



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249
TLAXOMULCO, ESTADO DE MEXICO.

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS
ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RIVERA HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS
ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS**

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

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RIVERA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

E.M.F. ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO

E.M.F. ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESORA TITULAR EL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
249, SANTIAGO TLAXOMULCO ESTADO DE MÉXICO

INVESTIGADOR ASOCIADO
E.M.F. ALEXANDER REYES ORTIZ
DOCTOR EN CIRUGÍA, NUTRICIÓN Y OBESIDAD POR LA UNIVERSIDAD DE
MÁLAGA, ESPAÑA. INVESTIGADOR NIVEL 1 DEL SNI CONACyT.
INVESTIGADOR ASOCIADO A DEL IMSS

E.M.F. JOSUE JACIEL AGUILAR REYES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, SANTIAGO TLAXOMULCO, ESTADO DE
MÉXICO

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS
ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LOS ANGELES RIVERA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

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

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

RESUMEN

INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS

AUTORES: M.C. María de los Ángeles Rivera Hernández. Investigador principal. E.M.F. Alexander Reyes Ortiz. Asesor.

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de la depresión provoca alteraciones en diversas esferas de la vida; y en la etapa de la adolescencia repercute en el entorno escolar, familiar, social y en su salud; que se reflejará posteriormente en la vida adulta. Debido a su alta prevalencia en adolescentes en el mundo es necesario realizar su diagnóstico intencionado de manera precoz.

OBJETIVO GENERAL: Analizar la influencia de la depresión en las actividades diarias de los adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 229 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, no probabilístico, en 104 adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 229 del Instituto Mexicano del Seguro Social del 01 de marzo al 29 de junio del 2018 en Tenancingo, Estado de México.

RESULTADOS: Predominó la escolaridad preparatoria, el género femenino, la edad de 13 a 14 años. El análisis de regresión lineal del entorno escolar con depresión: sig. 0.000, el entorno de trabajo: sig.0.001. Entorno de trabajo con depresión sig. 0.001. Entorno familiar con depresión: sig. 0.000. Patrón de sueño con depresión: sig. 0.000. Patrón de entretenimiento con depresión: sig. 0.000.

CONCLUSIONES: La percepción del entorno escolar, de trabajo, familiar, patrón de sueño y entretenimiento, son factores relacionados a la presencia o ausencia de depresión, no así el patrón alimentario. Por lo tanto, el desarrollo de la depresión en edades tempranas, tiene repercusión en la vida familiar, social, salud y escolar.

ABSTRACT

INFLUENCE OF DEPRESSION ON DAILY ACTIVITIES OF ADOLESCENTS OF THE UMF 229 OF THE IMSS

AUTHORS: M.C María de Los Ángeles Rivera Hernández. Principal investigator. EMF. Alexander Reyes Ortiz. Adviser.

INTRODUCTION: The development of depression causes alterations in various spheres of life; and in the stage of adolescence, it has repercussions on the school, family, social environment and on their health; that will be reflected later in adult life. Due to its high prevalence in adolescents in the world it is necessary to carry out its intentional diagnosis in an early manner.

OBJECTIVE: To analyze the influence of depression in the daily activities of adolescents of the Family Medicine Unit 229 of the Mexican Institute of Social Security.

MATERIAL AND METHODS: An observational, descriptive, prospective, cross-sectional non-probabilistic study was conducted in 104 adolescents of the Family Medicine Unit 229 of the Mexican Social Security Institute from March 1 to June 29, 2018 in Tenancingo, State of Mexico.

RESULTS: Preparatory schooling predominated, the female gender, the age of 13 to 14 years. The linear regression analysis of the school environment with depression: sig. 0.000, the work environment: sig.0.001. Work environment with depression sig. 0.001. Family environment with depression: sig. 0.000. Sleep pattern with depression: sig. 0.000. Pattern of entertainment with depression: sig. 0.000.

CONCLUSIONS: The perception of the school environment, work, family, sleep pattern and entertainment, are factors related to the presence or absence of depression, not the eating pattern. Therefore, the development of depression at an early age has an impact on family, social, health and school life.

ÍNDICE	PÁGINA
Introducción	Pág. 1
Antecedentes	Pág. 3
I. Marco teórico	Pág.5
1.1 Adolescencia	Pág. 5
1.1.1 Definición	Pág. 5
1.1.2 Etapas de la Adolescencia	Pág.5
1.1.2.1 Adolescencia temprana	Pág. 5
1.1.2.2 Adolescencia media	Pág. 6
1.1.2.3 Adolescencia tardía	Pág. 7
1.2 Trastornos del Estado de Ánimo	Pág. 8
1.2.1 Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo	Pág. 8
1.2.2 Trastorno depresivo mayor	Pág. 9
1.2.3 Trastorno depresivo persistente (Distimia)	Pág. 10
1.2.4 Depresión en la Adolescencia	Pág. 12
1.2.4.1 Concepto	Pág. 12
1.2.4.2 Factores etiológicos	Pág. 12
1.2.4.3 Cuadro clínico	Pág. 14
1.2.4.4 Diagnóstico	Pág. 15
1.2.4.5 Tratamiento	Pág. 16

1.4.1.6 Complicaciones	Pág. 18
1.3 Adolescente con depresión y su relación con la familia: cómo afrontar el padecimiento	Pág. 18
1.4 Instrumentos	Pág. 21
1.4.1 Cuestionario de actividades diarias en adolescentes	Pág. 21
1.4.2 Inventario de depresión de Beck II	Pág. 21
1.4.2.1 Definición	Pág. 21
1.4.2.2 Validación	Pág. 22
2. Metodología	Pág. 23
2.1 Planteamiento del problema	Pág. 23
2.2 Justificación	Pág. 25
2.3 Objetivos	Pág. 27
2.3.1 General	Pág. 27
2.3.2 Específicos	Pág. 27
2.4 Hipótesis	Pág. 28
2.5 Material y Métodos	Pág. 28
2.5.1 Tipo de estudio	Pág. 28
2.5.2 Población, Lugar y Tiempo	Pág. 28
2.5.3 Tipo de Muestra	Pág. 28
2.6 Criterios de selección	Pág. 29

2.6.1 Criterios de inclusión	Pág. 29
2.6.2 Criterios de exclusión	Pág. 29
2.6.3. Criterios de eliminación	Pág. 29
2.7 Operacionalización de las variables	Pág. 30
2.8 Análisis estadístico	Pág. 32
2.8.1 Estadística descriptiva	Pág. 32
2.8.2 Estadística Inferencial	Pág. 32
2.9 Recolección de datos	Pág. 32
2.10 Consideraciones éticas	Pág. 33
3. Resultados	Pág. 34
3.1 Análisis de resultados	Pág. 34
4. Discusión	Pág. 53
5. Conclusiones	Pág. 58
6. Sugerencias	Pág. 58
Bibliografía	Pág. 59
Anexo 1. Cuestionario de Actividades diarias en adolescentes	Pág. 65
Anexo 2. Inventario de Beck II	Pág. 67
Anexo 3. Consentimiento informado	Pág. 70
Anexo 4. Sabana de datos	Pág. 71

INFLUENCIA DE LA DEPRESION EN ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS

INTRODUCCIÓN

La depresión representa un grave problema de salud pública. Existe desde la antigüedad, hasta nuestros días. Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Debido a su alta prevalencia, así como el fuerte impacto que tiene en la sociedad, este padecimiento no se considera exclusivo de la etapa adulta. Es importante poner atención a los adolescentes, en quienes la depresión puede convertirse en un problema serio de salud, especialmente cuando es de larga duración y con una intensidad moderada a grave, llegando a causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares; llevando, en el peor de los casos al suicidio. ¹

En México, estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, han demostrado que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de la vida; sin embargo, el 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años.²

La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, reportó que el 10% de los adolescentes entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar tipo I y II.^{3,4}

Estudios previos sobre depresión han reportado que existe una mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres. Esta diferencia por sexo aparece en el inicio de la adolescencia. Una de las teorías que trata de explicar la mayor incidencia de depresión en las mujeres, es la referida al papel de las hormonas sexuales, esto hace vulnerable a este grupo debido al aumento de estrógenos y progesterona durante la etapa adolescente. Estas hormonas influyen en la reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y específicamente en el

mecanismo de retroalimentación negativa del cortisol determinando susceptibilidad en este género.⁵⁻⁷

Aunque existen tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en México y en el mundo, no reciben el tratamiento adecuado, esto derivado por una evaluación clínica inexacta o errónea, la falta de recursos y de personal de salud capacitado, así como la estigmatización de los pacientes con trastornos mentales.

Los trastornos afectivos constituyen uno de los principales problemas de salud mental en los niños y los adolescentes. Cuando un adolescente está cursando con un trastorno afectivo, sus actividades cotidianas se ven afectadas y su comportamiento y su personalidad se modifican, a diferencia de cómo son habitualmente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020, la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, siendo los adolescentes más vulnerables a ella, ya que la mayoría de los trastornos del estado de ánimo se inician en las primeras décadas de la vida.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión⁷. Dentro de las estrategias útiles para prevenirla se encuentran la aplicación de programas escolares que promueven un modelo de pensamiento positivo entre los adolescentes, así como intervenciones que incluyan a los padres de adolescentes con problemas de conducta y de esta manera obtener un mejor resultado en el tratamiento y calidad de vida de sus hijos.

El presente estudio evalúa la influencia de la depresión en la vida diaria de los adolescentes, con la finalidad de prevenir el desarrollo del trastorno depresivo en la vida adulta que pudiera interferir en la vida familiar, escolar o laboral; así como derivar oportunamente a los adolescentes intervenidos y favorecer su diagnóstico precoz para que por medio de su tratamiento oportuno, les permita tener una buena calidad de vida.

ANTECEDENTES.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es una etapa de ajuste psicosocial, caracterizada por múltiples cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que abarca el grupo de edad de 10 a 19 años.⁸

La sintomatología depresiva es uno de los problemas de salud mental que se presenta con mayor frecuencia en la población de adolescentes, la cual repercute en la calidad de vida, provocando pérdida de interés o placer, así como sentimientos de culpa y en casos extremos llevar al suicidio.⁹⁻¹¹

Estudios realizados en estudiantes de Estados Unidos han reportado prevalencias de sintomatología depresiva de 18 y 26.5%, ésta más frecuente en mujeres 25% que en hombres (10%).¹²

En Chile se realizó un estudio para estimar sintomatología depresiva en 373 estudiantes de 14 a 19 años encontrándose una prevalencia de 15.6%. Con un porcentaje del 14% en hombres y 16.9% en mujeres.¹³

En México, la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes se valoró entre 11.1% y 17.9%, presentándose más elevada en sexo femenino que en el masculino.¹⁴

Un estudio realizado en estudiantes de bachillerato del Estado de México reportó 21% de sintomatología depresiva en mujeres y 16.6% en hombres.¹⁴

La depresión y sus manifestaciones sintomatológicas que de ella derivan son una problemática globalizada de Salud pública, no solo por el impacto que ocasionan en la salud, sino por las repercusiones que producen a nivel escolar, familiar o social, de las cuales se derivan un bajo rendimiento escolar, deficiente funcionamiento psicosocial, alto riesgo de embarazo adolescente y abuso de sustancias.¹⁴⁻¹⁵

Desde el punto de vista psicosocial, existen factores individuales y familiares asociados a la depresión en los adolescentes.

Dentro de los factores individuales se encuentran: edad, sexo, consumo de alcohol, tabaco o drogas y la violencia intrafamiliar. La comunicación entre padres e hijos y el nivel socioeconómico son factores clasificados como familiares.

Los trastornos depresivos en el adolescente se caracterizan por su impacto en el estado de ánimo y el afecto a las personas, relacionados con cambios o problemas en otras esferas de la vida como son: apetito, fatiga, sueño, dificultades cognitivas que repercuten en desempeño escolar, culpa excesiva, llegando a presentar en algunos casos ideación suicida.¹⁵

1. MARCO TEÓRICO.

1.1 ADOLESCENCIA

1.1.1 DEFINICIÓN.

Se define a la etapa como un periodo de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto, cuyo inicio se sitúa entre los 10-12 años en las niñas y entre los 12-14 años en los varones y su límite hasta los 18 a 20 años respectivamente. Esta etapa marca un aumento brusco y considerable de peso y talla que se ha llamado “brote de crecimiento adolescente”, el cual se presenta en la mujer dos años antes que en el varón.¹⁵

La OMS la define como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, considerándose una etapa de transición y cambio muy importante en la vida del ser humano, su duración y características son variables a lo largo del tiempo, con marcadas diferencias entre una cultura y otra.

1.1.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

1.1.2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA.

El crecimiento y desarrollo físico en esta etapa, sobre todo de los primeros años, con cambios rápidos de estatura, de formación del cuerpo y sus repercusiones en el proceso de maduración sexual, lo que atrae un efecto perturbador que afecta el resto de las áreas (psicomotora, cognoscitiva, social y afectiva). El adolescente varón se muestra muy inquieto, ansioso, torpe requiriendo continuamente nuevas experiencias, hasta agotar su energía. Las percepciones que tiene de su cuerpo chocan con las normas idealizadas de su apariencia física y destreza. Los cambios puberales traen una nueva percepción de sí mismo y del ambiente, su capacidad de pensar formalmente lo vuelve crítico y esta crítica va dirigida primero a los padres, se desliga gradualmente de lo real para ingresar a un mundo de

reflexiones y de pensamientos abstractos, ya no se dirige solamente por el “aquí y el ahora”, piensa en las consecuencias del después. Aparece un aumento cualitativo de la presión instintiva, este impulso sexual aún no cuenta con un objeto sexual de tal forma que se libera a través de la masturbación, somatización o sublimación que en ocasiones va seguido del aislamiento y del encierro. En la joven adolescente, la tensión sexual se libera por medio de fantasías, sueños y proyecciones.

Paulatinamente se inicia la separación emocional de los padres, busca una autoafirmación, requiere autoidentificarse con personas fuera del hogar y reemplazar así las figuras familiares, poco a poco se va integrando al grupo de amigos de la misma edad, formando la “pandilla”. Se comporta mejor en la escuela que en la casa, le agrada encontrarse con sus compañeros, mostrando entusiasmo en el aprendizaje, las tareas escolares las cuales en ocasiones no le son fáciles de realizar, pero le entusiasma trabajar en grupo.¹⁵

1.1.2.2 ADOLESCENCIA MEDIA.

Su cuerpo va alcanzando la forma adulta, es común observar al varón adolescente admirando su cuerpo o su perfil, mientras que la joven adolescente se pasa horas maquillándose, peinándose, o probándose la ropa, todo esto nos habla del egocentrismo característico de esta edad. Le agrada y logra cierta gratificación en el contacto con la naturaleza; se dan en esta etapa manifestaciones máximas de su creatividad y de su expresión artística. La discrepancia entre lo real y lo posible puede ser un factor importante que lo convierta en un sujeto rebelde, al darse cuenta de que las cosas no son necesariamente como el adulto dice que son; generando crítica a los sistemas sociales, políticos y religiosos. Los adolescentes de esta edad experimentan sus procesos internos como únicos, como si nadie antes los hubiera experimentado, hay una tendencia a la fantasía que le permite por medio de la imaginación la experiencia emocional. La conducta se orienta a la heterosexualidad, aunque no siempre se concreta; es la época de la idealización

romántica, se idealiza el objeto amoroso, sueña con el amor perfecto, sufre fácilmente cambios de humor y se torna irónico en sus comentarios. Sus manifestaciones emocionales como son: frustración, celos, envidia, pueden llegar a originar actitudes marcadamente antisociales. Los padres son desvalorados y surge la arrogancia y la rebeldía, existe una resistencia a las figuras de autoridad, se da una búsqueda de estatus frente a los mayores, surge lucha por su espacio y por su propio tiempo, es una época de conflictos en casa, que se agravan más en cuanto exista autoritarismo y restricciones de tiempos y espacios por parte de los padres. Su comportamiento social se complica por prejuicios, escrúpulos, actitudes reactivas y defensas obsesivas. Con los amigos las relaciones son más afables, con códigos de honor y lealtad.¹⁵

1.1.2.3 ADOLESCENCIA TARDÍA.

El crecimiento se ha estabilizado y se logra cierto equilibrio entre lo físico y el resto de las áreas, está en condiciones de hacer una selección de las actividades para las cuales se encuentra capacitado, sean estas artísticas, deportivas o recreativas y trata de desarrollarlas con la mayor eficiencia. Se logra una apropiada capacidad para pensar, crear y descubrir, alcanzando así una consolidación del pensamiento científico. El uso excesivo de procesos intelectuales para evitar experiencias o expresiones de afecto, puede ser un mecanismo de defensa. El impulso sexual por fin encuentra su objetivo (la pareja); la sexualidad como una expresión de comunicación íntima va integrado con el amor hacia una vivencia completa, el amor fugaz de los años anteriores se va convirtiendo en una experiencia plena del amor. Después de los conflictos de autoridad ya vividos, hay un retorno del adolescente al hogar y una reconciliación con los padres, una recomposición y estabilidad de las relaciones familiares con un tono de autonomía y de respeto, adoptando gradualmente el nuevo rol de adulto que en unos años desempeñará, integrándose a la sociedad con una actitud crítica ante los problemas que afectan al ser humano y participando con un compromiso social y solidario.¹⁵

1.2 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Muchos adolescentes cursan esta etapa de la vida de manera normal, sin embargo, muchos otros presentan trastornos que perjudican su estado de ánimo o su relación con los demás, como son las siguientes patologías que se encuentran en el DSM V:

1.2.1 TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DESTRUCTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO:

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (rabieta verbal) y/o con el comportamiento (agresión física a personas, propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación de provocación.
- B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por parte de otras personas (p.ej., padres, maestros, compañeros).
- E. Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo el individuo no ha tenido un periodo que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A-D.
- F. Los criterios A-D están presentes al menos en dos o tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en unos de ellos.
- G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
- H. Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

- I. Nunca ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco.
- J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental.
- K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.¹⁶

1.2.2 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas:
 - Estado de ánimo deprimido
 - Pérdida de interés o de placer.
- 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable)
- 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. En los niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
- 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.¹⁶

1.2.3 TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA):

- A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser mínimo de un año.
- B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
1. Poco apetito o sobrealimentación.
 2. Insomnio o hipersomnias.
 3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.
 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperación.
- C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (ej. Hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.¹⁶

1.2.4 DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

1.2.4.1 CONCEPTO.

La depresión se trata de un trastorno psíquico, recurrente, que origina una alteración del estado de ánimo a menudo acompañado de ansiedad, tristeza, sentimiento de pérdida, baja autoestima, sensación de vacío, desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito, el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso suicidio.¹⁷

Este padecimiento genera discapacidad en los adolescentes debido a que puede interferir en su crecimiento y desarrollo además producir limitaciones en la toma de decisiones importantes en su vida. La presencia de síntomas depresivos se relaciona con el maltrato, falta de oportunidades para realizar sus aspiraciones y la violencia del entorno en que viven, entre otros factores.¹⁸

1.2.4.2 FACTORES ETIOLÓGICOS.

Alteraciones en el sistema aminérgico. Concretamente, la depresión está relacionada con un descenso de neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina o serotonina. El cuadro clínico tiende a corregirse con los antidepresivos, que mejoran la disponibilidad de estos neurotransmisores. En los últimos años se ha confirmado el papel primordial de la serotonina y noradrenalina en la génesis de la depresión.

Existen factores genéticos que influyen en el desarrollo de la depresión en la infancia y la adolescencia, pero que requieren de la interacción con otros factores para producir la enfermedad, por lo que se necesita una valoración extensa y la realización de la suma algebraica de los factores de riesgo y factores de protección, para entender el cuadro depresivo del adolescente con nombre y apellido en su circunstancia y con esa familia.¹⁹

Teoría Psicoanalítica. Propone que la depresión exógena o reactiva se debe a la pérdida real o imaginaria de un objeto amado. La escuela cognitiva señala que el deprimido tiende a considerar sus experiencias y su futuro en forma negativamente distorsionada. Organiza sus pensamientos en patrones negativos estables y estructurados que pueden ser activados en momentos de extrema tensión.

El Modelo de la Educación y Modo de Interacción Padres-Hijos. Se puede generar depresión cuando aparecen las siguientes características:

- Sobreprotección y/o falta del rol materno y paterno. Padre o madre que padecen depresión, no tratada o mal tratada.
- Comienzo precoz de los trastornos afectivos de los padres.
- Separación de los padres (divorcio, hospitalización prolongada, pérdida de la libertad o muerte).
- Cronicidad y recurrencia de la depresión de los padres.
- Disfunción familiar importante.
- Pérdida de los padres en la infancia o la adolescencia.
- Comorbilidad no tratada o mal tratada en el niño o adolescente (TDAH, trastorno de integración sensorial y/o motora, trastornos adaptativos, trastornos de aprendizaje, trastornos de ansiedad, etc.)
- Situaciones traumáticas que cambian la vida, desde accidentes que dejan secuelas, hasta convertirse en padres de manera precoz.¹⁹

1.2.4.3 CUADRO CLÍNICO.

Se expresa por:

- Conductas negativistas y disociales.
- Abuso de alcohol y sustancias.
- Irritabilidad
- Inquietud.
- Mal humor y agresividad.
- Hurtos.
- Deseos e intentos de fugas.
- Sentimientos de no ser aceptados.
- Falta de colaboración con la familia.
- Aislamiento.
- Descuido del aseo personal y autocuidado.
- Hipersensibilidad con retraimiento social.
- Tristeza.
- Anhedonia.
- Dificultad para concentrarse
- Agresión.
- Anorexia o Bulimia.
- Pérdida de peso.
- Trastorno del sueño.
- Dificultad en la escuela.
- Ideación o intentos suicidas o parasuicidas (intención no evidente al inicio de la depresión).²⁰

Es importante entender que la sintomatología en adolescentes no es tan clara ni constante, a veces coincide con “síntomas” de la propia adolescencia: constantes fluctuaciones del estado de ánimo, irritabilidad e impulsividad, desorientación temporal “existencial”. Por lo que es necesaria una buena valoración integral para llegar a un diagnóstico certero, si el clínico se confunde

con la sintomatología, se puede errar el diagnóstico y arriesgar la seguridad del paciente y su salud.

La depresión y las manifestaciones sintomatológicas que de ella derivan son un problema globalizado de salud pública, no solo por su impacto en la salud, sino además por sus afectaciones a nivel familiar, social, escolar, entre las cuales cabe mencionar: bajo rendimiento escolar, deficiente funcionamiento psicosocial, mayor riesgo de embarazo adolescente y abuso de sustancias.²¹

1.2.4.4 DIAGNÓSTICO.

Se utilizan los Criterios diagnósticos planteados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (Trastornos mentales y del comportamiento, CIE-10), así como los de la American Psychiatric Association DSM-V, escalas de depresión del DCRS, Hamilton, Beck-II.²²

Cuando estamos frente a un adolescente que tiene síntomas que nos hacen sospechar de un trastorno depresivo o distímico, se debe enlistar los síntomas y estimularlo a que hable de ellos, a través de una historia clínica psiquiátrica infantil, haciendo mucho énfasis en los aspectos de la historia del desarrollo en general y del desarrollo emocional en particular, recabar información de los padres, de los familiares o del entorno escolar.

Es importante resaltar que se trata de un trastorno que debe ser tratado, pues no es normal que su estado de ánimo se encuentre alterado de tal forma que interfiera con sus actividades cotidianas.

No es aconsejable comentar con los padres u otros miembros de la familia la información que el adolescente nos ha confiado, al menos que él lo autorice y esté completamente de acuerdo. Es nuestra función como médicos convencer al adolescente de hablar sobre el problema con quienes puedan ayudar y dar soluciones, así como derivar oportunamente con personal especializado para su tratamiento.

1.2.4.5 TRATAMIENTO.

Existen tratamientos eficaces para la depresión en niños y adolescentes, tanto farmacológicos como psicológicos. Es necesario que este tratamiento sea multimodal e interdisciplinario, en donde cada profesional que interviene en el tratamiento del caso este en comunicación y acuerdo con los demás. Entre las psicoterapias que han demostrado eficacia en menores de edad y adolescentes, se encuentra la terapia cognitivo-conductuales, la terapia interpersonal, el entrenamiento conductual de padres para problemas de conducta.²² La psicoterapia psicoanalítica se emplea cuando se tiene disponible un terapeuta entrenado en esta disciplina, así como la psicoterapia cognitivo conductual, las cuales son imprescindibles en todos los cuadros afectivos del adolescente.

El tratamiento farmacológico a base de antidepresivos es muy diverso. Dentro de los antidepresivos tricíclicos, el más usado es la Imipramina, a dosis de 50 a 80 mg, vigilando sus efectos secundarios como son: sequedad de boca, efectos sobre el sistema nervioso central y cardiovascular, que requiere una estricta vigilancia de la frecuencia cardiaca. Los mejor tolerados son los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), como la Fluoxetina a dosis de 5-10 mg, con dosis de sostén de 10-40 mg en una sola dosis al día. La decisión de emplear uno u otro tiene más que ver con el perfil de efectos secundarios, y su respuesta a un antidepresivo en tratamientos previos o en familiares de primer grado, la tolerancia, y las interacciones posibles con otros medicamentos que esté tomando el niño o el adolescente. La Food and Drug Administration; Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) recomienda y aprueba el uso los siguientes (ISRS): Paroxetina a razón de 10 mg/día dosis inicial, máxima de 50 mg/día; Sertralina a dosis inicial de 25 mg/día, máxima 200 mg/día; Fluvoxamina en adolescentes de 12-17 años a dosis de 3.1 mg/kg/día.²³

Se emplean además como estabilizadores del estado de ánimo, algunos anticonvulsivantes con muy buenos resultados como son: valproato de magnesio, topiramato y lamotrigina.

Hasta el momento no existe un fármaco antidepresivo que muestre su efecto de forma inmediata, por lo general se debe esperar la respuesta de 2 a 4 semanas, con un pico de máxima eficacia alrededor de las 12 semanas.

El tratamiento debe mantenerse durante 6 a 12 meses, pues se ha visto que este periodo de tratamiento reduce más el riesgo de recaídas, aunque el paciente tenga mejoría desde los primeros meses. Es importante fomentar la continuidad del tratamiento el tiempo suficiente pues de lo contrario hay gran posibilidad de que el adolescente presente un nuevo cuadro depresivo y mayor tiempo de tratamiento farmacológico y deterioro de su vida cotidiana. Lamentablemente el panorama de tratamiento para trastornos depresivos entre adolescentes no es muy favorable, pues solo una parte de ellos recibe tratamiento.²⁴

La hospitalización de niños y adolescentes deprimidos ha ido en aumento. Esto es indicado cuando existe un alto riesgo de suicidio, pudiéndose así preservar de esta forma la vida.

1.2.4.6 COMPLICACIONES.

Es muy importante tener en cuenta las complicaciones que pueden ocurrir cuando un trastorno depresivo no es tratado. Se puede observar y encontrar fallas en la capacidad de los adolescentes para establecer amistades con sus compañeros, interferencias en la vida cotidiana, así como un mal rendimiento académico en la escuela, inclusive dificultades en el funcionamiento de la familia. Además, existe un estigma hacia los hombres cuando presentan depresión, lo cual les puede conducir a que intenten ocultar o enmascarar los síntomas mediante conductas de alto riesgo (machismo, actos violentos, temerarios o de intento de suicidio) que si bien legitiman su “masculinidad” pueden llevarlos a situaciones que ponen en enorme riesgo su integridad.²⁵

Los adolescentes no suelen buscar ayuda por sí mismos porque no saben lo que tienen, lo cual llega a impactar enormemente en la salud, ya que muchas veces estos trastornos del estado de ánimo pasan desapercibidos incluso a los padres.

Es importante que ante la presencia de pensamientos recurrentes de muerte o conducta suicida no ignoremos estos, ni calificarla como actitud manipuladora. Estas ideas deben de ser tomadas como una señal de alarma y brindarle apoyo inmediato y canalización a un nivel especializado de atención.

1.3 ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN Y SU RELACION CON LA FAMILIA: CÓMO AFRONTAR EL PADECIMIENTO.

El afrontamiento familiar, se refiere a los mecanismos de apoyo intrafamiliares a los cuales se recurre con la finalidad de asegurar el bienestar de cada miembro de la familia incluyendo al enfermo.²⁶

La presencia de enfermedad obliga a la familia a considerarla un estado de crisis debido a su capacidad para desorganizar el sistema familiar, cuya intensidad esta mediada por el tipo de enfermedad y la dinámica familiar que gira en torno a ella, es por ello, que la enfermedad genera desajustes en la relación de la familia, el

funcionamiento de sus integrantes y la inclusión de valores y costumbres que culminan en la creación de respuestas adaptativas como recurso para enfrentarla.²⁷

Existen factores específicos que intervienen en el impacto de la enfermedad en el entorno familiar:

- Etapa del ciclo vital.
- Flexibilidad o rigidez de roles familiares.
- Cultura familiar.
- Comunicación familiar.
- Tipo de respuesta familiar.
- Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos.
- Aislamiento y abandono.
- Negación, cólera y miedo.
- Ambivalencia afectiva.

El afrontamiento familiar consiste en los comportamientos y recursos de apoyo a los que se recurre con el fin de atender las necesidades externas e internas propias y que le permiten a la familia la obtención de un alivio o disminución del estrés. La posición de la familia debe versar sobre la modificación de sus roles, metas y objetivos, relaciones directas o indirectas con el enfermo, teniendo en cuenta las alteraciones específicas del curso de la enfermedad y adoptando pautas y estrategias así como conocimientos prácticos que le permiten detectar y actuar conforme a cualquier situación o problema que presente el miembro enfermo de la familia.²⁸

Dentro de los recursos que posee la familia para afrontar la enfermedad mental se encuentran:

- Recursos físicos. Energía física y salud.
- Recursos personales. Creencias e ideas que le permiten a la persona seleccionar estrategias de afrontamiento.

- Recursos sociales. Destreza que permite la comunicación efectiva y adecuada de las personas con su medio.
- Técnicas de resolución de problemas. Información obtenida por medio de la experiencia y desarrollo de habilidades.
- Recursos ambientales. Se enfatiza el marco familiar, amigos, apoyo social, condiciones laborales, tipo de vivienda. Así como de los recursos con los cuales dispone el paciente para hacer frente a su padecimiento.²⁸

El cuidador del paciente depresivo, debe ser una persona con una buena estabilidad emocional y con buena salud física, ya que los pacientes con depresión, son muy demandantes y generan una influencia muy negativa, hasta el punto de estar comprometido su propio estado de ánimo y bienestar.²⁹ Los familiares modifican la dinámica familiar con el fin de atender las necesidades del enfermo mental, pudiéndose ocasionar conflicto entre ellos esto debido a la carga emocional que se genera en las relaciones. El no establecer la conciencia de la enfermedad como es debido y no atribuir las expresiones emocionales del paciente, generan en los familiares comportamientos críticos e intolerables frente al estado de ánimo y el comportamiento del paciente. Es entonces un momento de crisis en donde la intervención debe ser oportuna, acatando la necesidad de establecer una relación de apoyo, donde se permita la mutua información acerca de los componentes afectivos, interpersonales y cognitivos que se ven afectados en las crisis depresivas, esto con la finalidad de disminuir los estados de ansiedad que pueden afectar la adherencia al tratamiento y al mismo tiempo promoviendo las relaciones afectivas propicias y la información necesaria para asegurar la colaboración y el bienestar de cada integrante de la familia.³⁰

1.4 INSTRUMENTOS.

En esta investigación se utilizó un instrumento inventario de Beck (BDI-II) y un cuestionario los cuales ayudaron a identificar las variables a investigar como la depresión y su influencia en las actividades cotidianas de los adolescentes.

1.4.1. CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES DIARIAS EN ADOLESCENTES (Ver Anexo 1).

Este cuestionario permite analizar si existe una asociación significativa entre la depresión y el desempeño escolar, las relaciones familiares, las relaciones con los compañeros de trabajo escolar, el disfrute de actividades recreativas o de entretenimiento, la alimentación y el dormir, así como el promedio escolar. Consta de una ficha de identificación y 7 preguntas referentes a los puntos antes mencionados.

1.4.2 INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-II) (Ver anexo 2).

1.4.2.1 DEFINICIÓN.

El BDI-II es un instrumento que proporciona una medida de la presencia y gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo.

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, Requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado. Es importante mencionar que los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en completarlo. Su diseño es de tipo alternativo de 4 respuestas múltiples, que va de 0 a 3 puntos, donde 0-13 puntos se clasifica como no deprimidos, 14-19 ligeramente deprimidos, 20-28 moderadamente deprimidos y 29-63 gravemente deprimidos.³¹

1.4.2.2 VALIDACIÓN.

El Inventario de Depresión de Beck-II, desarrollado por Beck y colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación³²⁻³³. Estos estudios avalan la validez de la estructura del instrumento, ya que los ítems de la dimensión cognitivo-afectiva integran síntomas derivados de la activación de patrones cognitivos negativos, los cuales constituyen la denominada tríada cognitiva que opera como sustrato psicológico de la depresión; es decir, la visión negativa de uno mismo, la interpretación de las vivencias actuales en forma negativa y la visión negativa del futuro. En México, la versión estandarizada por Jurado ³⁴, constituye la versión de uso más común en estudios de población adolescente.

La principal meta es realizar el tamizaje entre los adolescentes que presentan alta probabilidad de padecer un trastorno depresivo.

2. METODOLOGÍA.

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la antigüedad se conoce que la depresión es una enfermedad discapacitante, reconocida desde hace más de 3,000 años por los egipcios, la cual ocasiona gran sufrimiento. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud aproximadamente 121 millones de personas en el mundo la padecen y se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en los países desarrollados. La prevalencia en edad adolescente se estima desde 0.7% hasta 7%.³⁵

En México, 50% de los trastornos psiquiátricos inicia antes de los 21 años de edad. La presencia de estos trastornos a una edad temprana marca el alcance educativo, laboral, relaciones íntimas y en la elección de pareja, así como el funcionamiento general en la edad adulta. Considerando el contexto social actual que viven los jóvenes, la edad, las consecuencias personales, familiares y la sola presencia de una enfermedad mental en edades tempranas, la población infantojuvenil es un grupo prioritario de estudio en materia de salud mental.³⁶

Actualmente la depresión en los adolescentes se está convirtiendo en un fenómeno muy recurrente y a la vez esta problemática deteriora la adaptación social, emocional y escolar del adolescente. Se sabe que la salud mental resulta muy vulnerada por la adversidad social crónica en la cual viven muchos adolescentes, como la violencia en su entorno familiar, escuelas y comunidades, ejemplo de ello son las familias disfuncionales donde no hay reglas claras, con una alta disponibilidad de sustancias ilícitas, ambiente de impunidad, así como explotación en todas sus formas y la falta de oportunidades para su desarrollo personal. Considerando el contexto social actual estos pacientes, actualmente tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos emocionales, con las subsecuentes consecuencias propias de una enfermedad mental en edades tempranas, por lo cual es importante conocer la influencia de la depresión en las

actividades diarias de los adolescentes, para de esta forma responder como primer nivel de atención a las necesidades de todos nuestros jóvenes.

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿QUÉ INFLUENCIA TIENE LA DEPRESIÓN EN ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS?

2.2 JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas las cuales conforman alrededor del 15% de la carga mundial de las enfermedades mentales.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada entre 2001 y 2002, el trastorno depresivo mayor se encuentra entre los 5 trastornos con mayor presencia en la población mexicana; y en la población femenina está dentro de los tres principales. En esta encuesta se muestra que la adolescencia y la etapa madura son las de mayor riesgo, lo que coincide con estudios realizados en otros países de Latinoamérica, como Colombia y Chile donde es muy similar a la de México. Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas, ya que el 15 % de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida.³⁷

En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores, la prevalencia en niños menores de 13 años es de 2.8% y se incrementa a 5.7% en adolescentes y adultos jóvenes con recurrencias y recaídas muy frecuentemente. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2 % de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, con prácticamente la mitad de los casos calificados como “graves”.^{38,39}

La presente investigación diagnosticó en una forma oportuna la depresión en los adolescentes en una comunidad donde no se realiza el diagnóstico oportuno, y lo relacionó con la familia. Este diagnóstico oportuno puede evitar cargas económicas a los servicios de salud, debido a que muchos de los adolescentes no son correctamente diagnosticados empleándose los tratamientos con antidepresivos cuando en realidad no lo padecen, costos sociales que implican capacitación en escuelas y a nivel comunitario, costos familiares que implican gastos no programados en la familia para transporte a tratamientos (terapias) y

adquisición de medicamentos que muchas veces no se cuentan en el cuadro básico institucional del IMSS; y costos escolares como bajo rendimiento, ausentismo hasta deserción escolar. Muchas ocasiones, las instituciones escolares subestiman estas enfermedades mentales, ya que los adolescentes que son menores de edad no pueden o no saben solicitar una atención oportuna a sus necesidades de salud. Por lo tanto, al ser diagnosticados tempranamente, se puede realizar una derivación oportuna a los servicios de psicología y/o psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social, logrando un impacto positivo en la salud de la población de adolescentes afectados.

No existen estudios sobre depresión en adolescentes en poblaciones urbanas, por lo que es de relevancia dar a conocer los resultados obtenidos para poder ofrecer estrategias de prevención y diagnóstico oportuno en unidades de primer nivel.

2.3 OBJETIVOS.

2.3.1 General.

Analizar si existe una asociación significativa entre la depresión y las actividades diarias de los adolescentes.

2.3.2 Específicos.

- ✓ Clasificar a los pacientes según el Inventario de Depresión de Beck II.
- ✓ Determinar la influencia de la depresión en actividades escolares del adolescente.
- ✓ Determinar la influencia de la depresión en el trabajo escolar del adolescente.
- ✓ Analizar la influencia de la depresión en el entorno personal (patrón de sueño, patrón alimentario, patrón de entretenimiento).

2.4 HIPÓTESIS.

Existe Influencia de la depresión en las actividades diarias de los adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 229 del IMSS Tenancingo, Estado de México.

2.5 MATERIAL Y MÉTODOS.

2.5.1 Tipo de Estudio.

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

2.5.2 Población, lugar y tiempo.

Este estudio se realizó con 104 en adolescentes estudiantes de secundaria de 13 a 18 años de la Unidad de Medicina Familiar 229, Tenancingo, Estado de México.

2.5.3 Tipo de muestra.

Se realizó un muestreo no probabilístico intencional o por conveniencia en 104 adolescentes que fueron los que acudieron a consulta a la Unidad de Medicina Familiar 229.

2.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

2.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes adolescentes derechohabientes de 13 a 18 años.
- Pacientes de ambo sexos.
- Pacientes los que el padre o tutor este de acuerdo en participar y firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que acudan a consulta sin importar el padecimiento actual.

2.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Padres de los pacientes adolescentes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes adolescentes que no sean derechohabientes.

2.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Pacientes adolescentes que no contesten completo el inventario de Beck-II.
- Pacientes adolescentes que no contesten el cuestionario general.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	Ordinal	13-14 años 15-16 años 17-18 años	Cuantitativa
Escolaridad	Grado máximo de Estudios alcanzado por la persona.	Grado máximo de estudios.	Nominal	Analfabeto Preescolar Primaria Secundaria Preparatoria	Cualitativa
Género	Identidad sexual de los seres humanos.	Identidad sexual.	Nominal.	Masculino Femenino	Cualitativa
Depresión	Afectación mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño y falta de apetito.	Todo paciente que obtenga 13 puntos en adelante del inventario de Beck-II para adolescentes	Nominal	0-13 depresión mínima 14-19 depresión leve 20-28 depresión moderada 29-63 depresión grave	Cualitativa
Entorno escolar	Hace referencia al ambiente que rodea al adolescente en la escuela	La forma como el paciente percibe su ambiente escolar, si le disfruta o le es incómodo	Nominal	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa
Entorno familiar	Es el espacio que permite el desarrollo social del adolescente	La relación del sujeto en estudio con los padres y hermanos	Nominal	Excelente Bueno Regular Malo	Cualitativa
Entorno de trabajo escolar	Hace referencia a las condiciones óptimas que requiere el adolescente para desarrollarse	Condiciones de trabajo escolar en las cuales se desenvuelve el sujeto de estudio.	Nominal	Excelente Buena Regular Mala	Cualitativa

	de una manera cómoda				
Patrón de sueño	Describe los patrones de sueño - despertar y las consecuencias para la salud.	Es la forma como el sujeto en estudio percibe como duerme durante la noche	Nominal.	Duermo bien. No duermo bien.	Cualitativa.
Patrón alimentario	Número de comidas que realiza al día.	Es el número de veces que el sujeto en estudio se alimenta durante el día.	Nominal.	Tres veces al día Dos veces al día. Una sola vez al día.	Cualitativa.
Patrón de entretenimiento	Son todas las actividades relacionadas con el ocio y el divertimento.	Percepción del disfrute o no disfrute de sus actividades como son leer, jugar, ejercicio, ir al cine.	Nominal.	Disfruto. No disfruto	Cualitativa.
Rendimiento escolar	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar.	Es la forma como el sujeto de estudio se desempeña en la escuela.	Nominal.	Bueno (9-8). Regular (7-6). Malo (5).	Cualitativa.

2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

2.8.1 Estadística descriptiva:

Para variables cuantitativas y desviación estándar se utilizaron: medidas de tendencia central y dispersión, para variables cualitativas: frecuencia y porcentajes.

2.8.2 Estadística inferencial:

Para analizar la relación de la variable depresión con las demás variables, se realizará un análisis de regresión lineal.

2.9 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó una entrevista y aplicación de cuestionarios realizado por el investigador a los padres de familia con hijos adolescentes en los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar 229, en Tenancingo Estado de México, con previa autorización del Director Médico.

La población de referencia será la población existente en la Unidad de Medicina Familiar que cumpla con los criterios de inclusión de la investigación, donde se aplicaron los instrumentos de investigación y la hoja de recolección de datos, previa autorización del consentimiento informado (Anexo 3); de manera transversal (Sábana de datos, anexo 4).

En el estudio se les explicó que los datos obtenidos son estrictamente confidenciales.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La participación en el estudio fue de forma voluntaria, basada en las recomendaciones sobre la investigación biomédica contempladas en:

1. Declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:

a) 29° asamblea mundial médica, Tokio, Japón, octubre 1975.

b) 35° asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983.

c) 41° asamblea médica mundial, Hong Kong, septiembre 1989.

d) 48° asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996.

e) 52° asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.

2. El acuerdo que al respecto emitió la Secretaria de Salud publicado en el diario Oficial de la Federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17 y a las normas institucionales establecidas.

Esta investigación no generó lesión alguna al individuo en el área biopsicosocial; los datos obtenidos serán utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que será estrictamente confidencial; previa autorización del paciente.

3.- RESULTADOS.

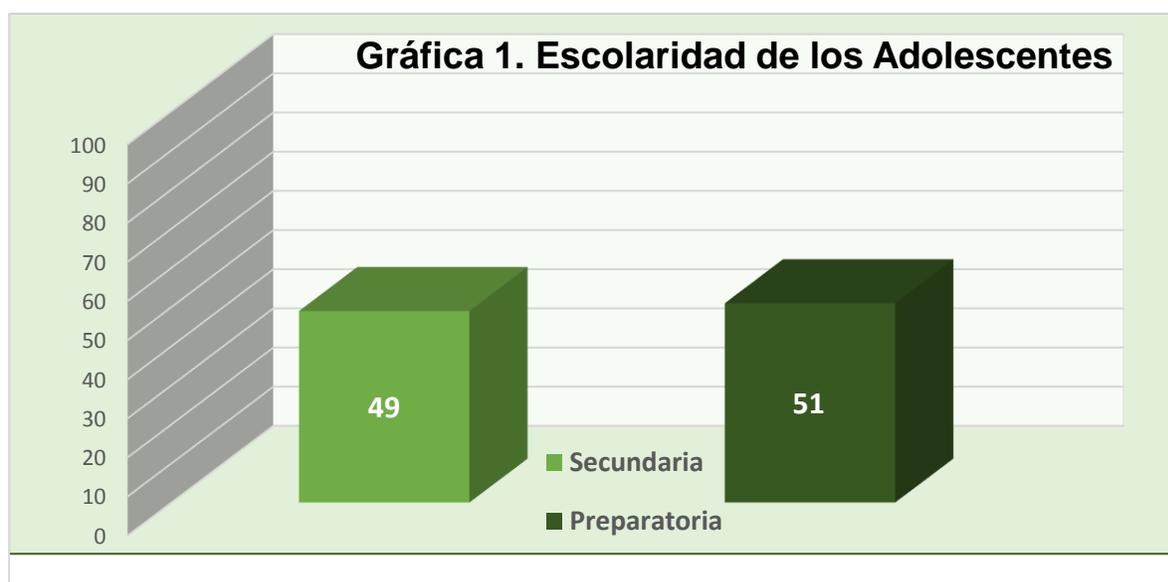
3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, trasversal y observacional, que incluyó un total de 104 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión. Se interrogaron a los adolescentes sujetos a estudio por medio de dos instrumentos: un cuestionario y el inventario de Beck II.

De los pacientes estudiados, respecto al grado de escolaridad, predominaron los estudios de preparatoria en un 51%, seguido de secundaria en un 49% (Tabla 1 y gráfica 1).

Tabla 1. Escolaridad de los Adolescentes		
Grado de Escolaridad	No. Pacientes	Porcentaje %
Secundaria	51	49
Preparatoria	53	51
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica, se muestra el porcentaje de escolaridad de los pacientes.

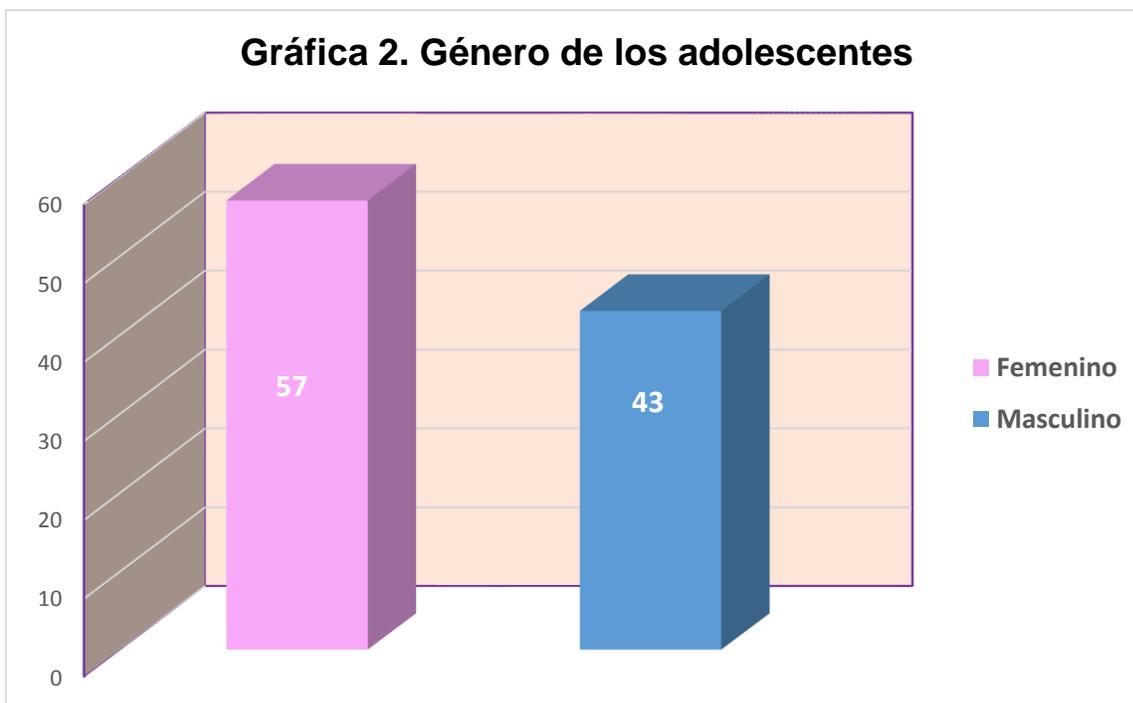
Fuente: Base de Datos Propia

GÉNERO.

Respecto al género de los pacientes en estudio, predominaron las mujeres en 57% y hombres en 43% (Tabla 2 y gráfica 2).

Tabla 2. Género de los Adolescentes		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Femenino	59	57
Masculino	45	43
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica muestra el porcentaje de género de los pacientes.

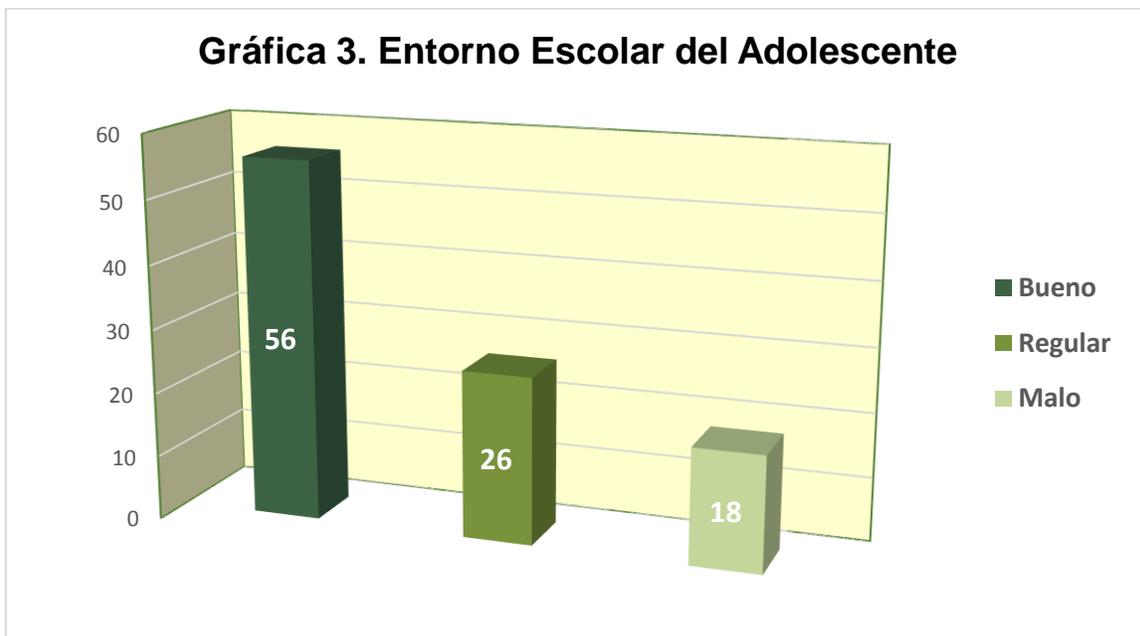
Fuente: Base de Datos Propia

ENTORNO ESCOLAR.

Con respecto al entorno escolar de los pacientes, el 56% lo considera bueno, el 26% regular y el 18% malo (Tabla 3 y Gráfica 3).

Tabla 3. Entorno Escolar del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Bueno	58	56
Regular	27	26
Malo	19	18
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se muestra el porcentaje del entorno escolar.

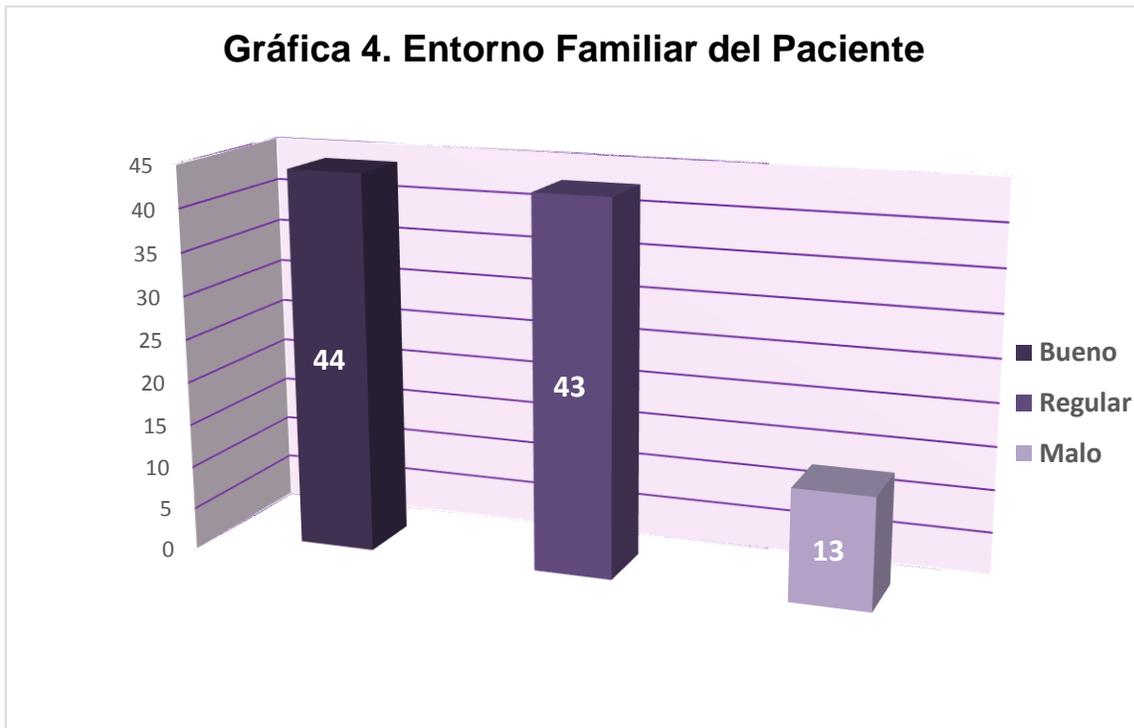
Fuente: Base de Datos Propia

ENTORNO FAMILIAR.

Con respecto al entorno familiar, es considerado bueno para el 44%, regular para el 43% y lo consideran malo el 13% (Tabla 4 y gráfica 4).

Tabla 4. Entorno Familiar del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Bueno	46	44
Regular	45	43
Malo	13	13
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de Entorno familiar.

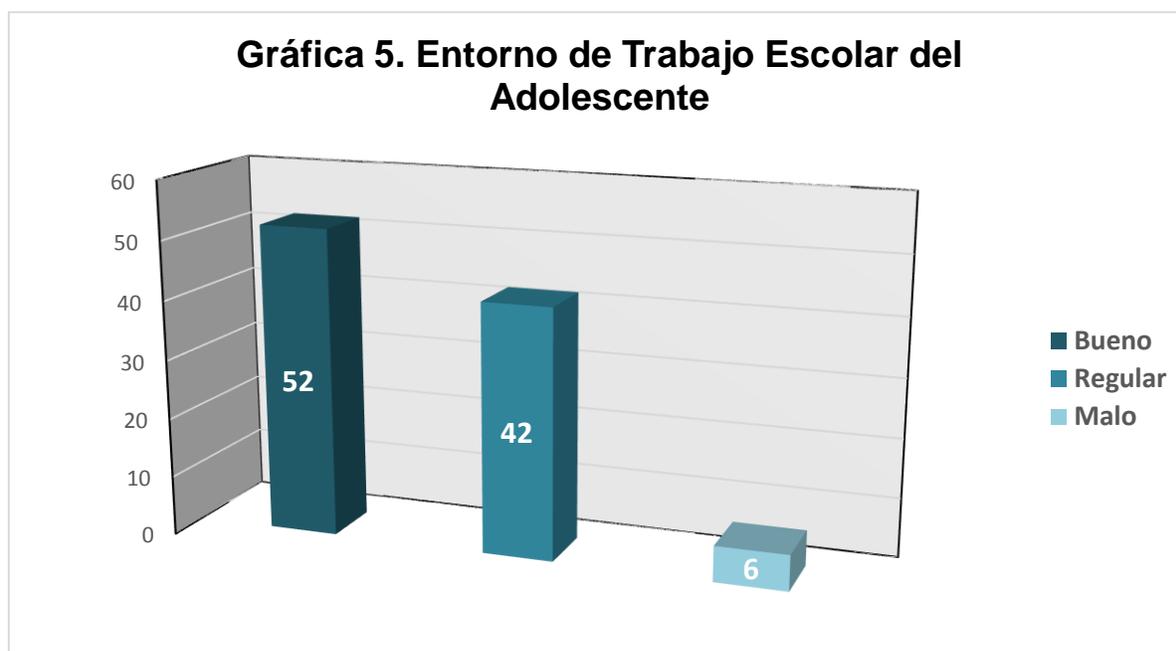
Fuente: Base de Datos Propia

ENTORNO DE TRABAJO ESCOLAR.

Con relación al entorno de trabajo 54 pacientes (52%) consideran bueno el entorno de trabajo, 44 paciente (42%) regular y 6 (6%) lo consideran malo. (Tabla y gráfica 5).

Tabla 5. Entorno de Trabajo Escolar del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Bueno	54	52
Regular	44	42
Malo	6	6
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de entorno de trabajo escolar.

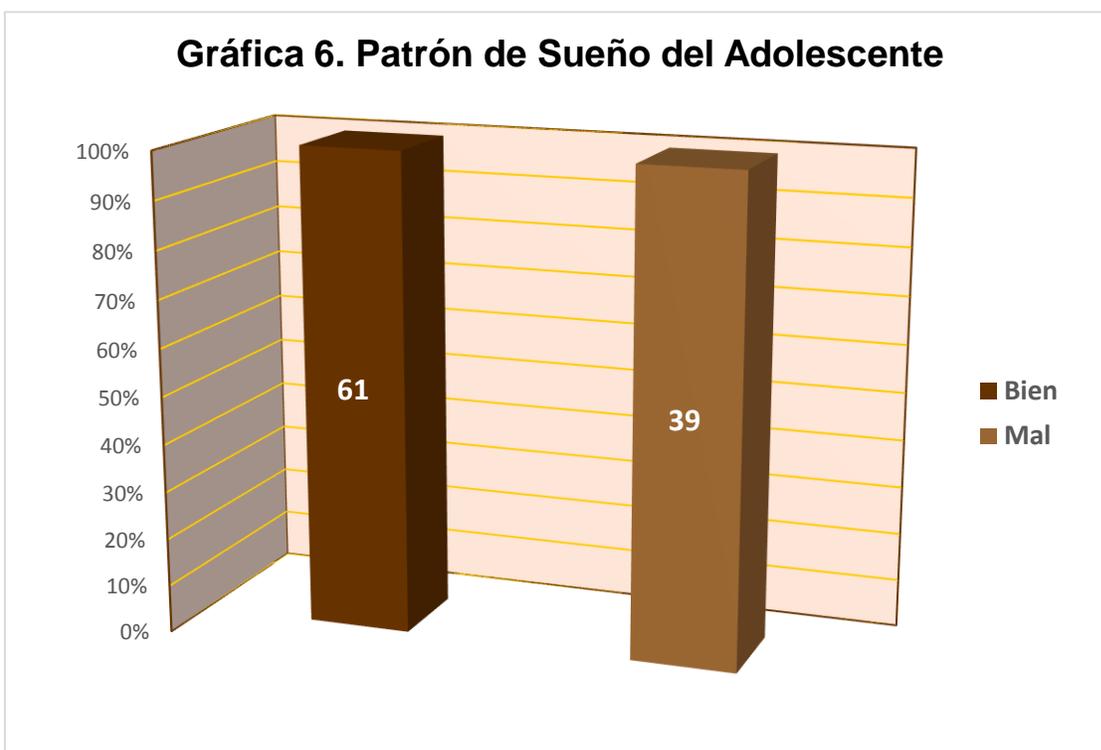
Fuente: Base de datos propia.

PATRÓN DE SUEÑO.

De los 104 pacientes, 63 (61%) refiere dormir bien, mientras 41 (39%) afirman dormir mal (Tabla 6 y gráfica 6).

Tabla 6. Patrón de Sueño del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Bien	63	61
Mal	41	39
Total	104	100

Fuente: Base de Datos propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de patrón de sueño.

Fuente: Base de Datos Propia

PATRÓN DE ENTRETENIMIENTO.

También se observa que 70 pacientes disfrutaban su entretenimiento (67%) y 34 pacientes no disfrutaban sus actividades recreativas (33%) (Tabla 7 y gráfica 7).

Tabla 7. Patrón de Entretenimiento del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Disfruta	70	67
No disfruta	34	33
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de patrón de entretenimiento.

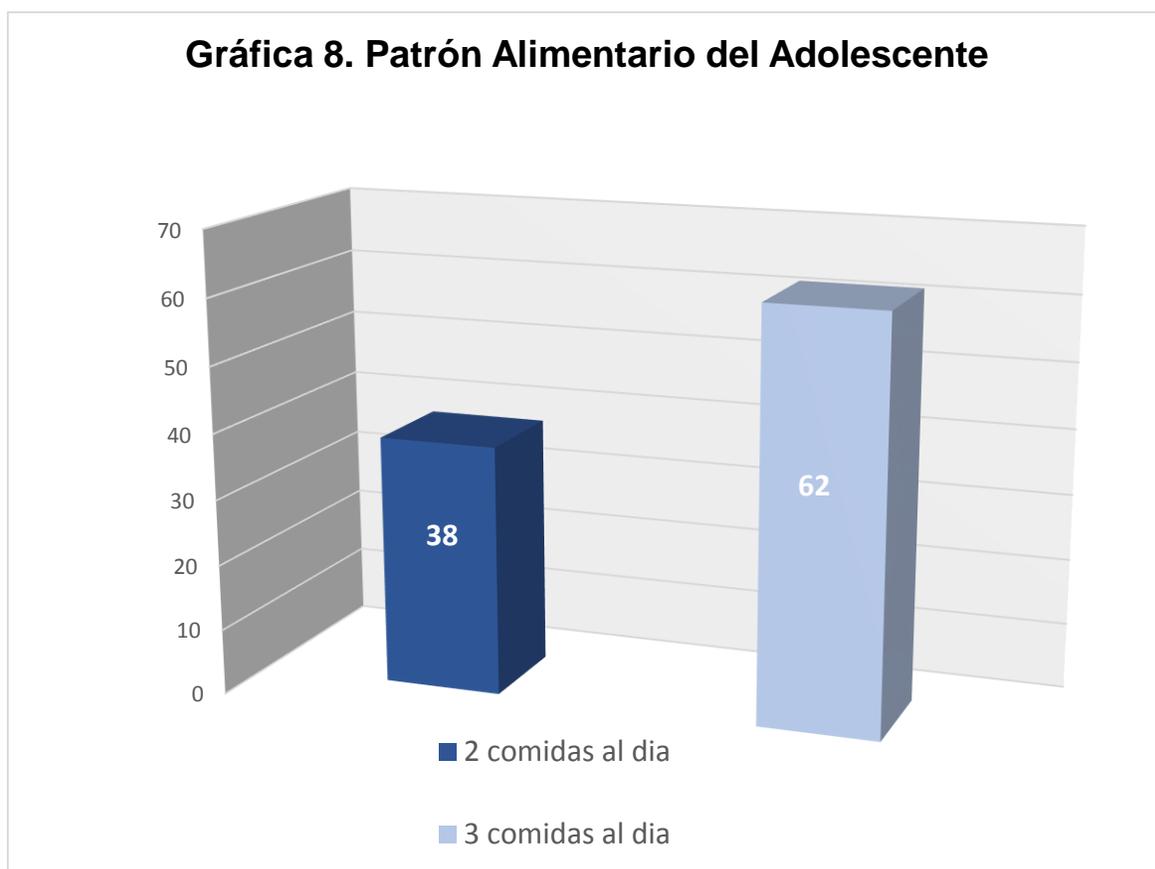
Fuente: Base de Datos Propia

PATRÓN ALIMENTARIO.

Se encontró en el estudio que el 62% de los pacientes realizan 3 comidas al día y el 38% de los jóvenes solo 2 comidas al día (Tabla 10 y gráfica 10).

Tabla 8. Patrón Alimentario del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
2 comidas al día	39	38
3 comidas al día	65	62
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de patrón alimentario.

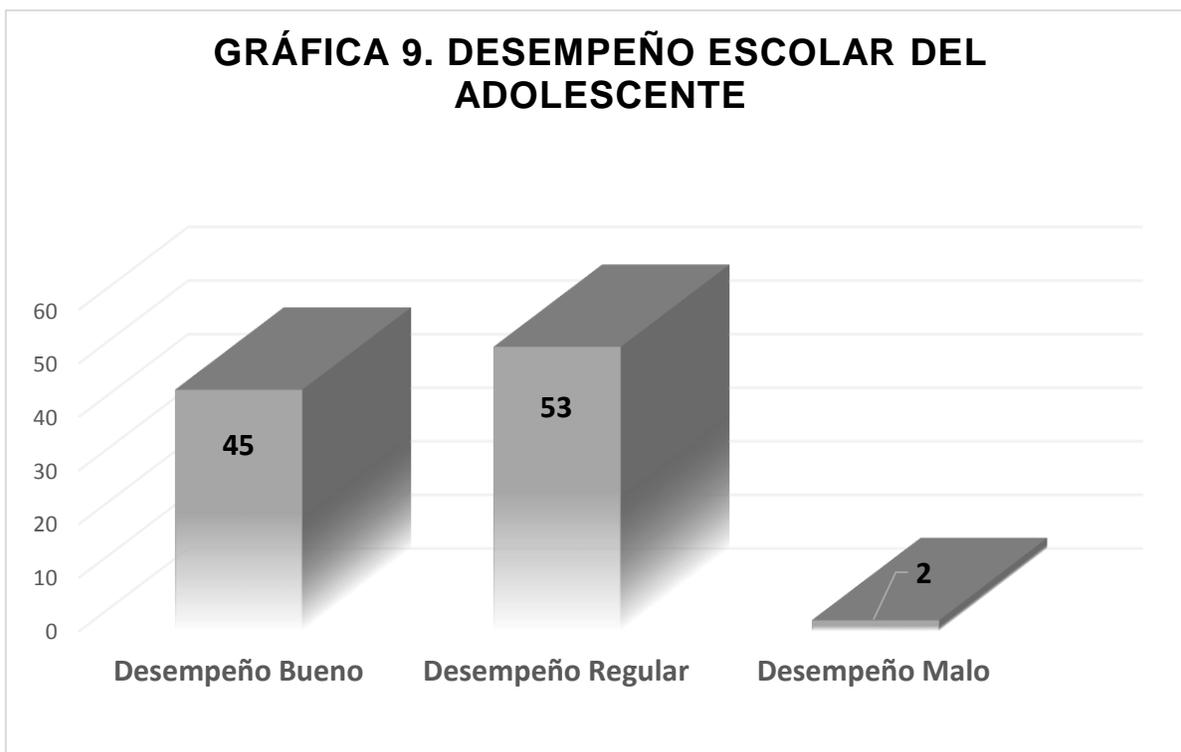
Fuente: Base de Datos Propia.

DESEMPEÑO ESCOLAR.

También se observa que el 53% de los pacientes estudiados presentan un desempeño regular, el 45% desempeño bueno y solo el 2% lo refieren malo (Tabla 9 y gráfica 9).

Tabla 9. Desempeño Escolar del Adolescente		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Desempeño Bueno	47	45
Desempeño Regular	55	53
Desempeño Malo	2	2
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de desempeño escolar.

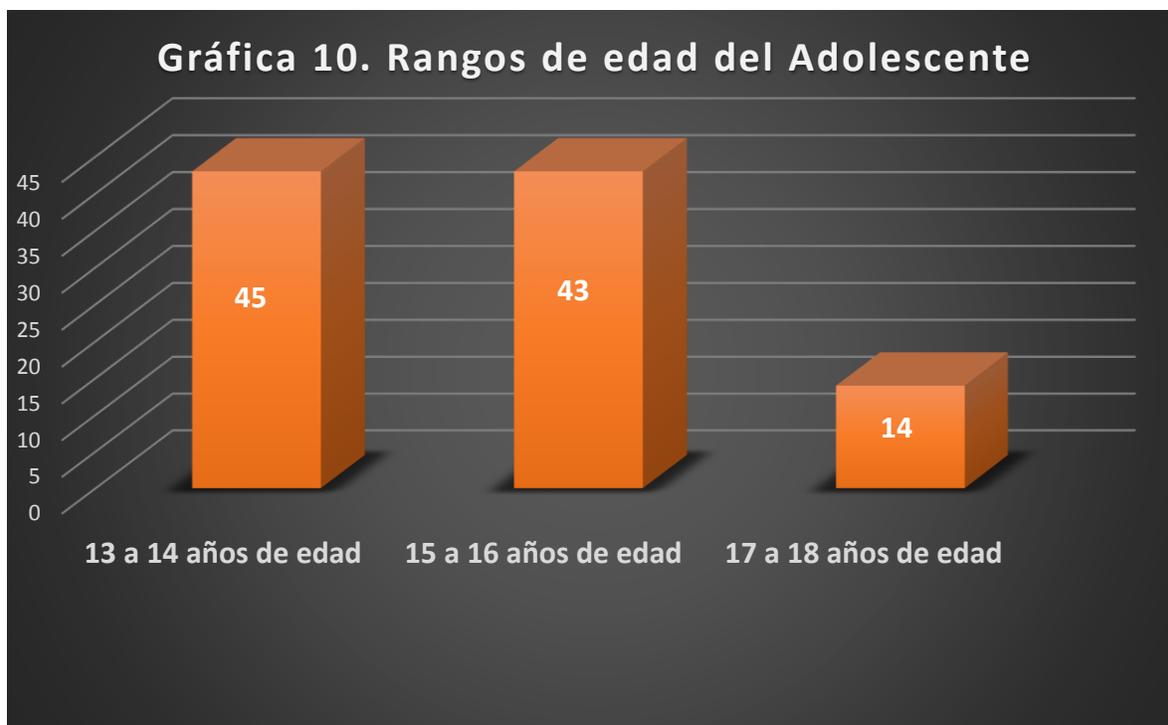
Fuente: Base de Datos Propia.

RANGOS DE EDAD.

Con relación a la edad, el rango de edad predominante fue de 13 a 14 años (45%), de 15 a 16 años en 43 (%) y de 17 a 18 años (12%) (Tabla 8 y gráfica 8).

Tabla 10. Rangos de Edad de los Adolescentes		
	No. Pacientes	Porcentaje %
13 a 14 años	45	45
15 a 16 años	45	43
17 a 18 años	14	12
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observan los rangos de edad de los adolescentes estudiados.

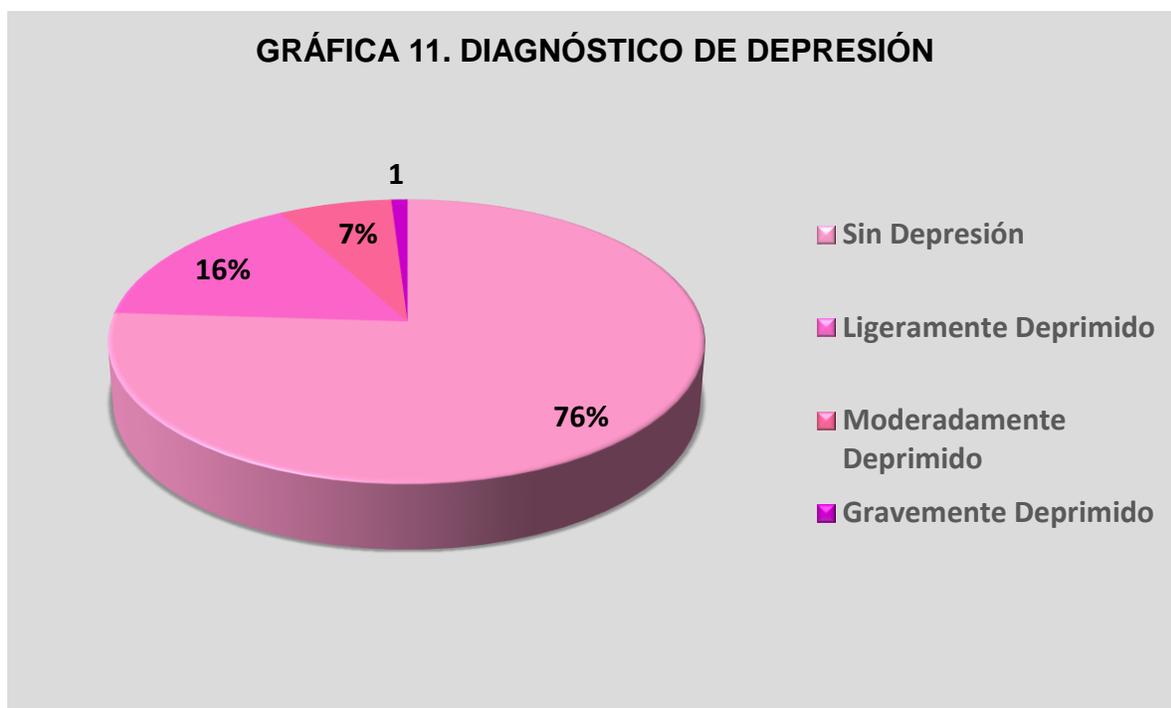
Fuente: Base de datos propia.

DEPRESIÓN.

De acuerdo con la evaluación de los Adolescentes por medio del inventario de Beck-II; se determinó que 79 pacientes (76%) no presentan depresión, 17 pacientes (16%) cursan ligeramente deprimidos, así como 7 pacientes moderadamente deprimidos y solo 1 paciente (1%) gravemente deprimido (Tabla 11 y gráfica 11).

Tabla 11. Diagnóstico de Depresión en los Adolescentes		
	No. Pacientes	Porcentaje %
Sin Depresión	79	76
Ligeramente Deprimido	17	16
Moderadamente Deprimido	7	7
Gravemente Deprimido	1	1
Total	104	100

Fuente: Base de Datos Propia



En esta gráfica se observa el porcentaje de adolescentes con depresión.

Fuente: Base de Datos Propia.

En la tabla 12, se observa que el 1% de los adolescentes con rango de edad de 13 a 14 años tienen depresión grave, seguido del 5% con depresión moderada en rango de edad 15 a 16 años, y 2% en 13 a 14 años. La depresión ligera se encontró 7% en edades de 13 a 14 años, 6% en edad de 15 a 16 años y 3% de 17 a 18 años.

TABLA 12. DEPRESIÓN SEGÚN RANGOS DE EDAD

EDAD	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
13 a 14 años	33%	7%	2%	1%
15 a 16 años	33%	6%	5%	0%
17 a 18 años	10%	3%	0%	0%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según los rangos de Fuente: Datos propios.

En la tabla 13, se observa que, respecto al género femenino, el 1% presenta depresión grave, el 5% moderadamente deprimido en mujeres y 2% en hombres, ligeramente deprimido en 10% en mujeres y 7% en hombres.

TABLA 13. DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO

GÉNERO	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
FEMENINO	41%	10%	5%	1%
MASCULINO	34%	7%	2%	0%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según el género. Fuente: Datos propios.

En la tabla 14, se observa que el desempeño escolar en los pacientes con promedio regular (calificación de 6 a 7) el 1% de los adolescentes tienen depresión grave, seguido del 6% con depresión moderada y el 10% de este grupo con depresión leve. En los buenos promedios (8-9) solo el 7% tiene depresión ligera.

TABLA 14. DEPRESIÓN SEGÚN DESEMPEÑO ESCOLAR

DESEMPEÑO ESCOLAR	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
BUENO (8-9)	37%	7%	1%	0%
REGULAR (6-7)	36%	10%	6%	1%
MALO (5)	2%	0%	0%	0%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según el desempeño escolar. Fuente: Datos propios.

En la tabla 15, se aprecia que en la percepción del entorno escolar, donde la percepción es mala, el 1% de los adolescentes se encuentra gravemente deprimido. En el entorno escolar regular, el 4% se encuentra ligeramente y el 2% está moderadamente deprimido. En el entorno escolar bueno el 2% se encuentra ligeramente deprimido y el 1% moderadamente deprimido.

TABLA 15. DEPRESIÓN SEGÚN ENTORNO ESCOLAR

ENTORNO ESCOLAR	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
BUENO	52%	2%	1%	0%
REGULAR	20%	4%	2%	0%
MALO	3%	11%	4%	1%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según el entorno escolar. Fuente: Datos propios.

En la tabla 16, El 1% de los pacientes percibe un entorno familiar malo, en este entorno el 1% resulto gravemente deprimido, el 3% moderadamente deprimido y el 7% ligeramente deprimido. Quienes consideran el entorno familiar regular el 8% tiene depresión ligera. El entorno familiar percibido como bueno, el 1% tiene tanto depresión ligera como moderada.

TABLA 16. DEPRESIÓN SEGÚN ENTORNO FAMILIAR

NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN				
ENTORNO FAMILIAR	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
BUENO	42%	1%	1%	0%
REGULAR	32%	8%	3%	0%
MALO	2%	7%	3%	1%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según el entorno familiar. Fuente: Datos propios.

En la tabla 17, se observa que en los adolescentes que consideran su entorno de trabajo escolar regular el 1% tiene depresión grave, el 2% depresión moderada y el 11% tiene depresión leve. Quienes consideran el entorno malo el 2% está deprimido ligero y moderado, y en entorno de trabajo escolar bueno, el 3% tiene depresión ligera y moderada.

TABLA 17. DEPRESIÓN SEGÚN ENTORNO DE TRABAJO ESCOLAR.

NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN				
ENTORNO DE TRABAJO	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
BUENO	46%	3%	3%	0%
REGULAR	28%	11%	2%	1%
MALO	2%	2%	2%	0%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según entorno de trabajo escolar. Fuente: Datos propios.

En la tabla 18, se observa que el 1% de los adolescentes está gravemente deprimido, seguido del 5% moderadamente deprimido y el 12% tienen depresión leve y tiene un mal patrón de sueño. Respecto a quienes refieren un patrón de sueño bueno el 2% están moderadamente deprimidos y el 4% ligeramente deprimido.

TABLA 18. DEPRESIÓN SEGÚN PATRÓN DE SUEÑO

PATRÓN DE SUEÑO	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
BUENO	55%	4%	2%	0%
MALO	21%	12%	5%	1%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según el patrón de sueño. Fuente: Datos propios.

En la tabla 19, se observa que, respecto al patrón alimentario quienes realizan 3 comidas al día el 1% están gravemente deprimido, seguido del 4% moderadamente deprimido y el 9% ligeramente deprimido. En comparación con quienes realizan 2 comidas al día donde el 3% tienen depresión moderada y el 8% ligeramente deprimido.

TABLA 19. DEPRESIÓN SEGÚN PATRÓN ALIMENTARIO

PATRÓN ALIMENTARIO	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
2 COMIDAS AL DÍA	27%	8%	3%	0%
3 COMIDAS AL DÍA	48%	9%	4%	1%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según el patrón alimentario. Fuente: Datos propios.

En la tabla 20, se observa que de acuerdo al patrón de entretenimiento de los pacientes, el 1% que tiene depresión grave, disfruta sus actividades, y con respecto a los que no disfrutaban un 7% tiene depresión moderada y el 15% tiene depresión leve.

TABLA 20. DEPRESIÓN SEGÚN PATRÓN DE ENTRETENIMIENTO

PATRÓN DE ENTRETENIMIENTO	NIVEL O GRADO DE DEPRESIÓN			
	SIN DEPRESIÓN	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	GRAVEMENTE DEPRIMIDO
DISFRUTA	65%	1%	0%	1%
NO DISFRUTA	11%	15%	7%	0%

Esta tabla muestra el porcentaje de alumnos que presentan depresión según patrón de entretenimiento. Fuente: Datos propios.

A continuación, se muestra la influencia de la depresión sobre diversas variables analizadas por medio de Análisis de Regresión lineal, para conocer si esta relación es estadísticamente significativa.

Tabla 21. Influencia del patrón alimentario para el desarrollo de depresión

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y EL PATRÓN ALIMENTARIO	
DEPRESIÓN	Nivel de Sig.
PATRÓN ALIMENTARIO	0.697

Fuente: base de datos propios. Nivel de significación: ≤ 0.005 estadísticamente significativo.

En la tabla anterior, no se comprueba que exista una asociación significativa entre el patrón alimentario y el desarrollo de depresión (sig. ≤ 0.005).

Tabla 22. Influencia del entorno escolar para el desarrollo de depresión

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y EL ENTORNO ESCOLAR	
DEPRESIÓN	Nivel de Sig.
ENTORNO ESCOLAR	0.000

Fuente: base de datos propios. Nivel de significación: ≤ 0.005 estadísticamente significativo.

En la tabla anterior, se comprueba que existe una asociación significativa entre el entorno escolar y el desarrollo de depresión (sig. ≤ 0.005).

Tabla 23. Influencia del entorno de trabajo para el desarrollo de depresión

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y EL ENTORNO DE TRABAJO	
DEPRESIÓN	Nivel de Sig.
ENTORNO DE TRABAJO	0.001

Fuente: base de datos propios. Nivel de significación: ≤ 0.005 estadísticamente significativo.

En la tabla anterior, se comprueba que existe una asociación significativa entre el entorno de trabajo y el desarrollo de depresión (sig. ≤ 0.005).

Tabla 24. Influencia del entorno familiar para el desarrollo de depresión

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y EL ENTORNO FAMILIAR	
DEPRESIÓN	Nivel de Sig.
ENTORNO DE FAMILIAR	0.000

Fuente: base de datos propios. Nivel de significación: ≤ 0.005 estadísticamente significativo.

En la tabla anterior, se comprueba que existe una asociación significativa entre el entorno familiar y el desarrollo de depresión (sig. ≤ 0.005).

Tabla 25. Influencia del patrón de sueño para el desarrollo de depresión

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y EL PATRON DE SUEÑO	
DEPRESIÓN	Nivel de Sig.
PATRON DE SUEÑO	0.000

Fuente: base de datos propios. Nivel de significación: ≤ 0.005 estadísticamente significativo.

En la tabla anterior, se comprueba que existe una asociación significativa entre el patrón de sueño y el desarrollo de depresión (sig. ≤ 0.005).

Tabla 26. Influencia del patrón de entretenimiento para el desarrollo de depresión

RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y EL PATRON DE ENTRETENIMIENTO	
DEPRESIÓN	Nivel de Sig.
PATRON DE ENTRETENIMIENTO	0.000

Fuente: base de datos propios. Nivel de significación: ≤ 0.005 estadísticamente significativo.

En la tabla anterior, se comprueba que existe una asociación significativa entre el patrón de entretenimiento y el desarrollo de depresión (sig. ≤ 0.005).

4. DISCUSIÓN

En el mundo, la depresión es la primera causa de pérdida de años de buena salud mental debido a que puede ser discapacitante, y de acuerdo con la OMS ocupa el primer lugar en prevalencia que puede llegar a ser hasta del 10.4%, siendo uno de los trastornos más “graves” detectados en el primer nivel de atención.⁴⁰

En el mundo, el trastorno depresivo es más prevalente en adolescentes mujeres que en hombres, en proporción de 2:1.⁴¹ En México, el 50% de los trastornos psiquiátricos se inician antes de los 21 años de edad⁴², esta aparición temprana repercute enormemente en el desempeño educativo y laboral, las relaciones interpersonales y la elección de pareja; así como en el funcionamiento general como adulto. Por lo cual, se considera que la población de adolescentes debe ser un grupo prioritario para detección y prevención de esta enfermedad mental.

Es necesario conocer cómo es la influencia de la depresión en las actividades diarias de los adolescentes y de qué manera influye en su vida cotidiana. Debido a que actualmente existen pocos datos epidemiológicos para estimar la magnitud de este problema en nuestro país, y el hecho de que pocos adolescentes reciben atención para tratar sus problemas de salud mental, debemos estudiar el entorno de esta población para comprender la vida del adolescente con depresión y ayudarles a salir de este problema de salud.

Los resultados obtenidos en la presente investigación destacan, en cuanto a la escolaridad de los adolescentes, predominan los estudios de nivel preparatoria en 51%; esto debido a que este grupo de edad acude más a consulta porque están más informados respecto a enfermedades, y en nivel secundaria dependen más de los padres y muchos de ellos trabajan o tienen otras ocupaciones, limitando así las visitas médicas.

En cuanto al género de los pacientes estudiados, predominó el género femenino, esto debido a que las mujeres buscan ayuda médica más frecuentemente; y muchas de ellas tienen más facilidad para expresar sus sentimientos y emociones y se le ha perdido la pena a buscar atención médica y hablar abiertamente de sus

enfermedades; en cambio los varones tienden a enmascarar sus síntomas y no acudir a servicios médicos ya que se consideran el sexo fuerte, además de que muchas ocasiones, por cuestiones laborales no acuden a consulta. Este dato coincide con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2001-2002⁴³ y la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) de 2002-2003⁴⁴.

En cuanto a la edad de los pacientes en nuestra investigación el rango que predomina es el de 13 a 14 años, quienes se encuentran cursando nivel secundaria, con base a estos resultados y comparado con otros estudios previos, se puede considerar que a menor edad es mayor la influencia de la depresión en las actividades diarias.

Respecto a la percepción del entorno escolar, el 18% lo considera malo y el 26% lo considera regular, esto debido a múltiples factores escolares como el bullying, acoso escolar, bajo rendimiento escolar, falta de suficientes actividades de convivencia y recreación que permitan la socialización en los centros escolares, coadyuvando a prevenir comportamientos de riesgo en los jóvenes.⁴⁵

Por otra parte el entorno familiar de los pacientes encuestados, menos de la mitad (44%) lo consideran bueno, lo que nos habla de la presencia de disfunción en la dinámica familiar, dimensión en más de la mitad de los muestra estudiada. El 13% lo considera malo respondiendo que se sienten rechazados e ignorados y cuando necesitan ser escuchados piensan que solo causan problemas. El 43% que lo consideran regular, sienten que no cuentan con apoyo suficiente de sus padres, debido a que ambos progenitores tienen que trabajar para el sostén familiar. De tal forma que un ambiente familiar donde haya interacción entre padres e hijos, adecuada comunicación, respeto, apoyo de los padres, ayuda en gran medida a prevenir estados depresivos.⁴⁶

En cuanto a la percepción del entorno trabajo escolar, fue malo o adverso en el 6% atribuido a falta de comunicación entre padres y/o docentes, falta de reglas dentro del salón de clases, rechazo y hostilidad por parte de sus compañeros. El 42% que lo considera regular atribuyen las mismas causas. Esto ya observado en

estudios previos donde se demuestra que los aspectos y el contexto escolar es un suceso vital estresante que influyen enormemente en el adolescente ⁴⁷

Respecto al patrón de sueño, llama la atención que el 39% refiere dormir mal, por problemas entre pares, con la pareja y/o docentes, preocupaciones académicas, pensamientos negativos sobre sí mismo, fracasos escolares y entorno familiar conflictivo.

En cuanto al patrón de entretenimiento, los pacientes encuestados en un porcentaje del 33% no disfrutaban su entretenimiento, porque sus actividades se les hacen rutinarias, tediosas y repetitivas, falta de recursos económicos para recreación, problemas sociales, etc.

Al analizar el patrón alimentario, se encontró que el 39% solo realiza 2 comidas al día, lo cual no favorece una adecuada nutrición y favorece la aparición de patologías como la falta de atención, bajo desempeño escolar, obesidad. El 62% realiza 3 comidas al día, Esto confirma lo estudiado ⁴⁸ donde se evalúa los efectos sobre el estado de ánimo de los estados depresivos relacionados con la dieta y los cambios que se realicen en ella, que en casos extremos pueden llevar a trastornos alimentarios del tipo bulimia y anorexia.

Respecto al desempeño escolar, los pacientes que presentan calificaciones regulares, es donde se encuentra el 1% con depresión grave, llamando la atención que el grupo con desempeño bueno tiene un 1% moderadamente deprimido y el 7% ligeramente deprimido, en nuestra investigación consideramos que no todos los adolescentes con bajo rendimiento escolar se deprimen sencillamente porque no se amoldan a las normas institucionales; por el contrario, muchos adolescentes tienen mal desempeño escolar y son emocionalmente equilibrados. Lo anterior nos lleva a hacer juicios negativos sobre el plantel escolar, lo cual se refleja en su desempeño, personalidad y emociones ya que tienen sentido de pertenencia a la institución ⁴⁹

En cuanto al diagnóstico de depresión en el adolescente por medio del inventario de Beck-II, se encontró que el 24% de los adolescentes tienen algún grado de

depresión. Es importante notar que existe el diagnóstico de depresión grave en 1%. Esto tiene repercusión en alguna esfera de la vida del adolescente, desde mal desempeño escolar, problemas familiares y entre pares e incluso puede ser consecuencia de conductas de riesgo, por lo que concuerdo con Hammen, Galicia y Resende⁵⁰⁻⁵¹, quienes en su población demostraron los mismos resultados.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL

Se realizó el análisis de regresión lineal para analizar la relación entre las variables a estudiar, para poder predecir el comportamiento de las mismas y confirmar nuestra hipótesis.

Se evaluó la influencia de las diversas variables sobre la depresión, que tiene repercusión sobre las actividades diarias de los adolescentes.

Se analizó la influencia del patrón alimentario para el desarrollo de la depresión (tabla 21) en los adolescentes, el cual no fue estadísticamente significativo (0.697) (Estadísticamente significativo: ≤ 0.005), por lo que ningún patrón alimentario que se encuentre influye directamente en el desarrollo de la depresión.

También se analizó la percepción de la influencia del entorno escolar para el desarrollo de la depresión (tabla 22), encontrándose un resultado de 0.000 (Estadísticamente significativo: ≤ 0.005), con lo cual se comprueba la hipótesis que el entorno escolar influye directamente en el desarrollo de la depresión en los adolescentes.

En cuanto al análisis de la influencia del entorno de trabajo escolar para el desarrollo de la depresión (tabla 23), se obtuvo resultado de 0.001 (Estadísticamente significativo: ≤ 0.005), con lo cual se comprueba la hipótesis que el entorno de trabajo escolar influye en el desarrollo de la depresión en los adolescentes.

El análisis de la influencia del entorno familiar del adolescente para el desarrollo de la depresión (tabla 24), se obtuvo resultado de 0.000 (Estadísticamente significativo: ≤ 0.005), por lo que es estadísticamente significativo, y es el entorno medular donde la adecuada dinámica familiar debe lograr que los hijos se sientan protegidos, ayudados, escuchados, etc. y no vivir en un entorno familiar problemático que puede ser un factor desencadenante de diversas patologías mentales entre ellas la depresión.

Se analizó la influencia del patrón de sueño para el desarrollo de la depresión (tabla 25), encontrándose resultado de 0.000 (Estadísticamente significativo; ≤ 0.005), con lo cual se cumple el objetivo que un inadecuado descanso a partir de dormir mal por la noche, influye directamente en el desarrollo de la depresión en los adolescentes.

También se analizó la influencia del patrón de entretenimiento para el desarrollo de depresión (Tabla 26), se encontró un resultado de 0.000 (Estadísticamente significativo ≤ 0.005), lo que nos indica que el entretenimiento tiene una importancia vital en el desarrollo de la depresión.

Dentro de las limitaciones de este estudio, estamos de acuerdo en que la muestra debería ser mayor, y debido a la importancia de los resultados, este estudio debería ser ampliado para extrapolarlo a población abierta y no solo en derechohabientes, por lo cual se invita a otros investigadores continuar en esta línea de investigación por la relevancia que representa conocer el impacto de diversos factores sobre el desarrollo de la depresión que tiene repercusión sobre la vida cotidiana.

5. CONCLUSIONES:

Los resultados encontrados en la presente investigación permiten concluir: que los estudiantes de preparatoria y las mujeres, son quienes buscan más atención médica. La presencia de depresión en los adolescentes es en una cuarta parte de la población estudiada. Un porcentaje importante de los adolescentes consumen 2 comidas al día y no es lo recomendable. Los rangos de edad con mayor presencia de depresión son de 15 a 16 años, siendo el género femenino quien presenta mayor prevalencia. La percepción del desempeño escolar de tipo regular (calificaciones de 6-7) genera mayor cantidad de alumnos con depresión, por tener calificaciones limítrofes.

La percepción del entorno escolar, el entorno de trabajo, el entorno familiar, patrón de sueño y entretenimiento, son factores directamente relacionados a la presencia o ausencia de depresión (todos estadísticamente significativos \leq a 0.005) no así el patrón alimentario que no demostró relación directa con la presencia o ausencia de depresión (estadísticamente no significativa 0.0697).

Por lo tanto, el desarrollo de la depresión en edades tempranas, tiene importante repercusión en la vida familiar, social, en salud y escolar como se ha demostrado, evitando el desarrollo armónico del adolescente y su plenitud en la vida adulta.

6. - SUGERENCIAS

Por lo tanto se sugiere realizar tamizaje en la población de adolescentes de manera intencionada, en especial en la población de estudiantes asegurados adscritos al IMSS.

Se recomienda realizar el inventario de Beck-II a los adolescentes que acudan solicitando atención médica por cualquier patología. Motivar en los centros escolares la capacitación a personal docente y padres de familia respecto a la detección de sintomatología sugestiva de depresión, y canalizar al alumno oportunamente a los servicios de salud.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Depresión [Información en línea, accesado el 12 de Julio del 2017]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>
- 2.- Veytia-López M, González-Arratia LNI, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 2012; 35(1):37-43.
- 3.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2009; 31:155-163.
- 4.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C. La depresión con inicio temprano, prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Méx.* 2004;46:417-423.
- 5.- Vázquez MA, Depresión. Diferencia de género. *Multimed* 2013; 17(3).
- 6.- Kuehner C Gender, differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta psychiatr scand* 2003; 108:163-174.
- 7.- Young EA, Altemus M. Puberty ovarian steroids, and stress *ann NY Acad Sci* 2004; 1021:124-133.
- 8.- Desarrollo en la adolescencia [Información en línea, accesado el 20 de Julio de 2017] Organización Mundial de la Salud 2017. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- 9.- Rivera Rivera L, Rivera Hernández P, Pérez Amezcua B, Leyva López A, de Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública Méx.* 2015; 57:219-226.

10. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y del Joven. En: La Salud en las Américas. Washington, DC: PAHO, 1998:76-81.
- 11.- Saluja G, Lachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among Young adolescents, Arch Pediatr Adolesc Med. 2004; 158(8):760-765.
12. Kopec MT, Randel J, Naz B, Bartoces M, Monsur J, Neale AV et al. Using the Guidelines for Adolescent Preventive Services to estimate adolescent depressive Symptoms in school-based health centers. Fam Med 2010; 42(3):192-201.
13. Cumsille P, Martínez M. Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago. Rev. Chil. Pediatr 1997; 68:74-77.
- 14.- González Forteza C, Solís Torres C, Jiménez Tapía A, Hernández Fernández I, González González A, Juárez García F, Medina Mora ME, Fernández Varela Mejía H. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. Salud Mental 2011; 34 (1): 53-59.
- 15.- Martínez Martínez R, Antonio Cuevas, Apodaca Jordán JS. Salud y Enfermedad del niño y del adolescente. Etapa Adolescencia. 7ª. Edición. Editorial El Manual moderno. 2013; Unidad 34: 1540, 1545-1546.
- 16.- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5.2013; 103-104.
- 17.- García Alonso A. La depresión en adolescentes. La salud mental de las personas jóvenes en España. Revista de Estudios de Juventud, 2009 (84):85.
- 18.- Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública Méx. 2013; 55:74-80.

- 19.- Martínez Martínez R, Antonio cuevas. Salud y Enfermedad del niño y del adolescente. Trastornos del estado de ánimo. 7ª. Edición. Editorial el Manual Moderno 2013; Unidad 15: 475-481.
- 20.- Cárdenas E, Feria M, Vázquez J Palacios, Peña F. Guía Clínica para los trastornos Afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría: Ramón de la fuente. 2010.
- 21.- Reyes Morales H, Gómez Dantés H, Torres Arreola LP, Tomé Sandoval P, Galván Flores G, González Urizaga MA et al. Necesidades de Salud en áreas urbanas marginadas en México. Rev. Panam Salud Pública 2009; 25 (4): 328-336.
- 22.- Medina Mora ME, Sartí Gutiérrez EJ, Real Quintanar T. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura. Academia Nacional de Medicina, México. CONACyT, 2015: 91-100.
- 23.- Furlong M, McGilloway S, Bywater T. Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3to 12 years. Evid based child health. 2013; 8 (2):318-692.
- 24.-Borges G, Benjet C, Medina Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of mental disorders for adolescent in México City. Bull World Health Organ 2008; 86 (10):757-764.
- 25.- González Forteza, Hermosillo de la Torre AE, Vacío Muro MA, Peralta R, Wagner FA. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Bol Med Hosp Inf Méx, 2015; 72(2): 149-155.
- 26.- Boschetti Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la Medicina Familiar. Archivos en Medicina Familiar 6 (3): 61-63.
- 27.- Fernández M. El impacto de las enfermedades en la familia. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, 47 (6):251-254.

- 28.- García A, Rodríguez J. Afrontamiento Familiar ante la Enfermedad Mental. *Cultura de los cuidados*, 2005. 9 (18): 45-51.
- 29.- San Molina, Arranz B. Síntomas de la depresión, En: 1. San Molina & B Arranz. *Comprender la depresión*. 2011; 26-37
- 30.- Leal F. *Depresiones. Comprender la enfermedad mental* 2002:53,55. Murcia: Universidad de Murcia.
- 31.- Consejo General de colegios Oficiales de Psicólogos. Miembro de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. *Evaluación del Inventario BDI-II*.
- 32.- Mukhtar F, & Tian O. Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDI-Malays) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17,17-25
- 33.- Beltrán Rodríguez MC, Freyre NA, Hernández Guzmán L. El inventario de Depresión de Beck: su validez en población adolescente. *Terapia psicológica* 2012, vol. 30: 5-13.
- 34.- Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V & Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*,21:26-31.
- 35.- Academia Nacional de Medicina. Depresión en adolescentes: Diagnóstico y tratamiento. *Boletín de Información Clínica y Terapéutica*; 2016; 15(3)6-8.
- 36.- Cubillas-Rodríguez MJ, Román-Pérez R, Valdez EA, Galaviz-Barreras AL. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Mental*. 2012; 35:45-50.
- 37.- Wagner F, González-Forteza C. Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. enfocando la depresión como un problema de salud pública en México. *Salud Mental* 2012,35(1):3-11.

- 38.- Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2007; 30:4-11.
- 39.- Benjet C, Borges G, Medina-mora ME, Zambrano J et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Surveys. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50(4):386-395.
- 40.- Murray CJL López, AD. The global burden of disease. A comprehensive assesment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projet to 2020. Harvard University Press, World Health Organization and the Worl Bank, 1996.
- 41.- Hanklin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychol Bull* 2001; 127:773-796.
- 42.- Benjet C, Borges G, Blanco J, Rojas E, Fleiz E, Méndez E. et al. La encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. *Epidemiología de los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009; 90-100.
- 43.- Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression gender an the treatment gap in México. *JAffect Disord* 2010; 138; 35:1-11.
- 44.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publ Mex* 2005; 47 (supl 1):4-11.
- 45.- *Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes*. S de Prevención y P Ciudadana. 2011.
- 46.- Argaez Rodríguez SG, Rebelín Echeverría Echeverría R, Evia Alamilla NM, Carrillo Trujillo CD. *Prevención de Factores de Riesgo en Adolescentes*:

Intervención para Padres y Madres. Psicología Escolar e Educativa, SP, Vol. 22, Núm. 2, 2018:259-269.

47.- Jiménez L, Menéndez S, Hidalgo MV. Un análisis de los acontecimientos estresantes durante la adolescencia. *Apunt Psicol* 2008; 26:427-440.

48. Márquez Ontiveros M. Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión Bibliográfica. *Archivos de Medicina*. 2016. Vol. 12 No. 1:6.

49.- Hammen C, Brenzn, P.A y Le Brocque, R. Youth depression and early childrearing: stress generación and intergenerational transmission of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79:353-363.

50.- Galicia I, Sánchez A y Robles FJ. Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología* 2013; 29: 491-500.

51.- Resende C, Ferrao A, La presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2013;15:127-33.

ANEXOS.

ANEXO 1. CUESTIONARIO

No. _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

EDAD: _____ GÉNERO: _____

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

1.- ¿Cómo consideras tu desempeño escolar?

a) excelente b) bueno c) regular d) malo ¿Por qué? _____

2.- ¿Cómo consideras la relación con tus padres?

a) excelente b) buena c) regular d) mala ¿Por qué? _____

3.- ¿Cómo consideras las relaciones con tus compañeros de trabajo?

a) excelente b) buena c) regular d) mala ¿Por qué? _____

4.- ¿Disfrutas el tiempo que dedicas a tus actividades recreativas o de entretenimiento?

a) Si b) No ¿Por qué? _____

5.- ¿Consideras que estas alimentándote adecuadamente y cuantas comidas haces al día?

- a) Si (3 comidas al día) b) no (2 o 1 comida al día)

6.- ¿Consideras que duermes bien durante la noche?

- a) Si b) No ¿Por qué? _____

7.- ¿Cómo consideras tus calificaciones escolares y en qué aspectos estas fallando?

- a) Excelente (10)
b) Buena (9-8)
c) Regular (7-6)
d) Mala (Reprobado)

ANEXO 2.

INVENTARIO DE BECK – DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

ITEM - 1

- 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

ITEM - 2

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

ITEM - 3

- 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

ITEM - 4

- 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

ITEM - 5

- No me siento culpable
- Me siento culpable una buena parte del tiempo
- Me siento bastante culpable casi siempre
- Me siento culpable siempre

ITEM - 6

- No creo que esté siendo castigado
- Creo que puedo ser castigado
- Espero ser castigado
- Creo que estoy siendo castigado

ITEM - 7

- No me siento decepcionado de mí mismo
- Me he decepcionado a mí mismo
- Estoy asqueado de mí mismo
- Me odio

ITEM - 8

- 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

ITEM - 9

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

ITEM - 10

- 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

ITEM - 11

- 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

ITEM - 12

- 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

ITEM - 13

- Tomo decisiones como siempre
- Postergo las decisiones más que de costumbre
- Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
- Ya no puedo tomar decisiones

ITEM - 14

- 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

ITEM - 15

- 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

ITEM - 16

- 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

ITEM - 17

- No me canso más que antes
- Me canso más fácilmente que antes
- Me canso sin hacer casi nada
- Estoy demasiado cansado para hacer algo

ITEM - 18

- 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

ITEM - 19

- 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

ITEM - 20

- 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

ITEM - 21

- 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 3.



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	INFLUENCIA DE LA DEPRESION EN LAS ACTIVIDADES DIARIAS DE LOS ADOLESCENTES DE LA UMF 229 DEL IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Tenancingo México. Unidad de Medicina Familiar 229.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Detección y prevención oportuna de los estados depresivos en los adolescentes, así como derivación pronta a segundo nivel de atención.
Procedimientos:	
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	NO APLICA
Participación o retiro:	DECISIÓN DEL PACIENTE
Privacidad y confidencialidad:	COMPLETAMENTE
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA. ES OBSERVACIONAL
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Alexander Reyes Ortiz. Investigador asociado
Colaboradores:	
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	

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

