



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DEL AMBIENTE FAMILIAR ASOCIADOS, EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 15 A 19 AÑOS EN NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. BRENDA JESSICA ESPINOSA ARMENTA

ASESORES:

DRA. BLANCA SANDRA RUIZ BETANCOURT

DR. RICARDO GERARDO HIDALGO LUNA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., FEBRERO 2018



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.

Autorización de la Tesis

Vo. Bo.

Dr. Benjamín Acosta Cazares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Instituto Mexicano del Seguro Social

Vo. Bo.

Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt
Asesor metodológico
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Instituto Mexicano del Seguro Social

Índice

I.	Resumen.....	5
II.	Marco Teórico.....	7
III.	Antecedentes.....	16
IV.	Planteamiento del problema.....	23
V.	Pregunta de investigación.....	24
VI.	Justificación.....	25
VII.	Objetivos	26
	General.....	26
	Específicos.....	26
VIII.	Hipótesis.....	27
IX.	Material y Método.....	28
	Diseño de Estudio.....	28
	Periodo de Estudio.....	28
	Población de Estudio.....	28
	Criterios de selección.....	28
	Cálculo de tamaño de muestra.....	29
	Operacionalización de variables.....	30
	Análisis Estadístico.....	37
X.	Consideraciones éticas.....	38
XI.	Recursos y financiamiento.....	39
XII.	Plan general.....	40
XIII.	Cronograma de actividades.....	42
XIV.	Resultados.....	43

XV. Discusión.....	55
XVI. Conclusiones.....	60
XVII. Referencias bibliográficas.....	61
XVIII. Anexos.....	65

I. Resumen.

Prevalencia de depresión y factores del ambiente familiar asociados, en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la ciudad de México.

Antecedentes: Benjet et al, en su estudio: La salud mental juvenil en una ciudad en desarrollo en el mundo: resultados de la Encuesta de Salud Mental de Adolescentes en México, realizado en 2009, incluyó adolescentes de 12 a 17 años con un tamaño de población de 3005 adolescentes. Este estudio reportó una prevalencia de trastorno depresivo mayor 4.8%. Se asociaron variables como: vivir con los padres (uno o ninguno) OR 1.13 (IC_{95%} 0.92, 1.39); educación de los padres: ninguna o primaria OR 0.98 (IC_{95%} 0.79, 1.21), 10-12 años OR 0.99 (IC_{95%} 0.79, 1.25); ingreso de los padres: bajo OR 0.97 (IC_{95%} 0.76, 1.24), medio OR 0.91 (IC_{95%} 0.72, 1.16). Leyva-Jiménez et al en su estudio: depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, determinaron la prevalencia de depresión y su asociación con disfunción familiar en adolescentes a través de un estudio transversal, realizado en Guanajuato. Incluyeron a 252 adolescentes de 15 a 19 años de edad. Calcularon una prevalencia de 29.8% encontrando que la familia rígidamente dispersa se presentó con más frecuencia en el grupo con depresión, calculando una OR 6.3. En el grupo de adolescentes sin depresión para la familia flexiblemente aglutinada se calculó una OR 0.215, en la familia estructuralmente aglutinada OR 0.215 y en la familia rígidamente aglutinada un OR 0.106; $p < 0.05$.

Objetivo: estimar la prevalencia de depresión y los factores del ambiente familiar asociados, en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México.

Material y métodos: se realizó un estudio transversal, en el periodo comprendido de marzo de 2017 a febrero de 2018 en tres planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Ciudad de México: plantel oriente, vallejo y sur. Se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Se aplicó un cuestionario con varios instrumentos validados para este grupo poblacional. Depresión se definió como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración y se midió a través del Inventario de Depresión de Beck II.

Se analizaron factores como: estado civil de los padres, nivel escolar de los padres, nivel socioeconómico, estructura familiar, integración familiar, funcionamiento familiar, comunicación familiar y apoyo de los padres. Se realizó un análisis univariado determinando la prevalencia de depresión con IC_{95%} así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas de acuerdo a su distribución probada con pruebas de normalidad. Para el análisis bivariado, se utilizó Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher como pruebas de contraste de hipótesis de variables categóricas entre grupos, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Para el análisis multivariado se realizó un modelo de regresión logística binomial incluyendo variables que resultaron significativas o que tuvieran plausibilidad biológica.

Resultados: se estudiaron a 993 adolescentes. El 54% pertenecían al sexo femenino. La mediana de edad fue de 16 años con un mínimo de 16 y un máximo de 17 años. Se obtuvo una prevalencia del 26.7%. No se encontró asociación significativa entre el desarrollo de depresión y el nivel escolar del padre y de la madre RMP 1.05 (IC_{95%} 0.81, 1.36; p= 0.50) y RMP 1.06 (IC_{95%} 0.82, 1.38; p= 0.93) respectivamente. Sin embargo se encontró asociación pertenecer a una familia no parental la RMP fue de 2.01 (IC_{95%} 1.39, 2.9), tener una familia desintegrada RMP 1.33 (IC_{95%} 1.07, 1.64), no contar con el apoyo del padre y de la madre RMP 2.08 (IC_{95%} 1.51, 2.88) y 3.35 (IC_{95%} 2.11, 5.32) respectivamente. Todos con significancia estadística. Se realizó un modelo ajustado por sexo, nivel socioeconómico, antecedente de trastorno de la madre, padre y del adolescente. Algunas de las variables en las cuales se mantuvo la significancia estadística fueron: el no tener el apoyo de la madre RMP de 3.37 (IC_{95%} 2.01, 5.31) y la comunicación evitativa establecida entre la madre y el adolescente RMP de 2.32 (IC_{95%} 1.76, 3.54; p=<0.01).

Conclusiones: se observó una prevalencia de depresión elevada además los resultados obtenidos sugieren una asociación positiva entre factores del ámbito familiar y el desarrollo de depresión, es por esta razón y dada la naturaleza de este estudio que deben realizarse estudios con los cuales se permita valorar la causalidad, ya que la depresión ha incrementado en las últimas décadas.

II. Marco teórico.

Desde su fundación en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró a la salud mental como parte integral de la definición general de salud, a la que define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(1), por lo que se reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas y lo refleja en la definición de salud mental, a la que define como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.(2) En mayo de 2012 en la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, resaltó la importancia que ejerce la carga mundial de los trastornos mentales, por lo que da relevancia a la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países, concediendo especial atención a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, mediante el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”. (3)

Se ha observado un incremento en la prevalencia de enfermedades degenerativas, en las que se incluyen a los trastornos mentales, en donde dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor para desarrollarlas. Entre estas personas y grupos sociales denominados “grupos vulnerables” se encuentran los adolescentes, a los cuales se les atribuye este calificativo debido a las características biopsicosociales propias de esta edad, en donde se experimenta un periodo de transición entre la dependencia de la infancia y las responsabilidades de la adultez. Esta etapa de cambio, es mayor en adolescencia tardía, que es la etapa comprendida entre los 15 y 19 años, ya que se considera un periodo de divergencia para los jóvenes, en donde la mayoría de estos están en la búsqueda de una vida adulta productiva y satisfactoria con el riesgo que existe para presenta dificultades al afrontar situaciones importantes, es por esto que en aquellos adolescentes que no

encuentran un soporte para resolver estos problemas aumenta el riesgo para desarrollar algún trastorno mental. Por todo esto la presencia de un trastorno mental en edades tempranas puede dificultar el adecuado desarrollo del individuo. (3, 4)

La frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes ha aumentado en los últimos 20 y 30 años. Se ha calculado que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene algún tipo de trastorno mental, en donde alrededor de la mitad de estos trastornos comienzan antes de los 14 años de edad y el 70% antes de los 24 años. (5)

Este tipo de trastornos contribuyen de manera importante con la discapacidad y la mortalidad prematura, aumentando el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de que incrementan el riesgo para desarrollar lesiones no intencionales e intencionales, como consecuencia de la interconexión que existe entre las funciones mentales con el funcionamiento físico, social y con el estado de salud. (6)

Los trastornos mentales, en particular la depresión, constituyen la principal causa de morbilidad en los adolescentes de 15 a 19 años de edad. La OMS define a este padecimiento como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (7)

Se ha observado que la edad de inicio de la depresión ha disminuido, lo que ha ocasionado que aumentara dramáticamente en los últimos cincuenta años. Debido a este comienzo en edades tempranas, en la actualidad es la segunda enfermedad más frecuente en psiquiatría infantil y aumenta de forma considerable después de la pubertad. (8)

La depresión, es la principal causa de años de vida ajustados en función de la discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos en edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, con la cual se reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas ya que en su forma más grave puede conducir al

suicidio, el cual tiene mayor trascendencia en esta etapa del desarrollo humano, ya que es la segunda causa de mortalidad en este grupo de edad.

Cabe mencionar que este trastorno se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratado por médicos no especialistas dentro del ámbito de la atención primaria. Cuando el grado de depresión se clasifica como leve se puede manejar con psicoterapia sin necesidad de indicar tratamiento farmacológico, sin embargo cuando tiene carácter moderado o grave lo indicado es combinar una medicación con terapia psicológica. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes, lo cual puede dificultar sensiblemente el desempeño en la escuela, el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. (9, 10, 11, 15)

Factores de Riesgo

La depresión, es un fenómeno que resulta de interrelaciones complejas y está determinado por múltiples componentes biológicos, psicológicos y ambientales. En los últimos años, se ha empezado a correlacionar la contribución de los factores externos que se generan en la vida colectiva con la iniciación, la evolución y el desenlace de este desorden. (12)

Factores biológicos

Genética.

Se conoce que los hijos de padres con depresión tienen el doble de riesgo para desarrollar depresión, específicamente la psicopatología materna le confiere mayor riesgo al adolescente para que este desarrolle depresión. Sin embargo, para algunos autores la influencia del ambiente es mayor cuanto más grave es la depresión, mientras que para otros, los cuadros clínicos más graves de depresión mayor están influenciados genéticamente, por lo tanto es posible que la depresión implique la combinación de diversos genes con factores del ambiente. (13, 23, 26, 30)

Factores bioquímicos.

Los estudios psicobiológicos indican que las alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión. Los niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona predicen el comienzo de la depresión en subgrupos de adolescentes con riesgo psicosociales elevados de presentarla. También parece existir alteraciones en los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en adolescentes con riesgo de depresión. (14, 15)

Existe evidencia sobre las diferencias estructurales y funcionales en el cerebro de adolescentes deprimidos en comparación con aquellos que no presentan este trastorno, por ejemplo asimetría en la actividad neuronal. (14, 15)

Sexo.

En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar en ambos sexos. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1, debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad. Se considera que el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años. (14, 15, 31)

Factores psicológicos

El temperamento presenta una base genético- biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje en particular dentro del contexto social pueden influir en el desarrollo y expresión de la depresión. (13, 14, 15)

La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales y cognitivas. La afectividad negativa conlleva a una mayor reactividad frente a los estímulos negativos, y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales. (13, 14, 15)

Factores ambientales

Los trastornos mentales que presenta un individuo, se atribuyen a las diversas interrelaciones que establece en los contextos en los que se desenvuelve, por lo que algunos autores señalan la importancia de analizar los problemas de los adolescentes considerando la influencia de los principales contextos en donde se desarrollan, entre las que destacan aquellos entornos con los que tiene un contacto inmediato, principalmente la familia y la escuela. La experiencia de acontecimientos negativos en estos ámbitos, se considera un factor precipitante para el desarrollo de depresión. (13, 16, 23)

Ambiente escolar. La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos y de rechazo por parte de miembros del entorno social en el que se desarrolla el adolescente, por ejemplo el ámbito escolar del que forma parte, lo cual incrementa la probabilidad para desarrollar depresión. Además en aquellos adolescentes que son expuestos al maltrato físico, emocional o sexual en el ambiente escolar aumenta el riesgo para desarrollar depresión. (17)

Ambiente familiar. De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Juventud realizada en México en el año 2000, el tiempo que los jóvenes usan en un día regular para estar con su familia supera a otras actividades importantes para ellos, como convivir con sus novios(as) o amigos, estudiar o realizar actividades recreativas y el porcentaje de su tiempo libre que los adolescentes entre 15 y 19 años dedican a estar con su familia supera al que invierten en estar con otros grupos de importancia para ellos, como sus amigos, o sus novios, asimismo, esta investigación encontró que los jóvenes consideran a los padres como su principal influencia en temas como la religión, los derechos o la sexualidad. Esto nos habla de la importancia de la familia en varios aspectos de la vida de los adolescentes. (17)

La familia es un grupo organizado e interdependiente de personas ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en intercambio permanente con el exterior. (29)

En las últimas décadas se han observado importantes cambios socioculturales, situación que ha ocurrido de forma paralela a los cambios experimentados en la estructura familiar tales como aumento en las familias monoparentales a consecuencia de un incremento en el número de divorcios, lo que puede condicionar que el núcleo protector del adolescente; su familia, se vuelva más vulnerable. Lo anterior cobra relevancia, porque en el desarrollo de un adolescente la familia es su entorno más importante, actuando como un factor protector, sin embargo cuando este núcleo social adquiere ciertas características, puede fungir como un factor de riesgo. (32)

Entre los principales aspectos que han sido identificados como factores de riesgo destacan la presencia de problemas de comunicación entre padres e hijos. La comunicación familiar abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos, ejerce un efecto protector ante el desarrollo de depresión. La percepción de los adolescentes acerca de que en su familia existen conflictos y un alto nivel de, hostilidad y rechazo, además de un escaso o excesivo control en la conducta de los adolescentes por parte de los padres así como una baja experimentación de afecto y cercanía. La presencia de estos factores inciden de manera negativa en los ámbitos emocional y cognitivo de los adolescentes, provocando que sean más propensos a desarrollar un trastorno depresivo. Por el contrario, factores, la expresión de emociones positivas entre padres e hijos, el apoyo que existe dentro de la dinámica familiar o una organización clara de los padres hacia los hijos con respecto a las reglas de disciplina son considerados como aspectos que promueven un ajuste emocional positivo en los adolescentes y por lo tanto minimizan el riesgo de que se presente un trastorno depresivo. (17)

Otros factores comunes asociados al ámbito familiar, son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el adolescente que pueden condicionar que un adolescente se desarrolle en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos; familia no parental. También se asocian como factores de riesgo las distintas formas de maltrato como el abuso físico,

emocional y sexual así como la negligencia en el cuidado, los eventos de divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades, la muerte de un familiar o amigo y el trabajo de los padres fuera de la casa. (17)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, está dada por los niveles de cohesión y adaptabilidad que tienen los integrantes de este núcleo social. Esta descrito que aquellas familias con niveles de cohesión y adaptabilidad disgregado y caótico respectivamente, son familias que pueden considerarse como factor de riesgo para desarrollar depresión, en cambio aquellas familias relacionadas y flexibles se consideran como un factor protector en el desarrollo de este trastorno mental. (19, 29)

En nuestro país un dato inquietante es que uno de cada 5 adolescentes tiene ingresos familiares bajos, con esto, las capacidades y oportunidades de los adolescentes se ven reducidas teniendo diversas implicaciones. (18, 19)

Al considerar al ámbito familiar como uno de los entornos con el que tienen contacto inmediato los adolescente, resulta importante valorar cómo son las relaciones que se establecen entre los padres y el adolescente con depresión, ya que se ha observado que una de las causas que ocasiona el aumento en la prevalencia de la depresión se atribuye a la ruptura de las estructuras familiares. (8)

Comorbilidad

La presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido en los adolescentes deprimidos parece ser más la regla que la excepción para esta población. (4) Del 40 al 90% de los pacientes con depresión tienen comorbilidad psiquiátrica, lo que repercute en la severidad del trastorno y en el comportamiento psicosocial del paciente. (16)

Las comorbilidades son mucho más frecuentes en adolescentes, y se asocia con un mayor número de episodios depresivos, más búsqueda de tratamiento y mayor frecuencia de intentos suicidas, de la misma manera genera un aumento en la severidad del trastorno depresivo y deteriora el funcionamiento familiar, escolar y

social del adolescente, influyendo también en una menor respuesta al tratamiento farmacológico. (4)

La tabla 1 muestra las frecuencias reportadas de trastornos comórbidos con depresión en adolescentes (16):

Tabla 1. Comorbilidad de la Depresión

Distimia	40-52%
Trastorno por ansiedad generalizada	15.3%
Fobia social	10.7%
Trastornos por déficit de atención e hiperactividad	14-54%
Trastorno negativista desafiante	13.2%
Trastorno disocial	30%
Enuresis	15%
Uso de sustancias	20-30%

Fuente: Guía clínica de depresión en niños y adolescentes.

Se han reportado diferencias en la frecuencia de trastornos comórbidos de acuerdo al sexo; en la mujer se reporta mayor comorbilidad con los trastornos internalizados, como la distimia y los trastornos de ansiedad; mientras que en los hombres los trastornos externalizados como trastornos por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial son los más frecuentemente comórbidos. La presencia de depresión sin comorbilidad es más frecuente en mujeres. (16)

Repercusión de la depresión en los adolescentes.

En la adolescencia, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con fluctuaciones en su evolución. Aquellos adolescentes

diagnosticados con trastornos depresivos tienen una incidencia creciente de trastorno bipolar y de depresión mayor recurrente. (14)

Esta condición a largo plazo predispone a desarrollar infarto de miocardio y diabetes mellitus, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión. Las personas con depresión mayor tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a 60% mayor que la población general debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos, por ejemplo el suicidio, el cual tiene mayor trascendencia en los jóvenes, ya que los adolescentes con depresión tienen hasta 5 veces más de riesgo para desarrollar una idea suicida y 51% de exceso de riesgo para realizar un intento suicida. (20)

También existe evidencia de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta. El adolescente que cursa con depresión tiene de dos a cuatro veces más riesgo para desarrollar depresión en la edad adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación que en el futuro que origina. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social. (13, 14)

Dada la importancia que representa este grupo poblacional para el desarrollo del país, se hace necesario un abordaje holístico, a través del cual se haga frente a los riesgos a los que se encuentran expuestos, y que principalmente se dividen entre aquellos que son producto del rezago que aún se encuentran presentes y aquellos nuevos, propios de la modernización y urbanización a los que se encuentran sometidos como ejemplo de estos lo son los trastornos depresivos.

III. Antecedentes.

Derivado de lo reportado a través de las Encuestas Mundiales de Salud Mental en 17 diferentes países que mostraron que los trastornos mentales consistentemente inician en las primeras décadas de la vida se realizó una primera aproximación al problema de la depresión en la adolescencia en México a través de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (2005).

Benjet et al, en su estudio realizado en la Ciudad de México en 2009 el cual tenía por objetivo estimar las necesidades de atención en patología mental en población adolescente y estimar la prevalencia de 23 trastornos mentales. Fue un estudio transversal que incluyó a adolescentes de 12 a 17 años, en donde participaron 3005 adolescentes. A los participantes se les realizó la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta (WMH-CIDI-A) (DSM IV) en su versión computarizada, la cual es una extensión de la versión para adultos. Los resultados mostraron que uno de cada once adolescentes ha sufrido un trastorno mental grave, uno de cada cinco trastornos de gravedad moderada y uno de cada diez un trastorno leve, de estos adolescentes diagnosticados con algún trastorno mental la mayoría no había recibido tratamiento. Se calculó una prevalencia para el Trastorno Depresivo Mayor 4.8% y para la Distimia 0.5%. Se asociaron variables como: vivir con los padres (uno o ninguno) (OR 1.13; IC_{95%} 0.92, 1.39); educación de los padres: Ninguna o Primaria (OR 0.98; IC_{95%} 0.79, 1.21), 7-9 años (OR 1.05; IC_{95%} 0.81, 1.37), 10-12 años (OR 0.99; IC_{95%} 0.79, 1.25); ingreso de los padres: bajo (OR 0.97; IC_{95%} 0.76, 1.24), medio (OR 0.91; IC_{95%} 0.72, 1.16). Dentro de las limitaciones de este estudio se tiene: una tasa de respuesta de 71%. Respecto al instrumento de medición para la variable dependiente; en el campo de la epidemiología psiquiátrica del adolescente se han desarrollado diversos instrumentos de diagnóstico, sin embargo el instrumento utilizado en este estudio no ha sido validado en la población adolescente mexicana. El instrumento de medición fue aplicado por personas lego, esta característica podría favorecer un subdiagnóstico para los trastornos mentales que se midieron, incluyendo el trastorno depresivo, ya que el instrumento con el cual

se midieron las variables dependientes debe ser aplicado por un médico especialista en psiquiatría. (18)

Leyva-Jiménez et al, en su estudio, Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, el cual tuvo como objetivo determinar la frecuencia de depresión y disfunción familiar en adolescentes a través de un estudio transversal, el cual se realizó en Guanajuato, México y en donde se incluyeron a 252 adolescentes de entre 15 y 19 años de edad. Para medir la variable dependiente se utilizó la escala de Birleson. Como variable independiente se midió el tipo de familia al que pertenecían los adolescentes. En los resultados; se obtuvo una prevalencia de 29.8%. De acuerdo con el sexo, la frecuencia de la depresión en las mujeres fue de 42.4 % y en los hombres de 18.7 % (OR 3.2; $p < 0.05$). La familia rígidamente dispersa se presentó con más frecuencia en el grupo con depresión (OR 6.3; $p < 0.05$), y las familias flexiblemente aglutinada (OR 0.215; $p < 0.05$), estructuralmente aglutinada (OR 0.21; $p < 0.05$) y rígidamente aglutinada (OR 0.10; $p < 0.05$), en los adolescentes sin depresión. Una de las limitaciones del presente estudio fue que solamente se investigó la función familiar y no la asociación con otras variables, de igual manera el tamaño de la muestra y el que no se haya realizado muestreo son características que podrían ser consideradas como limitaciones para este estudio. (19)

Un estudio titulado depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes, el cual fue realizado por Veyta López et al. y cuyo objetivo fue determinar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes sobre los síntomas de depresión en adolescentes estudiantes de bachillerato, así como determinar si existen diferencias entre hombres y mujeres. Para evaluar la asociación entre el grado de estrés de los sucesos vitales y los síntomas de depresión se realizó un estudio transversal. Participaron 2, 292 adolescentes estudiantes de bachillerato de cinco escuelas públicas del Estado de México, con una edad de 15 a 19 años de los cuales 46% eran hombres y 54% mujeres. Para evaluar los síntomas de depresión, se empleó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies of Depression Scale:

CES-D; Radloff) en su versión en español revisada CESD-R. Para medir los sucesos vitales estresantes se utilizó el Cuestionario de Sucesos Vitales. Los resultados indicaron que 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión (CES-D-R) y que 80.4% había sufrido algún suceso vital estresante familiar. Cuando se evaluó la relación de sucesos estresantes de familia y síntomas de depresión, se encontró que existe una correlación positiva y estadísticamente significativa entre estas dos variables ($r=0.32$; $p<0.001$). También se analizó la correspondencia que existe entre los sucesos vitales estresantes del área escolar y los síntomas de depresión; los hallazgos muestran que hay una correlación positiva ($r= 0.30$) entre ambas variables, la cual fue significativa estadísticamente ($p<0.001$). Adicionalmente, se observó una correlación positiva y significativa ($r= 0.34$; $p<0.001$) entre los sucesos estresantes de la dimensión social y los síntomas de depresión. (21)

Fleiz-Bautista et al, en su estudio de tipo transversal llamado factores sociodemográficos y factores personales relacionados con sintomatología depresiva en población mexicana de 12 a 65 años, establecieron como objetivo describir la prevalencia de la sintomatología depresiva y sus principales factores sociodemográficos y personales asociados en una muestra representativa de la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2008. Para la variable dependiente los participantes respondieron a una serie de preguntas sobre sintomatología depresiva. Para evaluar la sintomatología depresiva, se utilizó la escala CES-D. En los resultados de este estudio se observó una prevalencia general de 8% en la población estudiada de 12 a 17 años, con una prevalencia para mujeres de 6.3% y para hombres de 1.7%. Dentro de las limitaciones encontradas en este estudio, se puede mencionar que a pesar de haberse medido otras variables como: ingreso mensual familiar, tipo de asentamiento comunitario y la percepción del riesgo del lugar de residencia, estas variables no fueron asociadas con la variable dependiente para el grupo poblacional de adolescentes. (22)

Por otro lado Shanahan et al, en el estudio titulado: Inicio de la depresión en el niño, adolescente y adulto joven: ¿factores de riesgo diferentes en el desarrollo?, en el

cual el objetivo fue determinar las diferencias en los factores de riesgo para desarrollar depresión en las etapas del desarrollo, basándose en el estudio Great Smoky Mountains el cual es un estudio longitudinal del desarrollo de trastornos psiquiátricos en la juventud y se centró en el estudio de las dos cohortes más jóvenes del estudio Great Smoky Mountains niños de 9 y 11 años de edad. En la fase de tamizaje, el cuidador primario completó un cuestionario que contenía artículos referentes a trastornos del comportamiento de la Lista de Comportamiento del Niño. Cada participante fue entrevistado hasta nueve veces. Los trastornos psiquiátricos fueron evaluados usando la Evaluación Psiquiátrica del Niño y el Adolescente hasta los 16 años, y la extensión de la Evaluación Psiquiátrica del Niño y el Adolescente para los participantes de 19 y 21 años. Un síntoma depresivo se contó como presente si era informado por el padre o el niño hasta la edad de 16 años o por el adulto joven a las edades de 19 años, con base en esta información se formuló un índice combinando información sobre la fecha de inicio, duración e intensidad de cada síntoma para crear diagnósticos según el DSM-IV. La depresión con inicio en el niño se definió como el primer diagnóstico entre los 9 y los 13 años de edad, el inicio de los adolescentes como primer diagnóstico entre los 13 y los 16 años y el inicio de los adultos jóvenes como primer diagnóstico a los 19 o 21 años. Los factores de riesgo psicosocial también se recolectaron la Evaluación Psiquiátrica del Niño y el Adolescente hasta los 16 años, y la extensión de la Evaluación Psiquiátrica del Niño y el Adolescente para los participantes de 19 y 21 años. Se incluyeron factores de riesgo psicosocial como: pobreza, eventos estresantes de la vida, psicopatología de los padres, maltrato y disfunción familiar.

Los resultados reportaron una prevalencia para depresión en adolescentes de entre 13 y 16 años de 5.6%. Varios factores fueron más predictivos de la depresión infantil que en el adolescente, incluyendo la pobreza: infancia (OR 2.08; IC_{95%} 1.62, 2.69) p= 0.001; adolescencia (OR 1.12; IC_{95%} 0.68, 1.88) p=0.64, eventos de pérdida y violencia: infancia (OR 3.53; IC_{95%} 1.49, 8.45) p= 0.004; adolescencia (OR 1.35; IC_{95%} 0.67, 2.71) p= 0.40 y psicopatología de los padres (OR 2.31; IC_{95%} 1.43, 3.73) p= 0.007; adolescentes (OR 1.55; IC_{95%} 0.83, 2.78) p= 0.015. Dentro de las

limitaciones de este estudio se tiene que los grupos de aparición de la depresión fueron relativamente pequeños, limitando la potencia estadística. (23)

En Portugal, Bulhões C et al. realizaron un estudio transversal para evaluar la prevalencia de depresión en una muestra comunitaria de adolescentes de 13 años de edad e identificar características asociadas a este trastorno. Dicho estudio se realizó de octubre de 2003 a junio de 2004. Para medir la variable depresión, a los adolescentes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck II y para las variables independientes se pidió a los padres que completaran un cuestionario, en el cual proporcionaban información sobre ellos y el adolescente acerca de temas sociales, características demográficas y características relacionadas con la salud. En el análisis estadístico, se analizó un tamaño de muestra de 1, 988 adolescentes, de los cuales el 52.2% eran mujeres. Se calculó una prevalencia de depresión del 18.8% en mujeres y del 7.6% en los hombres ($p < 0,001$). En la asociación de variables, para los adolescentes del sexo femenino se encontró que aquellas en las que sus padres tenían entre 7 y 9 años de escolaridad presentaban una (OR 0.89; IC_{95%} 0.48, 1.66) para desarrollar depresión. En los adolescentes del sexo masculino que vivían con uno de los padres presentaron una (OR 1.09; IC_{95%} 0.39, 3.04) y las mujeres una (OR 1.13; IC_{95%} 0.66, 1.94) para desarrollar depresión. Dentro de las limitaciones de este estudio se tiene que los grupos de aparición de la depresión fueron relativamente pequeños, limitando la potencia estadística del análisis realizado. (24)

En otro estudio realizado en Jamaica llamado prevalencia y correlación de síntomas depresivos entre estudiantes de secundaria en Hanover, Ekundayo OJ et al. determinaron la prevalencia de depresión en adolescentes jamaicanos y examinaron su asociación con factores individuales y familiares. Se utilizó la versión corta del Inventario de Depresión de Beck II para evaluar la depresión. El tamaño de muestra para el análisis estadístico estuvo conformado por 748 adolescentes que acudían a escuelas secundarias públicas. Se evaluaron variables sociodemográficas y del contexto familiar como el tipo de estructura familiar, la cual se midió al preguntarle al adolescente si vivía en familia biparental intacta o no, el

monitoreo y supervisión de los padres a las actividades de los adolescentes se midió utilizando tres ítems para determinar hasta qué punto los padres conocían el paradero para construir una variable compuesta basada en la suma de estos tres ítems y determinar el nivel de seguimiento de las actividades de los adolescentes por parte de los padres. Para la percepción del adolescente del afecto y apoyo de sus padres se midió usando una medida de cuatro ítems (cada uno para la madre y el padre). Un ejemplo de ítem incluyó la siguiente frase: "Me siento amado por mi madre / padre." En los resultados se obtuvo una prevalencia de 14.2%. Aquellos adolescentes que vivían con ambos padres presentaron una (OR 0.8; IC_{95%} 0.53, 1.32) $p= 0.44$; aquellos con supervisión de los padres una (OR 1.4; IC_{95%} 0.91, 2.30) $p= 0.12$ y aquellos adolescentes que percibían afecto y soporte por parte del padre una (OR 1.0; IC_{95%} 0.61, 1.50) $p= 0.84$. Dentro de las limitaciones se tienen que el utilizar la versión corta del instrumento para medir la variable dependiente podría plantear la posibilidad de afectar la validez de este estudio, además de la falta de respuesta y pérdida de datos en algunas preguntas. (25)

Finalmente Hui Yap MB et al, en un meta análisis sobre factores parentales asociados con la depresión y la ansiedad en los jóvenes fijaron como objetivo identificar los factores que los padres pueden modificar potencialmente para prevenir el desarrollo de la depresión y los trastornos de ansiedad en su hijo adolescente, mediante la integración de pruebas sobre el riesgo de los padres y los factores de protección para los jóvenes de 12 a 18 años. Realizaron una búsqueda sistemática de la literatura de Agosto de 2010 a Septiembre de 2011 e incluyeron estudios retrospectivos de tipo casos y controles y estudios transversales cuya variable resultado fueran síntomas depresivos o depresión en adolescentes. Dentro de las variables causales se analizaron algunas características de la crianza de los padres hacia los adolescentes como: padres autoritarios, concesión de autonomía a los adolescentes, disciplina inconsistente, conflicto intra parental y crianza con afecto. En 5 estudios de tipo transversal en donde se asoció a la depresión en adolescentes con padres autoritarios se obtuvo una r de 0.085 (IC_{95%} -0.008, 0.176) y en 2 estudios longitudinales una r de 0.166 (IC_{95%} -0.024, 0.345). En la asociación

de depresión en la que los padres practicaban una disciplina caracterizada por autonomía para los adolescentes, se encontró en 8 estudios de tipo transversal una r de -0.224 (IC_{95%} -0.314, -0.130) y en 2 estudios longitudinales una r -0.397 (IC_{95%} -0.497, -0.287). En los padres que practicaban una disciplina inconsistente se observó en 4 estudios de tipo transversal una r 0.247 (IC_{95%} 0.157, 0.333). Finalmente en la asociación de depresión y una crianza caracterizada por conflictos interparentales se obtuvo una r 0.214 (IC_{95%} 0.168, 0.259) en 8 estudios transversales y una r 0.182 (IC_{95%} 0.127, 0.235) en 6 estudios longitudinales. En este meta análisis las limitaciones recaen sobre la generalizabilidad de la base de evidencia a través de las culturas. (26)

IV. **Planteamiento del Problema.**

Los adolescentes son considerados un grupo social vulnerable debido a las características que adquieren en esta etapa del desarrollo humano, secundario a la transformación física y psicológica que experimentan. Esta vulnerabilidad, los convierte en un grupo social en quienes aumenta el riesgo para desarrollar depresión.

La depresión es una de las principales causas de morbilidad en la adolescencia, de la cual se ha reportado a nivel mundial, un incremento en la frecuencia en las últimas cinco décadas.

Este trastorno mental es considerado uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un evento suicida específicamente en los adolescentes. Además, contribuye con una disminución en las capacidades y oportunidades de los adolescentes para desenvolverse de forma óptima en diversas esferas del desarrollo humano, no solo en esta etapa de la vida, ya que también se pueden presentar complicaciones a largo plazo.

La salud mental en los adolescentes se ha destacado como una de las prioridades en a nivel mundial. Si bien existen múltiples investigaciones para determinar la magnitud y determinar la asociación con factores de riesgo para desarrollar depresión, la mayoría utilizan como población de estudio a sujetos en edad adulta, y son escasos los estudios realizados entre la población adolescente sobre todo en países en vías de desarrollo como México en donde la familia puede influir de manera positiva o negativa en el desarrollo del adolescente. Cabe mencionar que los resultados obtenidos en estudios realizados son variables, debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica de la depresión en esta etapa de la vida, y debido a las diferencias en la metodología implementada, entre las que desatacan el tamaño muestral, los criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas.

V. **Pregunta de investigación.**

Lo anterior conlleva al planteamiento de la siguiente interrogante:

- ¿Cuál es la prevalencia de depresión y su asociación con algunos factores del ambiente familiar (composición de la familia, integración familiar, tipo de comunicación con los padres, funcionamiento familiar y nivel escolar de los padres) en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México?

VI. **Justificación.**

Debido al incremento en el trastorno depresivo en la población adolescente, se tiene la necesidad de generar y ampliar el conocimiento que hay sobre este trastorno. Por lo tanto este estudio aportara conocimiento sobre uno de los padecimientos con mayor trascendencia en la adolescencia, dado que en México y a nivel institucional existe una escasez marcada de datos epidemiológicos en este grupo de edad.

Por otra parte este estudio tiene la finalidad de establecer la asociación con factores que contribuyen con el desarrollo de depresión en adolescentes mexicanos, lo cual puede ser la pauta para abrir nuevas líneas de investigación que ahonden en la causalidad de esta enfermedad.

La información generada en este estudio, será parte de las herramientas necesarias con las cuales los tomadores de decisiones en salud puedan plantear acciones preventivas precisas y acertadas, enfocadas al ámbito familiar, mediante las cuales el sistema de salud pueda incidir en factores potencialmente modificables dentro del ámbito de la atención primaria a la salud, dirigidas al adolescente pero sobre todo dirigidas al ámbito familiar.

VII. **Objetivos.**

Objetivo General.

Estimar la prevalencia de depresión y los factores del ambiente familiar asociados en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México.

Objetivos Específicos.

- 1) Estimar la asociación de depresión con algunas características de la familia (composición de la familia, integración familiar, tipo de comunicación con los padres y funcionamiento familiar) de los adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México.
- 2) Estimar la asociación de depresión con el estado civil de los padres, nivel escolar de los padres y nivel socioeconómico en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México.
- 3) Estimar la asociación de depresión con el antecedente familiar de trastorno afectivo y el antecedente personal de trastorno en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México.

VIII. **Hipótesis.**

La prevalencia de depresión en adolescentes escolarizados de 15 a 19 años en nivel medio superior de la Ciudad de México será mayor a la reportada, en donde factores del ambiente familiar tales como: pertenecer a una familia reconstruida, dispersa, desintegrada, rígida con comunicación evitativa y no tener redes de apoyo por parte de los padres, así como un nivel escolar básico de los padres, nivel socioeconómico bajo y antecedente familiar de trastorno afectivo tendrán una asociación positiva para desarrollar depresión en el adolescente

IX. Material y Método.

Diseño de estudio.

Estudio de tipo transversal analítico.

Periodo de Estudio.

Del 1 Marzo de 2017 al 28 de Febrero de 2018.

Población de Estudio.

Adolescentes escolarizados de Nivel Medio Superior.

- Universo de estudio: adolescentes escolarizados de nivel medio superior, adscritos a los planteles seleccionados del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Ciudad de México.
- Población accesible: adolescentes escolarizados de nivel medio superior adscritos a los planteles seleccionados del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Ciudad de México.
- Lugar de desarrollo del estudio: planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades de la Ciudad de México:
 - o Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente.
 - o Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur.
 - o Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo.

Criterios de Selección.

Criterios de inclusión:

- Adolescentes escolarizados inscritos de forma regular en las escuelas seleccionadas de nivel medio superior de la Ciudad de México.

Criterios de Exclusión:

- Adolescentes que estén bajo tratamiento médico con corticoesteroides.

Criterios de eliminación:

- Adolescentes con cuestionarios incompletos.

Tipo de muestreo.

Probabilístico. Polietápico estratificado.

Mediante un muestreo aleatorio simple se eligió, del listado de los cuatro planteles de colegios de ciencias y humanidades ubicados en la Ciudad de México y que pertenecen a la Universidad Nacional Autónoma de México, tres planteles. De cada plantel elegido se obtuvo el número total de grupos de ambos turnos, posteriormente y a través de un muestreo aleatorio simple, se seleccionaran a 8 grupos.

Calculo del tamaño mínimo de muestra.

Para este estudio el tamaño de la muestra se calculó con base en la fórmula para variables categóricas en una población finita.

$$N = Z\alpha^2 \times p \times q/d^2$$

Donde:

$Z\alpha^2 = 1.96$ (IC 95%)

$p =$ proporción esperada **0.29**

$q = 1 - p = 0.71$

$d =$ precisión **(0.05)**

$N = 316$ Adolescentes

Efecto de diseño (DEFF) de 2 = 632

Se considerarán el 10% de pérdidas = 63

Tamaño mínimo de muestra = 695

Operacionalización de las Variables.

Variable Dependiente:

1. Depresión

Definición conceptual: trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Definición operacional: mediante el Inventario de Depresión de Beck II (BDI, por sus siglas en inglés) el cual se publicó en 1996 y consiste en un inventario de auto informe que evalúa los síntomas de la depresión, consta de 21 ítems tipo Likert. Este instrumento diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja. Emplea una herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3. 0 significa que no se tienen síntomas, mientras que 3 significa que se tienen síntomas severos.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Indicador: 1. 0 a 13: sin depresión 2. 14 a 19: depresión leve 3. 20 a 28: depresión moderada 4. 29 a 63: depresión severa

Variables Independientes:

2. Edad

Definición conceptual: tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación de la encuesta.

Definición operacional: se le preguntó al adolescente por medio de un cuestionario.

Naturaleza: cuantitativa continua.

Escala de medición: razón.

Indicador: años cumplidos anotados en la encuesta.

3. Sexo

Definición conceptual: conjunto de características biológicas que clasifican a los individuos en hombres y mujeres.

Definición operacional: se le preguntó al adolescente a través del cuestionario.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Indicador: 1. Hombre 2. Mujer

4. Estado Civil del Adolescente

Definición conceptual: condición en que se encuentra una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: se preguntó al adolescente su estado civil a través del cuestionario.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Indicador: 1. Soltero 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Divorciado (a)

5. Grado escolar

Definición conceptual: Se refiere a cada una de las etapas en que se divide un nivel educativo. A cada grado corresponde un conjunto de conocimientos.

Definición operacional: el que comentó el adolescente en la encuesta, este dato se corroboró en los listados de asistencia obtenidos de la escuela.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Indicador: 1. Primer año 2. Segundo año y 3. Tercer año

6. Estado civil de los padres

Definición conceptual: condición en que se encuentra una persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: se le preguntó al adolescente por medio del cuestionario cuál es el estado civil de sus padres.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Indicador: 1. Casados 2. Unión libre 3. Viudos 4. Divorciados

7. Nivel escolar del padre y madre

Definición conceptual: años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.

Definición operacional: a través de la encuesta se le preguntó al adolescente hasta qué grado escolar estudio su padre y madre.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Indicador: 1. Nivel básico 2. Nivel medio y 3. Nivel superior

8. Nivel socioeconómico

Definición conceptual: representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.

Definición operacional: se aplicó el instrumento para nivel socioeconómico para la República Mexicana Regla AMAI 8X7 que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando ocho características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto. Nivel E: hasta 32 puntos, D: entre 33 y 69 puntos, D+: entre 70 y 104 puntos, C-: entre 105 y 127 puntos, C: entre 128 y 154 puntos C+: 155 y 192 puntos y AB: más de 193 puntos. AB es el nivel de vida e ingresos más alto y E es el nivel de vida e ingresos más bajo. AB y C nivel socioeconómico alto, C y C- nivel socioeconómico medio y D+, D y E nivel socioeconómico bajo.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Indicador: 1. Nivel socioeconómico alto 2. Nivel socioeconómico medio y 3. Nivel socioeconómico bajo.

9. Integración familiar

Definición conceptual: es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante a la que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción. Existen diversas clasificaciones para establecer el tipo de familia. Considerando la integración familiar esta se puede clasificar en: integrada, semi integrada y desintegrada.

Definición operacional: a través del cuestionario se preguntó al adolescente como estaba conformada su familia de acuerdo a las funciones que desempeñaba su madre y padre.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Indicador: 1. Integrada 2. Semi integrada y 3. Desintegrada

10. Funcionamiento Familiar

Definición conceptual: cuando hay un cambio en el grupo familiar la familia tiene que adaptarse a ese cambio, generando nuevas habilidades.

Cohesión Familiar: se define con base a lo que indica Rojas y Richler, 1989: la unidad familiar, intelectual, y/o física que los miembros de una familia sienten entre sí. (29)

Adaptabilidad Familiar: D. Olson (1989), señala lo siguiente: se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al estrés situacional y propia del desarrollo. (29)

Definición operacional: se utilizó la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES III) en su versión al español. El cual contiene 20 preguntas: 10 preguntas nos evalúan la cohesión familiar y las 10 preguntas pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert de 1 a 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre); de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Indicador:

- Niveles de cohesión: 1. Disgregada (puntaje 10 a 30), 2. Semirrelacionada o separada (puntaje 31 a 35), 3. Relacionada o conectada (puntaje 36 a 40), 4. Aglutinada (puntaje 41 a 50)
- Niveles de adaptabilidad: 1. Rígida (puntaje 10 a 24) 2. Estructurada (puntaje 25 a 28) 3. Flexible (puntaje 29 a 32) 4. Caótica (puntaje 33 a 50).

11. Tipo de comunicación familiar establecida

Definición conceptual: Proceso mediante el cual se establece contacto con los integrantes de la familia y se transmiten sentimientos y pensamientos.

Definición operacional: se medió a través del cuestionario auto aplicable para la Evaluación de la Comunicación Familiar, la cual evalúa el diálogo y las dificultades en la comunicación dentro del núcleo familiar con el padre y la madre.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Indicador: 1. Comunicación abierta, 2. Comunicación ofensiva, 3. Comunicación evitativa.

12. Redes de apoyo

Definición conceptual: Son las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera de el a partir de lazos de parentesco.

Definición operacional: mediante el cuestionario se le preguntó al adolescente: ¿Cuándo tiene dificultades y acudes a tu Madre o a tu Padre, cuentas con su apoyo?

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Indicador: 1. Si 2. No

13. Antecedente familiar de trastorno afectivo

Definición conceptual: trastorno mental cuya principal característica subyacente sería una alteración del estado de ánimo del individuo.

Definición operacional: a través del cuestionario se le realizó al adolescente la pregunta: ¿Alguna vez se le ha diagnosticado algún trastorno afectivo a tu padre o

madre? En caso de que el adolescente respondiera que “Si” se le pidió que especificara el tipo de trastorno

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Indicador: 1. Si 2. No

14. Composición familiar

Definición conceptual: clasificación de la tipología familiar con base a quienes componen la familia.

Definición operacional: a través del cuestionario se le preguntó al adolescente la manera en cómo está integrada la familia con quien vive.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal politómica.

Indicador: 1. Nuclear 2. Extensa 3. Monoparental 4. No parental y 5. Reconstruida

15. Antecedente del adolescente de trastorno mental

Definición conceptual: trastorno que se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Definición operacional: a través del cuestionario se le realizó al adolescente la pregunta: ¿Alguna vez se le te ha diagnosticado algún trastorno psiquiátrico? En caso de que su respuesta fuera “Si” se le pidió que especificara el nombre del trastorno.

Naturaleza: cualitativa.

Escala de medición: nominal dicotómica.

Indicador: 1. Si 2. No

Análisis Estadístico.

La información obtenida se revisó, posteriormente se capturó y finalmente se realizó el análisis de datos obtenidos, utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23. Una vez codificadas las variables y construida la base de datos se analizó la información en tres etapas:

1) Análisis univariado.

Variables cualitativas: se expresaron como frecuencias simples y proporciones.

Variables cuantitativas: mediana y medidas de dispersión (distribución no normal probada estadísticamente con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov). (Objetivo general).

Se determinó la prevalencia con intervalos de confianza al 95% de la variable dependiente (depresión). (Objetivo general).

2) Análisis bivariado.

Variables independientes cuantitativas: se aplicó U de Mann Withney con base a la distribución de estas variables. Se utilizó Chi cuadrada de Pearson o Prueba exacta de Fisher como pruebas de contraste de hipótesis de variables categóricas entre grupos. Para la asociación: se calcularon razón de momios de prevalencia con Intervalos de Confianza al 95% para conocer la asociación entre variables. Considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. (Objetivos específicos 1 al 3).

3) Análisis multivariado.

Para construir un modelo de regresión logística a partir del análisis bivariado se seleccionaron las variables independientes que resultaron estadísticamente significativas en el análisis bivariado o aquellas variables clínicamente importantes y que explicaran el trastorno depresivo en los adolescentes. (Objetivo general y objetivos específicos).

X. **Consideraciones éticas.**

Esta investigación se apegó a lo estipulado en la séptima enmienda de la Declaración de Helsinki (realizada en la 64ª asamblea llevada a cabo en Fortaleza, Brasil en Octubre de 2013) promulgada en Junio de 1964 por la Asociación Médica Mundial.

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo a los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud con base en el artículo 17, el cual considera el riesgo que implica toda investigación, este estudio se consideró como una **Investigación con Riesgo Mínimo.**

La participación de los adolescentes en este estudio fue voluntaria y se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos.

XI. Recursos y Financiamiento.

Materiales

- 1 computadora con el paquete estadístico a utilizar (SPSS V23).
- 1 impresora.
- 1 tóner para impresora láser.
- 30 paquete de 500 hojas blancas tipo bond, tamaño carta en donde se imprimirá el cuestionario, consentimientos y asentimientos informados.
- 1 engrapadora.
- Lápices, bolígrafos, borradores y un paquete de grapas.
- Un sello numerador con almohadilla para tinta.

Humanos

- 1 médico residente de epidemiología, Dra. Brenda Jessica Espinosa Armenta, lleve a cabo todas las actividades que implica realizar este estudio.

Este estudio no requirió de financiamiento económico para que se realizara, ni algún insumo que genera conflicto de intereses, ya que los gastos generados fueron auspiciados por el médico residente.

XII. Plan General de Estudio.

Primera etapa: obtención del permiso por parte las autoridades de cada plantel seleccionado para realizar este estudio.

Se acudió a cada plantel seleccionado de forma personal para solicitar una entrevista con las autoridades del mismo, con el fin de informar ampliamente sobre el estudio, obtener el consentimiento para llevarlo a cabo y acordar la fecha y hora para la aplicación del instrumento de recolección.

Tras obtener el consentimiento por parte de las autoridades del plantel, se solicitaran los listados de cada grupo para seleccionar a los adolescentes.

Segunda etapa: obtención del consentimiento informado por los padres o tutores y los adolescentes.

Se informó a los estudiantes seleccionados sobre el procedimiento y el alcance de la investigación, con la finalidad de solicitar su colaboración y otorgar una carta explicativa dirigida a los padres así como la carta de consentimiento informado para ser firmada por los padres o tutores, y una carta de asentimiento informado, la cual fue firmada por el adolescente.

En aquellos casos en donde el adolescente fuera mayor de edad, solo se le hizo entrega de una carta de consentimiento informado para ser firmada por este.

Tercera etapa: obtención de la información de los casos; aplicación del instrumento de medición.

Después de obtener las cartas de consentimiento firmadas, se aplicó el cuestionario de forma directa a los adolescentes, en el área física que fue asignada, durante un periodo regular de clase de aproximadamente 30 a 40 minutos de duración. Se le explicó al adolescente nuevamente, de forma breve y concisa, en que consistía el estudio y se hizo hincapié en la confidencialidad de la información. Al finalizar la recolección de información se agradeció al adolescente su participación.

Cuarta etapa: informe de los resultados obtenidos a las autoridades.

Al finalizar el estudio, se dará a conocer los resultados a las autoridades del plantel además se dieron sesiones informativas dirigidas a los adolescentes y tutores impartidas por la médico residente con el apoyo del asesor clínico, con la finalidad de dar los puntos sobresalientes que permitan al adolescente y a los tutores identificar algún o algunos datos que sugieran que el adolescente probablemente cursa con depresión así como los lugares en donde pueden solicitar orientación y atención médica.

Actividad	2016								2017												2018		
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Revisión bibliográfica																							
Realización de protocolo																							
Revisión por el comité de investigación																							
Búsqueda de sujetos																							
Captura de datos																							
Análisis de información																							
Presentación de tesis																							

XIV. Resultados.

Análisis Univariado

Características sociodemográficas. (Tabla 2)

Se estudiaron 993 adolescentes, de los cuales el 54% (n=535) son mujeres y el 46% (n=458) son hombres en edades comprendidas entre 15 y 19 años de edad, con una mediana de edad de 15 años con percentil 25 de 16 y percentil 75 de 17. Por sexo tanto los hombres como las mujeres tienen una mediana de 16 años.

Gráfico 1. Distribución de la población estudiada por sexo.

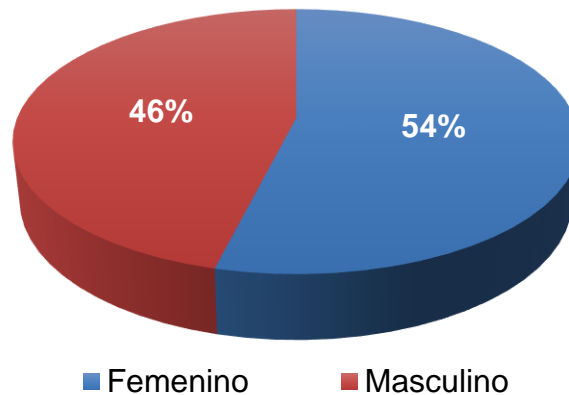
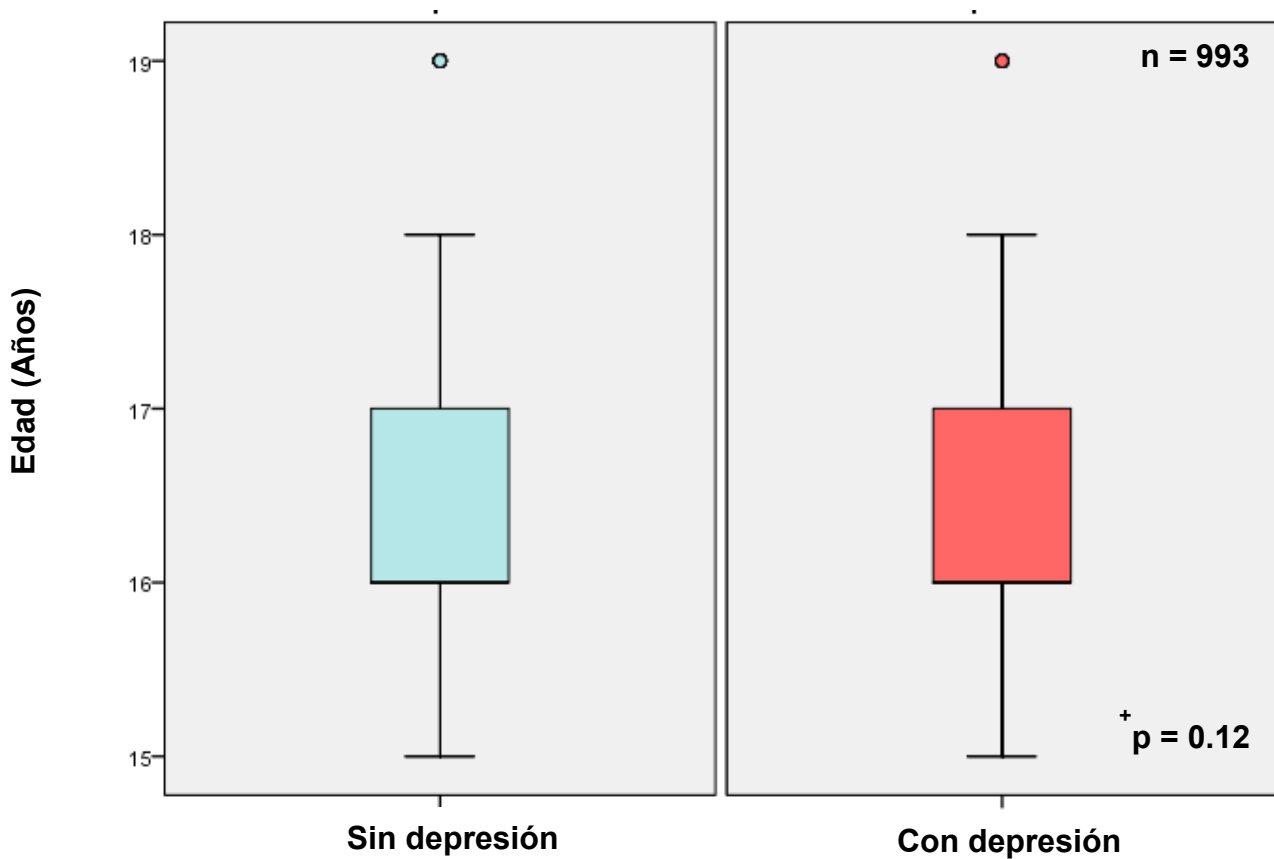


Gráfico 2. Distribución de la edad en la población de estudio, de acuerdo a su condición de sano o enfermo.



	Mínimo	Máximo	Mediana	Cuartil 1-3	K-S*
Sin depresión	15	19	16	16-17	0.00
Con depresión	15	19	16	16-17	0.00

*Kolmogorov- Smirnov +U de Mann Whitney

Respecto a la distribución de la población en los tres diferentes planteles educativos el 32% (n=318) pertenecía al CCH Oriente, el 37.4% (n= 371) al CCH Sur y finalmente el 30.6% (n= 304) al CCH Vallejo. La distribución de la población de estudio por sexo en cada plantel fue similar en la distribución que se obtuvo en la población general, ya que en el CCH Oriente el 39% estuvo conformado por los hombres y el 61% por las mujeres, en el CCH Sur el 52% fueron adolescentes

hombres y el 48% mujeres y en el CCH Vallejo el 47% estuvo representado por el sexo masculino y el 53% por el sexo femenino.

El 69.3% (n= 688) de los adolescentes refirió vivir en la Ciudad de México, el 30.7% (n= 305) restante vive en el Estado de México.

En el momento en el que se les aplicó la encuesta a los adolescentes el 17.8% (n= 177), 51% (n= 596) y el 31.2% se encontraban cursando el primer, segundo y tercer año del nivel medio superior respectivamente.

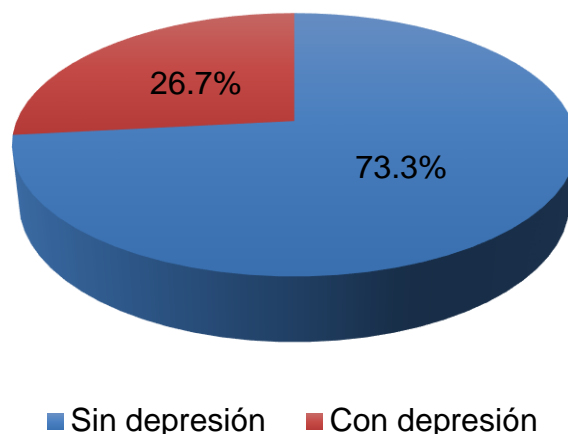
En relación con el nivel socioeconómico el 48.1% (n= 478) de los adolescentes se ubicaron en el nivel alto, seguido del nivel medio en el cual se encontraban el 32.3% (n= 321) de los adolescentes y finalmente el 19.5% (n= 194) tenían un nivel socioeconómico bajo.

Del total de los adolescentes que se incluyeron en el análisis el 98.7% (n= 980) de los adolescentes refirieron ser solteros, seguido del 0.4% (n= 4) que se encontraban casados y por último el 0.9% (n= 9) que vivían en unión libre con su pareja.

Depresión

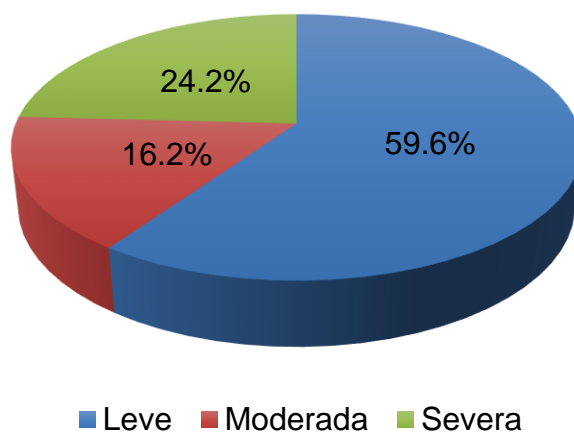
Al evaluar la depresión en adolescentes de 15 a 19 años con el instrumento de depresión de Beck II, la prevalencia de esta patología fue del 26.7% (IC_{95%} 23.8, 29.4). La prevalencia de depresión en las mujeres fue de 31.7% (IC_{95%} 27.7, 35.8), mayor en comparación con los hombres en quienes se obtuvo una prevalencia del 20.7% con (IC_{95%} 16.9, 24.5).

Gráfico 3. Prevalencia de depresión por sexo en adolescentes de 15 a 19 años de edad.



La prevalencia obtenida por niveles de depresión en los adolescentes de 15 a 19 años fue del 59.6% con (IC_{95%} 53.5, 65.7) para depresión leve, depresión moderada 16.2% (IC_{95%} 11.5, 20.8) y prevalencia de depresión severa del 24.2% (IC_{95%} 18.8, 24.9).

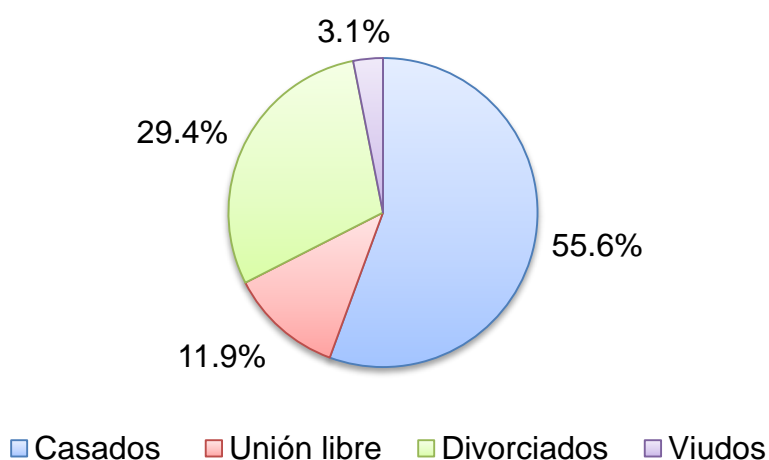
Gráfico 4. Prevalencia de depresión por niveles en adolescentes de 15 a 19 años de edad.



Características de los padres. (Tabla 3)

Respecto a las características de los padres de los adolescentes, estos refrieron que el 55.6% (n= 551) sus padres estaban casados, el 11.9% (n= 117) vivían en unión libre, el 29.4% (n= 291) sus padres ya se habían divorciado y finalmente el 3.1% (n= 31) eran viudos.

Gráfico 5. Distribución del estado civil de los padres de los adolescentes encuestados.



El 42.0% (n= 417) de los adolescentes refirieron que el jefe de familia era profesionalista, seguido del 22% (n= 218), 21.3% (n= 281), 4.3% (n= 43) y 3.4% (n= 34) que eran empleados, campesinos y comerciantes respectivamente.

En cuanto al nivel de escolaridad que tenían los padres de los adolescentes el nivel de escolaridad más frecuente para el padre fue el nivel básico con un 38.2% (n= 380) y para la madre fue el nivel medio representado con un 32.4% (n= 322).

Antecedente de psicopatología. (Tabla 4 y 5)

El 3.3% (n= 32) de los adolescentes encuestados refirieron que su padre tenía antecedente de algún tipo de trastorno afectivo, de estos el más frecuente fue la depresión en un 81.2% (n= 26), seguido por el trastorno bipolar 12.5% (n= 4) y en último lugar distimia en el 6.3% (n= 2) de los casos. Referente a la madre el 7.4%

(n= 73) de los antecedentes comentaron que la madre tenía antecedente de psicopatología de tipo afectivo, de las cuales el que refirieron con mayor frecuencia fue, al igual que el padre, la depresión 87.6% (n= 64), en segundo lugar la distimia con un 9.7% (n= 7) y en tercer y último lugar al trastorno bipolar 2.7% (n= 2). El 13% (n= 130) de los adolescentes respondió tener antecedente personal de algún tipo de trastorno mental, el 87% (n= 863) restante lo negó.

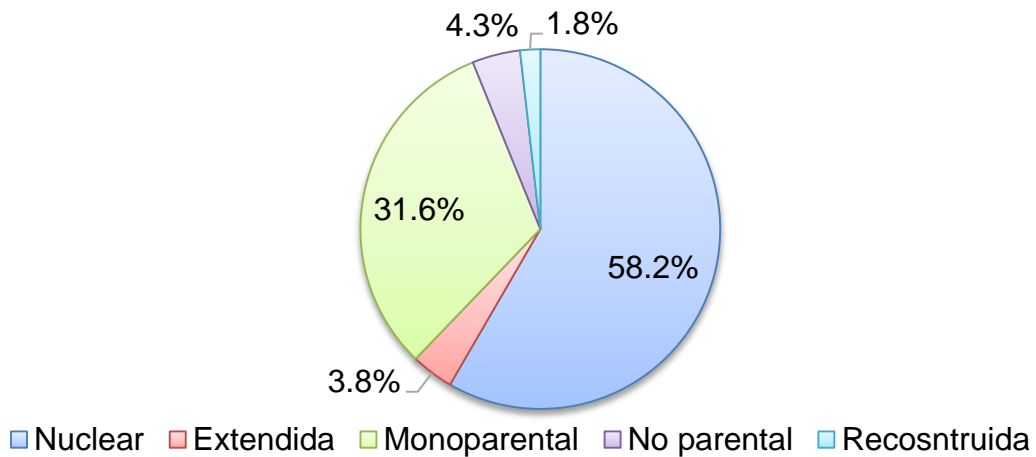
Gráfico 6. Antecedente personal de trastorno mental en el adolescente.



Características del ambiente familiar. (Tabla 6 y 7)

El tipo de estructura familiar que se presentó con mayor frecuencia fue la familia nuclear en un 58.2% (n= 580), seguido de la familia monoparental, 31.6% (n= 314), familia no parental 4.3% (n= 43), extendida 3.8% (n= 38) y con menor porcentaje la familia reconstruida con el 1.8% (n= 18).

Gráfico 7. Distribución del tipo de estructura familiar a la que pertenecen los adolescentes.



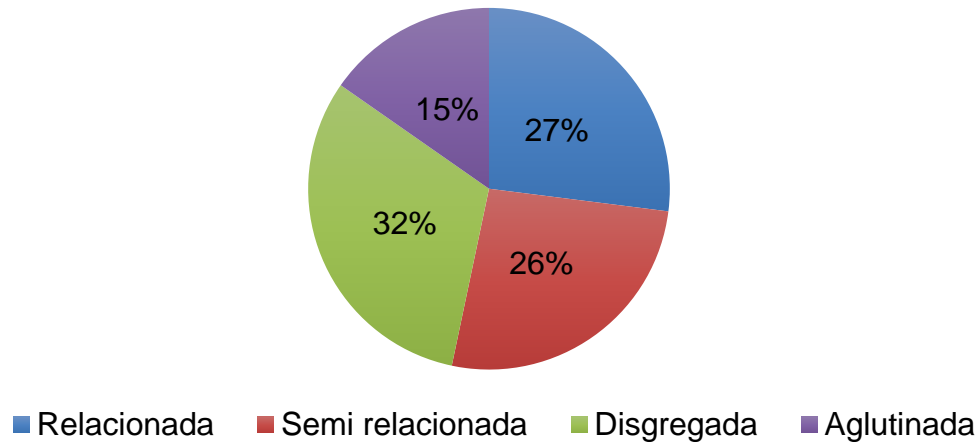
El mayor porcentaje de los adolescentes refirió pertenecer a una familia integrada, 62.6% (n= 622). El 31.6% (n= 314) pertenece a una familia desintegrada y finalmente el 5.7% (n= 57) a una familia semi integrada.

Los adolescentes refirieron contar con el apoyo de su madre y padre en un 91.8% (n= 910) y 78.2% (n= 763) respectivamente.

Se analizó la frecuencia de tres tipos de comunicaciones; comunicación abierta, comunicación ofensiva y comunicación evitativa, establecidas entre el adolescente y su padre y madre. Para el tipo de comunicación con el padre la que se presentó con mayor frecuencia fue el tipo de comunicación abierta en el 95.6% (n= 920) de los casos, seguida de la comunicación evitativa 3.3% (n= 32) y con menos frecuencia la comunicación ofensiva en el 1.1% de los adolescentes (n= 10). Esta situación se repitió en el caso de la comunicación establecida entre el adolescente y la madre, en donde el primer lugar lo ocupó la comunicación abierta en el 97.6% (n= 967) de los casos, después la comunicación evitativa 2.3% (n= 22) y finalmente la comunicación ofensiva en el 0.1% de los casos (n= 1).

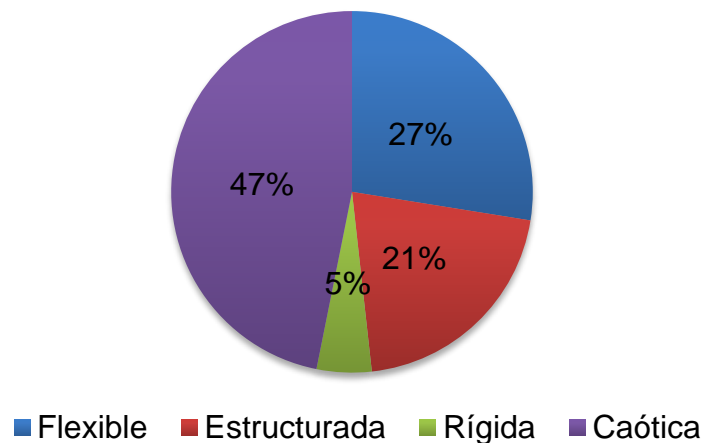
Referente a la funcionalidad familiar y sus dos componentes: niveles de adaptabilidad y cohesión familiar, la familia disgregada es el tipo de familia que se observó con mayor frecuencia en el 32% de los casos (n= 312).

Gráfico 8. Distribución por niveles de cohesión entre las familias de los adolescentes.



Para el nivel de cohesión familiar el tipo caótico fue el nivel que se presentó en un mayor porcentaje 47% (n= 465).

Gráfica 9. Distribución de niveles de adaptabilidad entre las familias de los adolescentes.



Análisis bivariado

En este análisis se presenta la asociación que presentan factores como: factores biológicos, sociodemográficos del adolescente y de los padres, así como factores del ambiente familiar con el desarrollo de depresión en adolescentes. Se muestran razones de momios de prevalencia (RMP) que corresponden a los factores asociados con intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) y valor de p.

Factores biológicos. (Tabla 8)

Dentro de los factores biológicos el sexo, presentó una asociación estadísticamente significativa para el desarrollo de depresión. En el sexo femenino se obtuvo una RMP de 1.77 (IC_{95%} 1.33, 2.37) $p = <0.01$, contar con el antecedente familiar en donde el adolescente refiriera que su padre y/o madre tuvieran algún trastorno del tipo afectivo represento una asociación positiva con una RMP del 2.53 (IC_{95%} 1.24-5.15) y 1.80 (IC_{95%} 1.10, 2.96) respectivamente, ambos con significancia estadística $p = <0.01$. Al realizar la asociación por el tipo de trastorno mental que presentaban los padres, el antecedente de depresión en el padre mostro un resultado con significancia estadística; RMP 3.29 (IC_{95%} 1.50, 7.21; $p = 0.01$). En aquellos adolescentes con antecedente personal de trastorno mental se calculó una RMP 3.70 (IC_{95%} 2.50, 5.41; $p = <0.01$), al realizar la asociación con el antecedente de ansiedad se obtuvo una RMP de 2.45 (IC_{95%} 1.28, 4.68; $p = <0.01$).

Factores sociodemográficos del adolescente y de los padres. (Tabla 9 y 10)

Para aquellos adolescentes que refirieron que sus padres eran viudos, esto represento mayor riesgo para desarrollar depresión RMP 1.80 (IC_{95%} 1.12, 2.89; $p = <0.01$) en comparación con aquellos adolescentes de quienes sus padres están casados.

Referente al nivel de escolaridad de los padres, tanto para el padre como para la madre el que tuvieran un nivel de escolaridad medio resulto de mayor riesgo al compararlo con el que tuvieran un nivel escolar alto; RMP 1.05 (IC_{95%} 0.81-1.36; $p =$

0.50) y RMP 1.06 (IC_{95%} 0.82, 1.38; p= 0.93) respectivamente, sin embargo dichos valores no son estadísticamente significativos.

De acuerdo con el nivel socioeconómico, el tener un nivel medio representa mayor riesgo en comparación con tener un nivel socioeconómico alto RMP 1.19 (IC_{95%} 0.95-1.49; p= 0.93), dicho valor sin significancia estadística.

Finalmente en lo que respecta a las características sociodemográficas al analizar el riesgo que conlleva la ocupación del jefe de familia para que se desarrolle depresión en el adolescente, el hecho de que el jefe de familia se ocupe como técnico represento una RMP 1.17 (IC_{95%} 0.90, 1.52) p= 0.78 en comparación con ser profesionalista.

Factores del ambiente familiar. (Tabla 11, 12 y 13)

Referente a la estructura de la familia, si el adolescente pertenecía a una familia no parental la RMP fue de 2.01 (IC_{95%} 1.39, 2.9; p=<0.01) respecto con el tipo de familia de referencia; familia nuclear.

Por el tipo de familia el tener una familia desintegrada, es decir que el adolescente solo viva con el padre o la madre, el adolescente tiene mayor riesgo de presentar depresión RMP 1.33 (IC_{95%} 1.07, 1.64; p=<0.01) en comparación con aquel adolescente en el cual su familia está integrada; en donde el adolescente vive con ambos padres y estos cumplen con sus funciones familiares.

La RMP para desarrollar depresión en aquellos adolescentes que no cuentan con el apoyo del padre y de la madre fue de 2.08 (IC_{95%} 1.51, 2.88) y 3.35 (IC_{95%} 2.11, 5.32) respectivamente ambos con p significativa p=<0.01.

Tomando como referencia al tipo de comunicación abierta, el que el adolescente tenga una comunicación de tipo ofensiva con su padre representó una RMP de 2.80 (IC_{95%} 1.83, 4.26). Diferente a lo que se observó con la madre, ya que el tipo de comunicación evitativa represento mayor riesgo con RMP 2.65 (IC_{95%} 1.95, 3.60), ambos casos con significancia estadística p= <0.01.

Al analizar la funcionalidad familiar por niveles de cohesión el que los adolescentes pertenezcan a una familia disgregada representa mayor riesgo con RMP de 3.20 (IC_{95%} 2.31, 4.42) tomando como referencia al tipo de familia relacionada en la cual hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal. Respecto a los niveles de adaptabilidad, se observó que la familia rígida representa una mayor asociación para que el adolescente desarrolle depresión con una RMP de 1.55 (IC_{95%} 1.11, 2.17) considerando como referencia a la tipo de familia flexible en la cual el liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas de las reglas establecidas cambian. Tanto la asociación de depresión con el tipo de familia disgregada y rígida tuvieron significancia estadística; $p < 0.01$.

Los resultados observados en este estudio fueron consistentes con lo previamente descrito, ya que se encontró una fuerte asociación entre el desarrollo de depresión y el pertenecer a una familia rígidamente aglutinada y rígidamente disgregada (RMP 3.27 IC_{95%} 0.73, 14.50 y RMP 3.45 IC_{95%} 1.84, 6.45; $p = 0.54$), sin embargo dichos valores no son estadísticamente significativos.

Análisis multivariado. (Tabla 14)

En función de aquellas variables que resultaron estadísticamente significativas y que fueran plausibles, se realizó el análisis multivariado a través de regresión logística binaria. Se construyó un modelo máximo final considerando a las variables: integración familiar, no tener apoyo del padre y de la madre, tipo de comunicación con el padre y la madre así como los niveles de cohesión y adaptabilidad. El modelo se ajustó por sexo, antecedente de trastorno del padre, de la madre y del propio adolescente. Se observó que el no tener el apoyo de la madre tiene una RMP de 3.18 (IC_{95%} 1.96, 5.15), la comunicación evitativa establecida entre la madre y el adolescente representó una RMP de 2.28 (IC_{95%} 1.56, 3.17). Por último el pertenecer a una familia disgregada representó un mayor riesgo para desarrollar

depresión RMP de 4.35 (IC_{95%} 2.79, 6.91). En todas estas variables se conservó la significancia estadística observada en el análisis bivariado; $p = <0.01$.

XV. Discusión.

La adolescencia es de particular interés porque la incidencia de trastornos depresivos aumenta durante este período del desarrollo humano y se ha observado que en los últimos 20 y 30 años ha incrementado de forma considerable, afectando de forma directa la calidad de vida de este grupo poblacional. Además, la adolescencia es una fase de transición significativa, en donde se pasa desde la dependencia con los padres hasta el aumento de la autonomía y llegar a la total independencia. A pesar de esto existen pocos estudios en nuestro país que aborden este tema y de las investigaciones existentes, la gran mayoría se limitan a describir la frecuencia con la que se presenta la sintomatología depresiva y pocos son los que han analizado los factores que se ven involucrados en el desarrollo de depresión. En Jamaica Ekundayo y sus colaboradores (25) reportaron que el 14.2% de los adolescentes de 14 a 19 años que participaron en el estudio presentaron sintomatología depresiva, en Estados Unidos Shanahan y colaboradores (23) informaron una prevalencia para depresión en adolescentes de entre 13 a 16 años de edad de 5.6%, en Portugal Bulhões y colaboradores (24) calcularon una prevalencia de depresión del 18.8% en mujeres y del 7.6% en los hombres, sin embargo en nuestro estudio se encontró una prevalencia mayor a la reportada por estos autores incluso una prevalencia mayor a la reportada en adolescentes en México por Veytia- López y colaboradores (21), en quienes sus resultados indicaron que el 15.6% de los adolescentes presentaron síntomas de depresión y en los resultados observados por Fleiz- Bautista y colaboradores (22) quienes observaron una prevalencia general de depresión del 8% en la población estudiada de 12 a 17 años. A pesar de que existen resultados diferentes entre la prevalencia encontrada en este estudio con la reportada en otras investigaciones, la prevalencia calculada en esta investigación es muy similar a la reportada por Leyva- Jiménez y colaboradores quienes observaron una prevalencia del 29.8% en adolescentes mexicanos, al igual que la prevalencia observada por Rivera- Rivera y colaboradores (27) en donde el 27% de los estudiantes que participaron en el estudio presentaron depresión. Estas disparidades entre los resultados pueden estar dadas en primer lugar a que el adolescente mexicano tiene características

biológicas, psicológicas y socioculturales diferentes a la población adolescente de otros países es decir la heterogeneidad de las muestras utilizadas en los estudios y en segundo lugar al instrumento de medición implementado. La prevalencia que se encontró en este estudio es similar a la reportada en investigaciones en donde también se emplearon encuestas auto aplicadas, sin embargo una de las ventajas que tiene el Inventario de Depresión de Beck II sobre otras encuestas de este tipo es que este instrumento de medición considera el tiempo de evolución de los síntomas, característica que es considerada dentro de los criterios diagnósticos del DSM-V además de que este instrumento está validado para población adolescente mexicana.

En cuanto a la asociación de los factores estudiados con el desarrollo de depresión tenemos que en lo referente al sexo el ser mujer representó mayor riesgo para desarrollar depresión, resultado que es consistente con lo reportado en la literatura, ya que en nuestro estudio se observó que la prevalencia es mayor para el sexo femenino (prevalencia en el sexo femenino de 31.7% vs prevalencia en el sexo masculino de 20.7%), una razón de casi 2:1. (13)

Si bien algunos estudios han encontrado que el tener un nivel socioeconómico bajo confiere mayor riesgo para el desarrollo de depresión, en lo observado en este estudio no se vio esta asociación ya que el pertenecer a un nivel socioeconómico bajo representó un menor riesgo para el desarrollo de depresión (RMP 0.91 IC_{95%} 0.67, 1.2 p= 0.93), esto podría ser secundario al instrumento de medición que se implementó.

Se observó que en la asociación entre la ocupación del jefe de familia con el desarrollo de depresión en el adolescente puede existir un problema de clasificación ya que el técnico y el empleado abarcan varias categorías.

De forma general el tener antecedente familiar, por parte de los padres de trastorno afectivo le confiere mayor riesgo al adolescente para desarrollar depresión, situación que se pudo observar en los resultados de este trabajo (antecedente de trastorno afectivo en el padre RMP 2.53 IC_{95%} 1.24, 5.15 y para la madre RMP 1.80 IC_{95%} 1.10, 2.96) p= <0.01. (13)

En estudios previos se ha observado que el hecho de que el adolescente tenga antecedente de algún tipo de trastorno mental le confiere hasta cinco veces más riesgo para desarrollar depresión, sobre todo en el caso de tener ansiedad (28).

En esta investigación se pudo observar que aquel adolescente con antecedente de trastorno mental tiene hasta tres veces más riesgo para desarrollar depresión (RMP 3.70 IC_{95%} 2.53, 5.41) $p = <0.01$, sin embargo puede existir un sesgo de clasificación no diferencial en la forma en cómo se obtuvo la información de estas dos últimas variables, ya que se midieron a través del auto reporte, lo cual pudo haber ocasionado que se subestimara el efecto y por tal motivo se haya encontrado un menor riesgo para desarrollar depresión teniendo el antecedente de madre con trastorno afectivo, esto al compararlo con lo que dice la literatura, ya que esta última señala que el riesgo que proporciona el tener una madre con algún trastorno afectivo es mayor que el riesgo que confiere el tener un padre con psicopatología. En nuestro estudio se observó que el mayor riesgo lo confiere el antecedente paterno. Otra hecho que debe ser considerado en la interpretación de estos resultados es que la ansiedad, la cual se consideró como una comorbilidad en el adolescente, tiene los mismos factores de riesgo que la depresión para su desarrollo.

Una de las fortalezas de esta investigación fue el hecho de haberse analizado en un solo estudio varias características del ambiente familiar del adolescente, ya que en otros estudios solo se ha analizado una de las diversas características que puede tener la familia y que fungen como factor de riesgo o factor protector en el desarrollo de depresión. En el estudio realizado por Benjet y colaboradores observaron una asociación positiva entre que el adolescente viviera con uno o ninguno de los padres y el desarrollo de depresión (OR 1.13 IC_{95%} 0.92, 1.39), situación que en esta investigación se midió determinando el tipo de estructura familiar a la que pertenecía el adolescente y se encontró una fuerte asociación entre el desarrollo de depresión y el pertenecer a una familia no parental, la cual se caracteriza por no vivir con ninguno de los padres (RMP 2.01 IC_{95%}1.39, 2.91) $p = <0.01$.

En distintas investigaciones se ha constatado que un ambiente familiar positivo, caracterizado por la comunicación abierta y por la presencia apoyo entre padres e

hijos son unas de las más importantes características que garantizan el bienestar psicosocial en la adolescencia. En relación a la comunicación establecida entre los padres con el adolescente, en esta investigación se observó que la comunicación ofensiva que se puede establecer entre el padre y el adolescente representa el mayor riesgo para desarrollar depresión (RMP 2.80 IC_{95%} 1.83-4.26) $p < 0.01$ en comparación con el tipo de comunicación abierta. En el caso de la madre el tipo de comunicación que representó un mayor riesgo es la comunicación del tipo evitativa RMP 2.65 (IC_{95%} 1.95-3.60; $p < 0.01$). Ambos resultados son consistentes con lo que muestra Rivera- Rivera y colaboradores (27) quienes encontraron que tener una comunicación baja con los padres aumenta la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva RM 1.78 (IC_{95%} 1.59, 2.00). En lo que respecta al apoyo entre padres e hijos, en este estudio se observó una fuerte asociación entre el no contar con el apoyo de la madre y del padre con el desarrollo de depresión (RMP de 2.08 con IC_{95%} 1.51, 2.88 y RMP 3.35 IC_{95%} 2.11-5.32 para el padre y madre respectivamente) $p < 0.01$, sin embargo el abordaje de esta variable fue débil y pudo generar un sesgo de clasificación con el auto reporte obtenido, lo cual podría subestimar su efecto en el desarrollo de depresión.

Finalmente y con base a lo descrito en la literatura, aquel adolescente que pertenece a una familia con funcionalidad extrema (familia rígidamente aglutinada, rígidamente disgregada, caóticamente aglutinada y caóticamente disgregada) tendrá mayor riesgo para desarrollar depresión. En esta variable podemos comparar uno de los resultados observados en esta investigación con lo obtenido por Leyva- Jiménez (19). En nuestro estudio la familia rígidamente dispersa representó una RMP de 3.45 (IC_{95%} 1.84, 6.45; $p < 0.01$ consistente con lo observado por este autor y sus colaboradores quienes reportaron una OR para este mismo tipo de familia de 6.3 $p < 0.05$. Observamos que este tipo de familia tiene una asociación fuerte con el desarrollo de depresión lo cual se refiere en la literatura, en donde la familia rígidamente dispersa refleja un nivel de funcionamiento extremo, siendo de los tipos de familia más disfuncionales tanto para un desarrollo individual como familiar. Respecto a lo observado en este estudio en las familias: estructuralmente relacionada (OR; 0.74 IC_{95%} 0.25, 2.18) y aglutinada (OR; 0.81 IC_{95%} 0.12, 5.53) y

caóticamente relacionada (OR; 0.88 IC_{95%} 0.44, 1.72) y aglutinada (OR; 0.60 IC_{95%} 0.26, 1.34), no se encontró una asociación franca con el desarrollo de depresión. La precisión de estos datos observados podría mejorar aumentando el tamaño de muestra.

Una característica que le confiere una fortaleza a este estudio es el tamaño de muestra con 993 adolescentes analizados, lo cual se ve reflejado en la precisión de los resultados. Sin embargo también se debe considerar el hecho de que en este estudio no se midieron variables que explican la causalidad de la depresión en los adolescentes, dichas variables son las que corresponden al ambiente escolar en donde se pueden presentar factores como: violencia física, sexual y/o psicológica, aprovechamiento escolar inadecuado, deserción escolar, cambios de escuela, falta de expectativas, expectativas faltas o relaciones insatisfactorias, lo cual hubiese sido importante para comparar con otros resultados y tener una base más sólida en torno a los factores que se asocian con la depresión en el adolescente.

XVI. Conclusiones.

El trastorno depresivo es un problema importante de salud pública a nivel mundial por la magnitud y trascendencia con la que se presenta. Puede convertirse en un problema importante de salud, sobre todo cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, en los adolescentes ocupa una de las principales causas de morbilidad, ya que esta edad tiene características propias que le confieren mayor vulnerabilidad. En el desarrollo de esta entidad intervienen diversos factores que juegan un papel importante, sin embargo es el entorno familiar uno de los factores con mayor importancia, dado que es la primer red de apoyo con la que cuenta el adolescente para enfrentar situaciones de estrés externas, además la familia es la base principal de la sociedad, ya que cumple con un importante número de funciones, una de ellas es contribuir con el adecuado desarrollo emocional de sus integrantes. Debido a esto es considerada un sistema abierto que mantiene un constante intercambio de información entre sus integrantes y el ambiente que los rodea. De forma general los resultados observados en esta investigación apoyan la importancia del rol familiar en el desarrollo de un adolescente ya que se encontró una asociación positiva entre factores del ámbito familiar (estructura, integración y funcionalidad familiar), el tipo de comunicación con los padres y las redes de apoyo existentes entre el adolescente y sus progenitores con el desarrollo de depresión, lo cual es acorde con el papel central que desempeña esta unidad social en el proceso de salud y enfermedad, ya que puede fungir como factor protector o factor de riesgo en el desarrollo de algunas condiciones médicas, sin embargo estos datos deben ser tomados con reserva dada la naturaleza del estudio, con base en esto, la información obtenida en esta investigación puede ser de utilidad para abrir otras líneas de investigación en donde se implemente una mejor metodología que ayude a explicar de mejor manera la causalidad entre factores de riesgo y el desarrollo de depresión.

XVII. Referencias bibliográficas.

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en web: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud. Disponible en web: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
3. Secretaria de Salud. Programa de Acción en salud Mental México 2001-2006. Disponible en web: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf.
4. De La Peña F, Ulloa R, Paz F. Comorbilidad del trastornos depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. Salud Mental 1999;22:88-92.
5. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Adolescente y salud mental. Disponible en web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/.
6. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México. Julio 2012. Disponible en web: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8_Salud_Mental_Mex_ago12.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud. Disponible en web: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
8. La salud mental del adolescente: un desafío urgente para la investigación y la inversión. Disponible en web: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-salud-mental-del-adolescente.pdf>.
9. Berenzon S, Lara MA, Robles R, et al. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Mex 2013;55(1):74-80


10. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. La Adolescencia. Una Época de Oportunidades. Página 27. Disponible en web: https://www.unicef.org/honduras/Estado_mundial_infancia_2011.pdf.
11. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Adolescente y salud mental. Disponible en web: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/.
12. Álvarez Zúñiga M, Ramírez Jacobo B, Silva Rodríguez A, et al. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2009;9(2):205-216.
13. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and Adolescent Depression. American Family Physician. 2007;75(1):73-80.
14. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. Am J Prev Med. 2006 Dec; 31(6 Suppl 1):S104-25. DOI: 10.1016/j.amepre.2006.07.007
15. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en web: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf.
16. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Guía Clínica Depresión en niños y Adolescentes. Disponible en web: http://www.sap.salud.gob.mx/media/61184/nav_guias3.pdf.
17. Galicia Moyeda IX, Sánchez Velasco A, Robles Ojeda FJ. Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. Anales de psicología. 2009;25(2):227-240.
18. Benjet C, Borges G, Medina-Mora MA, et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican

- Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50:4(2009),386–395 doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x
19. Leyva-Jiménez R, Hernández-Juárez AM, Nava-Jiménez G, et al. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(3):225-232.
 20. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 2009;32(2):155-163.
 21. Veytia López M, González Arratia López Fuentes NI, Andrade Palos P, et al. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 2012;35:37-43.
 22. Fleiz-Bautista C, Villatoro-Velázquez J, Medina Mora Icaza ME, et al. Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12 to 65. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34:395-404. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.004.
 23. Shanahan L, Copeland WE, Costello EJ, et al. Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: differential risk factors in development? *Psychological Medicine.* 2011;41:2265–2274. doi: 10.1017/S0033291711000675.
 24. Bulhões C, Ramos E, Lindert J, et al. Depressive Symptoms and Its Associated Factors in 13-Year-Old Urban Adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013;10:5026-5038. doi:10.3390/ijerph10105026.
 25. Ekundayo OJ, Dodson-Stallworth J, Roofe M. Prevalence and Correlates of Depressive Symptoms Among High School Students in Hanover, Jamaica. *The Scientific World Journal*, 2007;7:567–576. DOI 10.1100/tsw.2007.104.
 26. Hui Yapa MB, Pilkingtona PD, Ryana SM, et al. Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 156 (2014) 8–23.

27. Rivera –Rivera L, Rivera Hernández P, Pérez Amezcua B, et al. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. Salud Pública de México. Mayo- junio 2015. (57) 3.
28. Zalsman G, Brent DA, Weersing VR. Depressive disorders in childhood and adolescence; An overview, epidemiology, clinical manifestation and risk factors. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 15 (2006) 827–841.
29. Funcionamiento Familiar: Evaluación de los potenciadores y obstructores. Disponible en web: <https://www.uv.es/lisis/instrumentos/Funcionamiento-FamiliaR.pdf>
30. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, et al. Gene-environment interactions in mental disorders. World Psychiatry. 2004 Jun; 3(2): 73-83.
31. Aslund C , Nilsson KW , Starrin B , et al. Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2007;16(5):298-304.
32. Santander S, Zubarew T, Santelices L, et al. Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Rev Méd Chile 2008; 136: 317-324

XVIII. Anexos

Anexo 1. Carta de consentimiento informado (Adultos)

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<p>PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DEL AMBIENTE FAMILIAR ASOCIADOS, EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 15 A 19 AÑOS EN NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.</p>
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Por medio de este consentimiento informado se le hace una invitación para que participe en un proyecto de investigación cuyo objetivo es estimar la prevalencia de depresión y factores asociados del ambiente familiar en adolescentes escolarizados de Nivel Medio Superior de la Ciudad de México. Este estudio aportará información a la ya existente, para ampliar el conocimiento que se tiene sobre la asociación de depresión con factores del ambiente familiar en adolescentes, con la finalidad de crear acciones encaminadas a prevenir la depresión en este grupo poblacional.</p>
Procedimientos:	<p>Se acudirá al plantel escolar en donde usted cursa el nivel medio superior, con previa autorización por la autoridades del plantel, en donde se les informará mediante una plática en que consiste el estudio y cuál es la finalidad del mismo. Se otorgará una carta de consentimiento informado para ser leída y analizada y si se decide participar quede manifiesto dicha autorización mediante la firma de la carta; tras obtener dicho consentimiento se otorgará un cuestionario de opción múltiple el cual será auto aplicado (el cual incluye información sobre depresión, factores socioeconómicos y factores del ambiente familiar). El tiempo aproximado para responder dicho cuestionario es de aproximadamente 30 minutos, al término de esta se agradecerá la participación del adolescente.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Las molestias que puedes experimentar tras aceptar participar en este estudio son las que resulten de contestar el cuestionario.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>La información obtenida tras el análisis del cuestionario se le entregará a usted de forma personal, ya que es mayor de edad y será canalizado con el médico familiar de su unidad de medicina familiar para otorgar tratamiento en caso de ser necesario.</p>
Participación o retiro:	<p>La participación en este estudio es voluntaria, es decir que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará en su desarrollo en la institución académica a la cual está inscrito, de igual manera podrá retirarse en el momento que considere.</p>

Privacidad y confidencialidad: Toda la información que usted proporcione durante la realización de este estudio será de estricto carácter confidencial y será de uso exclusivo para los investigadores, no siendo de manera anónima ya que en la evaluación de la depresión se requiere ser identificado para ser enviado en caso de ameritarlo a la Unidad Médica correspondiente.

Beneficios al término del estudio: En caso de que se identifique que cursa con Depresión, se le enviara a su Unidad Médica para dar seguimiento.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra.

Colaboradores: Dra. Brenda Jessica Espinosa Armenta Residente de tercer grado en Epidemiología con matrícula 98378321, adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, ubicada en Mier y Pesado Número 120 Colonia Del Valle Delegación Benito Juárez Ciudad de México. Teléfono: 55 17 97 02 67 Correo electrónico: drabrendaespinosaa@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

He comprendido esta carta de consentimiento informado, se me han explicado todas mis dudas y acepto participar en el estudio.

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Carta de consentimiento informado (Padres)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (PADRES)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DEL AMBIENTE FAMILIAR ASOCIADOS, EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS DE 15 A 19 AÑOS EN NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Por medio de este consentimiento informado se le hace una invitación para que su hijo (a) participe en un proyecto de investigación cuyo objetivo es estimar la prevalencia de depresión y factores asociados del ambiente familiar en adolescentes escolarizados de Nivel Medio Superior de la Ciudad de México. Este estudio aportará información a la ya existente, para ampliar el conocimiento que se tiene sobre la asociación de depresión con factores del ambiente familiar en adolescentes, con la finalidad de crear acciones encaminadas a prevenir la depresión en este grupo poblacional.
Procedimientos:	Previo consentimiento por las autoridades del plantel educativo en donde su hijo (a) cursa el nivel medio superior, se acudirá para dar una plática informativa a los adolescentes para hacer de su conocimiento en que consiste el estudio y cuál es la finalidad del mismo. Se otorgará una carta de consentimiento informado para los padres y una carta de asentimiento para los adolescentes para ser leída y analizada, si se decide participar quedará manifiesta dicha autorización mediante la firma de la carta de consentimiento informado y del asentimiento; tras obtener dichos documentos se otorgará un cuestionario de opción múltiple el cual será auto aplicado (el cual incluye información sobre depresión, factores socioeconómicos y factores del ambiente familiar). El tiempo aproximado para responder dicho cuestionario es de aproximadamente 30 minutos, al término de esta se agradecerá la participación del adolescente.
Posibles riesgos y molestias:	Las molestias que puedes experimentar tras aceptar participar en este estudio son las que resulten de contestar el cuestionario.
Beneficios al termino del estudio:	De manera personalizada, en aquellos adolescentes en los cuales se detecte depresión se informara a sus padres para que en su unidad médica correspondiente se otorgue el seguimiento pertinente.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información obtenida tras el análisis del cuestionario se le entregara a usted a través de su hijo(a) para que en su unidad médica correspondiente se otorgue el seguimiento pertinente.
Participación o retiro:	La participación en este estudio es voluntaria, es decir que, si usted no desea que su hijo (a) forme parte de este estudio, su decisión, no afectará en el desarrollo académico de su

hijo (a), de igual manera podrá pedir que su hijo (a) abandone el estudio en el momento que considere necesario.

Privacidad y confidencialidad:

Toda la información que su hijo (a) proporcione durante la realización de este estudio será de estricto carácter confidencial y será de uso exclusivo para los investigadores, no siendo de manera anónima ya que en la evaluación de la depresión se requiere ser identificado para ser enviado en caso de ameritarlo a la Unidad Médica correspondiente.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra.

Colaboradores:

Dra. Brenda Jessica Espinosa Armenta Residente de tercer grado en Epidemiología con matrícula 98378321, adscrita a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, ubicada en Mier y Pesado Número 120 Colonia Del Valle Delegación Benito Juárez Ciudad de México.
Teléfono: 55 17 97 02 67 Correo electrónico: drabrendaespinosaa@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

He comprendido esta carta de consentimiento informado, se me han explicado todas mis dudas y acepto que mi hijo (a) participe en el estudio.

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Anexo 3. Carta de asentimiento para el adolescente

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE ASENTIMIENTO

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DEL AMBIENTE FAMILIAR ASOCIADOS, EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Mi nombre es Brenda Espinosa y estoy en tu escuela con la finalidad de realizar una investigación cuyo objetivo es el determinar si existe relación entre el desarrollo de depresión en adolescentes y factores del ambiente familiar, por lo que mediante esta carta te invito a que formes parte de este estudio.

Tus padres estarán informados de este estudio y brindaran, en caso de que así lo decidan, su consentimiento para que participes.

Si no deseas formar parte de la investigación no tienes porque hacerlo, aún cuando tus padres lo hayan aceptado. Puedes discutir cualquier aspecto de este documento con tus padres, amigos o cualquier otro con el que te sientas cómodo. No tienes que decidirlo inmediatamente. Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas, si este es el caso ten la seguridad de que se te aclararan todas tus dudas. Si decides participar solo se te realizara un cuestionario el cual incluye información sobre depresión y factores del ambiente familiar con duración aproximada de 25 minutos, puedes pedirme que pare en cualquier momento, en caso de que decidas no continuar o que tengas dudas sobre la encuesta que se te realiza, y me tomaré el tiempo necesario para responder a tus dudas.

La participación en este estudio es voluntaria, lo cual quiere decir que si no aceptas participar no te verás afectado en ningún aspecto, incluso si tus padres aceptaron que participes.

Si estás de acuerdo en participar escribe aquí tu nombre completo:



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN NIVEL MEDIO SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Cuestionario para la recolección de información

Mediante este cuestionario se hará la recolección de los datos personales con relevancia para este estudio, toda la información que se brinde será analizada de forma confidencial y será de uso exclusivo para el investigador.

Fecha:

Folio:

Apartado I. Ficha de identificación				
Nombre:				
Edad:	Sexo ()	Fecha de nacimiento		
	1. Masculino			
	2. Femenino	Día	Mes	Año
Actualmente vives en:				
1. CDMX 2. Estado de México 3. Otro: 3.1 Especifique:				
En caso de que vivas en la Ciudad de México, selecciona la delegación en la cual resides: ()				
1. Álvaro Obregón 2. Azcapotzalco 3. Benito Juárez 4. Coyoacán 5. Cuajimalpa de Morelos 6. Cuauhtémoc 7. Gustavo A. Madero 8. Iztacalco 9. Iztapalapa 10. Magdalena Contreras 11. Miguel Hidalgo 12. Milpa Alta 13. Tláhuac 14. Tlalpan 15. Venustiano Carranza 16. Xochimilco				
En caso de que vivas en el Estado de México, especifica el municipio en el cual resides:				
Plantel en el que estudias: ()				
1. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur 2. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo 3. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente				
Grado escolar que cursas actualmente: ()				
1. Primer Semestre 2. Segundo Semestre				

- 3. Tercer Semestre
- 4. Cuarto Semestre
- 5. Quinto Semestre
- 6. Sexto Semestre

Factores sociodemográficos	
¿Cuál es tu estado civil?	1. Soltero 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Divorciado (a)
Actualmente, ¿Estás bajo algún tratamiento con medicamento?	1. Si, especifica el nombre o el tipo del medicamento: 2. No
Datos socioeconómicos (AMAI 8X7)	
1. ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.	1 2 3 4 5 6 7 o más
2. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?	1 2 3 4 o más
3. ¿En hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?	No tiene Si tiene
4. Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿Cuántos focos tiene su vivienda?	0-5 6-10 11-15 16-20 21 o más
5. ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?	Tierra o cemento Otro acabado
6. ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?	0 1 2 3 o más
7. ¿En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?	No tiene Si tiene
8. Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿Cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios?	1. No estudió 2. Primaria completa 3. Primaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Secundaria incompleta 6. Carrera comercial 7. Carrera técnica 8. Preparatoria completa 9. Preparatoria incompleta 10. Licenciatura completa 11. Licenciatura incompleta
Información sobre los padres	
¿Cuál es el estado civil de tus padres?	1. Casados 2. Unión libre 3. Divorciados 4. Viudos

¿Cuál es el grado de estudios de tu Papá?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria o equivalente incompleto 5. Secundaria o equivalente completo 6. Media superior incompleta 7. Media superior completa 8. Superior completa 9. Superior incompleta 10. Posgrado
¿Cuál es el grado de estudios de tu Mamá?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguno 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria o equivalente incompleto 5. Secundaria o equivalente completo 6. Media superior incompleta 7. Media superior completa 8. Superior completa 9. Superior incompleta 10. Posgrado
Alguna vez se le ha diagnosticado depresión a tu padre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Alguna vez se le ha diagnosticado depresión a tu madre	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Alguna vez se te ha diagnosticado algún trastorno psiquiátrico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
En caso de que tu respuesta anterior fuera afirmativa, ¿Cuál es el trastorno del estado de ánimo que se te ha diagnosticado?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad 2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad 3. Distimia 4. Fobias 5. Trastorno disfórico premenstrual y distimia. 6. Otro. Especifica:
Estructura familiar	
Con quien vives	<ol style="list-style-type: none"> 1. Padre y madre con uno a dos hijos 2. Padre y madre con 3 hijos o más 3. Padre y madre en donde uno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior 4. Padre o madre con hijos 5. Padre o madre con hijos más otras personas con parentesco 6. Padre o madre con hijos más otras personas con o sin parentesco 7. Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco 8. Padre y madre con hijos más otras personas con y sin parentesco 9. Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres, por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos, hermanos 10. Padre o madre con hijos más otras personas sin parentesco 11. Persona sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares por ejemplo: grupo de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos (grupos similares a familias) 12. Vive solo (sin familia)
Por integración	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones familiares (integrada) 2. Cónyuges viven juntos y no cumplen sus funciones familiares (semi- integrada) 3. Falta uno de los dos cónyuges (desintegrada)

Por ocupación (dependiendo del trabajo del jefe de familia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesionista 2. Técnico 3. Obrero 4. Campesino 5. Empleado 6. Comerciante
Redes de apoyo	
¿Cuándo tiene dificultades y acudes a tu Madre, cuentas con su apoyo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
¿Cuándo tiene dificultades y acudes a tu Padre, cuentas con su apoyo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Instrucciones: marque con una “X” en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija.

Evaluación del Funcionamiento Familiar					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Describa su familia:					
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	5	4	3	2	1
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	5	4	3	2	1
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	5	4	3	2	1
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	5	4	3	2	1

Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	5	4	3	2	1
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	5	4	3	2	1
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	5	4	3	2	1
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas	5	4	3	2	1
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	5	4	3	2	1
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	5	4	3	2	1
Nos sentimos muy unidos	5	4	3	2	1
En nuestra familia los hijos toman las decisiones	5	4	3	2	1
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	5	4	3	2	1
En nuestra familia las reglas cambian	5	4	3	2	1
Con facilidad podemos planear actividades en familia	5	4	3	2	1
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	5	4	3	2	1

Consultamos unos con otros para tomar decisiones	5	4	3	2	1
En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad	5	4	3	2	1
La unión familiar es muy importante	5	4	3	2	1
Es difícil decir quién hace las labores del hogar	5	4	3	2	1

Instrucciones: a continuación se enlista una serie de frases que describen la relación con su Mamá y con su Papá. Piense en que medida estas frases responden a la verdadera situación con ellos.

Recuerda que no existen respuestas buenas o malas, lo importante es que reflejen tu opinión. Te recomiendo que empieces por MI MADRE. Cuando termines pasa a MI PADRE.

Escala de comunicación familiar										
	Mi madre					Mi padre				
	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Puedo hablarle acerca de lo que pienso sin sentirme mal o incomodo/a.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Me creo lo que me dice.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Me presta atención cuando le hablo.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
No me atrevo a pedirle lo que deseo o quiero.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Me dice cosas que me hacen daño.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Puede saber cómo me siento sin preguntármelo	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Nos llevamos bien.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Si tuviese problemas podría contárselos.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Le demuestro con facilidad mi afecto.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Cuando estoy enojado, no le hablo.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Tengo mucho cuidado con lo que digo.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Le digo cosas que le hacen daño.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Cuando le hago preguntas, me responde con sinceridad.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Intenta comprender mi punto de vista (mi forma de ver las cosas).	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Hay temas de los que prefiero no hablarle.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Pienso que es fácil hablarle de los problemas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Puedo expresarle mis verdaderos pensamientos	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Cuando hablamos me pongo de mal humor.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
Intenta ofenderme cuando se enoja conmigo.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

No creo que pueda decirle cómo me siento realmente en determinadas situaciones.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Instrucciones: seleccione con una “x” el enunciado que muestra la situación con la que se identifica.

Depresión	
No me siento triste Me siento triste Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo	
No me siento especialmente desanimado ante el futuro Me siento desanimado con respecto al futuro Siento que no tengo nada que esperar No tengo esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar	
No me considero un fracasado Creo que he fracasado más que cualquier persona normal Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos Creo que soy un fracaso absoluto como persona	
No estoy especialmente insatisfecho No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada Estoy insatisfecho o aburrido de todo	
No me siento culpable Me siento culpable una buena parte del tiempo Me siento bastante culpable casi siempre Me siento culpable siempre	
No creo que esté siendo castigado Creo que puedo ser castigado Espero ser castigado Creo que estoy siendo castigado	
No me siento decepcionado de mí mismo Me he decepcionado a mí mismo Estoy asqueado de mí mismo Me odio	
No creo ser peor que los demás Me critico bastante por mis debilidades o errores Me culpo siempre por mis errores Me culpo por todo lo malo que sucede	
No tengo pensamientos de hacerme daño Pienso en matarme, pero no lo haría Me gustaría matarme Me mataría si tuviera la oportunidad	
No lloro más que de lo habitual Ahora lloro más de lo habitual Ahora lloro todo el tiempo Antes podía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera	
No estoy más irritable de lo normal Las cosas me irritan un poco más que de costumbre Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo Ahora me siento irritado todo el tiempo	
No he perdido el interés por otras personas Estoy menos interesado en otras personas que antes He perdido casi todo mi interés por las personas He perdido todo mi interés por las personas	
Tomo decisiones como siempre Postergo las decisiones más que de costumbre Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes Ya no puedo tomar decisiones	
No creo que mi aspecto sea peor que antes Me preocupa el hecho de parecer viejo, sin atractivo Siento que hay cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo	

Creo que soy feo	
Puedo trabajar tan bien como antes	
Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo	
Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa	
No puedo trabajar en absoluto	
Puedo dormir tan bien como antes	
No duermo tan bien como antes	
Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme	
Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme	
No me canso más que antes	
Me canso más fácilmente que antes	
Me canso sin hacer casi nada	
Estoy demasiado cansado para hacer algo	
Mi apetito no es peor que antes	
Mi apetito no es tan bueno como solía ser antes	
Mi apetito está mucho peor ahora	
Ya no tengo apetito	
No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente	
He perdido más de dos kilos y medio	
He perdido más de cinco kilos	
He perdido más de siete kilos y medio	
No me preocupo por mi salud más que de costumbre	
Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias estomacales o estreñimiento	
Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa	
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa	
No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo	
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar	
Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo	
He perdido por completo el interés por el sexo	

Anexo 5. Tablas

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adolescentes

Variable	n (%)
Plantel de adscripción	n = 993
CCH Oriente	318 (32)
CCH Sur	371 (37.4)
CCH Vallejo	304 (30.6)
Lugar de residencia	n = 993
Ciudad de México	688 (69.3)
Estado de México	305 (30.7)
Grado escolar	n = 993
Primer año	177 (17.8)
Segundo año	506 (51.0)
Tercer año	310 (31.2)
Estado civil	n = 993
Soltero	980 (98.7)
Casado	4 (0.4)
Unión libre	9 (0.9)
Nivel socioeconómico	n = 993
Bajo	194 (19.5)
Medio	321 (32.3)
Alto	478 (48.1)

Tabla 3. Características de los padres

Variable	n (%)
Estado civil de los padres	n = 990*
Casados	551 (55.6)
Unión libre	117 (11.9)
Divorciados	291 (29.4)
Viudos	31 (3.1)
Ocupación del jefe de familia	n = 993
Profesionista	417 (42.0)
Técnico	218 (22.0)
Comerciante	34 (3.4)
Empleado	281 (21.3)
Campesino	43 (4.3)
Nivel de escolaridad del padre	n = 993
Nivel básico	380 (38.2)
Nivel medio	300 (30.2)
Nivel superior	313 (31.6)
Nivel de escolaridad de la madre	n = 993
Nivel básico	384 (31.7)
Nivel medio	322 (32.4)
Nivel superior	287 (28.9)

*Adolescentes que conocen el dato.

Tabla 4. Antecedente de psicopatología de los padres.

Variable	n (%)
Antecedente de trastorno afectivo del padre	n = 974*
Si	32 (3.3)
No	942 (96.7)
Tipo de trastorno afectivo del padre	n = 32
Depresión	26 (81.2)
Episodio maniaco	0
Trastorno bipolar	4 (12.5)
Hipomanía	0
Distimia	2 (6.3)
Antecedente de trastorno afectivo de la madre	n = 991*
Si	73 (7.4)
No	918 (92.6)
Tipo de trastorno afectivo de la madre	n = 73
Depresión	64 (87.6)
Episodio maniaco	0
Trastorno bipolar	2 (2.7)
Hipomanía	0
Distimia	7 (9.7)

*Adolescentes que conocen el dato.

Tabla 5. Antecedente del adolescente de trastorno mental.

Variable	n (%)
Antecedente de trastorno en el adolescente	n = 993
Si	130 (13.1)
No	863 (86.9)
Tipo de trastorno del adolescente	n = 91
Ansiedad	39 (42.8)
TDAH	18 (19.7)
Fobias	4 (4.4)
Trastorno bipolar	2 (2.5)
Trastorno de pánico	4 (4.4)
Trastorno mixto	14 (15.3)
Trastorno obsesivo compulsivo	10 (10.9)

Tabla 6. Características del ambiente familiar.

Variable	n (%)
Estructura familiar	n = 993
Nuclear	580 (58.2)
Extendida	38 (3.8)
Monoparental	314 (31.6)
No parental	43 (4.3)
Reconstruida	18 (1.8)
Integración familiar	n = 993
Integrada	622 (62.6)
Semi integrada	57 (5.7)
Desintegrada	314 (31.6)
Apoyo del padre	n = 975*
Si	763 (78.2)
No	212 (21.3)
Apoyo de la madre	n = 991*
Si	910 (91.8)
No	81 (8.2)
Tipo de comunicación con el padre	n = 962*
Comunicación abierta	920 (95.6)
Comunicación ofensiva	10 (1.1)
Comunicación evitativa	32 (3.3)

*Adolescentes que conocen el dato.

Tabla 7. Características del ambiente familiar.

Variable	n (%)
Tipo de comunicación con la madre	n = 990*
Comunicación abierta	967 (97.6)
Comunicación ofensiva	1 (0.1)
Comunicación evitativa	22 (2.3)
Cohesión	n = 993
Relacionada	268 (27.0)
Semi relacionada	261 (26.3)
Disgregada	312 (31.4)
Aglutinada	152 (15.3)
Adaptabilidad	n = 993
Flexible	273 (27.5)
Estructurada	206 (20.7)
Rígida	49 (4.9)
Caótica	465 (46.8)

*Adolescentes que conocen el dato.

Tabla 8. Factores biológicos asociados a la depresión.

Variable	RMP*	IC_{95%}	P⁺
Sexo			
Femenino	1.77	1.33-2.37	<0.01
Masculino	1		
Antecedente de trastorno afectivo del padre			
Si	2.53	1.24-5.15	<0.01
No	1		
Antecedente de depresión del padre			
Si	3.29	1.50-7.21	<0.01
No	1		
Antecedente de trastorno afectivo de la madre			
Si	1.80	1.10-2.96	0.01
No	1		
Antecedente de depresión de la madre			
Si	1.59	0.93-2.70	0.08
No	1		
Antecedente de trastorno del adolescente			
Si	3.70	2.53-5.41	<0.01
No	1		
Antecedente de ansiedad del adolescente			
Si	2.45	1.28-4.68	<0.01
No	1		

* Razón de Momios de Prevalencia + Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher

Tabla 9. Factores sociodemográficos asociados a depresión.

Variable	RMP*	IC _{95%}	P ⁺
Estado civil de los padres			
Casados	1		<0.01
Unión libre	1.63	1.21-2.19	
Divorciados	1.49	1.18-1.88	
Viudos	1.80	1.12-2.89	
Nivel escolar del padre			
Nivel básico	0.92	0.71-1.18	0.50++
Nivel medio	1.05	0.81-1.36	
Nivel superior	1		
Nivel escolar de la madre			
Nivel básico	0.99	0.77-1.28	0.93++
Nivel medio	1.06	0.82-1.38	
Nivel superior	1		

* Razón de Momios de Prevalencia + Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher ** Chi cuadrada de tendencia

Tabla 10. Factores sociodemográficos asociados a la depresión.

Variable	RMP*	IC _{95%}	P ⁺
Nivel socioeconómico			
Bajo	0.91	0.67-1.23	0.93++
Medio	1.19	0.95-1.49	
Alto	1		
Ocupación del jefe de familia			
Profesionista	1		0.78
Técnico	1.17	0.90-1.52	
Comerciante	1.15	0.67-1.99	
Empleado	1.00	0.77-1.30	
Campeño	1.09	0.66-1.82	

* Razón de Momios de Prevalencia + Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher ** Chi cuadrada de tendencia

Tabla 11. Factores del ambiente familiar asociados a depresión.

Variable	RMP*	IC _{95%}	P ⁺
Estructura familiar			
Nuclear	1		<0.01
Extendida	1.20	0.69-2.09	
Monoparental	1.48	1.18-1.85	
No parental	2.01	1.39-2.91	
Reconstruida	1.77	0.97-3.23	
Integración familiar			
Integrada	1		0.02
Semi integrada	1.01	0.63-1.63	
Desintegrada	1.33	1.07-1.64	
Apoyo del padre			
Si	1		<0.01
No	2.08	1.51-2.88	
Tipo de comunicación con el padre			
Comunicación abierta	1		<0.01
Comunicación evitativa	2.12	1.50-2.99	
Comunicación ofensiva	2.80	1.83- 4.26	

* Razón de Momios de Prevalencia + Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher ** Chi cuadrada de tendencia

Tabla 12. Factores del ambiente familiar asociados a depresión.

Variable	RMP*	IC _{95%}	P ⁺
Apoyo de la madre			
Si	1		<0.01
No	3.35	2.11-5.32	
Tipo de comunicación con la madre			
Comunicación abierta	1		<0.01
Comunicación ofensiva	1.94	0.48-7.81	
Comunicación evitativa	2.65	1.95-3.60	
Funcionalidad familiar Nivel de adaptabilidad			
Flexible	1		<0.01
Estructurada	0.98	0.75-1.28	
Rígida	1.55	1.11-2.17	
Caótica	0.62	0.48-0.80	
Nivel de cohesión			
Relacionada	1		<0.01
Semirrelacionada	2.08	1.45-2.96	
Disgregada	3.20	2.31-4.42	
Aglutinada	0.71	0.40-1.25	

* Razón de Momios de Prevalencia * Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher ** Chi cuadrada de tendencia

Tabla 13. Factores del ambiente familiar asociados a depresión.

	Variable	RMP*	IC _{95%}	P†
Funcionalidad familiar				
Balanceada	Flexiblemente relacionada	1		0.54
	Flexiblemente semirrelacionada	2.15	1.14, 4.03	
	Estructuradamente relacionada	0.74	0.25, 2.18	
	Estructuradamente Semirrelacionada	1.51	1.74, 3.04	
Intermedia	Flexiblemente aglutinada	0.74	0.25, 2.18	
	Flexiblemente disgregada	3.38	1.89, 6.05	
	Estructuradamente aglutinada	0.81	0.12, 5.53	
	Estructuradamente disgregada	2.93	1.63, 5.28	
	Rígidamente relacionada	1.30	0.20, 8.20	
	Rígidamente semirrelacionada	3.27	1.24, 8.62	
	Caóticamente relacionada	0.88	0.44, 1.72	
	Caóticamente semirrelacionada	1.82	0.98, 3.44	
Extrema	Rígidamente aglutinada	3.27	0.73, 14.50	
	Rígidamente disgregada	3.45	1.84, 6.45	
	Caóticamente aglutinada	0.60	0.26, 1.34	
	Caóticamente disgregada	2.13	1.14, 3.96	

*Razón de Momios de Prevalencia † Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher ** Chi cuadrada de tendencia

Tabla 14. Análisis multivariado. Factores del ambiente familiar asociados al desarrollo de depresión en adolescentes de 15 a 19 años.

Variable	Modelo 2 [†]		
	RMP	IC _{95%}	P ⁺
Integración familiar			
Semi integrada	0.87	0.44-1.70	0.69
Desintegrada	1.38	1.00-1.91	0.04
No tener apoyo de la madre	3.18	1.96-5.15	<0.01
Tipo de comunicación con la madre			
Ofensiva	1.74	0.85-5.12	0.45
Evitativa	2.28	1.56-3.17	0.01
No tener apoyo del padre	2.04	1.45-2.87	0.01
Tipo de comunicación con el padre			
Ofensiva	2.35	0.45-12.07	0.30
Evitativa	1.58	0.53-4.64	0.40
Nivel de adaptabilidad			
Estructurada	1.12	0.81-1.58	0.90
Rígida	2.67	1.45-4.11	0.01
Caótica	0.62	0.49-0.76	<0.01
Nivel de cohesión			
Semirrelacionada	2.72	1.69-4.24	<0.01
Disgregada	4.35	2.79-6.91	<0.01
Aglutinada	0.67	0.41-1.29	0.27

*** Ajustado por sexo trastorno afectivo mamá, trastorno afectivo papá y trastorno adolescente. + Regresión logística binomial.**