



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR #58
TLALNEPANTLA EDO. DE MEXICO

IDENTIFICACION RASGOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES
PARA REALIZAR UNA DETECCION OPORTUNA EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCION

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ELVIA HERRERA ARRIAGA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO 2007



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.

IDENTIFICACION DE RASGOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES PARA
REALIZAR UNA DETECCION OPORTUNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

PRESENTA:

DRA. ELVIA HERRERA ARRIAGA

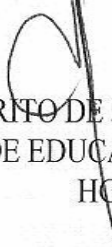
AUTORIZACIONES:



DRA.: MA. CARMEN CARRASCO BECERRIL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
DEL IMSS Y ASESORA DE TEMA
HGZ58 IMSS



DRA SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
COORDINADORA DE BIBLIOTECA
DE MEDICINA FAMILIAR UNAM



DR MARGARITO DE JESUS DE LA TORRE LOPEZ
COORD. CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA
HGZ58 IMSS

TLALNEPANTLA, EDO DE MEXICO

2007

IDENTIFICACION DE RASGOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES PARA
REALIZAR UNA DETECCION OPORTUNA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

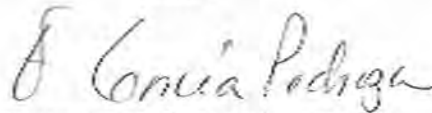
PRESENTA:

DRA. ELVIA HERRERA ARRIAGA

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA,
UNAM



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA,
UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

INDICE

		PAGINA
1.	Marco teórico	6
1.1	Antecedentes del tema	6
1.1.1	Adolescencia	6
1.1.2	Clasificación de la adolescencia	7
1.1.2.1	Adolescencia temprana	9
1.1.2.2	Adolescencia media	10
1.1.2.3	Adolescencia tardía	11
1.2	Definición de depresión	12
1.2.1	Etiología	14
1.2.2	Tipos de depresión	15
1.2.3	Demografía	16
1.2.4	Epidemiología	18
1.2.5	Síntomas de la depresión	19
1.2.6	Criterios diagnósticos	21
1.2.7	Factores de riesgo	22
1.2.8	Complicaciones y prevención	23
1.2.8	Internet y depresión	24
1.3	Consulta medica del adolescente	25
1.3.1	Medico familiar y adolescente	27
1.4	Planteamiento del problema	30
1.5	Justificación	32
1.6	Objetivos	34
1.6.1	Objetivo general	34
1.6.2	Objetivos específicos	34
2.	Metodología	35
2.1	Tipo de estudio	35
2.2	Diseño del estudio	35
2.3	Población, lugar y tiempo	36
2.4	Muestra	36
2.5	Criterios de inclusión	36
2.6	Criterios de eliminación	36
2.7	Criterios de exclusión	36
2.8	Variables	37
3	Diseño de estudio	37
4	Método para captar información	38
5	Recursos	39
6	Consideraciones éticas	39

7	Resultados	41
8	Discusión	69
9	Conclusiones	71
10	Referencias	73
11	Anexos	76

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA

1.1.1 ADOLESCENCIA.

Definición.

La palabra adolescencia proviene del latín “adoleceré” que significa crecimiento o cambiando, es decir, creciendo hacia la madurez y la adultez¹.

El concepto de adolescencia es antropológico y sociológico, perspectiva que han superado los clásicos ejes que tomaban como referencia segmentos etéreos, cerrados o cambios exclusivamente somáticos^{2, 3}.

La importancia de esta etapa, radica en los cambios que provoca en la familia: con mucha tensión, es una etapa en el ciclo de la vida familiar en la que los hijos asumen gradualmente responsabilidades de sus actos, y raras veces es éste un proceso tranquilo.^{2,3}

Es el periodo de crecimiento y desarrollo físico y psicológico rápido que tiene lugar durante la segunda década de la vida (aproximadamente 10-19 años según la Organización Mundial de la Salud), propiciado por el hecho de que la madurez biológica se completa antes que la psicológica; este paso se da en forma progresiva y adaptable. El resultado final de este proceso está determinado por el potencial genético heredado, por factores nutricionales, hormonales y por el ambiente familiar y social.^{2, 3, 4}

La edad del inicio de la adolescencia es diferente para cada sexo; empieza por cambios imperceptibles para el adolescente y su familia (caracteres sexuales primarios), aun se desconoce que es lo que determina que comience este proceso que implica el fin del periodo de latencia que se extiende desde los 4-5 hasta los 9-10 años.

La adolescencia se empieza a evidenciar por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. El primer carácter sexual secundario en la niña es la aparición de crecimiento de la glándula mamaria, llamada telarca, que es el brote

del botón mamario, aproximadamente entre 10-13 años; en los niños es el aumento del tamaño testicular siendo este entre los 11 y 14 años.^{2,3,4,5}

1.1.1.2 CLASIFICACION DE LA ADOLESCENCIA

Según la aparición de los caracteres sexuales secundarios se dividen en:

- Pubertad precoz: Es la presencia de caracteres sexuales en una niña menor de 8 años o en un varón menor de 9, algunos autores^{3,4,5}, sugieren que la presencia de estos caracteres indicarían la presencia de alguna patología, pero además puede ser una variante del desarrollo normal, dependiendo de otros factores.
- Pubertad temprana: Es la presencia de los caracteres sexuales secundarios que aparecen entre los 8 y 10 años en las niñas y en los varones entre los 9 y los 11 años.
- Pubertad tardía: Se considera como la ausencia de caracteres sexuales secundarios posteriores a los 14 años en las niñas y 15 en los varones.

La adolescencia es una etapa de cambios rápidos, el crecimiento físico que tiene lugar durante la pubertad es el segundo en magnitud, solo superado por el que ocurre durante la primera infancia y afecta a todo el organismo.

La maduración púberal normal es el resultado del correcto funcionamiento del eje neuroendocrino- gonadal. No se sabe que es lo que desencadena que el hipotálamo aumente la hormona liberadora de gonadotropinas, provocando cambios hormonales que son responsables de los efectos en la estructura corporal, específicos de cada sexo, y particularmente los cambios conductuales que tienen lugar en la adolescencia.

El inicio normal de la pubertad en las niñas es entre los 10 y los 12 años con promedio de 10.5; en los niños se da entre los 11 y los 16 años con promedio de 12 años, el mayor aumento en la estatura de las niñas es a los 11 años y en los niños a los 13 años. Esta velocidad de crecimiento dura unos 2 años y disminuye bajo el control de las hormonas hasta el cierre de la epífisis y del cese del crecimiento en la última fase de la adolescencia.

La liberación de estrógenos progestágenos en las niñas favorece el cierre de los

centros de osificación como consecuencia el crecimiento concluye, en los varones este efecto se retarda por lo cual ellos tienden a ser más altos, independientemente de otros factores.

El sistema del estudio del desarrollo sexual de Tanner; describe las manifestaciones secundarias de la pubertad y su interrelación, se considera una herramienta útil para los clínicos facilitando la identificación del estadio en que se encuentran.

Esta clasificación de la maduración sexual, valora los cambios genitales del vello pubianos en ambos sexos y en las mujeres el desarrollo de las mamas, con 5 estadios en cada uno, empleados como parámetros de valoración.

Cambios genitales en los varones

Fase 1.- testículos, escroto y pene son de aproximadamente el mismo tamaño y guardan las mismas proporciones que en la edad escolar.

Fase 2.- el escroto y los testículos están ligeramente agrandados, la piel del escroto esta enrojecida y a cambiado de textura. El crecimiento del pene es escaso o nulo.

Fase 3.- al inicio hay discreto crecimiento del pene, especialmente en longitud. Los testículos y el escroto siguen creciendo.

Fase 4.- el pene esta agrandado especialmente en crecimiento en grosor y el desarrollo del glande. Los testículos y el escroto siguen creciendo y este último se oscurece marcadamente.

Fase 5.- los órganos genitales tienen el tamaño y las proporciones del adulto, el crecimiento se suspende y parece que el tamaño del pene disminuye levemente.

En promedio el paso de la segunda a la cuarta etapa se realiza en 2 ± 1 año. El de la cuarta a la quinta en 2 ± 1 año.^{2, 3, 4, 5}

Desarrollo del vello pubiano.

Fase 1.- El vello del pubis es igual al de la pared abdominal en los niños.

Fase 2.- Escaso crecimiento del vello púbico (largo), ligeramente pigmentado, recto o rizado, en la base del pene y en las niñas a lo largo de los grandes labios.

Fase 3.- El vello es considerablemente mas oscuro, mas grueso y mas rizado y

se extiende irregularmente sobre la sínfisis púbica, en ambos sexos.

Fase 4.- El vello es de tipo adulto, pero la zona cubierta es mucha mas reducida, y no invade la cara interna de los muslos, en ambos sexos.

Fase 5.- Vello de tipo adulto con distribución de triangulo de base superior, clásicamente femenina. Invade la cara interna de los muslos pero no asciende a la línea alba. En los varones, en una fase posterior invade la cara anterior del abdomen hasta adquirir la distribución clásicamente masculina de un rombo e invade la región perianal.

En los varones en promedio la fase 1 se inicia a los 12 ± 1 año, la cuarta a los 14 ± 1 años y la quinta a los 16 ± 1 años. En las mujeres la fase 1 se inicia a los 11 ± 1 años, la fase 4 se inicia a los 12.5 ± 1 años, y la fase quinta a los 13.5 ± 1 años. ^(2, 3,4,5)

Desarrollo de las mamas.

Fase 1.- Solo hay elevación del pezón.

Fase 2.- Esbozo mamario. Es el primer signo de pubertad. Se observa elevación del seno y del pezón y hay aumento del diámetro de la areola.

Fase 3.- Hay mayor crecimiento de la mama y de la areola, pero sin la separación de sus contornos.

Fase 4.- La areola y el pezón se proyectan por en cima del contorno general del seno. El crecimiento areolar se prolonga de la segunda a la quinta etapas, pero es más rápido al principio. La segunda etapa se inicia habitualmente a los 11 ± 1 años de edad y la etapa 5 se alcanza a los 13 ± 1 años ^{2, 3,4,5}

1.1.2.1 Adolescencia temprana:

Se da aproximadamente de los 10-13 años

- **Área psicomotora:** Aumenta de estatura, es inquieto, ansioso, torpe, requiriendo nuevas experiencias, tiene necesidad de actividad física. Se presenta en la mujer la menstruación como símbolo de maduración sexual. En los hombres: la erección y poluciones nocturnas pueden presentar preocupación, o sentirse orgullosos de su naciente virilidad.

- **Área cognoscitiva:** Nueva percepción de si mismo y del ambiente sin capacidad de pensar formalmente, se vuelve critico, principalmente con los padres, piensa en lo que puede suceder después.^{2,3,5,6}
- **Área afectiva:** Aumento de la presión instintiva (sexual), pero no cuenta con un objeto sexual y se libera con la masturbación, que en ocasiones va seguida por aislamiento o encierro. En los jóvenes se liberan las fantasías sexuales, cuando la amistad frente al amigo sede al impulso sexual, propicia la relación homosexual. Se inicia la separación de los padres^{1,2,3,5}.
- **Área social:** La separación emocional de los padres, requiere una autoidentificación y lo hace con compañeros de clase (no con familiares); le cuesta trabajo, pero le entusiasma trabajar en grupo.

El adolescente debe cumplir actividades de desarrollo como son:

- Adaptarse a los cambios de su cuerpo.
- Tratar de llevarse bien con los demás.
- Independizarse de sus padres.
- Alcanzar cierto nivel económico y social.
- Desarrollar un sentido de identidad satisfactorio.

Es conveniente que el niño que esta entrando en la adolescencia haya adquirido el sentido de formar parte de la familia, que son aceptados al menos por una persona (generalmente la madre), y que se sienta con plena confianza^{2, 4, 5, 6}

1.1.2.2 Adolescencia media.

Este periodo ocurre entre los 14 y 16 años, la tensión entre el adolescente y la familia alcanza su máxima intensidad; el adolescente se prepara para la separación de su núcleo familiar y busca la aceptación de grupos (pandillas, grupos, etc.)^{2,3,4,5,6}

Área psicomotora. Su cuerpo va alcanzando forma de adulto, el adolescente admira su cuerpo, ellas se pasan horas maquillándose y peinándose; el egocentrismo, característica de esta edad se manifiesta totalmente. Les gusta mucho los deportes.

Área cognoscitiva. La discrepancia entre lo real y lo posible puede ser un factor que lo convierta en un sujeto rebelde al darse cuenta que las cosas no son necesariamente como el adulto dice. Genera críticas a los sistemas sociales, políticos y religiosos; experimenta sus procesos internos como únicos (solamente les pasa a ellos).

Área afectiva. Orientación heterosexual, época de idealización romántica, sufre cambios de humor y torna irónicos sus comentarios. Sus manifestaciones sociales (frustración, celos, envidia) originan actitudes francamente antisociales.

Área social. Hay una rebeldía a las figuras de autoridad, es época de conflictos en casa, que se agravan si hay autoritarismo y restricción de tiempo de parte de los padres.

Con los amigos las relaciones son más afables, con apego a la palabra empeñada.^{2,,3,4,5,6}

1.1.2.3. Adolescencia tardía.

Etapas que va de los 17 a los 20 años.

Aspecto psicomotor.

El crecimiento se ha estabilizado, se logra cierto equilibrio entre lo físico y demás áreas; puede seleccionar actividades artísticas, deportivas, etc. Y trata de desarrollarlas con la mayor eficiencia.

Área cognoscitiva

Hay equilibrio yoico, la constancia de identidad y la estabilidad entre los diversos estadios mentales (yo, ello, súper yo).

Se logra una consolidación del pensamiento científico, la intelectualización es usada para ejercitar su capacidad de pensar en abstracto.

Área afectiva.

Hay equilibrio emocional. El impulso sexual encuentra su objeto sexual.

La sexualidad, como expresión de comunicación interna va integrando con el amor una vivencia completa.

Área social.

Hay una reconciliación con sus padres con un tono de autonomía y respeto,

adoptando gradualmente el nuevo rol de adulto, integrándose a la sociedad con actitud crítica frente a los problemas que afectan al ser humano y participa con un compromiso social y solidario.^{2,3,4,5,6,7}

La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes, no son asimilados en forma adecuada en algunos, lo cual les genera depresión.

La juventud se asocia a dinamismo y alegría, y por ende, incompatible con la depresión. Ahora se reconoce la depresión en el niño y el adolescente como una condición que requiere intervención y tratamiento dejando de ser considerada solo para los adultos.

Los síntomas depresivos son tomados con frecuencia como “comportamiento normal del adolescente” y se asocian a ser el producto de los cambios hormonales normales, tomado el diagnóstico difícil en muchos casos negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos están entre los 13 y 15 años de vida, que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular periodo del crecimiento.^{1,2,3,4,5,6,7}

1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Definida como un trastorno afectivo en la cual el niño o adolescente se siente triste, desganado, descontento de sí mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello.^{1,2,3,4,5,6,7,8}

La depresión ha comenzado a ser un problema creciente en las sociedades desarrolladas ya que, además de producir infelicidad severa (se estima que 100 millones en el mundo la sufren), representa una fuente de preocupación y pérdidas desde un punto de vista social y comunitario.⁸

La historia y la literatura indican que la depresión es tan antigua como el hombre. Esta nombrada en uno de los libros más antiguos que se conoce, que es el libro de Job; el primer escritor que describió la depresión fue Hipócrates famoso médico griego del año 460 a.C. otro notable médico del siglo II A.D. describe a los pacientes como “tristes y desanimados, adelgazan, están perturbados, sufren

de insomnio y expresan deseos de morir”.^{7,8,9}

La depresión es uno de los trastornos médicos más frecuentes ya los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida. El empleo del término “depresión” se inició principalmente con los intentos del psiquiatra del siglo XIX Emil Kraepelin de crear una palabra que tuviera una mayor especificidad diagnóstica que “melancolía”. En la actualidad el término melancolía indica trastorno depresivo mayor con cambios de la función endógena o vegetativa, es decir, alteraciones del sueño y de la libido.^{7,8,9}

Hace casi una década el estudio de la carga global de la enfermedad resalta la importancia de los trastornos mentales como un problema prioritario de salud pública mundial. Anteriormente, las prioridades de salud se estimaron utilizando indicadores de mortalidad, incluyendo el número de días vividos con discapacidad, las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial. Se atribuyó a estas enfermedades 10% de la carga global de la enfermedad (estimando que aumentara hasta 15% para el 2020). La depresión unipolar destacó por ocupar el cuarto lugar mundial en la carga de la enfermedad y se estimó que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que el 8.4 % de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida, como la educación, el empleo y al escoger la pareja.^{7,8,9}

Por mucho tiempo se consideró que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años empezó a reconocerse la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y los adolescentes. Este inicio temprano, considera la posibilidad de que aquella que se inicie en infancia o la adolescencia sea una forma más severa del

trastorno.¹⁰

Puesto que México es una población joven, con una edad media de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000^{9,18}, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante, no solo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento de la vida adulta.^{8,9,10,11}

1.2.1 ETIOLOGÍA

Se considera la influencia y el efecto que el crecimiento y la maduración de los pacientes pueden tener sobre los factores etiológicos que se estudian, el médico se encuentra con la dinámica biopsicosocial de la adolescencia; por eso no es posible aplicar los hallazgos de investigación en adultos a la depresión en los adolescentes.

Hay 3 líneas de investigación acerca de la depresión, que pueden ser útiles para comprender las causas de la depresión en los adolescentes.

1.- Modelo genético.^{8,9,10,11}

Estos estudios indican un riesgo mayor en los familiares de un paciente con depresión mayor, sobre todo mientras menor es la edad de inicio del padecimiento. Se ha observado que los adolescentes con familiares que ya padecen algún tipo de depresión, pueden ser genéticamente propensos a padecerla, sin embargo no se ha encontrado una localización genética específica para ningún trastorno afectivo¹⁹

2.- Modelos biológicos.

La investigación biológica ha ido de la mano con el desarrollo de la farmacología. La hipótesis principal es que la depresión resulta de un trastorno en la regulación del sistema neuroregulador de la catecolamina. Los estudios neurofisiológicos siguen las catecolaminas y sus metabolitos en el ciclo biológico, enfocando la atención en la recaptación de la serotonina por el sistema. Los fármacos actuales se dirigen a una acción inhibitoria de esta recaptación, disminuyendo la presencia de un metabolito que ocasiona la depresión.

3.- Modelos psicológicos.

Los modelos psicológicos para explicar las causas de la depresión incluyen las explicaciones psicodinámicas⁵. Se han seguido caminos de investigación que exploran los estilos cognoscitivos, el desarrollo de la autoestima, las maneras de enfrentar sobrecargas emocionales o sucesos vitales traumáticos.^{8,9,10,11,12,13,14}

1.2.2 Tipos de depresión:

Se puede clasificar en 3 categorías

Depresión crónica:

Presenta alteraciones de los patrones de sueño y de la alimentación, sentimientos de miedo y desesperanza, retardo psicomotor y, en ocasiones, ideas o intentos suicidas. Con frecuencia pueden intercalar periodos de agitación y de ansiedad. (Calderón Narváez, 1996)

Depresión aguda:

Presenta síntomas semejantes a la anterior, pero difiere de esta por su duración y por que puede haber un trauma severo reciente, relacionado a menudo con la pérdida de un objeto, un funcionamiento adecuado anterior al episodio precipitante y la ausencia de psicopatologías en familiares cercanos (Calderón Narváez, 1996)

Depresión enmascarada:

El cuadro de esta depresión no se presenta en forma claramente reconocida presenta una gran variedad de alteraciones emocionales como hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicosomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia. La depresión subyacente se da por la presencia de fantasías con tono depresivo y manifestaciones periódicas, síntomas depresivos evidentes. Aunque esta depresión se ha presentado a discusión, un buen número de investigadores la considera útil por la frecuencia con que se presentan síntomas somáticos y agresivos, adolescentes con rasgos depresivos. (Calderón Narváez, 1996).

Otra clasificación esta tomada en cuenta dentro del transtorno depresivo mayor en el DSM-IV

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas sicóticos
- .3 Graves con síntomas sicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total ^{8,10,11,12,13,14,15}

1.2.3 Demografía

Existen en el mundo 6 100 millones de habitantes y cada una de ellas tiene la necesidad de servicios de alimentación, agua, salud, educación, vivienda, la satisfacción de necesidades como el vestido, entretenimiento, comunicación o esparcimiento. El consumo de bienes ha crecido demasiado al grado que no solamente define los patrones económicos sino que también los estilos de vida; sin embargo, el acceso a estos es diferencial, ya que la demanda es alta y la oferta no existe o muy poca y de poca calidad. Esta satisfacción de necesidades se ve entorpecida por la disparidad en el desarrollo de las naciones. En el mundo el ingreso *per capita* (IPC) más bajo es de 100 dólares (Etiopia) mientras que el más alto es de \$ 38 000 (Suiza). México se encuentra en el lugar 33 con \$ 4 400. En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales el 85% viven en países en desarrollo.

En México la población de este grupo de edad se ha incrementado a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. En 1950 la población mexicana era de 25.7 millones de personas y la población de jóvenes era de 8 millones, la cual representaba el 31% de la población total. De acuerdo con el Censo del 2000, en México el 21.35 de la población es joven.^{11,15,16}

En EUA, en el 2001 había 20.1 millones de adolescentes entre 15 y 19 años de edad y 19 millones entre 20 y 24. Los adolescentes y adultos jóvenes constituyen el 14% de la población de ese país.¹¹

Es de esperarse que en los siguientes sexenios se incremente la proporción de

adolescentes de minorías étnicas y raciales.

Sin embargo, muchos países latinoamericanos y asiáticos que tiene tasas de crecimiento que van de 1.2 a 1.8, como Argentina, México, Brasil, Chile, Irán, Indonesia, Perú, Singapur duplicaran su población para el 2050. Y otros tantos como Colombia, Rwanda, Sudáfrica, Venezuela, Bolivia, Nepal, Nigeria, Triplicaran su población. Y los países con tasas superiores a 3.0 quintuplicaran su población.

Se calcula que para el año 2040 el porcentaje de individuos de raza blanca no hispanos disminuirá por debajo del 50%. Los hispanos se están convirtiendo en el segundo grupo más abundante entre los grupos raciales y étnicos.^{11,16}

La población de adolescentes se encuentra en medianas y grandes urbes, encontrando que 57% de ellos se hallan en 8 entidades de la republica mexicana con áreas urbanas más densas. En otro enfoque, 49.9% se encuentran en 7 de las 32 entidades federativas del país. La juventud mexicana es predominantemente urbana (localidades >2500 habitantes) en donde se ubica 60.8% del total, proporción mas alta que la población total.

Los adolescentes incrementan en numero absoluto continuamente, su proporción con respecto al total de la población tiende a la baja, debido a la disminución de la tasa de la fecundidad, así como al efecto del crecimiento económico y de los programas de planificación familiar y de la migración continua de la poblaciones menores de 15 000 habitantes hacia zonas urbanas en la búsqueda de mejores oportunidades sociales y económicas.

La frecuencia de depresión en niños se incrementa con la edad, de 1 a 3 % antes de la pubertad, hasta alrededor del 8% en adolescentes. La tasa de depresión en mujeres alcanza los niveles de los adultos a los 15 años de edad. El riesgo de presentar depresión toda la vida varía de 10 al 25% en mujeres y de 5 a 12% en varones. La frecuencia de depresión en niños es mayor cuando otros miembros de la familia han sido afectados por trastornos depresivos. La frecuencia entre los sexos es igual en la infancia, pero con el inicio de la pubertad las tasas de depresión para mujeres exceden a las de los varones en 5:1^{11,16}

1.2.4 EPIDEMIOLOGIA:

La estimación de la cuantía de la depresión infantil ha variado enormemente a lo largo del tiempo, y este hecho no se puede desligar del desarrollo de su evaluación. Cuando se inicio su investigación las cifras de prevalencia eran caóticas, pues oscilaban entre un 0.14% (Rutter et al; 1970) a un 60% (Carlson y Cantwell; 1980). Estas diferencias espectaculares obviamente era imposible que se debiesen a una fluctuación con base real. Los distintos rangos de edad tomados, la utilización de diferentes instrumentos, la divergencia de criterios (síntomas o síndromes) y el carácter clínico o no de las muestras parecen ser los factores explicativos de estas diferencias (Del Barrio; 1990).^{8,11,13,14,16}

En líneas generales, todos los investigadores coinciden en estimar una mayor proclividad a desarrollar síntomas depresivos entre las niñas (Reinherz et al., 1991), pero éstas diferencias sólo comienzan a perfilarse a partir de los 12 años de edad es decir, en la adolescencia .Los resultados aportados por numerosos estudios hacen evidente que las tasas de depresión infantil van creciendo a medida que asciende la edad. A partir de los 6 años de edad la proporción asciende paulatinamente hasta alcanzar las cifras más altas en la pubertad.⁸

Existen evidencias de que las tasas de este desorden son superiores en los niños de sociedades desarrolladas que en los de las subdesarrolladas. Es mas frecuente en zonas urbanas frente a las rurales y en clases sociales bajas que en las altas (Kaplan et al., 1984).^{8,11,13,14,16}

Esto es una llamada de atención a los países desarrollados, puesto que, sus formas de vida, aparentemente superiores y con más probabilidades, producen un incremento de problemas emocionales en los niños. Tal tendencia se le ha relacionado con ciertos cambios típicos de estas sociedades: la aceleración del ritmo de la vida, la evolución del rol de la mujer, la inestabilidad familiar, la movilidad social (Gotlib y Hammen, 1996).⁸

Hoy en día hay una creciente certeza de que las prevalecias de la DI están sufriendo un incremento constante. Si bien en un tiempo se creía que la depresión era una perturbación típica de la mediana edad, hoy se está en la

convicción de que son los sujetos adolescentes y adultos muy jóvenes los que están alcanzando las prevalencias más altas (Kandel y Davies, 1986).^{8,11,14,16}

1.2.5 SINTOMAS DE LA DEPRESION

Hay una pluralidad de síntomas que aparecen una y otra vez en las descripciones que abordan fenomenológicamente el problema de la depresión infantil. Conviene distinguir entre síntomas y signos (Shafii y Shafii, 1995). Los signos son aquellos elementos que acompañan a una perturbación, y se muestran como conductas objetivamente observables: gestos, posturas, movimientos, marcadores somáticos; sobre ellos tenemos todavía poca información. Los síntomas, por el contrario, que acompañan a una perturbación son todas aquellas características tanto de carácter exteriorizado como interiorizado, e incluyen cuantas se hayan podido observar tanto de forma directa como indirecta, englobando todas las observaciones realizadas.

El cuadro sintomatológico de la depresión infantil y adolescente ha ido cambiando a lo largo del tiempo, ajustándose a las perspectivas de los paradigmas reinantes en cada momento.

En una primera etapa (1945-1976) la enumeración de los síntomas de la depresión infantil y adolescente aún incluía elementos dinámicos (regresión, masturbación, sentimientos de pérdida), que actualmente carecen de relevancia y prácticamente han desaparecido de los listados de los síntomas. En tiempo más reciente (1977-1987) se han incluido elementos cognitivo-conductuales (baja autoestima, agitación motora, agresión, trastornos del sueño (Del Barrio, 1990) y esta tendencia a la inclusión creciente de sintomatología de carácter cognitivo-conductual se mantiene hasta el momento actual (Wilde, 1996).

Se puede llegar a listar alrededor cuarenta síntomas distintos de depresión infantil y adolescente (Del Barrio, 1990). Se enumerarán sólo los más habituales y categorizados según las áreas a las que pertenecen:

Emocionales:

Tristeza, pérdida de disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos, ausencia

de interés por las cosas.

Motores:

Inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad

Cognitivos:

Falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, pensamientos morbosos, descenso del rendimiento.

Sociales:

Aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social.

Conductuales:

Protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, drogas.

Psicosomáticas:

Enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito.

Los síntomas que se reconocen como tales por la mayoría de los expertos en el tema son: baja autoestima, cambios en el sueño, y pérdida del apetito y del peso, aislamiento social, hiperactividad, y disforia. (Del Barrio, 1990).

Gotlib et al. (1995) realizaron una investigación sobre una muestra adolescente en la que se pretendía encontrar los síntomas más representativos de la depresión. Los resultados mostraron anhedonia, los trastornos de peso y apetito junto a la indecisión y los pensamientos suicidas eran la sintomatología más característica del grupo diagnosticado como verdaderamente deprimido.

Estos síntomas que en su mayoría tienen carácter interiorizado, son muy parecidos a los de la depresión adulta. Sin embargo, en la depresión infantil y juvenil se dan también ciertos síntomas propios como son el caso de los problemas de conducta, enuresis, rabietas, desobediencia, etc.

Esta mezcla de conductas interiorizadas (tristeza, baja autoestima, etc.) y exteriorizadas (protesta, rabia, irritabilidad) de la depresión, a llevado a algunos autores a hablar de "depresión enmascarada" (Glaser, 1967., Cytryn y Mcnew, 1974).

Quizá este sea uno de los motivos que explican la tardanza en el reconocimiento de la depresión en los adolescentes, puesto que los errores diagnósticos eran fáciles.⁸

1.2.6 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Los criterios diagnósticos son los síntomas que pueden acompañar a una determinada perturbación y que a juicio de expertos parecen esenciales para hacer un diagnóstico claro y diferenciado.

Los criterios elaborados por la Sociedad Psiquiátrica Americana y contenidos en su manual DSM-III (1980), que habían sido concebidos para adultos, empezaron a utilizarse en el diagnóstico de la depresión infantil, al haberlo recomendado algunos expertos en el tema (Cytryn, Mcknew y Bunny, 1980).

Este hecho consolidó la idea de que la depresión infantil era igual que la depresión adulta y que se podía diagnosticar con los mismos criterios: disforia (en caso del niño puede ser irritabilidad), anhedonia, problemas de peso y sueño, alteraciones del ritmo motor, falta de concentración, ideación morbosa y sentimientos de culpa.

El DSM-III R (1987) y el DSM-IV (1984) han ido puliendo y adaptando esos criterios, los criterios elaborados exclusivamente para niños difieren de los elaborados para los adultos. Los primeros incluyen: problemas escolares, quejas somáticas irritabilidad y agresividad. Todos esto se han convertido en cierta manera en los elementos discriminativos entre la depresión adulta y la infantil hasta el punto que los 2 últimos manuales, DSM-III-R (APA, 1987) y DSM-IV (APA, 1984) incluyen ya la irritabilidad en el diagnóstico de la depresión infantil, cosa que no estaba en el DSM-III.

En el manual de la Organización Mundial de la Salud ISD-10 (WHO, 1992), se considera depresión infantil como un desorden afectivo, incluido dentro de los trastornos mixtos(F92), a los que se denomina como “trastornos de conducta depresivo”, haciendo un subrayado de los aspectos diferenciales de la depresión infantil frente a la adulta.

Los criterios indispensables para un diagnóstico de depresión infantil eran:

1. Disforia e ideas de auto imprecación (atribución a uno mismo de cualidades o rasgos negativos).
2. Al menos 2 de los síntomas siguientes: agresión, problemas de sueño, descenso en el rendimiento escolar socialización disminuida, cambio de actitud hacia la escuela, quejas somáticas, falta de energía, cambios de apetito o peso.
3. Estos síntomas representaran un cambio en la conducta habitual del niño.
4. Los síntomas duraran al menos un mes.

Actualmente el DSM-IV (1985) se mantiene con pocos cambios.

Los criterios imponen la duración mínima de un mes para poder hacer un diagnóstico, aunque los episodios suelen tener una duración que oscila entre un mes y varios años. Keller et al. (1988) estudiaron el tema y llegaron a determinar que casi la cuarta parte (21%) de los sujetos diagnosticados de depresión continuaron con ella al año y otra cuarta parte (24%) a los 2 años.^{8,15}

1.2.7 FACTORES DE RIESGO

- Historia de depresión familiar.
- Episodio de depresión previo
- Pertenencia al sexo femenino
- Problemas en el seno familiar
- Bajo nivel educativo de los padres.
- Acontecimientos vitales negativos asociados a escaso apoyo social.
- Síntomas depresivos sin alcanzar nivel clínico
- Ansiedad
- Consumo de tabaco
- Conducta suicida
- Baja autoestima
- Imagen corporal negativa
- Alta autoconciencia
- Cogniciones depresivas
- Problemas escolares
- Inadecuación de estrategias de afrontamiento

- Minusvalías físicas.
- Problemas de salud
- Dependencia afectiva excesiva.
- Relaciones interpersonales difíciles.
- Muerte temprana de los padres.
- Escaso apoyo de amigos, escaso apoyo social.
- Pubertad temprana o tardía.

En definitiva podemos decir que entre los factores de riesgo de la depresión adulta e infantil se percibe similitudes intensas, y aun en las diferencias, entre las que se cuentan el papel específico que juegan aquí los conflictos paternos y los problemas escolares, tienen un paralelo con los conflictos matrimoniales y laborales de los adultos ^{8,9,10,12,13,14,16,17,18,19}

1.2.8 COMPLICACIONES Y PREVENCIÓN

El suicidio en los adolescentes se asocia con la depresión al igual que con muchos otros factores. A menudo, la depresión interfiere con el desempeño escolar y las relaciones interpersonales. Los adolescentes con depresión frecuentemente presentan otros problemas psiquiátricos, como trastornos de ansiedad.

La depresión también se asocia comúnmente con violencia y comportamiento imprudente con la depresión también coexisten frecuentemente problemas como el consumo de drogas, alcohol y tabaquismo.

Los periodos de estado de ánimo deprimido son comunes en la mayoría de los adolescentes. Sin embargo, las relaciones interpersonales de ayuda y las habilidades de adaptación saludables pueden ayudar a evitar que dichos periodos conduzcan a síntomas depresivos más severos. La comunicación abierta con el adolescente puede ayudar a identificar la depresión a tiempo.

El asesoramiento puede ayudar a los adolescentes a sobre llevar los periodos de estado de ánimo bajo. La terapia cognitiva del comportamiento, que enseña a las personas deprimidas a combatir los pensamientos negativos y a reconocerlos como síntomas y no como la realidad de su mundo, es el tratamiento no medicado más efectivo para la depresión.

Es posible que los episodios de depresión no se puedan prevenir en adolescentes con fuertes antecedentes familiares de este problema o con múltiples factores de riesgo, pero la identificación oportuna y el tratamiento rápido e integral puede prevenir o posponer los episodios posteriores.^{16,17,18,19,20}

1.2.8 INTERNET Y DEPRESION

¿Quién puede poner en duda la ventana al mundo, al conocimiento y las relaciones interhumanas que representa el advenimiento de la informática?

Cientos de transacciones comerciales, noticias favorables y no tanto desde regiones remotas del planeta y la posibilidad de conocer “en vivo y en directo” a otras personas del otro lado del atlántico, son solo algunos de las millones de posibilidades que nos brinda este notorio avance tecnológico.

En la reunión anual 2005 de la American Psychiatry Association en mayo del año pasado el investigador coreano Sang Kyu Lee profesor de psiquiatría de la Hallym University presento un trabajo sobre algunos trastornos que pueden estar atravesando los adolescentes y que son agudizados con el uso de Internet. La investigación incluyo a 425 estudiantes de nivel medio, que tomaron parte de un cuestionario dirigido a evaluar la adicción por el Internet. Las preguntas incluyeron tópicos como el grado de preocupación por este recurso informático, sus dificultades para dejarlo de lado y las posibilidades que los viajes online se transformaran en una fuente de escape frente a sus preocupaciones. Los resultados de la encuesta demostraron que menos de la tercera parte se hallaba libre del riesgo de hacerse adictos a la red global y que el 11% presentaba una adicción grave.

Posteriormente, en un intento de asociar ese trastorno adictivo a alguna modificación psíquica, se les pusieron pruebas para detectar signos de depresión los resultados fueron evidentes: los de mayor grado de adicción eran quienes tenían mayores indicadores de depresión. Los jóvenes adictos presentaban también bajo nivel de atención y reducidos objetivos vitales, estos hallazgos resistieron diferencias de sexo, de edades y de grado de calificaciones.

Aunque el estudio no dio respuesta a esta situación los especialistas sostienen

que los jóvenes deprimidos tienen pocas motivaciones hacia las actividades deportivas, recreativas, las reuniones con amigos, y el aprendizaje de nuevas habilidades, y encuentran en el Internet un modo de pasar su tiempo sin demasiadas demandas. Por otra parte, el hallarse aislados por grandes periodos de tiempo frente a la pantalla del ordenador acentúa su problemática depresiva.
12,16,18,20

1.3 CONSULTA MEDICA DEL ADOLESCENTE.

El desarrollo de servicios para atender la salud de los adolescentes todavía es limitada, muy pocos hospitales han incorporado áreas específicas para los adolescentes. Con frecuencia estos quedan en tierra de nadie, ya que los servicios de pediatría se dan hasta los 15 años y la de adultos a partir de los 20 años.^{16,19,20,21}

El adolescente representa el 16% de todas las consultas médicas ambulatorias. Concurren al médico con menos frecuencia que todos los demás grupos etáreos y cada consulta dura menos de 10 minutos, pese al carácter complejo de sus problemas de salud.

Tanto los médicos como los adolescentes pueden percibir varios obstáculos para la óptima prestación de asistencia en el consultorio. (# Consultas, retardo en la atención, etc.)

Los médicos pueden estar preocupados por las limitaciones de tiempo y falta de experiencia en la atención del adolescente, pero le corresponde detectar oportunamente, orientar, iniciar tratamiento y en su caso derivar al especialista a los adolescentes con riesgo de depresión y evitar la presencia de complicaciones como es el suicidio.

El adolescente puede considerar que no necesita atención médica o que en sus solicitud de ayuda no habrá secreto profesional, ni privacidad, y que el médico no este interesado en sus problemas.^{21,22}

El tiempo de consulta del adolescente puede variar con respecto a la del adulto y la del niño, pues requiere mas tiempo, por ejemplo cuando se hace una exploración o hay un problema social, en que el hecho de acortar el tiempo o una

respuesta apresurada o precipitada será mal recibida y debilitara la relación del medico con el adolescente.

El turno de atención y el tiempo de relación deben ser respetado, pues los ayudara a no perder clases ni ausentarse de las actividades que realice fuera de la escuela.

La primera entrevista con el medico, el adolescente deberá estar con la presencia de uno de los padres, es de orden legal que éste reciba a los dos (adolescente y padre o madre) ya que no se puede recibir a un menor de edad sin la supervisión de un adulto.

En las consultas posteriores es apropiado ver al adolescente solo, eso creará una sensación de confianza y será valiosa la información proporcionada sobre la dinámica familiar y los problemas del adolescente.

Para implementar el programa de salud de los adolescentes en México se diseño un marco conceptual para definir los términos que sirvieran como eje conductor del modelo de atención a la salud. Además se identificó el trabajo desarrollado en el país, en las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales, respecto a la atención de este grupo poblacional. Se encontró una división natural entre las acciones de salud, las acciones en educación y los servicios que presta el gobierno 16,20,22,23,24,

La consulta ciudadana para la definición del programa nacional de salud fue realizada en todas las entidades federativas. Los problemas en que engloban a los adolescentes son: salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y parasitarias, salud mental y adicciones, promoción de la salud y ayuda mutua, salud del niño y del adolescente, nutrición, acciones a migrantes y pueblos indígenas.

Se propuso que la atención a la salud se enfocara en los procesos de mejoría de la calidad, prestación de servicios de diferenciados por regiones mediante la atención interdisciplinaria, gratuidad en los servicios, modulo y atención integral al adolescente (con atención medica y psicológica), consejería y atención a riesgos y daños: traumatismo, alcoholismo, adicciones, cáncer, crecimiento y desarrollo, atención del embarazo, parto y puerperio; enfermedades de

transmisión sexual, infecciones de vías respiratorias, urinarias.

En relación con los servicios preventivos, la opinión fue que las medidas habituales de protección específica y promueven la salud tengan como eje de atención a la familia, tomando en cuenta aspectos de riesgo y resiliencia, para prevención de embarazos en adolescentes, accidentes, violencia intrafamiliar, depresión y suicidio, ante todo se deberá privilegiar las medidas de prevención frente a la dotación del paquete básico con vacunación, salud bucal, fomento deportivo, integración familiar, escuelas para padres, detección temprana de depresión como suceso importante predecesor al suicidio en los adolescentes 21,22,23,24,

1.3.1 MEDICO FAMILIAR Y ADOLESCENTE.

La asociación Mundial de Médicos de Familia WONCA en 1991 dice: “El médico general o de familia es el profesional que ante todo es el responsable de proporcionar atención integral y continuo a todo9 individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud que prestaran sus servicios cuando sean necesarios”.

“El médico general o de familia es un generalista en tanto que acepta a toda persona que solicita atención, al contrario de otros profesionales o especialistas que limitan la accesibilidad de sus servicios, en función de edad, sexo, o diagnóstico de los pacientes”.

Los tres principios fundamentales de la medicina familiar son:

- 1.- el estudio de la familia.
- 2.- la continuidad en la atención.
- 3.- el enfoque de riesgo.

Las áreas del ejercicio profesional del médico son las siguientes:

- 1.- área de atención al individuo.
- 2.- área de atención a la familia.
- 3.- área de atención a la comunidad.
- 4.- área de docencia e investigación.
- 5.- área de apoyo (trabajo de equipo, sistema de registro e información, gestión

de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad).^{23,24}

Los adolescentes son un sector de la población que se encuentra en riesgo de presentar diversos grados de depresión causada por deficiencias en la comunicación interior de la familia. La depresión de los adolescentes es una patología que va en aumento, aunque no hay datos estadísticos confiables su prevalencia es de 4-8% a nivel mundial, durante los últimos 30 años se ha triplicado el caso de suicidios, se ve la magnitud del problema (si consideramos el suicidio como complicación de la depresión).

El médico familiar con el adolescente debe ser cálido, amigable y honesto pero no su "camarada".²⁴

No debe actuar en forma autoritaria, debe escuchar cuidadosa y solícitamente para lograr una comunicación exitosa, una buena comunicación revierte primordial importancia, pues el adolescente aun está luchando con la ambivalencia acerca de la autoridad de los padres y la independencia que trata de alcanzar, así como lograr la atención de los adultos.

La curiosidad del adolescente puede alentar una relación positiva con el médico, pero también puede haber escepticismo y actitud defensiva del adolescente como un mecanismo de defensa contra sentimientos positivos hacia el entrevistador. Estos pueden no representar rechazo para el médico sino recelo acerca del adulto como modelo potencial.^{22,23,24}

Entrevistar es más que elaborar una historia clínica, pues brinda la información que el profesional necesita para comprender y tratar al paciente, esta etapa inicial es la más difícil pero también la más importante, en donde es imprescindible el establecimiento de un buen entendimiento, y confianza ya que de ello dependen las posibilidades del éxito para un buen diagnóstico. La flexibilidad del médico es de gran relevancia para comprender las necesidades del adolescente pues él, muchas veces no encuentra palabras para expresar sus sentimientos, haciendo difícil la comunicación, por lo cual el médico debe dar muestras de solidaridad, sin que ello signifique para el paciente la admisión de su impotencia.

El lograr esta confianza del paciente es de gran valor pues el adolescente podrá

externar los problemas que tenga, ambos, medico y paciente se sentirán comprometidos pero con roles distintos. La nebulosidad, la incertidumbre, las dudas y el desaliento del paciente están aclaradas por la orientación de seguridad proporcionada por el medico.

Dentro de la historia clínica, se deben buscar los antecedentes familiares de depresión y los antecedentes conductuales del adolescente durante la niñez.

Se deberá interrogar los antecedentes de falta de atención, hiperactividad, agresividad, desordenes de la alimentación, problemas de sueño, para descartar una enfermedad de fondo como es la depresión. La falta de apetito, falta de interés en toda actividad social durante mas de 2 semanas presencia de ideas suicidas, son signos que deben valorarse y estar muy alerta, ya que la depresión en el adolescente envuelve mas problemas interpersonales y de baja estima que la depresión del adulto.

Se tienen que reconocer que el mecanismo mas común que utiliza el adolescente para enmascara su fondo depresivo es la tendencia a actuar, lo cual no lo ayuda a resolver su problema pero le sirve para controlar la angustia que le ocasiona el sentimiento de ser rechazado, ante situaciones frustrantes o productoras de ansiedad, el adolescente busca hacer algo que lo aleje de la situación dolorosa y le impida pensar en ella.

Muchos de los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como “accidentes”, ejemplo: las muertes que ocurren al conducir vehículos a alta velocidad, a veces bajo efectos de drogas o bebidas alcohólicas en adolescentes deprimidos.^{23,24,25,26}

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema serio de salud que puede afectar a personas de todas las edades, incluyendo a niños y adolescentes. Generalmente se define como una experiencia en la que persiste una disposición de ánimo triste e irritable, así como también anhedonia, una pérdida de la habilidad de experimentar placer en casi todas las actividades. Incluye también una gama de otros síntomas, como cambio en el apetito, trastornos en los patrones de sueño, nivel de actividad incrementada o disminuida, poca atención y concentración, y sentimientos marcados de poca autoestima.

El trastorno depresivo mayor, frecuentemente, llamado depresión clínica es más que solamente sentirse triste o tener un mal día. Es diferente de los sentimientos normales de pena que generalmente son causados por una pérdida importante, como una muerte en la familia. Es una forma de enfermedad mental que afecta a la persona completamente. Cambia la manera en que la persona siente, piensa y actúa, y no es una debilidad personal o un defecto de carácter. Los jóvenes con depresión no pueden simplemente salir de ella por sus propios medios. Si se deja sin tratar, la depresión puede causar el fracaso escolar, desórdenes de conducta y delincuencia, anorexia y bulimia, fobia a la escuela, ataques de pánico, abuso de drogas y sustancias químicas incluso el suicidio

Los adolescentes en México aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones con una contribución relativa de alrededor del 22%. Su tasa de crecimiento es por el 4 % anual en la década de los 60 y posteriormente disminuyó.^{7,8,13,16,20,22,2526}

En la UMF 61 del IMSS en el año 2005 en la pirámide poblacional del consultorio 31 del turno vespertino hay registrados 2554 derechohabientes, de los cuales el 14.60% (373) corresponden a los grupos etáreos de 10-14 y de 15-19 años.²⁷

Según registros de la UMF 61 del 2005, se observa que la asistencia del adolescente es muy baja, y aunado a esto no hay facilidad para detectar la depresión en el adolescente, por lo cual no se reconoce a tiempo, debido a que la depresión en esta etapa de la vida se enmascara, el diagnóstico en ocasiones

no es realizado por el medico en consulta de primer nivel , ya que éste grupo de pacientes está en una etapa de transición en donde los cambios tanto afectivos, sociales, familiares, de personalidad, etc. son muy complejos.

El grupo de la población "sana", es el que menos utiliza los servicios de salud, y es la población mas expuesta a ciertos riesgos como son: el sexo inseguro, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, consumo inadecuado de alimentos (obesidad) y sedentarismo, que determinaran problemas en su edad y la aparición de las enfermedades crónico- degenerativas del adulto, como también las patologías depresivas que pueden llevarlo al suicidio o hacerlo mas vulnerable como adulto. Aunque las defunciones en este grupo son bajas las causas primordiales son dadas por los cambios propios de esta edad (accidentes automovilísticos, armas de fuego, peleas, suicidios por depresión, etc.)

8,13,16,20,22,25,27

¿Cuáles son los rasgos de depresión que deben detectar los médicos oportunamente en los adolescentes?

1.5 JUSTIFICACION

La adolescencia es sin duda una de las etapas más conflictivas del ser humano. En ese sentido, los cambios psíquicos, emocionales y anímicos constituyen un punto de debilidad que puede dar pie a una serie de trastornos de la esfera psíquica que pueden estar enmascarados de manera diversa, pero que encuentran en las adicciones un punto de falso alivio a la problemática.

Aproximadamente desde hace 30 años se reconoció a la depresión como un trastorno afectivo que puede aparecer desde edades tempranas (niños) hasta la edad adulta, pasando por cada etapa del ser humano.^{7,8,10,13,16,20,21}

Por este motivo y a pesar de existir muchos factores relacionados con la depresión en adolescentes, el deber del médico familiar es alertar sobre los rasgos de la misma.^{21,24}

Este estudio se desarrolló a partir de la necesidad que surge de identificar cuáles son los rasgos de personalidad que condicionan a la depresión en los adolescentes en la consulta médica del grupo de usuarios en los servicios de la UMF 61.

Con esto es necesario identificar los rasgos que se asocian para que el adolescente presente el estado depresivo, rasgos que pueden estar relacionados con los propios problemas de adaptación, dadas por su edad, el medio ambiente, etc.^{21,22,24,25,28}

El reconocer esta patología a tiempo permitirá elaborar estrategias específicas por el equipo de salud que ayuden a orientar, educar e informar tanto a los padres como a los adolescentes, de los cambios que pueden alterar su conducta psicosocial y conducirlos a la muerte^{2,15,20}.

Se ha visto que en cuanto a más temprano se diagnostique o detecte la depresión, mejor será su tratamiento y se evitara las complicaciones que conducirán al adolescente a toma de decisiones drásticas como el suicidio.

Además se evita la cronicidad de la patología^{21,22,24,25,26,28}

Límites.- Debido a que la muestra fue de tipo no aleatoria los resultados solo son validos para este estudio y este tipo de población.

Trascendencia e importancia.- Debido a que el diagnóstico para la depresión es clínico en el 90%, el 10% que constituyen los rasgos depresivos, estos se detectan a través de un cuestionario que ayudan al médico familiar a anticiparse a la depresión y sus complicaciones.

Factibilidad.- La anticipación al riesgo es uno de los fundamentos de la medicina familiar y esto facilita el diagnóstico de manera oportuna y eficaz, para tratar tanto al paciente como a la familia, proporcionando orientación familiar e individual, y derivarlo oportunamente con el especialista.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo general:

Identificar los rasgos de depresión en los adolescentes de la UMF 61 del Estado de México

1.6.2 Objetivos específicos:

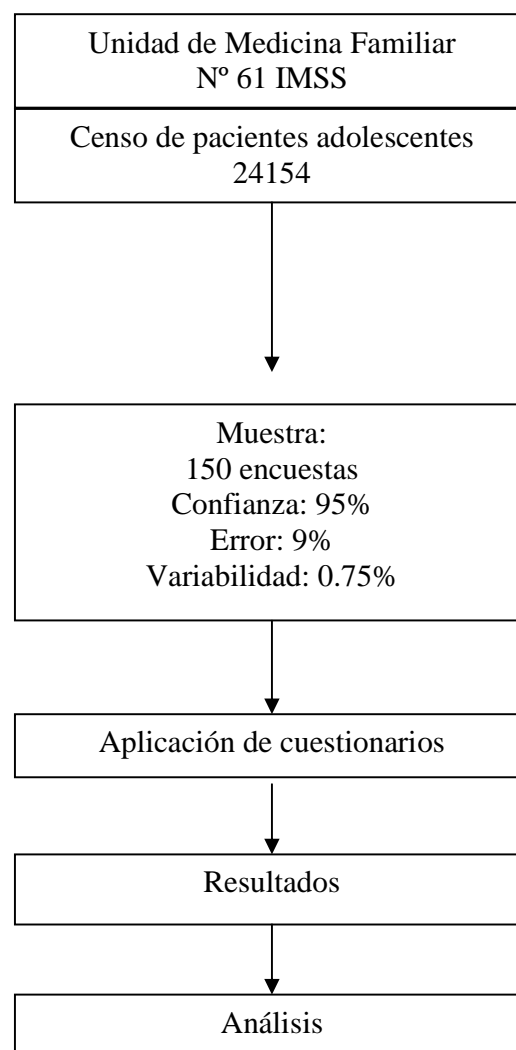
1. Identificar datos socioeconómicos en los adolescentes con rasgos depresivos.
2. Identificar las características socioeconómicas de los padres de los adolescentes
3. Identificar la percepción que tienen de ellos mismos (autoestima)
4. Identificar la percepción del apoyo familiar por el adolescente.
5. Identificar antecedentes familiares de patología psiquiátrica
6. Identificar la percepción que tiene con la sociedad (amigos, trabajo, familia, vecinos).

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudio.-

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo

2.2 Diseño del estudio.



2.3 Población, lugar y tiempo.-

Se estudiaron adolescentes adscritos en ambos turnos, usuarios de los servicios de salud de la UMF 61 del IMSS, ubicada en Av. 16 de septiembre s/núm. Esq. Jardín en San Bartolo Naucalpan, Estado de México, durante los meses de junio a diciembre del 2006. Se aplicó un cuestionario de 18 preguntas con 3 incisos cada una, en 150 adolescentes, de ambos sexos.

2.4 Muestra.-

Fue una muestra no aleatoria, no representativa con 95% de confianza, error de 9% y $p .75$, obteniendo un tamaño muestral de 138 sujetos de estudio (encuestas) redondeado a 150

2.5 Criterios

2.5.1 Criterios de inclusión.-

- Adolescentes
- Ambos sexos
- Derechohabientes del IMSS con vigencia de derecho.
- Adscritos a ambos turnos.
- Que acepten participar
- Que los padres den su consentimiento

2.5.2 Criterios de eliminación

- Encuestas incompletas
- Datos de baja por el IMSS
- Que no desean participar

2.5.3 Criterios de exclusión.-

- Adolescentes que vivan independientes
- Adolescentes casados
- Adolescentes embarazadas

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable
adolescencia	Fase del desarrollo humano, de la niñez a la adultez (10-19 años)	Se tomaran los criterios de la OMS para la adolescencia	Cualitativa
depresión	Trastorno afectivo en el que el paciente se siente triste, desganado, descontento de si mismo y de su entorno.	Se aplicará la escala de Birleson	cualitativa
sexo	Biológico	Se pregunta el sexo que es	cualitativa
edad	Años cronológicos	Se preguntara la edad	Cuantitativa
escolaridad	Años académicos	Se preguntara los años de estudio cursados	cuantitativa

3. DISEÑO ESTADISTICO

El modelo estadístico permitió identificar y describir los rasgos depresivos en un grupo de adolescentes que acudieron espontáneamente a la UMF 61, las variables fueron cuantitativas y cualitativas con escala de medición nominal, esperando que los resultados tuvieran una distribución no paramétrica.

4. MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se estudiaron en la Unidad de Medicina Familiar # 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social a 150 adolescentes de ambos sexos y turnos, durante el segundo semestre del 2006, debido a la dificultad de la asistencia de los adolescentes, se les practicó un cuestionario precedido de una ficha de identificación con datos generales y posteriormente 18 preguntas a las cuales podían contestar eligiendo una de 3 respuestas con lo que se podía calificar para la detección de factores de rasgos para la depresión. Se evalúa a partir de las respuestas dadas por los jóvenes pacientes. Se les da una calificación y se hace una suma de todos los resultados. Gracias a esto se hace una clasificación:

0-13 normal

14-20 moderada

21-30 severa

5.- RECURSOS

5.1 RECURSOS HUMANOS

El investigador

5.2 RECURSOS FISICOS

La sala de espera de: la consulta externa de Medicina Familiar, de Atención Médica Continua así como en las áreas de laboratorio y farmacia.

5.3 RECURSOS MATERIALES

Papel bond, fotocopias, lápices, bolígrafos, cuaderno, computadora, programas estadístico SPSS 12.

5.4 RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos fueron cubiertos en su totalidad por el investigador.

6. CONSIDERACIONES ETICAS.-

El trabajo observa todos los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, adoptada en Junio de 1964 con su actualización reciente Washington 2002.

De la misma manera, se cumple con lo marcado en el artículo 58, capítulo V Título Segundo, de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México, en donde se considera investigación sin riesgo ya que solo se aplicó un cuestionario para detectar rasgos depresivos y no se modificaran conductas o intervención alguna en estos pacientes.

Todo protocolo de investigación debe seguir las consideraciones éticas incluidas en la Declaración de Helsinki indicando que se cumpla con los principios enunciados en la Declaración.

Investigación Biomédica no Terapéutica en Seres Humanos.

Las consideraciones éticas son:

- 1.- En la aplicación puramente científica de la investigación medica realizada en un ser humano, es el deber del medico ser el protector de la vida y de la salud de esa persona en la cual se lleva a cabo la investigación biomédica
- 2.- los participantes deben ser voluntarios ya sean personas sanas o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental
- 3.- El investigador debe interrumpir la investigación si a su juicio, continuar realizándola puede ser perjudicial para la persona.
- 4.- En la investigación en seres humanos el interés de la ciencia y de la sociedad, nunca debe tener prioridad sobre las consideraciones relacionadas con el bienestar de la persona.

En el campo de la investigación biomédica debe reconocerse una distinción fundamental entre la investigación medica experimental cuyo objetivo es esencialmente diagnostica o terapéutica para el paciente, y la investigación medica no experimental cuyo objetivo es puramente sociomedico y no representa un beneficio diagnostico o terapéutico directo para la persona que participa en la investigación, siendo esta ultima la indicada para este protocolo de investigación.

RESULTADOS

Se aplicaron 150 encuestas a adolescentes usuarios derechohabientes de la unidad de medicina familiar No. 61 del IMSS, con el objetivo de identificar los rasgos depresivos, durante los meses de junio a diciembre de 2006.

**CUADRO 1.
EDAD DEL ADOLESCENTE EN ENCUESTADO EN EL PERIODO DE JUNIO A
DICIEMBRE DEL 2006**

Estadística	edad del paciente
Promedio	14,45
Desviación estandar	1,13
Mínimo	13
Máximo	16

Fuente: Encuesta aplicada a adolescentes de la UMF 61 durante 2006.

Con respecto a la edad, el promedio de edad en estos pacientes fue de 14 años, con un mínimo de 13 y un máximo de 16 años, una desviación estandar de 1.13.

CUADRO 2. ESCOLARIDAD DEL ADOLESCENTE

AÑOS DE ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
4	2	1,3
5	3	2,0
6	32	21,3
7	36	24,0
8	41	27,3
9	14	9,3
10	20	13,3
11	2	1,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

El promedio de años de estudio en los adolescentes fue de 8 años, los datos reobservan en el cuadro 2.

CUADRO 3. NUMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA DEL PACIENTE ADOLESCENTE

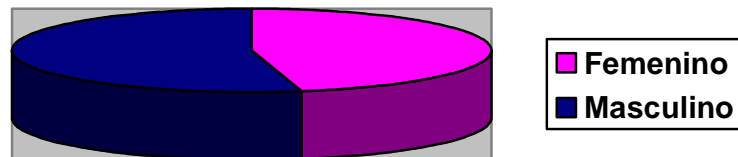
Numero de integrantes de la familia	Frecuencia	Porcentaje
2	5	3,3
3	15	10,0
4	47	31,3
5	35	23,3
6	27	18,0
7	10	6,7
8	4	2,7
9	3	2,0
11	2	1,3
13	1	,7
14	1	,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

El número de integrantes de la familia de los pacientes encuestados dio como resultado que se tienen 4 integrantes, los resultados se pueden observar en el cuadro 3.

CUADRO 4. Sexo del paciente

Sexo del paciente



De los 150 casos estudiados, predominó el sexo masculino con una frecuencia de 80 (53.3%), mientras que las femeninas fueron de 70 (46.7%). Ver cuadro 4.

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

Cuadro 5. Ocupación del adolescente

Ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
estudiante	136	90,7
sin ocupación	7	4,7
trabaja y estudia	5	3,3
trabaja	2	1,3
Total	150	100,0

La ocupación mas frecuente en 136 casos fue estudiante con un porcentaje de 90.7% ver Cuadro 5.

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

Cuadro 6. Hábitos recreativos

Hábitos recreativos	Frecuencia	Porcentaje
jugar fútbol	47	31,3
ver televisión	17	11,3
escuchar música	44	29,3
jugar a la patineta	3	2,0
leer	16	10,7
nada	18	12,0
bailar	5	3,3
Total	150	100,0

Las forma de distracción mas utilizada en los casos ya estudiados fue la de “jugar fútbol” con 47 casos (31.3%), en este sentido también se da como resultado el “no hacer nada” donde se engloba “ver la TV”; los resultados son observados en el cuadro 6

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

Cuadro 7. Ocupación de la mama

Ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	74	49,3
empleada	18	12,0
obrero	26	17,3
voceadora	1	,7
profesional	10	6,7
domestica	6	4,0
comerciante	8	5,3
Total	143	95,3
Sistema	7	4,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La ocupación de la madre, fue de ama de casa con 74 casos y 49.3%; aunque también llama la atención que la ausencia de la madre estuvo presente en 7 casos, lo que representa un 4.7%, ver cuadro 7 y 8

Cuadro 8. Ocupación del papa del adolescente

Ocupaciones	Frecuencia	Porcentaje
empleado	28	18,7
comerciante	15	10,0
profesional	10	6,7
artesano	19	12,7
obrero	48	32,0
chofer	14	9,3
Total	134	89,3
Sistema	16	10,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

Con respecto a la ocupación del padre la mas frecuente fue obrero con 48 casos y un 32%, la ausencia del padre se presentó en 16 casos con 10.7% ver cuadro 7 y 8

Cuadro 9. Pienso que los días que vienen serán agradables

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	34	22,7
a veces	111	74,0
nunca	5	3,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

Escala de Birlson para detección de rasgos depresivos

Pregunta 1: “**Pienso que los días que vienen serán agradables**”; en la mayoría de los casos la respuesta fue a veces con una frecuencia de 111 y un 74%, ver Cuadro 9.

Cuadro 10. Siento ganas de llorar

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	17	11,3
a veces	98	65,3
nunca	35	23,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La segunda pregunta del cuestionario “**siento ganas de llorar**” la frecuencia fue de 98, con 65% a la respuesta “a veces”, ver cuadro 10

Cuadro 11. Tengo ganas de arrancar y escapar

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	13	8,7
a veces	66	44,0
nunca	71	47,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La tercera pregunta “**tengo ganas de arrancar y escapar**” tiene como respuesta mas frecuente fue de “nunca” con 71 casos y 47.3%, observar cuadro 11

Cuadro 12. Tengo dolor de estomago

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	9	6,0
a veces	103	68,7
nunca	38	25,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La cuarta pregunta **“tengo dolor de estomago”** fue mas frecuente con la respuesta de “a veces” con 103 casos y 68.7% ver cuadro 12

Cuadro 13. Quiero salir a jugar fuera de casa

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	68	45,3
a veces	64	42,7
nunca	18	12,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La quinta pregunta realizada **“quiero salir a jugar fuera de casa”** en donde el máximo es de “siempre” con un 45.3% ver cuadro 13

Cuadro 14. Duermo muy bien

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	89	59,3
a veces	51	34,0
nunca	10	6,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 6 del cuestionario **“Duermo muy bien”** se nota que “siempre” tiene la mayor frecuencia con 89 veces de frecuencia y un 59.3% ver cuadro 14

Cuadro 15. Tengo mucha energía

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	68	45,3
a veces	75	50,0
nunca	7	4,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

En cuanto la pregunta 7 **“tengo mucha energía”** dándose “a veces” como el de mayor frecuencia con una frecuencia de 75 veces con un 50% ver cuadro 15

Cuadro 16. Disfruto las comidas

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	98	65,3
a veces	46	30,7
nunca	6	4,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 8 “**disfruto las comidas**” conteniendo que “siempre” es la máxima con una frecuencia de 98 y 65.3% observar cuadro 16

Cuadro 17. Puedo arreglármelas solo, valerme por mi mismo

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	36	24,0
a veces	93	62,0
nunca	21	14,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 9 realizada en el cuestionario **“puedo arreglármelas solo; valerme por mi mismo”**, dándose como resultado que la respuesta “a veces” fue la máxima con una frecuencia de 93 y 62% ver cuadro 17

Cuadro 18. Creo que no vale la pena vivir

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	26	17,3
a veces	115	76,7
nunca	9	6,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 10 que trata de **“creo que no vale la pena vivir”** donde la respuesta **“nunca”** fue la máxima con una frecuencia de 93 y 62% ver cuadro 18

Cuadro 19. Me resultan bien las cosas que hago

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	13	8,7
a veces	44	29,3
nunca	93	62,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 11 en el cuestionario **“me resultan bien las cosas que hago”** la respuesta “a veces” es el de máxima frecuencia con 115 y 76.7%; observar cuadro 19

Cuadro 20. Disfruto lo que hago igual que antes

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	54	36,0
a veces	82	54,7
nunca	14	9,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta numero 12 en el cuestionario “**Disfruto lo que hago igual que antes**” la respuesta “a veces” tiene una frecuencia de 82 y 54.7% ver cuadro 20

Cuadro 21. Me gusta hablar con mi familia

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	64	42,7
a veces	73	48,7
nunca	13	8,7
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 13 en el cuestionario **“me gusta hablar con mi familia”** la respuesta “a veces” tiene una frecuencia de 73 y 48.7% ver cuadro 21

Cuadro 22. Tengo sueños horribles

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	12	8,0
a veces	78	52,0
nunca	60	40,0
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta numero 14 “**tengo sueños horribles**” dándose la respuesta “a veces” tiene una frecuencia de 78 y 52% ver cuadro 22

Cuadro 23. Me siento solo

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	21	14,0
a veces	64	42,7
nunca	65	43,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 15 del cuestionario “**me siento solo**”, la respuesta “nunca” tiene la mayor frecuencia de 65 y 43.3% ver cuadro 23

Cuadro 24. Me animo fácilmente, me entusiasmo con facilidad

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	69	46,0
a veces	67	44,7
nunca	14	9,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 16 **“me animo fácilmente, me entusiasmo con facilidad”** la respuesta “siempre” tiene la mayor frecuencia con 69 y 46% ver cuadro 24

Cuadro 25. Me siento tan triste que difícilmente lo soporto

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	14	9,3
a veces	68	45,3
nunca	68	45,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta numero 17 **“Me siento tan triste que difícilmente lo soporto”** la respuesta “a veces “y “nunca” tienen una frecuencia de 68 y 45.3% ver cuadro 25

Cuadro 26. Me siento muy aburrido

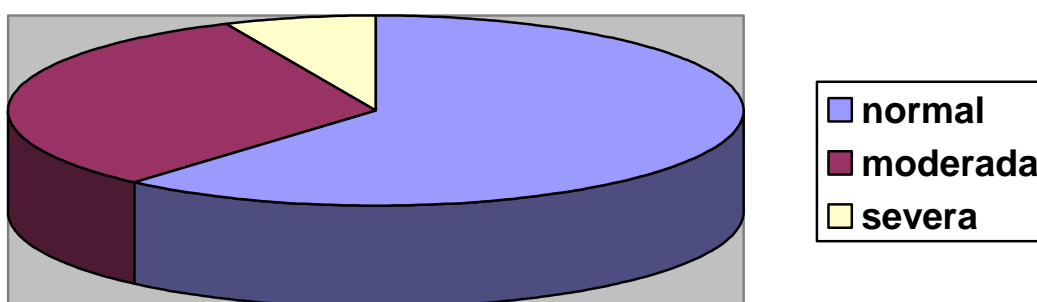
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
siempre	25	16,7
a veces	99	66,0
nunca	26	17,3
Total	150	100,0

Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La pregunta 18 del cuestionario “Me siento muy aburrido” la respuesta “a veces” tiene una frecuencia de 99 y 66% ver cuadro 26

Cuadro 27. Calificación total del test

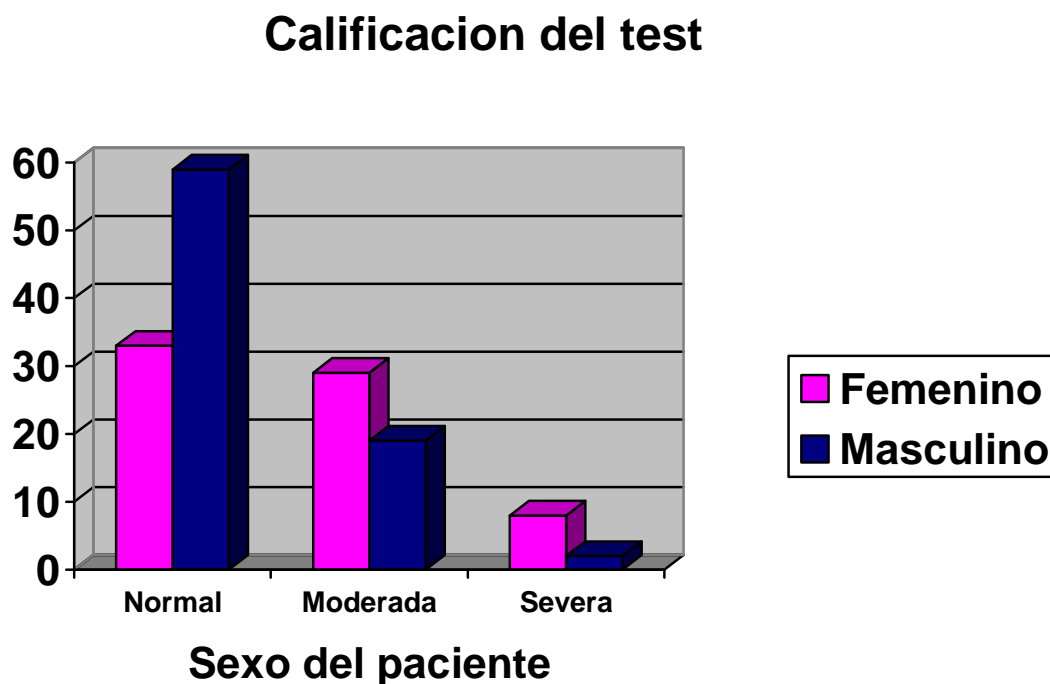
Calificación total del test



Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

La calificación total de identificación de rasgos de depresión muestra que la mayoría están dentro de la "normalidad" con una frecuencia de 92 con un 61.3%, mientras que los casos severos presentaron una baja frecuencia de 10 y 6.7%. Ver cuadro 27

Cuadro 28. Sexo del adolescentes * calificación total para rasgos de depresión



Fuente: Encuesta a pac. Adolescentes de la UMF 61 durante cuarto trimestre del 2006.

En las tablas cruzadas se observó que de acuerdo a la clasificación de la escala de Birleson, se obtuvo sin rasgos depresivos 59 casos en el sexo masculino, 19 casos en moderado y 2 en severas, sumando 80 casos en el sexo masculino, en el sexo femenino se obtuvo sin rasgos 33 casos, 29 moderados y 8 severos, el total fue de 70 casos para este sexo, sumando las cifras se encontró que de ambos sexos 92 sin rasgos, 48 moderados y 10 severos.

8. DISCUSION.

El análisis oportuno de trastornos depresivos en los adolescentes reduce la morbilidad, mortalidad, riesgo de suicidio y conductas mal adaptativas durante toda la vida. Puesto que los adolescentes tienden a informar de manera insuficiente su zozobra psicológica.

El presente estudio permitió a través de la encuesta de Birlson de autoevaluación, identificar los rasgos de depresión de una manera fácil y rápida, puesto que el tiempo de consulta es de 15 minutos.

Según la edad.- este estudio obtuvo resultados similares a los encontrados en los Estados Unidos y Sudamérica^{7,9}, pues el aumento se advierte en la población de los 13 a los 16 años, siendo el pico más alto en la muestra de estudios a los 14 años.

En cuanto a sexo también se aprecia la similitud con estudios nacionales e internacionales(ref), que el sexo femenino es el más afectado por este padecimiento.

La escolaridad del paciente más frecuente fue con 8 años de estudio con un porcentaje de 27%.

El estado socioeconómico más bajo y los menores niveles educativos se correlacionan con depresión según estudios hechos en Estados Unidos en población mexicana de hombres y mujeres resultándoles la frecuencia más alta que en la de su propia población, en este estudio se aprecia que este factor no es causa de depresión en ellos

Los resultados de esta evaluación permitieron constatar que la depresión como enfermedad dentro del grupo estudiado tuvo una frecuencia baja con 6.7% y los estados sin rasgos depresivos en la adolescencia ocuparon el 61.3%, de acuerdo a la literatura tanto nacional como internacional^{8,11,16}. El sexo es factor determinante para el desarrollo de esta enfermedad ya que de 10 casos detectados como

“severos”, 8 fueron mujeres y 2 hombres, percibiendo que las adolescentes presentan tasas de depresión mas altas que las de los hombres.^{8,11,14,18,19}

En este estudio el medio ambiente escolar, familiar (familias desintegradas, padres obreros que los dejan solos), aparentemente no influyó en ellos para presentar rasgos depresivos, como se reporta en otros estudios^{8,11,14,18,19,25,26,28} al contrario se puso de manifiesto que la resiliencia, los ha ayudado a salir adelante.

9. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se logró cumplir con todos los objetivos al identificar el grupo de acuerdo a edad y sexo que presenta mayor frecuencia de rasgos de depresión, queda manifiesto que la escala de Birleson es una herramienta útil para el médico familiar y de fácil aplicación en el primer nivel de atención, facilitando la detección oportuna de los rasgos de depresión, al igual que se logró identificar las características socioeconómicas, de los padres, la autoestima de si mismo, la percepción del apoyo familiar, identificar antecedentes familiares de patología psiquiátrica, la percepción que tiene con la sociedad (amigos, trabajo, familia, vecinos), cuya presencia es importante en la aparición de conductas depresivas en los adolescentes, pues como se sabe esta etapa de la vida es muy vulnerable ya que sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biológicos y psicosociales, agregándose los factores ambientales, culturales, será la respuesta dada a padecer de depresión.

A pesar de que se ha incrementado la depresión en los adolescentes, en éste estudio no se detecto rasgos de depresión en sí como patología enmascarada dentro de las características propias de la adolescencia.

En base a los resultados encontrados se considera importante facilitar esta escala al médico primer nivel de atención para que sea aplicada a la mayor parte de los adolescentes que acudan a consulta y con mas prioridad a los que se les detecte algún rasgo de depresión, ya que esta encuesta es de rápida y fácil aplicación, y sus resultados son valiosos a lograr detectar a algún adolescente con rasgos de depresión.

Se propone otorgar capacitación de actualización de esta patología a los médicos de primer nivel de atención, pues en ocasiones es pasado por alto por el exceso de consulta y confusión de la depresión como patología con el estado depresivo propio de la adolescencia .

Se dejan las bases para hacer seguimiento en aquellos adolescentes que presentaron los rasgos positivos para depresión para su atención integral y se podría conformar otro grupo para realizar un estudio posterior.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Meneses J. "Salud del Adolescente", En: PAC MF-1 Programa de Actualización continua en Medicina Familiar, ED. Intersistemas. México. 1999. pp.2-34.
- 2.-Martínez A. La Salud del niño y del Adolescente.5^a. ED. Manual Moderno. México. 2006. Pp. 1562-1569.
- 3.-Rubinstein A. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. ED. Panamericana. Argentina. 2001. Pp.425-438.
- 4.-Medalie J.H: Medicina Familiar Principios y Práctica. ED. Limusa. México. 1987. Pp205-213.
5. - Mc Anarney, Kreipe, Orr, Comerci. Medicina del Adolescente. ED. Medica Panamericana. México 1997. Pp.35-39
- 6.-Linares G. V. Motivos de consulta en adolescentes, Aten Primaria 1994; 13(8): 53-57.
- 7.- Dulanto G. E. El Adolescente. Ed. McGraw Hill interamericana. México, 2000. Pp. 204-216
- 8.- Del Barrio Victoria, Depresión Infantil Ed. Ariel, S.A. Barcelona, España, 1997. Pp. 14,34, 85, 100.
- 9.- Arenas C.R. Factores relacionados con la baja asistencia del adolescente a la consulta medica familiar. Arch. Med Fam 2003; 5(2):53-57.
- 10.- Benjet Corina et al. La depresión con inicio temprano. Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Pú. Méx. 2004; 46(5): 417-424
- 11.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII censo general de población y vivienda 2000. México, D.F: INEGI: 2002
- 12.-<http://www.swim.edu.au/victims/resources/assesmant/affect/eds.html>
Influencia familiar en niños de 8 a 10 años de clase media con rasgos depresivos. 28-06-2006
- 13.- Escriba Q. R. et al .Depression prevalence in adolescents. Actas Esp Psiquiatr. 2005; 33(5):298-302
- 14.- Celis de la Rosa Alfredo. "Entorno familiar y depresion" Salud Pú. Méx.

2003; 45(1):153-156

15.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson Edit. Barcelona, España, 2001 (DMS-IV) Pp. 326-331

16.- Santos Preciado JL., Villa Barragán JP, García-Aviles MA, León- Álvarez, G., Nicolás- Aviña L, Nakamura- López y cols. Enfrentando el reto. Hacia un programa Nacional de atención a la salud de la adolescencia en México. 2001-2006. Gac Med Mex 2003; 139(4): 337-345.

17.- Aguilar G. Eduardo y Berganza C. Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. Rev. Latinoam. de Psicología. 2005. 28(2), 341-346.

18.- Herrmannsdorfer de Zaid Martha trastornos en el estado de ánimo: depresión en adolescentes guatemaltecos. En avances en psicología clínica latinoamericana. 8,75-84.

19. - Harrinton R. Rutter Et. Al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands (Comparison of Prepuberal, Adolescent and Early Adult Once Cases) Affect Disord, 1997, 42: 9- 22.

20.- Greydanus Donald E. Et. Al. El adolescente Rebelde. Valoración y tratamiento de trastornos de oposición y de conducta en Clínicas Pediátricas de Norteamérica Medicina del Adolescente Ed. MacGraw Hill. 2000, México. P.p. 1473- 1498

21.- Martín Z.A. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica 5ª edición .2003. Elsevier. España.

22.- Diagnóstico y tratamiento pediátricos. Depresión en adolescentes. Editorial Manual Moderno 2000, México Pp.183-185

23.-Irigoyen C. Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. Edit. Medicina Familiar Mexicana. México.2004. Pp.173-189

24.- Gallo VF, Perfil Profesional del Médico de Familia. Bases Conceptuales. En Ceitlin J., Gómez G.T. Medicina de familia: La Clave de un modelo. Ed. SEM-FYC, España 2000. Pp. 164-168

25.- Strasburger. Víctor C. Identificación y tratamiento de ansiedad y depresión en Clínicas Médicas de Norteamérica, Medicina de la adolescencia.

Alburquerque, 2000. 877- 888

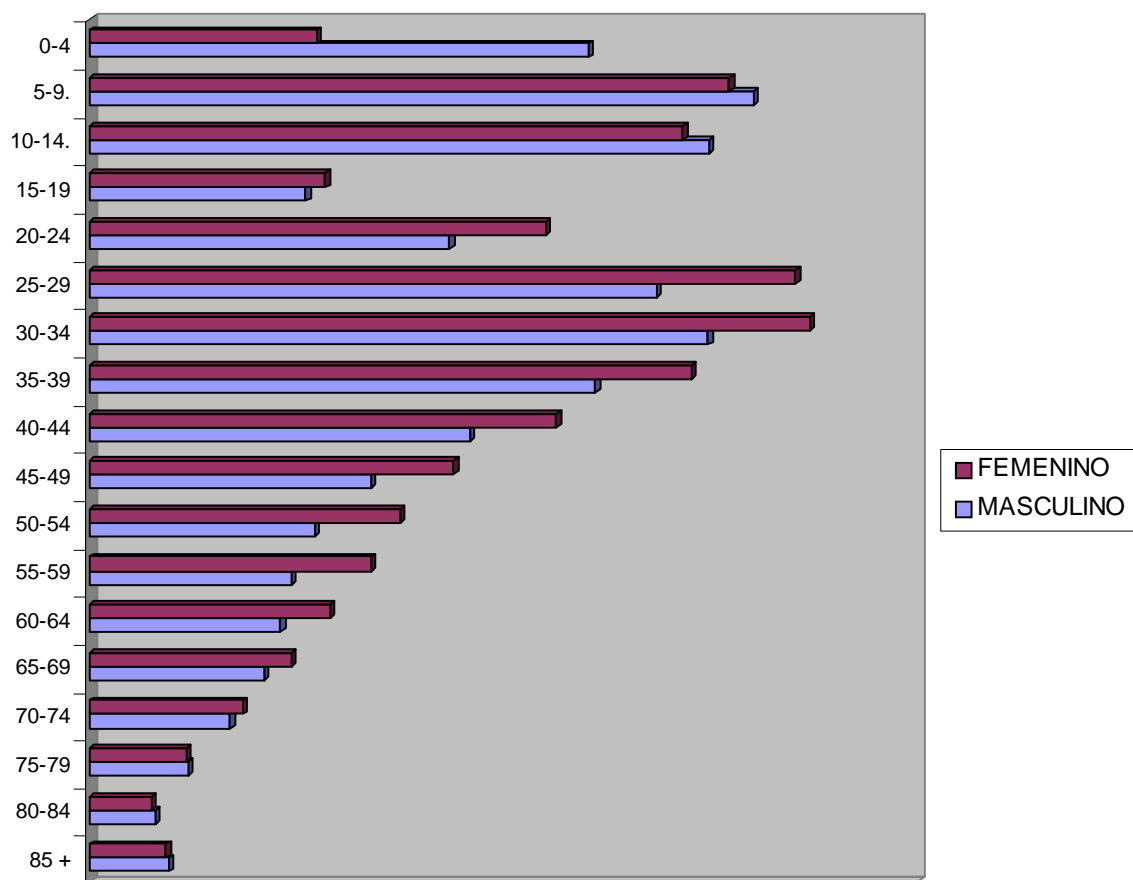
26.- Greene John W.- et.al. Problemas psicosomáticos y estrés en la adolescencia en Clínicas pediátricas de Norteamérica Medicina en adolescentes. Ed. MacGraw Hill. 2000, México. P.p. 1579- 1592

27.- ARIMAC (Área Información Medica Archivo Clínico) UMF 61

28.-Birleson, P.: The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale a research report. J. Child Psicol. And Psychiat. 1981; 22: 73, England.

Anexo 1

Piramide poblacional UMF 61



Anexo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF No. 61

“San Bartolo Naucalpan”

EDO. DE MEXICO

TABLA No. 1 POBLACION ADSCRITA A LA UMF 61

POBLACION	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
85 +	1148	1114	2262
80-84	952	904	1856
75-79	1440	1405	2845
70-74	2037	2227	4264
65-69	2538	2923	5461
60-64	2772	3498	6270
55-59	2930	4087	7017
50-54	3270	4515	7785
45-49	4088	5284	9372
40-44	5516	6770	12286
35-39	7336	8737	16073
30-34	8976	10445	19421
25-29	8226	10242	18468
20-24	5224	6619	11843
15-19	3143	3422	6565
10-14	8985	8604	17589
5-9	9637	9287	18924
0-4	7240	3295	10535
	85458	93378	178836

Población total: 178836

Fuente: ARIMAC 2005-2006

Anexo 3

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA

Identificación de Factores de Depresión en Adolescentes.

El presente cuestionario tiene como propósito identificar los rasgos de depresión en adolescentes de 13 a 16 años de edad de la UMF # 61 IMSS.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Medica, la información que Usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria. Si Usted siente que alguna de las preguntas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestar respetando su pensamiento y su decisión. También si Usted se siente en algún momento herida(o), lastimada(o) o agredida(o) en su intimidad, dignidad valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a Usted, terminando así con su valiosa colaboración. La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Medica. El cuestionario tiene 18 preguntas y se contesta en aproximadamente en 5 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted Contestarla? Si ____ No ____

Muchas gracias por su participación

Firma de los padres _____

INFORMACION PERSONAL

1.-Edad: _____

2.- Sexo: _____

- 3.- Escolaridad: _____
- 4.-Estado civil: _____
- 5.-Religión: _____
- 6.-Ocupación del adolescente: _____
- 7.- Hobbies: _____
- 8.-Numero de integrantes de la familia: _____
- 9.- Ocupación de los padres: _____

Cuestionario para detectar la depresión en escolares mayores de ocho años y adolescentes

Siempre A veces Nunca

- 1.-Pienso que los días que vienen serán agradables _____
- 2.- Siento ganas de llorar _____
- 3.- Tengo ganas de arrancar y escapar _____
- 4.- Tengo dolor de estomago _____
- 5.- Quiero salir a jugar fuera de casa _____
- 6.- Duermo muy bien _____
- 7.- Tengo mucha energía _____
- 8.- Disfruto las comidas _____
- 9.-Puedo arreglármelas solo, valerme por mi mismo _____
- 10.- Creo que no vale la pena vivir _____
- 11.- Me resultan bien las cosas que hago _____
- 12.- Disfruto lo que hago igual que antes _____
- 13.- Me gusta hablar con mi familia _____
- 14.- Tengo sueños horribles _____
- 15.- Me siento solo _____
- 16.-Me animo fácilmente, me entusiasmo con facilidad _____
- 17.- Me siento tan triste que difícilmente lo soporto _____
- 18.- Me siento muy aburrido _____