



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15

TÍTULO DE LA TESIS:

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES
Y SU RELACION CON EL BULLYING EN EL PROGRAMA
JUVENIMSS DE LA UMF NUMERO 15”**

NÚMERO DE REGISTRO

R-2021-3703-087

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ESPINOSA HERNÁNDEZ ABIGAIL
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:

CASTRO GUADALUPE PABLO ROBERTO
ROMERO PEÑA LUIS ALEJANDRO

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES Y SU
RELACION CON EL BULLYING EN EL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA
UMF NUMERO 15”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ESPINOSA HERNANDEZ ABIGAIL
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMINGUEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS**

**DRA. NANCY GARCIA CERVANTES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 15, IMSS**

**DRA MARIA YOLANDA ROCHA RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No 15, IMSS.**

ASESORES DE TESIS

**PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

**LUIS ALEJANDRO ROMERO PEÑA.
PROFESOR EN CENTRO DE
INVESTIGACION EDUCATIVA
Y FORMACIÓN DOCENTE.**

CIUDAD DE MÉXICO

SEPTIEMBRE 2021

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES Y SU
RELACION CON EL BULLYING EN EL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA
UMF NUMERO 15”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ESPINOSA HERNANDEZ ABIGAIL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 15

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTÍZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÒN
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

<u>ÍNDICE</u>	PÁGINA
1.-RESUMEN	6
2.-INTRODUCCIÓN	8
3.- MARCO TEORICO	10
4. JUSTIFICACIÓN	21
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
-	
6. OBJETIVOS	24
6.1. General	24
6.2. Específicos	24
7. HIPÓTESIS	25
7.1 Hipótesis nula	25
7.2 Hipótesis alterna	25
8. MATERIAL Y MÉTODO	27
- 8.1. Descripción del estudio	27
-	
- 8.2. Características de estudio	27
- 8.2.1. Criterios de inclusión	28
- 8.2.2. Criterios de exclusión	28
- 8.3.3. Criterios de eliminación	28
9. VARIABLES.	29
- 9.1. Operacionalización de variables	29
10. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	32
11. ASPECTOS ESTADISTICOS	33
- 11.1 ANALISIS ESTADISTICO	34
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36

13. RECURSOS	44
13.1. Humanos	44
13.2. Financieros	44
13.3. Materiales	44
13.4. Factibilidad	45
13.5. Trascendencia	45
14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	45
15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS	46
16. RESULTADOS	46
17. DISCUSIÓN	54
18. CONCLUSIONES	57
19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	57
20. BIBLIOGRAFÍA	58
20. ANEXOS	61
20.1. Hoja de Consentimiento Informado	61
20.2. Hoja de Recolección de datos	63

1. RESUMEN.

Introducción: El Bullying lo definen como toda intimidación o agresión física, psicológica o sexual contra una persona en edad escolar (adolescente), de forma reiterada la cual causa daño, temor y/o tristeza en la víctima o grupo de víctimas.

Objetivos: Determinar cuál es la prevalencia que existe de la depresión en adolescentes escolares que sufren bullying en el programa juvenimss de la UMF #15.

Material y métodos: Se realizará un estudio observacional de tipo transversal, descriptivo con modelo cualitativo, analítico, en población adolescente derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del programa Juvenimss del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Calzada Ermita Iztapalapa No.411. Con un tamaño de muestra de 339, el universo se conforma por adolescentes de 10 a 14 años que participen en el programa JuvenIMSS de la UMF aplicando un instrumento validado de recolección para depresión como el test de BECK y APRI para criterios de inclusión, se realizara el análisis estadístico de datos obtenidos, tiempo a desarrollarse: 6 meses de julio a diciembre de 2021.

Recursos financieros: Este trabajo requerirá de una inversión mínima, cubierta por el residente.

Recursos materiales: Computadora, papelería, lápices, cuestionarios impresos, Microsoft y Software.

Experiencia del grupo: Realizar este trabajo de tesis en conjunto con los colaboradores ha sido para mí una de los retos más importantes y vitales más arduas a las que me he visto enfrentada. Dentro de los obstáculos y limitantes en los que se me ha visto al desarrollar este trabajo ha sido la pandemia, al no poder tener a todos los adolescentes en la misma sesión.

Palabras clave: Bullying, Depresión, asociación, adolescentes.

ABSTRACT.

Introduction: Bullying is defined as any physical, psychological, or sexual intimidation or aggression against a person of school age (adolescent), repeatedly which causes harm, fear and / or sadness in the victim or group of victims.

Objectives: To determine the prevalence of depression in school adolescents who suffer bullying in the youth program of UMF # 15.

Material and methods: An observational, cross-sectional, descriptive study with a qualitative, analytical model will be carried out in an eligible adolescent population of the Family Medicine Unit No. 15 of the Juvenimss program of the Mexican Institute of Social Security located in Calzada Ermita Iztapalapa No.411. With a sample size of 339, the universe is made up of adolescents from 10 to 14 years old who participate in the JuvenIMSS program of the UMF applying a validated collection instrument for depression such as the BECK and APRI test for inclusion criteria. the statistical analysis of data obtained time to be developed: 6 months from July to December 2021.

Financial resources: This job requires a minimal investment, covered by the resident.

Material resources: Computer, stationery, pencils, printed questionnaires, Microsoft, and Software.

Group experience: Carrying out this thesis work together with the collaborators has been for me one of the most important and vital challenges that I have been faced with. Among the obstacles and limitations in which I have been seen when developing this work has been the pandemic, not being able to have all adolescents in the same session.

Keywords: Bullying, Depression, association, adolescents

2. INTRODUCCION.

El Bullying o acoso escolar El *Bullying* puede definirse como la exposición repetida en el tiempo a acciones negativas perpetradas por uno o más estudiantes, con los cuales se tiene una desventaja en términos de poder o fuerza, manifestado de diferentes maneras en los ámbitos físicos, relacionales y verbales. ¹

La Organización Mundial de la Salud y a la Organización no gubernamental Internacional Bullying sin fronteras lo definen, como toda intimidación o agresión física, psicológica o sexual contra una persona en edad escolar (niño o adolescente), de forma reiterada la cual causa daño, temor y/o tristeza en la víctima o grupo de víctimas

La Depresión la OMS específica, como un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Esta puede ser crónica o recurrente, puede dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, la forma grave puede conducir al suicidio contrastando con la forma leve que puede tratarse sin la necesidad de medicamentos. Actualmente en nuestro país y en algunos de los países de América se ha observado la presencia de este fenómeno conocido como Bullying, un estado que en la actualidad produce depresión en nuestros adolescentes y niños, problema que se ha visto desde hace años y que en la actualidad no se ha tomado tanto en cuenta por falta de detección y falta de comunicación de nuestros adolescentes.

Como se conoce la institución educativa es un lugar donde los adolescentes pasan la mayor parte del tiempo en la cual los comportamientos son diferentes a las que llevan en sus casas, algunos investigadores mencionan que la mayoría de las actitudes pueden ser violentas y negativas, provocando que las

situaciones escolares sean no adecuadas para nuestros adolescentes. Por lo tanto, se reconoce que el acoso escolar se encuentra prácticamente en la mayoría de las instituciones, y con más frecuencia en países hispanos. Nominándose México como uno de los primeros lugares dada la situación y en magnitud.²

La depresión en adolescentes ocasionado por bullying en la actualidad, es un problema de salud, ya que es un sufrimiento cotidiano que está presente en 28 millones de niños y adolescentes, tal cual lo presenta la Organización no gubernamental Internacional Bullying sin Fronteras y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, lo cual tiene grave repercusión a la víctima.²

La intimidación puede ser ejercida en víctimas que son favorecidas con algunas características, ya sea que se muestren vulnerables para padecer Bullying, situación que se percibe en más de una ocasión; sin embargo las víctimas presentan rasgos de depresión ante el acoso escolar en la adolescencia, llegando a mostrar somatización por parte de las víctimas uno de los rasgos presentes en estos problemas; el hostigador pareciera que tiene una parte placentera, una de las razones que le permite seguir hostigando a sus víctimas²⁻⁶. México se coloca en el primer lugar a nivel mundial de Bullying y acoso escolar. Ya que este fenómeno ha generado un gran impacto se considera un problema de salud pública. Se ha encontrado que algunos de los factores de riesgo para el Bullying es el estrato económico, las influencias de hábitos, sociales, académicas y culturales.² En donde este fenómeno de Bullying está más presente en niños que en niñas, también se asocia a consecuencias psicológicas negativas como depresión y ansiedad,^{3,4} síntomas psicósomáticos, ya sea a largo o corto plazo. Otra de las características es que, ya sea la víctima o el agresor comparten esos síntomas por igual, haciendo que el bajo rendimiento académico y el ausentismo se presenten a este nivel, otro factor

puede incluir a los padres que utilicen desde intimidación con los hijos, burla y hasta victimización con los mismos. ⁵

3. MARCO TEORICO.

ADOLESCENCIA.

Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia se define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, se clasifica, basándose en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de este grupo. Se caracteriza en dos grupos: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años¹.

La adolescencia, así como la juventud es una etapa muy relevante de cambios físicos, psicológicos, y de cambio relacional, cognición saludable, emocional, sexual y psicológica, durante este periodo se requiere un desarrollo confortable, que se les transmita seguridad, soporte y protección, ya que da relevancia importante en la vida de las personas,¹ ocurren procesos del desarrollo que destacan en la transición para ser adulto¹⁻⁴. Se sabe que el cerebro se encuentra en una etapa de desarrollo altamente dinámica durante esta etapa. En la adolescencia concurren tres procesos básicos: primero una aceleración puberal del crecimiento (en 2-3 años aumentan el 50% de peso y un 30% de la talla precedentes) segundo, la maduración sexual y el consiguiente cambio psicosocial; por último, surgen importantes cambios en la escolaridad y en las relaciones grupales¹⁻⁶. Muchos de estos cambios pueden generar crisis, conflictos y contradicciones. Uno de ellos destaca, en los jóvenes, pues conllevan una educación formal y se enfrentan a conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, hay que mencionar las etiquetas las que se relacionan con el desempeño académico,^{7,8,9,10} se creía que nos definía como individuos, recordando quien era del grupo de los aplicados, los desastrosos, los no aplicados y más, las etiquetas en este momento, se entienden como denominaciones determinando al alumno que en la mayoría de los casos determina el tipo de comportamiento y desempeño del adolescente.^{1,3-7}

Después del inicio de la pubertad aumenta el riesgo de trastornos depresivos sustancial y especialmente en las niñas. Este periodo puede ser difícil y totalmente exponer a las personas con mayor reacción a las emociones, a pesar de esto el 20 % de los adolescentes en todo el mundo puede presentar trastornos mentales y de comportamiento y la mitad de estos se presenta antes de los 14 años, la depresión cuenta como una porción significativa en el aumento de la morbilidad y mortalidad de los adolescentes. ^{1,2,3-7}

Los trastornos de la salud mental en los adolescentes surgieron como un importante problema de salud pública en muchos países de ingresos bajos y medios, los cuales han sido menos investigados. En los últimos 20 años la investigación sobre el acoso escolar se ha centrado en las causas y la extensión del fenómeno. ¹

El acoso escolar o Bullying es un comportamiento no deseado en los niños de edad escolar. Este término atraviesa barreras culturales y se usa en todo el mundo por investigadores y en diccionarios como nombre propio, para demostrar acciones como agresión o maltrato. Los datos globales de mortalidad sugieren que el suicidio ha superado la mortalidad materna como principal causa de muerte en las niñas de 15 a 19 años. ^{1,2,3}

Los adolescentes no son un grupo homogéneo; las necesidades de información y servicios de salud dependen de su edad, estado de desarrollo y otras circunstancias. Respecto a sus características, algunos adolescentes son más vulnerables que otros a los problemas sociales y de salud.

Bullying.

Definición.

En términos generales el Bullying es definido como el comportamiento agresivo con la intención de hacer daño, llevado a cabo de forma constante en un periodo de tiempo,^{2,3,4} con asimetría de poder y ejercido por uno o más estudiantes contra otro u otros es como una subcategoría de violencia y es

constituida por actos de agresión repetitivos,^{2,3} la cual tiene graves consecuencias de salud, que aparte de tener que lidiar con intensas emociones y cambios físicos, buscar aceptación entre sus compañeros, esto ocurre dentro de la comunidad en general, el Bullying es un problema de salud en el mundo, envuelve la interacción de individuos que se encuentran en el mismo contexto de desarrollo o entorno, como la escuela por un periodo largo de tiempo ^{4,5,6.} y casi un tercio de los estudiantes de Educación Secundaria y Bachillerato reportan sufrir este tipo de abusos. Cabe señalar que tanto el diagnóstico de depresión mayor en la adolescencia como la presencia de síntomas clínicamente significativos que no reúnen los criterios para este trastorno, aumentan el riesgo de episodios depresivos futuros y episodios depresivos mayores recurrentes^{7,8,9,10.}

Los investigadores han sistematizado el acoso escolar en dos formas.¹¹

- 1) Física directa (golpes, patadas, empujones, abuso sexual, amenazas, gestos, robo o daño de pertenencias).
- 2) Y agresión verbal (insultos, burlas, maldiciones).
- 3) Agresiones indirectas (aislamiento social o exclusión o difusión de rumores). Esto apenas se nota en adultos, ya que es útil y que puede generar en la adultez ansiedad y depresión. Se cree que el Bullying tiene sus raíces en lo social, cultural, económico y problemas históricos.

El Bullying puede estar asociado con la exposición a la violencia doméstica, maltrato y educación sin límites, así como falta de ejemplo dentro de la familia cuando se trata de respetar a otros, otro de los factores relacionados a sufrir Bullying es ser pequeño, edad más frecuente entre 10-14 años, sobre protección de los padres, el consumo de sustancias adictivas como alcohol y otras drogas de estudio, tipo de escuela (pública o privada), nivel socioeconómico (alto, medio o bajo), conducta violenta. El individuo puede estar involucrado en el Bullying ya sea como víctima, acosador o acosador/víctima. Las víctimas no reaccionan a la agresión, son más inseguros, temen el rechazo

y el tener pocos amigos, los que reaccionan son los considerados víctimas/agresores, generalmente tienen baja autoestima, una forma más provocativa y actitud agresiva y son menos populares que las víctimas típicas, mientras que los acosadores tienden a ser líderes de grupos populares, están insatisfechos con la escuela, son negativos y provocan a los compañeros de clase. Los adolescentes involucrados en el acoso, en la edad escolar tienen mayor riesgo de desarrollar síntomas psiquiátricos antisociales en la adolescencia, los acosadores/víctimas estaban más perturbados mostrando más síntomas de depresión.¹²

MEDICIÓN.

Las escalas de medición del *Bullying* permiten cuantificar su frecuencia, manifestaciones, características de los escolares involucrados y sus consecuencias, con lo que es posible aproximarse a las realidades que viven los estudiantes en las instituciones educativas, así poder intervenir y dar seguimiento requerido.^{13,14,15}

De los cuestionarios localizados, se revisó el contenido de ellos para encontrar los que más se adecuaban a los objetivos de nuestro estudio por medio del alfa de Cronbach entre los puntajes más altos. A continuación, se presenta un par de estudios más utilizados y modificados al idioma en castellano.^{13,14,15}

Las escalas para la medición de Bullying en español son:

Test Bull, elaborado en España para medir agresividad en estudiantes con alfa de Cronbach (0.82 a 0.83).¹⁵

Adolescent Peer Relations Instrument –Bullying (APRI), determina la agresión por Bullying y victimización entre los escolares con alfa de Cronbach (0.85 a 0.94).¹⁵

DEPRESIÓN.

Datos registrados en la Organización Mundial de la Salud. La depresión es un trastorno mental frecuente,¹⁶ que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria, en su forma más grave, puede conducir al suicidio, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratada por médicos de atención primaria de manera inicial. En cuanto a cantidad la OMS la incluye como un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo e indica que, para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados^{16,17,18} y en adolescentes se ve afectado hasta 4, 600 ²⁰, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo.

Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a generar morbilidad. Afecta más al género femenino que al masculino, en el peor de los casos puede llegar al suicidio. Y como se ha discutido anteriormente algunos adolescentes pierden su vida o más aun, desarrollan problemas de salud y conductas de riesgo que los pondrían conducir a una enfermedad o muerte prematura en la vida adulta.

El Gold estándar se toma en que el adolescente presente síntomas positivos a depresión. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

A continuación, se presenta de manera resumida dos escalas que se estudiaron y cumplen con los requisitos de este estudio y al mismo tiempo se decidió la elección del test de Beck ya que este permite evaluar con más detenimiento a la población adolescente.

Las escalas para evaluación de depresión son:

De acuerdo con los criterios del DSM V para diagnosticar la depresión se requiere que cinco o más de los síntomas han estado durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio de funcionamiento previo, 1) estado de ánimo deprimido y 2) pérdida del interés o de placer, los síntomas a incluir se describen como.¹³

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritabilidad.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, en niños considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.
4. Insomnio o hipersomnía casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días.
9. Pensamientos de muerte recurrentes

Y el inventario de depresión de Beck creado para evaluar la profundidad de la depresión, este instrumento permite evaluar severidad de síntomas depresivos en mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, con una escala de respuesta ordenadas de menor a mayor severidad (0 a 3 puntos). Su fiabilidad es tan buena como en adultos y en adolescentes con un alfa de Cronbach de 0.84 a 0.87.^{13,14-16.}

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES QUE SON VÍCTIMAS DE BULLYING.

La victimización por Bullying se define como la experiencia de comportamiento repetitivo, hacia un individuo por su pares, como ataques no provocados, rechazo y aislamiento social, humillación y ridiculización, rumores maliciosos y los insultos, que provoca angustia severa en la víctima, mientras la víctima no puede defenderse a si misma¹. El acoso contribuye a un problema de salud pública, ya que aproximadamente el 32% de los escolares informan experiencias de victimización entre pares, y posterior angustia emocional, mientras que el 10% desarrolla un comportamiento autolesivo, repercute en países de desarrollo, así como en la disgregación y disfunción familiar.^{2,3}

PREVALENCIA.

Barcelona España estudios realizados en ese país demostraron que el acoso escolar está presente hasta en un 33% de las instituciones que participaron en su estudio, así mismo se encontró que en Europa puede alcanzar un **20%**, edad detectada de 8 a 18 años, Otro de los países en donde se encontró un cifra de hasta un 10.8%. En un estudio en participación con los países Canadá, Italia, Estados Unidos entre otros encontraron que en adolescente blancos y de etnia no hispanica se observó que en mujeres y en escolaridad primaria y secundaria se encontraba hasta en un 30%. En la India se encontró que era más frecuente en mujeres con una media de edad de 13-14 años. En Cuba en el 2015 se

reporto 523 casos de intento suicida por Bullying, Brasil tiene hasta un 20% con mayor frecuencia en genero masculino con edades de 9 años hasta los 15. Se realizo un estudio en peru dentro de las instituciones reportando hasta un 24% con deseo de morir, ansiedad y depresion y dentro de las causas principales detectadas fueron el acoso escolar, Chile respecto a la Encuesta Nacional de violencia dentro de las instituciones de nivel basico y medio con un 10% de agresiones verbales frecuentes.^{18,19,20} Australia mismo fenomeno de depresion asociado a bullying que afectaba a una de cada 5 victimas.²² El departamento de educacion de estados unidos confirma que hasta el 90% de los jovenes de preparatoria visitan salud mental anualmente.²³ En China se calcula que hasta un 65%,²⁵

En México la prevalencia de Bullying en un estudio realizado por la Universidad Nacional Autonoma de México resulto de hasta un 10.8%; Según la Encuesta Nacional de Salud, el **29.8%** de los adolescentes entre 10 y 19 años que afirmaron haber sufrido algún robo, agresión o violencia durante los últimos 12 meses, señalaron que había ocurrido en la institución, presentando síntomas como depresión y/o ansiedad por lo ocurrido, sin embargo, este fenómeno era más frecuente en varones. Internacionalmente estudios se ha encontrado el fenómeno en varios estados de la república mexicana mencionando algunos, como Nuevo León y Baja California se describe que hasta un 23% de la población escolar se implica con desorden psiquiátrico, ansiedad, depresión en el peor de los casos suicidio y al mismo tiempo se relaciona con el Bullying.

Las posibles causas de la prevalencia en esta población joven están vinculadas a condiciones de riesgo genético, factores psicosociales (ej. Bullying), interacción genético-ambiental y condiciones biológicas. Se han identificado diferentes tipos de victimización por Bullying como verbal, relacional, físico o cibernético ó “cuatro tipos de Bullying”.^{5,6,7}

❖ Bullying físico.

- ❖ Bullying verbal
- ❖ Bullying relacional.
- ❖ Bullying reactivo.

Los Bullying físicos son del tipo que usa comportamientos como morder y patear son de los más comunes y este tipo de acosadores en su mayoría son varones, Los Bullying verbales son los que usan palabras para humillar a sus compañeros, estos se encuentran principalmente en mujeres, el Bullying relacional son los que convencen para excluir a sus compañeros de su grupo, el Bullying reactivo es el que se burla de otros adolescentes al pelear con ellos son igualmente conocidos, por defenderse mientras afirman que lo hicieron en defensa propia mientras que la mayoría en la que se tiene lugar es en la escuela. Ser intimidado sigue siendo a menudo erróneamente considerado como un "rito de paso normal". La intimidación por parte de los compañeros ha sido mayormente ignorado por los profesionales de la salud, pero debería ser considerado un factor de riesgo significativo y problema de salud pública, puede tomar la forma de acoso directo que incluye actos físicos, verbales de agresión como; golpear, robar, insultos o intimidación indirecta, que se caracteriza como exclusión social, difusión de rumores. ^{5,6,7,8}

Los niños pueden participar como víctimas o acosadores, y también como intimidante/víctimas, un subgrupo de víctimas que también muestran comportamiento de intimidación. Entre los estudiantes quien tiene el doble papel de perpetrador (acosador) y víctimas en algunas situaciones, se tienen mayores tasas de depresión y tienen una mayor probabilidad de que estos estudiantes sean referidos para evaluación psiquiátrica por encima de los quienes son principalmente acosadores o víctimas.

La intimidación ocurre en entornos donde las personas no pueden opinar sobre el grupo en el que quieren estar, los acosadores intentan ejercer poder en todos los niños, aquellos que tienen una reacción emocional y no tienen a nadie o

pocos que los defiendan de ellos, son objetivos repetidos de los acosadores. ¹⁸. La exposición de los adolescentes a conductas violentas dentro del domicilio ha demostrado que el niño o los testigos tienen más probabilidades de exhibir un pobre comportamiento en la escuela, síntomas de alteración emocional, depresión, estrés postraumático, abuso de drogas y alcohol y en casos extremos tendencias suicidas.

Hay varios factores adicionales que sugieren que la presencia de victimización puede explicar de manera única un riesgo elevado para la salud mental, más allá de la participación directa como el principal acosador o víctima (homosexuales, lesbianas, bisexuales, bajo nivel socioeconómico, sobreprotección de los padres, sexo (ser chico) la edad (más frecuente entre los 10 y 14 años) y el consumo de sustancias adictivas como tabaco, alcohol y otras drogas de abuso etc. ^{6,7,8}

Los estudios recientes y anteriores han encontrado que la intimidación se relaciona significativamente con la depresión, ansiedad, así como aumento en trastornos psiquiátricos; se ha constatado que el Bullying directo tiene un efecto significativo para la depresión e ideación suicida en niñas, más se ha encontrado que el Bullying directo tiene mayor riesgo de tener comportamiento delincuente que el Bullying indirecto, la intimidación entre los adolescentes representa una amenaza para los adolescentes sanos y una posible causa para desarrollar violencia. Presenciar la victimización predice un riesgo elevado de salud mental más allá de lo previsto. El experimentar Bullying sugiere un riesgo elevado para la salud mental pudiendo impactar negativamente el funcionamiento psicológico incluso en los casos en que los propios estudiantes no han sido víctimas. ⁹

JUVENIMSS.

En JuvenIMSS se promueve el investigar, explorar, descubrir, reflexionar y compartir,²⁴ con el fin de resolver las dudas de los jóvenes, pero sobre todo acompañarlos en el desarrollo de sus habilidades para la vida, con la intención de incidir en cada uno de los componentes de salud que serán abordados en forma amena, reflexiva, lúdica y vivencial, para favorecer el aprendizaje y la participación activa, este se lleva en diferentes sesiones con diferentes grupos de edad, realizando varias actividades.²⁴ La atención integral de las y los adolescentes en Unidades de Medicina Familiar y escuelas públicas de educación media superior y superior, permite avanzar en el cumplimiento de retos y objetivos del Plan “IMSS: Bienestar para toda la vida”. Con la estrategia educativa JuvenIMSS, el Instituto Mexicano del Seguro Social con el objetivo de fortalecer las acciones de promoción de la salud, que se imparte por el personal de médico y de enfermería, trabajadores sociales y promotores de salud de la misma unidad, las cuales están para ayudar, prevenir riesgos y enfermedades, fomenta la adquisición de conocimiento para cuidar la salud. Las Estrategias Educativas de Promoción de la Salud, son modelos educativos instrumentados por PrevenIMSS, unifica el conocimiento entre jóvenes adolescentes por medio de temas, prevención de adicciones, violencia, prevención de accidente, salud sexual, bucal, temas relacionados con el cáncer entorno favorable de salud, convivencia con los animales, entre otros temas, estas mismas estrategia que promueve el IMSS se encargan al mismo tiempo de checar a esta población, la cual es en la misma sesión donde se abordan los temas ya mencionados.²⁴ Se dan por medio de talleres con dinámicas para cada grupo de edad, organizados y desarrollados por el personal de Trabajo Social y Promotores de salud, en Unidades de Medicina Familiar, guarderías, escuelas y empresas, con el apoyo de material didáctico especialmente diseñado con la finalidad de promover conocimiento en los adolescentes también un estilo de vida diferente y saludable. ²⁴

4. JUSTIFICACIÓN:

El aumento de bullying en México según la Organización no gubernamental Internacional Bullying sin Fronteras y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, de abril 2017 a abril 2018 se reporta un aumento en donde 7 de cada 10 niños sufren este acoso. A nivel internacional se reporta 1 de cada 5 quien presenta o sufre Bullying anualmente, lo cual consistentemente representa un problema de salud. Así como de 10 al 20% de manera global son víctimas de Bullying.

Académicamente este estudio demuestra que, en nuestro país es un factor importante para la detección de enfermedades mentales tales como la depresión ocasionada por acoso escolar en nuestros adolescentes.

De tal manera, se ha observado en familiares y amigos el aumento en los adolescentes y la trascendencia que genera en los síntomas desde depresión y algunos otros, es importante mencionar que, al ver este fenómeno, se hace hincapié que este no es diagnosticado en nuestro medio, pues los adolescentes no toman en cuenta que existe la probabilidad de estar enfermo y no poder ser detectado por los padres ya que no lo denuncian como problema de salud y lo ven como parte de vivencia social.

La experiencia de sufrir Bullying representa serias dificultades psicosociales física y académicas en quien lo sufre las cuales pueden persistir hasta la edad adulta y contribuir a un pobre desarrollo individual.

Otro de los motivos para el estudio es la perspectiva social que tienen los padres, amigos, ante este acoso que observan con sus hijos y la visión que tienen los adolescentes en este fenómeno, ya que como antes mencionado no es un tema que se pueda tomar en cuenta, que los escolares adolescentes no denuncian este tipo de fenómeno.

Medicamento las consecuencias en cuanto a la depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes en situación escolar, así como

contribuye el fenómeno, y es un riesgo para el desarrollo de síntomas psiquiátricos, uso de sustancias psicoactivas, alcohol, ideas suicidas y/o actos, ya que el mayor rango de tasa de suicidios se presenta en la adolescencia. Representa un serio problema pues no existen herramientas rutinarias para su búsqueda por los proveedores de salud.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del estudio de depresión ocasionado por Bullying el problema, es de gran relevancia mencionar que algunas de las características ya mencionadas en las víctimas es sexo, edad, problemas en la dinámica familiar y entre otros el consumo de sustancias, las cuales nos permiten poder encontrar sobre todo algunos de los factores para ser víctima de acoso escolar o Bullying. Siendo que en México y en otros estados de nuestra nación es de impacto conocer la prevalencia de los casos ocasionados por este fenómeno ya que no es sospechado, diagnosticado y por lo tanto no es tratado de manera oportuna para poder sobre delimitar los estados mentales en nuestros adolescentes escolares, ya que el resultado de este problema puede ser desde la depresión de manera leve hasta el suicidio. El Bullying en México se ha reportado en diversas publicaciones en alta prevalencia que puede llegar hasta un 40% en nuestro país y de hasta un 65% en otros artículos, el grupo escolar más afectado son los adolescentes. La depresión es un estado psicológico de gran relevancia por la prevalencia pues se considera que alcanza hasta un 30% de los adolescentes.

Razón por la que formulo la pregunta de investigación.

¿Cuál será la prevalencia de depresión en los adolescentes escolares y su relación con el Bullying en el programa juvenimss de la Unidad de Medicina Familiar número 15 en el año en curso?

6. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION.

Determinar cuál es la prevalencia que existe de la depresión en adolescentes escolares y la relación con el bullying en el programa juvenimss de la UMF #15.

6.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Detectar cuantos adolescentes con Bullying tienen depresión en la UMF número 15.
- Identificar la relación que existe entre el acoso escolar y las afecciones por Bullying en el adolescente
- Investigar la distribución por estrato socioeconómico en adolescentes escolares con Bullying en la UMF número 15.
- Encontrar la distribución entre sexo femenino y masculino en cuanto a la presencia de depresión por Bullying en el programa juvenimss de UMF número 15.
- Conocer la presencia de depresión en adolescentes escolares con Bullying en la UMF número 15.
- Identificar si el grado escolar tendrá relación con la depresión por Bullying en la UMF número 15
- Ver si existe relación en la sociodemográfica de los adolescentes escolares que tienen depresión por Bullying.

7. HIPOTESIS.

7.1 HIPOTESIS ALTERNA

El adolescente que sufre Bullying tiene el 30% de riesgo de presentar depresión en la UMF 15 del programa Juvenimss.

7.2 HIPOTESIS NULA

La presencia de sufrir Bullying en los adolescentes no contribuye a desarrollar depresión.

8. MATERIAL Y METODOS.

8.1 DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité local de investigación y las autoridades correspondientes de la unidad de medicina familiar, se procedió a aplicar los cuestionarios a los derechohabientes adolescentes que pertenecen al grupo de esta unidad Juvenimss.

8.2 CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO:

Se realizo un estudio observacional de tipo transversal, descriptivo con modelo cualitativo, analítico en población adolescente derechohabiente que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 15 del programa Juvenimss del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en Calzada Ermita Iztapalapa No.411 en la Colonia Prado Churubusco en la Ciudad de México, con un periodo de tiempo de Octubre 2020 a Septiembre 2021.

El estudio es observacional, este tipo de estudio permite definir si la medición será única (transversal) o a lo largo de un periodo de tiempo (longitudinal) considera si se trata de hechos pasados (retrospectivo) o a través del tiempo (prospectivos), en el estudio descriptivo el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, describe la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud en una población; el modelo cualitativo el investigador interactúa con los participantes y con los datos, busca respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana y el analítico se caracterizan porque pretenden “descubrir” una hipotética relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto.

8.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Adolescentes inscritos al programa JUVENIMSS
- Adolescentes que se encuentren en una edad de 10 a 19 años (edad para pertenecer al programa JUVENIMSS).

8.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Adolescentes que hayan recibido atención psicológica o psiquiátrica en los últimos seis meses.
- Adolescentes que consuman drogas o bebidas alcohólicas.
- Adolescentes que tengan alguna enfermedad mental preexistente.

8.2.3. CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Adolescentes que durante la aplicación del instrumento se ausenten.
- Adolescentes que no contesten por completo el instrumento de medición.

9. VARIABLES DE ESTUDIO:

- 1) Depresión
- 2) Bullying
- 3) Edad
- 4) Genero
- 5) Nivel socioeconómico
- 6) Grado escolar

9.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE/ CATEGORIA	TIPO	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CLASIFICACION	UNIDAD DE MEDICION
EDAD	INDEPENDIENTE	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.	Se medirá en años obtenido de instrumento de evaluación a contestar	Cuantitativo Discreto	Años cumplidos	Años
GENERO	INDEPENDIENTE	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo	Masculino Femenino Obtenido del instrumento de evaluación a contestar	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino	1 Mujer 2 Hombre
NIVEL SOCIOECONOMICO	INDEPENDIENTE	Es la jerarquía que tiene una persona o un grupo con respecto a otro o al resto.	Se medirá con la <u>clasificación de Graffar</u> Describe 5 niveles Estrato alto Medio alto Medio bajo	Cualitativa Ordinal	Estrato alto Medio alto Medio bajo Obrero Marginal	1 Estrato alto 2 Medio alto 3 Medio bajo 4 Obrero 5 Marginal

			Obrero Marginal			
BULLYING	DEPENDIENTE	Toda intimidación o agresión física, psicológica o sexual contra una persona en edad escolar (niño o adolescente), de forma reiterada la cual causa daño, temor y/o tristeza. Determinada por herramienta escala de APRI	Determinada por herramienta escala de APRI PUNTUACION Nulo= 0 1-25=moderado más de 25=severo	Cualitativa Nominal	Presente Ausente	1 Presente 2 Ausente
DEPRESION	DEPENDIENTE	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de	Determinada por escala de Beck PUNTUACION 0-13 Normal 14-19 depresión leve 20-28 depresión moderada 29-63 depresión grave	Cualitativa Nominal	Presente Ausente	1 Ausente 2 Presente

		cansancio y falta de concentración				
GRADO ESCOLAR	INDEPENDIENTE	Grupo en que los estudiantes cursan	Se medirá en Primaria, Secundaria y preparatoria obtenido en los instrumentos a llenar	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria	1 Primaria 2 Secundaria 3 Preparatoria

10. Descripción general del estudio.

Aprobado el proyecto de investigación por el comité local de investigación y las autoridades que correspondan, se acudió con los adolescentes que estén en el programa JuvenIMSS de la UMF número 15 de IMSS.

Procedimientos.

- Una vez que acuda con los adolescentes y estos cumplan con los criterios del estudio para participar en el protocolo, el encuestador se presentara y se identificará, se debe corroborar que los adolescentes estén inscritos en el programa, se explicará con entendimiento el estudio que se realizará, el debido llenado de la encuesta y se invitará a participar, aceptando el participante se instruirá sobre el llenado y la firma adecuada del formato del consentimiento informado.
- Se identifico a los padres de los adolescentes, se les explico a los padres ofreciéndoles información acerca del estudio, así mismo se les invito al correcto llenado del consentimiento y asentimiento informado.
- Se aplico el instrumento “El Inventario de Depresión de Beck (BDI)” se creó para evaluar la profundidad de la depresión. La escala es ampliamente utilizado, y sus propiedades psicométricas en términos de la fiabilidad y la validez son buenas tanto en adultos como en muestras de adolescentes, arrojando resultados leve, moderado o severo según corresponda, su fiabilidad es tan buena como en adultos y en adolescentes con un alfa de Crombach de 0.84 a 0.87, y para determinar la agresión por Bullying y victimización entre los escolares se utilizara el instrumento Adolescent Peer Relations Instrument –Bullying (APRI) que tiene un alfa de Crombach (0.85 a 0.94).
- En cada reunión con los adolescentes en el programa se aplico el instrumento, el cual se tuvo que llenar de manera individual, con confidencialidad de sus respuestas.

- Una vez llenada la encuesta se analizaron los datos, para evaluar y conocer la existencia entre la depresión relacionada por Bullying de los adolescentes inscritos al programa JuvenIMSS de la Unidad de Medicina familiar núm. 15, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Este trabajo se presentó al SIRELSIS, para la aceptación, por parte del Comité local de Investigación en Salud.
- Se tomo en cuenta las Variables dependientes depresión, Bullying y las variables independientes edad género y nivel socioeconómico.
- Se vació la información obtenida.
- Se analizo resultados obtenidos en el programa SPSS v. 23.

11. ASPECTOS ESTADISTICOS.

Muestreo.

No probabilístico, por conveniencia.

Tamaño de muestra.

Para el cálculo de tamaño de muestra y el universo es finito, es decir contable y la variable de tipo categórica, primero se debe conocer "N" o sea el número total de casos esperados o que ha habido en años anteriores. Este se estableció con el cálculo de muestra para poblaciones finitas y se obtiene con la siguiente formula.

$$n = \frac{Z_a^2 p * q * N}{e^2 * (N-1) + Z_a^2 * p * q}$$

Z= Nivel de confianza = 1.96.

p= % de la población que tiene el atributo deseado = 0.65

q= % de la población que no tiene el atributo deseado = 0.35

N= Tamaño del Universo = 11224

e= Error de estimación máximo aceptado= 5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.65 * 0.35 * 11,224}{0.05^2 * (11,224 - 1) + 1.96^2 * 0.65 * 0.35}$$

$$n = \frac{10779.5296}{0.05^2 * (11,223) + 1.96^2 * 0.65 * 0.35}$$

$$n = \frac{9,809.371936}{28.931464}$$

$$n = 339.05549$$

Tamaño de la muestra de: 339

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizo el análisis estadístico en una base de datos con variables dependientes e independientes en Excel; este mismo se realizó en el programa SPSS.

Para analizar las variables cualitativas nominales dicotómicas, se realizó análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes además de la prueba de Xi cuadrada o Prueba exacta de Fisher según aplique.

Para las variables cuantitativas se realizó medias y Desviación standard si se realiza asociación se utilizará la prueba t de Student para las variables con distribución normal y U de Mann Withney para las variables con distribución anormal.

SESGOS CONTEMPLADO.

Dentro de este estudio se esperó un sesgo de no respuesta (de autoselección o de efecto del voluntario), que se produce cuando el grado de motivación de un sujeto que participa voluntariamente en una investigación puede variar sensiblemente en relación con otros sujetos; ya sea por sobre o infra reporte, mismo que está contemplo y controlo a eliminación mencionado como criterio de eliminación.

12. CONSIDERACIONES ETICAS.

Este estudio de investigación se realizó basado en los enunciados de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre principios

Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente».

Asamblea general de la declaración de Helsinki, 19 de octubre de 2013, en fortaleza Brasil se agrega los principios que inciden en una mayor protección de los participantes en una investigación; así como la exigencia de la compensación y tratamiento de los daños relacionados con la investigación, otra exigencia es la de enviar los resultados y el informe al final de estudio, así mismo facilitar el seguimiento para realización de la investigación a los comités de Ética. Siendo una propuesta para principios éticos que sirven para orientar a los médicos y demás colaboradores para realizar investigaciones médicas en seres humanos, este mismo refiere a que el deber medico es promover y velar por la salud de las personas. En este estudio con el principio básico de la declaración será realizada únicamente por personal calificado por medio de la supervisión de facultativos clínicamente competitivos, este mismo la responsabilidad caerá siempre en el facultativo medicamento calificado y nunca en personas que participen en la investigación. En este estudio se respetará siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad, se adoptarán

las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir el mínimo impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad. En este estudio los participantes serán informados de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear.

En este estudio se cuidara la confidencialidad y el anonimato de los participantes y de todos los datos recabados en la investigación, se hará la aclaración de los principios internacionales de bioética, se respetara el principio de autonomía, permitiendo a los participantes ejercer su libre elección y participación en este proyecto de investigación, establecer y anteponer las normativas y su utilidad, contemplando los derechos de privacidad y confidencialidad, respetar y apegarse al principio de no maleficiencia y beneficencia dejando por establecido la finalidad de este proyecto así mismo reforzar las condiciones de calidad de vida de la población en el estudio, no interfiriendo o afectando el estado de salud de nuestros pacientes a participar.

En este estudio también se considera el reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud del 6 de enero de 1987, titulo primero (Disposiciones generales).

Artículo 3ro, sección II: al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; sección III, a la prevención y control de los problemas de salud. (de los aspectos éticos de la investigación de los seres humanos).

Artículo 13°. Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio se deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y su protección de derechos y bienestar.

Artículo 14°. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme: Apartado V, contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, apartado VI será

realizado por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución en la atención de la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Artículo 16°. Las investigaciones en los seres humanos se protegerá la privacidad de los que serán puesto en estudio, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 17o: se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías, sección II Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Artículo 18°. En el cual se suspenderá el estudio cuando así lo indique el individuo.

Artículo 20°. Se entiende por consentimiento informado, mediante el sujeto de investigación o, en su caso el representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, y este pueda comprenderla. Sección I. justificación y objetivos de investigación; II. procedimientos uso y propósito, incluye la identificación de los procedimientos; VIII. La seguridad de no identificación al sujeto, se mantendrá la confidencialidad relacionada con su privacidad.

Artículo 22°. El consentimiento informado se formulará por escrito deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo con la norma técnica que emita la Secretaría; II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud; III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación; IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

En este estudio se aplicará un consentimiento informado tal como se explica en los artículos 20, 21 y 22 del mismo Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Se cumplirá con lo escrito por la Ley General de Salud en el artículo 98o, en el cual se estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las directrices del artículo 100, con base en materia de seguridad. El investigador se apegará a la sección 12: recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud; así como se guiará con apego a la sección 9: personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado. Ambas de acuerdo con las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas fue establecido conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas en 1949 como una organización internacional, no gubernamental y sin fines de lucro, que en la actualidad incluye 45 organizaciones internacionales, nacionales y organizaciones asociadas, que representan muchas de las disciplinas

biomédicas, academias nacionales de ciencias y consejos de investigación médica.

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.

Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

Como Beneficencia se maximizará el beneficio y minimizará el daño, se establecerá que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación así mismo no se causara daño deliberado a las personas de estudio.

Respecto a la justicia se tratará a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido, se protegerá intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Se hará especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

Se asegurará que todas las preocupaciones éticas que surjan de un protocolo se encuentren satisfactoriamente resueltas, tanto a nivel de principios como a nivel de práctica.

En toda investigación realizada en seres humanos, el investigador deberá obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto o, en el caso

de un individuo incapaz de dar su consentimiento informado, la autorización de un representante legalmente calificado de acuerdo con el ordenamiento jurídico aplicable, nunca se iniciara una investigación en seres humanos sin la obtención del consentimiento informado de cada sujeto, a menos que se haya recibido aprobación explícita de un comité de evaluación ética, se invitara al individuo a participar en la investigación, las razones para considerarlo apropiado para ella y que la participación es voluntaria, el individuo en estudio será libre de negarse a participar y de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanción o pérdida de los beneficios a que tendría derecho, sabrá cuál es el propósito de la investigación, los procedimientos que realizarán el investigador y el sujeto, y una explicación, sobre cómo la investigación difiere de la atención médica de rutina, el individuo sabrá cuál es la duración esperada de la participación del individuo (incluyendo número y duración de visitas al centro de investigación y el tiempo total involucrado) y la posibilidad de terminar antes el ensayo o la participación del individuo en éste, después de completar el estudio se informará a los sujetos de los hallazgos de la investigación en general, y a los sujetos individuales de cualquier descubrimiento relacionado con su estado particular de salud, que los sujetos tendrán derecho a acceder a sus datos si lo solicitan, incluso si estos datos carecen de utilidad clínica inmediata (a menos que el comité de evaluación ética haya aprobado no revelar datos temporal o permanentemente, en cuyo caso el sujeto debiera ser informado de las razones, así mismo sabrá de cualquier incomodidad, dolor, riesgo o inconveniente previsibles para el individuo (u otros), asociado con su participación en la investigación, incluyendo riesgos para la salud o bienestar, se informara beneficios se espera de la investigación para la comunidad o sociedad en general, o su contribución al conocimiento científico.

Se solicitará el consentimiento sólo después de comprobar que el potencial sujeto tiene adecuada comprensión de los hechos relevantes y las

consecuencias de su participación, y ha tenido suficiente oportunidad de considerarla

También qué medidas se tomarán para asegurar el respeto a la privacidad de los sujetos y a la confidencialidad de los registros en los que se identifica a los sujetos.

Los investigadores se abstendrán de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación hacia el sujeto de estudio.

El investigador deberá garantizar que los beneficios potenciales y los riesgos estén razonablemente balanceados y que los riesgos hayan sido minimizados.

Se justificará por la expectativa de que serán, al menos, tan ventajosas para él como cualquier otra alternativa disponible las intervenciones o procedimientos que incluyan la posibilidad de beneficio diagnóstico, terapéutico o preventivo directo para el sujeto individual, a la luz de los riesgos y beneficios previstos.

Se garantizará que: la investigación no podría ser igualmente bien realizada con adulto, el propósito de la investigación será obtener conocimiento relevante sobre las necesidades de salud de los niños, el padre, madre o representante legal de cada niño habrá autorizado su participación, el (asentimiento) de cada niño se ha obtenido teniendo en cuenta sus capacidades, y la negativa de un niño a participar o continuar en la investigación será respetada.

Se menciona y garantizará que propósito de la investigación será obtener un conocimiento relevante para las necesidades particulares de salud de personas con trastornos mentales o conductuales de los participantes.

El informe **Belmont** principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento se refiere:

Respeto: Respeto hacia los adolescentes, todos los adolescentes serán tratados como agentes autónomos y los adolescentes, que tengan autonomía disminuida tendrán derecho a estar protegidos.

No se le negará a ningún adolescente la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados, o privarle de la información que se requiere para formar un juicio meditado, cuando no hay razones que me obliguen a obrar de este modo.

Beneficencia: Se tratará a los adolescentes participantes de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar, no se causará ningún daño así mismo se maximizará los beneficios posibles y se disminuirá los posibles daños a los adolescentes.

Justicia: Los iguales serán tratados con igualdad, ya que no se discriminará por edad, necesidad, competencia, mérito y posición todos los adolescentes serán tratados de la misma, se distribuirá conforme a este dictado como, a cada persona adolescente una parte igual, a cada persona adolescente según su necesidad individual, a cada adolescente según su propio esfuerzo, a cada adolescente según su contribución a la sociedad, y a cada adolescente según su mérito.

Dentro del consentimiento informada que se dará a la población adolescente se guiará por medio de, información se explicará con detalle al participante de que se trata su participación, comprensión se dará oportunidad de pensar el querer estar o no dentro del protocolo y se respetará que sea por voluntariedad.

Se ofrecerá la mayor información posible acerca del protocolo en estudio se resolverán dudas a los adolescentes con el fin de que el adolescente y su representante legal tengan la información suficiente se explicará el procedimiento de la investigación, sus fines, riesgos y beneficios que se

esperan, los procedimientos alternativos (cuando el estudio está relacionado con la terapia), y se ofrecerá al adolescente la oportunidad de preguntar y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento de la misma, así mismo la valoración les ayudará a decidir si van a participar o no en el proyecto de estudio, se informara con puntualidad sobre los riesgos o beneficios que tenga el protocolo de estudio para los adolescentes sin afectar al propio individuo, a la familia o a la sociedad, en este protocolo los riesgos de los adolescentes serán superados por los beneficios que se prevén para el adolescente, se realizara la imparcialidad al seleccionar a los participantes.

EXPERIENCIA DE GRUPO: Realizar este trabajo de tesis en conjunto con los colaboradores ha sido para mí una de los retos más importantes y vitales más arduas a las que me he visto enfrentada. Dentro de los obstáculos y limitantes en los que se me ha visto al desarrollar este trabajo ha sido la pandemia, se me ha visto desregulado al no poder tener a todos los adolescentes en la misma sesión ya que no se puede generar hacinamiento entre grupos y por lo tanto no poder realizar con detenimiento este protocolo, el tiempo limitado entre tareas y cursos los cuales impiden estar en un 100 por ciento en la redacción de este mismo trabajo. Pero también han sido muchas oportunidades y ayuda que he recibido de mis colaboradores. Se que esta tesis fue realizada gracias a todos los apoyos.

13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

13.1 RECURSOS HUMANOS

1. Investigador principal: Abigail Espinosa Hernández, Médico residente de Medicina Familiar de segundo año, adscrita a la Unidad de Medicina Familiar Núm. 15 del IMSS.
2. Asesor: Dr. Pablo Roberto Castro Guadalupe. Médico Especialista en Medicina Familiar y Luis Alejandro Romero Peña profesor en centro de investigación educativa y formación docente.

13.2 RECURSOS FINANCIEROS: Este trabajo requirió de una inversión mínima, la cual fue cubierta por el médico residente.

13.3 RECURSOS MATERIALES: Computadora, papelería, lápices, cuestionarios impresos, Microsoft y Software.

13.4 FACTIBILIDAD:

La unidad de Medicina Familiar núm. 15 cuenta con una gran población de adolescentes, en este estudio se trabajó con adolescentes que se encuentran inscritos en el programa JuvenIMSS, quienes fueron informados de manera totalmente profesional y correcta acerca de la investigación, mencionando beneficios y objetivos para el término del proyecto, la factibilidad del estudio se llevó a cabo ya que se cuenta con todos los recursos necesarios.

13.5 TRASCENDENCIA.

La información que fue recolectada fue analizada para conocer la prevalencia de depresión y su relación con el Bullying en los adolescentes escolares inscritos a esta unidad en el programa JuvenIMSS de la Unidad familiar Num.15 en el caso de que fuera significativamente positivo a los resultados, este estudio nos servirá así para fomentar talleres y prácticas de contenido informativo a nuestros adolescentes, así mismo se propondrá, en conjunto con el equipo médico, realizar talleres y pláticas en las escuelas y en la UMF 15, para la prevención del Bullying, con el fin de disminuir la tasa de depresión ocasionada por Bullying en nuestra sociedad adolescente.

14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Acceso; ya que por motivo de pandemia se dificultó mucho el tener juntos a más de 20 personas por sesión y así poder tener los cuestionarios en tiempo y forma.

De efecto longitudinal debido al tiempo limitado que se obtiene por entrega del trabajo a tiempo así poder medir el cambio o estabilidad del proyecto, también la fecha de vencimiento del proyecto nos llevó a esta limitación.

Culturales esto debido a que al ser pacientes menores de edad no se me permitía la toma del cuestionario pues la edad es muy importante para los padres de familia

15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Los beneficios que se esperan alcanzar es promover la salud mental d ellos pacientes adolescentes ya que es la edad en la cual se le toma menos en cuenta por los problemas sociales o por los cambios propios de la adolescencia que a su vez son esperados como la rebeldía etc. la falta de atención a su salud individual.

Disminución del impacto de la prevalencia de Bullying en los adolescentes escolares, así misma disminución en la atención tardía de enfermedades mentales como la depresión de los pacientes adolescentes escolares y disminución en los costos que se genera al Instituto Mexicano de Seguro Social por prevenir en primer nivel de atención.

Fortalecimiento institucional y creación de planes para el equipo de salud en materia de prevención de Bullying en el programa Juvenimss en la unidad de medicina familiar número 15.

El uso de los resultados de esta investigación servirá para generar programas o planes que se llevaran a cabo para la atención de la salud mental en materia de prevención de depresión por Bullying en los adolescentes de la UMF15.

16. RESULTADOS.

Se incluyo un total de 339 pacientes adolescentes pertenecientes al grupo juvenimss en el análisis final. De los cuales se distribuyeron por genero hombres 161 (47.5%) y mujeres 178 (52.5). El promedio de edad con una media de 13.35 en un (rango de 10 a 18 años), como se observa en el cuadro I.

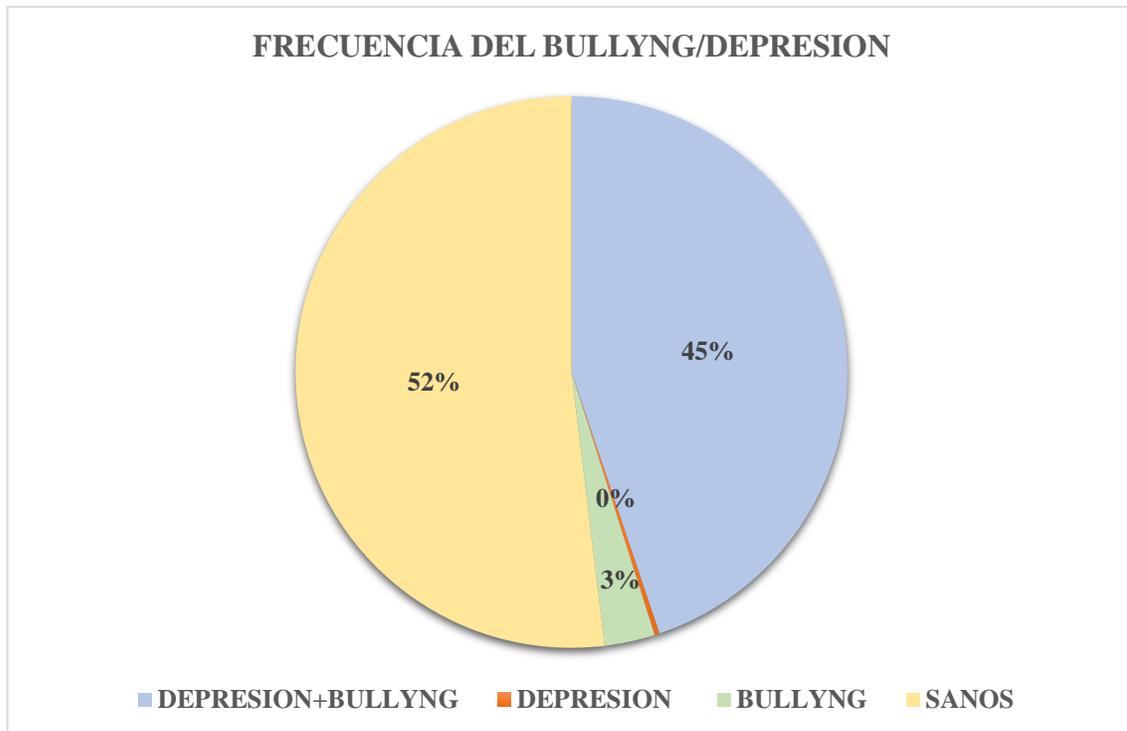
<i>Valido</i>	339
<i>Perdidos</i>	1
<i>Media</i>	13.35 +- 1.921
<i>Moda</i>	14
<i>Varianza</i>	3.689
<i>Rango</i>	8

Tabla 1 Estadística descriptiva de variable cuantitativa edad, periodo Julio a septiembre

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	10	20	5.9
	11	59	17.4
	12	47	13.9
	13	15	4.4
	14	113	33.3
	15	54	15.9
	16	9	2.7
	17	15	4.4
	18	7	2.1
	Total	339	100.0

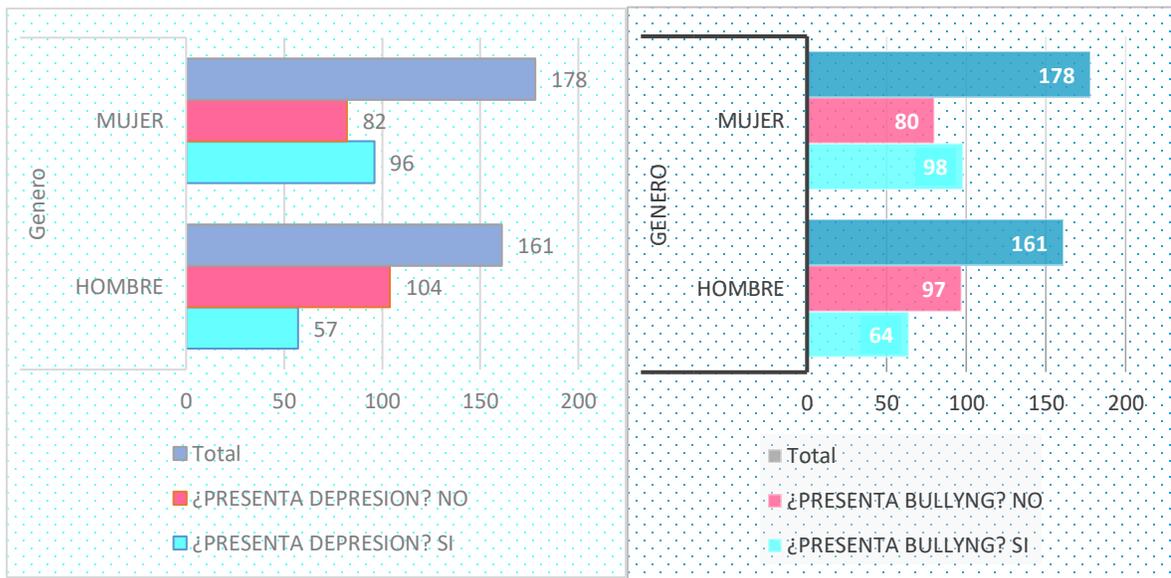
Tabla 2 Distribución de frecuencias por edad en el programa juvenimss, periodo julio a septiembre

Se identificaron 4 tipos de pacientes; aquellos que presentaron Bullying 10, aquellos que tuvieron depresión 1, aquellos que tuvieron Bullying y depresión 152 y los sanos 176.



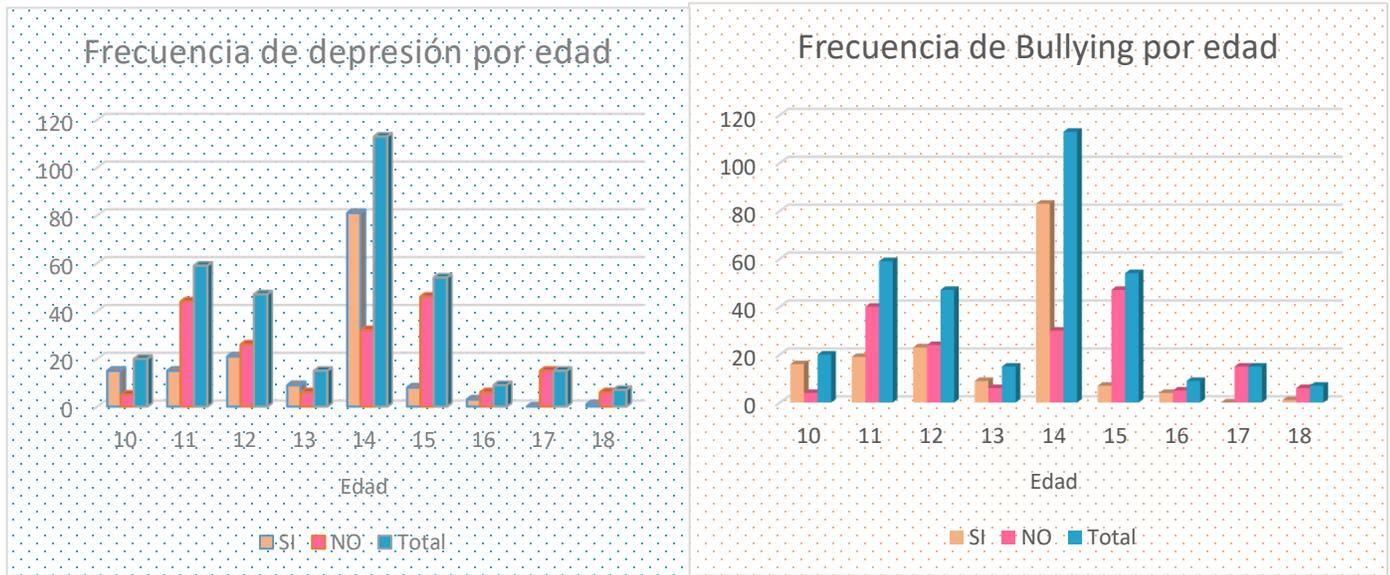
Grafica 1. Distribución de frecuencia de Bullyng en el programa JuvenIMSS. Periodo de Julio a septiembre del 2021.

En el periodo comprendido del estudio, se detectaron, 152 pacientes con bullying, de los cuales tuvieron también prueba positiva de depresión fueron 152 (45%) de la muestra. Y solo una paciente con depresión sin bullying; y quienes no tuvieron depresión y bullying fue 10 (3%). Como se muestra en la gráfica 1.



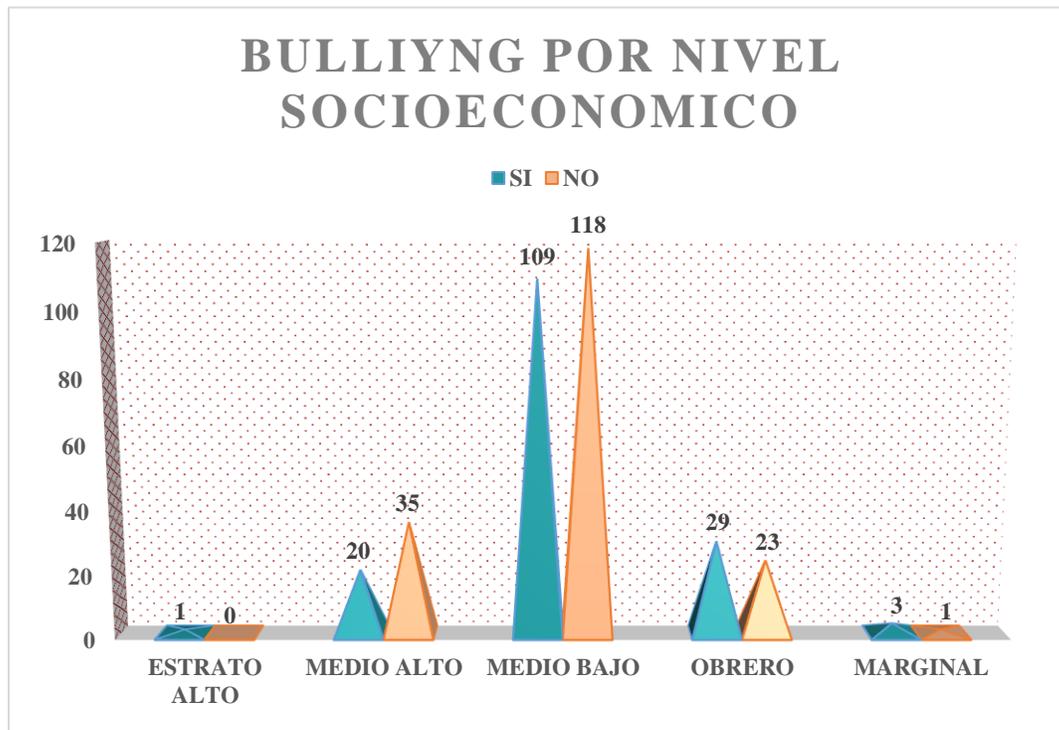
Grafica 2. Distribución de frecuencia de Bullyng y Depresión en el programa JuvenIMSS. Periodo de Julio a septiembre del 2021.

Del total de pacientes tanto hombres como mujeres se observó que 96 mujeres presentaban depresión, sin embargo, de las 96 pacientes adolescentes 98 se relacionaba con el bullying, y de los pacientes masculinos que presentaban depresión 57, 64 se relacionaba directamente con el bullying como se muestra en la gráfica 2.



Grafica 3. Distribución de frecuencia de Bullying y Depresión por edad en el programa JuvenIMSS. Periodo de Julio a septiembre del 2021.

Del total de pacientes tanto hombres como mujeres se observó que los adolescentes quienes más presentaban, relación en cuanto a edad eran los que tenían 14 años, con un total de 113 para bullying y 113 de depresión, como se muestra en la gráfica 3.



Grafica 4. Prevalencia por estrato socioeconómico en los adolescentes del programa Juvenimss de la UMF 15

Durante el periodo de estudio del total de pacientes incluidos se identificaron 67% (227) con estrato socioeconómico medio bajo, el 18% (52) obrero, el 12% (55) medio alto, 2% (4) marginal y 1% (1) estrato alto. Observando mayor predominio de la presencia de Bullying en los estratos obrero y marginal, llegando a este resultado en base al porcentaje de positivos con Bullying por el estrato específico, como se muestra en la gráfica 2.

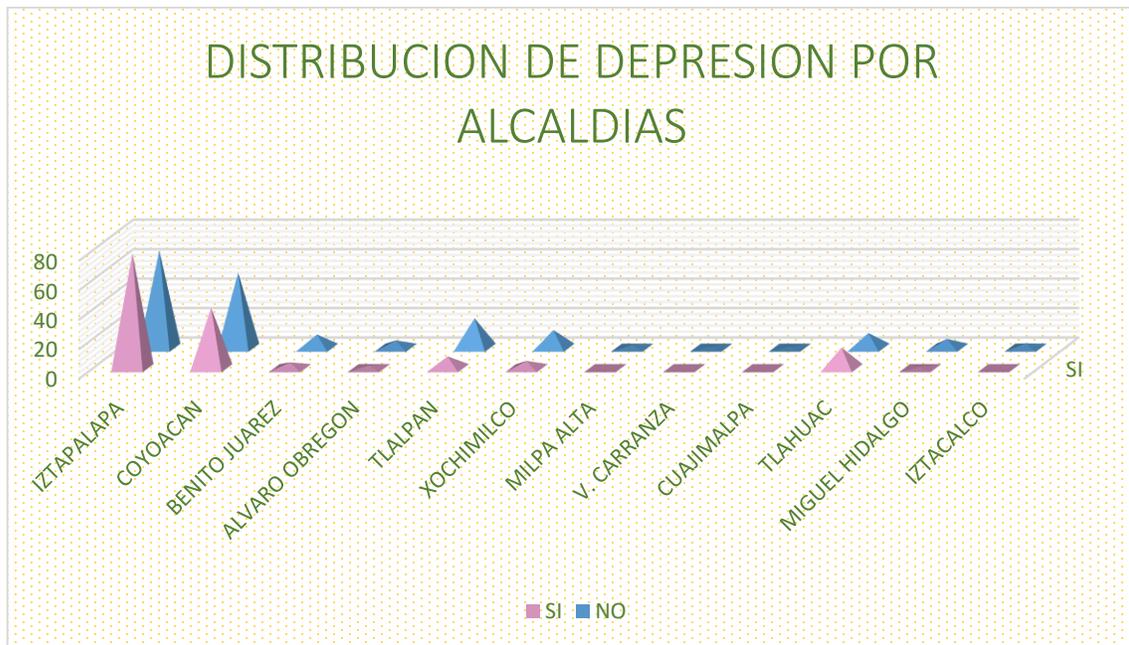
<i>V</i>	<i>Hombre N</i> <i>(161)</i>	<i>Mujer (N</i> <i>178)</i>	<i>p*</i>	<i>p**</i>
<i>Edad n+-DE</i>	4.26+- 1.983	4.43+- 1.865		.043
<i>Nivel socioeconómico</i>	2.99+- .548	3.03+- .667	.024	
<i>Grado escolar</i>	2.01+- .720	2.02+- .751		.008

Tabla 3 * t Student **R de Pearson

Al comparar las edades con genero encontramos que las edades de presentación se dan más en el rango de los 14 años lo que es significativo.

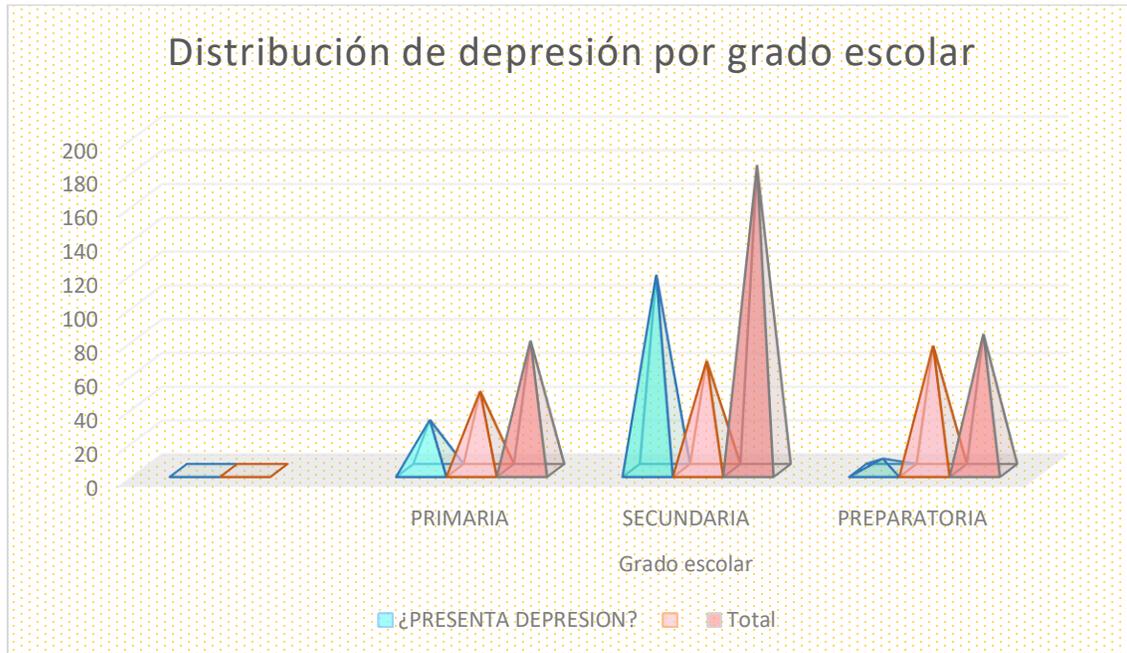
Al comparar el nivel socioeconómico con el género encontramos que se presenta más en el en el nivel socioeconómico medio bajo por lo que es significativo.

Al comparar el grado escolar con el género encontramos que se presenta más en el género femenino por lo que es significativo. Como se muestra en la tabla 4.



Grafica 5: distribución demográfica escolar y la presencia de Bullying

Se calculo la prueba de chi cuadrada, a fin de analizar la asociación entre la presencia de Bullying y la ubicación de las escuelas por alcaldías en la ciudad de México, obteniendo χ^2 de 25.885, con p de 0.007 obteniendo resultado significativo con un porcentaje mayor en la alcaldía de Iztapalapa (82), como se observa en la Grafica 5.



Grafica 6. Prevalencia por estrato grado escolar en los adolescentes del programa Juvenimss de la UMF 15

Se encontró del total de la muestra (n=339), que el 8.8% (30) tuvieron depresión en grado escolar primaria, 34.21% (116) en secundaria, 2%(7) en preparatoria, Se calculo la prueba de chi cuadrada, a fin de analizar la asociación entre la presencia de depresión por grado escolar obteniendo χ^2 de 71.004, con p^* de 0.000 obteniendo resultado significativo con un porcentaje mayor en secundaria como se observa en la gráfica 6.

ANALISIS INFERENCIAL

BULLYING			
Factor de riesgo	OR	IC 95%	p*
M/H	1.856	1.205 a 2.86	0.000
NSMB	1.616	0.880 a 2.969	0.000
NSMA	0.618	0.336 a 1.136	0.000
NSOB	0.420	0.041 a 4.312	0.194
NSMR	2.379	0.231 a 24.413	0.013
DEPRESION			
Factor de riesgo	OR	IC 95%	p*
M/H	2.132	1.379 a 3.307	0.000
NSMB	1.453	0.791 a 2.670	0.001
NSMA	0.687	0.374 a 1.264	0.000
NSOB	0.333	0.032 a 3.417	0.121
NSMR	3.000	-0.218 a 0.492	0.008

Tabla 3: *X²

distribución en genero de adolescentes y distribución por estrato socioeconómico que presentan Bullying y depresión en el programa Juvenimss de la UMF 15. M (mujer) H (hombre) NSMB (nivel socioeconómico bajo) NSMA (nivel socioeconómico alto) NSOB (nivel socioeconómico obrero) NSMR (nivel socioeconómico marginal).

De acuerdo con los datos obtenemos que en género femenino se presentó con mayor riesgo de depresión por Bullying, y el género masculino se puede determinar como un factor protector para tener menor riesgo de depresión por Bullying, así mismo al determinar el factor de riesgo como nivel socioeconómico bajo presenta mayor riesgo de presentar depresión por Bullying y al contrario tener un nivel socioeconómico alto un factor protector para disminuir el riesgo de presentar depresión por Bullying, de estos mismos solo el 35.4% (57) de

hombres estaban deprimidos y el 53.9% de mujeres estaba deprimida, como se observa en la tabla 3.

17. **DISCUSIÓN.**

La prevalencia de depresión en adolescentes escolares y su relación con el bullying en el programa juvenimss de la umf número 15 es variable en cuanto a los reportes de diversos estudios los cuales se atribuye a los diferentes tipos de población utilizada y las características de las mismas; ya que en la gran mayoría de estos estudios se han asociado a los escolares de zonas urbanas, hablando de los estudios mostrados en España, Estados Unidos y finalmente en Latinoamérica. En nuestro estudio se reportó una aparición de 45% en la población adolescente de nuestra unidad del grupo Juvenimss; en contraste en un estudio de corte transversal realizado por Raúl Sandoval y col. En el 2018 el cual incluyó una muestra de 289 escolares de colegios secundarios en Perú, con algún tipo de depresión por Bullying, de los cuales hasta un 63% de presentar depresión hasta ideación suicida a los reportados en nuestro estudio siendo que el género femenino con un 55% que sufrieron Bullying el 54% estaba deprimida y el género masculino de un 39.7 que presentó Bullying un 35.4 presentaba depresión.

Así mismo un estudio realizado por Xavier García y col. Factores relacionados con el acoso escolar en Barcelona como mayor causa de depresión se reportó con más frecuencia en el género femenino hasta con un 14.4% de este factor, y en un 18.2 en género masculino, en nuestro estudio reportándose con un 54 y 35.4 respectivamente en género con una edad media reportada de 15 años casi la misma edad de nuestro estudio, así como en muchas otras series de estudios en los cuales se establecen un punto de cohorte de las edades presentadas, encontrando relación significativa en la presencia de depresión por Bullying, lo cual podría explicarse como una alteración del estado de ánimo en el adolescente. En este mismo estudio se encontró con un 89% al estrato socioeconómico bajo de adolescentes que más presentaban depresión por

Bullying, con descripción de los demás grados de estrato socioeconómico. Nuestro estudio demuestra una aparición con mayor frecuencia en estrato socioeconómico medio bajo de un 67% a este, no acorde con lo reportado en el estudio realizado por Amarzaya Jadambaa y col. 2019 el cual reportan menor predominio de depresión por ansiedad de un 10% en un estudio de revisión sistemática que incluyó a los pacientes por victimización, por intimidación durante la infancia y la adolescencia quienes presentaban desarrollo de trastornos depresivos y ansiedad, presentaban una calidad de vida iniciando inestabilidad en la misma, en cuanto a nuestro estudio aumentando significativamente ese resultado con un 45% respectivamente. En un estudio de tipo mixto, explicativo secuencial (Sally Vanega y col.) demostraron la relación directa que hay con los niveles de ansiedad y depresión en los participantes, rasgos de psicopatía, y la presencia de agresión en el ámbito escolar con un porcentaje de 44% con rasgos para presentar depresión. Por lo cual se encuentra la sugerencia de intervención eficaz para reducir la victimización, sin embargo, el buscar alternativas para la vivencia de este fenómeno está en controversia, debido a la falta de información de este fenómeno. Un estudio presentado en Chile por Francisca Román y col. Resulto de relación directa con aquellos jóvenes similares en la composición sociodemográfica la cual pueda ser utilizada como grupos de comparación misma que a nuestro estudio se asimila el estado sociodemográfico no tenía ninguna relación, nuestro enfoque fue apuntar la relación directa de Bullying y depresión en cuanto a género resultando significativamente positivo, además de encontrar asociación al grado escolar siendo más afectados a nivel secundaria. Por lo que se recomienda la realización de estudios que contemplen tipos de soluciones empleados para la detección temprana de este fenómeno. Por último un estudio realizado en Yucatán México por Sally Vanega y col. Demuestra que la significancia se dio más en género masculino con deseo de deserción por Bullying en la escuela con predominio en secundaria, misma que se presentó en nuestro estudio, predominando a nivel secundaria sin embargo presentando con mayor número

en mujeres, de la misma manera más depresión en género femenino, con una significancia de correlación por demografías y con un mismo impacto a nivel socioeconómico como en el estudio de Ersilia Menesini y col. Nuestro estudio apoya el uso de instrumentos de medición en pacientes que presentan factores de riesgo y diagnóstico tardío para la detección oportuna en aquellos adolescentes que presentan depresión por Bullying en nuestra unidad, sin embargo este presenta limitaciones en cuanto al tiempo de estudio y del seguimiento de los pacientes por lo cual se requieren estudios más grandes para constatar nuestros resultados. A largo plazo la relevancia en la evaluación y detección precoz en el diagnóstico de depresión por Bullying en los adolescentes del programa Juvenimss deberá influir en la disminución de la alta incidencia de la mortalidad asociada a este fenómeno de los pacientes que desarrollan depresión reportada por algunos estudios, por lo cual debe ser considerada como un monitoreo en pacientes con factores de riesgo para presentar depresión en un tiempo incluso desde la infancia para la prevención de este mismo fenómeno, reforzando atención en nuestra población adolescente.

18. CONCLUSIONES.

A partir del análisis final del presente estudio se establecen las siguientes conclusiones:

En relación con la hipótesis alterna no se antepone la hipótesis nula por lo que es de interés que la prevalencia de depresión por bullying en los adolescentes sea de uno de los temas prioritarios en la unidad.

El 45% de los pacientes presentaron depresión por Bullying.

El 45% de los pacientes adolescentes que presentaron depresión asociado a Bullying están entre la edad de 14 años.

El 45% de los adolescentes del grupo Juvenimss presentaron riesgo para presentar depresión por Bullying en la UMF 15 de acuerdo con los rangos asociados a la escala de BECK y APRI respectivamente.

De una muestra de 339 adolescentes pertenecientes al grupo juvenimss presentaron depresión asociado a bullying 98 fueron de género femenino.

64 pacientes adolescentes de género masculino presentaban depresión asociada a Bullying.

De los adolescentes que se encontraban en estrato socioeconómico bajo el 67% tenían factor de riesgo para presentar depresión asociado a bullying.

El presente estudio muestra una asociación por género femenino que cursaron con Bullying por lo menos una ocasión en la escuela presentando depresión con mayor porcentaje al género femenino. Por lo cual se determinó que la medición de la prevalencia por género puede ser simple y útil en la unidad.

El estrato socioeconómico fue significativo en este estudio debido a que tiene relación al 45% de los pacientes estudiados.

Se demostró una relación significativa entre la presencia de depresión en adolescentes escolares y su relación con el bullying en el programa juvenimss

de la umf numero 15 a traves de la determinacion por el test de APRI y Beck en los pacientes evaluados en el estudio.

Se emitio recomendaciones de los adolescentes que fueron positivos de acudir a su consultorio, asi mismo mencionando que en el programa juvenimss se imparten temas relacionados con bullyin, este programa funciona para localizar, prevenir y referir a consulta externa este tipo de probelmas de salud mental.

19. RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

Dentro de un proyecto tan ambicioso como lo fue este, siempre se desea que haya una mejora continua del mismo.

Por lo tanto se recomienda a futuros residentes que tengan interes en el proyecto incluir mas variables para que este se adapte a las necesidades de una mayor variedad de factores de riesgo que puedan producir depresión por bullying.

Implementar con el equipo de juvenimss a pesar de los niveles de depresión por bullying, una política de salud mental preventiva.

Implementar en la unidad políticas en torno a la salud mental, programas de capacitación, programas de reconocimiento y motivación, estabilidad escolar, con el objeto de mejorar el contexto escolar de los adolescentes en diferentes áreas.

Se sugiere ampliar las investigaciones sobre el tema de estudio, a fin fe contribuir a la solución de la problemática de este protocolo de estudio.

Abordar de manera individual al paciente adolescente.

Tomar en cuenta que la prevalencia se presenta mas en mujeres que en varones, así poder abordar a los pacientes de una manera mas fácil e ir discriminando en caso de querer detectar y referir a los pacientes adolescentes que presentan depresión por bullying.

Realizar tamizaje en pacientes adolescentes de edad de 14 años, ya que se presenta mas en esta edad.

Interactuar con mas empatía con los adolescentes escolares para así poder generar comunicación medico paciente y externe sus problemas ante el bullying.

Realizar un instrumento que se capaz de evaluar de manera eficiente y pronta a los adolescentes afectados.

20. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gaete V. Adolescent psychosocial development. Rev Chil Pediatric. 2015;86(6):436–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>.
2. Perales Blum L, Juárez Treviño M, Capetillo Ventura N, Rodríguez Gutiérrez G, Valdés Adamchik M, Treviño Treviño J, et al. Association between bullying and major depressive disorder in a psychiatric consultation. Med Univ. 2015;17(67):75–9.
3. Fuentes EA, Carvallo PR, Poblete SR. Bullying as a risk factor for depression and suicide. Rev Chil Pediatr. 2020;91(3):432–9.
4. Calleja N. Bullying y Tabaco: ¿Se Encuentran Asociados?. Acta de Investigación Psicológica, 2016 , 6 (1), 2350 - 2367.
5. Vanega Romero S, Sosa Correa M, Castillo Ayuso R. Acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos: un estudio preliminar de la eficacia de una intervención. Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc. 2018;5(2):49–54.
6. Pigozi PL, Machado AL. Bullying during adolescence in Brazil: An overview. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(11):3509–22.
7. Everaers, RalfRosa A. HHS Public Access. Physiol Behav. 2017;176(12):139–48.
8. Miranda R, Oriol X, Amutio A, Ortúzar H. Adolescent Bullying Victimization and Life Satisfaction: Can Family and School Adult Support Figures Mitigate this Effect? Rev Psicodidact.

2019;24(1):39–45. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.psicod.2018.07.001>.

9. Román F, Santibáñez P, Vinet E V. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta Investig Psicológica*. 2016;6(1):2325–36. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9).
10. Menesini E, Modena M, Tani F. Bullying and Victimization in Adolescence: Concurrent and Stable Roles and Psychological Health Symptoms. *J Genet Psychol* 2209 Jun; 170(2):115-33.
11. Garcia Continente X, Pérez Giménez A, Nebot A M. Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gac Sanit*. 2010;24(2):103–8.
12. Lee KS, Vaillancourt T. Longitudinal associations among bullying by peers, disordered eating behavior, and symptoms of depression during adolescence. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):605–12.
13. Diagn C. American psychiatric association. *Archives of Neurology And Psychiatry*. Vol. 9, 1923. 636 p.
14. Vera Giraldo Y, Marcela Vélez C, García García I Measuring Bullying: Inventory of Instruments Available in Spanish. *H. Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 2017;1(1):1–16.
15. Kaltiala Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Finnish modification of the 13-item Beck Depression Inventory in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. *Nord J Psychiatry*. 1999;53(6):451–7.
16. Navarro Loli JS, Moscoso M, Calderón De La Cruz G. Research on depression in adolescents in Peru: a systematic review. *Lib Rev Peru Psicol*. 2017;23(1):57–74.

17. Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, Mejia Álvarez CR, Caballero Alvarado J. Suicide risk associated with bullying and depression in high school. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(2):208–15.
18. Karanikola MNK, Lyberg A, Holm AL, Severinsson E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. *Biomed Res Int.* 2018;2018.
19. Wolke D, Lereya ST. Long-term effects of bullying. *Arch Dis Child.* 2015;100(9):879–85.
20. Kodish T, Herres J, Shearer A, Atte T, Fein J, Diamond G. Bullying, depression, and suicide risk in a pediatric primary care sample. *Crisis.* 2016;37(3):241–6.
21. Beattie TS, Prakash R, Mazzuca A, Kelly L, Javalkar P, Raghavendra T, et al. Prevalence and correlates of psychological distress among 13-14 year old adolescent girls in North Karnataka, South India: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1–12.
22. Jadambaa A, Thomas HJ, Scott JG, Graves N, Brain D, Pacella R. The contribution of bullying victimisation to the burden of anxiety and depressive disorders in Australia. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019.
23. Armenta Hernández C, Millán Romero M, Cortés Arredondo K, Vega Martínez M, Miranda Núñez R. Guía de Dinámicas de Estrategias Educativas de Promoción de la Salud. Más Vale Prevenir. IMSS, Instituto Mexicano del Seguro Social.
24. Wang G, Wang X, Fang Y, Jiang L, Yuan S, Tao F, Su P. Study on the relationship between traditional bullying, cyberbullying and depression in adolescents. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.* 2015 Aug;49(8):722-7. Chinese. PMID: 26733032.

21. ANEXOS

20.1 HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ASENTIMIENTO.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (PADRES O REPRESENTANTES LEGALES DE NIÑOS O PREPÁRADOS CON DISCAPACIDAD)

NOMBRE:	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES Y LA RELACIÓN CON EL BULLYING EN EL PROGRAMA JUVENISS DE LA UMF NÚMERO 15.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 15 "C) (Ja) Vital B Sur, Ermita Itzapalapa 411, Coyoacán, 04200 CDMX", a de de 20
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador del presente estudio me ha informado que el estudio es necesario debido a que se ha observado que los adolescentes presentan un alto nivel sobre la depresión relacionada al bullying, por lo que entiendo que la finalidad de este trabajo.
PROCEDIMIENTOS:	Entiendo que consistirá un cuestionario con preguntas, acerca de depresión y bullying. Tiempo que tardará en contestar el cuestionario menos de 20 min.
POSIIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS:	El responsable del trabajo me ha explicado que derivado de participar en esta medición tendrá molestias como fatiga, molestia o molestia relacionada al aspecto y tiempo para contestar el cuestionario.
POSIIBLES BENEFICIOS QUE TENDRA AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:	Entiendo que, en este momento como beneficio, en caso de encontrar algún caso de depresión se derivará oportunamente a los servicios preventivos como (Medicina familiar con sugerencia de envío a psicología) de esta unidad.
INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:	no aplica Si que mi participación es voluntaria, por lo que podrá retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto.
PARTICIPACION O RETIRO:	
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.
En caso de colección de material biológico:	<input type="checkbox"/> No autorizo que se me tome muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se me tomen muestra para el estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se me tomen muestra para el estudio y para estudios futuros.
En caso de dudas relacionadas con el estudio diríjase a:	Investigador responsable: Pablo Roberto Castro Guadalupe mat 96158723, UMF 15, cel 27487126, correo pacastro@imss.gob.mx
Colaboradores:	Abigail Espinosa Hernández Mat 57323814, UMF 15, celular 5540489884, correo abigail200988@gmail.com , Pablo Roberto Castro Guadalupe mat 96158723, UMF 15, cel 27487126, correo pacastro@imss.gob.mx , Luis Alejandro Romero Peña, Médico especialista en cirugía plástica, maestro en educación, profesor en centro de investigación educativa y formación docente. Matrícula: 1009667.
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 Casahuatepec 330 #1 piso Bloque "F" de la Unidad de Congressos, Colonia Doctores, México, D.F., CP-06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
<hr/>	<hr/>
Nombre y firma del sujeto	Abigail Espinosa Hernández Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr/>	<hr/>
Fecha 1 nombre, dirección y firma	Fecha 2 nombre, dirección 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.

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

CARTA DE ASENTIMIENTO EN MENORES DE EDAD (8 A 17 AÑOS)

NOMBRE DEL ESTUDIO: **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES Y LA RELACION CON EL BULLYING EN EL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UMF NUMERO 15”**.

Número de registro institucional: Pendiente.

Objetivo del estudio y procedimientos: Estoy enterado que autorizo a mi hijo o representado legal conteste un cuestionario con preguntas, sobre Bullying y Depresión.

Hola, mi nombre es **Abigail Espinosa Hernández** y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ESCOLARES Y LA RELACION CON EL BULLYING EN EL PROGRAMA JUVENIMSS DE LA UMF NUMERO 15** y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en contestar un test con preguntas acerca de **Depresión y Bullying.**

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio (si se proporcionara información a los padres, favor de mencionarlo en la carta).

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si no quieres participar, déjalo en blanco.

participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Abigail Espinosa Hernández

Fecha:

20.2 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 38 DEL DISTRITO FEDERAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15

TOTAL:

TEST DE APRI BULLYING

El instrumento que a continuación se te presenta, el objetivo es evidenciar si existe acoso escolar. Te recordamos que la información que proporcionas es confidencial. Agradecemos de antemano tus respuestas sinceras a cada interrogante.

Nombre del participante _____ Edad: _____. Sexo: _____ Ubicación de escuela _____, Grado escolar _____

DURANTE ESTE CURSO ACADEMICO EN MI INSTITUTO O COLEGIO...	NUNCA	ALGUNA VEZ	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES	CONSTANTEMENTE
1 Se burlan de mi	<input type="radio"/>				
2 Me empujan para molestarte	<input type="radio"/>				
3 No quieren ser mis amigos porque algunos me rechazan	<input type="radio"/>				
4 Hacen comentarios desagradables sobre mi	<input type="radio"/>				
5 Me pegan	<input type="radio"/>				
6 Alguno me ignora o excluye justo cuando esta con sus compañeros	<input type="radio"/>				
7 Se ríen gastándome bromas pesadas o contando chismes sobre mi	<input type="radio"/>				
9 Se tropiezan contra mí para molestarte cuando pasan a mi lado	<input type="radio"/>				
10 Convencen a otros para que no me hablen y se pongan en mi contra	<input type="radio"/>				
11 Rompen mis cosas a propósito	<input type="radio"/>				
12 Dicen cosas desagradables sobre mi aspecto físico	<input type="radio"/>				
13 No me invitan cuando quedan o van a fiestas o casas de compañeros por que no le caigo bien a alguien que va	<input type="radio"/>				
14 Me ridiculizan diciendo cosas desagradables sobre mi	<input type="radio"/>				
Cuentan cosas falsas sobre mí para hacerme daño	<input type="radio"/>				
15 Me tiran objetos para molestarte	<input type="radio"/>				
16 Me amenazan con pegarme o hacerme daño	<input type="radio"/>				
17 Me excluyen de actividades, juegos o reuniones a propósito	<input type="radio"/>				
18 Me ponen notas que no me gustan	<input type="radio"/>				
19 Se han metido conmigo a través de las redes sociales (Facebook, whatsapp, twiter. Etc.	<input type="radio"/>				

0= nunca o alguna vez//1=Bastantes veces//2= Muchas veces//3=Constantemente
 Nulo= 0 1-25=moderado más de 25= severo

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 38 DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15**

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

El instrumento que a continuación se te presenta, busca identificar algunos aspectos de acoso escolar y de qué manera se te ha generado. Te recordamos que la información que proporcionas es confidencial. Agradecemos de antemano tus respuestas sinceras a cada interrogante.

Nombre del participante _____ Edad ____ Sexo ____ Ubicación de escuela ____ . Grado escolar _____

<p>1. Tristeza 0 no me siento triste. 1 me siento triste gran parte del tiempo 2 me siento triste todo el tiempo. 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>2. Pesimismo 0 no estoy desalentado respecto de mi futuro. 1 me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 no espero que las cosas funcionen para mí. 3 siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>
<p>3. Fracaso 0 no me siento como un fracasado. 1 he fracasado más de lo que hubiera debido. 2 cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>4. Pérdida de Placer 0 obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 no disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa 0 no me siento particularmente culpable. 1 me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2 me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo 0 no siento que este siendo castigado 1 siento que tal vez pueda ser castigado. 2 espero ser castigado. 3 siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7. Disconformidad con uno mismo. 0 siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 estoy decepcionado conmigo mismo. 3 no me gusto a mí mismo.</p>	<p>8. Autocrítica 0 no me critico ni me culpo más de lo habitual 1 estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 me critico a mí mismo por todos mis errores 3 me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas 0 no tengo ningún pensamiento de matarme. 1 he tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría 2 querría matarme 3 me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>	<p>10. Llanto 0 no lloro más de lo que solía hacerlo. 1 lloro más de lo que solía hacerlo 2 lloro por cualquier pequeñez. 3 siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
<p>11. Agitación 0 no estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2 estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto 3 estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>12. Pérdida de Interés 0 no he perdido el interés en otras actividades o personas. 1 estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2 he perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3. Me es difícil interesarme por algo.</p>
<p>13. Indecisión 0 tomo mis propias decisiones tan bien como siempre. 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2 encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p>	<p>14. Desvalorización 0 no siento que yo no sea valioso 1 no me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2 me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p>

3 tengo problemas para tomar cualquier decisión.	3 siento que no valgo nada.
15. Pérdida de Energía 0 tengo tanta energía como siempre. 1. Tengo menos energía que la que solía tener. 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.	16. Cambios en los Hábitos de Sueño 0 no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1ª. Duermo un poco más que lo habitual. 1b. Duermo un poco menos que lo habitual. 2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3ª. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad 0 no estoy tan irritable que lo habitual. 1 estoy más irritable que lo habitual. 2 estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 estoy irritable todo el tiempo.	18. Cambios en el Apetito 0 no he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3ª . No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración 0 puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 no puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 encuentro que no puedo concentrarme en nada.	20. Cansancio o Fatiga 0 no estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer. 3 estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
21. Pérdida de Interés en el Sexo 0 no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 he perdido completamente el interés en el sexo.	TOTAL: _____

0-13 Normal ///14-19 depresión leve///20-28 depresión moderada///29-63 depresión grave

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 38 DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15**

“METODO DE GRAFFAR”

El instrumento que a continuación se te presenta, el objetivo es evidenciar el estrato socioeconómico. Te recordamos que la información que proporcionas es confidencial. Agradecemos de antemano tus respuestas sinceras a cada interrogante.

Nombre del participante _____ Edad _____ Sexo _____ Ubicación de escuela _____ . Grado escolar: _____

1. Profesión del jefe de Familia

- () 1.- Profesión universitaria, comerciantes, todos de alta productividad, oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior)
- () 2.- Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
- () 3.- Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o Productores.
- () 4.- Obreros especializados y parte de los del sector informal (con primaria completa)
- () 5.- Obreros no especializados y otra parte del sector de la economía (sin primaria completa)

2.- Nivel de instrucción de la Madre

- () 1.- Enseñanza universitaria o su equivalente
- () 2.-Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
- () 3.-Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
- () 4.- Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
- () 5.- Analfabeta

3.-Principal fuente de ingresos de la Familia

- () 1.- Fortuna heredada o adquirida
- () 2.-Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
- () 3.- Sueldo mensual
- () 4.-Salario semanal, por día, entrada a destajo
- () 5.- Donaciones de origen público o privado

4.- Condiciones de la vivienda

- () 1.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
- () 2.- Vivienda en óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
- () 3.- Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
- () 4. —Viviendas con ambientes espacioso o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
- () 5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

1	Estrato alto	04 – 06
2	Medio_alto	07 – 09
3	Medio Bajo	10 – 12
4	Obrero	13 – 16
5	Marginal	17 – 20