



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 55
FRESNILLO, ZACATECAS

“FACTORES ASOCIADOS PARA DESARROLLAR DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA “

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. GLADYS MARLENE GARCÍA PACHECO

ASESOR: DR. JESUS ALFONSO HERNÁNDEZ LARA

FRESNILLO, ZACATECAS

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



AGRADECIMIENTOS



Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México el haberme dado la oportunidad de poder formarme como Médico Familiar y crecer intelectualmente .

Al Instituto Mexicano del Seguro Social , Gracias por haber abierto las puertas para mi desarrollo profesional y permitirme ejercer la profesión y especialidad mas noble “Medicina Familiar”.

Mi profundo agradecimiento hacia mis Padres y hermanos , quienes durante todos estos años han confiado en mí; comprendiendo mis ideales y el tiempo que sacrifiqué y no estuve con ellos ; hoy que culmina una nueva etapa sabemos que valió la pena ese sacrificio. Gracias por su amor y su apoyo.

A mis amigos y compañeros que me ayudaron en esta jornada con ese apoyo incondicional y gracias a ellos todo este trabajo fue más placentero. Porque juntos ayer emprendimos el camino de la preparación, cuando era un anhelo, juntos llegamos a la meta... hoy es el final de un nuevo principio.

Mi reconocimiento a la profesora titular de la especialidad Dra Aurora Del Villar por su paciencia, por transmitir sus conocimientos y por guiar mis pasos en esta etapa de mi formación.

De igual forma agradezco a mi asesor metodológico Dr. Jesús Hernández Lara por su invaluable apoyo para la realización de este trabajo.

A la Dra Ivonne Sótelo Ham, Gracias por su apoyo motivador, por confiar en mi, por su aporte para el enriquecimiento de mi tesis y, por crear en mi una nueva visión de la investigación ..

Y a todas esas innumerables personas que de una u otra manera hicieron posible la realización de este trabajo , Gracias por ser un estímulo para continuar concibiendo nuevas metas.

Pero sobre todo a **Dios** doy infinitas gracias por haberme permitido llegar al día de hoy con alegría y satisfacción.



ÍNDICE

- I. ANTECEDENTES
- II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- III. JUSTIFICACIÓN
- IV. OBJETIVOS:
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos
- V. HIPÓTESIS
 - Hipótesis general
 - Hipótesis específica
- VI. METODOLOGÍA
 - Tipo de estudio
 - Población de estudio:
 - Población
 - Lugar
 - Tiempo
 - Muestreo
 - Tipo de muestra
 - Tamaño de la muestra
 - Criterios de selección
 - Criterios de inclusión
 - Criterios de exclusión
 - Variables a recolectar
 - Variable dependiente
 - Variables independientes
 - Operacionalización de variables
 - Procedimientos para captar la información
 - Consideraciones éticas
- VII. RESULTADOS
 - Cuadros y Gráficas
- VIII. DISCUSIÓN

IX. CONCLUSIONES

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

XI. ANEXOS

Cédula de Recolección de datos

Cuestionario de Beck para Depresión

Método de Graffar

Clasificación Integral de la Familia

Faces III

Escala de Holmes

Consentimiento Informado

Palabras clave: depresión, adolescencia, factores asociados, crisis familiar, cohesión y adaptabilidad familiar, estrato socioeconómico, idea suicida, inventario de Beck, antecedentes familiares de depresión.

ANTECEDENTES:

La palabra depresión, deriva de la palabra latina *depressio* que significa hundimiento, concavidad. Los trastornos de la esfera del estado de ánimo son uno de los cuadros más descritos a lo largo de toda la historia y su alta prevalencia los sitúa en una de las patologías más frecuentes en la actualidad. Las primeras referencias se remontan a la Iliada de Homero, sin embargo Hipócrates, en el siglo IV, A.C. fue el primer autor que se acercó a los trastornos del estado de ánimo desde la perspectiva médica. Un siglo más tarde Galeno relaciona los síntomas depresivos con la afectación del cerebro, con el humor negro. En el renacimiento Paracelso se distancia de la teoría hipocrática y galena de los humores, y como causa de la melancolía apela a factores anímicos. Con los grandes cambios que se dan en la medicina de la época, el concepto de melancolía se va perfilando y el término depresión empieza a deshacer al de melancolía. Emil Kraepelin en su tratado de psiquiatría describe por primera vez la demencia precoz y la psicosis maniaco depresiva. Paralelamente Sigmund Freud describió un tipo de depresión diferente al de Kraepelin y al que denominó neurosis depresiva.¹

En la clasificación internacional de enfermedades de la OMS se diferencia la depresión, de acuerdo con la severidad de los síntomas, en leve, moderada o severa, se toma en cuenta la presencia o no de síntomas somáticos que la acompañan.²

La Organización Mundial de la Salud distingue entre los siguientes trastornos del estado de ánimo: episodio maniaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, depresión recurrente o depresión unipolar.³

La depresión es un problema relevante en salud pública, incluso se le ha denominado “el resfriado de las enfermedades psíquicas”, y se considera una de las dolencias más comunes de la humanidad.⁴

La depresión es el problema de salud mental más frecuente y relevante en el primer nivel de atención. La importancia clínica de los trastornos depresivos se manifiesta en el elevado grado de incapacidad y repercusión funcional que ocasionan.⁵

La depresión es una enfermedad del estado de ánimo. Caracterizada por abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo, se encuentran síntomas como la anhedonia, pérdida de autoestima, falta de ilusión, pesimismo, hipoactividad, astenia, pérdida ponderal y trastornos del sueño. En ocasiones el cuadro clínico se acompaña de ansiedad, ideas delirantes, agitación o inhibición psicomotriz, múltiples quejas somáticas o ideación autolítica. Estos síntomas se manifiestan durante la mayor parte del día y suelen asociarse a un importante deterioro social.⁶ Se caracteriza por un humor triste, irritable (disforia), anhedonia asociado a pensamientos de contenido negativo y a diversos síntomas somáticos. Otra característica es la presencia de estas alteraciones durante un mínimo de dos semanas. Se acompaña también de pensamiento lento, monótono y, frecuentemente se acompaña de modificaciones en los ritmos de alimentación, vigilia-sueño y de secreción de cortisol.²

En los humanos dos tipos de rasgos de carácter se han vinculado con la propensión a la depresión: rasgos obsesivos, rígidos, perfeccionistas y rasgos de pasividad y necesidad excesiva de depender de los demás. La pérdida de un objeto de amor (personas, posesiones) o la ruptura de ligas de apego, procede a la iniciación de estados depresivos. La pérdida de un ser querido, de la salud, de la imagen narcisista de uno mismo, hace a algunos perder sus sentido de la vida y en personas predispuestas se desencadena la depresión.⁷

Según la Organización Mundial de la Salud, afecta al 3-5 % de la población mundial, lo que equivale a unos 120-200 millones de personas. A su vez los pacientes depresivos representan alrededor del 20 % de enfermos de la consulta general.

Existen múltiples estudios sobre prevalencia de trastornos depresivos en la población adulta, sin embargo son escasos los realizados en la población infantil y el adolescente debido a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida por la inespecificidad de los síntomas y por el proceso de cambio que la propia adolescencia conlleva. Los escasos estudios publicados han puesto de manifiesto que la prevalencia de la depresión infantil supera el 2%, siendo entre adolescentes del 5 al 8 %. ⁸

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4 % de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor esta disminuyendo en cohortes recientes.^{9,10}

Por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes y se considera la posibilidad de que la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia sea una forma mas severa del trastorno. ⁹

La depresión unipolar destaca por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad, y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países de desarrollo. La depresión afecta a 10% de los hombres y 20% de las mujeres en algún momento de su vida. La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5%. ^{7,9}

La depresión además del costo personal , acarrea un gran costo social , económico no sólo en cuanto al diagnóstico , tratamiento , días de hospitalización , etc., sino también en costos indirectos , como pérdida de horas de trabajo , pago de pensiones, ausentismo laboral , etc., si se suma el importante sufrimiento personal y familiar , existen motivos más que justificados para que se dediquen a la depresión la atención y los recursos precisos. ¹¹

La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones. El factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol, la feminidad misma. La mujer en nuestra cultura esta formada según modelos y patrones de feminidad, que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.¹²

Se ha reportado mayor prevalencia en personas con menores ingresos económicos, así como se ha señalado una mayor frecuencia en mujeres con menor escolaridad.¹³

Un dato significativo en la evolución de la depresión infantil es que la prevalencia es mayor en niños que en niñas, en edades tempranas, mientras que en la adolescencia el patrón se invierte y la prevalencia es más alta en las adolescentes. En nuestro país respecto al estrato socioeconómico, se reporta mayor prevalencia de depresión en personas con menor ingreso y mujeres con menor escolaridad.^{3,4}

En relación a los factores de riesgo se puede mencionar que en la literatura se les denomina como aquellas características personales o ambientales que podrían resultar asociadas con la ocurrencia de un determinado desorden; estos han sido agrupados tradicionalmente en factores de riesgo individuales, contextuales e interpersonales. Se han estudiado los factores que influyen en la aparición de este trastorno destacando: disfunción familiar, rechazo en la madre – hijo, conflictos de pareja, madre depresiva, pérdida de alguno de los padres, pérdida de la madre ante de los 11 años. Conflictos de pareja, madres depresivas, madres que contraen matrimonio más de una ocasión, cuando ambos padres laboran, pertenecer a una familia extremadamente caótica, y abandono del hogar, situaciones que pueden generar mucha tensión en el adolescente. Otros factores como el ingreso económico bajo, cambios

frecuentes de escuela, separación de los padres o el divorcio, separación de los amigos, enfermedad durante el último año, uso de sustancias como la cafeína.¹⁴

Los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención.¹²

Si uno de los padres ha tenido depresión, el riesgo de padecerla los hijos es entre dos y cuatro veces más. También antecedentes de alcoholismo en uno de los padres incrementa el riesgo de depresión en los hijos. Cuanto mas precoz sea el inicio del cuadro depresivo habrá mayor incidencia familiar de trastorno del humor.²

La coexistencia de abuso de alcohol y depresiones ha sido vista hasta en un 30 %, dicha asociación puede resultar del efecto crónico del alcohol en el cerebro , lo cual condiciona una depresión difícil de tratar asimismo , el abuso de alcohol es más probable en personas deprimidas que en la población general .¹⁰

Hay comportamientos en el niño, como la hiperactividad o la agresividad, que señalan las denominadas depresiones encubiertas y que son más típicas a una edad que a otra de la niñez.¹³

Algunos autores han descrito la adrenarquia, como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y adolescencia.¹⁵

Los adolescentes son un sector de la población que se encuentra en riesgo de presentar diversos grados de depresión, debido fundamentalmente a deficiencias de la comunicación al interior de la familia. Se ha reportado a nivel mundial que en los últimos 30 años, se ha triplicado el número de casos de suicidio en personas de 15 a 19 años.³

En los adolescentes no se diagnostica la depresión porque generalmente es leve y focalizada en aspectos específicos de la adolescencia, además de la resistencia del joven a hablar de sus problemas emocionales y su renuncia a consultar a los profesionales de la salud. En cuanto a los médicos, no suelen reconocer la depresión debido a su formación que enfatiza los aspectos biológicos en lugar de los psicológicos. También por no considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial, o por falta de conocimientos sobre el tratamiento de la misma y cuando llegan a reconocer los síntomas depresivos estos son leves y de mayor tiempo de evolución. Institucionalmente puede mencionarse escasez de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes y por no contar con los medicamentos adecuados para tratar este padecimiento.¹²

La presencia de depresión en la adolescencia, es una enfermedad peligrosa que puede derivar actuaciones autodestructivas. En los adolescentes ocurre una sistematización de los fenómenos de somatización que se observan, puesto que pueden referirse episodios de anorexia o bulimia que tienen como sustrato una intensa depresión que alcanza profundidades muy graves. Dicha depresión puede estar relacionada también con otros síntomas como gastritis, tendencia a la hipertensión arterial o propensión al cansancio muscular, la fatiga mental y la incapacidad de concentración y ejercicios de memoria.¹⁴

La depresión como fenómeno transitorio, es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso adolescente, antes de que el joven responda al desafío de ese momento de su vida. Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas. Los adolescentes con depresión mayor afrontan un riesgo doble o cuádruple de sufrir depresión al llegar a ser adultos jóvenes.¹⁶

El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional. El comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tienen consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida. Kandel y Davies sugieren que las personas que padecen depresión en la infancia o adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menos alcance educacional, ocupacional y económico. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja.⁹

La depresión ligada al suicidio se asocia con la disponibilidad de armas de fuego, cambio reciente de domicilio, pérdidas de padre, hijo o familiar, consumo de drogas, especialmente el alcohol y el aislamiento social.¹⁷

Es la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes, que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida.^{11,18}

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas.¹²

Los suicidios aumentan con la edad, los ancianos tienen las mayores tasas de incidencia, pero sin embargo hay casos descritos antes de los 7 años de edad, y estos están relacionados con entornos familiares gravemente negligentes y con violencia sexual. En los Estados Unidos, los suicidios son la octava causa de muerte en menores de 15 años. Se estima que el porcentaje de adolescentes que necesitan atención médica por intentos de suicidio al año es del 2.6%,²

Uno de cada ocho intentos de suicidio es fatal y alrededor de 3% de las personas que han tenido intentos de suicidio eventualmente cometen suicidio

consumado .Las ideas suicidas ocurren en 25% de casos de depresión grave; 12.2 % en depresión moderada; y 3.5 % de los casos depresión leve. ¹⁰

La adolescencia es una etapa de la vida que puede facilitar la conducta suicida por las siguientes causas: porque hay cierta propensión a tener estados depresivos y de abatimiento , agudos, que pasan desapercibidos por los adultos esto relacionado con la situación de pérdida que supone alcanzar una separación de las figuras paternas; o por los cambios corporales que pueden situar al adolescente en una situación de cierto descontrol y focalizar hacia él sus tendencias agresivas y destructivas. ²

Psicológicamente la depresión y la baja autoestima son importantes en cualquier grupo de edad. Quienes la sufren, la perciben como una sensación emocional más que como un malestar físico. El riesgo suicida se eleva cuando la depresión se acompaña de desesperanza y soledad. Estos son los predictores mas importantes del intento suicida y de los suicidios consumados, mas que la propia depresión. ¹⁹

Los adolescentes con intento de suicidio se caracterizan por pertenecer a familias desvinculadas y rígidas, en donde se hace patente la ausencia del padre. ²⁰

En un estudio realizado en nuestro país en el año 2005 se encontró que los factores de riesgo familiares presentes en los adolescentes con intento de suicidio fueron alcoholismo , toxicomanías, patología crónica , trastornos psiquiátricos e intento de suicidio en un familiar. ¹⁵

Se han realizado estudios en los cuales revelan que los sucesos vitales tienen un papel importante en desencadenar un episodio depresivo y se considera que estos disminuyen la posibilidad de mejoría derivada de los tratamientos y aumentan sus recaídas. Los sucesos vitales también influyen en la severidad de los síntomas de depresión, los mismos sucesos que predicen la aparición de un episodio depresivo también predicen la severidad de los síntomas durante dicho episodio.¹³

Hay estudios que sugieren que los niños tranquilos, de hábitos regulares, con lentitud para adaptarse a las nuevas experiencias, tienen más riesgo a desarrollar trastornos emocionales si tienen experiencias que les perturban. El estrés ambiental se acepta que contribuye al desarrollo de la depresión como por ejemplo las pérdidas afectivas en edades tempranas son un riesgo, también vivir en familias caóticas, desorganizadas.²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA, donde se estima en 5%. Y es preocupante la menor proporción de jóvenes necesitados que reciben servicio, la larga espera para buscar atención de los que si recibieron tratamiento.

Cuanto más precoz sea el inicio del cuadro depresivo habrá mayor incidencia familiar de trastorno del humor. El 20 % de las depresiones de comienzo temprano en la infancia serán trastornos bipolares.

La OMS estima que la depresión será la segunda causa en importancia productora de incapacidad después de la enfermedad coronaria en el 2020.

Es importante su diagnóstico porque es bien conocido que actúa como uno de los factores que preceden el suicidio, además es una de las principales causas de abandono de la escuela y de crisis familiares, así como de una conducta antisocial.

Por lo cual es importante su diagnóstico para prevenir esas complicaciones y tratar oportunamente a este importante grupo etáreo de la población

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados para desarrollar depresión en la adolescencia?

JUSTIFICACIÓN

Debido a que el síndrome depresivo es la psicopatología más importante como precondición para un futuro intento de suicidio en jóvenes, que figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. La depresión además del costo personal, acarrea un gran costo social, por la repercusión comunitaria que genera.

Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta.

Se requiere conocer los síntomas premonitorios de la depresión, identificar los factores familiares asociados en nuestra población y de esta manera diseñar estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria, detectando así la población en riesgo, ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno así como evitar secuelas y por lo tanto disminuyendo de esta forma la conducta suicida que es una complicación frecuente de esta patología en esta etapa de la vida.

Es necesario que el médico de primer nivel conozca los factores de riesgo para presentar depresión en la adolescencia.

4. OBJETIVO GENERAL

Determinar factores de riesgo asociados para desarrollar depresión en adolescentes de Luis Moya, Zac.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de depresión en adolescentes de Luis Moya, Zac.
- Determinar factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estrato socioeconómico).
- Determinar antecedentes de factores personales patológicos (artritis reumatoide juvenil, diabetes mellitus, asma bronquial, atopias, migraña, gastritis, colitis, miopía, sinusitis, depresión, bronquitis, anemia, hipotensión arterial).
- Determinar factores heredofamiliares (con antecedente de depresión , alcoholismo en los padres)
- Determinar factores personales de toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo)
- Determinar factores familiares (tipos de familia según su desarrollo, demografía, integración y composición, cohesión y adaptabilidad familiar, crisis familiar).
- Determinar si la depresión conlleva a idea suicida.

5. HIPÓTESIS

Para el desarrollo de depresión en adolescentes existen factores asociados.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La prevalencia de depresión en el adolescente de Luis Moya es similar a la nacional.
- Factores demográficos (edad menor de 15 años, sexo femenino, ocupación estudiante, con una escolaridad de secundaria incompleta, estado civil soltero, estrato económico obrero).se asocian a depresión en adolescentes.
- Factores personales de antecedentes patológicos (las enfermedades del aparato digestivo se asocian a depresión en adolescentes.
- Factores con antecedentes heredofamiliares (padres con antecedente de depresión y alcoholismo se asocian a depresión en el adolescente).
- Factores personales de toxicomanías (el alcoholismo y el tabaquismo se asocian a depresión en el adolescente).
- Factores familiares (familia moderna, urbana, desintegrada, extensa no relacionada, rígida, y con crisis familiares.)
- La depresión conlleva a idea suicida.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO

Encuesta transversal analítica.

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

6.2.1. POBLACIÓN:

Adolescentes alumnos de Escuela Secundaria Técnica Jesús González Ortega, y de preparatoria del Colegio de Bachilleres de dicha localidad, así como trabajadores de la empresa JIN.

6.2.2. LUGAR:

Luis Moya, Zacatecas.

6.2.3. TIEMPO:

Del 1o. de enero al 30 de junio de 2006.

6.3 MUESTREO

6.3.1. TÉCNICA MUESTRAL: Muestreo no probabilístico.

6.3.2. TAMAÑO DE LA MUESTRA: No se determinó tamaño de la muestra ya que se realizó un censo de alumnos de la escuela secundaria y preparatoria y de los adolescentes trabajadores de la empresa JIN.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Jóvenes de ambos sexos de 12 a 19 años de edad.
- Alumnos de la escuela secundaria y de la preparatoria.
- Trabajadores de la empresa JIN.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes que no acepten participar en el estudio.

6.5 VARIABLES

6.5.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Depresión.

6.5.2.VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, antecedente de enfermedad concomitante, antecedente de familiares con depresión, alcoholismo, tabaquismo, estrato socioeconómico, tipo de familia, cohesión y adaptabilidad familiar, crisis familiares, idea suicida.

6.5.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Nombre:

DEPRESIÓN:

Definición conceptual:

Depresión en jóvenes de 12 a 19 años de edad y puede ser definida como una enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo, los sentimientos de minusvalía o baja autoestima, el autoreproche, la culpa etc. Con duración de más de dos semanas.

Definición operacional:

Trastorno del estado de ánimo encontrado al momento de la encuesta y se medirá con el Inventario para la Depresión de Beck.

Escala de medición:

Ordinal.

Categorías:

Normal o sin depresión de 0-9 puntos, de 10-16 depresión leve, 17-29 moderada, y severa de 30 a 63 puntos.

Nombre:

EDAD:

Definición conceptual:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.

Definición operacional:

Años cumplidos al momento de la encuesta.

Escala de medición:

De razón.

Categorías:

Nombre: **SEXO**
Definición conceptual: Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.
Definición operacional: De acuerdo a sus características fenotípicas.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Masculino, femenino.

Nombre: **ESTADO CIVIL:**
Definición conceptual: Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles.
Definición operacional: Es el estado o condición civil que refiere la persona en el momento del estudio.
Escala de medición: Nominal.
Categorías: Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre.

Nombre: **OCUPACIÓN**
Definición conceptual: Relativo a la actividad o trabajo realizado por el individuo.
Definición operacional: Actividad que desempeña el paciente al momento de la encuesta.
Escala de medición: Nominal
Categorías: Trabaja, estudia.

Nombre: **ESCOLARIDAD**
Definición conceptual: Grado de estudios alcanzados.
Definición operacional: Grados cursados al momento de la encuesta.
Escala de medición: Ordinal.
Categorías: Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria.

Nombre: **ANTECEDENTE PERSONAL DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES**

Definición conceptual: El estado patológico previo y de larga evolución (un año o más) referente al individuo en estudio.

Definición operacional: Padecimientos que espero encontrar en los jóvenes, como artritis reumatoide, diabetes mellitus asma bronquial, atopias, migraña, gastritis, colitis espástica, miopía, sinusitis, depresión, bronquitis, anemia, hipotensión.

Escala de medición: Nominal.

Categoría: Si, no

Nombre: **ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN**

Definición conceptual: Se refiere a que un miembro de la familia (padre, madre) del sujeto en cuestión tenga o haya padecido esta patología (depresión)

Definición operacional: Lo que refiere la persona en el momento del estudio.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Si, no.

Nombre: **ALCOHOLISMO:**

Definición conceptual: Estado patológico, consecutivo a la ingestión habitual de alcohol en cantidades excesivas.

Definición operacional: De acuerdo a lo que manifiesten los encuestados en el momento de la entrevista.

Escala de medición: Nominal.

Categorías: Positivo, negativo.

Nombre:

Definición conceptual:

Definición operacional:

Escala de medición:

Categorías:

TABAQUISMO:

Estado consecutivo a la inhalación de nicotina.

Lo que refiere el sujeto al momento de la entrevista.

Nominal.

Positivo, negativo.

Nombre:

Definición conceptual:

Definición operacional:

Escala de medición:

Categorías:

ESTADO SOCIOECONÓMICO:

Es el estado que guarda el individuo en la sociedad de acuerdo a su economía.

Estado que se valora de acuerdo al método de Graffar

Ordinal.

Estrato alto, medio alto, medio bajo, obrero y marginal.

Nombre:

Definición conceptual:

Definición operacional:

Escala de medición:

Categorías:

TIPO DE FAMILIA:

Familia es la unidad básica de la sociedad, y se concibe como un sistema compuesto por elementos que se encuentran interactuando entre si y que determinan que desempeñe funciones determinadas que tengan como finalidad que sus integrantes se desarrollen, como individuos, pero simultáneamente se promueva el desarrollo integral del sistema familiar.

De acuerdo al esquema de clasificación integral de la familia.

Nominal.

Por su desarrollo: moderna y tradicional.**Por su demografía:** rural, urbana.**Por su integración:** integrada, semi-integrada, desintegrada.**Por su estructura o composición:** nuclear, extensa, extensa-compuesta.

Nombre:	COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR:
Definición conceptual:	Es la capacidad de la familia de llevar a cabo las funciones preestablecidas y son cinco las principales: adaptación social, cuidado, afecto, reproducción y otorgamiento de estado.
Definición operacional:	De acuerdo al resultado del FACES III
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Cohesión familiar: 10-34 puntos familia no relacionada, 34-40 familia semirelacionada, 41-45 familia relacionada, 46 -50 familia aglutinada. Adaptabilidad familiar: 10-19 puntos familia rígida, 20-24 familia estructurada, 25-28 familia flexible, 29-50 familia caótica.

Nombre:	CRISIS FAMILIARES:
Definición conceptual:	Indica a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar a nivel familiar
Definición operacional:	De acuerdo al resultado de la escala de Holmes.
Escala de medición:	Ordinal.
Categorías:	No existen problemas 0-149; crisis leve 150-199; crisis moderada 200-299, crisis severa más de 300 puntos.

Nombre:	IDEA SUICIDA
Definición conceptual:	Cuando el individuo presenta ideas de provocarse lesiones, ingerir sustancias o tiene actuación de forma peligrosa y temeraria para darse muerte, dejar de sufrir o conseguir un cambio en su entorno o circunstancias.
Definición operacional:	De acuerdo al resultado del inventario de Beck.
Escala de medición:	Nominal.
Categorías:	Si, No.

6.6. PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Una vez autorizado el protocolo por el comité local de investigación del H.G.Z No. 2 de Fresnillo, Zac., se capacitó a las personas que aplicaron las encuestas (enfermera, asistente médica y médicos pasantes) y posteriormente se realizó en un lugar distinto al sitio estipulado para el estudio una prueba piloto, y consecutivamente se acudió a la escuela secundaria técnica 14, Jesús González Ortega, y después a la escuela preparatoria y se concluyó en la fábrica JIN, para otorgarles el formato de consentimiento informado para a continuación aplicar la encuesta a quienes decidieron participar en el estudio. Previa autorización del consentimiento informado el cual debía estar firmado por el adolescente y su tutor, una vez cumplido este requisito se entrevistaron a los adolescentes a los cuales se les explicó ampliamente el propósito del proyecto los cuales aceptaron participar y se aplicó la encuesta que contenía los datos personales y el instrumento de medición para depresión (Anexo 1 y 2), posteriormente se capturó la información en el programa Excel de Microsoft XP, después se analizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 14.0 y en EPI Info 2000, los resultados se presentan en cuadros.

6.7 PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizó estadística descriptiva: porcentaje en las variables categóricas; media y desviación estándar para variables continuas. Para determinar la asociación de los factores de riesgo se utilizará la Razón de Momios con sus intervalos de confianza al 95%, para la significancia estadística se utilizó chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, estableciendo el valor $p < 0.05$.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tomaron en consideración las disposiciones emitidas en la declaración de Helsinki con sus modificaciones hasta la de Edimburgo Escocia, en octubre del 2000, así como las dispuestas por la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

El protocolo fue autorizado por el Comité local de Investigación del Hospital General de Zona No 2 de Fresnillo, Zac., con número de Registro 3302-2006-0001

Se solicitó consentimiento informado de los adolescentes (Anexo 7) y una vez obtenida la información se guardó confidencialidad de los datos obtenidos.

De los resultados se obtuvieron diagnósticos de adolescentes deprimidos, dichos resultados se enviaron de manera confidencial en un sobre a cada uno de los alumnos y se derivarán con el especialista en caso de requerirlo.

RESULTADOS

Se incluyeron 519 adolescentes en el estudio, de los cuales 199 presentaron depresión, y de éstos hubo 97 casos que correspondieron a depresión leve (49 %), de depresión moderada fueron 81 casos (41%) y de depresión severa correspondieron 21 (10 %). La prevalencia de depresión en el adolescente de Luis Moya Zac., fuè de 38.3 %. (Cuadro y Gráfica No. 1).

La edad que predominó fue de 17 años (17.9 %) seguida de la de 15 años; de un rango de 12 a 19 años. El grupo de edad que presentó más alto porcentaje de depresión fuè en los 14 años con el 44.2 % (n= 27), seguida inmediatamente del grupo de 17 años donde se encontró que el 44 % de los adolescentes presentaban depresión con respecto al grupo de 12 años de edad donde solo el 29 % la presentó. (Cuadro y Gráfica 2).

Predominó el sexo femenino con 306 (59%), y el 46 % de las mujeres presentaron depresión (n =143) en comparación con el sexo masculino en donde se presentó en el 26 % (n =56). (Cuadro y Gráfica 3).

El estado civil que prevaleció fue el soltero 97.1% (n = 504), sin embargo el estado civil que predominó con depresión fuè en los casados ya que en 46 % de éstos adolescentes se presentó el trastorno; y los adolescentes solteros presentaron depresión el 38 % . (Cuadro y Gráfica 4).

La ocupación estudiante predominó con 482 (92.8%). El 38 % (186) de los estudiantes tuvieron depresión en comparación con los trabajadores que presentaron este trastorno el 35 %. (Cuadro y gráfica 5)

En la escolaridad , no hubo analfabetas, se presentaron 9 casos con una escolaridad máxima de primaria, 222 de secundaria y 288 de preparatoria, y encontramos que el 44 % (n = 4) de los adolescentes con escolaridad máxima de primaria presentaron depresión y en los adolescentes cuyo grado máximo de estudios era la secundaria se encontró en menor porcentaje (37 %) (Cuadro y Gráfica 6).

Predominaron los adolescentes sin enfermedades concomitantes 483 (93.1%), en ellos se encontró que el 37 % presentaron depresión con notable diferencia respecto a los adolescentes que tuvieron enfermedades concomitantes en donde se apreció que el 53 % (n = 19) tuvieron depresión. (Cuadro y Gráfica 7).

El 71.7% (n = 372) de los adolescentes no tenían antecedente de alcoholismo en los padres ; y de ellos el 37% (n =136) presentaron depresión , respecto a los adolescentes que si tienen el antecedente familiar se observó que el 43 % (n = 63) de éstos adolescentes se deprimieron .(Cuadro y Gráfica 8).

Sin antecedente de depresión de los padres encontramos 370 casos (71.7%); y en este grupo el 30% de los adolescentes presentaron depresión ; en los

adolescentes que tenían este antecedente familiar se observó que se deprimían hasta el 59 % de los casos (n = 88). (Cuadro y Gráfica 9)

Predominaron los adolescentes que no consumían alcohol (n =414) y los que tenían este antecedente fueron 105 (20%), encontramos que de éstos el 43 % (n =45) se deprimió en comparación al 37 % de los adolescentes que presentaron depresión y que no contaban con dicho antecedente. (Cuadro y Gráfica 10)

Con antecedente personal de tabaquismo encontramos 40 adolescentes (8%), y de ellos 20 presentaron depresión (50%) y de los adolescentes sin antecedente de tabaquismo el 37 % se deprimieron.(Cuadro y Gráfica 11)

El estrato socioeconómico que predominó en los adolescentes fue el obrero 271 (52%), seguido del medio bajo 139. El 44 % de los adolescentes que pertenecían al estrato socioeconómico marginal presentaron depresión , seguido por el estrato obrero que el 42% de estos adolescentes tuvieron depresión , en el medio alto el 39 % la presentó, en el alto el 33% y el estrato socioeconómico en el que se encontró menos depresión fue el medio bajo con 28 %. (Cuadro y Gráfica 12).

Del tipo de familia de acuerdo a su demografía prevaleció la urbana en el 60 % (n =311). En el 38 % de los adolescentes que pertenecían a familia rural encontramos depresión y en los adolescentes que provenían de familias urbanas se presentó en el 37.9 %. (Cuadro y Gráfica 13)

De acuerdo a su desarrollo, la familia que predominó fue la tradicional con 401 (77.3%). Los adolescentes que pertenecían a familia moderna presentaron más depresión (46.6 %) en comparación con los que provenían de familia tradicional (35.9 %). (Cuadro y Gráfica 14)

De acuerdo a su integración se encontró que el 78 % de los adolescentes (n = 406) pertenecían a familias integradas, sin embargo presentaron más depresión los adolescentes de las familias desintegradas (47 %) respecto a los jóvenes de familias integradas (el 36 %). (Cuadro y Gráfica 15)

La familia que predominó de acuerdo a su estructura fue la nuclear en el 81 % de los casos (n = 420). Con depresión se encontró el 42.5% de los adolescentes que pertenecían a familias extensas, el 40% en familias extensas- compuestas y los adolescentes que menos porcentaje de depresión presentaron fueron los que provenían de familias nucleares (37 %). (Cuadro y Gráfica 16)

De acuerdo a su cohesión familiar, predominó el tipo de familia no relacionada 184 (35 %) y de este grupo el 56% de los adolescentes presentaron depresión (103), en la familia semirelacionada se encontró con depresión el 38 %, en la familia relacionada el 23 %, y en la familia aglutinada se observó que el 18 % presentaron este trastorno. (Cuadro y Gráfica 17)

En lo que se refiere a la adaptabilidad familiar preponderó la familia estructurada 142 (27%). Los adolescentes pertenecientes a familias flexibles

presentaron depresión en el 42 % , los de las familias rígidas en el 40 %, los de familias estructuradas 38 % y la familia caótica en el 32 %. (Cuadro y Gráfica 18)

Sólo el 33 % de los adolescentes presentaron crisis familiares (172), sin embargo, de ellos 81 presentaron depresión (47%) y en los adolescentes que no tuvieron crisis familiares se encontró depresión en el 34 % .(Cuadro y Gráfica 19)

Con idea suicida encontramos el 16 % de los adolescentes (n = 82).Y se observó que el 87 % de los adolescentes que tuvieron idea suicida presentaban depresión . Además el 29 % de los adolescentes que no tuvieron idea suicida presentaron depresión. Y del total de los adolescentes que tuvieron depresión (199) el 36 % tuvo idea suicida. (Cuadro y Gráfica 20)

De los factores asociados a depresión en los adolescentes de Luís Moya Zacatecas con significancia estadística fueron el sexo femenino con Razón de Momios (RM) de 2.46 (Intervalo de confianza del 95% (IC95%) 1.66-3.66, $p < 0.01$); con antecedente de depresión familiar con RM 3.37 (IC95% 2.23-5.10, $P < 0.001$); familia moderna con RM 1.56 (IC95% 1.01-2.41, $p = 0.03$); familia desintegrada(de acuerdo a la adaptabilidad familiar) con RM de 1.57 (IC95% 1.01-2.45, $p = 0.03$); familia no relacionada(de acuerdo a cohesión familiar) con RM 3.32 (IC95% 2.16-5.09, $p < 0.001$); con crisis familiar RM 1.73 (IC95% 1.17-2.55, $p = 0.003$); y presencia de idea suicida con RM 17.57 (IC95% 8.4-37.51, $p < 0.001$). (Cuadro 21).

Cuadro No. 1

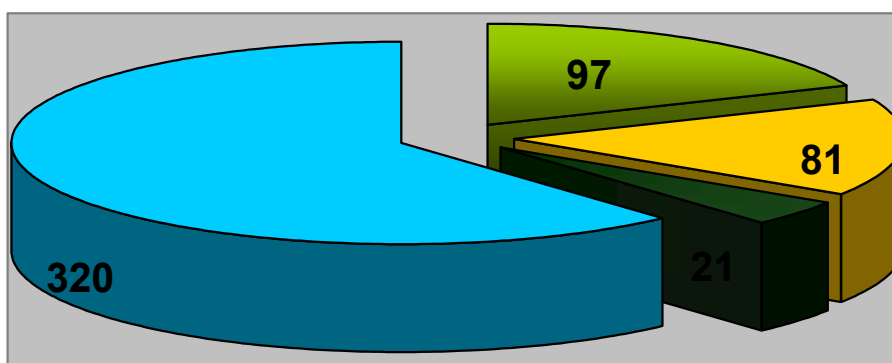
Prevalencia y tipo de Depresión en el Adolescente de Luis Moya, Zac. 2006

TIPO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión leve	97	49
Depresión moderada	81	41
Depresión severa	21	10
TOTAL	199	38.3
Sin depresión	320	61.7

Fuente: Encuestas

Gráfica No. 1

Prevalencia de Depresión en el Adolescente de Luis Moya, Zac. 2006



Fuente: Cuadro No .1

Cuadro No. 2

Edad de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

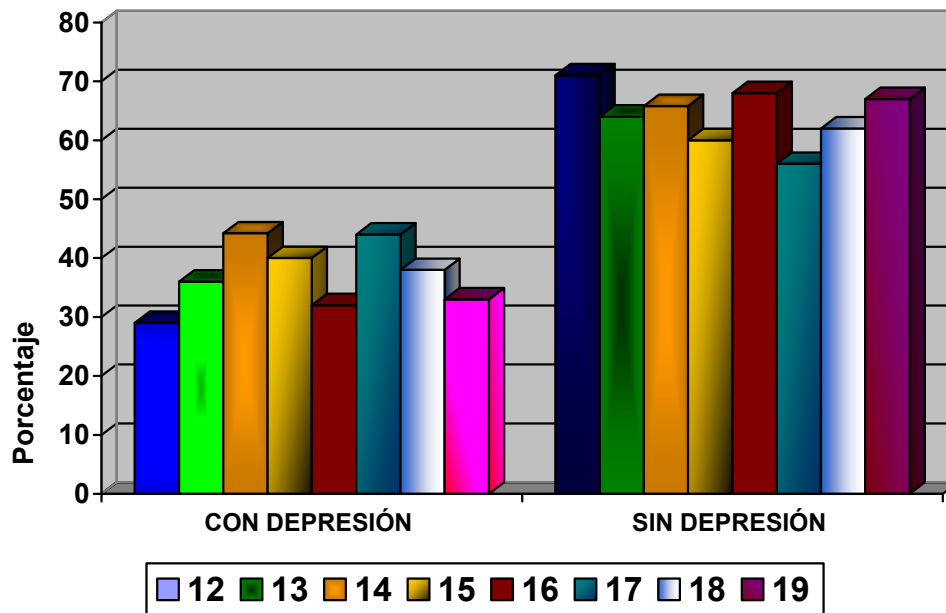
EDAD	DEPRESIÓN
-------------	------------------

	CON		SIN		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
12	14	29	33	71	47
13	28	36	49	64	77
14	27	44.2	34	65.8	61
15	36	40	53	60	89
16	27	32	56	68	83
17	41	44	52	56	93
18	21	38	33	62	54
19	5	33	10	67	15
Total	199		320		519

Fuente: Encuesta.

Gráfica No 2.

Edad de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006



Fuente: Cuadro No. 2.

Cuadro No. 3

Sexo en Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

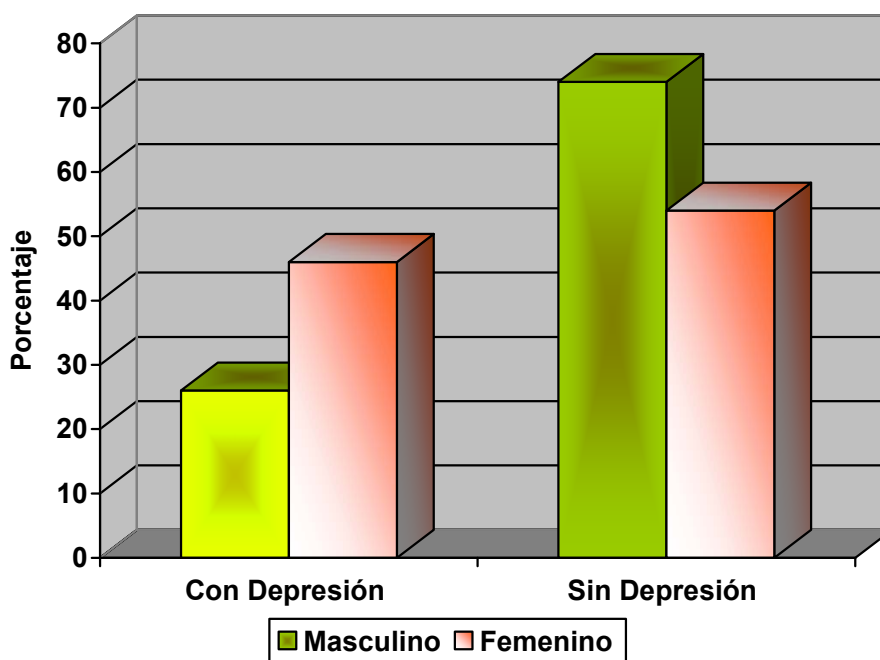
SEXO	DEPRESIÓN
------	-----------

	CON		SIN		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
MASCULINO	56	26	157	74	213
FEMENINO	143	46	163	54	306
TOTAL	199		320		519

Fuente: Encuesta.

Gráfica No. 3

Sexo en Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006



Fuente: Cuadro No.3

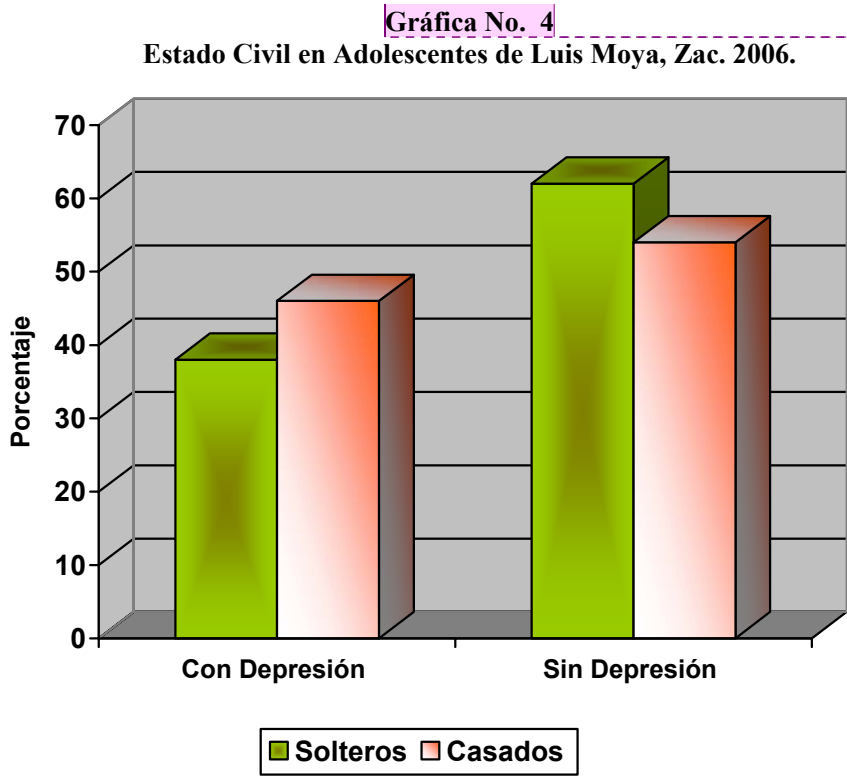
Cuadro No. 4

Estado Civil en Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

ESTADO CIVIL	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N = 199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	

SOLTEROS	192	38	312	62	504
CASADOS	7	46	8	54	15

Fuente: Encuesta



- Comentario [1]:
- Comentario [2]:
- Comentario [3]:
- Comentario [4]:

Fuente: Cuadro No.4.

Cuadro No. 5

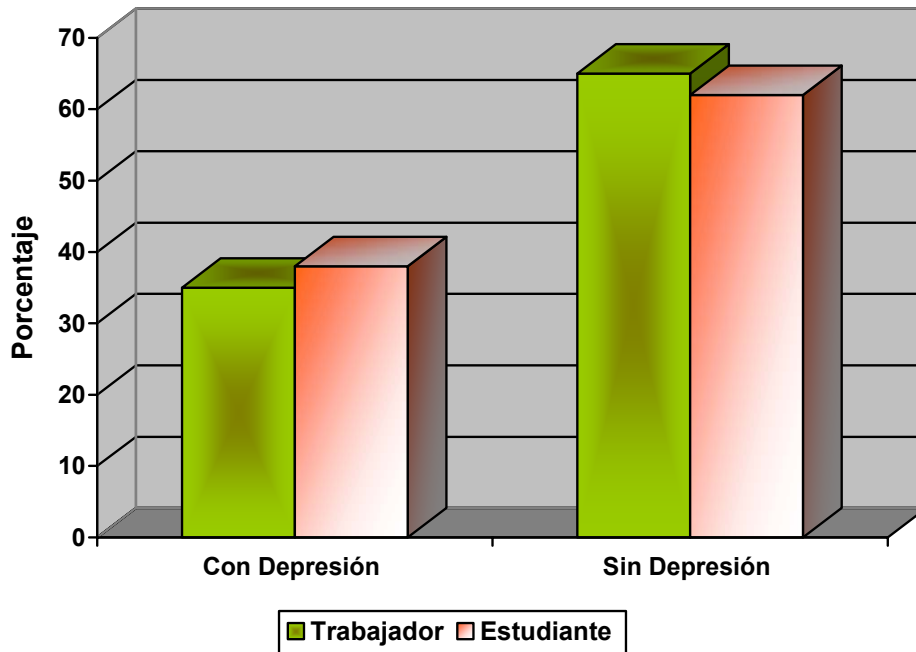
Ocupación de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

OCUPACIÓN	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N = 199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Trabajador	13	35	24	65	37
Estudiante	186	38	296	62	482

Fuente: Encuesta.

Gráfica No. 5

Ocupación de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006



Fuente: Cuadro No. 5.

Cuadro No. 6

Escolaridad de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006

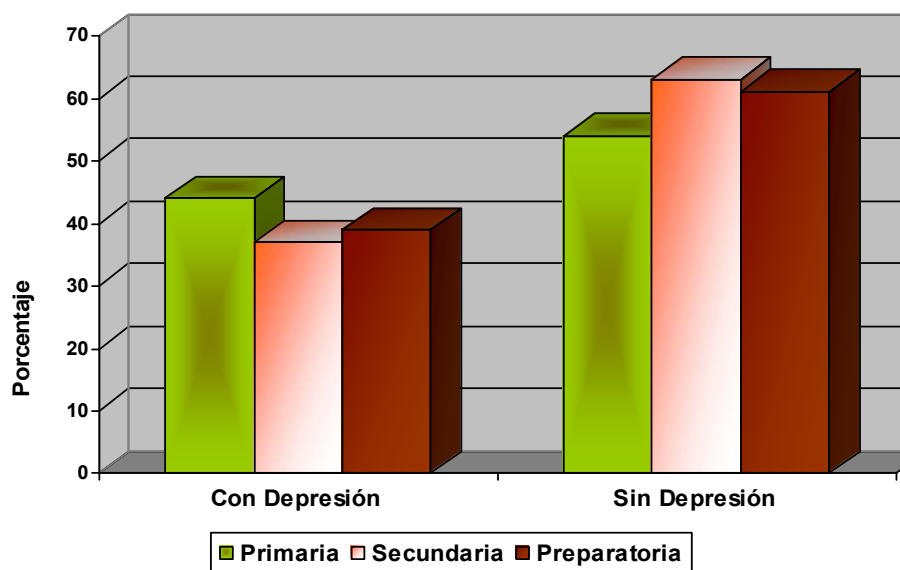
ESCOLARIDAD	DEPRESIÓN				
	CON		SIN		TOTAL
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Primaria	4	44	5	54	9
Secundaria	82	37	140	63	222
Preparatoria	113	39	175	61	288

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 6

Escolaridad de los Adolescentes de Luis Moya, Zac.

2006



Fuente: Cuadro No. 6

Cuadro No. 7

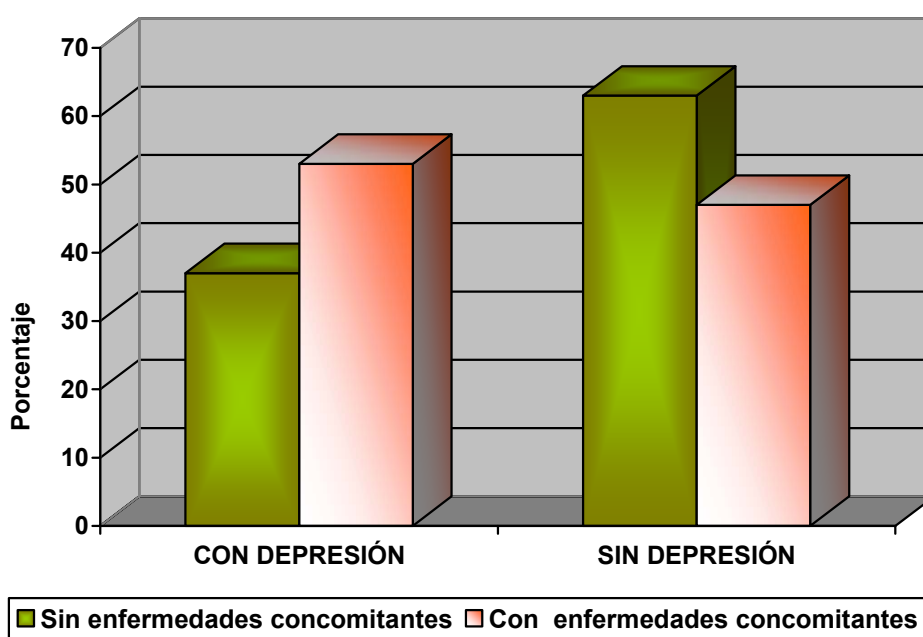
Enfermedades Concomitantes en Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
No	180	37	303	63	483
Si	19	53	17	47	36

Fuente: Encuesta.

Gráfica No. 7.

Enfermedades Concomitantes en Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.



Fuente: Cuadro No. 7

Cuadro No. 8

Antecedente Familiar de Alcoholismo en los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

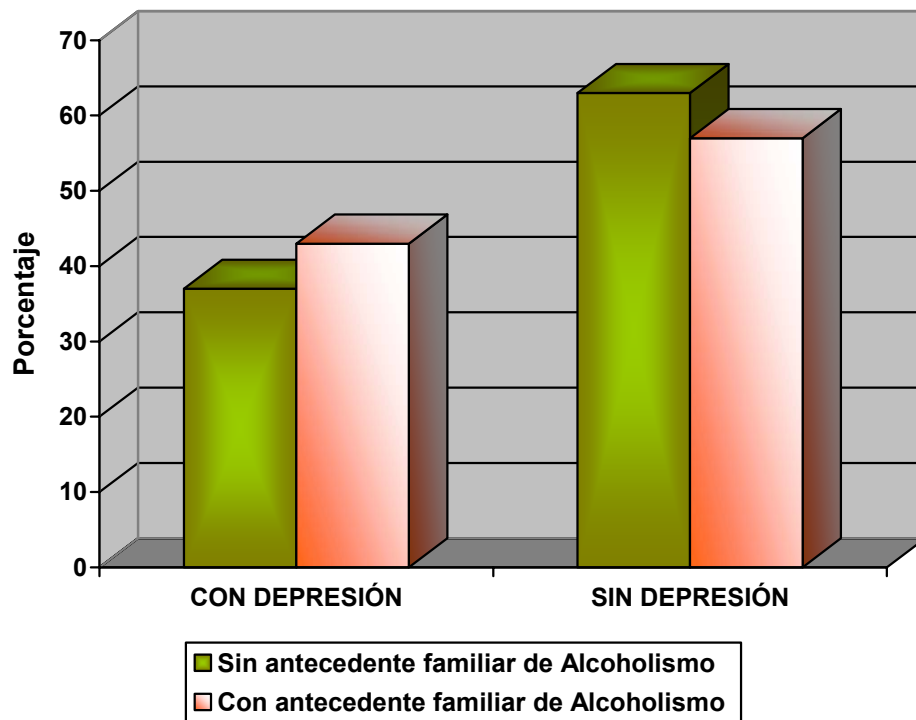
ANTECEDENTE FAMILIAR DE	DEPRESIÓN		TOTAL =519
	CON	SIN	

ALCOHOLISMO	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
No	136	37	236	63	372
Si	63	43	84	57	147

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 8

Antecedente Familiar de Alcoholismo en los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.



Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No. 9

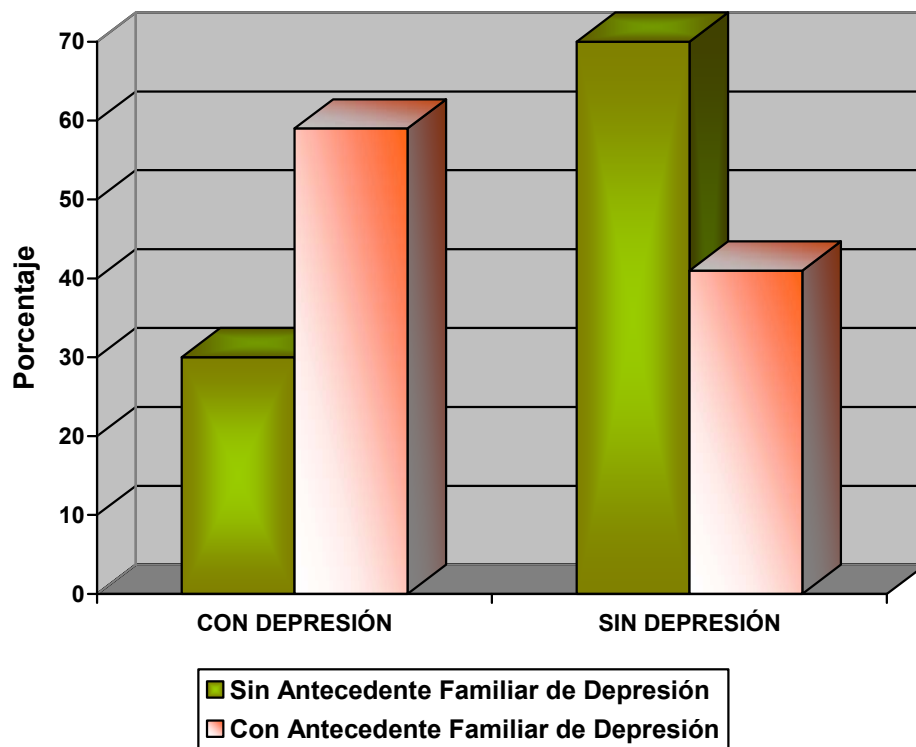
Antecedente Familiar de Depresión de los adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

ANTECEDENTE FAMILIAR DE DEPRESIÓN	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
No	111	30	259	70	370
Si	88	59	61	41	149

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 9

Antecedente Familiar de Depresión de los adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.



Fuente: Cuadro No. 9

Cuadro No. 10

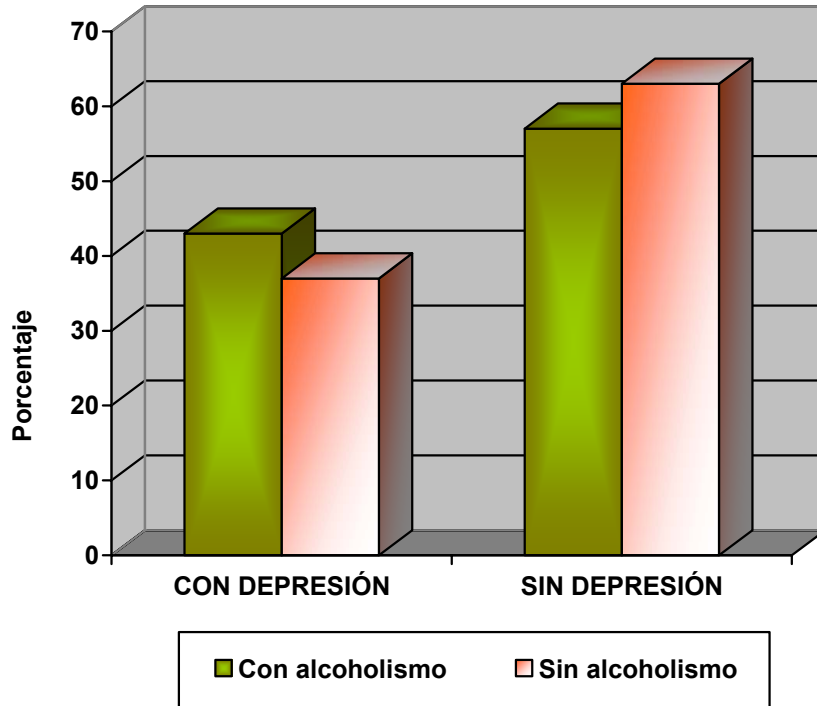
Antecedente Personal de Alcoholismo de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

ANTECEDENTE PERSONAL DE ALCOHOLISMO	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
No	154	37	260	63	414
Si	45	43	60	57	105

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 10

**Antecedente Personal de Alcoholismo de los Adolescentes de Luis Moya, Zac.
2006.**



Fuente: Cuadro No. 10

Cuadro No. 11

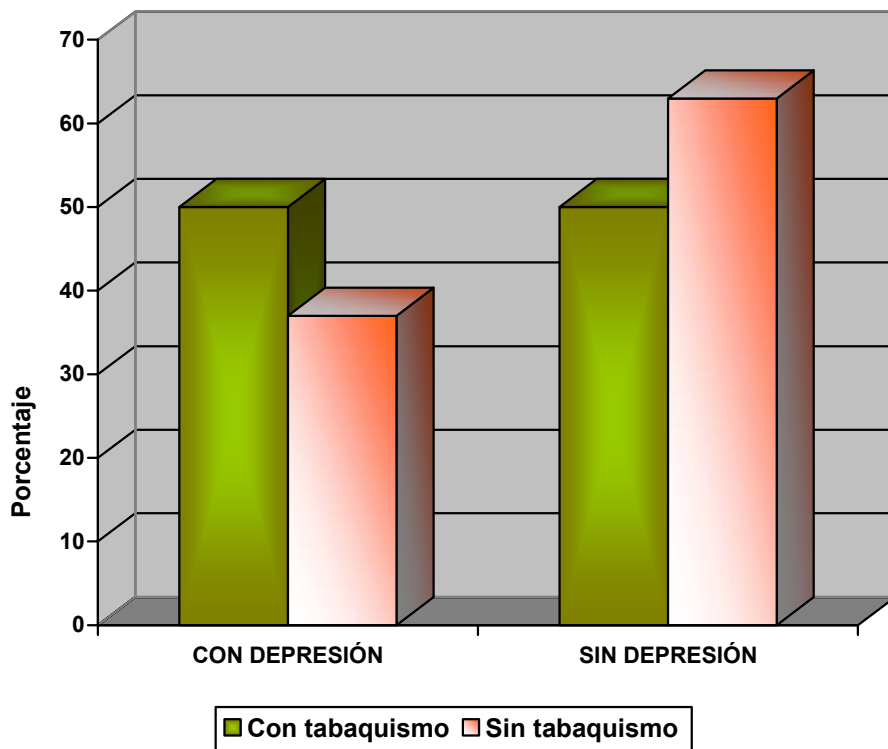
Antecedente Personal de Tabaquismo de los adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

ANTECEDENTE PERSONAL DE TABAQUISMO	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
No	179	37	300	63	479
Si	20	50	20	50	40

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 11

Antecedente Personal de Tabaquismo de los adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.



Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No. 12

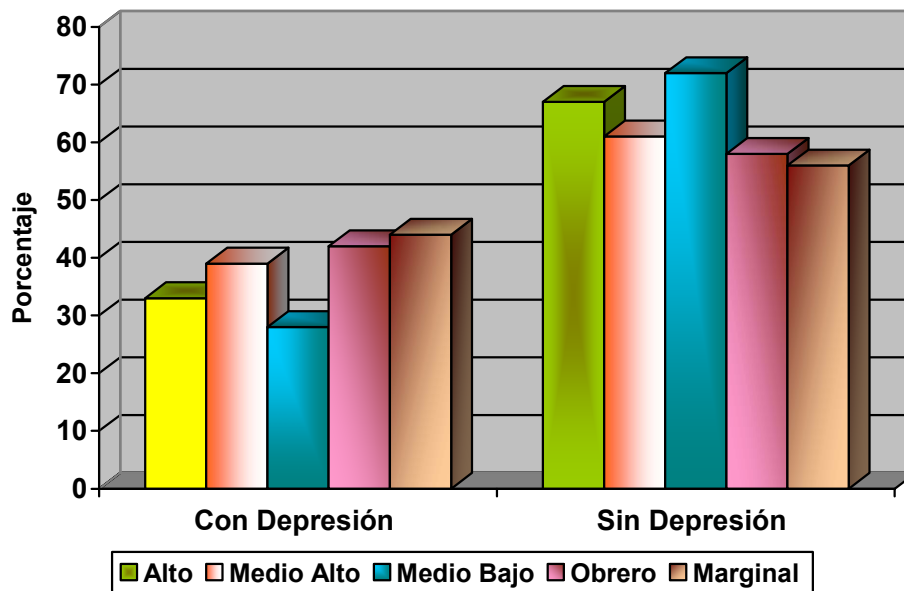
Estrato Socioeconómico de los Adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

ESTRATO SOCIOECONÓMICO	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Alto	1	33	2	67	3
Medio Alto	24	39	37	61	61
Medio Bajo	39	28	100	72	139
Obrero	115	42	156	58	271
Marginal	20	44	25	56	45

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 12.

Estrato Socioeconómico de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006



Fuente: Cuadro No.12.

Cuadro No. 13

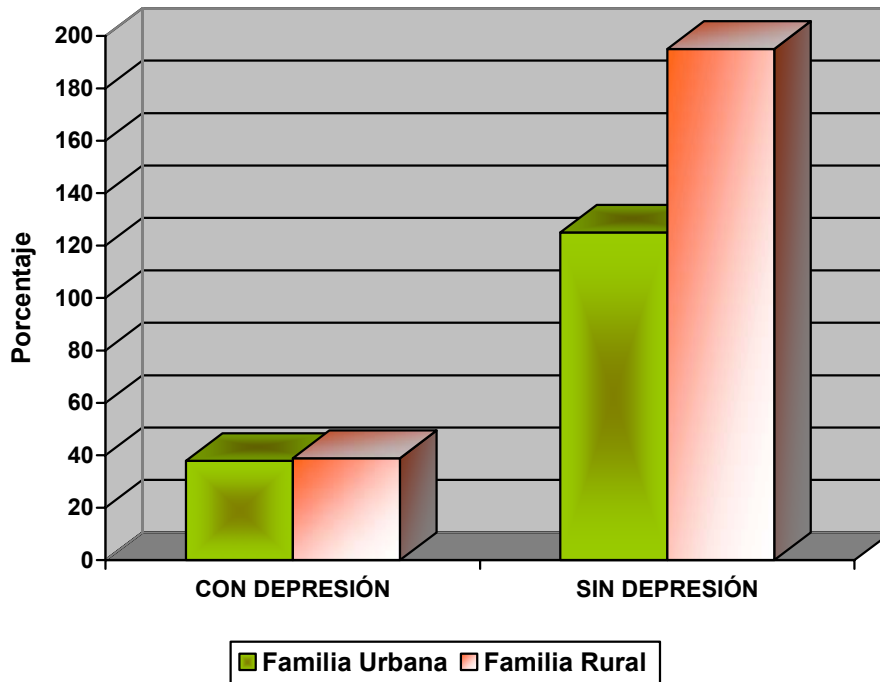
Tipo de Familia (por su Demografía) de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

TIPO DE FAMILIA POR SU DEMOGRAFÍA	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Rural	81	38.9	127	61.1	208
Urbana	118	37.9	193	62.1	311

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 13

Tipo de Familia (por su Demografía) de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No. 14

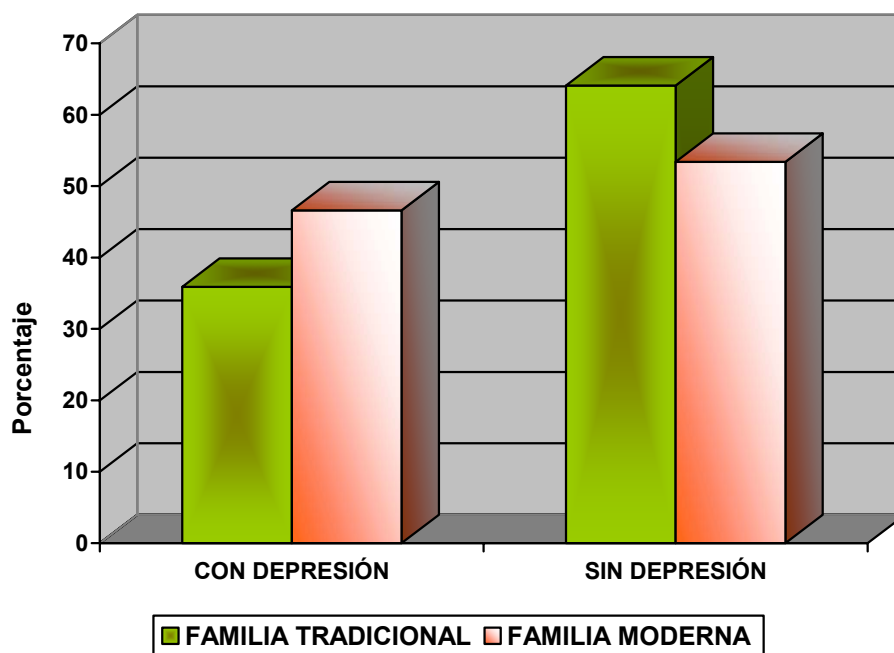
Tipo de Familia (por su desarrollo) de los adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

TIPO DE FAMILIA POR SU DESARROLLO	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Tradicional	144	35.9	257	64.1	401
Moderna	55	46.6	63	53.4	118

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 14

Tipo de Familia (por su desarrollo) de los adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 14

Cuadro No. 15

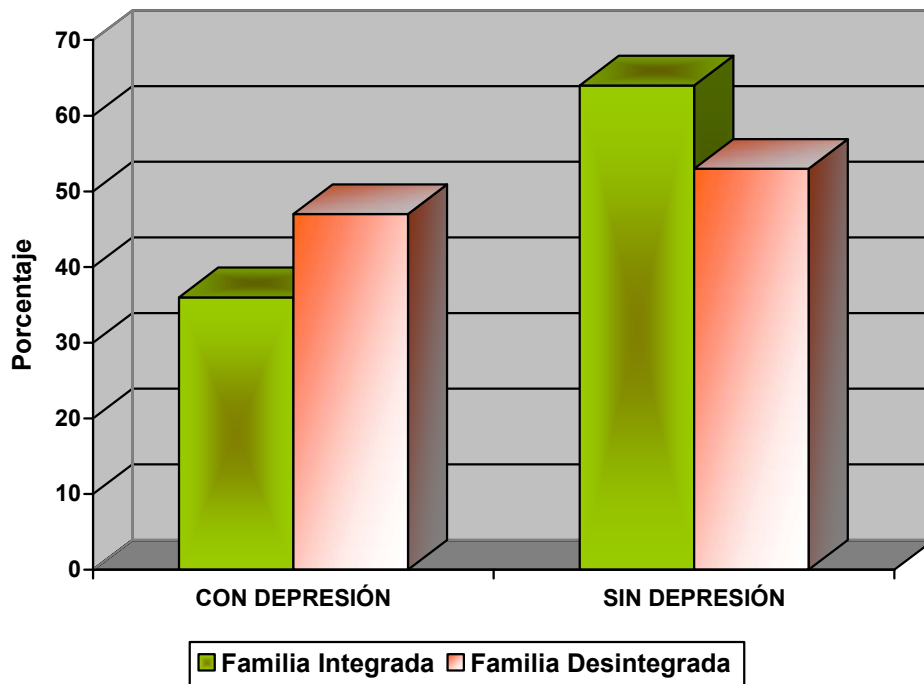
Tipo de Familia (por su integración) de los adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

TIPO DE FAMILIA POR SU INTEGRACIÓN	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Integrada	146	36	260	64	406
Desintegrada	53	47	60	53	113

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 15

Tipo de Familia (por su integración) de los adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 15

Cuadro No. 16

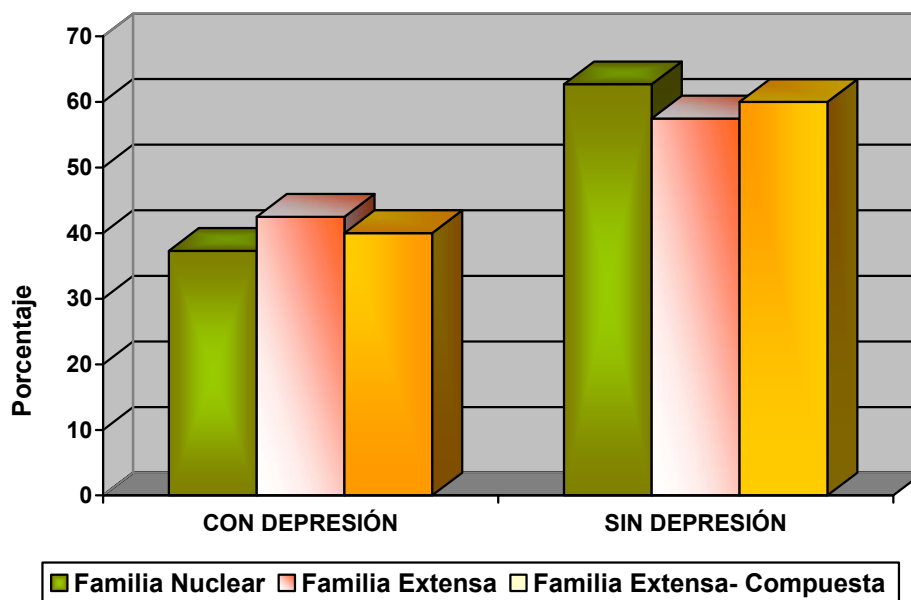
Tipo de Familia (por su estructura) de los adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

TIPO DE FAMILIA POR SU ESTRUCTURA	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Nuclear	157	37.3	263	62.7	420
Extensa	40	42.5	54	57.5	94
Extensa Compuesta	2	40	3	60	5

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 16

Tipo de Familia (por su estructura) de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 16

Cuadro No. 17

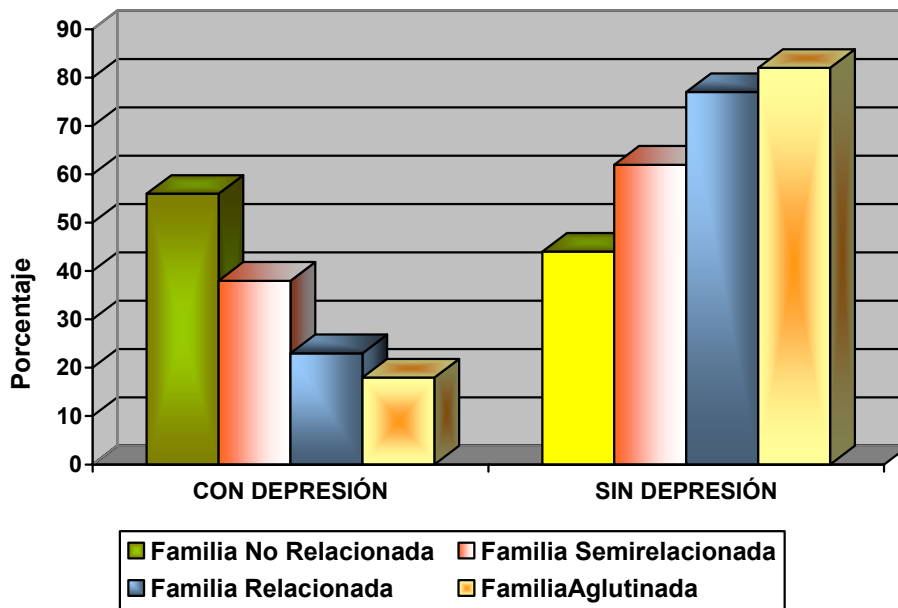
Cohesión Familiar de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

COHESIÓN FAMILIAR	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Familia No Relacionada	103	56	81	44	184
Familia Semirelacionada	55	38	91	62	146
Familia Relacionada	28	23	91	77	119
Familia Aglutinada	13	18	57	82	70

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 17

Cohesión Familiar de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 17

Cuadro No. 18.

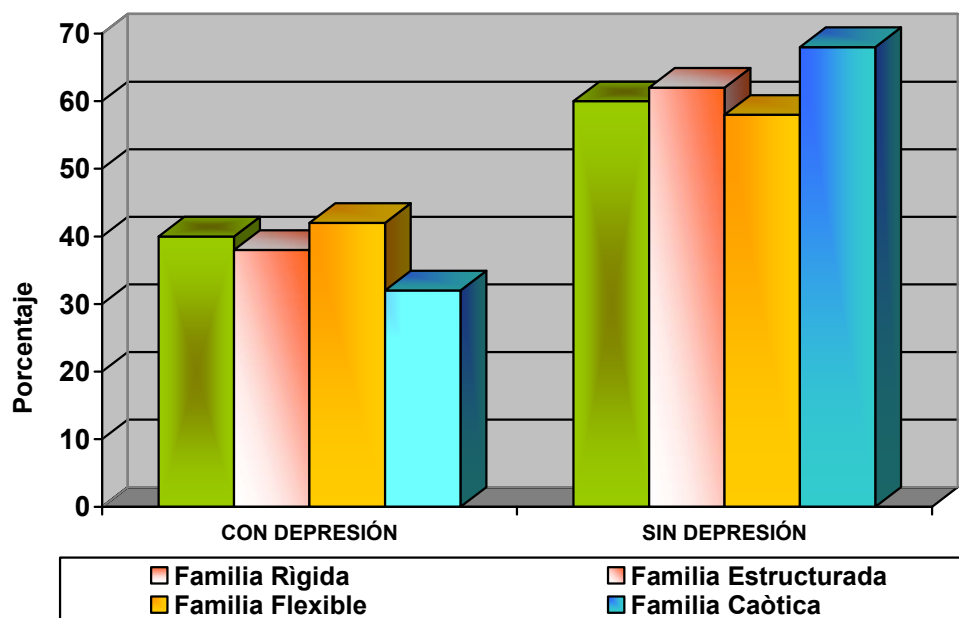
Adaptabilidad Familiar de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

ADAPTABILIDAD FAMILIAR	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Familia Rígida	46	40	68	60	114
Familia Estructurada	55	38	87	62	142
Familia Flexible	54	42	75	58	129
Familia Caótica	44	32	90	68	134

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 18

Adaptabilidad Familiar de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No.18

Cuadro No. 19

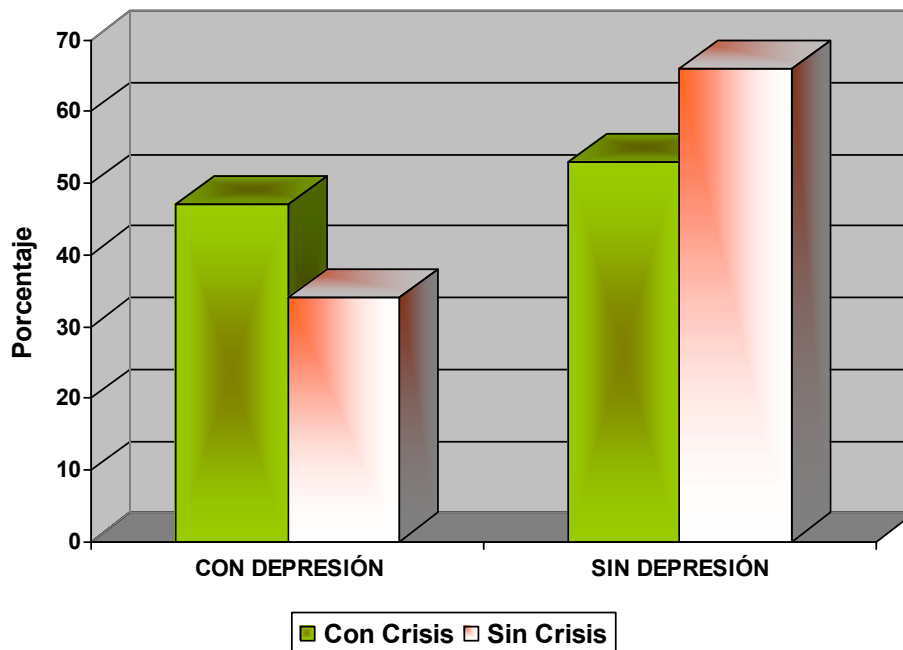
Crisis Familiares en los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

CRISIS FAMILIARES	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
Si	81	47	91	53	172
No	118	34	229	66	347

Fuente: Encuesta

Gráfica 19.

Crisis Familiares de los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 19

Cuadro No. 20

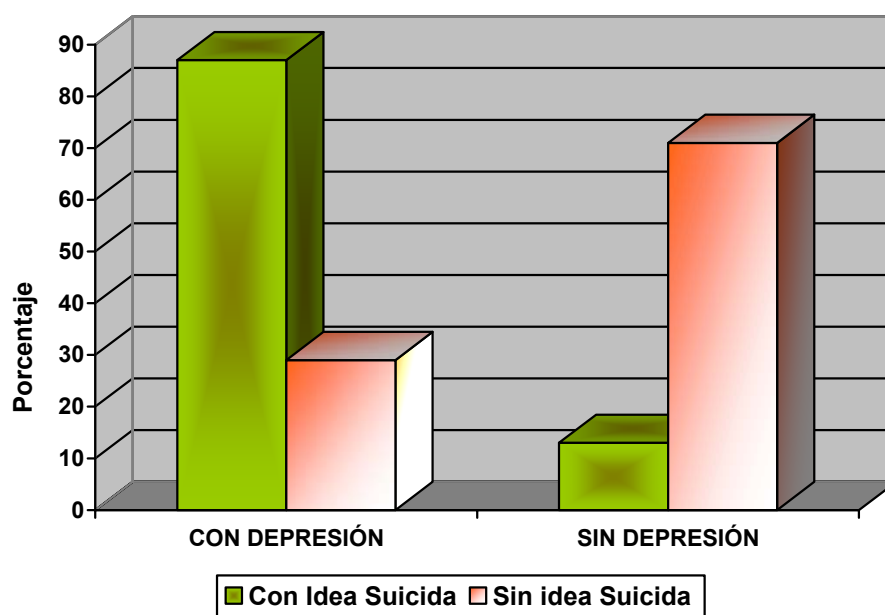
Idea Suicida en los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.

IDEA SUICIDA	DEPRESIÓN				TOTAL =519
	CON		SIN		
	N =199		N =320		
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	
SI	72	87	10	13	82
NO	127	29	310	71	437

Fuente: Encuesta

Gráfica No. 20

Idea Suicida en los Adolescentes de Luis Moya, Zacatecas, 2006.



Fuente: Cuadro No. 20

Cuadro No.21

Factores asociados a depresión en adolescentes de Luis Moya, Zac. 2006.

Factor	Con depresión	Sin depresión	OR	IC95%	P*
Edad					

≥16	94	151	1.0	---	---
<15	105	169	0.99	0.68-1.44	0.99
Sexo					
Masculino	56	157	1.0	---	---
Femenino	143	163	2.46	1.66-3.66	<0.001
Estado civil					
Casados	7	8	1.0	---	---
Solteros	192	312	1.42	0.46-4.39	0.50
Ocupación					
Trabajador	13	24	1.00	---	---
Estudiante	186	296	1.16	0.55-2.47	0.67
Escolaridad					
Alta	113	175	1.00	---	---
Baja	86	145	0.92	0.63-1.33	0.64
Enfermedades concomitantes					
No	180	303	1.00	---	---
Si	19	17	1.88	0.91-3.91	0.64
Alcoholismo Familiar					
No	136	236	1.00	---	---
Si	63	84	1.30	0.87-1.96	0.18
Depresión familiar					
No	111	259	1.00	---	---
Si	88	61	3.37	2.23-5.10	<0.001
Antecedente personal de alcoholismo					
No	154	260	1.00	---	---
Si	45	60	1.27	0.8-2.00	0.28
Antecedente personal de tabaquismo					
No	179	300	1.00	---	---
Si	20	20	1.68	0.84-3.35	0.11
Estrato socioeconómico					
Alto	25	39	1.00	---	---
Bajo	174	281	1.04	0.58-1.83	0.89
Tipo de familia Por su demografía					
Rural	81	127	1.00	---	---
Urbana	118	193	0.96	0.66-1.40	0.81
Tipo de familia					

Por su desarrollo					
Tradicional	144	257	1.00	---	---
Moderna	55	63	1.56	1.01-2.41	0.035 ←
Tipo de familia por su integración					
Integrada	146	260	1.00	---	---
Desintegrada	53	60	1.57	1.01-2.45	0.034 ←
Tipo de familia por su estructura					
Nuclear	157	263	1.00	---	---
Extensa	42	57	1.23	0.77-1.97	0.35
Cohesión familiar					
Familia relacionada	41	148	1.00	---	---
Familia no relacionada	158	172	3.32	2.16-5.09	<0.001 ←
Adaptabilidad familiar					
Estructurada	55	87	1.00	---	---
No estructurada	144	233	0.98	0.65-1.48	0.91
Crisis familiares..					
No	118	229	1.00	---	---
Si	81	91	1.73	1.17-2.55	0.038 ←
Idea suicida...					
No	127	310	1.00		
Si	72	10	17.5	8.46-37.51	<0.001

Fuente: encuesta.

*Prueba de X^2 para grupos independientes.

8. DISCUSIÓN

A través de este estudio fuè posible detectar los factores de riesgo asociados para desarrollar depresión en el adolescente así como identificar un perfil del adolescente en riesgo.

En nuestro estudio hemos encontrado una prevalencia elevada, corresponde a 38.3% con depresión en los adolescentes, superior a la referida en algunas revisiones previas como en los trabajos de Escribà Quijada, en donde se estudió adolescentes europeos y ellos encontraron 10.29%. Sin embargo es comparable a la de otras investigaciones realizadas con diferentes metodologías y distintas poblaciones de adolescentes, en donde fuè de 25% en población del continente americano, (Brasil)¹¹ y de 32% en población mexicana.¹⁴ Esta variación quizá se deba a los instrumentos de medición utilizados así como a los factores culturales y familiares diferentes que son diferentes en nuestra población.

De los factores asociados a depresión en el adolescente con significancia estadística fuè el sexo femenino, no representa un hallazgo inesperado la mayor proporción de mujeres entre los adolescentes deprimidos ya que éste es un fenómeno constante en los estudios epidemiológicos como ha sido referido, por el mismo rol que juega la mujer en la sociedad tiende más a deprimirse este gènero^{7,12}

Al igual que en los estudios previamente realizados,^{3,4,13} en nuestra población encontramos más elevada la prevalencia de depresión en la población con más bajo nivel educativo, 44 % de los adolescentes que sólo habían cursado la primaria incompleta presentaron depresión y con más bajo estrato socioeconómico, destacando que el 44% de los adolescentes que pertenecían a la clase marginal presentaron el trastorno, con respecto al estrato medio bajo que fue en donde encontramos menos depresión (28 %).

En un estudio con adolescentes de una población mexicana, 90 % de ellos con depresión mayor experimentó algún trastorno comorbido.⁹ De igual forma encontramos esta asociación aunque en menor porcentaje en nuestro estudio ya que el 53 % de los adolescentes que tuvieron enfermedades concomitantes presentaron depresión, en comparación con los que no tuvieron este antecedente que tan sólo presentaron depresión el 37 %.

Existió una importante asociación entre el antecedente familiar de depresión^{2,12} (específicamente en los padres) y depresión en el adolescente porque presentaron más depresión los adolescentes (59 %) en donde fue positivo el antecedente familiar respecto a donde fue negativo, que se deprimieron sólo el 30 %. De igual manera encontramos importante asociación entre el antecedente familiar de alcoholismo así como el antecedente personal de tabaquismo (43 %) muy semejante a estudios realizados en el extranjero.¹⁰

En cuanto a la estructura familiar y su relación con adolescentes deprimidos se encontró que la mayoría de los adolescentes deprimidos pertenecen a familias extensas,

modernas y desintegradas, sin diferencia a lo descrito,¹⁴ siendo un factor de riesgo para desarrollar depresión el que los padres vivan separados, o bien, que vivan otros familiares en el hogar, el pertenecer a familias modernas, desintegradas, rurales, flexibles, no relacionadas, es decir, con poca cohesión familiar, con crisis familiares, el presentar ideas suicidas; encontramos muy similares nuestros resultados a los reportados por Moreno y cols.¹¹ A diferencia de lo ya descrito nosotros encontramos en nuestra población con mayor riesgo para depresión los adolescentes de familias rurales.

Se encontró asociación importante entre la presencia de crisis familiares y depresión en la adolescencia, pues los adolescentes en cuya familia estaban cursando con un evento familiar de este tipo, tendieron más a deprimirse (47 %) que los jóvenes que no tenían crisis familiares.

La idea suicida constituye uno de los factores asociados a la depresión y nuestros resultados fueron asombrosos pues el 36.1% de los adolescentes con depresión presentaron idea suicida, esto fue muy similar a lo encontrado por Almanza y cols. Aunque cabe mencionar que aunque es menor el porcentaje de los adolescentes (13%) que presentaron idea suicida y no tenían depresión pero es importante que tengamos esto en cuenta ya que son también una población en riesgo.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de depresión en adolescentes de Luís Moya Zacatecas fue muy significativa (38.3%) siendo mas elevada a la anteriormente reportada de 32 % en población mexicana .¹⁴

Debido a que la disfunción ocasionada por esta enfermedad es severa , repetitiva y tiende a perturbar la vida familiar , es importante que nosotros como médicos familiares conozcamos los factores de riesgo para diagnosticar oportunamente porque sabemos, puede ocasionar la muerte debido a la alta tasa de suicidios en estos grupos.

Los factores asociados a depresión fueron ser menores de 15 años de edad(14 años), del sexo femenino, casados, con escolaridad baja, de estrato socioeconómico bajo (marginal), pertenecer a familia desintegrada, no relacionada, extensa, moderna , flexible, rural y que cursa con crisis familiares e ideas suicidas.

Este estudio demostró utilidad en nuestra población ya que nos permitió conocer esos factores que se asocian a depresión en nuestra población , pues son escasos los estudios realizados al respecto en población mexicana y como pudimos percibir existen diferencias con otras poblaciones. Además contribuyó a establecer el diagnóstico en forma temprana , iniciar su tratamiento y su derivación también oportuna a psiquiatría.

Así mismo nos brinda la oportunidad de continuar con líneas de investigación encaminadas al seguimiento, diagnóstico y tratamiento, tomando en consideración a

los adolescentes con altas calificaciones en el cuestionario de Beck. Conjuntamente se difundió este instrumento de Beck ,de aplicación sencilla ,rápido y de bajo costo entre el personal de salud y de las escuelas para que se sigan realizando periódicamente pruebas de tamizaje para detectar este trastorno .

Sería importante enfocar nuevos estudios que exploren otros aspectos importantes aquí no investigados como la repercusión en la calidad de vida, la disfuncionalidad asociada para determinar más factores asociados a la depresión en población mexicana.

ANEXOS

11.1 Anexo 1.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE DE LUIS
MOYA, ZAC.

Folio: 001

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: LEE CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y CONTESTA SEÑALANDO CON UNA *X* UNA SOLA OPCIÓN.

1. NOMBRE: _____
2. DOMICILIO: _____
3. EDAD: _____
4. SEXO: masculino femenino
5. TU ESTADO CIVIL ACTUALMENTE ES:
 Soltero casado viudo divorciado unión libre
6. TU ESCOLARIDAD ES:
 Analfabeta primaria incompleta primaria completa
 secundaria incompleta Secundaria terminada preparatoria incompleta preparatoria completa
7. A QUE TE DEDICAS: Estudias trabajas
8. EN QUE LUGAR VIVES ACTUALMENTE:
 En la cabecera municipal comunidad o rancho ciudad
9. HAS CONSUMIDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS CON FRECUENCIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES:
 Si no
10. FUMAS: Si no
11. PADECES ALGUNA (S) DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
 Artritis reumatoide diabetes mellitus asma bronquial otras _____
12. LA MADRE DE FAMILIA TRABAJA FUERA DEL HOGAR: Si no
13. TUS PADRES VIVEN JUNTOS:
 Si no ¿Por qué NO?: divorcio viudez separación emigración
14. QUIENES VIVEN EN TU HOGAR:
 Padres e hijos padres, hijos y mas familiares
 Padres, hijos y otras personas que no son de la familia como amigos, compadres, etc.
15. TUS PADRES CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS: Si no
16. TUS PADRES PADECEN O HAN PADECIDO DEPRESIÓN: Si no
17. LA PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA:
 Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de empresas
 Profesionista, técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria
 Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa
 Obrero especializado: tractoristas, taxistas.
 Obrero no especializado, servicio doméstico.
18. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE:
 Universitaria o su equivalente
 Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa
 Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
 Educación primaria completa
 Primaria incompleta, analfabeta
19. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA:
 Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios)
 Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales
(médicos, abogados) deportistas profesionales.
 Sueldo quincenal o mensual
 Salario diario o semanal
 Ingresos de origen público o privado
20. CONDICIONES DE TU VIVIENDA:

- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias
- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias
- Vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias
- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias
- Vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

21 .EN TU FAMILIA SE HA PRESENTADO EN LOS ÚLTIMOS 8 MESES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, (Puedes elegir una o varias opciones) SEÑALA CON UNA X

CONTESTA AQUÍ	EVENTO
	MUERTE DE CÓNYUGE
	DIVORCIO
	SEPARACIÓN MATRIMONIAL
	CAUSAS PENALES
	MUERTE DE FAMILIAR CERCANO
	LESIÓN O ENFERMEDAD PERSONAL
	MATRIMONIO
	PÉRDIDA DE EMPLEO
	RECONCILIACIÓN MATRIMONIAL
	JUBILACIÓN
	CAMBIOS EN LA SALUD DE UN FAMILIAR
	EMBARAZO
	PROBLEMAS SEXUALES
	NACIMIENTO DE UN HIJO
	REAJUSTE EN LOS NEGOCIOS
	CAMBIOS EN EL ESTADO FINANCIERO
	MUERTE DE UN AMIGO MUY QUERIDO
	CAMBIO A UNA LÍNEA DIFERENTE DE TRABAJO
	CAMBIO DEL NÚMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA
	HIPOTECA MAYOR
	JUICIO POR UNA HIPOTECA O PRÉSTAMO
	CAMBIO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRABAJO
	UNO DE LOS HIJOS ABANDONA EL HOGAR
	DIFICULTADES EN LOS PARIENTES POLÍTICOS
	LOGRO PERSONAL NOTABLE
	LA ESPOSA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR
	INICIA O TERMINAN LA ESCUELA
	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA
	REVISIÓN DE HÁBITOS PERSONALES
	PROBLEMAS CON EL JEFE
	CAMBIO EN EL HORARIO CONDICIONES DE TRABAJO
	CAMBIO DE RESIDENCIA
	CAMBIO DE ESCUELA
	CAMBIO DE RECREACIÓN
	CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES RELIGIOSAS
	CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES
	HIPOTECA O PRÉSTAMO MENOR
	CAMBIO EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO
	CAMBIO EN EL NÚMERO DE REUNIONES FAMILIARES
	CAMBIO EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS
	VACACIONES
	NAVIDAD
	VIOLACIONES MENORES A LA LEY

22. RESPONDE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SEGÚN COMO TE HAYAS SENTIDO EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

- A)
- No me siento triste
 - Me siento triste
 - Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello
 - Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo
- B)
- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro
 - Me siento desanimado con respecto al futuro
 - Siento que no puedo esperar nada del futuro
 - Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar
- C)
- no me siento fracasado
 - Siento que he fracasado más que la persona normal
 - Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un Montón de fracasos.
 - Siento que como persona soy un fracaso completo
- D)
- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes
 - No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 - Ya nada me satisface realmente
 - Todo me aburre o desagrada
- E)
- No siento ninguna culpa particular
 - Me siento culpable buena parte del tiempo
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 - Me siento culpable todo el tiempo
- F)
- No siento que esté siendo castigado
 - Siento que puedo estar siendo castigado
 - Espero ser castigado
 - Siento que estoy siendo castigado
- G)
- No me siento decepcionado de mi mismo
 - Estoy decepcionado conmigo mismo
 - Estoy harto de mi mismo
 - Me odio a mi mismo
- H)
- No me siento peor que otros
 - Me critico por mis debilidades o errores
 - Me culpo todo el tiempo por mis faltas
 - Me culpo por todas las cosas malas que me suceden

- D) No tengo ninguna idea de matarme
 Tengo ideas de matarme pero no las llevo a cabo
 Me gustaría matarme
 Me mataría si tuviera la oportunidad
- J) No lloro más de lo habitual
 Lloro más que antes
 Ahora lloro todo el tiempo
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera
- K) No me irrito ahora más que antes
 Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes
 Me siento irritado todo el tiempo
 No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme
- L) No he perdido interés en otras personas
 Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 He perdido todo interés en los demás.
- M) Tomo decisiones como siempre
 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
 Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- N) No creo que me vea peor que antes
 Me preocupa que este pareciendo avejentado o inatractivo
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo
 Creo que me veo horrible
- Ñ) Puedo trabajar tan bien como antes
 Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo
 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa
 No puedo hacer ningún tipo de trabajo
- O) Puedo dormir tan bien como antes
 No duermo tan bien como antes
 Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir
 Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.
- P) No me canso más de lo habitual
 Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme
 Me canso al hacer cualquier cosa
 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

- Q) Mi apetito no ha variado
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Mi apetito es mucho peor que antes
 Ya no tengo nada de apetito
- R) Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo
 He perdido más de 2 kg
 He perdido más de 4 kg
 He perdido más de 6 kg
- S) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual
 Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago.
 Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
- T) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo
 Estoy interesado por el sexo más de lo que solía estar
 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
 He perdido por completo mi interés por el sexo.

23. DESCRIBE TU FAMILIA

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con las personas que no son de nuestra familia					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
Cuando se toma una decisión importante , toda la familia esta presente					
En nuestra familia las reglas cambian					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
Consultamos unos a otros para tomar decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar					

ANEXO 2
11.2 CUESTIONARIO DE BECK

- 1)
 No me siento triste
 Me siento triste
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello
 Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo
- 2)
 No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro
 Me siento desanimado con respecto al futuro
 Siento que no puedo esperar nada del futuro
 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar
- 3)
 No me siento fracasado
 Siento que he fracasado mas que la persona normal
 Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 Siento que como persona soy un fracaso completo
- 4)
 Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes
 No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 Ya nada me satisface realmente
 Todo me aburre o desagrada
- 5)
 No siento ninguna culpa particular
 Me siento culpable buena parte del tiempo
 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
 Me siento culpable todo el tiempo
- 6)
 No siento que esté siendo castigado
 Siento que puedo estar siendo castigado
 Espero ser castigado
 Siento que estoy siendo castigado
- 7)
 No me siento decepcionado de mi mismo
 Estoy decepcionado conmigo mismo
 Estoy harto de mi mismo
 Me odio a mi mismo
- 8)
 No me siento peor que otros
 Me critico por mis debilidades o errores
 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
 Me culpo por todas las cosas malas que me suceden
- 9)
 No tengo ninguna idea de matarme
 Tengo ideas de matarme pero no las llevo a cabo
 Me gustaría matarme
 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10)
 No lloro más de lo habitual
 Lloro más que antes
 Ahora lloro todo el tiempo
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera

- 11)
- No me irrito ahora más que antes
 - Me enoja o irrito mas fácilmente ahora que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme
- 12)
- No he perdido interés en otras personas
 - Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 - He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 - He perdido todo interés en los demás.
- 13)
- Tomo decisiones como siempre
 - Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes
 - Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
 - Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14)
- No creo que me vea peor que antes
 - Me preocupa que este pareciendo avejentado o inatractivo
 - Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo
 - Creo que me veo horrible
- 15)
- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo
 - Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa
 - No puedo hacer ningún tipo de trabajo
- 16)
- Puedo dormir tan bien como antes
 - No duermo tan bien como antes
 - Me despierto 1 o 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir
 - Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
- 17)
- No me canso mas de lo habitual
 - Me canso mas fácilmente de lo que solía cansarme
 - Me canso al hacer cualquier cosa
 - Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
- 18)
- Mi apetito no ha variado
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es mucho peor que antes
 - Ya no tengo nada de apetito
- 19)
- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo
 - He perdido más de 2 kg
 - He perdido más de 4 kg
 - He perdido más de 6 kg
- 20)
- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual
 - Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago.
 - Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo
- Estoy interesado por el sexo más de lo que solía estar
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO 3

11.3 MÉTODO DE GRAFFAR

En la parte superior del cuadro las letras señalan las cuatro variables en que se basa el método, el puntaje va del 1 al 5 y se indican los diferentes niveles en que se subdivide cada variable.

Para clasificar el estrato socioeconómico, se suman las cantidades señaladas en cada variable según la siguiente tabla:

PUNTAJE	NIVEL SOCIOECONÓMICO	A	B	C	D
04 -06	ESTRATO ALTO				
07 -09	MEDIO ALTO				
10-12	MEDIO BAJO				
13- 16	OBRERO				
17-20	MARGINAL				

Las 4 variables y su correspondiente puntaje son las siguientes:

A) PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

1. universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
2. profesionista, técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.,
3. empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
4. obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
5. obrero no especializado, servicio doméstico, etc.

B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1. universitaria o su equivalente
2. enseñanza técnica superior y o secundaria completa
3. secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos)
4. educación primaria completa.
5. primaria incompleta, analfabeta.

C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS

1. fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar)
2. ingresos provenientes de una empresa privada , negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc) deportistas, profesionales
3. sueldo quincenal o mensual
4. salario diario o semanal
5. ingresos de origen publico o privado (subsidios)

D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA

1. Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
2. vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
3. vivienda con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.
4. vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
5. vivienda improvisada, construida con materiales de deshecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

ANEXO 4

11.4 CLASIFICACIÓN INTEGRAL DE LA FAMILIA

Se clasifica en:

1. **Según su desarrollo:** familia moderna,(cuando la madre trabaja fuera del hogar , en iguales condiciones que el padre), tradicional (cuando el subsistema proveedor, esta constituido por el padre y primitiva o arcaica (familia campesina , cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por el producto de la tierra que laboran).
2. **Según su demografía:** rural o urbana (según la ubicación de la familia)
3. **Según su integración:** familia integrada (cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones), semi-integrada (los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones) o desintegrada.
4. **Según su composición:** nuclear (formada por padre, madre e hijos), extensa(formada por padre, madre , hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos ,de adopción o de afinidad), extensa compuesta (además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y compadres).

ANEXO 5

11.5 FACES III

	NUNCA 1 1	CASI NUNCA 2	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si					
En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina					
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad					
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con las personas que no son de nuestra familia					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
Nos sentimos muy unidos					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones					
Cuando se toma una decisión importante , toda la familia esta presente					
En nuestra familia las reglas cambian					
Con facilidad podemos planear actividades en familia					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros					
Consultamos unos a otros para tomar decisiones					
En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad					
La unión familiar es muy importante					

COHESIÓN FAMILIAR		ADAPTABILIDAD FAMILIAR	
10-34	No relacionada	10-19	Rígida
35-40	Semi relacionada	20-24	Estructurada
41-45	Relacionada	25-28	Flexible
46-50	Aglutinada	29-50	Caótica

ANEXO 6

11.6. ESCALA DE HOLMES Esta escala de eventos críticos debe realizarse en función a los que hayan ocurrido 6 a 8 meses antes.

PUNTAJE: **0-149.....NO EXISTEN PROBLEMAS IMPORTANTES**
 150-199.....CRISIS LEVE
 200-299.....CRISIS MODERADA
 MAS DE 300...CRISIS SEVERA

ORDEN	EVENTO	VALOR
1	MUERTE DE CONYUGE	100
2	DIVORCIO	73
3	SEPARACION MATRIMONIAL	63
4	CAUSAS PENALES	63
5	MUERTE DE FAMILIAR CERCANO	63
6	LESION O ENFERMEDAD PERSONAL	53
7	MATRIMONIO	50
8	PERDIDA DE EMPLEO	47
9	RECONCILIACION MATRIMONIAL	45
10	JUBILACIÓN	45
11	CAMBIOS EN LA SALUD DE UN FAMILIAR	44
12	EMBARAZO	40
13	PROBLEMAS SEXUALES	39
14	NACIMIENTO DE UN HIJO	39
15	REAJUSTE EN LOS NEGOCIOS	39
16	CAMBIOS EN EL ESTADO FINANCIERO	38
17	MUERTE DE UN AMIGO MUY QUERIDO	37
18	CAMBIO A UNA LINEA DIFERENTE DE TRABAJO	36
19	CAMBIO DEL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	35
20	HIPOTECA MAYOR	31
21	JUICIO POR UNA HIPOTECA O PRESTAMO	30
22	CAMBIO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRABAJO	29
23	UNO DE LOS HIJOS ABANDONA EL HOGAR	29
24	DIFICULTADES EN LOS PARIENTES POLITICOS	29
25	LOGRO PERSONAL NOTABLE	28
26	LA ESPOSA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR	26
27	INICIA O TERMINAN LA ESCUELA	26
28	CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	25
29	REVISIÓN DE HÁBITOS PERSONALES	24
30	PROBLEMAS CON EL JEFE	23
31	CAMBIO EN EL HORARIO CONDICIONES DE TRABAJO	20
32	CAMBIO DE RESIDENCIA	20
33	CAMBIO DE ESCUELA	20
34	CAMBIO DE RECREACIÓN	19
35	CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES RELIGIOSAS	19
36	CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES	18
37	HIPOTECA O PRESTAMO MENOR	17
38	CAMBIO EN LOS HÁBITOS DE SUEÑO	16
39	CAMBIO EN EL NUMERO DE REUNIONES FAMILIARES	15
40	CAMBIO EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS	15
41	VACACIONES	13
42	NAVIDAD	12
43	VIOLACIONES MENORES A LA LEY	11
	TOTAL	



ANEXO 7

11.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES ASOCIADOS PARA DESARROLLAR DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA”

Por medio del presente acepto participar en éste proyecto de investigación Registrado con número 3302-2006-0001 ante el Comité Local de Investigación del Hospital General de Zona No.2 del IMSS en Fresnillo, Zac.

El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo asociados para desarrollar depresión en los adolescentes, con la finalidad de conocer la prevalencia de este padecimiento y diagnosticarla oportunamente.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta personal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios derivados de mi participación en el estudio, que será diagnosticar DEPRESIÓN y en su caso darle seguimiento al padecimiento así como su derivación oportuna para recibir atención especializada.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento en que lo considere conveniente.

El investigador principal me ha asegurado que no me identificará en la presentación y publicación que deriven de éste y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información que se derive de este estudio.

Luis Moya, Zac., a _____ de _____ del 2006.

Los números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de alguna duda o aclaración son: 492 111 8014 y 458 98 27338 con el siguiente horario de lunes a jueves de 8 a 15: 00 hrs. con la Dra. Gladys Marlene García Pacheco.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADO

DRA. GLADYS M. GARCÍA PACHECO
MAT. 11328665

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

BIBLIOGRAFÍA:

1. Requena E. Trastornos del estado de ánimo. Manual de Psicopatología clínica. 1ª ed. Barcelona: Paidós; 2000; 126-139
2. Rodrigo AM, Hernández GR. Ansiedad Depresión y conducta suicida en la adolescencia. *Medicine* 2003; 8(116): 6199-6208.
3. López SC, López PJ. La depresión en la infancia desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. *Rev Psicopatología y psicología clínica* 1998; 3 (2): 95-102.
4. Cadevall J, Miñarro A, Villaroya A. Estudio diana. Depresión con insomnio y ansiedad: nueva aproximación. *Psiquiatría Biológica* 2001; 8 (5):175-181.
5. De la Fuente R. Psicología médica. Nueva ed. Biblioteca de Psicología;2000;438-447
6. Loràn MM, Cardoner AN. Protocolo diagnóstico del paciente con depresión aguda y crónica. *Medicine* 2003; 8(105):5675-5678.
7. Aragonés BE, Gutiérrez PM, Pino FM, Lucena LC, Cervera VJ, Garreta E. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27:623-628.
8. Escrivà QR, Maestre MC, Amores LP, Pastor TA, Miralles ME, Escobar RF. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33 (5): 298-302.
9. Benjet C, Borges G, Medina MM, Fleiz BC, Zambrano RJ. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Sal Pub Méx* 2004; 46 (5): 417- 424.
10. Almanza MJ, Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. *Rev Sanid Milit Méx* 2004;58 (3):209-222
11. Palazzo LD, Beria JU, Fernández FA, Tomasi E. Depresión en adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva. *Aten Primaria* 2001; 28(8): 543-549.
12. Boschetti FB, La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Med Fam* 2004; 6 (3): 61-63.
13. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Sal Púb Méx* 2004; 46 (5):378-385.

14. Moreno CS, Boschetti FB, Monroy CC, Irigoyen CA, Dorantes BP. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. Arch Med Fam 2003; 5 (3): 89-91.
15. Vázquez PE, Fonseca CI, Padilla VJ, Pérez HM, Gómez RN. Diagnostico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2005; 22 (2): 107-118.
16. Romano VP, Dallal y CE, El adolescente. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Sección XXV Psiquiatria. 1312-1317.
17. Villagómez BR, Balcazar MA, Paz RR. Suicidio en jóvenes. Rev Fac Med UNAM 2005; 48 (2): 54-57.
18. Benito A, Aparicio M, Briones A. Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. Revista de Psicopatología y Psicología clínica 2000;5(1): 1-11.
19. Sánchez GO. Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo. Acta Pediatr Méx 2003;24 (5):312-316.
20. Osornio CL. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. Arch Med Fam 2001; 3(2):33-39.
21. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. Psicotherma 1998; 10 (2): 303-318.