Determinar cuál es el grado de depresión por grupos de edad y sexo.

Identificar en qué género es más frecuente la depresión.

Identificar en qué edad es más frecuente la depresión.

5.-Metodología.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, prospectivo.

Población:

Se realizó este estudio a 136 adolescentes de 12 a 15 años de edad que acuden a consulta o acompañen a paciente, previa autorización del padre o tutor, mediante carta de consentimiento informado, ya que por definición adolescente es un menor de edad y para fines legales requiere autorización de un adulto que lo respalde; posteriormente se le entregará a los adolescentes el cuestionario de Hamilton el cual detecta los tipos de depresión de acuerdo a puntuación obtenida, previa explicación del llenado con el apoyo de pasantes de psicología. A todos los entrevistados se les informa que su participación es voluntaria y que la información

proporcionada será confidencial. Se hizo énfasis en que de acuerdo a los resultados serán citados a la consulta externa de la unidad.

Tipo de muestra:

Por conveniencia mediante muestreo no probalístico, en los adolescentes que acuden a consulta, el tamaño de la muestra, se ajustará de acuerdo a la proporción que se obtenga de dicha población. Se realiza en un rango de 12-15 años de edad, en la UMF No. 5 del Valle de Mexicali, de los meses de Agosto a Noviembre del 2011.

Criterios de inclusión:

Adolescentes de 12-15 años que correspondan a la UMFH no. 5 del Valle de Mexicali.

Adolescentes del sexo masculino y femenino.

Adolescentes que hayan aceptado participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Adolescentes menores de 12 años y mayores de 15.

Adolescentes cuyos padres no hayan autorizado la realización del cuestionario de sus hijos para formar parte del proyecto de investigación.

Adolescentes que no estén de acuerdo en contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación:

Cuestionarios donde las respuestas estén incompletas o haya doble respuesta.

Variables a recolectar:

Dependiente:

Depresión.

Variable independiente.

Edad

Sexo

Procedimiento para captar la información.

La información se captura en hoja Excel mediante la cual se captan los resultados, mismos que clasifican por edad, sexo, y síntoma de depresión, mismo que capturan en tablas y graficas y mediante la fórmula de Chi ² se obtiene la información.

$$X^2 = \sum_{N=1}^H \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Donde:

X²=Valor estadísticos de Ji cuadrada

fo= frecuencia observada

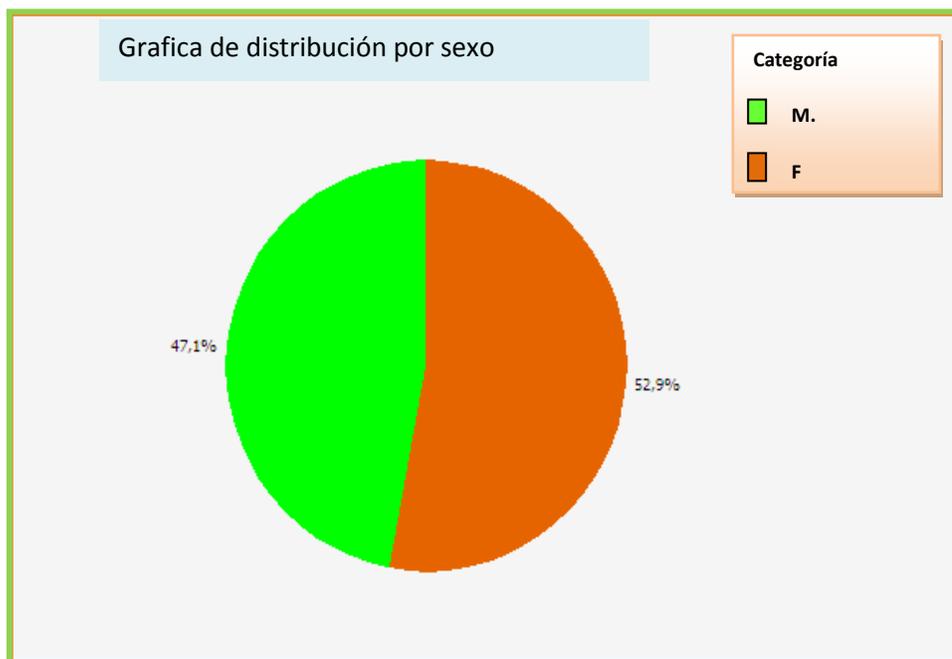
fe=frecuencia esperada.

Consideraciones éticas: Este estudio se ajusta a las normas éticas de la Ley General de Salud y no se contrapone con los lineamientos que se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki de 1975, revisada en 1983, así como el artículo 13 de la Ley General de Salud en México, en materia de investigación y no afecta a los pacientes a los que se les aplica el cuestionario.

6. Resultados

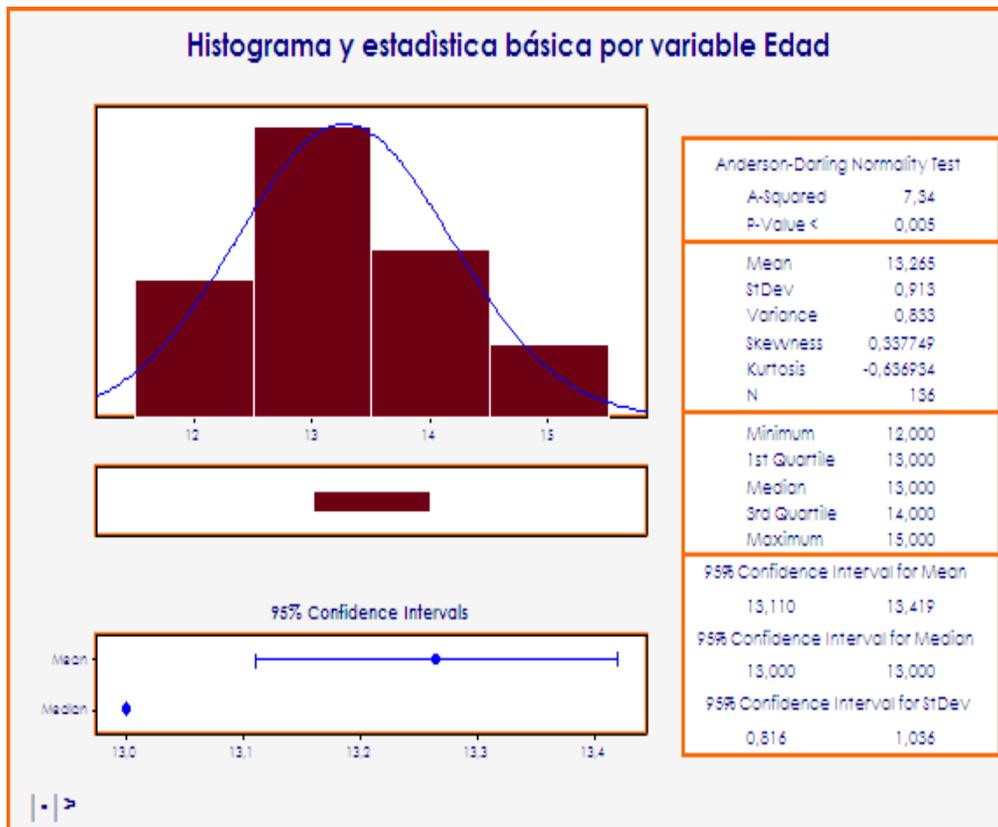
Se estudiaron 136 pacientes en total, de 12 a 15 años de edad, encontrando que 69 (52.9%) de los adolescentes evaluados eran mujeres y 67 (47.1 %) hombres (Grafica No. 1). De los adolescentes estudiados la edad más frecuente de depresión fue a los 13 años (Gráfica No. 2). El tipo de depresión que se presenta con mayor frecuencia es la depresión moderada correspondiendo al sexo femenino. Se observó entonces que el 21.3% no sufre depresión, 22.1% la presenta depresión leve, el 28.7% presenta depresión moderada, encontrando 22.1% depresión severa y el 5.9% con una depresión muy severa. Si consideramos todos los niveles de depresión en un solo grupo, podemos afirmar que el 79.7% cuenta con algún grado de depresión (Gráfica No. 3). Se sumaron los casos por cada tipo de depresión en relación con la edad, observándose con más frecuencia todos los tipos de depresión en la edad de los 13 años. (Gráfica 4). El tipo de depresión que con más frecuencia se presenta es la moderada y es en el sexo femenino. Es muy notorio que la depresión muy severa solo se presentó en el sexo femenino. (Gráfica No. 5).

Frecuencia por sexo de los adolescentes estudiados.



Grafica No. 1

Frecuencia de depresión por grupos de edad.



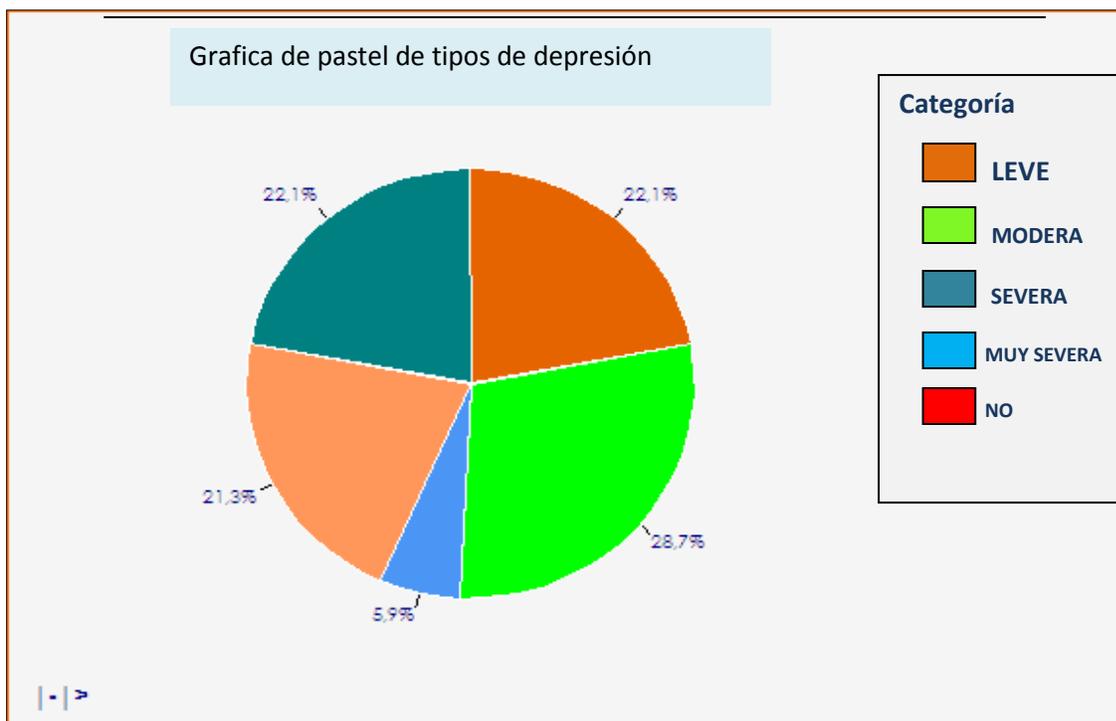
La gráfica No.2 nos muestra la distribución de edades del grupo estudiado y puede observarse que tanto la media, mediana y moda se da a los 13 años.

Frecuencia de tipo de depresión por sexo de los adolescentes según la escala de Hamilton.

Tipos de depresión.	Femenino	Masculino	Total
Sin depresión	10	18	28
Leve	11	20	31
Moderada	22	17	39
Severa	18	12	30
Muy severa	8	0	8
Total	69	67	136

Tabla No. 1

Frecuencia por tipos de depresión de los adolescentes estudiados.



Gráfica No. 3

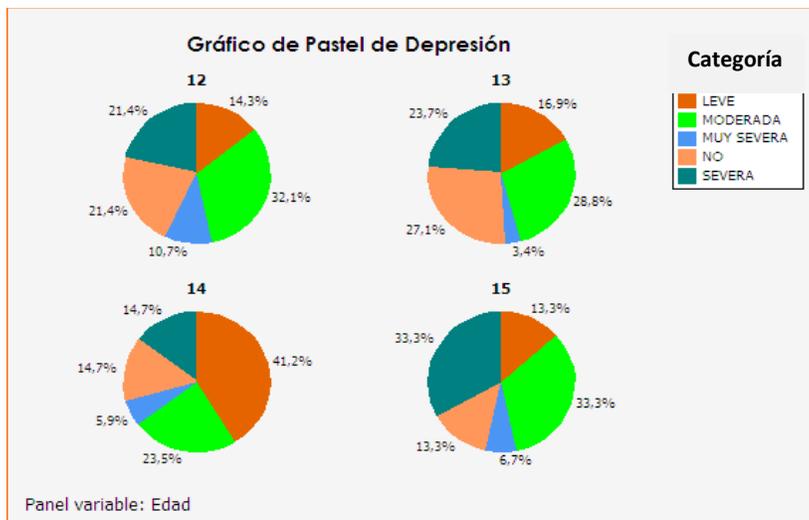
La edad en la cual se presenta con más frecuencia de depresión moderada fue a los 13 años.

Frecuencia de tipo de depresión por edad

Edad	12	13	14	15
No síntomas	6	16	5	2
Leve	4	10	14	2
Moderada	9	17	8	5
Severa	6	14	5	5
Muy Severa	3	2	2	1

Tabla No. 2

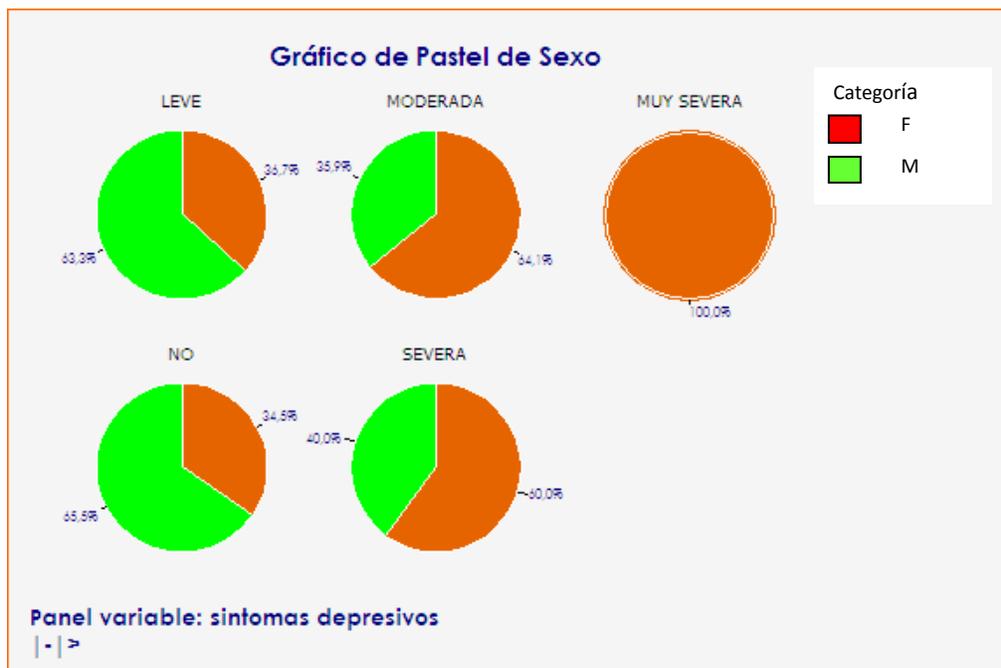
Se sumaron los casos por cada nivel de depresión y por edad.



Gráfica No. 4

Se puede observar que a mayor edad aumentan los síntomas depresivos en las mujeres.

Relación del sexo con síntomas depresivos.



Grafica No. 5

7.- Discusión

El total de la muestra fue de 136 adolescentes que corresponde al 52.9% (69) al sexo femenino y 47.1% (67) masculino; de los cuales un 63.3% (20) hombres y 36.7% (11) mujeres presentaron depresión leve. Encontrando 35.9% (17) de hombres y 36.7% (22) de mujeres con depresión moderada; 40% (12) hombres y 60%(18) de mujeres presentaron depresión severa; en el 100%.(8) mujeres presentaron depresión muy severa. Se observó que en los hombres se presenta con más frecuencia la depresión leve, sin embargo encontramos que la depresión es más frecuente en las mujeres y de estas, llama la atención la depresión muy severa, que solo se presenta en mujeres. La depresión se encontró con más frecuencia en mujeres en un rango de edad de 13 años.

Y aunque fue más frecuente en las mujeres no hay diferencia significativa como en otros estudios mencionados en los que la prevalencia de sintomatología compatible con depresión entre los y las estudiantes fue del 62.7% y se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres en comparación con los varones. Siete de cada diez de ellas se encuentran deprimidas (73.1%), respecto a cinco de cada diez varones (54.1%), diferencia significativa. Son datos que difieren de lo que se ha estimado en otros estudios, donde se ha encontrado que del 20 al 26% de las mujeres y del 8 al 12% de los varones sufrirán algún tipo de depresión.¹⁰ En relación a otro estudio realizado el cual menciona que las diferencias sociales relacionadas con los roles específicos asignados a varones y a mujeres podría explicar la susceptibilidad y mayor prevalencia de depresión entre éstas últimas. Un razonamiento factible es que los varones tienen medios más eficaces para afrontar un estado de ánimo depresivo; por lo general se distraen hasta que superan su humor, mientras que las mujeres tienden a buscar las razones de su depresión, lo cual coincide con las explicaciones del padecimiento desde la perspectiva sociocultural.^{8, 10} que las diferencias sociales relacionadas con los roles específicos asignados a varones y a mujeres podría explicar la susceptibilidad y mayor

prevalencia de depresión entre éstas últimas. Un razonamiento factible es que los varones tienen medios más eficaces para afrontar un estado de ánimo depresivo; por lo general se distraen hasta que superan su humor, mientras que las mujeres tienden a buscar las razones de su depresión, lo cual coincide con las explicaciones del padecimiento desde la perspectiva sociocultural).^{10, 11}

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, puede pensarse que se trata de una población de alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en los adolescentes sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, mismas que han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad nosológica, asumiéndola como un padecimiento multifactorial.

La identificación de una frecuencia tan elevada de sintomatología compatible con depresión como la documentada en este trabajo apuntan a la necesidad de una intervención multidisciplinaria orientada a prevenir, detectar y atender oportunamente a los adolescentes que presenten sintomatología depresiva, disminuyendo así la frecuencia de este padecimiento que cobra cada vez mayor importancia como un problema de salud pública.

Debido a que muchos casos no llegan a los profesionales de la salud, ya que como lo mencionamos anteriormente es en esta etapa cuando menos se visita un consultorio médico, son mínimos los casos y son escasos los adolescentes que acudan mencionando sintomatología depresiva. El reconocimiento de los médicos de primer nivel así como su intervención oportuna son muy esenciales ya que desempeñan la función de puerta de entrada del sistema de salud pública, encontrándose pues en un lugar privilegiado para intervenir

8.- Conclusiones:

En los resultados encontrados el 79.7% presentaron algún grado de depresión del total de la muestra (136) siendo la edad más frecuente a los 13 años, así como en el género femenino que corresponde al 52.9% de depresión y el género masculino corresponde al 47,1% de depresión. Correspondiendo al tipo de depresión encontramos sin depresión 10 mujeres del total de la muestra y 18 hombres. Depresión leve 11 mujeres y 19 hombres, de la moderada 25 mujeres y 14 hombres, en la severa 18 mujeres y 12 hombres, en el grado muy severa 8 mujeres y ningún hombre. En este estudio solo se pretende obtener la frecuencia de los adolescentes con algún tipo de depresión y en lo futuro se realizara en base a su funcionalidad familiar y escolaridad, ya que considero que ambos factores influyen de manera muy marcada para el desarrollo de la depresión. Este estudio demuestra que el género femenino presenta con más frecuencia depresión en sus diferentes grados. Numerosos programas preventivos en nuestras unidades de medicina familiar están enfocados a evitar las enfermedades infectocontagiosa las crónico-degenerativas, sin tomar en cuenta la salud mental. La frecuencia de depresión en los adolescentes analizados indica que en nuestro medio los trastornos mentales pueden llegar a ser un problema de salud pública que debemos enfrentar. Considero necesario que en las unidades de medicina familiar se debe implementar un programa adecuado para la detección oportuna de depresión, ya sea acudiendo a las escuelas para incidir de manera directa mediante cuestionarios y en conjunto con la escuela trabajar. Difícilmente un adolescente manifiesta su sintomatología como anormal incluso los padres lo relacionan con la propia etapa que están viviendo, en ocasiones las manifestaciones de esta enfermedad sólo salen a flote si el médico pregunta al paciente en forma intencionada y como el paciente adolescente es el que menos acude a consulta muchos casos pasan desapercibidos y cuando se inicia manejo en ocasiones es demasiado tarde ya que las consecuencias de la depresión son cada vez más graves como por ejemplo el

suicidio que se está presentando con más frecuencia, así como el uso de sustancias adictivas entre otras.

9. Referencias bibliográficas.

- 1.- Rafael Leyva Jiménez Maestro en Ciencias medicas. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Revista Medica IMSS 2007; 45 (3):225-232.
- 2.- Vara Horna, Aspectos generales de la depresión. Primera edición mayo 2006 Medición clínica en psiquiatría y psicología Masson S.A. p.;271-272
- 3.- Alonso Fernández F. Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria. Atención primaria 2001 15 de Noviembre.28 (8):543-549.
- 4.-Kessler,R;Zhao,Z. Prevalence, correlates and courses of minor and major depression in the National Co morbidity Survey. Affect Disord, 2003; 45:19-30.
- 5.- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003; 26: 1-16.
- 6.- Capelli M. Identifying depressed and suicidal adolescents in a teen health clinic. J. Adolesc Health 2005; 16: 64-70
7. - Post D, Care C, Weigand J. Teenagers: mental health and psychological issues. Adolesc Med 2008; 25: 181-192
- 8.- Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp Det al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. J Affect Disord, 2007; 42:9-22
- 9.- Sergio González Escobar Psicología y Salud La medición de la depresión en adolescentes: Una propuesta psicométrica. Psicología y salud vol. 17 no. 002 p: 199-205.
- 10.- *Guadalupe Cantoral, Martha Victoria Méndez.* Depresión en adolescentes. Un análisis de la perspectiva de género. 1988. "Ansiedad y Depresión". *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 72 (4): 804.

11.- Magdaleno M,Morello P, Infante-Espinoza F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes de Latinoamérica: desafíos para la próxima década. pública México 2003; 45(1): 5132-5139.

12.- Diagnósticos hacia el DSM V. Journal of Mental health, agosto 2010, Vol. 19, No. 4 , Pag. 301-304. Consultado el 13 de agosto de 2011.

13.- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3

14.-Vicente B. Rioseco. Estudio de prevalencia de patología psiquiátrica CIE-10 Rev Med 2002; 130:527-536.

15.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en pacientes de 18 a 59 años de edad. IMSS, 2010; 99:161 ER-Evidencias y Recomendaciones.

16.-Cia A. trastornos de ansiedad en la adolescencia en Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia.Edit. Panamericana, 2000: 718-734.

17.- Ruiloba V. Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia. Salvat 3era Edición ,México 2001: 187-191.

18.- Cyranowski JM, Frank E, Shear MK. Adolescent onset difference in lifetime rates de major the depression. Archives de General Psychiatry, 2000; 57: 21-27.

19.- Paloma Cobo Ocejo .La depresión en los adolescentes. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 2006; 35-39.

20.- Estado de la población mundial 2010. Centro de información de la Organización de las Naciones Unidas.

21.-Consejo Nacional de población México 2011

22.-Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Secretaría de Gobernación. Enciclopedia de los Municipios de México. Consultado el 2011.

23.-Instituto Nacional de Estadística y Geografía: Departamento de estadística Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos: Mexicali, Baja California consultado el 2011.

24.- Murray C, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 2007; 349:1498-1504

25.- Carretero D, Blanco P, Pitti C, Buelna C.G., Evaluación del componente afectivo de la depresión; Salud Mental 2005: 28(3), 32-41.

10.- Anexos

Anexo 1

Escala de Hamilton para detectar depresión.

La HDRS es la de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo.

Instrucciones para su administración

- Es una escala etérea administrada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba consta de 17 ítems.
- Algunos de los ítems se valoran de 0 a 2 y otros de 0 a 4 puntos.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 52 puntos.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 Ausente

1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2 Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).

4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2. Sentimiento de culpa:

0 Ausente

1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

3. Suicidio:

0 Ausente

1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 Ideas de suicidio o amenazas

4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 No tiene dificultad

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

2 Dificultad para dormir cada noche

5. Insomnio intermedio:

0 No hay dificultad

1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama excepto por motivo de evacuar.

6. Insomnio tardío:

0 No hay dificultad

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

2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 No hay dificultad

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

2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

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

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 Palabra y pensamiento normales

1 Ligeramente retrasado en el habla

2 Evidente retraso en el habla

3 Dificultad para expresarse

4 Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 Ninguna

1 Juega con sus dedos

2 Juega con sus manos, cabello, etc.

3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad; gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, indigestión, etc. cardiovasculares palpitaciones, cefaleas, respiratorios: hiperventilación, suspiros, frecuencia de micción incrementada. transpiración):

- 0 Ausente
- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen
- 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación Intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda, dorsalgias, cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad.

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

0 Ausente

1 Débil

2 Grave

15. Hipocondría:

0 Ausente

1 Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 Preocupado por su salud

3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana

1 Pérdida de más de 500 g en una semana

2 Pérdida de más de 1 kg en una semana

17. Perspicacia (introspección)

0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 No se da cuenta que está enfermo

Nombre del paciente: _____

Número de Seguro Social (NSS)	
Edad	
Sexo	
Tipo de depresión	

Anexo 3

	Actividad	Julio	Agosto	Sept.	Octubre	Nov.
	Semanas	1 2 3 4				
1	Redacción del proyecto	X x x				
2	Aprobación del proyecto		XXXX			
3	Captura de datos			X X XX		
4	Análisis de datos				X x x x	
5	Terminación del estudio					X X X X

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimados Padres de Familia:

Por medio de la presente reciban un cordial saludo.

Me permito solicitarles a Ustedes su consentimiento y autorización para colaborar con el Instituto Mexicano del Seguro Social, para llevar a cabo un estudio de investigación, en relación a Depresión en adolescentes a favor de la salud de sus hijos adolescentes para que respondan un cuestionario, mediante el cual podremos detectar datos de depresión, con lo cual se podrá brindar atención inmediata de acuerdo a los resultados obtenidos.

Agradeciendo su atención y su autorización para colaborar en este estudio me permito ponerme a sus órdenes y para cualquier duda o pregunta que ustedes tengan al respecto, a través de la UMFH No. 5.

A T E N T A M E N T E

Dra. María Guadalupe Armida Escobedo Ramírez
Residente de la Especialidad de Medicina Familiar IMSS-UNAM

Nombre y firma del Padre o tutor