



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y  
MUNICIPIOS**

**HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA ESTADO DE MÉXICO**

**“DETECCIÓN DE INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN  
ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA REGIONAL SANTIAGO  
TIANGUISTENCO, ISSEMYM, A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO DE  
BECK”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DR. ELSA MARÍA VALENCIA LÓPEZ**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**"DETECCIÓN DE INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN  
ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA REGIONAL SANTIAGO  
TIANGUISTENCO, ISSEMYM, A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO DE  
BECK"**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. ELSA MARÍA VALENCIA LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. GUILLERMO VÍCTOR VÁZQUEZ**  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**ING. JOANA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA  
EN SALUD

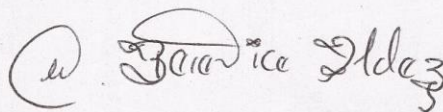
**“DETECCIÓN DE INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN  
ADOLESCENTES DE LA CLÍNICA REGIONAL SANTIAGO  
TIANGUISTENCO, ISSEMYM, A TRAVÉS DEL INSTRUMENTO DE  
BECK”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA

**DRA. ELSA MARÍA VALENCIA LÓPEZ**

AUTORIZACIONES



**M. E. M.F. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS, CON SEDE  
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

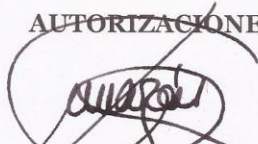
**“DETECCIÓN DE INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN  
ADOLSCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO  
TIANGUISTENCO, ISSEM<sub>y</sub>M, A TRAVES DEL INSTRUMENTO  
BECK”**

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

**PRESENTA**

**DRA. ELSA MARÍA VALENCIA LÓPEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

## DEDICADO

A mi hija Andrea Tonantzin

Por ser mi más grande fortaleza mi refugio en momentos difíciles y la luz de vida que mi ser necesitaba, por ser mis mejores recuerdos del pasado, mis apreciados momentos del presente y sin duda la promesa y esperanza de mi futuro TE AMO

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi esposo Bernardo Giovanni

Por aguantar las ausencias, apoyar mis proyectos, y crecer juntos personal y profesionalmente.

A mi hija Andrea Tonantzin

Por esperar tiempos de mamá y por qué tu sonrisa me alienta a seguir cada día

A mis padres Hilario y Estela

Por ser el mejor ejemplo de superación, amor incondicional por su gran labor en mi desarrollo personal, humano y profesional, por ser simplemente los mejores padres. Gracias.

A mis hermanos, Rosita, Paco, Beatriz, Fernando

Por tener siempre las palabras precisas y su apoyo incondicional siempre

A mi asesor de tesis y profesora Dra. Bere

Por su tiempo dedicado en la realización de este proyecto no solo de investigación sino de vida y superación, por los regañones, las tareas y los festejos mil gracias por todo su apoyo

Al Dr. Daniel Godínez por su asesoría en la realización de este estudio

## **RESUMEN**

Objetivo: Identificar la incidencia de depresión en adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco, ISSEMYM. Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal, en una muestra aleatoria de 60 pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad a través de un instrumento que consta de tres apartados: ficha de identificación, inventario de Beck y APGAR familiar, captura de datos y análisis estadístico. Resultados: Se obtuvo una media de edad de 13.9 años de los cuales el 60 % perteneció a la adolescencia temprana y el 40% adolescencia tardía, 45% fueron hombres y el 55% mujeres, 13 pacientes presentaron algún grado de depresión de los cuales 7 son católicos 6 cristianos , 3 se encontraban casados y 10 solteros, 5 pertenecieron a una familia nuclear, 6 a una monoparental y 2 a familia extensa. Conclusión: El objetivo principal de este estudio de investigación fue detectar incidencia de depresión en adolescentes así como los factores que pudieran estar asociados a el desarrollo de depresión en este grupo etario, los resultados arrojados coinciden en gran medida con estudios realizados previamente con el número de participantes fue limitado sin embargo esto ayuda a crear estrategias para que el adolescente acuda a consulta con mayor frecuencia para detectar conductas de riesgo, así como la capacitación del personal médico para identificar dichas conductas.

Palabras claves: Adolescencia, Depresión, Beck.

## **SUMMARY**

Objective: To identify the incidence of depression in adolescents at the Santiago Tianguistenco's Regional Clinic, ISSEMYM. Material and methods: A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out in a random sample of 60 adolescents between 10 and 19 years old who were given an instrument consisting of three sections, the identification card, Beck's inventory and family APGAR, the data was captured, and statistically analyzed. Results: which the age's average was 13.9 years old, 60% belonged to early adolescence and 40 % late adolescence, 45% were male and 55% were female, 13 patients had some degree of depression, of which 7 were Catholic, 6 were Christian, 3 were married and 10 were single, 5 belonged to a nuclear family, 6 were single parents and 2 were extended families Conclusion: The main objective of this research study was to detect symptoms of depression in adolescents as well as factors that might be associated with the development of depression in this age group, the shown results largely coincide with studies previously made, even though, the number of patients were limited, this study helps to create strategies in order to make the adolescent tries to get a consult more frequently, helping to detect risky behaviors, as well as the training of medical staff to identify those behaviors.

Key words: Adolescence, Depression, Beck.



## INDICE

	Titulo	Página
1	Marco Teórico	1
1.9	Planteamiento del problema	14
1.10	Justificación	16
1.11	Objetivos	18
2	Material y métodos	19
2.1	Tipo de estudio	19
2.2	Población, lugar y tiempo de estudio	20
2.3	Muestra	20
2.4	Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	20
2.5	Variables	20
2.6	Procedimiento del estudio	22
2.7	Método de recolección de datos	22
2.8	Procesamiento y análisis de datos	22
2.9	Consideraciones éticas	23
3	Resultados	24
4	Discusión	32
5	Conclusiones	34
6	Referencias Bibliográficas	35
7	Anexos	38

# **1.- MARCO TEÓRICO**

## **1.1.- ADOLESCENCIA Y PUBERTAD**

### **1.1.1 Definición**

El término pubertad proviene del latín “pubere” que significa pubis con vello. Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta.<sup>1, 3</sup>

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración.<sup>3</sup> Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad, terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial.

Para el adolescente los cambios físicos, así como en las relaciones que establece con su grupo de referencia y amigos, implican un proceso de transformación en el concepto de sí mismo, que lo llevará a adquirir nuevas ideas, valores y prácticas y por lo tanto a construir una identidad propia que demanda en el joven el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permitan consolidar su autonomía y éxito tanto personal como social<sup>3, 13</sup>

### **1.1.2 Clasificación**

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años, es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano<sup>2,3</sup> y define juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).<sup>2, 3</sup>

### **1.1.3 Características**

Durante esta época, el adolescente se caracteriza por actitudes impulsivas, poco reflexivas, rebeldía e imprudencia; dadas por su poca experiencia y la búsqueda de una identidad. Se sabe que la adolescencia se dará con riesgos mayores de los necesarios cuando se vive en condiciones poco favorables.<sup>3, 11</sup>

La adolescencia ha representado un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias. En trabajos anteriores hemos observado que la autoestima constituye un recurso psicológico del adolescente que media la relación entre variables familiares y problemas de conducta delictiva.<sup>3, 10, 11</sup>

Es sabido desde los trabajos de Piaget que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyección de futuro, característico de la madurez. Sobre los 12 años se alcanza el desarrollo cognitivo con capacidad de pensar en abstracto, a los 15-16 el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal.<sup>4, 5</sup>

Giedd en 2004 demostró, que hasta los 25-30 años no se alcanza el desarrollo completo de la corteza prefrontal, gracias a lo cual se adquiere la capacidad para discernir lo que conviene hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos), es decir la maduración definitiva. Esto explica la implicación del joven, en conductas de riesgo. A diferencia del adulto que tiene el lóbulo frontal totalmente desarrollado, un adolescente puede dejarse llevar por el primer impulso emocional de ira (amígdala) ante un compañero que le insulta y empezar una pelea, o comprometerse en conductas arriesgadas.<sup>11</sup>

## **1.2.-DEPRESION Y SUICIDIO**

### **1.2.1 Definición**

Los trastornos denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor y la distimia que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad, así como al riesgo de perder la vida, sufrir dolor o perder la libertad.<sup>6, 7</sup>

El trastorno depresivo mayor (TDM), una entidad de alta prevalencia y morbilidad en adolescentes, es uno de los principales factores de riesgo para suicidalidad en este grupo de edad. Es importante destacarlo puesto que esta población ha sido invisibilizada no solo por los padres y madres de familia, sino por los mismos funcionarios y funcionarias de salud y por las autoridades institucionales.<sup>4, 5</sup>

La depresión puede constituir un problema de gran importancia para la salud e integración social del niño y el adolescente; esta patología puede generar: bajo rendimiento escolar, conductas sociales

inadecuadas y graves repercusiones en las funciones y dinámica de la familia. Se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. <sup>1, 6, 8, 15</sup>

### **1.2.2 Suicidio**

En la actualidad, el suicidio es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. Esta temática se torna aún más grave en la población adolescente, puesto que los suicidios en este grupo etáreo, son cada vez más frecuentes, constituyéndose en la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años en Chile.<sup>1</sup>

Uno de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el intento suicida. Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado quitarse la vida, constituyéndose en un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la salud pública. <sup>1, 17</sup>

La investigación sobre los factores de riesgo para el intento suicida adolescente ha establecido una relación con desórdenes psiquiátrico, como con la adversidad familiar. Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos, <sup>1</sup>

En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, destacándose los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones; comunicación conflictiva; bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental; estructura familiar inestable; historia familiar con depresión; desórdenes psiquiátricos; abuso de sustancias; conducta suicida y conflictos legales del padre, entre otros.<sup>1, 3, 5, 9.</sup>

El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres. Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. <sup>5, 8</sup>

Antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas. Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en las y los adultos.<sup>5, 8, 9</sup>

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en los adolescentes. En México, las tasas de suicidio han aumentado en 275% de 1970 a 2007.<sup>1</sup> Los adolescentes son un grupo en riesgo particular. Alrededor de 11% de los adolescentes han presentado ideación suicida alguna vez en su vida, y 3% ha realizado algún intento de suicidio.<sup>2</sup> El trastorno depresivo mayor (TDM), una entidad de alta prevalencia y morbilidad en adolescentes, es uno de los principales factores de riesgo para suicidalidad en este grupo de edad.<sup>4,17</sup>

Numerosas variables biológicas, psicológicas y sociales han sido investigadas como factores que se relacionan con la suicidalidad de los adolescentes. Algunas de ellas, como género, depresión, desesperanza, consumo indebido de alcohol y drogas han sido ampliamente estudiadas. Otras, como personalidad, ansiedad, violencia, abuso en la infancia, familia con antecedente de suicidalidad y/o de enfermedades psiquiátricas, les siguen en orden de frecuencia de estudio. En cambio, la autoestima, impulsividad, tipo de funcionamiento familiar y el apoyo social, han sido generalmente citadas, pero menos exploradas.<sup>15</sup>

Factores neurobiológicos, culturales, demográficos y sociales pueden aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes. Además del TDM, existen otros factores específicos que se han asociado con la suicidalidad en adolescentes, incluyendo comportamiento disruptivo, abuso de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, historia de abuso sexual, antecedente de intentos previos e historia familiar de enfermedad psiquiátrica.

La caracterización de estos factores es esencial para el desarrollo de estrategias de detección, prevención y tratamiento de la ideación suicida.<sup>4,17</sup>

### **1.3.-PREVALENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA**

La organización mundial de la salud (OMS) ha categorizado a la depresión entre los diagnósticos clínicos más incapacitantes y se estima que en 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. Aproximadamente 851 millones de personas y constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad.<sup>6, 8, 10</sup>

México es un país de población joven, con una media de edad de 22 años. Aproximadamente el 34% de la población es menor a 15 años. Se calcula que en México el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o en la adolescencia, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida. De acuerdo con los resultados de encuestas de autoaplicación, la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos es de 22.8 a 50.8 %. En la mitad, la duración de un episodio depresivo se

extiende a más de dos años; en un tercio, entre tres meses y dos años; 26 % se recupera a los tres meses; 21 % todavía es sintomático luego de un año y 14 % después de tres años.<sup>6,7</sup>

Se ha determinado que la depresión infantil tiene la misma prevalencia en niños y niñas; mientras que en la adolescencia se observa un claro predominio en el sexo femenino. Existen estudios sobre la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en la población adulta; sin embargo, son escasas las investigaciones realizadas en la población infantil y adolescente debido a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida y a la inespecificidad de los síntomas.<sup>6, 16</sup>

### **1.3.1.- Epidemiología de la depresión en México**

En México, se estima que la depresión ha afectado por lo menos una vez en su vida a 40% de la población, es decir, a casi tres millones de personas.<sup>10, 12</sup>

En las últimas décadas diversas investigaciones reportan una elevada tasa de depresión en este grupo de edad, lamentablemente muchos estudios se han realizado con muestras clínicas por lo que se dispone de escasos datos acerca de la prevalencia de este trastorno en la población adolescente. Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad. Los resultados indicaron que la prevalencia del EDM alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente).<sup>6, 7, 10, 20</sup>

Los análisis para identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un EDM durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente). Visto desde otro ángulo, entre toda la población adulta que ha padecido un EDM alguna vez en su vida, el 27.5% lo tuvo antes de los 18 años de edad. Cabe señalar que la probabilidad de tener un siguiente EDM fue 1.8 veces mayor entre quienes iniciaron en la niñez o la adolescencia.

Las personas con EDM temprano tuvieron el doble de episodios a lo largo de su vida en comparación con quienes su inicio fue en la adultez (6.8 vs 3.1 episodios, respectivamente). Si las personas recibieran tratamiento en su primer EDM, sería menos probable que padecieran otro. De hecho, los resultados de la ENEP mostraron que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debió a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno, y no solo por haberse iniciado en la infancia o la adolescencia.<sup>13, 14</sup>

En 2005 se llevó a cabo la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de la Ciudad de México, con el mismo método que la ENEP. La prevalencia de EDM durante el último año en los adolescentes fue del 4.8%, mayor a la reportada por la ENEP en adultos: el 1.1% en hombres y el 2.8% en mujeres.

Por otro lado, la prevalencia del conjunto de los trastornos de ánimo (TA) en los adolescentes durante el último año fue del 7.8%. Al analizar esta información según la ocupación de los adolescentes (estudia y/o trabaja, o ninguna), se observó que la prevalencia de los TA fue menor en quienes solo estudiaban (5.5%), y fue aumentando en quienes estudiaban y trabajaban (10.1%), en quienes solo trabajaban (11.3%), y aún mayor entre quienes no estudiaban ni trabajaban (13.3%).<sup>7, 20</sup>

#### **1.4 ETIOLOGÍA**

Si bien las investigaciones científicas ofrecen nuevos elementos para comprender mejor la etiología de los trastornos depresivos, aún quedan preguntas fundamentales por resolver. Por ejemplo, algunos estudios identifican factores individuales, tales como la carga genética, traumatismos psíquicos y/o accidentes vasculares, mientras que otros subrayan la importancia de factores psicosociales, como los eventos de vida y las crisis económicas y políticas, entre otros; o bien, la interacción de diversos factores de manera compleja y que difícilmente pueden ser resueltos con abordajes exclusivamente enfocados en el individuo.<sup>7</sup>

La depresión en el adolescente es multifactorial, uno es el factor genético, ya que se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Así mismo, se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. También se consideran factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos.

6

Los factores sociales como la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres y la falta de comunicación.<sup>6, 7, 8</sup>

#### **1.5.- CUADRO CLINICO**

La sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes y adultos en México, como en muchos otros países, con una mayor proporción de casos entre las mujeres. Los jóvenes en condiciones socio-urbanas más conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión.

Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres. El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo.

Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero en los hombres los intentos son más letales. Las tasas de suicidio consumado en varones son más altas en la mayoría de los países del mundo, y México no es la excepción.<sup>7</sup>

La depresión en la adolescencia se manifiesta como un estado generalizado de infelicidad, en el que se expresa tristeza, anhedonia y falta de capacidad de respuesta; destaca una conducta inadecuada e inmadurez para superar el duelo por la pérdida de la niñez, adoptando una conducta hostil hacia sus padres o hacia sí mismo. De este modo, dichos trastornos se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto de las personas, ligados con cambios o problemas en otras esferas de la vida, como apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas, culpa excesiva e ideación suicida, entre otras.<sup>2, 7, 18, 19</sup>

Un estudio reciente encontró diferencias importantes en los síntomas de depresión entre adolescentes y adultos mayores, con mayores tasas de ideación suicida entre los adolescentes y mayores tasas de síntomas somáticos en los adultos mayores.<sup>7, 18, 19</sup>

La mayoría de las personas, incluso muchos médicos, consideran que estos síntomas son exclusivos del adulto y si éstos se encuentran en un niño o en un adolescente, probablemente sean secundarios a “comportamientos” encaminados a llamar la atención o a querer manipular su entorno psicosocial.

Existe desconocimiento y desinterés por parte de los profesionales de la salud, padres y profesores, en la identificación temprana de alteraciones mentales y del comportamiento en niños y adolescentes, causando detección tardía de síntomas como ansiedad y depresión que pueden terminar en desenlaces como el fracaso académico, conductas suicidas o consumo de sustancias psicoactivas.<sup>19</sup>

De hecho, los resultados de la ENEP mostraron que la mayor cronicidad de la depresión con inicio temprano se debió a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno, y no solo por haberse iniciado en la infancia o la adolescencia.<sup>7, 19</sup>



## **1.6.- FAMILIA ASOCIDA A DEPRESIÓN**

### **1.6.1 Definición**

Desde la perspectiva sistémica se define como un conjunto organizado e interdependiente de unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior, es un sistema abierto que se autorregula por reglas de interacción y finalmente la familia como sistema en constante transformación e interacción con otros sistemas y además existen subsistemas.

### **1.6.2 Familia y salud**

La familia es la institución social básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población. El hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que se considere muy importante también para la salud, el modo de vida familiar. El rol que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema que amerita mayor atención en el marco de un sistema de salud sustentado en la práctica de la medicina familiar.<sup>2,16, 21, 22</sup>

La atención a la salud de la familia constituye una necesidad si se desea progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en la atención primaria.<sup>22</sup>

Para hacer un análisis del funcionamiento familiar, creemos necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad. El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia.<sup>16</sup>

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, y de acuerdo a ello, el buen o mal funcionamiento de la familia, factor determinante en la conservación de la salud o aparición de la enfermedad entre sus miembros. Según el grado en que la familia cumpla o deje de cumplir sus funciones se habla de familia funcional o disfuncional. Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas.<sup>2, 16, 21</sup>

A la hora de hablar de funcionamiento familiar no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y

al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.<sup>16, 23</sup>

La necesidad de un cambio en las relaciones paterno-filiales durante la adolescencia y la influencia que el contexto familiar ejerce en la mayor o menor adaptación del adolescente son aspectos ampliamente reconocidos. Así, en lo que respecta a las relaciones paterno-filiales, el adolescente necesita establecer una identidad propia y alcanzar una mayor autonomía respecto del núcleo familiar. Sin embargo, esta creciente autonomía no implica una pérdida de vinculación afectiva con los padres. De hecho, el mantenimiento de este vínculo afectivo es para autores tales como Youniss y Smollar (1985) y Grotevant y Cooper (1986) un prerrequisito necesario para el adecuado desarrollo de dicha autonomía.

En palabras de Musitu y colaboradores (2001), “durante la adolescencia, la familia se encuentra con el deber de sincronizar dos movimientos antagónicos que se presentan con una creciente intensidad: la tendencia del sistema hacia la unidad, al mantenimiento de lazos afectivos y al sentimiento de pertenencia, por un lado, y la tendencia hacia la diferenciación y la autonomía de los miembros singulares”. Un proceso en el que la comunicación comienza a ser reconocida como un elemento clave.<sup>14</sup>

En investigaciones anteriores han reportado que los hijos adolescentes de padres deprimidos pueden tener un padecimiento comórbido, como lo son los trastornos disociales, por déficit de atención y ansiedad. El interés de la relación entre el funcionamiento familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo, han llevado a evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.<sup>2,4, 25</sup>

Los adolescentes con alto grado de depresión y suicidalidad reportan mayores alteraciones de comunicación con sus padres comparados con los grupos control. Los adolescentes con suicidalidad también muestran mayor percepción de disfunción familiar, provienen de hogares considerados como “rotos” y poseen una relación conflictiva adolescente-madre.<sup>24</sup>

Una historia clínica de discordia entre el adolescente y sus padres es un factor independiente para predecir suicidalidad en adolescentes deprimidos. En 1995, Martin et al. reportaron que un grado alto de disfunción familiar, de acuerdo con el Mc Master Family Assessment Device, se asociaba con la gravedad de depresión y suicidalidad en pacientes adolescentes. A su vez, Garber et al. encontraron datos similares, mostrando que un mal funcionamiento familiar, medido con el Family Relationship Index, se asoció con suicidalidad en pacientes adolescentes.<sup>4, 12</sup>

En estudios realizados con el objetivo de estimar la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana, los resultados muestran que existe una correlación negativa moderada entre la depresión y la cohesión familiar en los participantes. En una familia cohesiva, expresiva, organizada, en la que se fomenta la independencia de sus miembros, quienes a su vez experimentan cercanía y afecto de los demás, es poco probable que los adolescentes presenten desajustes emocionales y comportamentales.<sup>13, 14,15</sup>

El efecto positivo o negativo que puedan tener los conflictos sobre las relaciones paterno-filiales y el bienestar del adolescente depende, de una serie de factores moduladores. Dentro de ellos se encuentra, el nivel de cohesión y de flexibilidad del sistema familiar.<sup>12,13</sup>

### **1.7.-ESCALA DE BECK PARA DEPRESION**

Desde el enfoque cognitivo, Beck (1972) define la depresión como una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro; mismas que conllevan a una serie de distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información. Entre tales deformaciones se encuentran la sobre-generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva y la personalización. De esta manera, señala Beck, las emociones y conducta típicas de la depresión están determinadas por la forma en que el depresivo percibe la realidad.<sup>13, 18, 19, 30, 31</sup>

El Inventario para la Depresión de Beck, es el instrumento de auto informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora.<sup>24, 32, 34,35</sup>

Consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.

Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem.<sup>24, 33, 35,36</sup>

## **1.8.- INSTRUMENTOS EN MEDICINA FAMILIAR**

Los instrumentos de atención integral a la familia ofrecen una apreciación gráfica y esquemática de la familia y sus relaciones, permite desarrollar una visión integrada de las interacciones actuales, los puntos débiles y fuertes de la familia, así como su desarrollo histórico, son un elemento importante de diagnóstico para el médico familiar. Promueven el interés o expresión de sentimientos entre el informante que es el paciente y el profesional de salud, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto de su familia para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona como un todo.<sup>23, 24</sup>

Permite identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando la funcionalidad familiar en el proceso salud-enfermedad, por lo que representan elementos indispensables en la práctica ambulatoria del primer nivel y en la atención primaria de salud en general.

Los instrumentos que el médico familiar tiene a su disposición son amplios, debiendo ser usados según la necesidad del paciente y el ambiente que el especialista detecte en la consulta cotidiana.<sup>23, 26</sup>

### **1.8.1.- APGAR FAMILIAR**

Es un instrumento de origen reciente, diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria a la Salud (APS), en su aproximación al análisis de la función familiar.<sup>28, 29</sup>

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.<sup>23, 25, 27</sup>

Con este instrumento los integrantes del equipo APS pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología.<sup>25, 28, 29</sup>

La última modificación del APGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos

### 1.8.2.- COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.<sup>25, 28</sup>

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.<sup>23, 28, 29</sup>

### 1.8.3.- COMO SE APLICA EL APGAR FAMILIAR

Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 2 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Casi nunca, 1: A veces, 2. Casi siempre,

Preguntas	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

#### 1.8.4 INTERPRETACIÓN

- ❖ Baja satisfacción: 0-3 puntos
- ❖ Mediana satisfacción: 4-6 puntos
- ❖ Alta satisfacción: 7-10 puntos

## 1.9 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, la depresión es una problemática relevante a nivel internacional, debido a su alta prevalencia y a su progresivo aumento a través de las décadas. Esta temática se torna aún más grave en la población adolescente, puesto que los suicidios en este grupo etéreo, son cada vez más frecuentes, constituyéndose en la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años en Chile y en México estas cifras son semejantes<sup>1</sup>

Uno de los factores de riesgo más importante para la consecución de un suicidio es el antecedente de intento suicida asociado a depresión. Se estima que entre 2% y 12% de la población joven ha tratado quitarse la vida, constituyéndose en un motivo frecuente de consulta en salud mental y en un grave problema para la salud pública. Dentro de los factores psicológicos y psiquiátricos, la depresión ha jugado un papel preponderante en el intento suicida, donde más de 50% de las muertes por suicidio se deben a este trastorno. En los adolescentes con depresión existe un riesgo mayor de presentar intentos,

En cuanto al ámbito familiar, se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida, destacándose los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones; comunicación conflictiva; bajos niveles de cercanía afectiva; altos niveles de control parental; estructura familiar inestable; historia familiar con depresión; desórdenes psiquiátricos; abuso de sustancias; conducta suicida y conflictos legales del padre, entre otros.<sup>1, 3, 5.</sup>

El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres<sup>5</sup>

Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en las y los adultos.<sup>5</sup>

El trastorno depresivo mayor (TDM), una entidad de alta prevalencia y morbilidad en adolescentes, es uno de los principales factores de riesgo para suicidalidad en este grupo de edad. Es importante destacarlo puesto que esta población ha sido invisibilizada no solo por los padres y madres de familia, sino por los mismos funcionarios y funcionarias de salud y por las autoridades institucionales.

4, 5.

El suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en los adolescentes. En México, las tasas de suicidio han aumentado en 275% de 1970 a 2007. Los adolescentes son un grupo en riesgo particular. Alrededor de 11% de los adolescentes han presentado ideación suicida alguna vez en su vida, y 3% ha realizado algún intento de suicidio. <sup>1, 4.</sup>

El trastorno depresivo es una entidad que se encuentra subdiagnosticada en los adolescentes ya que se cree es un periodo de descontrol psicológico normal de esta etapa y se pasa inadvertidos ciertos síntomas evidentes ya que solo acuden a consulta por enfermedades orgánicas como gripe, traumatismos situaciones quirúrgicos, gastrointestinales y el personal de salud no indaga más allá de la sintomatología referida ya que se conoce muy poco de esta entidad en los adolescentes o simplemente es ignorada por la falta de tiempo en las consultas.

Es importante dar seguimiento y dirigir adecuadamente los programas destinados a ellos con mayor énfasis a detectar factores de riesgo y realizar actividades preventivas de una manera atractiva para el adolescente que haga que se integre y busquen orientación en el personal de salud en un ambiente de confianza y cordialidad al sentir que el médico familiar se interesa por sus padecimientos no solo físicos sino también psíquicos.

Los hijos adolescentes de padres deprimidos pueden tener un padecimiento comórbido, como; trastornos disociales, por déficit de atención y ansiedad. El interés de la relación entre el funcionamiento familiar, el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo, han llevado a evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar;

La presencia de depresión en el adolescente no siempre se detecta a tiempo, debido a la poca asistencia a los servicios de salud; así como por las características del comportamiento propias de este período transicional.

Existen múltiples estudios sobre la prevalencia, diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos en la población adulta; sin embargo, son escasos, los realizados en la población infantil y adolescente debido a la dificultad diagnóstica es esta etapa de la vida la poca especificidad de los síntomas, la depresión puede constituir un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente, por lo que puede provocar; bajo rendimiento escolar. Conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares <sup>6</sup>

Por lo antes comentado nos realizamos la siguiente pregunta ¿Cuál es la incidencia de depresión en los adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco de ISSEMYM, a través de la escala de Beck?



## 1.10 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha categorizado la depresión entre los diagnósticos clínicos más incapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares. Los adolescentes son un grupo en riesgo particular ya que como se ha mencionado el trastorno depresivo mayor (TDM), es una entidad de alta prevalencia y morbilidad en adolescentes, es uno de los principales factores de riesgo para suicidio en este grupo de edad.<sup>5</sup>

El suicidio asociado a depresión se encuentra entre las tres principales causas de muerte en los adolescentes. En México, las tasas de suicidio han aumentado en 275% de 1970 a 2007. Alrededor de 11% de los adolescentes han presentado ideación suicida alguna vez en su vida, y 3% ha realizado algún intento de suicidio.<sup>1,2</sup>

El riesgo a lo largo de la vida para este trastorno es de 12.7% para los hombres y de un 21.3% para las mujeres.<sup>5</sup> Es una enfermedad sub-diagnosticada y sub-tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 - 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado. Uno de cada ocho adolescentes y uno de cada treinta y tres niños experimentará depresión. Lo anterior contradice la creencia popular que la depresión se presenta únicamente en las y los adultos.<sup>5</sup>

Factores neurobiológicos, culturales, demográficos y sociales pueden aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes. Además del TDM, existen otros factores específicos que se han asociado con la suicidalidad en adolescentes, incluyendo comportamiento disruptivo, abuso de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, historia de abuso sexual, antecedente de intentos previos e historia familiar de enfermedad psiquiátrica. La caracterización de estos factores es esencial para el desarrollo de estrategias de detección, prevención y tratamiento de la ideación suicida.

La sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes y adultos en México, como en muchos otros países, con una mayor proporción de casos entre las mujeres. Los jóvenes en condiciones socio-urbanas más conflictivas muestran tasas más elevadas de depresión. Si bien los trastornos depresivos son más prevalentes en las mujeres, en los hombres sus consecuencias pueden tener repercusiones de gravedad aún mayores que en las mujeres. El estigma hacia la depresión en los hombres puede conducir a que se intente enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo. Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio, pero en los hombres los intentos

son más letales. Las tasas de suicidio consumado en varones son más altas en la mayoría de los países del mundo, y México no es la excepción.

Pese a las barreras y escasos recursos en las instituciones de salud y educación, será necesario continuar desarrollando alternativas que permitan una mejor atención de la problemática de salud mental en la población joven, aun cuando sus necesidades no puedan ser expresadas directamente o que los motivos de consulta sean “otros”, frecuentemente enmascarados por conductas problemáticas, como la violencia y las adicciones, entre otras.

Este grupo etario se encuentra abandonado en las instituciones de salud si bien hay programas dirigidos a ellos la mayoría no acude a consulta a manera de prevención, sino que son llevados por los padres solo por condiciones mórbidas como, cuadros gripales, gastroenteritis, traumatismos y los adolescentes no acuden a consulta de manera individual para algún tipo de orientación médica ni para cuestiones de prevención.

Por lo cual el objetivo de este estudio de investigación es identificar la incidencia de depresión, así como los factores asociados a su desarrollo en los adolescentes de nuestra clínica a fin de rescatar los programas que ya existen y enfocarlos de manera correcta y oportunos para nuestros pacientes y así disminuir el riesgo de suicidio que es la consecuencia más temida de una depresión mal tratada o subdiagnosticada o no detectada en nuestros adolescentes a fin de brindarles una adecuada valoración y un seguimiento integral en el primer nivel de atención.

## **1.11 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Identificar la incidencia de depresión en adolescentes de 10 a 19 años de edad de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco, ISSEMYM, en el periodo de abril a junio 2016

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

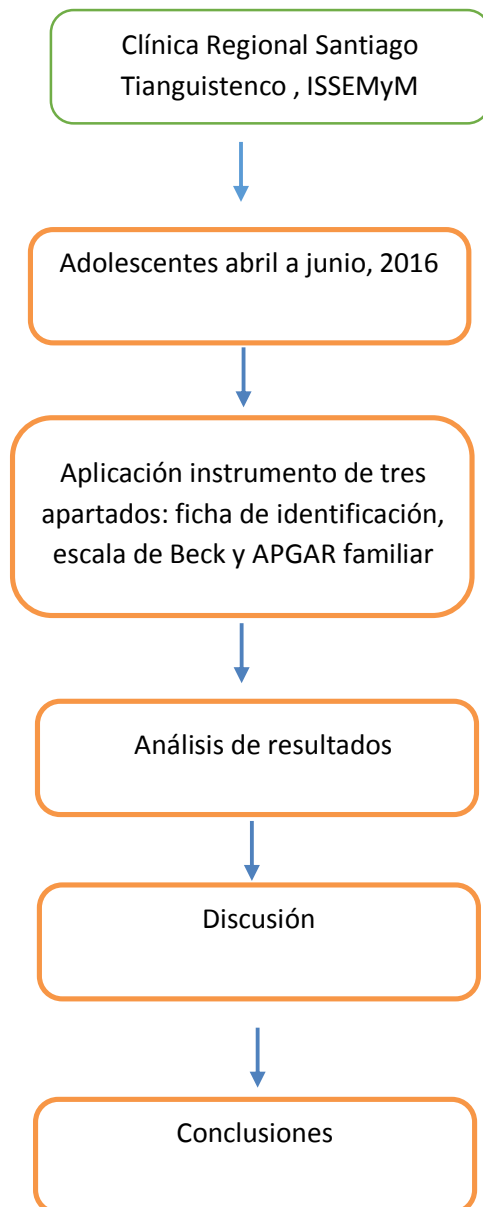
- Identificar la edad de los adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM
- Identificar el estado civil de los adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM.
- Identificar el grado de escolaridad de los adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM.
- Identificar la tipología por composición de la familia de los adolescentes de la Clínica Regional de Santiago Tianguistenco, ISSEMYM.
- Identificar el grado de depresión en los adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM.
- Identificar el grado de satisfacción mediante APGAR familiar de los adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio descriptivo, observacional y transversal.

#### Diseño de Investigación



## 2.2 Población, lugar y tiempo

Se estudiaron a 60 adolescentes de 10-19 años de edad de la Clínica Regional de Santiago Tianguistenco en el periodo comprendido de abril a junio del 2016.

## 2.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

Muestra aleatoria de 60 adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM

## 2.4 Criterios

### 2.4.1 Criterios de selección

- Pacientes adscritos a la Clínica Regional de Santiago Tianguistenco de 10 a 19 años de edad
- Pacientes adolescentes de 10 a 19 años de edad que quieran participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado con su padre o tutor
- Pacientes que sepan leer

### 2.4.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes que no estén adscritos en la Clínica Regional Santiago Tianguistenco,
- Adolescentes que no acepten participar en el estudio,
- Adolescentes que no firmen la carta de consentimiento informado con su padre o tutor.
- Adolescentes que no sepan leer y escribir

### 2.4.3 Criterios de eliminación.

- Cuestionarios mal llenados o ilegibles.

## 2.5 información a recolectar (variables)

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES QUE ADQUIERE LA VARIABLE
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el	Cuantitativa	Rango de 10 a 18 años a) Adolescencia temprana

	instante o periodo que se estima de la existencia de una persona		b) Adolescencia tardía
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción	Cualitativa nominal	a) Femenino b) Masculino
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cualitativa nominal	a) Soltero b) Casado
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).	Cualitativa	a) Católica b) Cristiana
Escolaridad	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender,	Cualitativa	a) Primaria b) Secundaria c) Preparatoria
Tipología familiar (composición)	Elementos por los que está integrada Las familias pueden clasificarse de diferente manera dependiendo del aspecto que se esté estudiando	Cualitativa	a) Nuclear b) Monoparental c) Nuclear extensa
Escala de Beck	Cuestionario que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión.	Cuantitativa	a) Sin depresión (0-13 puntos) b) Depresión leve (14-19 puntos) c) Depresión moderada (20-28 puntos)

			d) Depresión grave (29-63 puntos)
APGAR familiar	Es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.	Cuantitativa	a) Casi siempre: (2 puntos) b) Algunas veces. (1 punto) c) Casi nunca: (0 puntos)

## 2.6 Procedimiento del estudio

Los pasos que se siguieron en esta investigación fueron:

- Se seleccionó el tema y se planteó el tipo de estudio
- Se buscó la información
- Se seleccionó el universo y muestra de estudio
- Se seleccionó el instrumento
- Se realizaron los trámites con las autoridades de la institución para la realización de la investigación
- Se aplicó el instrumento
- Se procesó la información
- Se analizaron los resultados
- Se interpretaron los resultados
- Se sacaron las conclusiones
- Se emitieron las recomendaciones.

## 2.7 Método de recolección de datos

SECCIONES	NOMBRE	NUMERO DE VARIABLES
Sección 1	Ficha de identificación	8
Sección 2	Inventario de Becker	21
Sección 3	APGAR Familiar	5

## 2.8 Procesamiento y análisis de datos.

Habiendo terminado la fase de captura de datos, respecto a ficha de identificación, inventario de Beck y APGAR familiar se procederá a realizar un análisis estadístico utilizando el software IBM - SPSS versión 24, año 2016.

## **2.9 Consideraciones Éticas**

El presente estudio cuenta con Consentimiento de Participación Voluntaria y Aprobación del Comité de Ética de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco, ISSEMYM.

Basado en las regulaciones locales e internacionales como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia de Junio 1964, y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón en Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia en Octubre 1983, 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong en Septiembre 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica en Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia en Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

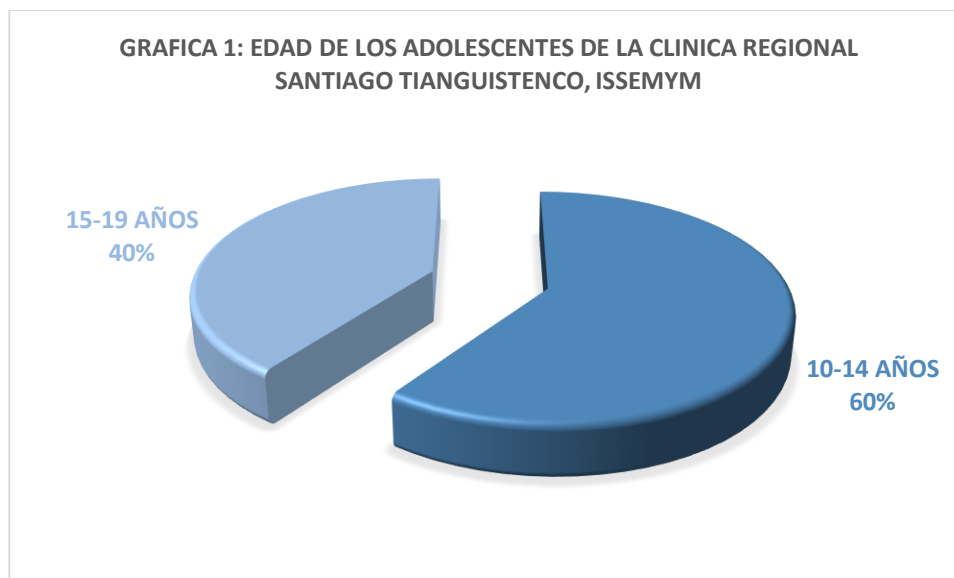
Así como se seguirán las disposiciones en la Ley general de salud en materia de investigación para la salud que establece en el artículo 13 que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. En el artículo 16 que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice así como en el artículo 17 en que la Investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.



### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Edad

Se estudiaron a 60 adolescentes en rango de 10 a 19 años con una media de 13.9 de los cuales el 60 % perteneció al rango de 10 a 14 años que se clasifica en adolescencia temprana y el 40% en el rango de 15 a 19 años que se clasifica en adolescencia tardía según la OMS, como se muestra en la Grafica1.



Fuente: n=60

#### 3.2 Sexo

De los 60 participantes 45% (27 adolescentes) pertenecieron al sexo masculino y el 55% (33 adolescentes) al sexo femenino, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1. SEXO DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>MASCULINO</b>	27	45
<b>FEMENINO</b>	33	55
<b>TOTAL</b>	60	100

Fuente: n=60

### 3.3 Escolaridad

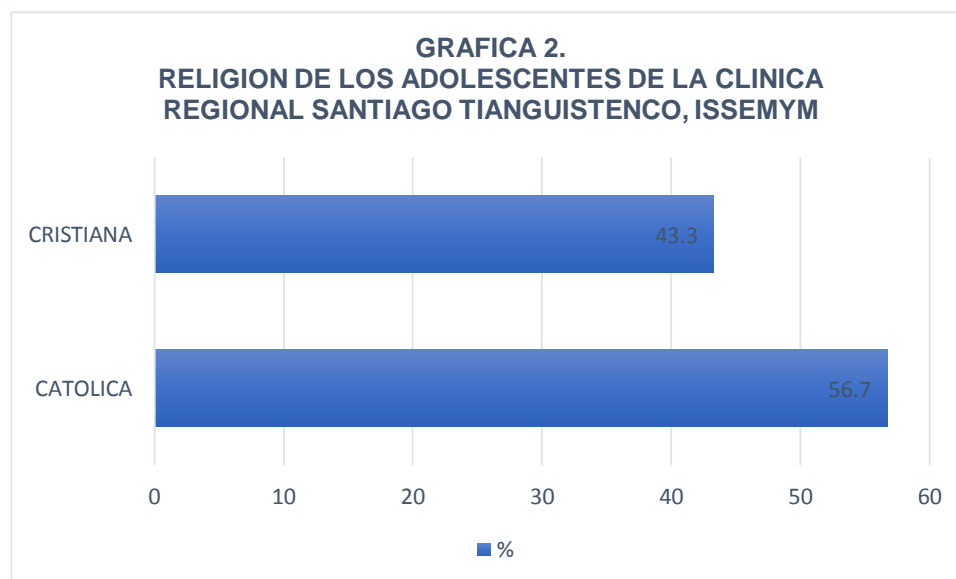
En cuanto a la escolaridad se encontró que el 21.7% de los adolescentes estudiados cursan la primaria, 38.3% la secundaria y el 40% la preparatoria, como se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2. ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>PRIMARIA</b>	13	21.7
<b>SECUNDARIA</b>	23	38.3
<b>PREPARATORIA</b>	24	40
<b>TOTAL</b>	60	100

Fuente: n=60

### 3.4 Religión

Se encontró que el 43.3% pertenecen a la religión cristiana y el 56.7% a la religión católica, como se muestra en la Grafica 2.



Fuente: n=60

### 3.5 Estado Civil

La mayor parte de los adolescentes que participaron en el estudio son solteros representando el 95% sin embargo se encontraron 3 participantes casados que corresponden al 5%, como se muestra en la Tabla 3.

<b>TABLA 3.</b>		
<b>ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SOLTERO</b>	57	95
<b>CASADO</b>	3	5
<b>TOTAL</b>	60	100

**Fuente: n=60**

### 3.6 Tipología Familiar

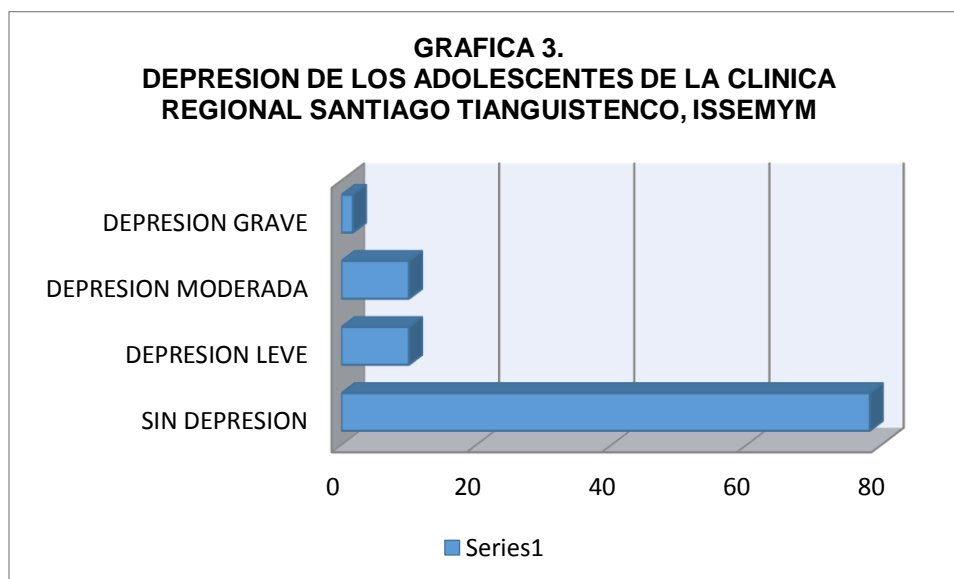
La mayoría de los adolescentes estudiados pertenecen a una familia nuclear representando el 65% (39 adolescentes), 14 pertenecen a una familia monoparental representando el 23.3% y solo 7 a una familia nuclear extensa representando solo el 11.7% como se muestra en la Tabla 4.

<b>TABLA 4.</b>		
<b>TIPOLOGIA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NUCLEAR</b>	39	65
<b>MONOPARENTAL</b>	14	23.3
<b>EXTENSA</b>	7	11.7
<b>TOTAL</b>	60	100

**Fuente: n=60**

### 3.7 Escala de Beck

En cuanto a los resultados de la aplicación de la escala de Beck para valorar presencia de depresión en adolescentes la mayoría no presento signos de depresión representando un 78.3% un 10 % presenta síntomas de depresión leve y otro 10% depresión moderada sin embargo se presentó 1 caso de depresión grave que represento un 1.7%, como se muestra en la Grafica 3.



Fuente: n=60

### 3.8 Relación entre depresión y edad

De los pacientes con depresión leve 5 pertenecen a la adolescencia tardía y 1 a la adolescencia temprana, en la depresión moderada 4 pertenecen a la adolescencia tardía y 2 a la adolescencia temprana y el adolescente con depresión grave pertenece a la adolescencia tardía, como se muestra en la Tabla 5.

**TABLA 5.  
RELACION ENTRE DEPRESION\* EDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO  
TIANGUISTENCO, ISSEMYM**

		Edad		Total
		Adolescencia temprana	Adolescencia tardía	
Escala de Beck	Sin depresión	33	14	47
	Depresión leve	1	5	6
	Depresión moderada	2	4	6
	Depresión grave	0	1	1
Total		36	24	60

Fuente: n=60

### 3.9 Relación entre depresión y sexo

Con respecto a la depresión en cualquiera de sus modalidades la mayoría fueron mujeres representado por 9 adolescentes entre las cuales una presento depresión grave y solo 4 hombres presentaron algún tipo de depresión, como se muestra en la Tabla 6

**TABLA 6.**  
**RELACION ENTRE DEPRESION\* SEXO DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM**

		Sexo		Total
		Masculino	Femenino	
<b>Escala de Beck</b>	Sin depresión	23	24	47
	Depresión leve	1	5	6
	Depresión moderada	3	3	6
	Depresión grave	0	1	1
<b>Total</b>		27	33	60

**Fuente: n=60**

### 3.10 Relación entre depresión y escolaridad

La mayoría de los casos con depresión se presentó en el nivel medio superior con 9 adolescentes y solo cuatro en secundaria no habiéndose encontrado en nivel primaria ningún caso

**TABLA 7.**  
**RELACION ENTRE DEPRESION\* ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM**

		Escolaridad			Total
		Primaria	Secundaria	Preparatoria	
<b>Escala de Beck</b>	Sin depresión	13	19	15	47
	Depresión leve	0	2	4	6
	Depresión moderada	0	2	4	6
	Depresión grave	0	0	1	1
<b>Total</b>		13	23	24	60

**Fuente: n=60**

### 3.11 Relación entre depresión y sexo

Solo se encontró mayor número de casos de depresión en solteros dado por 10 adolescentes y solo 3 casados, como se muestra en la Tabla 8.

TABLA 8. RELACION ENTRE DEPRESION* ESTADO CIVIL DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM				
		Estado Civil		Total
		Soltero	Casado	
Escala de Beck	Sin depresión	47	0	47
	Depresión leve	4	2	6
	Depresión moderada	5	1	6
	Depresión grave	1	0	1
Total		57	3	60

Fuente: n=60

### 3.12 Relación entre depresión y religión

Se encontraron resultados poco discrepantes en cuanto a los casos de depresión en ambas religiones sin una diferencia significativa, como se muestra en la Tabla 9.

TABLA 9. RELACION ENTRE DEPRESION* RELIGION DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM				
		Religión		Total
		Católica	Cristiana	
Escala de Beck	Sin depresión	27	20	47
	Depresión leve	4	2	6
	Depresión moderada	3	3	6
	Depresión grave	0	1	1
Total		34	26	60

Fuente: n=60

### 3.13 Relación entre depresión y tipología familiar

Se encontró una diferencia mínima en el número de casos de depresión en familias nucleares, así como en monoparentales y solo 2 casos en familias nucleares extensas uno de los cuales presento depresión grave, como se muestra en la Tabla 10.

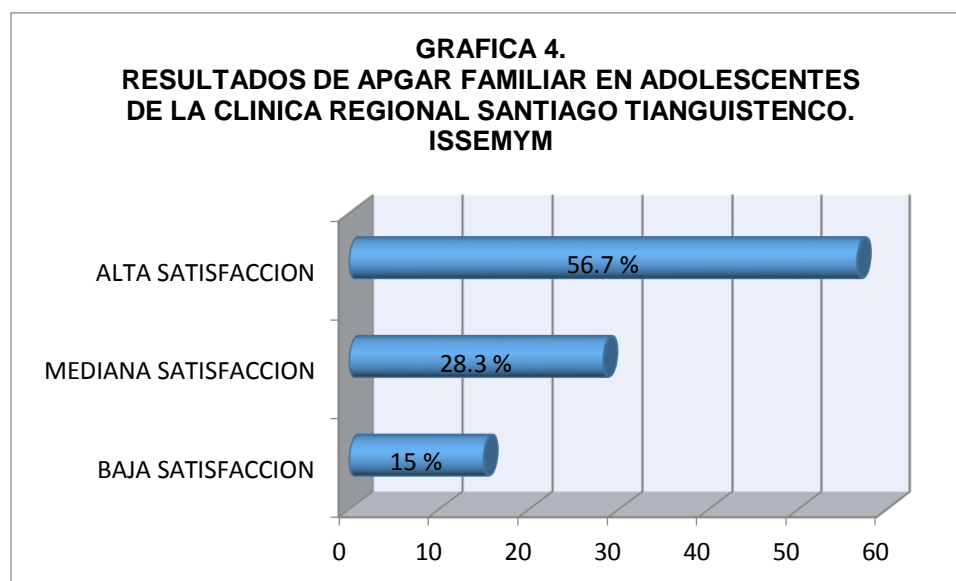
**TABLA 10.**  
**RELACION ENTRE DEPRESION\* TIPOLOGIA FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM**

		Tipologías familiar			Total
		Nuclear	Monoparental	Extensa	
Escala de Beck	Sin depresión	34	8	5	47
	Depresión leve	2	3	1	6
	Depresión moderada	3	3	0	6
	Depresión grave	0	0	1	1
Total		39	14	7	60

Fuente: n=60

### 3.14 APGAR Familiar

En los resultados de aplicación del APGAR arrojó una frecuencia de alta satisfacción en un 56.7%, mediana satisfacción en un 28.3% y baja satisfacción en un 15%, como se muestra en la Grafica 4.



Fuente: n=60

### 3.15 Relación entre depresión y APGAR Familiar

En base a los resultados de los casos con depresión se encontraron resultados similares en cuanto a el resultado de Apgar ya que coinciden con mediana y baja satisfacción familiar

TABLA 11. RELACION ENTRE DEPRESION* APGAR FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO, ISSEMYM					
		Grado de satisfacción			Total
		Baja Satisfacción	Mediana Satisfacción	Alta Satisfacción	
Escala de Beck	Sin depresión	3	11	33	47
	Depresión leve	2	4	0	6
	Depresión moderada	3	2	1	6
	Depresión grave	1	0	0	1
Total		9	17	34	60

Fuente: n=60



#### 4. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio coinciden con varios de los estudios realizados en otras publicaciones, Luz de Lourdes Eguiluz Romo en su investigación del 2014 estudio a 292 alumnos de una secundaria de la ciudad de México de los cuales el 45.5% fueron hombres y 54.5 % fueron mujeres, en nuestro estudio se evaluaron a 60 adolescentes de 10 a 18 años con una media de 13.9 años de los cuales el 45% fueron hombres y 55% mujeres Eguiluz Romo encontró que del total de los evaluados 74% proviene de una familia nuclear, 16.8% proviene de una familia monoparental, 6.5% vivió con sus tíos, abuelos o con sus hermanos; mientras que 1.7% vivió con personas que no son de su familia. En semejanza con los resultados obtenidos ya que 65% pertenecían a una familia nuclear y 23.3% a una familia monoparental, adolescentes con familias nucleares extensas representando el 11.7% no se encontraron adolescentes viviendo con otros parientes ni con otras personas fuera del núcleo familiar.

En cuanto a los síntomas de depresión se encontró que el 72.72% de los adolescentes de género femenino no presento sintomatología de depresión, 15.15% presentó síntomas de depresión leve y 9.09% depresión moderada, 3.03% depresión grave, mientras que para el género masculino se presentó 85.18% sin evidencia de sintomatología de depresión 3.7% presento depresión leve y 11.11% depresión moderada y no hubo ningún caso de depresión grave, resultados que coinciden con los resultados de Eguiluz Romo para ambos géneros con mayor prevalencia en el género femenino.

Como hallazgo importante cabe destacar que Santiago Tianguistenco es un lugar con tradiciones católicas muy arraigada y la prevalencia de religión cristiana casi se equipara a la religión católica presentado una población de 43.3% para ala religión cristiana y 56.7% para la religión católica.

En cuanto a ,a prevalencia de la edad se dividió en rango de adolescencia temprana al rango de 10 a 14 años y adolescencia tardía al rango de 15 a 18 años con base a la clasificación de la OMS encontrándose 3 adolescentes con síntomas de depresión en la adolescencia temprana de los cuales 1 corresponde a depresión leve y 2 a depresión moderada, en cuanto a la adolescencia tardía se encontraron 10 adolescentes con síntomas de depresión de los cuales 5 (20.8%) se encuentran en depresión leve, 4 (16.6%) en depresión moderada y 1 (4.1%)en depresión grave .

En cuanto a la escolaridad hubo una frecuencia mayor en preparatoria con 4 (16.6%) adolescentes con depresión leve 4 (16.6%)con depresión moderada y 1 (4.16%)con depresión graveen secundaria se encontraron 4 casos de los cuales 2 (8.6%) correspondían a depresión leve y 2 (8.6%) a depresión moderada y en nivel primaria no se encontró ningún caso.

Se encontró que la gran mayoría de los adolescentes encuestados eran solteros con 95% de la población estudiada y solo el 5 % eran casados (3 adolescentes), los cuales presentaron síntomas de depresión leve 2 y 1 con depresión moderada. Y 10 adolescentes solteros presentaron síntomas de depresión.

De acuerdo con la tipología familiar en adolescentes con familia nuclear; 2 adolescentes presentaron depresión leve y 3 presentaron depresión moderada para los adolescentes con familias monoparentales, 3 adolescentes presentaron depresión leve y 3 depresión moderada, y en familias nucleares extensas, 1 presentó datos de depresión leve y 1 de depresión grave.

Con base a la satisfacción percibida por los participantes con su familia se encontró alta satisfacción en un 56.7%, mediana satisfacción en un 28.3% y baja satisfacción en un 15%. Con 12 adolescentes con sintomatología de depresión en baja y mediana satisfacción y solo un adolescente con alta satisfacción.

## 5. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio de investigación fue detectar síntomas de depresión en adolescentes así como los factores que pudieran estar asociados a el desarrollo de depresión en este grupo etario, los resultados arrojados coinciden en gran medida con estudios realizados previamente con el número de participantes fue limitado sin embargo esto ayuda a crear estrategias para que el adolescente acuda a consulta con mayor frecuencia para detectar conductas de riesgo, se encontró que a pesar de que la comunidad de Santiago Tianguistenco tiene costumbres católicas muy arraigadas una población significativa de adolescentes pertenecen a la religión cristiana apenas superada por la población católica esto puede ser un factor predisponente para el desarrollo de depresión ya que las reglas son más rígidas . la prevalencia fue mayor en el sexo femenino, con un mayor número de casos de depresión en escolaridad preparatoria, la mayor parte de los casos con algún grado de depresión se relacionaron con baja o mediana satisfacción según Apgar Familiar. Se espera más adelante se realicen estudios en los que se valore la dinámica familiar como factor de riesgo para el desarrollo de depresión

Se recomienda la implementación de estrategias para que el paciente adolescente acuda de manera regular a consultas como son platicas en escuelas secundarias sobre estos temas , platicas en las salas de espera de las instituciones dirigidas a los padre y a los adolescentes valorara la funcionalidad familiar , y dar continuidad a los casos detectados así como una oportuna referencia a personal de psicología y psiquiatría a pacientes que así lo requieran así como que el medico conozca los criterios e instrumentos de los que puede hacer uso para una adecuada valoración y detección de este tipo de padecimientos en un grupo etario de manejo complejo, capacitación contante del personal médico sobre la depresión.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaruel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista médica de Chile*. 2009;137(2).
- 2 Zapata-Gallardo J, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda- Lozano V, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Medigraphic Bol Med Hosp Infant Mex*. 2007;64(5):295-301.
- 3 Marquant E, Plotton I, Reynaud R. Pubertad normal. *EMC - Pediatría*. 2015;50(1):1-6.
- 4 Perales Blum M, Loredo L. Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud Mental*. 2015;38(3):195-200.
- 5 Gómez Rodríguez D, Gutiérrez Herrera M, Londoño S. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*. 2013;7(1):45.
- 6 Barrientos-Acosta, V, Mendoza-Sánchez, HF, Sainz-Vázquez, L, Pérez-Hernández, C, Gil-Alfaro, I, Soler-Huerta, E., Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar [en línea]* 2010, 12 (Julio-Septiembre)
- 7 González-Forteza C, Hermosillo de la Torre A, Vacio-Muro M, Peralta R, A. Wagnerd F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *ELSEVIER Bol Med Hosp Infant Mex*. 2015;72(2):149---155.
- 8 Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez A, Nava-Jiménez G, López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(3):225-232.
- 9 Gómez Rodríguez D, Gutiérrez Herrera M, Londoño S. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia*. 2013;7(1):45.
- 10 Galicia Moyeda I, Sánchez Velasco A, Robles Ojeda F. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*. 2009;25(2):227-240.
- 11 Musitu G, Jiménez T, Murgui S. Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*. 2007;49(1):3-10.
- 12 Luna Bernal A. Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colombiana de Psicología*. 2012;15(1):77-85.
- 13 Álvarez Zúñiga M, Ramírez Jacobo B, Silva Rodríguez A, Coffin Cabrera N, Jiménez Rentería M. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2009;9(2):205-216.
- 14 Jesús Cava M. Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social*. 2003;1(1):23-27.
- 15 Salvo G L, Melipillán A R. Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2008;46(2).

- 16 Herrera Santí P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1997;13(6):15-22.
- 17 Amezcua Medina M, González Pérez R, Zuluaga Mejía D. Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. *Hacia la promoción de la salud.* 2017;13(1):143-153.
- 18 Valdivia M, Silva D, Sanhueza F, Cova F, Melipillán R. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. *Rev Med Chile.* 2015;14(3):320-328.
- 19 Ospina-Ospina F, Hinestrosa-Upegui M, Paredes M, Guzmán Y, Granados C. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Rev salud pública.* 2011;13(6):908-920.
- 20 Marín-Ramírez A, Martínez-Díaz G, Ávila-Avilés J. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Rev Biomed.* 2015;26:23-31. Frías Ibáñez Á, Carrasco Á, Fernández M, García A, García B. Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión mayor en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2009;14(1).
- 21 Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública.* 2003;29(1):48-51.
- 22 Louro Bernal I. Modelo de salud del grupo familiar. *Rev Cubana Salud Pública.* 2005;31(4):332-337.
- 23 Suarez Cuba M, Alcalá Espinoza M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Med La Paz.* 2014;20(1):53-57.
- 24 Contreras-Valdez J, Hernández-Guzmán L, Freyre M. Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes. *Terapia psicológica.* 2015;33(3):195-203.
- 25 Santos Céspedes B, Armas Ferrera A, González Villarrubia P, Viñas González G, Mauriset Moráquez R. Tentativa de suicidio y apgar familiar modificado. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2008;13(4):32-41.
- 26 Silva D, Vicente B, Arévalo E, Dapelo R, Soto C. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2017;22(1):33.
- 27 Quiceno J, Vinaccia S. Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia psicológica.* 2013;31(2):263-271.
- 28 Alegre Palomino Y, Suárez Bustamante M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA.* 2017;1(1):48-57.
- 29 Gómez Clavelina F, Ponce Rosas E. Una nueva propuesta para la interpretación de Family apgar. *Aten Fam.* 2010;17(4):102-106.

- 30 González-Forteza C, Jiménez-Tapia J, Ramos-Lira L, Wagner F. Aplicación de la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 2008;50(4):292-299.
- 31 Eguiluz Romo L, Ayala Mira M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*. 2014;22(2):72-80.
- 32 Alonso Polo J, Castaño Castrillón J, Cerón Rosero Y, Dávila Menjura L, Julio De La Rosa A, De la Rosa Marrugo P et al. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. *Archivos de Medicina*. 2015;15(1):9-24.
- 33 Silva N. D, Valdivia M. Estudio comparativo de dos escalas de depresión en relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013;51(1):10-15.
- 34 Ceballos-Ospino G, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega L, González K, Sotelo-Manjarres A. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2015;12(1):15-22.
- 35 Londoño Pérez C, González Rodríguez M. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*. 2016;19(2):315-329.
- 36 Gómez-Bustamante E, Castillo-Ávila I, Cogollo Z. Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados\*. *Rev Colomb Psiquiat*, 2013;42(1):72-80.

## 7. ANEXOS

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

#### I.FICHA DE IDENTIFICACION

II.

EDAD:\_\_\_\_\_ SEXO :\_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_,

OCUPACION:\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_

RELIGION:\_\_\_\_\_

Integrantes de tu familia(padre, madre, hermanos, tíos, abuelos, esposa, hijos)	Edad	Ocupación	Estado civil

#### III.ESCALA DE BECK

INTRUCCIONES: Selecciona la frase que describa como te has sentido en la ultima semana colocando un tache sobre el cuadro del enunciado en cada ITEM

##### ITEM - 1

- a) No me siento triste
- b) Me siento triste
- c) Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
- d) Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

##### ITEM -2

- a) No me siento especialmente desanimado ante el futuro
- b) Me siento desanimado con respecto al futuro
- c) No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- d) No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

##### ITEM - 3

- a) No me considero un fracasado
- b) Creo que he fracasado más que cualquier persona normal

- c) Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- d) Creo que soy un fracaso absoluto como persona

ITEM - 4

- a) No estoy especialmente insatisfecho
- b) No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
- c) Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
- d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo

ITEM - 5

- a) No me siento culpable
- b) Me siento culpable una buena parte del tiempo
- c) Me siento bastante culpable casi siempre
- d) Me siento culpable siempre

ITEM - 6

- a) No creo que esté siendo castigado
- b) Creo que puedo ser castigado
- c) Espero ser castigado
- d) Creo que estoy siendo castigado

ITEM - 7

- a) No me siento decepcionado de mí mismo
- b) Me he decepcionado a mí mismo
- c) Estoy asqueado de mi mismo
- d) Me odio

ITEM - 8

- a) No creo ser peor que los demás
- b) Me critico bastante por mis debilidades o errores
- c) Me culpo siempre por mis errores
- d) Me culpo por todo lo malo que sucede

ITEM - 9

- a) No tengo pensamientos de hacerme daño
- b) Pienso en matarme, pero no lo haría
- c) Me gustaría matarme
- d) Me mataría si tuviera la oportunidad

ITEM - 10

- a) No lloro más que de lo habitual
- b) Ahora lloro más de lo habitual
- c) Ahora lloro todo el tiempo
- d) Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera



ITEM -11

- a) No estoy más irritable de lo normal
- b) Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
- c) Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
- d) Ahora me siento irritado todo el tiempo

ITEM - 12

- a) No he perdido el interés por otras personas
- b) Estoy menos interesado en otras personas que antes
- c) He perdido casi todo mi interés por las personas
- d) He perdido todo mi interés por las personas

ITEM - 13

- a) Tomo decisiones como siempre
- b) Postergo las decisiones más que de costumbre
- c) Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
- d) Ya no puedo tomar decisiones

ITEM - 14

- a) No creo que mi aspecto sea peor que antes
- b) Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo
- c) Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- d) Creo que soy feo

ITEM - 15

- a) Puedo trabajar tan bien como antes
- b) Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
- c) Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
- d) No puedo trabajar en absoluto

ITEM - 16

- a) Puedo dormir tan bien como antes
- b) No duermo tan bien como antes
- c) Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
- d) Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme

ITEM - 17

- a) No me canso más que antes
- b) Me canso más fácilmente que antes
- c) Me canso sin hacer casi nada
- d) Estoy demasiado cansado para hacer algo

ITEM - 18

- a) Mi apetito no es peor que antes
- b) Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes
- c) Mi apetito está mucho peor ahora
- d) Ya no tengo apetito

ITEM - 19

- a) No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
- b) He perdido más de dos kilos y medio
- c) He perdido más de cinco kilos
- d) He perdido más de siete kilos y medio

ITEM - 20

- a) No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- b) Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento
- c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa

ITEM - 21

- a) No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
- b) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
- c) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
- d) He perdido por completo el interés por el sexo

IV.APGAR

Instrucciones: coloca una X en la respuesta que te describa mejor

Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**Título del protocolo: “FACTORES DE RIESGO FAMILIARES PARA EL DESARROLLO DE DEPRESION EN ADOLESCENTES DE LA CLINICA REGIONAL SANTIAGO TIANGUISTENCO DEL ISSEMYM DE ABRIL 2015 A JUNIO 2016”**

Investigador principal: Elsa María Valencia López

Sede donde se realizará el estudio: Clínica Regional Santiago Tianguistenco

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

**1.-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** Se plantea la realización de este estudio con el fin de proporcionar una mejor atención hacia este grupo etario con detección oportuna de depresión así como sus factores predisponentes en el ambiente familiar y frenar así sus posibles consecuencias.

### **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos Identificar incidencia de depresión en adolescentes de la Clínica Regional Santiago Tianguistenco del ISSEMYM.

### **3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que existe relación entre los eventos críticos familiares así como su poder de adaptabilidad y cohesión para el desarrollo de depresión en los adolescentes lo cual servirá para que el profesional de la salud y el médico familiar realice mayor énfasis en detección de estos factores y dar un manejo integral a este grupo etario para la prevención actividades riesgosas. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.

### **4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán cuestionarios con algunas preguntas sobre sus sentir y sobre su familia.

## 5. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**

*Derechos Reservados, Comisiones de Investigación y Ética, Facultad de Medicina, 2007*

*3Derechos Reservados, Comisiones de Investigación y Ética, Facultad de Medicina, 2007*