

112404



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN E IDEA SUICIDA
EN ADOLESCENTES Y FACTORES ASOCIADOS,
EN TRES ESCUELAS DE LA DELEGACIÓN
CUAUHTÉMOC, MÉXICO, D.F.**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE :

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA

P R E S E N T A :

DR. MIGUEL ÁNGEL BAEZA ACOPA

ASESOR: DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

MÉXICO, D. F.

FEBRERO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Vo Bo.

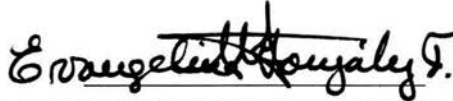


DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
COORDINADOR MÉDICO DE PROGRAMAS
DIVISIÓN DE CALIDAD Y DESEMPEÑO
COORDINACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo. Bo.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DRA. EVANGELINA GONZALEZ FIGUEROA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA.
COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Vo. Bo.



DR. BENJAMÍN ACOSTA CÁZARES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA.
COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**“Quien prefiera la explicación imaginada a la verdad austera,
quien huya del análisis y quiera refugiarse en la síntesis,
quien guste más del ropaje con que se visten las ideas
que el rigor científico que las nutre,
no tiene aptitudes para médico”**

(anónimo)

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Felipe Vázquez Estupiñán, asesor clínico y a la Dra. Evangelina González Figueroa, asesora de metodología, por su apoyo incondicional y conocimientos compartidos.

A los profesores del Curso de Especialización en Epidemiología.

DEDICATORIA

A mis Padres, por el cariño, la confianza y el apoyo en todo momento, para lograr culminar esta etapa de mi vida profesional. Ni un día pasa en mi vida sin que piense en mi buena fortuna de tener una familia como la nuestra.

Claudia Soledad, tu presencia física y en la distancia, motivaron siempre el deseo de ser mejor, y sin tu apoyo, este proyecto no sería el mismo.

A Marisol, Edgardo y Emilio, por compartir este sueño y enviar el calor de la familia en cada momento.

Alejandro y Judith, gracias por el respaldo permanente.

Marcela, por estar en la distancia a mi lado, gracias.

Lupita y Lucy, por disfrutar esta experiencia de llegar a la meta juntos.

A mis Abuelos, a quienes el tiempo les permitió estar conmigo en un logro más.

Alfredo, Cristy, Hugo, Emili, Adriana, Lilia, Maru, Juan, José y Heriberto, por su amistad, Gracias.

INDICE

	Página
RESUMEN	
MARCO TEORICO.....	1
ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVOS.....	18
MATERIAL Y METODOS.....	19
• Diseño de estudio.....	19
• Universo de trabajo.....	19
• Periodo de estudio.....	19
• Tipo de muestreo.....	19
• Tamaño de muestra.....	19
• Criterios de selección.....	20
• Definición de variables.....	21
• Variables dependientes.....	21
• Variables independientes.....	22
• Instrumento de recolección de datos.....	27
• Consideraciones éticas.....	28
• Análisis estadístico.....	28
• Plan general.....	29
• Resultados.....	30
• Discusión.....	37
• Conclusiones.....	40
• Bibliografía.....	41
• Anexos.....	46
• Anexo 1.....	47
• Anexo 2.....	63

RESUMEN

Introducción: La depresión a nivel mundial ocupa el cuarto lugar. Para el año 2020, se estima que la depresión ocupará el segundo lugar después de los problemas cardíacos por lo consiguiente la idea suicida y el suicidio.

Objetivo: Determinar la Prevalencia de depresión e idea suicida y factores de riesgo asociados, en adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Material y métodos: Se eligieron por medio de un muestreo multietápico a los adolescentes de la Secundaria Técnica Corregidora de Querétaro, "Secundaria Gral. Francisco L. Urquiza", "CETIS No.9 Puerto Rico". Al momento de la entrevista se aplico un cuestionario semiestructurado junto con las escalas de Beck para depresión e idea suicida, FACES III para ambiente familiar y Test de Raven para coeficiente intelectual. Se estimó Prevalencia (P), Razón de Momios de Prevalencia (RMP), Intervalos de Confianza al 95% (IC_{95%}). χ^2 y X^2 de tendencia.

Resultados: Un total de 1222 alumnos fueron encuestados, el 56.5% fueron mujeres. La prevalencia global de depresión fue del 45.3% (IC_{95%}42.5- 48.0), por grados: leve 27.7%, moderada 14.8%, grave 2.7%. La Prevalencia de Depresión para los hombres de 39.1% (IC_{95%}34.8-43.1) y para mujeres de 54.9% (IC_{95%} 51.2-58.6). Con respecto al consumo de alguna sustancia, la prevalencia de depresión por sexo fue mayor para el femenino en comparación con el masculino; en el consumo actual de tabaco, 64.1% (IC_{95%}53.5-73.9) y 38.2% (IC_{95%} 27.7-49.3) respectivamente, para el consumo actual de cualquier tipo de bebida alcohólica fue: 64.2% (IC_{95%} 55.2-73.2) y 51.1% (IC_{95%}40.2-61.9) y para el consumo de cualquier tipo de drogas, 77.8% (40.0-97.2) en comparación 73.7% (IC_{95%}48.8-90.9). El desarrollarse en un ambiente familiar extremo fue 4 veces mas de probabilidad de presentar depresión en comparación a los que se desarrollan en un ambiente familiar balanceado. La prevalencia global de Idea suicida, fue de 71.8% (IC_{95%} 69.3-74.4), la cual por sexo, se presentó: 65.4% (IC_{95%}61.4-69.5) en el hombre y 76.8% (IC_{95%}% 73.8-80.0) en la mujer. Con respecto al consumo de alguna sustancia, la prevalencia de idea suicida por sexo, contrario a lo sucedido con la depresión, fue mayor para el sexo femenino, en el consumo actual de tabaco, 92.4% (IC_{95%}85.0-96.6), en comparación con el sexo masculino el cual presento una prevalencia de 70.2% (IC_{95%}59.3-79.7); en lo que correspondió al consumo actual de cualquier tipo bebida alcohólica, 85.3% (IC_{95%} 78.7-92.0) en comparación con el sexo masculino, 72.7% (IC_{95%} 62.2-81.7); finalmente para el consumo actual de cualquier droga, 88.9% (IC_{95%} 51.8-99.7) para el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino la prevalencia fue, 73.7% (IC_{95%} 48.8-90.9). El 14% fue fumador actual y 16% bebedor actual, solo el 2.3% refirió consumir algún tipo de droga .

Conclusiones: La depresión y la idea suicida, son dos entidades altamente prevalentes en la población adolescente. Siendo las mujeres las que presentan un mayor riesgo. La situación extrema del ambiente familiar se asocia a la ocurrencia de depresión. Es urgente establecer un programa de detección oportuna y de manejo para estos jóvenes. Es necesario aplicar pruebas como tamizaje de la población al inicio del ciclo escolar, para conocer el perfil de riesgo de los adolescentes.

MARCO TEORICO

El trastorno depresivo mayor (TDM), en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación más importantes a nivel internacional. La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1. Algunos autores han descrito la adrenarquia (liberación de andrógenos adrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años de edad y que precede aproximadamente en dos años a los cambios que se presentan en la pubertad) como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia. Otro tipo de variables como la disfunción familiar, la baja autoestima, la comorbilidad con otros trastornos (abuso y dependencia a sustancias), así como el suicidio, se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad.¹

Se define como adolescencia a: “el período de cambios físicos y psicosociales intensos que empiezan y terminan en la segunda década de la vida”.² La Organización Mundial de la Salud define a adolescentes como personas de 10 a 19 años y a jóvenes como personas de 15 a 24 años; y se ha acuñado la expresión “gente joven” para incluir a ambos grupos.³

El término “depresión” se instituyó dentro de la nomenclatura médica a mediados del siglo XIX, cuando se declaró que la melancolía no podía considerarse como un subtipo de manía, no podía concebirse como un trastorno del intelecto, ni tampoco como una condición irreversible.⁴

Es un trastorno afectivo recurrente caracterizado por: cambios en el humor y en el afecto; síntomas conductuales, cognitivos y neurovegetativos, que se presenta en cualquier momento de la vida, representa un cambio respecto al funcionamiento previo.⁵

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, de la décima versión de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), abarca tanto a los trastornos bipolares como a los depresivos.⁶

En general hay cuatro tipos principales de depresión: Trastorno adaptativo; trastornos depresivos; trastornos bipolares y trastorno del estado de ánimo secundario a enfermedades y fármacos.

Dentro de los trastornos depresivos se encuentra el trastorno depresivo mayor, caracterizado por: disminución del ánimo, desesperanza, ansiedad, irritabilidad, incapacidad para resolver problemas, ideas de culpa, pensamientos autodestructivos, idea suicida, intento de suicidio y trastornos del sueño, como los principales síntomas.

La relación etiopatogénica entre los síndromes depresivos puros y los trastornos bipolares no se conoce por completo, la depresión es más frecuente en las familias de los pacientes bipolares, pero no lo contrario, lo que sugiere que la depresión es etimológicamente heterogénea.⁷

Las correlaciones bioquímico-clínicas se pueden esquematizar de la siguiente manera:

- a) Los sujetos con baja tasa del ácido 5-hidroxiindolacéticoHT tendrían más tendencia a la ansiedad y al suicidio, además de la impulsividad e hipofrontalidad
- b) Los deprimidos con un déficit adrenérgico presentarían fatigabilidad y una pérdida de la iniciativa psicomotora marcada
- c) Los deprimidos con deficiencia dopaminérgica serían particularmente inhibidos, hipocinéticos, con una semiología que puede tomar un aspecto pseudoparkinsoniano y una sintomatología ligada a trastornos del sexo, deseo y potencia: comienzo de una depresión con síntomas relacionados con la sexualidad.⁸

El estudio de los cuadros depresivos en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, diversas escalas se han utilizado como la Escala de Hamilton, la Escala de Zung, la Escala de Depresión del MMPI, la Escala de Birlesones un instrumento que puede ser útil en las investigaciones clínicas y epidemiológicas para el TDM en niños y adolescentes.¹

El Inventario de Depresión de Beck, conocido como BDI; es de las escalas más utilizadas para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas; incluye 21 reactivos. Existe evidencia de que el BDI discrimina entre subtipos de depresión y claramente diferencia la depresión de la ansiedad, ha sido reconocido como instrumento confiable en la medición de la depresión en la adolescencia. Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multifactorialidad en la génesis y manifestación de la enfermedad.^{9,10,11}

Por la importancia de este instrumento en el estudio de la depresión, se realizaron tres estudios para estandarizar el Inventario de Depresión de Beck, en México. El primer estudio mostro El análisis de consistencia interna para la muestra normativa arrojando un valor alfa de 0.87, mientras que la capacidad discriminativa de los reactivos resultó con $p < 0.000$. El segundo estudio, evaluó la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung. El contraste estadístico de los puntajes dados a cada uno de los instrumentos mediante el análisis de correlación de Pearson dio como resultado un valor $r = 0.70$ con un nivel de significancia $p < 0.000$. Por ultimo, el tercer estudio: Evaluó la validez entre BDI y la Escala de Zung. En contraste estadístico de los puntajes dados a cada uno de los instrumentos mediante el análisis de correlación de Pearson dio como resultado un valor $r = 0.65$ con un nivel de significancia $p < 0.000$.¹²

Se concluye que la versión mexicana del BDI, cumple con los requisitos psicométricos mínimos necesarios para ser empleada como instrumento de evaluación de la depresión, reporta cifras estadísticas que demuestren la validez de contenido, de criterio y de constructo.

En la depresión se presentan alteraciones en las funciones cognitivas que afectan: la capacidad de concentración y memoria, dificultad para solucionar problemas, alteraciones en la autopercepción y en la capacidad para elaborar juicios; elementos que influyen deletéreamente en el rendimiento académico del estudiante. ¹³

Estudios epidemiológicos en adolescentes, basados en muestras de escolares europeos y norteamericanos, han reportado prevalencias de depresión de entre 1.6% y 8%, sin embargo; existen investigaciones en poblaciones rusas y japonesas que han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19% y 57%, respectivamente, de sus adolescentes evaluados.¹⁴

La idea suicida, se compone de una serie de actitudes, planes y conductas relacionados con los pacientes con ideación suicida; sin embargo, no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, que están interrelacionados" ¹⁵ Es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el grado de conflicto interno, se asocia con la desesperanza y la pobre autoestima, con el intento de suicidio, la depresión y el abuso de sustancias.¹⁶

La idea suicida se evalúa por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Diseñada para cuantificar la intensidad y las dimensiones (grado y severidad) de la destrucción de los pensamientos, las preocupaciones y las amenazas de suicidarse; evalúa la recurrencia consistente de pensamientos suicidas; así como el grado del deseo de morir, de vivir y el de intentar suicidarse, los detalles de su planeación en caso de que la hubiera y los sentimientos subjetivos de control ante la idea suicida. Consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una encuesta clínica semiestructurada. ^{9,17}

En el estudio sobre fiabilidad realizado en una muestra de sujetos hospitalizados, se obtuvo una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad ínter examinador de 0.83, apoyado la validez de constructo, la validez concurrente y la capacidad discriminativa de la escala.

El coeficiente intelectual bajo (CI) podría ser un factor por el cual los adolescentes presenten cuadros depresivos o incluso ideación suicida ya que un bajo CI, limitaría al individuo para afrontar las adversidades de la vida cotidiana, y este ser un factor de riesgo para presentar algún grado de depresión e ideación suicida, por la imposibilidad de encontrar alternativas a los eventos adversos en la vida.

El coeficiente intelectual, es la facultad de entender, de comprender. El Factor G (Factor General) es un factor cuantitativo de la inteligencia, fundamental de todas las funciones cognitivas del mismo individuo. Su magnitud es intraindividualmente constante e interindividualmente variable: consta de todas las habilidades de un mismo individuo y ampliamente variable de un individuo a otro.

El Test de Raven, busca medir el factor general de la inteligencia. Suministra información directa de la magnitud individual de ciertas funciones cognitivas (observación y razonamiento), mide la capacidad intelectual general, denominador común de la totalidad de las operaciones de la inteligencia. Raven es un Test no verbal, la figura geométrica implica un patrón de pensamiento (incompleto, trunco), una "matriz" (de la palabra latina *mater*: madre). Cada figura representa la madre o fuente de un sistema de pensamiento. La serie completa integra una escala de matrices en orden de complejidad creciente. Tiene un coeficiente de confiabilidad que varía, según la edad, entre 0.83 y 0.93, ofrece alta confiabilidad de la exactitud con que mide una función.¹⁰

El papel de la familia en la vida de un individuo ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas. La influencia de la familia en la vida del adolescente, es importante ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas, organizadas y cuando fomentan la independencia de sus miembros. De manera inversa, los adolescentes tienden a desajustarse cuando perciben que en la familia existen conflictos y demasiado control.¹⁸

El ambiente familiar debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes; el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo. La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro, permite a cada integrante desarrollarse como individuo y le infunde, además, el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. ¹⁹

Es de importancia básica explorar cómo son los patrones familiares referente a: la expresión emotiva, el compromiso familiar; y cuáles son los sentimientos expresados en la familia. Ello permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar. Se ha tratado de establecer la relación del ambiente familiar, la depresión e idea suicida en los adolescentes, por ello es importante valorar el estado afectivo del individuo y poder explicar el comportamiento de los mismos.

Las grandes organizaciones sociales: familia y escuela, siguen ejerciendo una influencia considerable en la práctica de consumo de alcohol, tabaco y drogas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en los países de economía de mercado el abuso de tabaco, alcohol y drogas dan cuenta, respectivamente del 11.7%, 10.3% y 2.3% de los días de vida sana perdidos por muerte prematura o por discapacidad. ¹⁸

En Estados Unidos, 92% de los fumadores habituales iniciaron a fumar antes de los 18 años de edad y 73% iniciaron y se habituaron desde la adolescencia. Hay 9.3 millones de jóvenes norteamericanos, de 12 a 17 años, que consumen alcohol y 4 millones que usan drogas ilegales. En México, algunos factores se han relacionado tradicionalmente con el consumo, entre ellos: el sexo (predomina el masculino), la edad (el porcentaje de consumidores aumenta con la edad), el grado de escolaridad (evita o favorece el desarrollo de una cultura de consumo selectivo de sustancias) y el estrato socioeconómico al que pertenecen. ²¹

ANTECEDENTES.

Depresión y diversos factores.

De los estudios relevantes en el tema de depresión, en la ciudad de México, (1995), en 57 niños, con edad de 9-13 años, con media de edad de: 10.7 +- 1.09. Utilizando el Children's Depression Scale (CDS), versión en español, se encontró que la carencia de afecto ($p < 0.0001$), desamparo ($p < 0.0001$) baja autoestima ($p < 0.0001$), ansiedad ($p < 0.0001$) y sentimientos de culpa ($p < 0.0001$) se presentaron en la población estudiada; por grado escolar, los grupos de 4° y 5° mostraron mayores puntajes en los reactivos que evalúan ansiedad ($p < 0.006$, lo que afectó el puntaje total de depresión.¹⁴

El CDS resultó sensible en una pequeña muestra de niños mexicanos, aunque tiene el inconveniente de ser una muestra muy pequeña, la institución escolar es privada y no es mixta, por lo que los resultados se toman con reserva para la población escolar abierta.

En la ciudad de México (1999) se realizó un estudio en busca de la prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria, la muestra: 72 sujetos de 12 a 15 años de edad. Los resultados de la entrevista se relacionaron con las últimas calificaciones obtenidas para ciertas materias. Resultados: De 40 alumnos, todos hombres, en el 27.5% se estableció al menos un diagnóstico psiquiátrico, de estos el 22.5% presentaron padecimientos internalizados, una prevalencia de trastorno depresivo mayor 12.5%, y solo el 5% presentaron padecimientos externalizados, con una prevalencia de 2.5%. Los alumnos con psicopatología internalizada presentaron menores calificaciones para las materias que el grupo de alumnos sin diagnóstico y con trastornos externalizados.²²

De este estudio, es rescatable la asociación que se pretende del TDM y el aprovechamiento escolar, aunque no es un reflejo claro de la inteligencia, marcando una línea a trabajar en esta área.

Por otra parte, un estudio en Alemania, con 1399 adolescentes con una media de edad de 17 años, con una distribución en un 45.8% por hombres y 54.2% mujeres, pertenecientes al décimo grado escolar, de diversas escuelas secundarias. Los puntajes medios del BDI, agrupados por sexo y severidad de la sintomatología depresiva, con respecto al rendimiento académico, no existió correlación alguna entre el bajo rendimiento escolar y puntajes sugerentes de depresión en el BDI.²³

En este estudio a pesar de no especificar la forma en la cual se realiza el muestreo y criterios de inclusión para la población, así como el rango de edad de los estudiantes, un 20% de los adolescentes refirió sintomatología depresiva de moderada a severa, el bajo rendimiento escolar no se correlaciono con la severidad de la depresión, aunque no se ha demostrado que el solo reporte de calificaciones en las asignaturas sea la mejor forma de tratar de establecer una relación con la depresión, la prevalencia de depresión es alta y se correlaciona con otros estudios en esta población.

En contraste con los estudios previos, en el plantel Aragón de la ciudad de México en 1004 sujetos, 62.3% del sexo masculino (n=626) y 37.7% del sexo femenino (n=378); la tasa de no respuesta fue del 10%, con aplicación de la Escala de Depresión de Beck (BDI). Los resultados: la edad promedio fue de 24.1 +- 3.8 para hombres y 23.8 +- 4.3 para mujeres, Con el punto de corte en el BDI de más de 14 puntos, se observo una prevalencia global de Trastorno depresivo del 13.6%.¹³

Mientras que en Estados Unidos (2000), se refiere una prevalencia para el trastorno depresivo mayor en 1% de los preescolares, 2% en los niños de primaria y de 5 a 8% en los adolescentes, con una razón de 2:1 mujer-hombre. Los factores de riesgo que se mencionan son: historia familiar de depresión, familia conflictiva, incertidumbre sobre la orientación sexual, pobre desempeño académico y comorbilidades tales como: distimia, ansiedad, abuso de drogas.²⁴

Tomando el ambiente familiar como parte importante de la depresión se estudió en la ciudad de México (1995), a 423 adolescentes, 55.6% varones y 44.4% mujeres, con media de edad de: 13.86 +- 1.2 años; de los cuales: 48.9% estudiaban en escuelas particulares y 51.1% en escuelas oficiales. Los Instrumentos de medición: a) La relación con el padre, b) La relación con la madre, c) Recursos de apoyo, d) Sintomatología depresiva (CES-D, de Radloff), e) Ideación suicida (CES-D). En los varones, ninguna de estas escalas se correlacionó con un nivel de significancia establecidos de $p < 0.001$ con las escalas de sintomatología depresiva e ideación suicida.²⁵

En este estudio la utilización de instrumentos diferentes a los de Beck, los cuales son ampliamente conocidos y utilizados por su confiabilidad, podría estar mostrando resultados no significativos en el sexo masculino.

En otro estudio (1998) en adolescentes de 13 a 18 años de edad, que pertenecían a los niveles socioeconómicos (NSE) medio y bajo de la Delegación Coyoacán de México, D.F., utilizando un muestreo estratificado de conglomerados en tres etapas, se levanto un censo para identificar a los adolescentes. Los instrumentos de medición utilizados fueron: Escala de estrés psicosocial; Escala de respuesta de enfrentamiento; Escala de Depresión (CES-D) y, Escala de Ideación Suicida (Roberts, 1980). El principal efecto sobre el malestar emocional lo tuvo el nivel de estrés psicosocial, que fue de 0.59, en tanto que el efecto de las respuestas de enfrentamiento sobre el malestar emocional fue de 0.18. Por otra parte, la explicación del modelo en el NSE bajo, fue de 0.48 y en el NSE medio, de 0.42. La sintomatología depresiva fue 35% y la ideación suicida 78%.²³

Lo importante del estudio es la implicación del nivel socioeconómico, en la explicación de la ocurrencia de depresión, las escalas pueden no reflejar la importancia de estos factores ya que el modelo no lo explica.

En 1995, se realizó un estudio sobre la mortalidad psiquiátrica en la Ciudad de México encontrando una prevalencia de episodios depresivos durante la vida, sin excluir el trastorno bipolar, de 7.9% en personas de 18 a 65 años.²⁷

En un estudio de seguimiento clínico en Nueva York (1999), 10 -15 años después de la evaluación inicial, en 134 individuos menores de 18 años con un diagnóstico inicial de Trastorno depresivo Mayor (TDM) de inicio en la adolescencia. Fueron evaluados 73 individuos con diagnóstico inicial. No se identificaron diferencias entre individuos deprimidos y sanos según sexo, edad, raza, estado civil, ingresos. De los individuos con TDM (50.6%) tuvieron un intento suicida durante el seguimiento y el 22% hizo múltiples intentos suicidas. En comparación con los individuos sanos, en los individuos con un TDM se identificó un aumento significativo del riesgo de TDM (>2 veces). Los hallazgos fueron: elevada tasa de suicidio, de intentos suicidas y la recurrencia del TDM. 28

Dado que la idea suicida cobra importancia junto con la depresión, en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la ciudad de México (1986), con el fin de determinar si el diagnóstico de depresión intervenía en la relación de desesperanza e ideación suicida, en una población de pacientes psiquiátricos externos, se aplicó el BDI, la Escala de Desesperanza (BHS) y la Escala de Ideación Suicida (ISB), en 1,306 pacientes con trastornos del estado de ánimo y en 488 pacientes sin trastornos. Resultados: La confiabilidad de la BDI tuvo un alfa de Cronbach de 0.56, mientras que el de ISB fue de 0.93. De la muestra total 1,094 pacientes, 70% eran mujeres y 29% varones, el 45.5% de los pacientes tenían entre 18 a 29 años. Los pacientes con niveles elevados de desesperanza (4° cuartil) tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida (RM= 6.1). El modelo básico final contó con las variables: sexo, edad, estado civil, BHS, consumo de drogas (tabaco y alcohol), el resultado indicó: que el riesgo de presentar ideación suicida es casi dos veces mayor en las mujeres (RM= 1.9) que en los hombres (RM= 0.4),

Debido a la implicación de las adicciones en la patología depresiva en los adolescentes, se investigó en estudiantes de enseñanza media y media superior en el ciclo escolar 1991-1992, para conocer la prevalencia de consumo de drogas e ideación suicida, en el Distrito Federal. El muestreo fue estratificado, bietápico y por conglomerados. Los resultados: de 3,459 estudiantes, 51% hombres y 49% mujeres, con edades de 13 a 19 años. El 47% presentaron al menos un síntoma de ideación suicida en el año anterior al estudio, 17% reportó haber pensado quitarse la vida. De los que tuvieron pensamientos de muerte, 56.7% consumían algún depresor, 51.9% consumían estimulantes y el 63.6% consumían ambas. Utilizando la idea suicida como variable dependiente, los datos indican que los usuarios de drogas tienen un 83% más de probabilidades de presentar ideación suicida. Por sexo, las mujeres tienen un 50% más de riesgo que los hombres y por tipo de estudiante, los estudiantes de medio tiempo o que no estudiaron el año anterior, tienen un 20% más de riesgo que los estudiantes de tiempo completo. Las variables de edad y escolaridad funcionan como factores protectores, de manera que a mayor edad o escolaridad, se disminuye la probabilidad de presentar idea suicida.²⁹

En un estudio bietápico en adolescentes de 12 a 14 años, se encontró una prevalencia de ideación suicida de moderada a intensa en 4% de los varones y en 9% en las mujeres; 1.5% de las mujeres y cerca de 2% de los hombres habían intentado suicidarse; ambos fenómenos estaban asociados con depresión mayor.³⁰

Los resultados obtenidos, refuerzan la necesidad de profundizar en el estudio de las asociaciones entre desempeño escolar, coeficiente intelectual, depresión, uso de drogas y los factores en la esfera mental.

Otro estudio realizado también en la ciudad de México, en 345 alumnos, de ambos sexos, inscritos en la Escuela Nacional Preparatoria 9, se aplicó el BDI, junto con un cuestionario estructurado. Resultados: la media de edad fue: 16.18; el género 54.3% femenino y 45.7% masculino.¹¹

En tabaquismo, 23.1% respondieron afirmativamente, 96% consumía de uno a cinco cigarrillos al día; el 4% consumía de seis a 10. Consumían bebidas alcohólicas el 26.8%; cada mes el 34.5%. Adolescentes con depresión 28.4% (92), sin depresión 71.6% (232) con respecto al grado de depresión: leve: 72.8%, moderada: 17.4%, grave: 9.8%.¹¹ El consumo de tabaco y alcohol asociado con depresión mostró diferencia estadísticamente significativa entre quienes consumían estas sustancias con y sin depresión.

Ramírez (1974) plantea que la adicción se establece en la juventud y que por esto es importante implementar medidas preventivas en la adolescencia, en el año de 1985 se realizó un estudio sobre consumo de alcohol y drogas en estudiantes de 14 a 18 años de edad. Con el propósito de establecer diferencias entre estudiantes (G-1) y no estudiantes (G-2), los resultados: los adolescentes que asisten a la escuela cumplen con los patrones de bebedores sociales (una vez al mes) con un 28%, en comparación con el G-2 (16%), y en fiestas 30%, contra un 38% del G-2. Con respecto al consumo de drogas asociado al alcohol se encontró un 16% de fumadores en el G-1 en comparación con un 49% del G-2 (23% consumía marihuana). El consumo reportado por los adolescentes del G-2 es significativamente mayor en comparación con el G-1 (beben en las mañanas, estando solos, en las calles y cuando están tristes).³¹

Con respecto a la tendencia en el consumo de drogas entre la población estudiantil, durante el periodo de 1976 a 1986, se demostró que la prevalencia mayor, excluyendo al alcohol y al tabaco correspondió al consumo de Inhalantes (4.4%), seguida de las anfetaminas (3.5%) y la marihuana (3.2%). Para los patrones de consumo, los porcentajes durante los últimos 30 días fueron más altos para el alcohol y el tabaco (15.25 y 19.5%, respectivamente); el resto de las drogas no pasó del 1.0% en su consumo actual. Con respecto al perfil demográfico: la mayoría fueron varones, de más de 18 años, mientras que en los usuarios de inhalantes la mayoría reportó tener 14 años. La escolaridad de los jefes de familia de los usuarios de inhalantes: no fueron nunca a la escuela o no saben leer ni escribir. Los jefes de familia de los usuarios de tabaco, alcohol y sedantes, reportaron estudios universitarios. ³²

Para contar con una visión epidemiológica de los usuarios de drogas en alumnos de la zona metropolitana de la ciudad de México. Se analizaron el consumo de drogas por separado. El alcohol y el tabaco, ocupan los porcentajes más altos de uso diario 3.5% y 12.6% respectivamente, el uso de drogas "alguna vez en la vida", excluyendo el alcohol y el tabaco, la marihuana obtuvo los porcentajes más altos (5.8%), anfetaminas (4.0%), inhalantes (3.9%) y los tranquilizantes (3.1%). La cocaína, alucinógenos, los sedantes y demás son consumidos por una menor proporción de estudiantes, 0.9 al 0.5%, el uso experimental (alguna vez en la vida) caracterizaba al estudiante. Dado que la mayor prevalencia la tiene el consumo de marihuana, el 57.7% reportó empezar a consumirla para experimentar y escapar de sus problemas, y el 24.4%, porque sus amigos la usaban. El 7.9% (6,511 estudiantes) fueron consumidores excesivos de alcohol, tabaco y drogas. ³³

Lo anterior se planteó a finales de los años 70's, reconociéndose que el tabaco es una de las sustancias de mayor poder adictivo. Las Encuestas Nacionales de Salud y la Nacional de Adicciones, aportaron información basal nacional en cuanto al consumo de cigarrillos. La prevalencia de fumadores fue de 31%, y la de exfumadores, de 26%. En hombres fue de 43% y de 21% en mujeres, es decir 2:1, hombre-mujer. El 2% de los fumadores fumó antes de los 12 años, el 50% entre los 12 a 17 años, y el 42% entre los 18 a 29 años. De los fumadores masculinos, el 49% fumaba entre uno y cinco cigarrillos (fumadores leves), mientras que los fumadores "fuertes", (más de 16 cigarrillos), fueron sólo el 13% y los fumadores moderados el 38% (seis a 15 cigarrillos) En el caso de las mujeres: las fumadoras leves fueron el 57%, moderadas el 27% y las fumadoras fuertes el 16%. A medida que aumento la edad, la razón de fumadores hombre/mujer se modificó de 1.4 en el grupo de 12 a 17 años, a 1.2 en el de 18 a 30 años y a 0.9 en el de 31 a 40 años. ³⁴

Evaluando las tasas de tabaquismo en América Latina del consumo en las poblaciones jóvenes de las áreas urbanas, las cuales oscilan del 15 al 40. Se realizó un estudio en la ciudad de México para conocer el consumo en la población estudiantil. Se entrevistaron 324 grupos escolares(10,173 alumnos), los resultados: el 36.3% fumó el año anterior a la encuesta y 21.9% lo hizo en el mes anterior al estudio.³⁵

El consumo fue ligeramente superior en los hombres; ya sea que habían fumado alguna vez en la vida (58.6% de hombres por 52.3% de mujeres), en el último año (37.5% por 32.1%) o en el último mes (24.3% por 19.6%). El consumo ha aumentado, en las mujeres: de 39.8% de las que en 1991 dijeron haber fumado alguna vez en su vida, paso a 52.3% en 1997. Los índices más altos de consumo "alguna vez en la vida" y en el "último año" corresponden a los estudiantes de bachillerato (70.6% alguna vez y 52.6% en el último año). El 75% de los estudiantes fumaron antes de los 15 años, tanto los hombres como las mujeres tenían entre 13 y 14 años respectivamente. La prevalencia de consumo se incrementó conforme aumentó la edad, de manera que los adolescentes mayores de 17 años son los que más fuman, por otro lado los que inician a fumar a temprana edad se les dificulta abandonar el hábito y presentan enfermedades como la depresión. ³⁵

En noviembre del 2000 se realizó una encuesta en el Distrito Federal, 50.2% y 49.8% eran mujeres y hombres respectivamente, el 53.7% tenía 14 años o menos, de los cuales el 58% estaba en secundaria, 29.8% en bachillerato y 11.4% en escuelas técnicas. El 36.3% de adolescentes de 17 años fumaron en el último mes; los usuarios activos de secundaria fueron del 11.7% en comparación con 32.9% de bachillerato y 35.3% de escuelas técnicas. Con respecto a consumo de alcohol, en secundaria el 22.6% tomó alcohol en el último mes, en comparación al 50.1% de las escuelas técnicas y 43.4% en bachillerato. La prevalencia total del consumo de drogas fue del 14.7%, el consumo en el último año y en el último mes fue de 9.7% y 5.3%, respectivamente. Los hombres consumen más drogas (6.2%) en comparación con las mujeres (4.4%). La marihuana (5.8%) ocupa el primer lugar en la preferencia, le sigue la cocaína (5.2%), tranquilizantes (4.8%) y los Inhalantes (4.3%). En los últimos 7 años se triplicó la proporción de adolescentes que han experimentado con cocaína (de 1.6% en 1993 a 5.2% en el 2000) mientras que la experimentación con marihuana aumentó de 3% en 1993 a 5% en 1997 y a 5.8% en el 2000. Los resultados indican que se ha incrementado el consumo de drogas en los últimos 3 años, ya que el porcentaje de los adolescentes que han experimentado con esas sustancias cambio de 12% a 14.7%.³⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los capítulos anteriores se documentó el papel tan importante que desempeñan factores como: el ambiente familiar, el uso y consumo de drogas, la falta de estudios que asocien al bajo coeficiente intelectual con la depresión mayor e idea suicida en los adolescentes.

También se observó que:

- a) Existen diversos errores en los métodos de medición de los factores asociados a depresión e idea suicida.
- b) No se aplica siempre el mismo instrumento para medir tanto la depresión, la idea suicida o sus factores asociados y
- c) El tamaño de las poblaciones estudiadas es insuficiente en algunos estudios, por lo tanto.

Surgen los siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la prevalencia de depresión e idea suicida en adolescentes de 12 a 19 años de edad en las escuelas: "Secundaria Técnica Corregidora de Querétaro", "Secundaria Gral. Francisco L. Urquiza", "CETIS No.9 Puerto Rico", de la Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

¿Son, el coeficiente intelectual, el ambiente familiar, alcoholismo, tabaquismo y consumo de drogas, factores de riesgo para depresión e idea suicida en adolescentes de 12 a 19 años de edad en estas tres escuelas?

¿Son, la edad, género, nivel socioeconómico y la escolaridad, factores de riesgo para depresión e idea suicida en adolescentes de 12 a 19 años de edad en estas tres escuelas ?

JUSTIFICACIÓN

Las cinco principales causas de muerte, enfermedad e invalidez entre los adolescentes son: la depresión, los accidentes de tráfico, el uso de alcohol, la guerra y la esquizofrenia. Mientras que entre las mujeres jóvenes son: la depresión, los problemas en el parto, el suicidio, la clamidia y la anemia por deficiencia de hierro.²⁷

La magnitud del problema de la depresión en la población adolescente no se ha determinado en relación al coeficiente intelectual, hasta ahora no existen estudios publicados que relacionen estos factores en este grupo etario, por lo que es necesario conocer la relación entre el trastorno depresivo y el coeficiente intelectual.

El esfuerzo que se ha hecho para incorporar la salud mental al sistema primario de salud en diversos países, ha obligado a mejorar la definición y clasificación de los trastornos de la personalidad, de los trastornos neuróticos y de los síndromes con múltiples quejas, que a menudo se presentan en el primer nivel de atención médica.³⁷ Las tasas de desórdenes psicológicos, problemas sociales y enfermedades físicas entre la juventud en los países desarrollados aumentó en los años 90's. El alcohol, el abuso de drogas, el fumar, los desórdenes alimenticios, bajo rendimiento escolar y el suicidio, son problemas frecuentes entre la juventud del mundo desarrollado. ³⁸

La depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afecta a la población en todo el mundo, se ha reconocido que a nivel mundial ocupa el cuarto lugar en cuanto al peso de la enfermedad, es una de las causas más importantes de discapacidad, es un problema relevante en el primer nivel de atención médica, que a menudo no es reconocida ni se atiende eficientemente, su incidencia parece ir en aumento y se relaciona con el mayor uso de servicios médicos; genera considerable sufrimiento a quien la padece, y los problemas asociados con ella son extremadamente costosos para la sociedad, es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos por la población. Para el año 2020, se estima que la depresión ocupará el segundo lugar después de los problemas cardíacos, por lo consiguiente la idea suicida y el suicidio.³⁹⁻⁴³

Se conoce muy poco sobre la influencia del coeficiente intelectual en la presentación de la depresión en los adolescentes, el aumento significativo que se ha registrado en los últimos años la depresión y el gran riesgo que tienen esta población de cometer un acto suicida, incita a investigar en los adolescentes.

Los resultados permitirán poner en magnitud el problema, contar con un perfil de riesgo que permita derivar a los alumnos oportunamente ya sea a escuelas de atención especial en el caso de bajo coeficiente intelectual o apoyo psicológico o psiquiátrico si fuese necesario.

Es novedoso el hecho de buscar la asociación entre factores poco estudiados en relación a la depresión, si tomamos en cuenta que esta patología se ha convertido en problema de salud pública en los últimos años y su repercusión en la idea suicida y los intentos suicidas.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de depresión e idea suicida en adolescentes de 12 a 19 años de edad en tres escuelas de la Delegación Cuauhtémoc en México, D.F.

Determinar la relación de la depresión e idea suicida con: el ambiente familiar, alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas, en adolescentes de 12 a 19 años de edad en tres escuelas de la delegación Cuauhtémoc en México, D.F.

Determinar la relación de la depresión e idea suicida con: coeficiente intelectual, edad, género, nivel socioeconómico, y escolaridad en adolescentes de 12 a 19 años de edad en tres escuelas de la delegación Cuauhtémoc en México, D.F.

Objetivos Específicos:

- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida con la menor edad.
- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida con el ambiente familiar.
- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida con el consumo de: alcohol, tabaco y drogas.
- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida a menor coeficiente intelectual.
- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida y el género.
- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida con el nivel socioeconómico.
- Determinar si existe relación entre la depresión e idea suicida y la menor escolaridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Transversal

Población de estudio: Adolescentes de 12 a 19 años de edad, pertenecientes a las escuelas, "Secundaria Técnica Corregidora de Queretaro", "Secundaria Gral. Francisco L. Urquizo" y "CETIS No. 9 Puerto Rico", de la Delegación Cuauhtemoc, México, D.F.

Periodo de estudio: 1 de marzo a 30 junio de 2003

Tipo de muestreo: Multietápico

- **Primer paso:** en un mapa del distrito federal, que contaba con división política (delegaciones), se asignó un número a cada delegación y de forma aleatoria se seleccionó a la Cuauhtémoc.
- **Segundo paso:** En un listado de escuelas de la delegación Cuauhtémoc, se asignó un número a cada una de ellas para de forma aleatoria seleccionar cuatro escuelas, a las cuales se contactó y se solicitó la autorización para realizar el estudio.
- **Tercer paso:** Se invito a los alumnos a participar en el estudio, aclarando, que solo participaría aquel que lo deseara y contara con el consentimiento informado por parte del padre o tutor.

Tamaño mínimo de muestra: 1023

Tomando una prevalencia de depresión del 5%

Con un nivel de confianza alfa del 95%

Potencia de 80%

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Sujetos de 12 a 19 años de edad
- De ambos géneros
- Que se encontrara en el salón de clases al momento de la encuesta

Criterios de exclusión:

- Que no deseara participar
- No contar con el consentimiento informado por parte del padre o tutor.

DEFINICIÓN Y OPERACIÓN DE VARIABLES

Se definen las siguientes variables:

I. Variables dependientes

1. **DEPRESIÓN MAYOR:** Trastorno afectivo con un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

Escala: Nominal y por grados

Operacionalización: Se aplicó la Escala de Depresión de Beck (Anexo 2). Debido a la sencillez del llenado, autoaplicabilidad y su alta sensibilidad y especificidad (sensibilidad 100%, especificidad 99%, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1), cuenta con 21 reactivos que evalúan el estado anímico al momento de la aplicación del instrumento. Los puntos de corte: No depresión = 0 - 9, Depresión leve= 10 - 18, Depresión severa= >30. Se capturó el total de la puntuación del instrumento, para posteriormente, establecer los puntos de corte establecidos y clasificar a la población por grados de depresión, posteriormente se dicotomizó la variable para tener el puntaje de la población en depresión y sin depresión.

2. **IDEA SUICIDA:** Actitudes, planes y conductas relacionadas con ideación suicida, no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, que están interrelacionados.

Escala: Nominal

Operacionalización: Se aplicó la Escala de Idea Suicida de Beck (Anexo2), consta de 19 reactivos que investigan sobre el estado de ideación suicida al momento de la aplicación del instrumento. Se capturó el total de la puntuación del test, para posteriormente clasificarlos como: idea suicida y sin idea suicida.

II. Variables independientes

1. **COEFICIENTE INTELECTUAL:** Facultad de entender, de comprender. Es un factor cuantitativo de la inteligencia, su magnitud es intraindividualmente constante e interindividualmente variable: constante en todas las habilidades de un mismo individuo a otro; en la practica se llama: "inteligencia general"

Escala: Razón

Indicador:

- Rango I: "Intelectualmente superior"
- Rango II: "Definidamente superior"
- Rango III: "Intelectualmente término medio"
- Rango IV: "Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio"
- Rango V: "Deficiente mental"

Operacionalización: Se aplicó la prueba de matrices progresivas de Raven, en la cual se presenta un cuaderno de 60 láminas de figuras geométricas abstractas lacunarias (ordenadas en 5 series denominadas A, B, C, D, E, de 12 ítems cada una) que plantean problemas de completamiento de sistemas de relaciones (matrices), en complejidad creciente, y para cuya resolución el examinado debe deducir relaciones en las primeras 24 y correlaciones en las últimas 36. Se capturó el total de la puntuación del instrumento, posteriormente se consultaron las tablas percentilares para realizar los puntos de corte de acuerdo a edad y sexo. Al contar con la identificación del percentil se clasifica en rangos, el coeficiente intelectual de los individuos evaluados.

2. **AMBIENTE FAMILIAR:** Relación existente en el interior de la familia, dada por la convivencia entre los miembros de la familia.

Escala: Ordinal

Indicador: Ambiente familiar:

- Balanceado
- Moderadamente balanceado
- Rango medio
- Extremo

Operacionalización: Se aplicó la escala de ambiente familiar, FACES III (Anexo 2), versión en español: Gómez C. Irigoyen C; la cual cuenta con 20 oraciones que evalúan: La funcionalidad familiar; discrimina familias funcionales de las no funcionales. Se capturó la totalidad del puntaje de la escala, en la primera fase de la calificación se realizó el conteo de los ítems no funcionales para obtener la calificación que califica la cohesión de la familia. En la segunda fase se realizó el conteo de los ítems funcionales, y así obtener la calificación de la adaptabilidad. En la tercera etapa se realiza la suma de ambas calificaciones y se divide entre dos y así obtener el puntaje que clasifica el ambiente familiar.

3. **ALCOHOLISMO:** Es el consumo de bebidas con algún grado de alcohol, dado por la frecuencia de consumo de las mismas y el número de copas.

Escala: Razón / Ordinal

Operacionalización: Se interrogó en el cuestionario semiestructurado con respecto al estado de bebedor, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo, número de copas al día, a la semana o al mes. En la primera etapa se realizó el conteo del tiempo total de consumo, tomando la edad actual y la edad de inicio del consumo, al obtener el tiempo en meses, se procedió a realizar el conteo en copas totales lo que permitió obtener la cantidad total en copas en toda la vida del individuo, posteriormente se conformaron puntos de corte los cuales se establecieron en consumo menor a 48 copas, de 49 a 180 copas y por último mayor a 181 copas. Para establecer puntos de corte en el tiempo se conformaron para depresión hasta 3 años y consumo 4 años y más.

4. **TABAQUISMO:** Es el hábito de consumir tabaco en cualquiera de sus formas, independientemente de la edad y frecuencia de consumo

Escala: Razón / Ordinal

Operacionalización: Se interrogó e el cuestionario con respecto a condición de fumador, edad de inicio de fumar, tiempo de consumo, cigarrillos fumados por día, semana o al mes, con la finalidad de obtener el número total de cigarrillos en su vida, se estimo el tiempo real de consumo obteniendo la diferencia en tiempo con respecto a la edad actual y la edad de inicio de consumo, de esta forma se obtuvo el número total de cigarrillos fumados en la vida, posteriormente se realizó el punto de corte para depresión: en menos de 15 cigarrillos fumados y mayor a 16 cigarrillos fumados. Para idea suicida los puntos de corte se establecieron: 1 a 15 cigarrillos, 16 a 500, y mas de 501 cigarrillos fumados en la vida.

5. **CONSÚMO DE DROGAS:** Es el hábito de consumir sustancias ilícitas en cualquiera de sus formas, independientes de la edad y frecuencia de consumo.

Escala: Razón / Ordinal

Operacionalización: Se interrogó en el cuestionario con respecto a condición de consumo, edad de inicio de consumo, tiempo de consumo por: días, semana o al mes, con la finalidad de obtener frecuencia de consumo total, posteriormente se dicotomizó en consumo de cualquier droga y sin consumo.

6. **EDAD:** Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.

Escala: Razón

Operacionalización: Se interrogó a través de pregunta abierta en el cuestionario.

7. **GÉNERO:** Distribución biológica que clasifica a los individuos en hombres y mujeres.

Escala: Nominal

Indicador: 1= Masculino 2= Femenino

Operacionalización: El dato se obtuvo mediante pregunta cerrada en el cuestionario.

8. **NIVEL SOCIOECONÓMICO:** Es el conjunto de condiciones sociales, culturales y de vivienda que se integran para el bienestar del individuo y que divide a la población en diversos niveles o estratos.

Escala: Ordinal.

Indicadores: Los indicadores que conformaron el nivel socioeconómico fueron:

- Características de la posesión de la vivienda:
0= prestada, 1= rentada, 2= propia.

- Características del material del piso de la casa:
0= cemento, 1= loseta, linóleo, alfombra, 2= parquet y/o duela.

- Contar con agua potable:
0= fuera de la casa, 2= dentro de la casa.

- Contar con baño:
0= fuera de la casa, 2= dentro de la casa

- Total de cuartos para dormir.
- Total de habitantes de la vivienda.

- Grado máximo de estudio del jefe de familia: Se consideró el nivel escolar de acuerdo a los años de estudio realizados por el jefe de familia. donde el nivel de escolaridad es:
 - Sin años de estudio hasta 6 años de estudio:0
 - De 7 a 9 años: 1

- De 10 a 12 años: 2
 - Mas de 13 años: 3
- Posesión de bienes materiales:
 - Computadora: número de computadoras con las que se cuenta.
 - Internet: contar con una cuenta de acceso a internet en el hogar.
 - Teléfono: contar con línea telefónica en el hogar o teléfono celular.
 - Sistema de televisión: Se definió por acceso al sistema de televisión con el que se cuenta:
 - Televisión abierta (local)
 - Televisión por cable (cablevisión)
 - Televisión satelitel (Sky o Direc TV)
 - Horno de microondas: Contar con horno de microondas en el hogar.
 - Automóvil: número de automóviles con los que cuenta el núcleo familiar.⁴⁴

1. **Nivel de hacinamiento:** se obtuvo dividiendo el número de personas entre el número de cuartos de la vivienda y clasificando en terciles para obtener como:

- No hacinado:(donde el resultado de la división # personas, #cuartos es de 0 hasta 1.5. Con valor de 2),
- Semihacinado: (donde el resultado de la división # personas/# cuartos es de 1.6 a 3.5 y con valor de 1)
- Hacinado (donde el resultado de la división # personas / # cuartos es de 3.6 a más y con valor de 0)

Operacionalización: Al conformar el índice para nivel socioeconómico, se tomaron variables, que discriminaron al momento de asignar un peso a cada una de ellas, por lo que las variables que conformaron este indicador fueron: escolaridad del jefe de familia pertenencias (cablevisión, Tv. Satelital, internet, automóvil, microondas, tel. celular) y con la variable hacinamiento.

9. **ESCOLARIDAD:** Es el grado escolar de un individuo, el cual se encuentra determinado por la acreditación de años de estudio.

Escala: Razón y Ordinal

Indicador: Años de estudio

Operacionalización: Se preguntó en el cuestionario, el grado escolar que cursa actualmente.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el cuestionario anexo para el registro de la información, utilizado como fuente de registro en entrevista directa y confidencial (anónima) al estudiante (Anexo 2)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo, capítulo I, artículo 17, fracción I: se considera esta investigación con riesgo mínimo por lo que solo se necesita el consentimiento informado verbal, y el consentimiento de los padres, ya que se trata de menores de edad (Anexo 1). Todo individuo que fue identificado con algún estado depresivo o idea suicida, fue canalizado mediante referencia médica a su Institución de Salud si el individuo contaba con ella, aquellos que no contaron con seguridad por parte de alguna Institución de salud, fueron canalizados a los centros de apoyo con los que cuenta el departamento del Distrito Federal o a través del DIF para su manejo, así como a todo individuo con coeficiente intelectual bajo.

La información recolectada fue confidencial y no afectó su atención y relación escolar.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

- Para variables como: coeficiente intelectual, edad, alcoholismo, tabaquismo, uso de drogas, se utilizaron proporciones.
- Para las variables como: depresión, idea suicida, ambiente familiar, género, nivel socioeconómico y escolaridad, se utilizaron frecuencias simples, razones y proporciones, para caracterizar a la población de estudio.
- Se calculó la prevalencia de depresión mayor, y sus intervalos de confianza.
- Modelo de regresión logística no condicional, para explicar la ocurrencia del evento, y controlar la posible confusión.

PLAN GENERAL

Contando con la autorización por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, se procedió a:

Se solicitó la autorización por parte de la dirección de los planteles contactados, posteriormente se hizo una solicitud para realizar el estudio

Una vez obtenida la autorización, se realizó una reunión con el área de asesores de cada plantel, para coordinar actividades y solicitar horas en las cuales se pudiera realizar las encuestas.

Los alumnos que desearon participar debieron contar con el consentimiento informado por escrito del padre o tutor.

Se solicitó al profesor no estar presente al momento de la encuesta. Se explicó a los alumnos la forma de contestar el cuestionario y se hizo saber sobre la confidencialidad de la encuesta, para incrementar la honestidad de sus respuestas.

Se informó sobre la disponibilidad del encuestador de explicar el o los cuestionamientos que no entendiera.

- Se aplicó el cuestionario en el salón de clases, con la supervisión del encuestador.
- Al momento de la entrega de la encuesta, se preguntó al alumno sobre el total de respuestas en el cuestionario, de faltar alguna respuesta se invitó a ser contestada.
- Se verificó al momento de la entrega el cuestionario en busca de alguna pregunta que faltara de responder.

RESULTADOS

De las escuelas seleccionadas, se estudiaron un total de 1,222 alumnos de nivel secundaria y bachillerato técnico, con rango de edad de 12 a 19 años. La distribución de la población fue: 56% mujeres y 44% hombres. Grafico 1 (Anexo 2)

La distribución por nivel escolar, más de la mitad de la población (53%) fue nivel secundaria.

La escuela Gral. Francisco L. Urquizo, contaba al inicio del estudio con 184 alumnos, divididos en 3 grados, de los cuales 175 (95.1%) fueron encuestados, en 9 (4.9%) adolescentes decidieron no participar.

La distribución en la escuela secundaria Corregidora de Querétaro, al inicio del estudio fue de: 481 alumnos divididos en 3 grados, de los cuales 476 (98.9%) fueron encuestados, 5 (1.1%) decidieron no participar.

Mientras que en el CETIS No. 9, la distribución al inicio del estudio fue de: 796 alumnos en ambos turnos, 390 en el turno matutino, 406 en el turno vespertino, divididos ambos turnos en 3 grados, fueron encuestados en el turno matutino 386 (98.7%), 4 (1.3%) decidieron no participar; en el turno vespertino se encuestaron 185 (45.5%). Cuadro 1

La Distribución de la edad de la población estudiada se muestra en el gráfico 2. La mayor proporción corresponde a las edad de 17 años para el sexo femenino (15.8%) en comparación con el sexo masculino en donde la edad de 13 años fue la de mayor proporción (20.7). El promedio de edad fue de 15 años.

Como se observa, según las características de las variables socioeconómicas, el 69% cuentan con casa propia; en cuanto a las características de la construcción de la vivienda, el material predominante en el piso fue: loseta o linóleo en un 46.8%; más del 90% cuenta con disposición de agua potable y sanitario, dentro de la casa.

En relación a las pertenencias, las que en mayor proporción poseen los individuos fueron: computadora un 82%; televisión un 53.7%, teléfono celular un 42.9%, Internet un 39%; línea telefónica un 39%.

La distribución de la escolaridad del jefe de familia en relación a la totalidad de años estudiados fue: de 0 hasta 18 años estudiados. La media en años estudiados fue de 9.22 (+3.84), solo el 0.3% eran analfabetas.

De acuerdo al nivel de hacinamiento, conformado por el número de habitantes entre el número total de dormitorios de la vivienda, se encontró que el 23.2% no está hacinado, el 63.1% semihacinado y 13.7% hacinado. Al conformar el índice para nivel socioeconómico, solo se tomaron variables, que discriminaron al momento de asignar un peso a cada una de ellas, por lo que las variables que conformaron este indicador fueron: escolaridad del jefe de familia pertenencias (cablevisión, Tv. Satelital, internet, automóvil, microondas, Tel. celular) y el hacinamiento. Cuadro 2

Con respecto a la distribución del consumo de sustancias, el 14.4% de la población consume actualmente tabaco, anteriormente el 12.4% consumió tabaco y el 73% de la población negó haber consumido alguna vez tabaco. La distribución del total de cigarrillos fumados en la vida se dividió en terciles, el 13.7% de los hombres a fumado de 1 a 15 cigarrillos en la vida en comparación con la mujer donde la misma cantidad se reporta solo en el 9.1%; si el consumo se estima de 16 a 500 cigarrillos, el 10.9% de los hombres han consumido esta cantidad en comparación al 9.9% en las mujeres. Solo el 4.3% de los hombres y el 4.5% de las mujeres han consumido más de 501 cigarrillos en la vida.

Para el consumo de algún tipo de bebida se reporto en el 16.1% de los estudiantes encuestados, el consumo anterior en 18.1% y el 65.8% negó haber consumido algún tipo de bebida. El consumo actual como anterior de cualquier tipo de drogas se reporto en el 2.3% de la población.

La mediana de la edad de inicio de consumo de alguna droga fue: 14 años, y para cada droga fue: alcohol, tabaco e inhalantes 14 años, marihuana, pastillas, y éxtasis 15 años, cocaína 16 años y para inhalantes 10 años. Cuadros 3, 4 y 5

Dentro del ambiente familiar, medido con la escala de FACES III, destaca que: 7% de los estudiantes se desarrolla en un ambiente extremo; 28.5% en un rango medio; 36.4% en un ambiente moderadamente balanceado y, 28.1% en un ambiente balanceado; por sexo se encontró que las mujeres contribuyeron mas por cada estrato Cuadro 6

Con respecto a la distribución del coeficiente intelectual, el cual fue medido con la escala de matrices progresiva de Raven, solo el 37.6% de la población se encuentra por arriba del termino medio, el 64.6% fue clasificado por debajo de este; las mujeres se clasificaron en el rango "Definitivamente inferior en capacidad intelectual al termino medio" en el 47.2% y los hombres en el rango "Deficiente mental" en el 20.8%. Cuadros 7 y 8

La presencia de depresión, obtenida a través del inventario de Beck, mostró una prevalencia global del 45.3% (IC_{95%} 42.5- 48.0), de esta el 27.7% (IC_{95%} 25.24-34.2) fue depresión leve, 14.8% (IC_{95%} 12.8-16.8) depresión moderada y 2.7% (IC_{95%} 1.93-3.86) depresión severa, es decir 3 de cada 100 adolescentes, presentó este grado de depresión. Con respecto a la distribución de la prevalencia de depresión por sexo, el comportamiento por grados fue: 24.4% (IC_{95%} 20.8-28.1) de presión leve en el hombre en comparación a 30.1% (IC_{95%} 26.7-33.6) en la mujer; 10.7% (IC_{95%} 8.9- 13.3) de depresión moderada en el hombre en comparación a 18% (IC_{95%} 15.1-20.8) en la mujer y finalmente la depresión severa 2.7% (IC_{95%} 1.03-3.67) en el hombre en comparación a 3.3% (IC_{95%} 2.13-4.95) en la mujer. El sexo femenino por grados de depresión, presentó la mayor prevalencia. Cuadro 9

Analizando la presencia de depresión por edad, se observa un gradiente en las prevalencias, es decir, conforme aumenta la edad de la población, aumenta la prevalencia de dicho padecimiento, se observa como a los 13 años de edad la prevalencia de la población es de 39.4% (IC_{95%} 32.8 – 46.1) en comparación a 51.9% (IC_{95%} 42.4 – 61.4) a la edad de 18 años. Cabe a ser notar que la mayor prevalencia fue 52% (IC_{95%} 42.3 – 61.7) a los 12 años de edad y la menor prevalencia fue de 37.4% (IC_{95%} 2.8.2 – 46.6) a los 19 años. Cuadro 10

La prevalencia de depresión, por edad en relación al sexo, se observa mayor prevalencia de esta en todas las edades cuando el sexo fue el femenino, en comparación con el sexo masculino. Cuadro 11

Con respecto al consumo de alguna sustancia, la prevalencia de depresión por sexo fue mayor para el femenino en comparación con el masculino; en el consumo actual de tabaco, 64.1% (IC_{95%} 53.5-73.9) para la mujer, en comparación al 38.1% (IC_{95%} 27.7-49.3) para el hombre. Para el consumo actual de cualquier tipo de bebida alcohólica fue: 64.2% (IC_{95%} 55.2-73.2) para la mujer y 51.1% (IC_{95%} 40.2-61.9) para el hombre, y para el consumo de cualquier tipo de drogas, 77.8% (40.0-97.2) en comparación 73.7% (IC_{95%} 48.8-90.9) en el hombre. Cuadro 12

En lo concerniente al coeficiente intelectual, la prevalencia de depresión fue mayor para el sexo femenino en todos los rangos y por grados de depresión, a excepción del rango "Intelectualmente superior" y depresión leve, donde el sexo masculino presentó una prevalencia de 34.9% (IC_{95%} 17.2-55.7) en comparación con el sexo femenino, 18.2% (IC_{95%} 5.18-40.3). Cuadro 13

La probabilidad de presentar depresión, fue de 2 veces mas para la mujer, comparada con el hombre. Con respecto al consumo total en la vida, de alguna bebida alcohólica en copas, fue 2 veces mas cuando el consumo era mayor de 181 copas en comparación a los que no consumen; tomando el consumo de alguna bebida alcohólica en años, fue de: 3.53 en aquellos que su consumo fue mayor a 4 años en comparación a los que no consumen. Al explorar el consumo de tabaco, fue dos veces mas en aquellos que han fumado mas de 16 cigarrillos en la vida en comparación a los que no consumen. El desarrollarse en un ambiente familiar extremo fue 4 veces mayor en comparación a los que se desarrollan en un ambiente familiar balanceado. Con respecto al coeficiente intelectual, fue 2 veces mas la probabilidad de presentar depresión en aquellos individuos que se encontraron en el nivel mas inferior de la escala, en comparación a los que se encuentran en el rango "Intelectualmente superior". Cuadro 14

Una vez que se identificaron las variables que se asociaron a la depresión, se probaron varios modelos que explicaran mediante un análisis de regresión logística no condicional, la prevalencia de depresión. El modelo que se presenta en el cuadro 15, quedó conformado por variables que mejor hicieron parsimonioso el modelo, fueron: sexo femenino, tuvo 1.9 veces mayor probabilidad de haber presentado depresión, el consumo en la vida de mas de 16 cigarrillos, mostró 1.65 veces mas probabilidad de presentar depresión; el consumo en años de alguna bebida alcohólica por mas de 4 años, tuvo 2.46 veces mas probabilidad y el consumir alguna droga, 2.62 veces mas probabilidad de presentar depresión; el ambiente familiar extremo y tener el rango mas bajo en la medición del coeficiente intelectual tuvo, 4.23 y 1.77 veces mas probabilidades de presentar depresión respectivamente.

La probabilidad de presentar Idea suicida, obtenida con el inventario de Idea suicida de Beck, mostró una prevalencia global de 71.8% (IC_{95%} 69.3-74.4), la cual por sexo, se presentó: 65.4% (IC_{95%} 61.4-69.5) en el hombre y 76.8% (IC_{95%} 73.8-80.0) en la mujer. Cuadro 16

Analizando la presencia de idea suicida por edad, se observa un gradiente en las prevalencias, es decir, conforme aumenta la edad de la población, aumenta la prevalencia de dicho padecimiento, se observa como a los 13 años de edad la prevalencia de idea suicida en la población fue de 64.9% (IC_{95%} 58.4 – 71.4) en comparación a 83.8% (IC_{95%} 78.0 – 89.5) a la edad de 17 años. Cuadro 17

La prevalencia de depresión, por edad en relación al sexo, se observa mayor prevalencia de esta en todas las edades cuando el sexo fue el femenino, en comparación con el sexo masculino. Cuadro 18

Con respecto al consumo de alguna sustancia, la prevalencia de idea suicida, fue mayor para el sexo femenino en comparación con el masculino. En lo que respecta al consumo de cigarrillos, la mujer presentó en el consumo actual de tabaco, 92.4% (IC_{95%} 85.0-96.6), en comparación con el sexo masculino el cual presentó una prevalencia de 70.2% (IC_{95%} 59.3-79.7). La ingesta de cualquier tipo de bebida alcohólica la mujer presentó 85.3% (IC_{95%} 78.7-92.0) en comparación con el sexo masculino, 72.7% (IC_{95%} 62.2-81.7); finalmente para el consumo actual de cualquier droga, 88.9% (IC_{95%} 51.8-99.7) para el sexo femenino, mientras que en el sexo masculino la prevalencia fue, 73.7% (IC_{95%} 48.8-90.9). Cuadro 19

En lo concerniente a la prevalencia de idea suicida, según sexo y coeficiente intelectual, el comportamiento encontrado fue similar al consumo de alguna sustancia, es decir, las mujeres presentaron las prevalencias mayores en comparación con los hombres, en el rango intelectualmente superior, 77.3% (IC_{95%} 54.6-92.2) contra 57.7% (IC_{95%} 36.9-76.6) en los hombres; de igual forma en el resto de los rangos. Cuadro 20

La probabilidad de idea suicida, que presentó la población estudiada: tomando como basal al sexo masculino, fue de 1.75 para la mujer; tomando el consumo de alguna bebida alcohólica, en copas en la vida, fue, 1.79 cuando el consumo fue mayor de 181 copas, en comparación con aquellos que no consumen; tomando el consumo de alguna bebida alcohólica en años, fue 2 veces mas cuando el consumo fue mayor a 4 años, en comparación a los que no consumen; cuando el consumo en cigarrillos fue mayor a 501 cigarrillos en la vida, fue casi tres veces mas en comparación con aquellos que no fuman; al presentar un ambiente familiar extremo fue 1.82 veces mas en comparación a los que se desarrollan en un ambiente familiar balanceado; cuando se califica en el rango inferior de la escala de coeficiente intelectual fue 1.62 en comparación a los que se encuentra en el nivel mas alto de la escala. Cuadro 21

Para el modelo de idea suicida, las variables que mejor hicieron parsimonioso el modelo, fueron: sexo femenino, tuvo 1.70 veces mayor probabilidad de haber presentado la idea suicida, el consumo de cualquier tipo de droga, tuvo 2.62 en comparación a los que no consumen y por ultimo el desarrollarse en un ambiente extremo fue de 1.84 en comparación con aquellos que se encuentran en un ambiente balanceado. Cuadro 22

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra la caracterización de la población estudiada, acerca de la magnitud que cobra la depresión, según si se ha consumido algún tipo de droga, ya sea consumo actual, anterior o incluso si no se consume droga; también muestra la magnitud en relación al ambiente familiar en el cual se desarrolla el individuo y por ultimo, la participación del coeficiente intelectual

Con base en estos resultados se observa que el ambiente familiar extremo es un factor de riesgo importante para la salud mental de los adolescentes, de tal modo que es bastante improbable que un joven con un ambiente familiar extremo no presente algún tipo de psicopatología.

Como se ha podido observar, los resultados obtenidos, tanto a nivel de las variables como globalmente en los modelos logísticos, arrojaron un perfil de riesgo para depresión, es decir: ser mujer, de 12 a 19 años de edad, consumir algún tipo de sustancia adictiva, desarrollarse en un ambiente familiar extremo y calificar en un rango por debajo del termino medio de la escala de coeficiente intelectual.

El consumo actual de: cualquier bebida alcohólica, cigarrillo o de cualquier tipo de drogas , sigue prevaleciendo el mayor consumo en el sexo masculino como lo han demostrado otras publicaciones. ⁴⁵

En relación al consumo de alguna bebida alcohólica, el consumir mas de 180 copas en la vida de un adolescentes es un fuerte factor para desarrollar depresión o el consumir por mas de 4 años alguna bebida alcohólica.

El consumo de cigarrillos se correlaciono con depresión, cuando se ha fumado mas de 16 cigarrillos en la vida, así como consumir cualquier tipo de drogas.

El ambiente familiar, ha cobrado importancia en la depresión, diversos autores han enfocado el estudio de esta variable como parte importante del modelo que explica las relaciones de los individuos y la depresión. 18

El dirigir la búsqueda de variables como el coeficiente intelectual, en el trastorno depresivo, refleja la importancia de explicar y medir adecuadamente variables que anteriormente no se contemplaban en este trastorno.

Con el objeto de potenciar programas de prevención en salud mental para los adolescentes, es necesario que estos se centren en las variables específicas que impactan en salud. 46

Es preciso hacer notar que los resultados de este estudio constituyen una plataforma para el desarrollo de análisis más complejos que incluyan el estudio detallado sobre el acceso a los servicios de salud y a otras prácticas para combatir estos trastornos, con base en el resto de la información obtenida en este estudio.

No se puede negar que el trastorno depresivo es frecuente en nuestra población adolescente, ocupa el primer lugar entre todos los padecimientos mentales, junto con la idea suicida son entidades comunes entre las mujeres, provocando incapacidad social.

Los resultados de este trabajo permiten hacer algunas reflexiones en torno al tema de la idea suicida, en esta investigación la prevalencia de idea suicida global fue de 71.8%, mayor a lo reportado en otros estudios. 43

Con este estudio queda manifiesto el grave problema en la población estudiantil estudiada, no deja de ser conveniente tratar de detectar oportunamente la idea suicida; más aun para disminuir su incidencia, puesto que se reconoce la asociación de idea suicida con el intento de quitarse la vida, además de que en esta etapa de la vida la tendencia epidemiológica del suicidio es ascendente tanto a nivel internacional como nacional.^{47,48}

Este informe se suma a otros estudios que identifican la asociación entre la idea suicida y el abuso de sustancias psicoactivas.⁴⁹

El modelo resultante permitió identificar que las mujeres fueron las que mayor prevalencia presentaron de idea suicida cuando se encontraron en un ambiente familiar extremo, consumo de cualquier sustancia adictivas, y calificar en los niveles inferiores al termino medio en la escala de coeficiente intelectual.

El panorama presentado en esta investigación, hace evidente la necesidad de considerar a los adolescentes estudiantes como una población de riesgo, con demandas de prevención y tratamiento, considerando las semejanzas y las diferencias por género.

La escuela representa una alternativa de acción con la participación activa y coordinada de equipos multidisciplinarios, que involucren a los asesores escolares para lograr la efectividad de los programas de prevención, en alerta constante a la sensibilidad de los adolescentes, los que dan sentido y significado a la prevención de la problemática de ideación suicida.

CONCLUSIONES

El trastorno depresivo como la idea suicida, en nuestro país son problemas de salud que presentan de manera alarmante altas prevalencias en los adolescentes estudiados, afectando la dinámica de la salud del individuo como el ambiente que lo rodea.

Los resultados obtenidos muestran un panorama del trastorno depresivo y de la idea suicida entre los estudiantes de 12 a 19 años de las escuelas estudiadas, así como el riesgo que presentan las mujeres en ambas entidades.

El ambiente familiar juega un papel importante para la presencia de ambos padecimientos.

El consumo de cualquier sustancia adictiva, resultan ser factores importantes que interfieren en el desarrollo de los adolescentes, y relacionados fuertemente con el trastornos depresivo y la idea suicida.

Debido al aumento en la incidencia de estos dos padecimientos, los esfuerzos realizados para la prevención de los mismos en nuestro país, hasta el momento no han impactado como se desea, este estudio nos permite conocer las características asociadas al trastorno depresivo y a la idea suicida en la población estudiada y en base a los resultados obtenidos, utilizarlos para establecer estrategias dirigidas a establecer como rutina la aplicación de pruebas o test, al inicio del ciclo escolar, para detectar de forma oportuna a los individuos que presentan de manera inicial e incluso de forma inadvertida estas dos entidades, altamente incapacitantes en la población adolescente.

Incidir en forma temprana en estas dos entidades, las cuales son de gran magnitud actualmente en nuestro país, repercutirá de manera significativa en el futuro de estos adolescentes.

Bibliografía

- 1.- De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DRSS) para el trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. Salud Mental.1996;19(Supl.Oct):17-23
- 2.-Games-Eternod J, Palacio-Treviño JL. Introducción a la Pediatría.5ta edición Méndez editores. México, 1993: 769-774
- 3.-OPS. La Salud del Adolescente y del Joven. Directivo Medico.Sep-Oct.Mex.1999:9-15
- 4.- Berlanga C. El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica. Salud Mental.México.1999;22(4):26-32
- 5.- Tierney L, McPhee S, Papadakis M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento 2000. Ed Manual Moderno.1999:1021-1034
- 6.- Berlanga C. Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Salud Mental. 1996;5(19):26-30
- 7.- Harrison, Principios de Medicina Interna. Ed. Interamericana Vol II 14º edición 1999:2831-2850.
- 8.- Grau-Martínez A, Meneghello J. Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. ED. Panamericana. Argentina.2000:380-392
- 9.- Mondragón L, Saltijeral MT, Bimbela A., Borges G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol.1998;21(5):20-27
- 10.- Raven J.C. Test de Matrices Progresivas. Escala General. Manual para la Aplicación.Ed Paidos. Argentina:1-55
- 11.- Cevallos RJJ, Ochoa MJ, Cortés PE. Depresión en la adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas.Rev.MED IMSS.2000; 38(5):371-379

- 12- Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*.1998;21(3):26-31
- 13.- Manelic RH, Ortega-Soto HA. La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragón.*Salud Mental*,México.1995;18(2):31-34
- 14.- Gutiérrez AT, Lara-Morales H, Contreras CM. Aplicación del Children's Depresión Scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la ciudad de México.*Salud Mental*,1995;18(2):51-54
- 15.- González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, Gonzalez-Forteza C, González-Núñez JJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*.2000;23(2):21-30
- 16.- López LEK, Medina-Mora ME, Villatoro JA, Juárez F, Carreño S, Berenson S y cols. La Relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población infantil.*Salud Mental*.México;199518(4):25-32.
- 17.- González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz-León S, Gonzalez-Forteza C, González-Núñez JJ. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*.2000;23(2):21-30
- 18.- Villatoro-Velásquez JA, Andrade-Palos P, Fleiz-Bautista C, Medina-Mora IME, Reyes-Lagunes I, Rivera-Guevara. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes.*Salud Mental*, México.1997;20(2):21-27
- 19.- Irigoyen-Coria A. Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. 7ª edición 2000: 103-141
- 20.- Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. DEL SIGLO XX AL TERCER MILENIO. LAS ADICCIONES Y LA SALUD PÚBLICA: DROGAS, ALCOHOL Y SOCIEDAD. *Salud Mental*,México;2001;24(4):3-19.
- 21.- Caballero R, Madrigal de León E, Hidalgo San Martín A, Villaseñor A. El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*,México.1999;22(4):1-8.

- 22.- De la Peña P, Estrada A, Almeida L, Páez F. Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental*. México.1999;22(4):9-13
- 23.- Richter P, Alvarado L, Fend H. Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, 1997(6)
- 24.- Song SE, Kirchner JT. Depression in Children and Adolescents. *Am Fam Physician*.200;62(10):2297-2308
- 25.- González-Forteza C, Andrade-Palos P. La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*.1995;18(4):41-49
- 26.- González-Forteza C, Villatoro J, dic S, Collado ME. El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*.1998;21(2):37-45
- 27.-ONU: Unidad de la Juventud del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. CENTRO DE INFORMACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA MEXICO, CUBA Y REPUBLICA DOMINICANA. Portugal, 1998.
- 28.- Weissmann MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Maduración de adolescentes deprimidos. *JAMA* 1999;281:166-172
- 29.- López LEK, Medina-Mora ME, Villatoro JA, Juárez F, Carreño S, Berenzon S y cols. La Relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población infantil. *Salud Mental*.México;1995;18(4):25-32.
- 30.- Gómez-Castro C, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental*.1996;19(1):45-55
- 31.- Mas CC, Ramírez PME. Consumo de Alcohol y Drogas en una Población de Jóvenes Estudiantes y no Estudiantes. *Salud Mental*.1985;8(4):71-73
- 32.- Castro SME, Rojas GE, García ZG, De la Serna JJ. Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. *Salud Mental*.1986;9(4):80-86

33.- Castro SME, Rojas GMLE, De la Serna JJ. Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los colegios de bachilleres. Salud Mental.1988;11(1):35-47

34.- Tapia-Conyer R, Medina-Mora ME, León AG, Rascón ML, Lazcano Ramírez F, Solache AG y cols. El consumo de tabaco en el Distrito Federal. Salud Mental.1990;13(4):17-22

35.- Berenzon S, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Alcántar-Molinar E, Navarro C. El consumo de tabaco de la población estudiantil de la ciudad de México. Salud Mental.1999;22(4):20-25

36.- Villatoro J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P y cols. ¿HA CAMBIADO EL CONSUMO DE DROGAS DE LOS ESTUDIANTES? RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE ESTUDIANTES. MEDICIÓN OTOÑO DEL 2000. Salud Mental.2002;25(1):43-54

37.- Ontiveros-Uribe M. Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10. Salud Mental. 1996;5(19):11-18

38.- Caraveo-Anduaga J, Martínez-Vélez NA, Rivera-Guevara BE, Polo-Dayán A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Salud Mental.México,1997;5(20):15-23

39.- Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depresión in late life: A hidden public health problem for Mexico?. Salud Publica Mex.1999;41(3):189-202

40.- Flores-Gutiérrez MY, Páez F, Ocampo-Castañeda J, Corona-Hernández F. Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo. Salud Mental.México.2000;23(6):12-17

41.-Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológica de los trastornos depresivos. Salud Mental.1999;22(2):7-17

42.- Lara MA, Mondragón L, Rubí NA. Un estudio de morbilidad sobre la prevención de la depresión en las mujeres. Salud Mental.1999;22(4):41-48

43.- González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental.1998;21(3):1-9

- 44.- Bronfman M. La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. Arch. Invest. Méd. Mèx.1988;19:351-160
- 45.- Medina-Gómez OS. Consumo de sustancias adictivas en estudiantes adolescentes en Iztapalapa y factores asociados. Méx. 2003;1:58
- 46.- Montt S, ME, Ulloa-Chávez F. Autoestima y Salud mental en los adolescentes. Salud Mental. 1996;19(3):30-35
- 47.- Rotheram-Borus MJ, Trauman P, Dopkins SC, Shrout PE. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempter. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1990;58:554-561
- 48.- Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention. Current research and social policy implications. American Psychologist.1993;48(2):169-182
- 49.- Jiménez-Genchi A, Senties-Castella H, Ortega-Soto H. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida.

A N E X O 1



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para participación en proyecto de investigación clínica

México DF; a ____ de _____ del 2003

Por medio de la presente acepto la participación de mi hijo en la encuesta de salud:

Registrado ante el comité local de investigación médica con el número: _____.

El objetivo de este estudio es:

Determinar la prevalencia de depresión, idea suicida y factores asociados en adolescentes de 12 a 19 años de edad.

Se me ha explicado que la participación consistirá en contestar un cuestionario auto aplicado

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre la confidencialidad de los resultados en las diferentes encuestas.

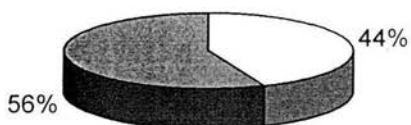
Entiendo que mi hijo conserva el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio

Nombre y Firma del participante _____

Nombre, matricula y firma del investigador principal: Dr. Miguel Ángel Baeza Acopa
10114025

Gráfico 1. Distribución de la población de estudio por género (n=1222)

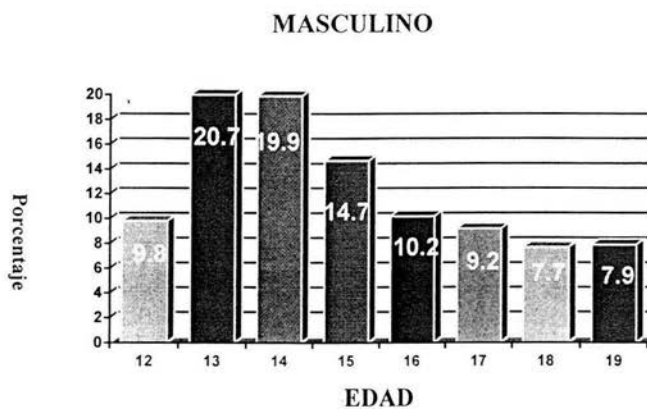
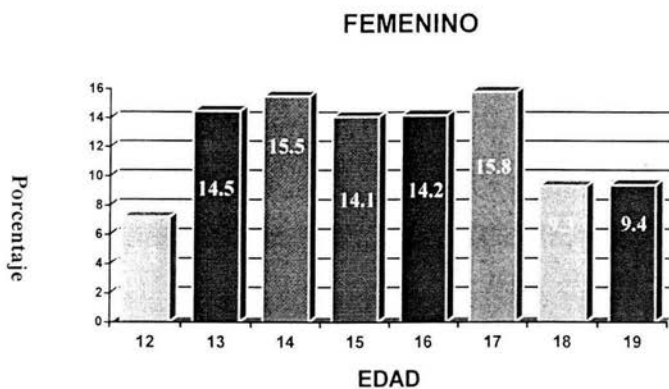


□ MASCULINO ■ FEMENINO

Cuadro 1. Distribución de la población estudiada por escuela, grado escolar y sexo. (N=1222)

Escuela	Sexo	
	Masculino	Femenino
Sec. Gral. Fco. L. Urquizo		
1ro. de Sec.	40 (30.8)	26 (23.2)
2do. de Sec.	35 (29.7)	30 (26.3)
3ro. de Sec.	20 (21.3)	24 (28.9)
Sec. Corregidora de Queretaro		
1ro. de Sec.	90 (69.2)	86 (76.8)
2do. de Sec.	83 (70.3)	84 (73.7)
3ro. de Sec.	74 (78.7)	59 (71.1)
CETIS No.9 Puerto Rico		
2do. Sem. Bach	69 (100)	143 (100)
4to. Sem. Bach.	59 (100)	144 (100)
6to. Sem. Bach.	62 (100)	94 (100)

Grafico 2. Distribución de la edad de la población estudiada por sexo (N1222)



Cuadro 2. Distribución de las características de la vivienda y pertenencias de la población estudiada

Características de la vivienda	Total n (%)	
	Casa	
Prestada	80	(6.5)
Rentada	301	(24.6)
Propia	841	(68.8)
Piso		
Cemento	566	(46.3)
Loseta, linóleo	572	(46.8)
Parquet, duela	84	(6.9)
Disposición de agua potable		
Fuera de la casa	104	(8.5)
Dentro de la casa	1118	(91.5)
Sanitario		
Fuera de la casa	79	(6.5)
Dentro de la casa	1143	(93.5)
Pertenencias	NO	SI
Computadora	214 (17.5)	1008 (82.5)
Internet	746 (61.0)	476 (39.0)
Teléfono	258 (21.1)	964 (78.9)
Tel. Celular	698 (57.1)	524 (42.9)
Televisión	566 (46.3)	656 (53.7)
Cablevisión	785 (64.2)	437 (35.8)
Tv. Satelital	1016 (83.1)	206 (16.9)
Horno de microondas	774 (63.3)	448 (36.7)
Automóvil	789 (64.6)	433 (35.4)
Escolaridad del jefe de familia		
Sin año escolar	4 (0.3)	
Primaria	389 (31.8)	
Secundaria	396(32.4)	
Bachillerato	273(22.3)	
Universidad	160 (13.1)	
*Nivel de hacinamiento		
No hacinado	283 (23.2)	
Semihacinado	771(63.1)	
Hacinado	168 (13.7)	
**Nivel socioeconómico		
Alto	278 (22.7)	
Medio	409 (33.5)	
Bajo	535 (43.8)	

* Nivel de hacinamiento= se construyó dividiendo el numero total de personas en la vivienda entre el número de habitaciones de la vivienda

No hacinado: donde el resultado de la división fue: 0 hasta 1.5, se asignó el valor de 2

Semihacinado: donde el resultado de la división fue: 1.6 a 3.5, se asignó valor de 1

Hacinado: donde el resultado de la división fue: 3.6 a más se asignó el valor de 0

**Nivel socioeconómico: Se construyó el indicador con las variables: escolaridad del jefe de familia, propiedades que discriminaron(Cablevisión, Tv. Satelital, internet, automóvil, microondas, tel. celular), y con la variable de hacinamiento en escala nominal.

Cuadro 3. Distribución del consumo de drogas en la población estudiada

Consumo de sustancias en el tiempo	Numero y porcentaje
Consumo de tabaco	
Si actualmente	176 (14.4)
Si anteriormente	152 (12.4)
No	894 (73.2)
Consumo de alcohol*	
Si actualmente	197 (16.1)
Si anteriormente	221(18.1)
No	804 (65.8)
Consumo de cualquier droga**	
Si actualmente	28 (2.3)
Si anteriormente	28 (2.3)
No	1166 (95.4)

*Cerveza, ginebra, whisky, tequila, alcohol de caña, ron, coñac, brandy, vino tinto, licor de frutas, oporto, jerez, vermouth, martin, pulque

**Marihuana, cocaína, éxtasis, pastillas, inhalantes

Cuadro 4. Distribución por sexo del total de cigarrillos fumados en toda la vida, de la población estudiada

Total de cigarrillos fumados en la vida	Sexo	
	Masculino	Femenino
Sin consumo	378 (71.1%)	528 (76.5%)
1 - 15	73 (13.7%)	63 (9.1%)
16 - 500	58 (10.9%)	68 (9.9%)
> 501	23 (4.3%)	31 (4.5%)

N= 1222

Cuadro 5. Mediana de edad de inicio por sustancia de consumo de los adolescentes estudiados

Sustancias	*Mediana de edad	Mínimo	Máximo
Alcohol	14	10	19
Tabaco	14	5	19
Marihuana	14	12	18
Cocaína	15	14	17
Pastillas	14	12	17
Éxtasis	15	12	18
Inhalantes	12	10	14

*Mediana de edad, por no distribuirse normalmente los datos

Cuadro 6. Distribución del Ambiente familiar, en la población estudiada

*Ambiente familiar	N	%
Balanceado Masculino Femenino	343 136 (39.6%) 207 (60.1)	28.1
Moderadamente balanceado Masculino Femenino	445 218 (48.9%) 227 (51.1%)	36.4
Rango medio Masculino Femenino	348 141 (40.5%) 207 (59.5%)	28.5
Extremo Masculino Femenino	86 37 (43.1%) 49 (56.9%)	7.0

*Ambiente familiar medido mediante la escala de FACES III

Cuadro 7. Distribución del coeficiente intelectual de la población estudiada (N=1222)

*Coeficiente Intelectual	Número	%
"Intelectualmente superior"	48	3.9
"Definidamente superior"	79	6.5
"Intelectualmente término medio"	332	27.2
"Definitivamente inferior en capacidad intelectual término medio"	525	43.0
"Deficiente mental"	229	18.7
No respuesta	9	0.7

*Coeficiente intelectual medido mediante el Test de Raven

Cuadro 8. Distribución del coeficiente intelectual por sexo, de la población estudiada

*Coeficiente Intelectual	Sexo	
	Masculino	Femenino
"Intelectualmente superior"	5.0%	3.2%
"Definidamente superior"	7.6%	5.7%
"Intelectualmente término medio"	28.6%	26.5%
"Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio"	38.1%	47.2%
"Deficiente mental"	20.8%	17.4%

*Coeficiente intelectual medido mediante el Test de Raven

Cuadro 9. Prevalencia de depresión global y por grados, según el sexo, medida mediante el inventario de Beck

Variable	Número	Prevalencia	*IC _{95%}
Depresión			
No	669		
Si	553	45.3	42.5-48.0
Depresión			
Leve	338	27.7	25.24-34.2
Moderada	181	14.8	12.8-16.8
Severa	34	2.7	1.93-3.86
Leve			
Masculino	130	24.4	20.8-28.1
Femenino	208	30.1	26.7-33.6
Moderada			
Masculino	57	10.7	8.9-13.3
Femenino	124	18	15.1-20.8
Severa			
Masculino	11	2.7	1.03-3.67
Femenino	23	3.3	2.13-4.95

*IC_{95%} Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 10. Prevalencia de depresión según edad

Edad	*Depresión		Prevalencia	**IC _{95%}
	Si	No		
12	53	49	52	42.3 – 61.7
13	82	126	39.4	32.8 – 46.1
14	96	119	44.7	38.0 – 51.3
15	79	95	45.4	38.0 – 52.8
16	71	79	47.3	39.3 – 55.3
17	77	83	48.1	40.4 – 55.9
18	55	51	51.9	42.4 – 61.4
19	40	67	37.4	2.8.2 – 46.6

* Depresión medida mediante el Inventario de Beck

**IC_{95%} Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 11. Prevalencia de depresión, según edad y sexo

Edad	Sexo	*Depresión		Prevalencia	**IC _{95%}
		Si	No		
12	Masculino	21	31	40.4	27.0 – 54.9
	Femenino	32	18	64.0	49.2 – 77.1
13	Masculino	38	71	34.9	25.9 – 43.8
	Femenino	44	55	44.4	34.5 – 54.8
14	Masculino	37	70	34.6	25.6 – 43.6
	Femenino	59	49	54.6	42.5 – 64.0
15	Masculino	32	46	41.0	30.0 – 52.7
	Femenino	47	49	49.0	38.6 – 59.4
16	Masculino	21	33	38.9	25.9 – 53.1
	Femenino	50	46	52.1	41.6 – 62.4
17	Masculino	21	28	42.9	28.8 – 57.8
	Femenino	56	55	95	41.1 – 59.8
18	Masculino	19	22	46.3	30.7 – 62.6
	Femenino	36	29	55.4	42.5 – 67.7
19	Masculino	9	33	21.4	10.3 – 36.8
	Femenino	31	34	47.7	35.2 – 60.5

* Depresión medida mediante el Inventario de Beck

**IC_{95%}. Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 12. Prevalencia de depresión por sexo y consumo de alguna sustancia, en la población estudiada.

Variables	Depresión		Prevalencia	*IC _{95%}
	Si	No		
Consumo de tabaco				
Si actualmente				
Masculino	32	52	38.1	27.7 – 49.3
Femenino	59	33	64.1	53.5 – 73.9
Si anteriormente				
Masculino	40	32	55.6	43.4 – 67.3
Femenino	55	24	69.6	58.2 – 79.5
No				
Masculino	126	250	33.5	28.7 – 38.3
Femenino	241	278	46.4	42.1 – 50.7
Consumo de alcohol**				
Si actualmente				
Masculino	45	43	51.1	40.2 – 61.9
Femenino	70	39	64.2	55.2 – 73.2
Si anteriormente				
Masculino	45	66	40.5	31.4 – 49.7
Femenino	65	45	59.1	49.9 – 68.3
No				
Masculino	108	225	32.4	27.4 – 37.5
Femenino	220	251	46.7	42.2 – 51.2
Consumo de cualquier droga***				
Si actualmente				
Masculino	14	5	73.7	48.8 – 90.9
Femenino	7	2	77.8	40.0 – 97.2
Si anteriormente				
Masculino	9	8	52.9	27.8 – 77.0
Femenino	8	3	72.7	39.0 – 94.0
No				
Masculino	175	321	35.3	31.1 – 39.5
Femenino	340	330	50.7	47.0 – 54.5

*IC_{95%}. Intervalo de confianza al 95%

**Cerveza, ginebra, whisky, tequila, alcohol de caña, ron, coñac, brandy, vino tinto, licor de frutas, oporto, jerez, vermouth, martini, pulque

***Marihuana, cocaína, éxtasis, pastillas, inhalantes

Cuadro 13. Prevalencia de depresión por grados, según sexo y coeficiente intelectual en la población estudiada

Coeficiente intelectual	Sexo	Depresión		
		Leve	Moderada	Severa
Intelectualmente superior	Masculino	34.9 (17.2-55.7)	3.85 (0.09-19.6)	3.88 (0.09-19.6)
	Femenino	18.2 (5.18-40.3)	13.6 (2.91-34.9)	
Definidamente superior	Masculino	30 (16.6-46.5)	2.5 (0.06-13.2)	
	Femenino	33.3 (19.1-50.2)	17.9 (7.54-33.5)	
Intelectualmente término medio	Masculino	20 (13.6-26.4)	9.3 (5.19-15.2)	2 (0.4-5.73)
	Femenino	28.6 (22.0-35.1)	18.1 (12.5-23.7)	2.7 (0.8-6.2)
Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio	Masculino	23.5 (17.6-29.4)	12.0 (7.50-16.5)	3.0 (1.10-6.41)
	Femenino	30.2 (25.2-35.1)	16.6 (12.6-20.7)	4.0 (2.14-6.41)
Deficiente mental	Masculino	29.4 (20.8-37.9)	14.7 (8.04-21.3)	0.9 (0.01-5.01)
	Femenino	34.2 (25.7-42.7)	22.5 (15.0-30.0)	4.17 (1.36-9.45)

IC_{95%}. Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 14. Prevalencia de depresión con factores de riesgo sociodemográficos

Variables	Depresión		Prev.	IC _{95%}	RMP	X ²	P
	Si	No					
Sexo							
Masculino	198	334	37.2	33.1-41.3	1		
Femenino	355	335	51.4	47.7-55.2	1.79	24.54	<0.00001
Consumo de alguna bebida alcohólica en copas							
Sin consumo	438	586	42.8	39.7-45.8	1		
< 48 copas	33	30	52.4	39.4-65.1	1.47		
49 a 180	40	27	59.7	47.0-71.5	1.98		
> 181	42	26	61.8	49.2-73.3	2.16	*16.45	<0.00001
Consumo en años de alguna bebida alcohólica							
Sin consumo	456	596	43.3	40.4-46.3	1		
Hasta 3 años	70	63	52.6	44.1-61.1	1.45		
>4años	27	10	73.0	55.9-86.2	3.53	*15.08	<0.0001
Cigarrillos							
Sin consumo	375	531	41.4	38.2-44.6	1		
1-15	73	63	53.7	45.3-62.1	1.64		
>16	105	75	59.3	51.1-65.5	1.98	*21.11	<0.00001
Ambiente familiar							
Balanceado	102	241	29.7	24.9-34.6	1		
Moderadamente balanceado	190	255	42.7	38.1-47.3	1.76		
Rango medio	206	142	59.2	54.0-64.4	3.43		
Extremo	55	31	64.0	52.9-74.0	4.19	*71.64	<0.00001
Coficiente intelectual							
Intelectualmente superior	18	30	37.5	24.0-52.7	1		
Definidamente superior	33	46	41.8	30.8-53.4	1.20		
Intelectualmente término medio	137	495	21.7	18.5-24.9	1.17		
Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio	242	283	46.1	41.8-50.9	1.43		
Deficiente mental	122	107	53.3	46.8-59.7	1.90	*8.34	0.004

P= Valor alfa

*X² de tendencia

Análisis Multivariado

Cuadro 15. Regresión logística no condicional que muestra la relación entre diferentes variables de estudio y el antecedente de consumo de alguna sustancia adictiva con depresión

Variable	RM	IC _{95%}
Edad	0.95	0.89-1.00
Sexo		
Masculino	1	
Femenino	1.97	1.54-2.52
Consumo de cigarrillos en toda la vida		
Sin consumo	1	
1-15	1.60	1.07-2.37
>16	1.65	1.13-2.40
Consumo en años de alguna bebida alcoholica		
Sin consumo	1	
Hasta 3 años	1.10	0.73-1.67
>4 años	2.46	1.12-5.39
Consumo de drogas		
Sin consumo	1	
Consumir alguna droga	2.62	0.79-8.62
Ambiente familiar		
Balanceado	1	
Moderadamente balanceado	1.87	1.37-2.54
Rango medio	3.39	2.45-4.70
Extremo	4.23	2.53-7.06
Coficiente intelectual		
Intelectualmente superior	1	
Definitivamente superior	1.25	0.57-2.72
Intelectualmente término medio	1.00	0.52-1.94
Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio	1.22	0.64-2.31
Deficiente mental	1.77	0.90-3.47

Deviance= 1543.278

P= <0.001

Log. Likelihood= 68.831

Cuadro 16. Prevalencia de Idea suicida, medida mediante el inventario de Idea Suicida de Beck

Variable	Número	Prevalencia	*IC _{95%}
Idea suicida			
No	344		
SI	878	71.8	69.3 -74.4
Idea suicida			
Masculino	348	65.4	61.4-69.5-
Femenino	530	76.8	73.8-80.0

*IC_{95%} Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 17. Prevalencia de idea suicida, según edad en la población estudiada

Edad	*Idea Suicida		Prevalencia	**IC _{95%}
	Si	No		
12	72	30	70.6	61.7 – 79.4
13	135	73	64.9	58.4 – 71.4
14	129	86	60.0	53.5 – 66.5
15	117	57	67.7	66.3 – 74.2
16	115	35	76.7	69.9 – 83.4
17	134	26	83.8	78.0 – 89.5
18	88	18	83	75.9 – 96.5
19	88	19	82.2	75.0 – 89.5

*Idea suicida medida mediante el Inventario de Idea Suicida de Beck

**IC_{95%} Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 18. Prevalencia de idea suicida, según edad y sexo en la población estudiada

Edad	Sexo	*Idea Suicida		Prevalencia	**IC _{95%}
		Si	No		
12	Masculino	33	19	63.5	49.0 – 76.4
	Femenino	39	11	78.0	64.0 – 88.5
13	Masculino	69	40	63.3	54.3 – 72.4
	Femenino	66	33	66.7	56.5 – 75.8
14	Masculino	53	54	49.5	40.1 – 59.0
	Femenino	76	32	70.4	61.8 – 79.0
15	Masculino	53	25	67.9	56.4 – 78.1
	Femenino	64	32	85.4	76.7 – 91.8
16	Masculino	33	21	61.1	46.9 – 74.1
	Femenino	82	14	85.4	76.7 – 91.8
17	Masculino	39	10	79.9	65.7 – 89.8
	Femenino	95	16	85.6	79.1 – 92.1
18	Masculino	35	6	85.4	70.8 – 94.4
	Femenino	53	12	81.5	70.0 – 90.1
19	Masculino	33	9	78.6	63.2 – 89.7
	Femenino	55	10	84.6	73.5 – 92.4

*Idea suicida medida mediante el Inventario de Idea Suicida de Beck

**IC_{95%}. Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 19. Prevalencia de idea suicida por sexo y por consumo de alguna sustancia, en la población estudiada

Variables	Idea Suicida		Prevalencia	*IC _{95%}
	Si	No		
Consumo de tabaco				
Si actualmente				
Masculino	59	25	70.2	59.3-79.7
Femenino	85	7	92.4	85.0-96.6
Si anteriormente				
Masculino	56	16	77.8	66.4-86.7
Femenino	67	12	84.8	75.0-91.9
No				
Masculino	233	143	62.0	57.1-66.9
Femenino	378	141	72.8	69.0-76.7
Consumo de alcohol**				
Si actualmente				
Masculino	64	24	72.7	62.2-81.7
Femenino	93	16	85.3	78.7-92.0
Si anteriormente				
Masculino	70	41	63.1	54.1-72.0
Femenino	84	26	76.4	68.4-84.3
No				
Masculino	214	119	64.3	59.1-69.4
Femenino	353	118	74.9	71.0-78.9
Consumo de cualquier droga***				
Si actualmente				
Masculino	14	5	73.7	48.8-90.9
Femenino	8	1	88.9	51.8-99.7
Si anteriormente				
Masculino	15	2	88.2	63.6-98.8
Femenino	9	2	81.8	48.2-97.7
No				
Masculino	319	177	70.2	66.1-74.2
Femenino	513	157	76.6	73.4-79.8

*IC_{95%}. Intervalo de confianza al 95%

**Cerveza, ginebra, Whisky, tequila, alcohol de caña, ron, coñac, brandy, vino tinto, licor de frutas, oporto, jerez, vermouth, martini, pulque

***Marihuana, cocaína, éxtasis, pastillas, inhalantes

Cuadro 20. Prevalencia de idea suicida, según sexo y coeficiente intelectual en la población estudiada

Coeficiente intelectual	Sexo	Idea suicida % *IC_{95%}:
Intelectualmente superior	Masculino	57.7 (36.9,76.6)
	Femenino	77.3 (54.6,92.2)
Definidamente superior	Masculino	57.5 (40.9,73.0)
	Femenino	71.8 (55.1,85.0)
Intelectualmente término medio	Masculino	66.7 (59.1,74.2)
	Femenino	76.9 (70.8,83.0)
Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio	Masculino	63.5 (56.8,70.2)
	Femenino	76.3 (71.7,80.9)
Deficiente mental	Masculino	72.5 (64.1,80.9)
	Femenino	80.0 (72.8,87.2)

*IC_{95%}. Intervalo de confianza al 95%

Cuadro 21. Prevalencia de idea suicida con factores de riesgos sociodemográficos

Variables	Idea suicida		Prev.	IC _{95%}	RMP	X ²	P
	Si	No					
Sexo							
Masculino	348	184	65.4	61.4-69.5			
Femenino	530	160	76.8	73.8-80.0	1.75	19.28	0.000113
Consumo de alguna bebida alcohólica en copas							
Sin consumo	720	304	70.3	67.5-73.1	1		
< 48 copas	51	12	81.0	69.1-89.8	1.79		
49 a 180	52	15	77.6	65.8-86.9	1.46		
> 181	55	13	80.9	69.5-89.4	1.79	*6.19	0.01
Consumo en años de alguna bebida alcohólica							
Sin consumo	741	311	70.4	67.7-73.2	1		
Hasta 2 años	81	19	81.0	71.9-88.2	1.79		
3 años	25	8	75.8	57.7-88.9	1.31		
>4años	31	6	83.8	68.0-93.8	2.17	*6.14	0.01
Cigarrillos							
Sin consumo	619	287	68.3	65.3-71.4	1		
1-15	107	29	78.7	71.8-85.6	1.71		
16 – 500	106	20	84.1	77.7-90.5	2.46		
>501	46	8	85.2	72.9-93.4	2.67	*21.49	0.00000
Ambiente familiar							
Balanceado	237	106	69.1	64.2-74.0	1		
Moderadamente balanceado							
Rango medio	309	136	69.4	65.2-73.7	1.02		
Extremo	263	85	75.6	71.1-80.1	1.38		
	69	17	80.2	70.2-88.0	1.82	*6.638	0.00999
Coefficiente intelectual							
Intelectualmente superior	32	16	66.7	51.6-74.6	1		
Definitivamente superior	51	28	64.6	53.0-75.0	0.91		
Intelectualmente término medio	240	92	72.3	67.5-77.1	1.30		
Definitivamente inferior en capacidad intelectual al término medio	375	150	71.4	67.6-75.3	1.25		
Deficiente mental	175	54	76.4	70.9-81.9	1.62	*3.42	0.06

Prev.= Prevalencia

*X² de tendencia

P= Valor Alfa

Análisis Multivariado

Cuadro 22. Regresión logística no condicional que muestra la relación entre diferentes variables de estudio y el antecedente de consumo de alguna sustancia adictiva con idea suicida

Variable	RM	IC _{95%}
Edad	1.15	1.07-1.23
Sexo		
Masculino	1	
Femenino	1.70	1.31-2.21
Consumo de cigarrillos en toda la vida		
Sin consumo	1	
1-15	1.70	1.08-2.69
16-500	2.04	1.20-3.49
>501	1.99	0.88-4.46
Consumo en años de alguna bebida alcoholica		
Sin consumo	1	
Hasta 3 años	1.07	0.65-1.74
>4 años	1.01	0.39-2.58
Consumo de drogas		
Sin consumo	1	
Consumir alguna droga	2.62	0.79-8.62
Ambiente familiar		
Balanceado	1	
Moderadamente balanceado	1.07	0.78-1.46
Rango medio	1.37	0.97-1.93
Extremo	1.84	1.01-3.32

Deviance= 1381.970

P= <0.001

Log. Likelihood= 312.108

A N E X O 2

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE SALUD PUBLICA**

La información que a continuación se te pregunta es totalmente confidencial, contesta honestamente lo que se te pide.

Subraya la respuesta que creas conveniente y en las preguntas abiertas responde en el espacio

II. FICHA DE IDENTIFICACIÓN				NO RESPONDER EN ESTA AREA			
2.1 Escuela:				<input type="checkbox"/>			
2.2 Turno: 1) Matutino 2) Vespertino.				<input type="checkbox"/>			
2.3 Género: 1) Masculino 2) Femenino.				<input type="checkbox"/>			
2.4 ¿Cuántos años has estudiado? <i>*cuenta el total de años, desde la primaria</i>				<input type="checkbox"/>			
2.5 ¿Grado escolar que cursas actualmente?				<input type="checkbox"/>			
2.6 ¿Cuántos años cumplidos tienes?				<input type="checkbox"/>			
III. NIVEL SOCIOECONÓMICO.							
3.0 ¿La casa en donde vives es? 0.- Prestada 1.- Rentada 2.- Propia				<input type="checkbox"/>			
3.1 ¿El piso de la casa de que material es? 0.-Cemento 1.-(loseta, linóleo, alfombra) 2.-(parquet y duela)				<input type="checkbox"/>			
3.2 ¿Cuenta con agua potable? 0. Fuera de la casa 2. Dentro de la casa				<input type="checkbox"/>			
3.3 ¿Cuenta con baño? 0. Fuera de la casa 2.- Dentro de la casa				<input type="checkbox"/>			
3.4 ¿Cuántos cuartos de la vivienda utiliza como dormitorio? <i>*cuenta el total de cuartos que utiliza toda tu familia</i>				<input type="checkbox"/>			
3.5 ¿Cuántas personas en total habitan la casa? <i>*La cuenta te incluye a tí</i>				<input type="checkbox"/>			
3.6 ¿Cuál es el año y grado escolar máximo del jefe de familia? <i>*cuenta desde la primaria el total de años estudiados</i>				<input type="checkbox"/>			
3.7 Marca con una "X" si en tu casa existen cualquiera de los siguientes artículos:							
ARTÍCULO	SI	NO		ARTÍCULO	SI	NO	
Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TV. Cable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		TV. Satelital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Horno de Microondas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV. Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Cuántos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. TABAQUISMO.					
4.0 ¿Has fumado alguna vez? 1) Sí actualmente 2) Si anteriormente 3) No					
*Si respondes, no, favor de pasar a la pregunta:5.1					
4.1 ¿A qué edad empezaste a fumar? _____ años					
4.2 ¿Has fumado más de 100 cigarrillos en tu vida? 1) Sí 2) No					
4.3 ¿Cuántos cigarrillos fumas?					
4.4 ¿Con que frecuencia fumas esta cantidad de cigarrillos? 1) Diario 2) Semanal 3) Mensual 4) Ocasional					
4.5 ¿Cuánto tiempo lleva fumando esta cantidad? _____(meses)					
4.6 El cigarro que fumas, ¿es con filtro? 1) Sí 2) No 3) No sabe					
4.7 ¿Te fumas completamente el cigarro? 1) Sí 2) No					
Ex fumador					
4.8 ¿A qué edad dejaste de fumar? _____ años					
4.9 El cigarro que fumabas, ¿era con filtro? 1. Sí 2. No					
4.10 ¿Te fumabas completamente el cigarro? 1. Sí 2. No					
V. INGESTA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.					
5.1 ¿Has ingerido alguna vez en tu vida bebidas alcohólicas? 1) Sí actualmente 2) Sí anteriormente 3) No					
*Si respondes, no, favor de pasar a la pregunta:6.1					
5.2 ¿A qué edad empezaste a ingerir bebidas alcohólicas?:					
5.3 Si consumes actualmente algún tipo de bebida señala la frecuencia y la cantidad de copas, al día, a la semana o al mes según sea el caso.					
TIPO DE BEBIDA	Veces al día	Veces a la semana	Veces al mes	Cantidad	
Cerveza					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ginebra, Whisky					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tequila, Alcohol de caña					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ron, Coñac, Brandy, Vodka					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vino tinto					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Licor de frutas, Oporto					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jerez, Vermouth, Martini					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pulque					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

5.4 Si consumías algún tipo de bebida, señala la frecuencia y cantidad de copas al día, a la semana o al mes según sea el caso.

TIPO DE BEBIDA	Veces al día	Veces a la semana	Veces al mes	Cantidad				
Cerveza					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginebra, Whisky					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tequila, Alcohol de caña					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ron, Coñac, Brandy, Vodka					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vino tinto					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Licor de frutas, Oporto					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jerez, Vermouth, Martini					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulque					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VI CONSUMO DE SUSTANCIAS

6.1 ¿Has ingerido alguna vez en tu vida alguna sustancia como: marihuana, cocaína, pastillas, éxtasis, Inhalantes, thiner, cemento u otros?

1) Sí actualmente 2) Sí anteriormente 3) No

****Si respondes, no, favor de pasar a la sección VII del cuestionario**

6.2 Si consumes alguna sustancia, señala la edad de inicio de consumo y frecuencia al día, por semana o al mes según sea el caso.

Sustancia	Edad de inicio de consumo	Frecuencia de consumo actual						
		Al día	Por semana	Al mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marihuana					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cocaína					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pastillas					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Éxtasis					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inhalantes: Tinher, cemento, otros					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.3 Si anteriormente consumías alguna sustancia, señala la edad de inicio de consumo y frecuencia al día, a la semana o al mes, según sea el caso.								
Sustancia	Edad de inicio de consumo	Frecuencia de consumo actual						
		Al día	Por semana	Al mes				
Marihuana								
Cocaína								
Pastillas								
Éxtasis								
Inhalantes: Tinher, cemento, otros								

VII Lee cuidadosamente cada afirmación, marca con una X la opción que describa de mejor manera cómo te sentiste la semana pasada.

	Siempre	Algunas veces	Nunca		
7.1.- Me interesan las cosas tanto como antes.					
7.2.- Duermo muy bien.					
7.3.- Me dan ganas de llorar.					
7.4.- Me gusta salir con mis amigos.					
7.5.- Me gustaría escapar, salir corriendo.					
7.6.- Me duele la panza.					
7.7.- Tengo mucha energía					
7.8.- Disfruto la comida					
7.9.- Puedo defenderme por mí mismo.					
7.10.- Creo que no vale la pena vivir.					
7.11.- Soy bueno para las cosas que hago.					
7.12.- Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes					
7.13.- Me gusta hablar con mi familia.					
7.14.- Tengo sueños horribles.					
7.15.- Me siento muy solo.					
7.16.- Me animo fácilmente.					
7.17.- Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo					
7.18.- Me siento muy aburrido.					

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA
ED-BECK**

Lee cuidadosamente cada afirmación, circula la opción de la afirmación que describa de mejor manera cómo te sentiste la semana pasada.

1. <input type="checkbox"/> No me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste <input type="checkbox"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme <input type="checkbox"/> Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> No me siento desanimado acerca del futuro <input type="checkbox"/> Me siento desanimado acerca del futuro <input type="checkbox"/> Siento que no tengo para que pensar en el porvenir <input type="checkbox"/> Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> No me siento como un fracasado <input type="checkbox"/> Siento que he fracasado más que otras personas <input type="checkbox"/> Conforme veo hacia atrás, en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos <input type="checkbox"/> Siento que como persona soy un completo fracaso	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre <input type="checkbox"/> No disfruto las cosas como antes <input type="checkbox"/> Ya no obtengo satisfacción de nada <input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho y molesto con todo	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> No me siento culpable <input type="checkbox"/> En algunos momentos me siento culpable <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo me siento algo culpable <input type="checkbox"/> Me siento culpable todo el tiempo	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> No siento que seré castigado <input type="checkbox"/> Siento que puedo ser castigado <input type="checkbox"/> Creo que seré castigado <input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> No me siento descontento conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me siento descontento conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me siento a disgusto conmigo mismo <input type="checkbox"/> Me odio a mi mismo	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> No siento que sea peor que otros <input type="checkbox"/> Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores <input type="checkbox"/> Me culpo todo el tiempo por mis errores <input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> No tengo ninguna idea acerca de suicidarme <input type="checkbox"/> Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría <input type="checkbox"/> Quisiera suicidarme <input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviera la oportunidad	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> No lloro más que de costumbre <input type="checkbox"/> Lloro más que antes <input type="checkbox"/> Lloro todo el tiempo <input type="checkbox"/> Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera	<input type="checkbox"/>

11 <input type="checkbox"/> Ahora no estoy más irritable que antes <input type="checkbox"/> Me molesto o irrito más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="checkbox"/> No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban	<input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/> No he perdido el interés en la gente <input type="checkbox"/> No me interesa la gente como antes <input type="checkbox"/> He perdido la mayor parte de mi interés en la gente <input type="checkbox"/> He perdido todo el interés en la gente	<input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/> Tomo decisiones tan bien como siempre <input type="checkbox"/> Pospongo decisiones con más frecuencia que antes <input type="checkbox"/> Se me dificulta tomar decisiones <input type="checkbox"/> No puedo tomar decisiones en nada	<input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/> No me siento que me vea más feo (a) que antes <input type="checkbox"/> Me preocupa que me vea viejo (a) y feo (a) <input type="checkbox"/> Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo <input type="checkbox"/> Creo que me veo horrible	<input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="checkbox"/> Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo <input type="checkbox"/> Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa <input type="checkbox"/> No puedo trabajar para nada	<input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/> Duermo tan bien como antes <input type="checkbox"/> No duermo tan bien como antes <input type="checkbox"/> Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir <input type="checkbox"/> Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme	<input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/> No me canso más de lo habitual <input type="checkbox"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="checkbox"/> Me canso de hacer casi cualquier cosa <input type="checkbox"/> Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa	<input type="checkbox"/>
18 <input type="checkbox"/> Mi apetito es igual que siempre <input type="checkbox"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="checkbox"/> Casi no tengo apetito <input type="checkbox"/> No tengo apetito en lo absoluto	<input type="checkbox"/>
19 <input type="checkbox"/> No he perdido peso o casi nada <input type="checkbox"/> He perdido más de 2.5 kilos <input type="checkbox"/> He perdido más de 5 kilos <input type="checkbox"/> He perdido más de 7.5 kilos	<input type="checkbox"/>
20 <input type="checkbox"/> Mi salud no me preocupa más que antes <input type="checkbox"/> Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa <input type="checkbox"/> Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa	<input type="checkbox"/>
21 <input type="checkbox"/> Mi interés por el sexo es igual que antes <input type="checkbox"/> Estoy menos interesado en el sexo que antes <input type="checkbox"/> Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes <input type="checkbox"/> He perdido completamente el interés en el sexo.	<input type="checkbox"/>

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE SALUD PÚBLICA
EIS-BECK**

Lee cuidadosamente cada afirmación, circula la opción de la afirmación que describa de mejor manera cómo te sentiste la semana pasada.

1.- Deseo de vivir 0.- Moderado a fuerte 1.- Poco (débil) 2.- Ninguno (no tiene)	<input type="checkbox"/>
2.- Deseo de morir 0.- Ninguno (o tiene) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte	<input type="checkbox"/>
3.- Razones para vivir / morir 0.- Vivir supera a morir 1.- Equilibrado (es igual) 2.- Morir supera a morir	<input type="checkbox"/>
4.- Deseo de realizar un intento de suicidio activo 0.- Ninguno (inexistente) 1.- Poco (débil) 2.- Moderado a fuerte	<input type="checkbox"/>
5.- Deseo pasivo de suicidio 0.- Tomaría precauciones para salvar su vida 1.- Dejaría la vida / muerte a la suerte 2.- Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida	<input type="checkbox"/>
6.- Duración 0.- Breves, periodos pasajeros 1.- Periodos largos 2.- Continuos (crónicos) casi continuos	<input type="checkbox"/>
7.- Frecuencia 0.- Rara (y ocasionalmente) 1.- Intermitente 2.- Persistentes y continuos	<input type="checkbox"/>
8.- Actitud hacia los pensamientos / deseos de suicidio 0.- Rechazo 1.- Ambivalente, indiferente 2.- Aceptación	<input type="checkbox"/>
9.- Control sobre la acción / deseo de suicidio 0.- Tiene sentido de control 1.- interés de control 2.- No tiene sentido de control	<input type="checkbox"/>
10.- Razones o motivos que detienen la tentativa suicida 0.- No lo intentaría porque algo lo detiene 1.- Cierta duda hacia los intereses que lo detienen 2.- Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen	<input type="checkbox"/>
11.- Razones para pensar / desear el intento suicida 0.- Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza 1.- Combinación de 0 y 2 2.- Escapar, acabar, salir de problemas	<input type="checkbox"/>
12.- Método: Especificidad / oportunidad de pensar el intento 0.- Sin considerar 1.- Considerado, pero sin elaborar los detalles 2.- Detalles elaborados / bien formulados	<input type="checkbox"/>

13.- Método: Disponibilidad / oportunidad de pensar el intento 0.- Método no disponible, no oportunidad 1.- Método tomaría tiempo / esfuerzo; oportunidad no disponible realmente 2.- Método y oportunidad disponible	<input type="checkbox"/>
14.- Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento 0.- Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente 1.- No está seguro de tener valor 2.- Está seguro de tener valor	<input type="checkbox"/>
15.- Expectativa / anticipación de un intento real 0.- No 1.- Sin seguridad, sin claridad 2.- Sí	<input type="checkbox"/>
16.- Preparación real 0.- Ninguna 1.- Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos) 2.- Completa	<input type="checkbox"/>
17.- Nota suicida 0.- Ninguna 1.- Solo pensada, iniciada, son terminar 2.- Escrita, terminada	<input type="checkbox"/>
18.- Acciones finales para preparar la muerte (testamentos, arreglos, regalos) 0.- No 1.- Sólo pensados, arreglos parciales 2.- terminados	<input type="checkbox"/>
19.- Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida 0.- Revela las ideas 1.- Revela las ideas con reserva 2.- Encubre, engaña, miente	<input type="checkbox"/>

HOJA DE RESPUESTA DEL CUADERNO DE MATRICES

Instrucciones

- Favor de no abrir el cuaderno hasta que se te avise.
- Escucha atentamente la explicación para responder el cuadernillo.
- En cada página de tu cuaderno hay un dibujo con un espacio en blanco, en cada una de ellas debe descubrir cuál de las partes de la parte inferior es la que completa el dibujo superior.
- Cuando la descubras, escribe el número de la parte adecuada en la hoja de respuesta, al lado del número del dibujo.
- Examina uno por uno, desde el comienzo hasta la terminación del cuaderno de dibujos.
- Trabaja solo y no saltes ninguna de las matrices, ni vuelvas atrás.

A-1_____	B-1_____	C-1_____	D-1_____	E-1_____	
A-2_____	B-2_____	C-2_____	D-2_____	E-2_____	
A-3_____	B-3_____	C-3_____	D-3_____	E-3_____	
A-4_____	B-4_____	C-4_____	D-4_____	E-4_____	
A-5_____	B-5_____	C-5_____	D-5_____	E-5_____	
A-6_____	B-6_____	C-6_____	D-6_____	E-6_____	
A-7_____	B-7_____	C-7_____	D-7_____	E-7_____	
A-8_____	B-8_____	C-8_____	D-8_____	E-8_____	
A-9_____	B-9_____	C-9_____	D-9_____	E-9_____	
A-10_____	B-10_____	C-10_____	D-10_____	E-10_____	
A-11_____	B-11_____	C-11_____	D-11_____	E-11_____	
A-12_____	B-12_____	C-12_____	D-12_____	E-12_____	

**“El imprudente que se consagra sin vocación a un estado u
oficio, no puede ni debe encontrar mas que decepciones y
sufrimientos; pero quien ha nacido
con dotes para una especialidad;
encuentra en su ejercicio
la más hermosa de
las existencias”.**

(Goethe)