



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN DEPRESIÓN (PREVALENCIA) EN ESTUDIANTES
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA EN LA FES ZARAGOZA, UNAM**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

BECERRIL MEDINA NORMA ANGÉLICA

ASESORÒ:

DRA. MARÌA GUADALUPE ROSETE MOHEDANO

MÉXICO, D.F. JUNIO 2014



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.

Índice

	Pág.
1. Introducción	4
2. Justificación	6
3. Marco teórico	8
3.1 Teoría de Déficit del Autocuidado.	8
3.2 Depresión	13
3.2.1 Clasificación	15
3.2.2 Vinculación de la depresión con la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem	20
3.2.3 Diagnóstico diferencial	22
3.3 Estado del arte	22
4. Planteamiento del problema	26
5. Objetivos	30
5.1 Generales	30
5.2 Específicos	30
6. Metodología	31
6.1 Tipo de estudio	31
6.2 Población	31
6.3 Variables del estudio	32
6.4 Instrumento de medición	33
6.5 Procedimiento	35
6.5.1 Recolección de datos	35
6.5.2 Análisis y resultados	36
6.6 Consideraciones éticas y legales	36
6.7 Recursos materiales	39
7. Resultados	40
7.1 Sociodemográficos	40
7.2 Depresión	44
8. Discusión	51
9. Conclusión	53
10. Perspectivas	55
11. Anexos	56
12. Referencias	57

Gráficas	Pág.
1. Sexo	40
2. Estado civil	41
3. Tipo de actividad laboral	43
4. Niveles de depresión	44
5. Depresión/ edad	46
6. Depresión /actividad laboral	48

Tablas	Pág.
1. Edad	41
2. Actividad laboral	42
3. Depresión /sexo	45
4. Resultados chi cuadrado	45
5. Depresión /edad	46
6. Depresión/ estado civil	47
7. Depresión /tipo de actividad laboral	49
8. Depresión/año escolar cursado	50
9. Depresión /turno	50

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud que día a día adquiere mayor importancia. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003, se mencionaba que el trastorno mental más frecuente era la ansiedad (14.3%), seguido por los trastornos por el uso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1%), dentro del cual se incluía la depresión, que de manera individual abarcaba (3.3%) (ENEP, 2003).

De ocupar el tercer lugar dentro de los trastornos mentales, hoy la depresión ocupa el cuarto lugar en la tabla general de enfermedades causantes de discapacidad después de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH.

Estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud (2012) refieren que afecta entre un 12 y un 20% de personas adultas (18-65 años) y que es la causa principal de aproximadamente 5,190 suicidios al año (SPPS, 2012). La importancia de esta enfermedad no solo es motivada por su creciente incidencia, sino además por el sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de los seres humanos.

A pesar de los avances en las dimensiones, etiología y factores asociados con dicha enfermedad, existen aún áreas por explorar para contar con un panorama más completo sobre las características y distribución de la depresión, por lo que habría que diseñar estudios con grupos y poblaciones menos exploradas.

Particularmente importante son los estudios realizados en poblaciones que atraviesan la adolescencia/juventud, por las implicaciones que un trastorno depresivo genera para la vida adulta.

Las proyecciones en cuanto a los índices de depresión no son alentadoras, pues las cifras mundiales van en aumento en un aproximado de 100 millones de casos nuevos al año (OMS, 2012).

Para hacer frente a la creciente demanda se han realizado grandes avances tecnológicos en cuanto a diagnósticos y tratamientos psicotrópicos; desgraciadamente, estos son demasiado costosos y sumamente especializados, tanto para el paciente como para las instituciones de salud. Es aquí donde cobra importancia el primer nivel de salud, es decir, la educación para la salud (en cuanto a autocuidado y conocimiento de la depresión) y los diagnósticos oportunos y tratamientos precoces.

Es en este primer nivel donde Enfermería, es decir las/los “profesionales del cuidado”, serán los encargados de diagnosticar, cuidar y fomentar el autocuidado de personas con trastornos depresivos. Sin embargo, los/las enfermeros/as son también propensos a deprimirse, son una población con características propias que los vuelve altamente vulnerables. Estudios realizados sobre depresión incluían a la población estudiantil de enfermería con índices de prevalencia de un 21.8 hasta un 27% (Buenrostro, “et al.” 2006; Rosete M.G, 2011).

No obstante, no hay ningún estudio en específico sobre Enfermería; por esa razón, el presente estudio nace de la inquietud de conocer cuál es la prevalencia del déficit de autocuidado relacionado con depresión en los estudiantes de Enfermería de la FES Zaragoza.

Para identificar la prevalencia de déficit de autocuidado en depresión en dicha población se proyectó un estudio de tipo descriptivo, observacional, prolectivo y transversal, que se llevó a cabo aplicando conceptos importantes de la “Teoría de Autocuidado” de Dorothea Orem (autocuidado y déficit de autocuidado), adaptándolos al área de salud mental.

La parte operacional se llevó a cabo mediante la aplicación de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

Las bases de datos obtenidas se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 20; la evaluación de las gráficas y los resultados obtenidos permitieron identificar la prevalencia de déficit de autocuidado en depresión y la relación con algunas variables independientes. “Esperando que el conocimiento de la magnitud del problema nos concientice de la importancia de poner manos a la obra en la solución”.

2. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012, 350 millones de personas en el mundo sufrían de depresión y las cifras van en aumento en un aproximado de 100 millones de casos nuevos al año. Por tal motivo, dicha institución ha alertado a que los gobiernos y las diversas instituciones especializadas en trastornos mentales tomen conciencia de la necesidad de diseñar políticas y programas para que los profesionales actúen de manera inmediata y conjunta para resolver este problema (OMS,2012).

Las cifras en México no son menos preocupantes. La Secretaria de Salud (2012) dio a conocer que la depresión es la cuarta causa de enfermedad global, que afecta entre 12 y 20% a personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años.

De acuerdo con la última estadística del INEGI (2009), la depresión es una de las causas más frecuentes de suicidio. Los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años ocupan el primer lugar en sectores vulnerables; en segundo lugar se ubican personas adultas y, en tercero, adultos mayores (SPPS, 2012).

Sin restar importancia a la trascendencia que tiene en el sufrimiento, la discapacidad y el deterioro en la calidad de vida de cualquier individuo, la depresión constituye en la actualidad una verdadera prioridad para los sectores públicos. Las enfermedades depresivas representan un costo directo, calculado por los gastos de cuidado, e indirecto, representado por los índices de ausentismo laboral, pérdida de productividad o interrupciones del trabajo por enfermedad o quizá total invalidez.

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 en la vida adulta. Presentar un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo, mucho más allá del ámbito de la salud.

Las consecuencias a largo plazo implican una vulnerabilidad, la cual compromete una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

Atendiendo a esta necesidad, se proyectó un estudio descriptivo, observacional, prolectivo y transversal con la finalidad de detectar el déficit de autocuidado en depresión en los estudiantes de la carrera de Enfermería en la FES Zaragoza, y de esta manera identificar la magnitud del problema y crear la plataforma para en un futuro, desarrollar programas de promoción a la salud basado en autocuidado, con la finalidad de concientizar a los alumnos sobre la importancia de su autocuidado y reconocimiento del déficit de cuidado (entendiendo esto como la ausencia, falta o falla del cuidado en específico en relación a la depresión.), logrando así una detección oportuna y tratamiento precoz que ayudarán a que el alumno cubra de manera satisfactoria sus necesidades de autocuidado en este campo, lo cual posibilitará a nuestros estudiantes a convertirse en profesionistas capaces de proyectar sus conocimientos en su ejercicio profesional y que, a su vez, se conviertan en promotores de salud, donde se tengan estilos de vida saludables, que beneficien el desarrollo humano.

3. MARCO TEÒRICO

3.1 TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO

Durante muchos siglos, innumerables investigadores han estudiado el comportamiento del ser humano hacia su salud y bienestar y como este es la respuesta a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece, estas “destrezas” son comportamientos aprendidos a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión para restablecer la salud y prevenir la enfermedad.

Es como respuesta a esta necesidad de supervivencia que aparece en todas las culturas una figura que se encarga del cuidado y restablecimiento de la salud de la comunidad en la sociedad mexicana esa figura adoptó el nombre de “enfermera”.

Cuando pensamos en la enfermera nos viene a la mente la persona que se ocupa de los cuidados del enfermo y, ciertamente, muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos, pero, además, el personal de enfermería es planificador, maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados cuando se encuentran enfermos, integrando los conocimientos adquiridos durante su formación académica. Este panorama convierte a la enfermera no solo en una “hacedora” de procedimientos, sino en una profesional, una “profesional del cuidado”.

La enfermería profesional, desde su origen, ha tratado de crear conceptos propios, específicos de su campo de acción, que han servido como instrumentos para construir modelos y teorías de enfermería, cada uno aportando una filosofía para entender la enfermería y el cuidado del paciente, lo cual permite la posibilidad de que la enfermera aplique el que considere más adecuado.

Uno de los modelos teóricos con mayor validez y aplicación práctica es la Teoría del Autocuidado, de Dorothea Orem, pues permiten al alumnado de Enfermería, diseñar planes de cuidado, tanto a individuos, familia y comunidad; no obstante, Orem está más enfocada a la esfera física y ha sido poco o nada utilizada en investigaciones de salud mental; por tanto, para la presente investigación se realizaron algunas adecuaciones de la Teoría de Orem, que nos ayudarán a su implementación en el ámbito de la salud mental.

Orem etiqueta su teoría de déficit del autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas se cuidan a sí mismas; la teoría del déficit del autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente y la teoría de los sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. (Hernández B., & Nava G., 2012)

Con la finalidad de aplicar esta teoría a la investigación, debemos comenzar por asumirnos como una agencia de autocuidado, como las personas que nos “agenciamos” el cuidado de los demás; es decir, como las personas que actúan con habilidad para conseguir la conservación o el restablecimiento de la salud.

Para fines de la presente investigación, actuaremos de manera asistencial por medio de la identificación de alumnos que presentan déficit de autocuidado, lo cual se manifestará por medio del índice de prevalencia de depresión.

De acuerdo con Orem, consideraremos que:

“El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar con el desarrollo personal y el bienestar” (Orem, 1995).

Para un correcto autocuidado, Orem establece seis tipos de requisitos denominados “universales”. Estos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente, organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Los requisitos universales que abarca la teoría de Orem son los siguientes:

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, agua y alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano conocido y el deseo humano de ser normal.

Todos los requisitos están relacionados entre sí, pero la magnitud con que se afecta cada uno varía en relación con la desviación de la salud que presente.

Un ejemplo de ello es la depresión que afecta principalmente los últimos tres requisitos, pero no es lo único a tomar en cuenta. Debemos pensar en el ser humano como un todo y analizar factores que son condicionantes para cada individuo como edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, del sistema familiar, ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos.

Otra situación propia de cada individuo que debe considerarse es la etapa del ciclo vital por la cual atraviesa, los llamados “requisitos de desarrollo”; son etapas específicas del desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales.

Etapas del desarrollo donde se presentan cambios en los requisitos:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Neonato
- Lactancia
- Infancia, adolescencia, adulto joven
- Edad adulta
- Embarazo (adolescente o adulto)

Existen, además, requisitos de autocuidado para personas que ya presentan una desviación de la salud. Estos requisitos de autocuidado están orientados para aquellas personas enfermas o que sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, o para los individuos que están siendo sometidos a algún diagnóstico o tratamiento médico.

Orem define el **Déficit de autocuidado** como: “La falta o una capacidad no adecuada del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable” (Marriner & Raile, 2011).

Posterior a identificar el déficit de autocuidado presente por medio del análisis de los requisitos universales y de desarrollo, así como todos los factores condicionantes que intervienen y las desviaciones de salud presentes, la enfermera debe ayudar a los sujetos a adoptar acciones responsables frente a su autocuidado, adoptando uno de los tres **sistemas de enfermería** enlistados en seguida.

Sistema Compensatorio

La enfermera debe realizar el cuidado terapéutico del paciente y compensar la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado.

Sistema Parcialmente Compensatorio

Se deben realizar algunas de las medidas de autocuidado por el paciente y compensar las limitaciones para realizar su autocuidado, así como regular la acción del autocuidado.

Sistema de Apoyo Educativo

Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.

3.2 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno primario de las emociones que afecta globalmente a la personalidad. Los individuos que la sufren experimentan sentimientos persistentes de inutilidad y de infravaloración personales, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro.

Las enfermedades depresivas no deben confundirse con los estados de abatimiento y de tristeza que son experiencias comunes en los seres humanos. Los síntomas que caracterizan a la depresión clínica son significativamente diferentes a los estados de aflicción, que normalmente, y por diferentes circunstancias, tienen o viven las personas.

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR, 2000) conceptualiza la depresión como una enfermedad que se caracteriza por la pérdida del interés y/o placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y se debe tomar en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por más de dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afeción ocurre en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés por interactuar con el grupo social al que se pertenece y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés (APA, 2000).

La depresión no es una enfermedad de reciente aparición. La enfermedad de los desórdenes del afecto comenzó su conceptualización en la medicina occidental. Hipócrates, a través de su conceptualización de los cuatro humores lo nombra como “humor melancólico”, el cual se le atribuyó a un exceso de la bilis negra y se le consideraba una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza. Esta teoría fue ampliamente aceptada hasta la llegada de la medicina moderna a mediados del siglo XIX. (Pozos, 1988).

El médico griego Galeno, en sus trabajos llevados a cabo en Roma entre los años 131 al 201 d.C., definió finalmente un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral (Pozos, 1988).

Thomas Willis (1621-1675) será el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores, y al hilo de la corriente imperante en su época, atribuirá a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Menciona cuatro tipos de melancolía, de acuerdo con su origen: la debida a una alteración en el cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera que tiene su origen y efecto en todo el cuerpo y una última clase de melancolía "histérica", cuyo origen se encontraría en el útero (Millán, 2013).

William Cullen se dedica, durante la segunda mitad del siglo XVIII a clasificar minuciosamente las enfermedades, y publica en 1769 su obra *Synopsis nosologiae methodicae*, refiriéndose con el término *neurosis* a un trastorno general del sistema nervioso, incluyendo la melancolía (posteriormente denominada depresión) dentro del apartado de enfermedades nerviosas, fundando su nomenclatura en hallazgos neurofisiológicos. Un exceso de torpeza en el desplazamiento de la energía nerviosa sería la causa principal de la melancolía, dándose con este autor definitivamente por abandonada la milenaria teoría humoral. (Pozos, 1988).

Richard Blackmore menciona por primera vez en 1725 el término *depresión*, pero aún pasarán muchos años antes de que sustituya al término de melancolía (Esparza, 2010).

Hacia el final del siglo XIX el término *depresión* había desplazado virtualmente a la melancolía en la mayoría de las nomenclaturas (Pozos, 1988).

El vertiginoso ritmo de vida, donde toda oferta y demanda es valorada en dinero, con relaciones sin compromiso, cibernéticas, delirantes e indiferentes ha nutrido y hecho que muchos investigadores retomen el interés y la importancia de este "cáncer del alma".

Mediante datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sabemos que en 2012, 350 millones de personas en el mundo sufren de depresión. En Latinoamérica la prevalencia es de 16.5 millones, tal cifra va en aumento, se presentan 100 millones de nuevos casos al año en el mundo y provoca alrededor de un millón de suicidios en el mismo lapso. Anuncia también que es la principal causa mundial de discapacidad y advierte que puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, ya puede causar gran sufrimiento, alterar las actividades laborales, escolares y familiares; además, la parte más peligrosa de la depresión se da cuando se abre una puerta al vacío y provoca el suicidio (OMS, 2012).

3.2.1 CLASIFICACIÓN

Los principales conceptos se identifican aquí y se discuten más profundamente en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed.).

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día; casi cada día según lo indica el propio sujeto. **Nota:** En adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades; la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p. ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

CRITERIOS PARA LAS ESPECIFICACIONES DE GRAVEDAD/ REMISIÓN PARA EL EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL.

Los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed.) mencionan que para realizar el diagnóstico se requiere de la presencia de cinco (o más) síntomas por al menos dos semanas, uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

La gravedad se considera leve, moderada o grave en base al número de síntomas de los criterios, la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar.

Leve: Los episodios leves se caracterizan por la presencia de cinco o seis síntomas depresivos que provocan solo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás o una función normal a costa de un esfuerzo importante e inhabitual.

Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves».

Los episodios graves se caracterizan por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios y por una incapacidad evidente y observable. Pueden encontrarse en dos clasificaciones importantes:

- **Grave sin síntomas psicóticos**
- **Grave con síntomas psicóticos**

Es importante al igual mencionar los criterios diagnósticos de investigación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que difieren de la clasificación anteriormente señalada. La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad.

De la lista de 10 síntomas (recordando que la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente al sentimiento inapropiado de culpabilidad) un mínimo de cuatro de los diez síntomas define el nivel leve, seis de diez síntomas el nivel moderado, y ocho de diez, el nivel grave.

La CIE específica que para realizar el diagnóstico se requiere de la presencia de al menos dos de los tres síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía.

Para la remisión se requiere de un mínimo de dos meses sin síntomas depresivo.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores. Es importante diferenciar entre un episodio único (utilizado sólo para los primeros episodios) o si es recidivante.

TRASTORNO DISTÍMICO

La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos dos años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o «desanimado». Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana (p. ej., «yo siempre he sido así», «esta es mi forma de ser»), es frecuente que no sean referidos, excepto que sean preguntados directamente por el entrevistador.

TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor. En ocasiones los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Algunos ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen:

1. Trastorno disfórico premenstrual: Los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades), se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones). Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos una semana después de las menstruaciones.
2. Trastorno depresivo menor: Episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Un episodio depresivo debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica o a un trastorno del ánimo inducido por sustancias, demencia, trastorno por déficit de atención o hiperactividad o a un duelo.

3.2.2 VINCULACION DE LA DEPRESION CON LA TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

Dentro de la Teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem se concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; agrega que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo su autocuidado menciona que es una acción adquirida ejercida de manera voluntaria con el objetivo de mantener su vida su salud y su bienestar.

Cuando la persona no puede proporcionarse los cuidados necesarios para mantener su salud, ya sea por la ausencia o falla de la capacidad para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un óptimo funcionamiento, estamos hablando de un déficit de autocuidado.

La sintomatología de la depresión, como la pérdida del interés y/o placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo entre muchas otras; tendrán implicaciones negativas en su salud y en su relación con su entorno las cuales mermaran el cumplimiento de los requisitos universales y provocaran desviaciones a la salud es decir déficit de autocuidado (y en caso de medición de grupos prevalencia).

En personas con depresión podemos encontrar déficit en los siguientes requisitos (aunque de alguna manera por vinculación todos se verán afectados).

- **Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, agua y alimentos**

Alteraciones en el apetito, ya sea disminución o aumento en el apetito.

Pérdida de peso u obesidad.

- **Equilibrio entre actividades y descanso**

Alteraciones en el patrón del sueño, ya sea exceso de sueño o insomnio.

Sensación de vacío y aburrimiento.

Baja energía.

Intenso cansancio.

- **Equilibrio entre soledad y la comunicación social**

Conducta de aislarse y no salir.

Dificultad para laborar en el trabajo o en la casa.

Posterga decisiones.

Distraída(o).

Irritable o poco tolerante.

Presencia de sensibilidad y tristeza la mayor parte del tiempo.

Refieren que no disfrutaban lo que antes gozaban.

Idea fija de que aunque le explique a la gente lo que pasa nadie lo va a entender.

- **Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano**

Una extraña necesidad de no querer seguir viviendo.

La idea de que nunca se van a aliviar.

Idea recurrente de que algo malo va a pasar.

- **Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano conocido y el deseo humano de ser normal**

Pertenecer a muchas agrupaciones cívicas, religiosas o sociales.

Fanatizarse en actividades.

Impotencia y bajo deseo sexual.

3.3 ESTADO DEL ARTE

Para la presente investigación, interesa lo siguiente:

Manelic, R. H. & Ortega S. H. (1995). Realizaron un estudio autonómado el primer estudio sobre la prevalencia de fenómenos depresivos dentro de un plantel universitario en nuestro país bajo el título de “La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón”. Llevaron a cabo una investigación con un diseño transversal, prospectivo con una muestra representativa del 10% del total de la población (1004), conformada en un 62.3% (n=626) por hombres y un 37.7% (n=378) por mujeres con edades de 20 a 28 años. Bajo el objetivo de identificar los casos de universitarios que presentaban depresión, aplicando el Inventario para la depresión de Beck.

La investigación reporta una prevalencia del 13.6% (n=136) del total de población masculina, un 11% (n=69) presentaron trastorno depresivo; mientras que del total de la población femenina, un 13.5% (n=51), también la presentaron.

Como conclusión, los responsables del estudio señalan que los síndromes depresivos son más frecuentes en los universitarios que en la población en general, y no encontraron diferencia significativa entre el sexo y la carrera como predisponentes para desarrollar un trastorno depresivo; por lo cual, señalan la necesidad de estructurar programas de atención psicológica y psiquiátrica dentro de las mismas instituciones.

Buenrostro, O. A., Torres, H. J., Velasco, R. R., Mora, B. A. & Blas, V. L (2006). Llevaron a cabo una investigación sobre “Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de la Universidad de Colima”. Si bien la investigación no entra en los parámetros establecidos en cuanto a tiempo, será considerada por ser la única que existe.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, efectuado en 133 estudiantes de Enfermería de la Universidad de Colima, de las cuales 80% (n=106) pertenecían al sexo femenino y un 20% (n=27) eran hombres, las edades oscilaban entre los 18 y 22 años.

En la investigación incluyeron a estudiantes de todos los semestres, así como pasantes del servicio social. Para efectuar el diagnóstico se utilizó, como instrumento, la escala autoaplicada de Zung, y para el análisis de información se utilizó estadística descriptiva.

Como resultado, detectaron una prevalencia de depresión de 21.8% (n=29), encontrando 18.8% (n=25) en mujeres y un 3% (n=4) en hombres. Respecto a la severidad, 89.7% (n=26) resultó con depresión leve y un 10.3% (n=3) con moderada.

En cuanto al sexo, los resultados mostraron que, dentro de dicha población, por cada seis mujeres deprimidas existía un hombre que presentaba la misma situación, y en cuanto al semestre reportan un índice más alto en los alumnos del 4° semestre.

Flores, O. R., Jiménez, E. D., Pérez H. S, Ramírez, S. P., & Vega, V. Z. (2007). Elaboraron una investigación bajo el título de “Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios”, con la finalidad de dar a conocer la relación entre ansiedad y depresión en hombres y mujeres que desarrollan actividades escolares la mayor parte del día y conocer si existían diferencias entre estos.

La investigación se desarrolló mediante la aplicación de dos escalas: la de Beck, para evaluar los síntomas depresivos y el test de Hamilton, para evaluar los niveles de ansiedad.

La población constaba de 80 estudiantes de la carrera de Psicología, 20 por cada semestre, diez masculinos y diez femeninos con un rango de edad de 16 a 28 años.

Los resultados encontrados mostraron que ningún hombre o mujer rebasaba los límites normales en cuanto a ansiedad y depresión. Afirma que los niveles de depresión en jóvenes de la carrera de Psicología no son problemáticos. Advierten que las cifras para depresión y ansiedad son mayores para las mujeres, pero que la diferencia entre género no es realmente significativa.

Coffin, C. N., Alvares, Z. M., & Marín C. A (2011). Efectuaron un estudio sobre “Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: un estudio Piloto”. El objetivo era dar a conocer la prevalencia de depresión e ideación suicida, así como la correlación entre variables como el género, el promedio escolar y la carrera en alumnos de 4° a 8° semestres.

Se llevó a cabo con una muestra de 251 estudiantes de diversas carreras, siendo el 35.5% (n=88) hombres y el 65.5% (n=163) mujeres con edades que oscilaban entre los 19 y 35 años. La distribución de la muestra por carrera fue de 15.9% (n=40) de Psicología, 8% (n=16) de Odontología, 25.9% (n=65) de Medicina, 19%(n=47) de Optometría, 19.5% (n=48) de Biología y 11.6% (n=28) de Enfermería.

A dicha población le fue aplicado el inventario de depresión de Beck y el inventario de orientaciones suicidas de Casullo.

Los resultados obtenidos muestran que los niveles de depresión que prevalecen son los niveles mínimo y leve, mientras que los niveles de ideación suicida se mostraron moderados y altos. Por carrera los niveles más altos de depresión e ideación suicida son para Biología y Medicina; además, encontraron que el promedio y el género no representan diferencias significativas. Dentro de este estudio participaron 28 estudiantes de la carrera de Enfermería. El estudio no muestra la prevalencia, de casos pero menciona que el 50% presentó depresión baja, el 40% leve, el 10% moderado y el 0% severo.

Rosete M. G. (2011). Realizó una investigación sobre “Frecuencia y distribución de la depresión en estudiantes de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología de la FES Zaragoza, UNAM”. Se trata de un estudio de tipo observacional, transversal y descriptivo, conformado por 402 estudiantes del área de la salud de las carreras antes mencionadas, con edades que oscilaban entre los 22.8 (+-2.2 años). El estudio tenía la finalidad de identificar la prevalencia y distribución de estados depresivos mediante la aplicación de la escala de autoaplicación de Zung.

Como resultado se encontró que el 27% de la población presentaba algún tipo de depresión. El mayor porcentaje fue para la depresión leve 5.6% para hombres y un 9.9% para mujeres. La depresión moderada se ubicó en un segundo lugar con 1.4% en hombres y un 7.4% en mujeres. En este estudio la carrera de Enfermería tuvo una participación del 25.3% (n=102), de los cuales el 18.1% (n=73) no presentaron signos de depresión, 4% (n=16) presentaron depresión leve, 2%(n=8) depresión moderada y 1.2 (n=5) depresión severa.

La investigadora señala que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ante lo cual, la autora menciona que “si bien predominan las mujeres para todos los tipos de depresión, se observó que los hombres tienen el mismo riesgo de deprimirse”. Asevera, además, que los índices reportados superan los índices de la población general mexicana y alerta a “implementar estrategias encaminadas a desarrollar capacidades para enfrentar el estrés sanamente”.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de la salud mental del ser humano es un campo por demás marginado. Constantemente el personal de la salud cae en el error de ver al individuo como una persona únicamente física, mas no debemos olvidar que es ser complejo y que lo sociocultural y lo emocional puede ser lo que vemos reflejado en lo físico.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), de las 10 enfermedades más frecuentes y de alto costo entre la población mundial, al menos cuatro son de tipo neuropsiquiátrico entre ellas la epilepsia, el alcoholismo, el trastorno bipolar y la depresión la cual es la cuarta enfermedad discapacitante en la población mundial y se calcula que para el año 2020 será la segunda. (SSA, 2012)

Aunque la depresión no es una enfermedad de nueva aparición, en la actualidad es una de las enfermedades más graves de este siglo. La importancia de esta enfermedad no sólo es motivada por su alto índice de morbilidad y su creciente incidencia, sino además por la trascendencia que tiene en el sufrimiento, la discapacidad y el deterioro en la calidad de vida de los seres humanos.

Si bien no existe un momento exacto para desarrollar este trastorno que puede aparecer en cualquier momento de la vida, existen condiciones biológicas, psicológicas, sociales o económicas que pueden predisponer al individuo, como la edad y el ciclo vital, que son factores importantes a tomar en cuenta. Dentro de esto, la adolescencia/juventud (15-24 años) corresponde a una etapa de transición y maduración, en la cual las condiciones propias de la edad lo enfrentarán a una acumulación de exigencias que pueden superar su capacidad de afrontamiento, con riesgo de alteraciones en la salud mental, siendo la depresión uno de los trastornos más frecuentes.

Durante la adolescencia, uno de los acontecimientos de mayor relevancia es la etapa universitaria, la cual presentará innumerables retos que pondrán a prueba las aptitudes de

afrontamiento del estudiante, cada uno será asertivo o no dependiendo del contexto histórico, social, económico y cultural que haya o esté viviendo.

Así como cada estudiante es único, cada universidad, cada campus y cada carrera tienen rasgos distintivos. Enfermería en la FES Zaragoza cuenta con factores que le son propios y únicos, si bien no existen datos ni estadísticas claras por percepción propia e información de mis compañeros, es posible percatarse cómo una parte del alumnado cursa el primer año tan solo como requisito para poder cambiar de carrera al siguiente año, pero el tener que asistir a clases de una carrera que no eligieron les provoca sentimientos de enojo y frustración, además del estrés de tener que mantener un buen promedio para lograr su objetivo (es decir, cambiarse de carrera). Algunos lo logran, pero otros no y estudian tan solo por cubrir una licenciatura, lo cual viene acompañado de un gran sentimiento de desaliento y frustración.

A lo largo de sus años como estudiantes, los alumnos tendrán que afrontar un sin número de exigencias, afrontar el hecho de que esta carrera requiere dedicación, estudio y constancia, que afrontarán situaciones de enfermedad y muerte que, aun haciendo lo correcto en cada paciente, los resultados no siempre serán los esperados y su esfuerzo no siempre se verá reflejado.

No toda la educación de la/el enfermera/o se lleva a cabo dentro de las aulas. Parte importante de su formación son las prácticas (hospitalarias y comunitarias), que permiten la aplicación de sus conocimientos, así como una vista al panorama laboral. Es así que cuando el alumno se enfrenta al medio hospitalario, se percatará de que no tendrá mayor reconocimiento que un estudiante de nivel general o técnico y que dentro del ambiente médico, llámese médicos, paramédicos o hasta las mismas enfermeras, su grado académico no es reconocido. Los alumnos, al final de la carrera tienen que enfrentarse a la incertidumbre de un mercado laboral mal pagado, poco reconocido e incapaz de emplearlos adecuadamente.

Otro factor visible en la carrera de Enfermería es el predominante sexo femenino. Existe una idea generalizada de que las mujeres se deprimen más que los hombres. La OMS (2012) afirma que la relación es de 2 a 1; por tanto, es de esperarse que se presenten índices más altos en comparación con otras carreras básicamente masculinas; sin embargo, en investigaciones realizadas en relación con depresión en la población universitaria no se encontraron diferencias significativas en cuanto a prevalencia de acuerdo con el sexo (Manelic & Ortega, 1995; Flores, “et al.”, 2007; Coffin, “et al.”, 2011; Rosete M. G. 2011).

Durante su formación, el alumno será instruido para llevar a cabo el eje rector de la carrera de Enfermería, “el cuidado profesional”; por tanto, es de esperarse que mantengan un óptimo autocuidado y un nivel de vida saludable; sin embargo, la/el estudiante es, al igual que las otras personas, propensa/o a un trastorno depresivo. En las aulas de la carrera de Enfermería podemos percatarnos cómo algunos estudiantes llegan a dormirse durante clase o se muestran somnolientos, ansiosos, incluso lloran o se exaltan con facilidad, mantienen un bajo rendimiento académico y físicamente denotan una presentación de descuido y se les ve como si estuviesen enfermos. Estos comportamientos pueden estar relacionados con algún trastorno depresivo. Desgraciadamente los estudiantes desvalorizan su propio autocuidado; no asumen que el estar deprimidos, o como ellos dicen “estar depre” sea una enfermedad y, por lo tanto, no buscan ayuda.

En mis años como estudiante conocí a compañeros frustrados, estresados, sin alguna esperanza en el futuro, que aceptaban la mediocridad de tan solo ver pasar el tiempo, y en algunos casos desertaban y jamás los volvíamos a ver. No podría asegurar que estaban deprimidos pues, no todo el que esta triste está deprimido, y que no todo el que está deprimido está triste, pero lo que puedo asegurar es que necesitaban ayuda para continuar con su carrera y con su propia vida.

Lo anteriormente señalado es el “porqué” la población universitaria y en especial Enfermería es vulnerable a desarrollar un trastorno depresivo; no obstante, son pocos los estudios que se han realizado en dicha población en específico; es por ello que surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se encuentra los alumnos de Enfermería de la FES Zaragoza en cuanto déficit de autocuidado en depresión?

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Identificar la prevalencia de déficit del autocuidado en depresión en los estudiantes de la carrera de Enfermería de la FES Zaragoza ciclo escolar 2013.

5.2 ESPECÍFICOS

- Obtener datos sociodemográficos de la población estudiada
- Definir los niveles de depresión en los estudiantes.
- Determinar si los niveles de depresión identificados son iguales o superiores a los niveles nacionales.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, observacional, prolectivo y transversal, que se desarrollará en la FES Zaragoza, con estudiantes que cursan la carrera de Enfermería en el ciclo escolar 2013.

6.2 POBLACIÓN

La población de estudio fue conformada por alumnos inscritos que cursaban el ciclo escolar 2013 de la carrera de Enfermería en la FES Zaragoza. La población estimada es de 1350 alumnos, divididos en dos turnos (matutino y vespertino), en cuatro años escolares.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes que estén cursando la carrera de Enfermería.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que no se presentaron el día que se realizaron las encuestas.
- Alumnos que no aceptaron participar en la investigación.

Criterios de Eliminación:

- Alumnos que no llenaron de manera correcta el instrumento de valoración.

6.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	MEDICION
<i>Déficit de autocuidado en depresión</i>	<i>Se caracteriza por la pérdida del interés y/o placer en casi todas las actividades.</i>	<i>0-16 sin depresión</i>	Cualitativa ordinal politómica
		<i>16 a 20 depresión leve</i>	
		<i>21-25 depresión moderada</i>	
		<i>26 o más depresión severa</i>	
VARIABLES INDEPENDIENTES			
<i>Año escolar</i>	<i>Se define como el periodo de duración de un curso que se inicia en el otoño y termina en el verano con una duración de 40 semanas. La carrera de Enfermería se divide en cuatro años escolares.</i>	<i>1º</i>	Cualitativa ordinal politómica
		<i>2º</i>	
		<i>3º</i>	
		<i>4º</i>	
<i>Turno escolar</i>	<i>Se define como el horario en el cual el alumno acude a clases. (Matutino/Vespertino).</i>	<i>Matutino</i>	Cualitativa nominal
		<i>Vespertino</i>	
<i>Sexo</i>	<i>Condición biológica que distingue al ser humano en dos grupos hombres y mujeres.</i>	<i>Hombre</i>	Cualitativa nominal
		<i>Mujer</i>	
<i>Edad</i>	<i>Edad en años que reporta el sujeto al momento de la encuesta.</i>	<i>De 18 a 20 años</i>	Cuantitativa discreta
		<i>De 21 a 23 años</i>	
		<i>De 24 a 26 años</i>	
		<i>De 27 a 30 años</i>	
		<i>Más de 30 años</i>	
<i>Estado civil</i>	<i>El estado de convivencia que guardan los sujetos bajo un contrato formal o informal.</i>	<i>Casado(a)/Unión Libre</i>	Cualitativa nominal
		<i>Separado(a)/Divorciado</i>	
		<i>Viudo(a)</i>	
		<i>Soltero(a)</i>	
<i>Actividad laboral</i>	<i>Se refiere a la actividad remunerada (trabajo) que realiza el hombre para satisfacer sus necesidades.</i>	<i>No trabajo</i>	Cualitativa ordinal politómica
		<i>Sí, medio tiempo(4hrs)</i>	
		<i>Sí, tiempo completo(8hrs)</i>	
		<i>Sí, los fines de semana</i>	
<i>Trabajo desempeñado</i>	<i>La rama de la producción donde se encuentra laborando.</i>	<i>Empleado de com./Negocio Fam.</i>	Cualitativa nominal
		<i>Prestador de Servicios (vendedor)</i>	
		<i>Mesero, cantinero</i>	
		<i>Actividad relacionada con la enfermería</i>	
		<i>Otro</i>	

6.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-20). Anexo 1. Fue desarrollada originalmente por Lenore Radloff en 1977. La escala es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión, y se centra fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático ocurridos durante la última semana. La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil y económica, en virtud de que no requiere personal especializado para su calificación y es autoaplicable, lo cual la convierte en un instrumento accesible en términos logísticos, económicos y psicométricos.

La CES-D consta de un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem.

La puntuación de dicha prueba va de:

0 a 16	sin Depresión
17 a 20	Depresión Leve
21 a 25	Depresión Moderada
26 o más	Depresión Severa

Para el presente estudio consideraremos el nivel de depresión proporcional al déficit de autocuidado, para establecer los diagnósticos específicos, así como las intervenciones es necesaria una entrevista individualizada. El cuestionario funcionaría como una guía para la entrevista; sin embargo, la finalidad del presente estudio es solo establecer la magnitud del problema, no conseguir los diagnósticos individualizados.

VALIDEZ

Reconocida la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES–D ha sido uno de los instrumentos de evaluación más empleados.

De acuerdo con la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, posterior a un análisis bibliométrico de más de 80 artículos, cuyos datos fueron recabados a partir de la aplicación de la encuesta CES-D-20 en México, señalan que: “La CES-D es un instrumento válido y confiable que funciona en diferentes poblaciones mexicanas debido a que es una herramienta breve, que no requiere personal especializado para su aplicación y calificación, además de que su uso es económico y que resulta bastante conveniente como mecanismo de tamizaje en ámbitos diferentes a la práctica clínica” (Gonzales, F.C., Wagner, E. F. & Jiménez, T. A., 2012).

6.5 PROCEDIMIENTO

6.5.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos fueron aplicados dentro de las aulas escolares, durante la época en que los estudiantes se encontraban en las instalaciones de la Facultad (evitando el periodo en que salen a prácticas hospitalarias y comunitarias).

Dentro de las aulas a cada grupo se le brindó la presentación de los propósitos del proyecto, de la importancia de su participación y de la veracidad de sus respuestas, además de asegurarles el anonimato, solicitando únicamente datos sociodemográficos, como sexo, edad, estado civil, actividad económica, entre otros. Se pidió únicamente el estado de cuenta, comentando que servirá solo para que, en caso de detectar alumnos en riesgo, pudiera dárseles seguimiento.

Se brindó a los alumnos un cuadernillo, el cual contenía:

- Carátula
- Introducción
- Instrucciones de llenado
- Cuestionario de datos sociodemográficos
- La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Así como un lápiz y una tarjeta lectora para registrar sus respuestas.

La encuesta fue recolectada por la responsable del proyecto, tanto en turno matutino como vespertino.

6.5.2 ANÁLISIS Y RESULTADOS

Las tarjetas lectoras se enviaron al Departamento de Informática donde fueron examinadas por medio de un sensor de lectura óptica que capturó los resultados en hojas de cálculo.

La información capturada se almacenó en una base de datos que, posteriormente fue analizada mediante el programa estadístico SPSS.

Tratamiento estadístico.

Mediante el programa SPSS 20 fue posible realizar estadísticas descriptivas que nos permitieron conocer la prevalencia y porcentajes en cuanto a datos socioeconómicos y depresión. Las tablas de contingencia nos permitieron identificar los niveles de depresión y su relación con las variables independientes, así como aplicar la prueba chi cuadrada de Pearson, la cual nos permitirá determinar si existe una asociación entre dos variables categóricas (depresión /sexo).

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Bajo la premisa de identificar déficit de autocuidado en depresión, la investigación se mantuvo dentro de los lineamientos legales establecidos por la ley máxima del país y las demás instituciones legales que intervienen en el cuidado de la salud mental de la población mexicana. En orden de importancia citaremos los fragmentos más importantes que guiaron nuestro haber dentro de esta investigación.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Citaré un fragmento de la Carta Magna, que en su Artículo 4 a la letra dice: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

Ley General de Salud

En su Artículo 72 menciona lo siguiente: “La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental”.

Norma Oficial NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.

Dentro de la Norma Oficial Mexicana, la depresión encaja dentro de la discapacidad intelectual, pues es una enfermedad que limita la conducta adaptativa al entorno, así como la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana el personal de salud está obligado, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia profesional, a proporcionar:

- Educación, prevención y promoción para la salud
- Un diagnóstico oportuno
- Evaluación de la discapacidad para determinar el tipo y grado de limitación.
- Atención de rehabilitación.

Declaración de Helsinki

La Declaración es considerada como el documento más importante en la ética de la investigación con seres humanos. A pesar de que no es un instrumento legal la autoridad e influencia que ha ganado a nivel nacional e internacional, son indiscutibles. Para la presente investigación tomamos principal interés en los siguientes aspectos:

- **El propósito principal de la investigación médica** en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

- **El respeto al derecho de tomar decisiones informadas** por lo cual se dio a conocer de manera adecuada los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos y cualquier otro aspecto pertinente de la investigación. Se aclaró que para la presente investigación, puesto que no se afecta la salud de los estudiantes, el consentimiento fue únicamente verbal.

- **Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de las personas** que participaron en la investigación. Con la finalidad de reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social, el único dato de identificación personal que se maneja fue el número de cuenta que sería utilizado solo en caso de detectar alumnos en riesgo y que sea posible dárselos seguimiento.

6.7 RECURSOS MATERIALES

Materiales:

- Hojas
- Lápices
- 300 cuadernillos reutilizables
- 1 hoja lectora por cada alumno
- Folders

Tecnológicos:

- Computadora
- Impresora
- Fotocopiadora
- Unidad de almacenamiento externo
- Internet

Físicos:

- FES Zaragoza, UNAM
 - Aulas de la carrera de Enfermería

Humanos:

- Tesista
- Asesor de tesis

7. RESULTADOS

Para la realización de la presente investigación se tomó en cuenta la población estudiantil total de la carrera de Enfermería, que consta de 1350 alumnos, posterior a la aplicación de la evaluación y siguiendo los criterios de exclusión se validaron 1183 instrumentos.

7.1 SOCIODEMOGRÁFICOS

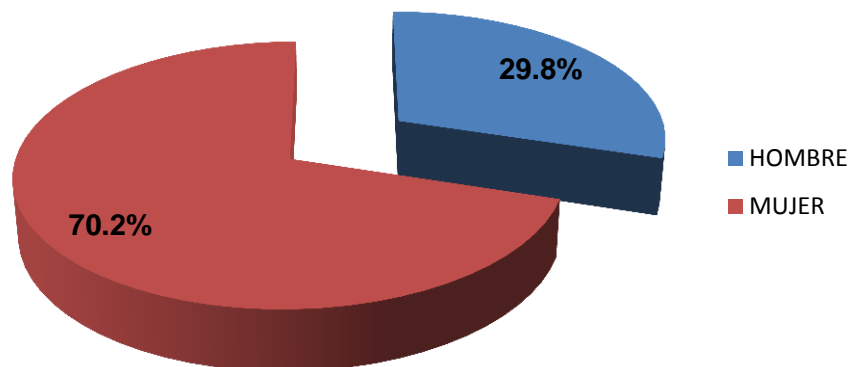
El instrumento aplicado consistía de dos apartados, el primero los datos sociodemográficos y de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Dentro del resultado de datos sociodemográficos encontramos lo siguiente:

SEXO

La carrera de Enfermería en la FES Zaragoza está compuesta en su mayoría por mujeres, en una razón de 7 a 3.

Grafica 1.
SEXO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013

Podemos observar como el 70.2 % (n=831) son mujeres y el 29.8% (n=352n) son hombres.

EDAD

En cuanto a la edad, el 87.7 de la población estudiantil tienen menos de 23 años; los demás se dividen de la siguiente manera:

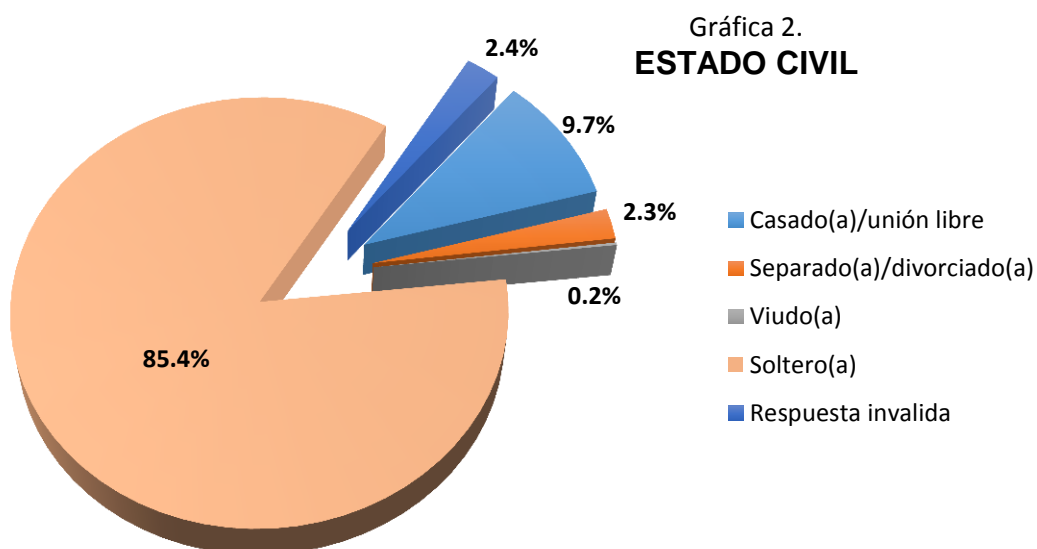
Tabla 1.

EDAD

	18 a 20 años	21 a 23 años	24 a 26 años	27 a 30 años	más de 30 años	No contesto
PORCENTAJE	51.4	36.3	7.5	2.8	1.7	.3
FRECUENCIA	608	430	89	33	20	3

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Respecto al estado civil, el 85.4 % (n=1011) de los estudiantes son solteros; el otro 12.2% (n=144) tiene o han tenido alguna relación de tipo marital, mientras que el 2.4% (n=28) no contesto o su respuesta fue invalida.



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA UNAM, 2013

ACTIVIDAD LABORAL

Del total de la población, un 60.4% no realiza ninguna actividad laboral; el 28% (n=332) trabaja y el 11.6%(n=137) no contesto.

Tabla 2.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO TRABAJÓ	714	60.4
MEDIO TIEMPO (4 HRS DIARIAS)	107	9.0
TIEMPO COMPLETO (8 HRS DIARIAS)	85	7.2
SOLO FINES DE SEMANA	140	11.8
NO CONTESTÓ	137	11.6
TOTAL	1183	100.0

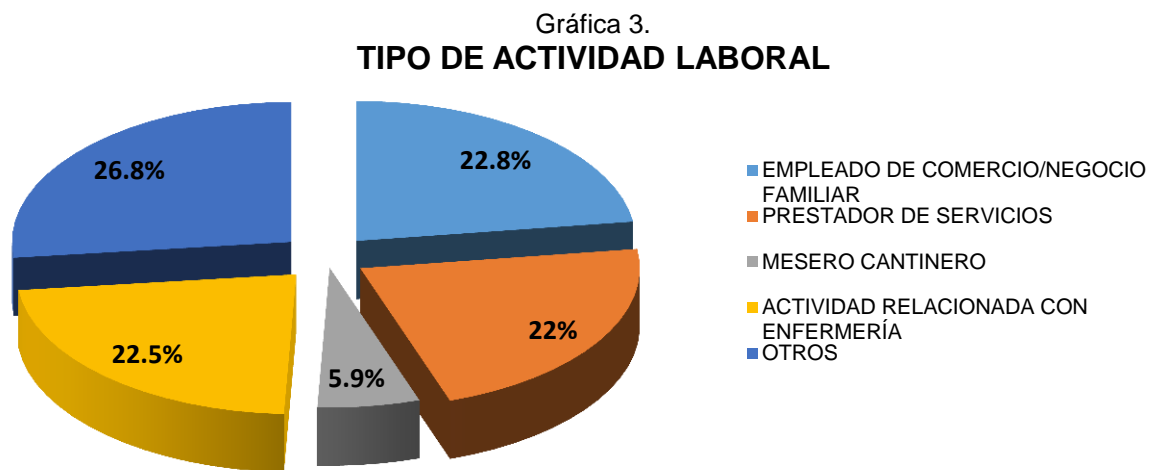
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Como podemos observar tres de cada diez alumnos (n=332) son laboralmente activos.

Sin embargo al cuestionar el tipo de actividad laboral 369 alumnos contestaron tener alguna, esta diferencia de 37 alumnos pudiera deberse a que sus horarios no se ajustaban a los mencionados en la pregunta anterior.

TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL

El tipo de actividad laboral fue dividida en cinco diferentes rubros; de los alumnos que mencionaron tener algún tipo de actividad laboral (n=369) las respuestas fueron las siguientes:



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

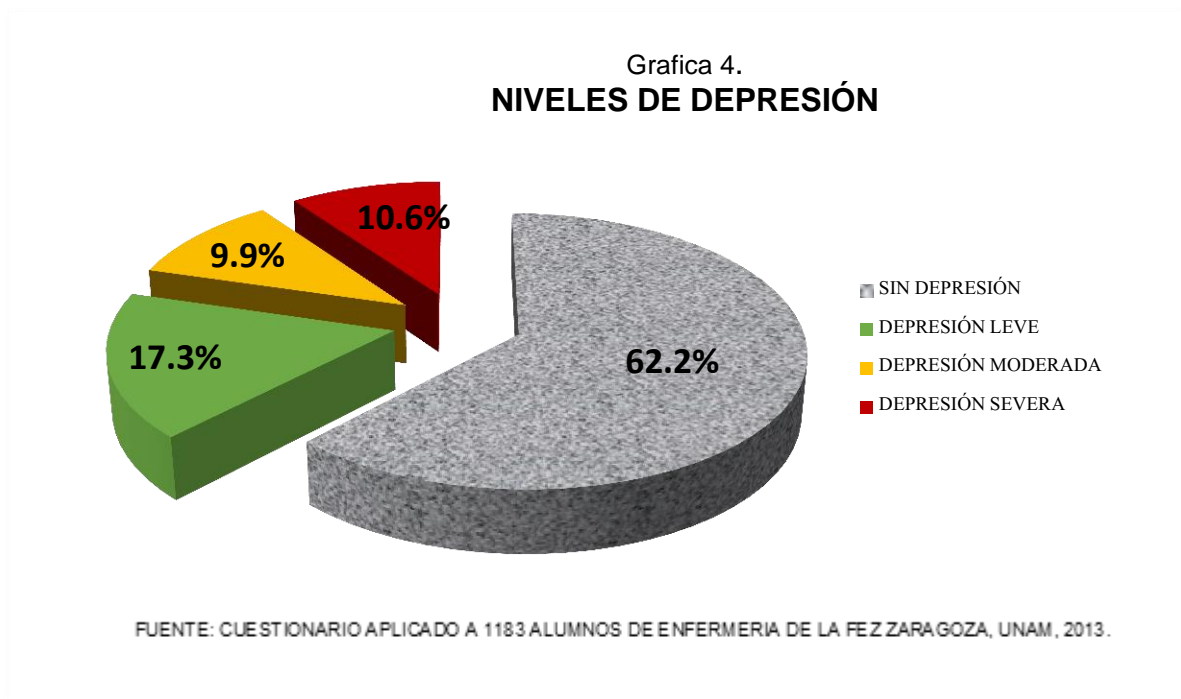
Del total de alumnos activos laboralmente el 22.5% (n=83) ya realizan alguna actividad relacionada con enfermería y el 26.8% (n=99) realizan alguna actividad que no fue mencionada.

7.2 DEPRESIÓN

Posterior al análisis de las encuestas mediante el programa estadístico SPSS 20 se encontró que un 37.8% de los estudiantes de la carrera de Enfermería cursan por algún grado de depresión.

Subdividiendo el 37.8%, 17.3%(n= 205) cursa con depresión leve un 10.6%(n=125) con depresión moderada y el 9.9%(n=117) con depresión severa.

Es decir cuatro de cada diez cursan algún grado de depresión y uno de cada diez con depresión severa.



Para complementar la investigación, se relacionaron variables que pudieran incidir en los niveles de depresión. Los resultados son detallados a continuación

Depresión / sexo

El comportamiento de la depresión relación al sexo de la población es el siguiente:

Tabla 3.

Depresión / sexo

NIVELES DE DEPRESION /SEXO	HOMBRE	MUJER
SIN DEPRESIÓN	72%	58.50%
DEPRESIÓN LEVE	13.40%	19.00%
DEPRESIÓN MODERADA	7%	12.00%
DEPRESIÓN SEVERA	7.60%	10.50%
TOTAL	100%	100.00%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Los porcentajes en cuanto a los niveles de depresión son más altos para las mujeres 41.5%, que para los hombres 28%, algo importante es que mientras aumenta el nivel, disminuye la diferencia de un 5.6 para depresión leve a tan solo un 2.9 para depresión severa.

En cuanto a sexo, de cada diez alumnas cuatro están deprimidas y de cada diez alumnos tres están deprimidos.

Tabla 4.

Resultados chi cuadrada de Pearson

CHI-CUADRADO DE PEARSON	NIVELES DE DEPRESION		
	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA
VALOR	9.676	10.099	5.884
GRADOS DE LIBERTAD	1	1	1
SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)	0.002	0.001	0.016

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

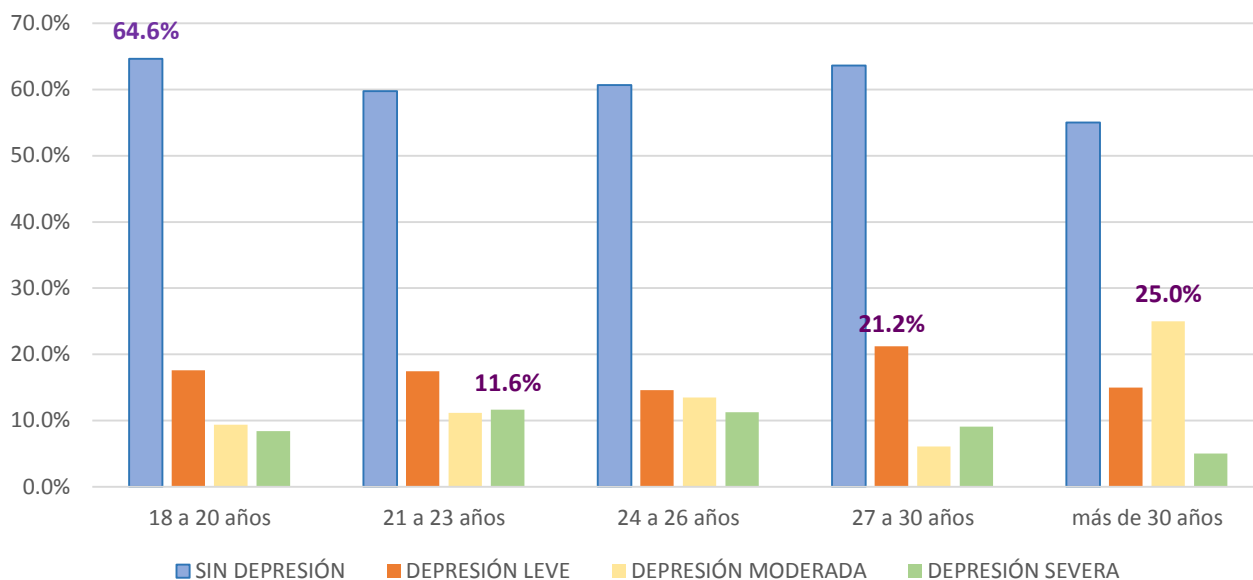
En los tres grados de depresión la hipótesis de independencia entre las dos variables es rechazada.

Mostrando que la relación entre el sexo y a depresión es estadísticamente significativa.

Depresión/edad

La relación entre la edad y la depresión arrojó los siguientes datos:

Grafica 5.
Depresión/edad



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Tabla 5.

Depresión/ edad

	DEPRESIÓN /EDAD						Total
	18 a 20 años	21 a 23 años	24 a 26 años	27 a 30 años	Más de 30 años	No contestó	
SIN DEPRESIÓN	64.6%	59.8%	60.7%	63.6%	55.0%	0.0%	62.2%
DEPRESIÓN LEVE	17.6%	17.4%	14.6%	21.2%	15.0%	0.0%	17.3%
DEPRESIÓN MODERADA	9.4%	11.2%	13.5%	6.1%	25.0%	33.3%	10.6%
DEPRESIÓN SEVERA	8.4%	11.6%	11.2%	9.1%	5.0%	66.7%	9.9%
TOTAL	608	430	89	33	20	3	1183

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Mediante la gráfica y la tabla podemos observar cómo el grupo de 18 a 20 años presenta el porcentaje más alto en cuanto a alumnos sin depresión, la depresión leve y moderada presenta porcentajes más altos después de los 27 años, sin embargo la depresión severa presenta mayor incidencia en alumnos de 21 a 23 años lo cual concuerda con lo mencionado por el INEGI que refiere a este bloque de edad como el sector más vulnerable a suicidios por depresión. (SPPS, 2012).

Depresión/ estado civil

La relevancia del estado civil en los estados depresivos puede verse reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 6.

Depresión/ estado civil

		NIVELES DE DEPRESION / ESTADO CIVIL						Total
		Casado(a) /unión libre	Separado(a)/ divorciado(a)	Viudo(a)	Soltero(a)	Respuesta Invalida	No contestó	
SIN DEPRESIÓN	FRECUENCIA	76	18	1	622	10	9	736
	PORCENTAJE	66.1%	66.7%	50.0%	61.5%	71.4%	64.3%	62.2%
DEPRESIÓN LEVE	FRECUENCIA	10	2	1	187	2	3	205
	PORCENTAJE	8.7%	7.4%	50.0%	18.5%	14.3%	21.4%	17.3%
DEPRESIÓN MODERADA	FRECUENCIA	18	3	0	102	2	0	125
	PORCENTAJE	15.7%	11.1%	0.0%	10.1%	14.3%	0.0%	10.6%
DEPRESIÓN SEVERA	FRECUENCIA	11	4	0	100	0	2	117
	PORCENTAJE	9.6%	14.8%	0.0%	9.9%	0.0%	14.3%	9.9%
total	FRECUENCIA	115	27	2	1011	14	14	1183
	PORCENTAJE	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

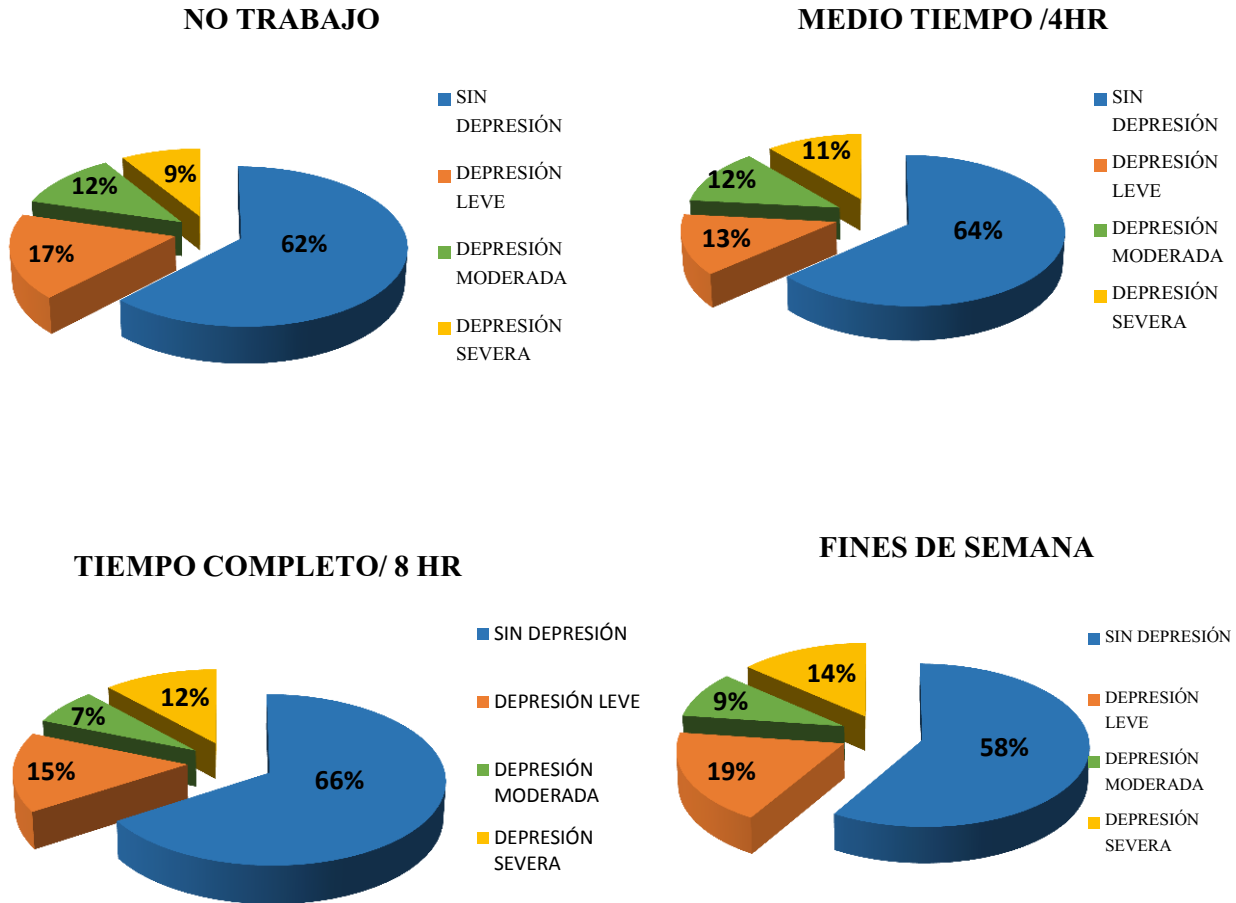
Los índices más altos para sin depresión y depresión severa son para los alumnos separados o divorciados

En la tabla podemos observar como 28 alumnos no contestaron o dieron una respuesta inválida.

Grafica 6.

Depresión/actividad laboral

La relación entre la actividad laboral y la depresión puede verse reflejada en las siguientes graficas:



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

A través de la comparación de las gráficas observamos cómo la depresión alcanza niveles más altos tanto generales como para los niveles de leve y severa en alumnos que trabajan los fines de semana.

¿Pero el tipo de actividad laboral influirá en la depresión? Veamos la siguiente gráfica:

Tabla 7.

Depresion / tipo de actividad laboral

NIVELES DE DEPRESIÓN	DEPRESIÓN/TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL										Total	
	Empleado de com. / Neg. familiar		Prestador de servicios (vendedor/atiendo negocio)		Mesero, cantinero		Actividad relacionada con enfermería		Otros			No aplica
SIN DEPRESIÓN	57	67.9%	54	66.8%	13	59.1%	49	59.0%	61	61.6%	502	736
DEPRESIÓN LEVE	11	13.1%	13	16.0%	3	13.6%	11	13.3%	21	21.2%	146	205
DEPRESIÓN MODERADA	8	9.5%	7	8.6%	4	18.2%	7	8.4%	7	7.1%	92	125
DEPRESIÓN SEVERA	8	9.5%	7	8.6%	2	9.1%	16	19.3%	10	10.1%	74	117
TOTAL	84	100%	81	100	22	100%	83	100%	99	100%	814	1183

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Es importante hacer notar que de los cinco apartados mencionados en la encuesta, el índice mayor de depresión es para los que realizan actividades relacionadas con enfermería 41% (n=34), que también tiene el índice más alto en cuanto a depresión severa. En 814 alumnos no aplico la prueba de estos 714 alumnos refirieron no laborar y 100 no contestaron al reactivo.

Depresión/año escolar cursado:

Tabla 8.

	PRIMERO			SEGUNDO			TERCERO			CUARTO		
	MAT.	VESP.		MAT.	VESP.		MAT.	VESP.		MAT.	VESP.	
SIN DEPRESIÓN	66.8	66.2	66.5	58.2	62.9	60.6	62.3	56.2	59.3	62.8	59.5	61.1
DEPRESIÓN LEVE	14.3	11.5	12.9	15.7	27.5	21.6	14.2	20.9	17.6	21.5	16.2	18.8
D. MODERADA	9.4	15.1	12.3	12.7	1.5	7.1	12.7	9.3	11.0	7.6	14.5	11.1
D.SEVERA	9.5	7.2	8.3	13.3	8.1	10.7	10.7	13.6	12.2	8.1	9.8	8.9
ALUMNOS EN DEPRESIÓN			33.5			39.4			40.7			38.9

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

Depresión /Turno:

Tabla 9.

	MATUTINO					VESPERTINO				PROM
	1	2	3	4		1	2	3	4	
SIN DEPRESIÓN	66.8	58.2	62.3	62.8	62.5	66.2	62.9	56.2	59.5	61.2
DEPRESIÓN LEVE	14.3	15.7	14.2	21.5	16.4	11.5	27.5	20.9	16.2	19.0
D. MODERADA	9.4	12.7	12.7	7.6	10.6	15.1	1.5	9.3	14.5	10.1
D.SEVERA	9.5	13.3	10.7	8.1	10.4	7.2	8.1	13.6	9.8	9.7
ALUMNOS EN DEPRESION					37.5					38.8

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO A 1183 ALUMNOS DE ENFERMERÍA DE LA FEZ ZARAGOZA, UNAM, 2013.

De acuerdo con la relación de las variables independientes, no existe relevancia entre la depresión y el grado escolar o el turno al que asiste el alumno.

8. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en la carrera de Enfermería de la FES Zaragoza, los niveles de depresión superan los niveles reportados por la Secretaría de Salud, que van de un 12 a un 20% en adultos. Mediante las cifras es posible concluir que la población universitaria presenta índices más altos que la población en general.

Lo cual concuerda con la investigación realizada por Manelic & Ortega, que en su estudio, “La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón”, señalan que los síndromes depresivos son más frecuentes en los universitarios que en la población en general, sin embargo, esta investigación fue realizada en el año de 1995 y presenta una prevalencia de 13.6% que registra una diferencia de 25 puntos porcentuales a la encontrada en esta investigación.

En los estudios más recientes encontramos cifras más apegadas a la obtenida en la presente investigación, como las conseguidas por Buenrostro “et al.” (2006) en su investigación titulada “Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de la Universidad de Colima” (que cabe señalar es el primer estudio sobre depresión aplicado únicamente a Enfermería) reportan una prevalencia del 21% o con la investigadora Rosete M.G., que en su estudio “Frecuencia y distribución de la depresión en estudiantes de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología de la FES Zaragoza, UNAM” reporta un 27% de prevalencia en estados depresivos. Los datos señalados permiten dos conclusiones una, visualizar que la prevalencia de la depresión va en aumento y dos que los niveles de depresión en universitarios son mayores a la población en general.

Un punto importante a mencionar dentro de las investigaciones sobre depresión es la relación entre la depresión y el sexo.

Buenrostro “et al.” (2006), refiere que en la carrera de Enfermería de la Universidad de Colima por cada seis mujeres deprimidas existía un hombre que presentaba la misma situación.

La OMS (2012) establece una tendencia de dos mujeres por cada hombre sin embargo la presente investigación difiere a ello, si bien las cifras son mayores para las mujeres la tendencia encontrada es de cuatro a tres y no de dos a uno.

Aunque el estudio es de tipo exploratorio y descriptivo los resultados nos permitieron ampliar la investigación y mediante el programa estadístico SPSS 20 aplicar la prueba chi cuadrado de Pearson, a las variables de sexo y depresión. Encontrando que si existe asociación entre sexo y depresión, sin embargo la diferencia entre ambos sexos en cuanto a tendencia no es significativa lo cual muestra que si bien hay mayor predisposición en las mujeres los hombres tienen al igual el riesgo a deprimirse.

Lo encontrado en cuanto a tendencias es similar a lo mencionado por Manelic & Ortega (1995), Flores, "et al." (2007), Cofín, Álvarez, Marín (2011), y Rosete M. G. (2011).

9. CONCLUSION

“Cuatro de cada diez alumnas/os están deprimidos; y uno de cada diez presenta depresión severa”. Es lo encontrado con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, lo cual supera las cifras proyectadas por la Secretaria de Salud para la población en general.

Que los jóvenes presenten prevalencias más elevada que el resto de la población en general es un hecho que ha sido ampliamente documentado y avalado por múltiples investigadores. Para nuestra población en específico es quizá el actual ritmo de vida, y las exigencias de una carrera universitaria así como muchos otros los factores específicos los que desencadenan una alta prevalencia.

Dentro de la relación de las variables independientes con la depresión el bloque de edad que presenta mayor prevalencia en cuanto a depresión severa es el de 21 a 23 años, en cuanto al estado civil los separados/ divorciados tienen los índices más altos en cuanto a sin depresión y depresión severa lo cual podría deberse a la fase de duelo por la cual está pasando su relación o a la actitud con la cual enfrentaron la misma.

Cabe mencionar que en cuanto a actividad laboral son los alumnos que trabajan los fines de semana los que más se deprimen, la falta de un día de descanso interfiere con el equilibrio entre actividades y descanso uno de los requisitos de Orem para un correcto autocuidado.

De acuerdo con los datos obtenidos el tipo de actividad laboral que más deprime a los estudiantes es precisamente realizar actividades relacionadas con la Enfermería seguido de trabajar como mesero o cantinero.

En cuanto al año escolar cursado o al turno no se encontró diferencia significativa importante.

La relación entre depresión y sexo se encontró significativa, pero la diferencia en cuanto a tendencia es baja.

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que ha sido utilizada como instrumento de evaluación para la investigación, ha sido reconocida y validada como un óptimo instrumento de tamizaje para la valoración de la sintomatología depresiva, sin embargo como lo mencionamos con anterioridad es importante la sintomatología y la duración de esta, así que no se descarta la importancia de un cuestionario de manera individual por cada alumno que presenta sintomatología depresiva para un diagnóstico certero y el conocimiento de los factores individuales que desarrollaron dicha condición.

Finalmente, espero que esta investigación sea una contribución al conocimiento real de la situación por la cual atraviesan los estudiantes de la carrera de Enfermería en cuanto a depresión.

Debemos reflexionar y pensar que los estudiantes que presentan depresión en este momento podrían ser los futuros (as) enfermeros (as), y si no superan esta enfermedad, las secuelas podrían no verse reflejadas únicamente en su persona; sino en su ámbito social y laboral. Es así que la peor decisión después de tener conocimiento de la situación sería no hacer nada.

Ante tal panorama se sugiere la implementación de programas de concientización sobre la importancia del autocuidado de la salud mental, así como la intervención en alumnos que presentan depresión y su futura reevaluación, esperando que esto contribuya a mejorar los índices actuales, mas no será más que la constancia en ello la que permitirá una verdadera solución.

10. PERSPECTIVAS

1. Dar seguimiento a la población que presenta déficit de autocuidado en depresión, realizando entrevistas individuales que nos permitan un diagnóstico certero así como conocer de una manera más profunda los factores causales de la depresión en dicha población.
2. Implementar conferencias, talleres
3. Realizar evaluaciones de manera sistemática al inicio y final de cada año escolar con la finalidad de implementar acciones acorde con las necesidades de esa población, además de crear bases de datos que permitirán la visualización de las tendencias al comportamiento de dicha patología.

11. ANEXOS

Anexo 1.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

CES-D				
Nos interesa conocer algunas experiencias que te ocurrieron durante la semana pasada. Lee cada afirmación e indica el número de días (0 a 7) en cuanto a cómo te sentiste así la semana pasada.				
Durante la semana pasada ¿cuántos días te sentiste así?	Ningún día	Entre 1-2 días	3-4 días	5-7 días
Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.				
No me sentía con ganas de comer, tenía mal apetito.				
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza ni con la ayuda de familiares y amigos.				
Sentía que era tan bueno /a como cualquier otra persona.				
Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo.				
Me sentía deprimido/a.				
Sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo.				
Me sentía optimista sobre el futuro.				
Pensé que mi vida era un fracaso.				
Me sentía con miedo.				
Mi sueño era inquieto.				
Estaba contento/a.				
Hablé menos de lo usual.				
Me sentí solo.				
La gente no era amigable.				
Disfruté de la vida.				
Pasé ratos llorando.				
Me sentí triste.				
Me sentí que no le caía bien a la gente.				
No podía seguir adelante.				

12. REFERENCIAS

1. **Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (2003).** Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Recuperado el 10 de agosto 2013, de:
<http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.
2. **Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud (SPPS)** Depresión y Suicidio en México. Recuperado el 20 de junio del 2013, de:
<http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>.
3. **Organización Mundial de la Salud (OMS).** La Depresión Nota descriptiva N°369, Octubre de 2012. Recuperado el 10 de agosto de 2013, de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.
4. **Secretaría de Salud.** Conociendo la salud Mental. Boletín de atención Psiquiátrica. Vol. 3, No. 8 2, 2012.
5. **Hernández B. & Nava G.** Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos. Revista de Enfermería Neurológica (Mex.)Vol. 11, No. 3 153-158, 2012.
6. **Marriner, T. A., & Raile, A. M. (2011).** Modelos y teorías de enfermería (7th ed.). Elsevier, Mosby. 190-200.
7. **Cavanagh, S. (1993).** Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson. Salvat Enfermería.

8. **Orem, D. E.** Nursing: concepts of practice. Mosby. 1995.
9. **Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, 2000).** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed.). Masson. 326-357.
10. **Pozos R.** (1988). Consideraciones para una historia natural de los cuadros depresivos. Rev. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. 21. 47-60.
11. **Millán, C. A. (2013).** La depresión como enfermedad-hitos de la medicina. Rev. Bienestar.com. Recuperado el 23 de mayo de 2013, de <http://www.revistabienestar.com.co/contenido.php?id=5&edicion=37&ida=403>
12. **Esparza M. (5 abril 2010).** Historia de la depresión. Recuperado el 12 de mayo del 2013, de <http://infodedepresion.blogspot.mx/2010/04/historia-de-la-depresion.html>.
13. **Manelic, R. H. & Ortega, S. H. (1995).** “La Depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón”. Salud Mental.
14. **Buenrostro, O. A., Torres, H. J., Velasco, R. R., Mora, B. A., & Blas, V. L. (2006).** Prevalencia y severidad de depresión en Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Colima. Revista Enfermería IMSS. Vol. 14. 17-22.
15. **Flores, O. R., Jiménez, E. D., Pérez H. S, Ramírez, S. P., & Vega, V. Z. (2007).** Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 10.

16. **Coffin, C. N., Alvares, Z. M., & Marín C. A. (2011).** Depresión e Ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol. 14. N° 4. 342-354.

17. **Rosete, M. G. (2011).** Frecuencia y distribución de la depresión en estudiantes de Enfermería, Medicina, Odontología y Psicología de la FES-Z en Jornadas de Investigación 2010 .Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades UNAM.

18. **Gonzales, F.C., Wagner, E. F.& Jiménez, T. A. (2012).** Escala de depresión del centro de estudios Epidemiológicos (CES-D) en México: análisis bibliométrico. Revista de Salud Mental. Vol. 35. N° 1. 13-20.

19. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art. IV.**

20. **Ley General de la Salud. Art 72.** Recuperado el 15 de junio de 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>.

21. **Diario Oficial de la Federación (2012).** Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. Recuperado el 20 de junio del 2013 de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012.

22. **Declaración de Helsinki de la asociación medica Mundial (2013).** Declaración de Helsinki. Principios éticos para investigaciones médicas. Recuperado el 20 de junio de 2013 de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.

