



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

DEPRESION EN ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES DE LA U .M. F. No.
21 DEL IMSS EN EL 2007.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. RAYMUNDO DE LA CRUZ MANJARREZ FUENTES

A S E S O R

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

MÉXICO, D. F. 2008.

Numero de registro IMSS R-2008-3703-4



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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.

A Dios, a mi familia, maestros y amigos

A todos los pacientes que me han enseñando y han puesto su salud a mi cuidado.

AUTORIZACION

DR. JOSE ANTONIO MATA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR DE LA UMF 21 DEL IMSS

DR. CESAR WILLIAMS ZARATE
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD UMF 21.

DR. JORGE MENESES GARDUÑO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. ANA MARIA MEZA FERNANDEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

A S E S O R

DR. JORGE MENESES GARDUÑO

PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

TELÉFONO 57 68 60 EXT. 373, AVENIDA FRANCISCO DEL PASO Y
TRONCOSO COLONIA JARDIN BALBUENA DELEGACIÓN VENUSTIANO
CARRANZA. DF. CÓDIGO POSTAL 15900

jmeneses_garduno@hotmail.com

ÍNDICE

1.INTRODUCCION.....	5
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3.-RESUMEN.....	7
4.ANTECEDENTES.....	8
5.- MARCO TEORICO.....	12
OBJETIVOS.....	13
HIPOTESIS.....	13
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
DISEÑO ESTADISTICO.....	16
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
8 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	18
9.DISCUSIÓN.....	24
10.CONCLUSIONES.....	24
11.SUGERENCIAS.....	24
12.ANEXOS.....	25
13.BIBLIOGRAFÍA.....	30

INTRODUCCION

La OMS define la adolescencia como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual .Se divide cronológicamente en tres fases.

TEMPRANA de los 10 a los 13 años

MEDIA de los 13 a los 17 años

TARDIA de los 17 a los 19 años

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, se trata de una población de alta vulnerabilidad; por lo que la depresión en los adolescentes se considera como objeto de estudio resaltando algunos factores relacionados con esta entidad, asumiéndola como un padecimiento multifactorial

RESUMEN:

DEPRESION EN ADOLESCENTES DERECHOHABIENTES EN LA U.M.F. No. 21. DEL IMSS EN EL 2007.

De la Cruz Manjarrez; Meneses, J. México DF. 2007

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de depresión y sus grados en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acudieron a la unidad medico familiar (UMF) numero 21 del INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) durante el mes de noviembre del 2007.

MATERIAL Y METODO: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional. Durante el mes de noviembre del 2007. Se usó la encuesta De Birleson (13) ya que ha sido utilizada para detectar depresión en adolescentes. Previamente se les dio información acerca del estudio del estudio y se les solicito firmar el consentimiento informado.

RESULTADOS Se estudió a 150 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, 53% del sexo femenino y 47% del masculino.

Se identificó depresión en 22% mujeres y 18% hombres. Con una frecuencia de depresión del 19%. El valor de P para la relación entre depresión y sexo no fue estadísticamente significativo. El valor de P para la relación que guarda la depresión con la escolaridad tampoco fue significativo.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre depresión y la escolaridad. El mismo caso ocurrió con la relación entre la depresión y la ocupación y el estado civil respectivamente

CONCLUSION: La frecuencia de depresión de 19% encontrada en este estudio .esta dentro de los rangos reportados en otras investigaciones. (9)

SUGERENCIAS Se identifico un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, lo que invita, a continuar con los programas para su detección en el primer nivel de atención, para realizar su tratamiento oportuno y evitar consecuencias como el suicidio, y otros trastornos psiquiátricos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que la población de adolescentes derechohabientes (de 10 a 19 años de edad) representa el 11.6% de la población general de la UMF 21. Del IMSS, se planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia y con que grado se presenta la depresión en adolescentes que acudieron a la UMF 21 del IMSS en el mes de 2007?

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. La Adolescencia se divide en tres fases

TEMPRANA: Entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta., cobra importancia singular el grupo de pares.

MEDIA: Entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.

TARDIA: Entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por un incremento en el interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física, los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona. ⁽¹⁾

Puesto que la adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, se trata de una población de alta vulnerabilidad; por lo que la depresión en los adolescentes se considera como objeto de estudio resaltando algunos factores relacionados con esta entidad, asumiéndola como un padecimiento multifactorial ⁽²⁾.

La depresión se define en el DSM-IV como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por: ⁽³⁾

A. Por lo menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas, y representan un cambio a partir del funcionamiento anterior, por lo menos uno de los síntomas 1) Estado de ánimo depresivo, o 2) pérdida del interés por el placer. Nota: No incluir síntomas que de manera clara se deben a alteración médica general, o delirios incongruentes del estado de ánimo o alucinaciones.1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, como se indican por el informe subjetivo (Ej. sentimientos de tristeza o vacío) o por a observación hecha por otros (Ej. apariencia de haber llorado). Nota: en niños y adolescentes puede haber estado de ánimo irritable.2) interés y placer notablemente disminuido en todo, o casi en todo, actividades la mayor parte del día, casi todos

los días. (Como se indica por la cuenta subjetiva o por la observación hecha por otros). 3) pérdida de peso significativa cuando no se esta a dieta o aumento de peso (Ej. un cambio mayor de 5% del por corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi todos los días. .Nota en niños, falla considerable para lograr que aumente de peso.4) Insomnio o hipersonmia casi todos los días. 5) agitación o retrasos psicomotor casi todos los días. (Observable por otros, no únicamente sentimientos subjetivos de intranquilidad o pasividad).6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7) sentimientos de inutilidad o culpa inapropiada o excesiva (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo auto reproche o culpa acerca de estar enfermo). 8) capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva, o mediante la observación de otros). 9) pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o intento de suicidio o plan específico de cometer suicidio. ⁽³⁾

b) los síntomas no reúnen los criterios para aun episodio mixto.

c) los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o alteración en el funcionamiento social, ocupacional y otras áreas importantes del mismo.

d). los síntomas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia (Ej. una droga de abuso o un fármaco) o un trastorno medico general (Ej. hipotiroidismo).

e) los síntomas no se explican mejor mediante duelo, es decir, después de la pérdida de un ser querido los síntomas persisten durante mas de dos meses o se caracterizan por un deterioro funcional notable, preocupación mórbida con indecisión, ideación suicida, síntomas sicóticos o retraso psicomotor. ⁽³⁾

Se calcula que aproximadamente el 10% de los adolescentes presentaran algún episodio depresivo y se reconoce comorbilidad con otros trastornos como de ansiedad, alimentación, conducta, personalidad, abuso de alcohol y otras sustancias ⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronostica que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquemias (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular mientras que en el año 2000 ocupo el cuarto lugar.

⁽⁵⁾ En el mundo 140 millones de personas sufren depresión, de acuerdo a los

informes de la OMS. Estimándose por esta misma organización que llegarán a 170 millones para el 2010. En estudios realizados en EUA, se estima una prevalencia de Depresión mayor entre niños de 0 a 17 años de edad de 5% ⁽⁶⁾.

Entre el año 2001 y 2002, se realizó en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en la población nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad, con apoyo de la ONU, usando como instrumento diagnóstico la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico ⁽⁷⁾. Según esta encuesta, la depresión en la población adolescente e infantil mexicana tiene una prevalencia del diez al quince por ciento; el suicidio se reportó como la segunda y tercera causa de muerte entre los quince y veinticinco años, y el setenta y cinco por ciento de los casos de inicio de una enfermedad mental fue en esas edades. Según las estadísticas del INEGI (2002), el suicidio es la séptima causa de muerte entre los cinco y catorce años ⁽⁸⁾. Estos datos no difieren mucho de la situación mundial y los suicidios en niños y adolescentes se han incrementado notablemente en los últimos años en nuestro país ⁽⁹⁾. En el Distrito Federal (INEGI 2001) hubo 269 casos, de los cuales el 59% recurrieron al método de estrangulación y el 73% se consumaron en el hogar durante la noche, que es cuando se acentúan los estados depresivos. ⁽⁹⁾

El 2% de la población mexicana ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los que inician en la adultez), el primer cuadro persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses que presenta un paciente adulto, durante los cuales generalmente no reciben tratamiento. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de los adolescentes con depresión de inicio temprano, se debe a la falta de detección temprana y tratamiento oportuno cuando son jóvenes ⁽⁵⁾

En casos extremos los jóvenes con depresión profunda intentan el suicidio, y fue la causa de muerte número 18 en México durante el 2004. A los adolescentes que se les diagnostica depresión, tienen mayores posibilidades de recuperarse que los adultos, ya que si la depresión es tratada en la adolescencia, de adulto puede reconocer mejor un episodio depresivo y le será más fácil eliminar las ideas negativas. Por otra parte, los púberes son más dúctiles y abiertos a las

indicaciones del médico, desafortunadamente, menos de 2 de cada 10 adolescentes deprimidos reciben tratamiento. (7)

Por lo anterior, reconocer los síntomas depresivos puede salvar vidas, ya que tanto padres como la escuela tienden a subestimar las consecuencias de la depresión en los niños y adolescentes. Solo el tres por ciento de los padres percibieron síntomas depresivos antes del intento del suicidio. Los compañeros y maestros a pesar de haber escuchado al joven sus deseos de morir, en la mayoría de los casos no los tomaron en serio. (8)

Una Depresión mayor en niños y adolescentes se desarrolla en promedio de siete a nueve meses; esto es tiempo suficiente como para que los adultos se acostumbren a los síntomas y por ello no los reconozcan como un problema de salud mental, a pesar de que los síntomas son muy similares a los de los adultos.

Durante el mes de marzo del 2007 se llevo a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) un estudio donde se determinó mediante el cuestionario de Birlson la frecuencia de depresión en 252 adolescentes del centro de bachillerato tecnológicos de San Francisco del Rincón, Guanajuato. En general, la frecuencia de depresión fue de 29.8 %; en el sexo masculino se identificó en 18.7 % y en la mujer, en 42.4 % ($p < 0.05$, OR = 3.2). (10)

La población de adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS (Distrito Federal, México) durante el 2006 fue de 21,568 adolescentes entre 10-19 años de edad, 5.4% varones y 5.6 % mujeres del total de la población. En esta Unidad medica de enero a junio de este mismo año, el promedio de casos nuevos de depresión en adolescentes no fue mayor de 5 pacientes por mes, representando menos del 0.004% del total de adolescentes. (11)

En la Ley General de Salud, vigente para México, (Capítulo Séptimo), se menciona en el Artículo 72: “La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales así como otros aspectos relacionados con la salud mental”. Artículo 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada

materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud.
- II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.

Artículo 74. La atención de las enfermedades mentales comprende:

- I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales. ⁽¹²⁾

Es necesario para el médico familiar y el equipo de primer nivel de atención tener el conocimiento necesario para diagnosticar y derivar a los adolescentes con depresión al 2º o 3er. nivel de atención, con el fin de proveerlo de un manejo adecuado y prevenir complicaciones tan graves como el suicidio.

MARCO TEORICO

La depresión en el adolescente es un problema de salud pública en México y de importancia mundial; se calcula que padecen 1 de cada 10 adolescentes. Además guarda una estrecha relación con otras problemáticas como el suicidio y trastornos como el de ansiedad, de alimentación, conducta, personalidad, abuso de alcohol y otras sustancias.

A nivel nacional en México, se estima que el 2% de la población ha padecido depresión en la infancia o la adolescencia, estimándose su prevalencia en 10 al 15% a nivel general.

Por lo que reconocer los síntomas depresivos puede salvar la vida de estos niños y también adolescentes, ya que ellos tienen mayores posibilidades de recuperarse que los adultos, al ser los púberes más dúctiles y abiertos al tratamiento. Además si es tratada a tiempo durante la adolescencia, en la edad adulta se puede reconocer mejor un episodio depresivo, le será más fácil eliminar las ideas negativas y solicitar ayuda.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1.- Determinar la frecuencia de depresión en adolescentes (de 10 a 19 años de edad) que acudieron durante el mes de noviembre del 2007 a la unidad de medicina familiar 21 del IMSS

OBJETIVOS PARTICULARES.

- 1.- Determinar el grado de depresión en los casos encontrados.
- 2.- Determinar el grado de depresión y su relación con la edad.
- 3.- Determinar el grado de depresión y su relación con el sexo.
- 4.- De terminar el grado de depresión y su relación estado civil.
- 5.- Determinar el grado de depresión y el grado escolar.

HIPOTESIS

No se propone hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo. Para efectos.

Sin embargo se propone la siguiente hipótesis de trabajo:

En la UMF 21 más del 10 por ciento de los adolescentes (de 10 a 19 años de edad) presentan algún grado de depresión que corresponde a la media nacional.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, *prospectivo, transversal y observación al*

Descriptivo Ya que sólo se describieron los datos observados en la población de estudio.

Prospectivo. Se tomaron los datos del presente hacia el futuro.

Transversal. Ya que los datos solo se midieron en una ocasión.

Observacional ya que no hubo manipulación de las variables.

Se realizo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en avenida Francisco del Paso y Troncoso número 281, código postal 15900, colonia Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza, México DF, en adolescentes de 10 a 19 años de edad que cumplieron los siguientes CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se seleccionaron adolescentes que acudieron a la Unidad a solicitar algún servicio medico o administrativo en noviembre del 2008. Que aceptaron participar en el estudio, que entregaron y contestaron completo el cuestionario.

Criterios de inclusión:

Adolescentes derechohabientes

Adolescentes que acudieron a hacer uso de algún servicio de la unidad.

Adolescentes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de no inclusión.-

Adolescentes con diagnostico de depresión

Adolescentes que no aceptaron participar en el estudio,

Adolescentes que no entregaron el cuestionario

Si el cuestionario estaba incompleto.

CRITERIOS DE ELIMINACION NO SE PROPONEN POR NO TRATARSE DE UN ESTUDIO LONGITUDINAL.

Se consideraron las siguientes VARIABLES.

variables	Definición conceptual	Definición operacional.	Tipo de variable	indicador	Escala de medición.
Depresión	Trastorno anímico que interfiere con la vida diaria durante período prolongado	13 puntos	Cualitativa nominal	si no	Las respuestas pueden ser nunca, casi siempre y siempre. Calificándose con valores que van de 0 a 2 respectivamente.
Grupos edad.	<i>Años transcurridos desde su nacimiento</i>	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Años	Grupos de edad. 10-14 años 15-19 años
Sexo	Se refiere a la división de género humano en grupos: mujer u hombre.	sexo masculino sexo femenino	Cualitativa	. Cualitativa	Adolescentes del Sexo femenino. Y del masculino

METODOLOGIA

Se obtuvo el consentimiento de las autoridades de la Unidad. Después se proporcionó el cuestionario del Birleson ⁽¹³⁾ a los adolescentes derechohabientes que acudieron a hacer uso de los servicios de la UMF 21 (consulta externa, laboratorio y gabinete, salas de espera, pasillos etc.) Del IMSS durante el mes de noviembre del 2007. Se les solicitó su ayuda y se les explicó en que consistirá el estudio y se obtuvo su participación a través de la firma de una carta de consentimiento informado. Se aplicó la encuesta (anexo 1) para evaluar depresión en niños y adolescentes de Birleson (1981), que consta de un cuestionario de 18 preguntas, donde las respuestas pueden ser

nunca, casi siempre y siempre. Calificándose con valores que van de 0 a 2 respectivamente.

Se solicitó a los pacientes que contestaran en base a lo sentido por ellos mismos en las últimas 2 semanas. De acuerdo a lo establecido para la calificación de esta encuesta se consideró como Normal (sin depresión) un puntaje por debajo de 13 y 13 o más, con depresión. Se revisó que cada uno de los cuestionarios estuvieran completos y se agradeció su participación.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico de los resultados.

Para los fines de esta investigación y para aprovechar los datos de la encuesta, de manera arbitraria se establecieron los siguientes rangos para determinar los siguientes grados de depresión: Entre 13 y 21 como depresión leve y los de 21 a 29 como depresión moderada y a los mayores de 29 y hasta 36 como depresión severa (anexo 4)

DISEÑO ESTADISTICO

Para determinar el tamaño de la muestra, se acudió a ARIMAC para conocer la totalidad de adolescentes adscritos a la UMF 21, se determinó por medio de la fórmula de proporciones para una población finita., de la siguiente manera:

$$n = \frac{N Z^2 P Q}{d^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

N = 21568, población de adolescentes adscritos a la UMF 21(durante el año 2006₍₁₀₎)

Z = área bajo la curva de lo normal para un nivel de confiabilidad de 95% = 1.96

d = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

p= .1 prevalencia estimada de la depresión tomando como referencia la media nacional (10%) , expresada en decimales.

Q = 1- p = (1-.1)= 0.9,

Resolviéndose de la siguiente manera:

$$n = \frac{21568 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.1) \cdot (0.9)}{7457.006592} =$$

$$\frac{(0.05)^2 (21568-1) + (1.96)^2 (0.1) (0.9)}{(0.0025)(21567) + (3.8416) (0.1) (0.9)}$$

$$\frac{7457.006592}{53.9175 + 0.3457} = \frac{7457.006592}{54.26} = 137.4310098$$

$$53.9175 + 0.3457 = 54.26$$

Resultado: 137.5 pacientes

Perdida máxima tolerada 15% = K 1.17 x 137 = 160.29

n= 160

El tratamiento estadístico que se le dio a los datos obtenidos, se utilizaron medidas de tendencia central como son frecuencia moda mediana desviación estándar y para comparar las frecuencias de las variables, se uso estadística no paramétrica del tipo de la chi cuadrada y prueba exacta de Fisher. Todos los cálculos se efectuaron con el programa estadístico G –stat- student versión 2.0

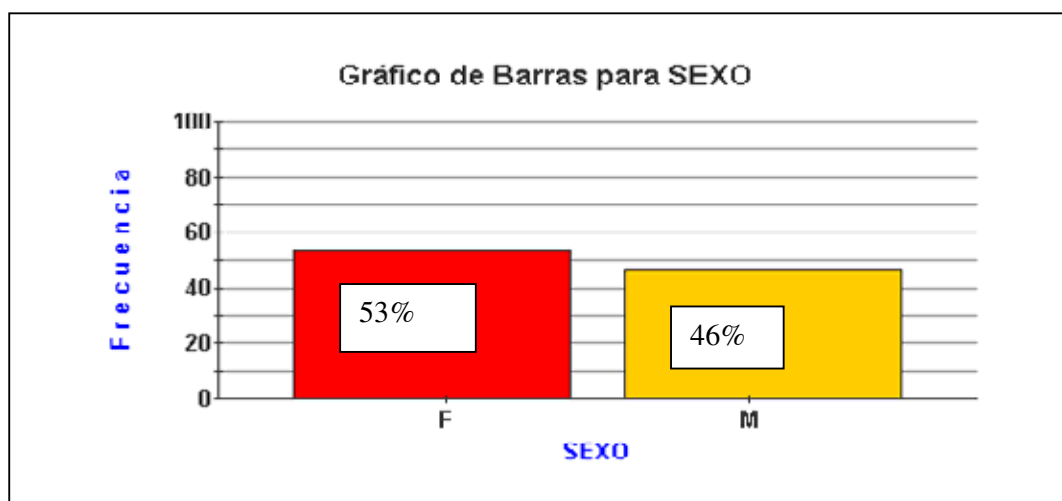
CONSIDERACIONES ETICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo a la normatividad institucional en materia de investigación en salud. A las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y su enmienda de 1989 así como los códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica. Además de todos los aspectos arriba señalados en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se deberá hacer una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Neumberg, (anexo 3)

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

La formula de Chi cuadrada se uso para asociar variables cualitativas binomiales y la prueba exacta de FISHER para variables dicotomicas.

FIG.1
Porcentaje de distribución por sexo
Adolescentes (10 - 19 de edad) encuestados
UMF 21
Noviembre 2007



De los 150 adolescentes encuestados, correspondiendo 53% al sexo femenino y 46 al masculino.

El 70 por ciento de los adolescentes estuvieron en un rango de edad de entre 10 a 15 años.

**Presencia o ausencia de depresión
Adolescentes (10 - 19 de edad) encuestados**

UMF 21

Noviembre 2007

SIN DEPRESIÒN	80%
DEPRESION	20%

TOTAL	100%
	n=150

P bilateral < 0.0001E-27

Mas de las ¾ de los adolescentes a los que se le aplicó la encuesta, no
presentaron depresión

Presencia de depresión por subgrupos de edad

Adolescentes (10 - 19 de edad) encuestados

UMF 21

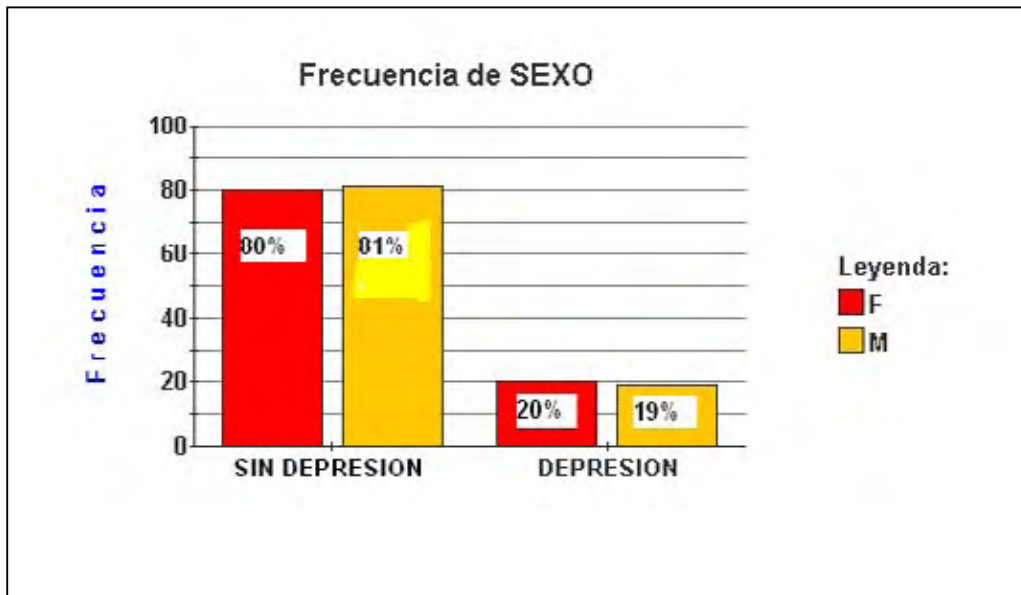
Noviembre 2007

	10-14AÑOS	15-19	TOTAL
NORMAL	56	25	81
DEPRESION	15	4	19
TOTAL	71	29	100

El valor obtenido por la formula de Fisher p (bilateral) 0.6505

No hubo diferencia significativa.

Grafica de Frecuencias de DEPRESION por SEXO entre adolescentes de la UMF 21 durante noviembre del 2007



valor de P obtenido por la formula de Fisher fue P (unilateral-derecha): 0.6646. El cual no es significativo Por lo que no se observo una diferencia significativa estadísticamente para tener depresión.

Grafica de Frecuencias de DEPRESION por escolaridad entre adolescentes de la UMF 21 durante noviembre del 2007

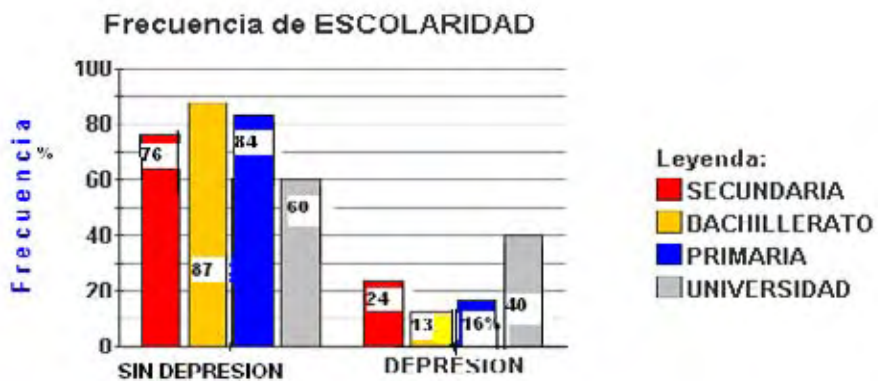


Tabla de Frecuencias de DEPRESION por ESCOLARIDAD

	Universidad	Secundaria	Bachillerato	primaria	TOTAL
Normal	35	23	21	2	81
Depresión	11	3	4	1	19
TOTAL	45	27	25	3	100

El valor de p obtenido por la formula de Chi cuadrada fue de: 0.3124 no encontrándose una diferencia significativa.

**Frecuencia de depresión por ocupación en Adolescentes (10 - 19 de edad)
encuestados
UMF 21
Noviembre 2007**

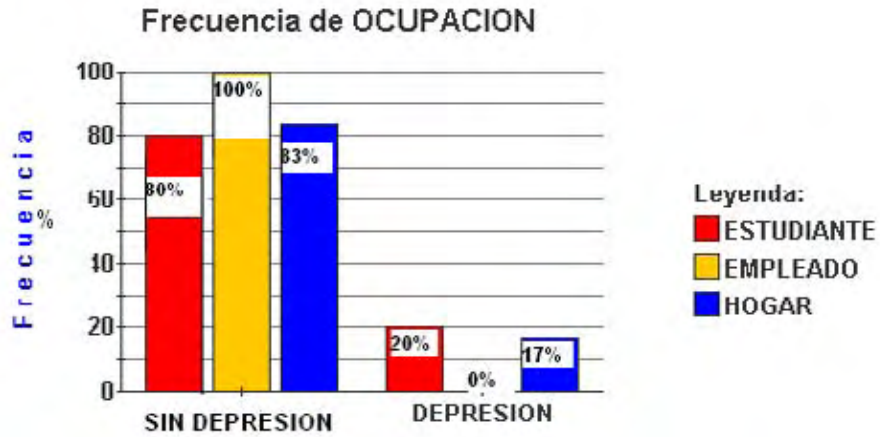


Tabla de Frecuencias de DEPRESION por OCUPACION

	ESTUDIANTE	EMPLEADO	HOGAR	TOTAL
NORMAL	73	4	3	80
DEPRESION	19	0	1	20
TOTAL	92	4	4	100

El valor de p obtenido por la formula de Chi cuadrado es: 0.4615 no siendo significativa.

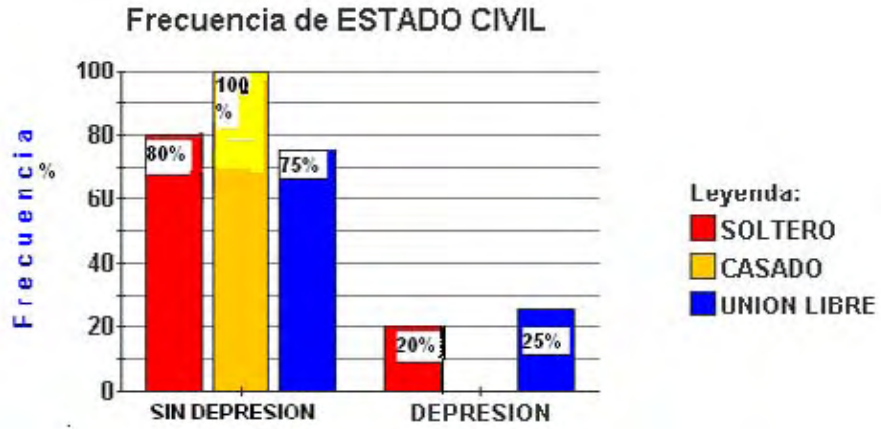


Tabla de Frecuencias de DEPRESION por ESTADO CIVIL

DEPRESION	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	TOTAL
NORMAL	75	3	2	80
DEPRESION	19	0	1	20
TOTAL	94	3	3	100

P 0.5206 obtenida por chi cuadrada

DISCUSION

La presentación de algún grado de depresión correspondió al promedio nacional y con los estudios reportados por investigadores a nivel nacional del IMSS.

No se encontró diferencia significativa entre los rangos reportados en otras investigaciones y la frecuencia de depresión encontrada en este estudio que fue de 19% ⁽⁹⁾

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre la depresión y las variables sexo, edad, estado civil y grado de estudio

CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión en adolescentes de la UMF 21 durante el mes de noviembre del 2007 fue de 19%

Discusión: encontrada en este estudio .esta dentro de los rangos reportados en otras investigaciones. (9) Se identifico un porcentaje importante de depresión en los adolescentes, DEL 19% no encontrándose relaciones estadísticas significativas para las variables. Sexo, edad, ocupación estado civil y grado de estudios.

Sugerencias:

Este estudio se hizo con la finalidad de conocer la frecuencia de la depresión entre adolescentes de la UMF 21 del IMSS. Se encontró que existe un subdiagnostico de esta enfermedad, por lo que se debe de hacer más énfasis en la consulta de primer nivel en la detección oportuna para su derivación a un 2º nivel y prevenir las posibles complicaciones entre las cuales se encuentra el suicidio y otros trastornos psiquiátricos.

ANEXOS

Anexo 1 Carta de consentimiento

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo -----declaro que libre y voluntariamente acepto participar en el estudio de Depresión en adolescentes derechohabientes de la UMF 21 del IMSS en el 2007. Se me informo y aclaro que el objetivo es conocer la frecuencia de casos de depresión en esta edad durante el año 2007. Y que para lograr este objetivo, contestaré una encuesta que consta de dieciocho preguntas También se me informo de los benéficos de dicho proyecto, quedando en la conformidad de que se mantendrá discreción en los resultados y que éstos datos sólo se utilizará para mi beneficio. Se me informó también que no corro ningún riesgo y que tengo la libertad de retirarme en el momento en que así lo desee.

Nombre-----Firma -----

Dirección -----Fecha -----

--

Anexo 2

CUESTIONARIO PARA DETECTAR LA DEPRESION EN ESCOLARES MAYORES DE 8 AÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre: _____

Fecha:

Filiación _____

Consultorio _____

Sexo: masculino femenino Edad _____ Escolaridad:

Ocupación _____

Estado

civil _____

Entrevistador: _____

¿Cómo has percibido las siguientes situaciones en las ultimas 2 semanas?

	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			
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.			
19.- Me siento aburrido.			

Valor del puntaje de la aseveración

1.-	Siempre =0	A veces= 1	Nunca.=2
2.-	Siempre =2	A veces=1	Nunca=0
3.-	Siempre =2	A veces= 1	Nunca.=0
4.-	Siempre =2	A veces=1	Nunca=0
5.-	Siempre =0	A veces= 1	Nunca.=2
6.-	Siempre =0	A veces=1	Nunca=2
7.-	Siempre =0	A veces= 1	Nunca.=2
8.-	Siempre =0	A veces=1	Nunca=2
9.-	Siempre =0	A veces= 1	Nunca.=2
10.-	Siempre =2	A veces=1	Nunca=0
11.-	Siempre =0	A veces= 1	Nunca.=2
12.-	Siempre =0	A veces=1	Nunca=2
13.-	Siempre =0	A veces= 1	Nunca.=2
14.-	Siempre =2	A veces=1	Nunca=0
15.-	Siempre =2	A veces= 1	Nunca.=0
16.-	Siempre =0	A veces=1	Nunca=2
17-	Siempre =2	A veces= 1	Nunca.=0
18.-	Siempre =2	A veces=1	Nunca=0

CRITERIOS PARA VALORAR EL CUESTIONARIO: Puntaje por debajo de 13 se considera normal y por arriba de 13, haba de depresión y esta será más severa a mayor puntaje. Alvarez ME y col. Estudio exploratorios sobre una escala de auto evaluación para la depresión en niños y adolescentes. (Rev Chil de Pediatría 1986; 57: 21-25.)

En este estudio además se clasificara la depresión leve moderada y severa, asignándole a los valores encontrados entre 13 y 21 como depresión leve y los de 21 a 29 como depresión moderada y a los mayores de 29 y hasta 36 como depresión severa.

Bibliografía

1. Campos RM , Valerio-Rojas JC, Padilla .C Prevención de suicidio en el adolescente. 2004 pp 11 Disponible en. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserr1.pdf>
2. Cantoral G, Méndez MV y Nazar A, Depresión en adolescentes un análisis desde la perspectiva de genero. Ecofronteras, Ecosur. No. 21, abril de 2004:27-32. Disponible : <http://www.ecosur.mx/ecofronteras/ecofrontera/ecofront21/depresion.pdf..>
3. Howard H Golman, *Psiquiatría General.5ª edición Manual Moderno 2001*.pp 326-327
4. Gutiérrez C., Barrera P., Cuevas A. Dr. Serdan S. Programa de actualización continua en medicina familiar AC Libro 2 Editores intersistemas. Año 2000 pagina 22
5. *Tecnociencia revista electrónica julio del 2005 disponible en:* <http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/introduccion.htm>
6. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI), version 15. Ginebra, Suiza: WHO; 2001 Disponible en <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
7. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:417-424
8. INEGI (2002) Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Cuaderno No. 8
9. Velasco PR. *Intereses y preferencias de los adolescentes. Revista E-formadores /red escolar México. No. 7 agosto del 2005.* Disponible en: http://e-formadores.redescolar.ilce.edu.mx/revista/no7_05/interepre.pdf

10. Leyva J., Hernandez J., Nava J. Lopez G, Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232
11. Estudio situacional de los años 2006 y 2007 de la UMF 21 Del IMSS DF
12. Ley general de Salud
13. Alvarez M., Guajardo S., Messen S., Estudio exploratorio sobre una escala de Autoevaluación para la Depresión en Niños y Adolescentes Rev. Chil. Pediatr. 57(1): 21-25, 1986.