



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESCUELA DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE

FACTORES COGNITIVO-AFECTIVO Y SOMÁTICO QUE PREDISPONEN A LA
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE NIVEL EDUCATIVO DE SECUNDARIA

TESIS:

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

FRANCISCA MONSERRAT MALDONADO ROBLES

TUTOR:

MCE. FRANCISCA CASTRO DURAN

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO, MARZO 2019



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.



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.

DICTAMEN

NOMBRE DEL TESISISTA: FRANCISCA MONSERRAT MALDONADO ROBLES.

NOMBRE DE LA TESIS: FACTORES COGNITIVO-AFECTIVO Y SOMÁTICO QUE PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE NIVEL EDUCATIVO DE SECUNDARIA.

GRADO A RECIBIR: LICENCIATURA.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

LUGAR Y FECHA: Monterrey, Nuevo León, México. Febrero 2019.

El que suscribe a Francisca Castro Duran MCE acreditado por la ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE A.C. Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México Clave 8725-12 como asesor de tesis de la carrera de enfermería, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado. Cumple con todos los requerimientos establecidos por esta institución, para optar por el grado de licenciado de enfermería.

Se autoriza a la alumna tesisista presentarla ante el jurado examinador para su réplica.

ATENTAMENTE

MCE: Francisca Castro Durán.

Asesor de Tesis

FACTORES COGNITIVO-AFECTIVO Y SOMÁTICO QUE PREDISPONEN A
LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE NIVEL EDUCATIVO DE
SECUNDARIA

MCE. María Eugenia Reyna Rodríguez

PRESIDENTE

MSP. Dora Elia Silva Luna

VOCAL

MD. Alicia González Rosas

SECRETARIO

MES. Alma Rosa Rodríguez García

SUPLENTE

DEDICATORIA

Mi investigación principalmente se la dedico a Dios, por estar en todo momento conmigo y no abandonarme en este camino de la vida. Quien me dio todas las fuerzas para seguir adelante.

A mi esposo que me apoyo en estos meses con sus palabras de motivación, y que nunca dejo que me venciera ante muchos obstáculos que se presentaron.

Hija te lo dedico en especial a ti, porque fuiste mi inspiración en todo momento y mi fuerza para ser mejor persona, mamá, amiga y enfermera.

A las dos grandes personas que Dios me dio como padres, porque siempre conté con su apoyo en momentos buenos y difíciles, sin dejar que cayera ante los obstáculos y así lograr concluir con mis estudios.

A mis hermanos que me dieron todo su apoyo y palabras de aliento en toda mi carrera profesional.

Y a mi abuela Cuca que con su gran amor hacia su familia y al prójimo, me inspiro a ser una mejor persona y entregar todo mi cariño a mi carrera y pacientes. Y a mi abuelo Gregorio quien desde el cielo está presente en mi vida para verme triunfar.

AGRADECIMIENTOS

Estoy muy agradecida, en primer lugar con la MCE Francisca Castro Durán quien fue la persona que estuvo siempre pendiente de mi tesis, alentarme a seguir superándome en la carrera de enfermería y hacerme ver lo maravilloso que es nuestra profesión.

A la directora y personal administrativo de la escuela por su apoyo incondicional, tanto académicamente como a mi persona para hacer posible que este trabajo llegue a su fin.

Agradezco también a la Licenciada Nancy Estephany Galindo Escamilla por su apoyo antes, durante y después de la aplicación del instrumento en la escuela secundaria.

También a los directivos de la Escuela Secundaria No. 3 “Efraín Díaz de la Garza” por permitirme aplicar el instrumento para la recolección de datos.

Asimismo, a mis padres, mi esposo, mis hermanos, por sus constantes mensajes de apoyo tan eficaces en estas situaciones. Y en mi trabajo por la comprensión de mis permisos y salidas.

Antes de finalizar, quiero añadir que este trabajo es el reflejo del esfuerzo y la dedicación. Cuando una persona busca seguir superándose profesional y personalmente hay que superar muchos obstáculos que intervienen para interrumpir las metas, y seguir buscando los sueños y éxitos en la vida.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN	4
2.1 Planteamiento del problema	4
2.2 Justificación del estudio	6
2.3 Objetivo	7
2.3.1 General	7
2.3.2 Específicos	7
III. REVISIÓN DE LITERATURA	8
IV MARCO TEÓRICO	11
V METODOLOGÍA	19
5.1 Tipo de estudio y diseño	19
5.2 Universo y muestra	20
5.2.1 Técnica muestral	20
5.2.2 Tamaño de la muestra	20
5.3 Criterios de selección de la muestra	21
5.3.1 Criterios de inclusión	21
5.3.2 Criterios de exclusión	21
5.3.3 Criterios de eliminación	21
5.4 Hipótesis	22
5.4.1 Hipótesis de investigación	22
5.4.2 Hipótesis alterna	22
5.5. Variables	23
5.5.1 Variable dependiente	23
5.5.1.1 Definición conceptual	23
5.5.1.2 Definición operacional	23
5.5.1.3 Dimensión	23

5.5.2 Variable independiente	23
5.5.2.1 Definición conceptual	23
5.5.2.2 Definición operacional	23
5.5.2.3 Dimensión	23
5.5.3 Variables intervinientes	24
5.6 Recolección de información	25
5.6.1 Instrumento de recolección	26
5.7 Validez y confiabilidad	27
5.8 Análisis estadístico	28
5.9 Lineamientos éticos	29
5.10 Aspectos administrativos	31
VI RESULTADOS	33
6.1 Resultados descriptivos	33
VII DISCUSIÓN	46
VIII CONCLUSIONES	48
IX SUGERENCIAS E IMPACTO DEL ESTUDIO, LIMITACIONES	49
X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
XI ANEXOS	57
Anexo 1. Consentimiento informado	58
Anexo 2. Cédula de recolección de datos sociodemográficos	60
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos: inventario Beck	60
Anexo 4. Consentimiento Informado para Director	66

Lista de figuras

	Nombre	Página
1.	Figura No. 1 Género	33
2.	Figura No. 2 Grado escolar	33
3.	Figura No. 3 Edad	34
4.	Figura No. 4 Edad y depresión	34
5.	Figura No. 5 Género y depresión	35
6.	Figura No. 6 Grado escolar y depresión	35

Lista de tablas

	Nombre	Página
1.	Tabla No. 1 Factor Cognitivo y Afectivo	36
2.	Tabla No. 2 Factor Somático	38
3.	Tabla No. 3 Factor Cognitivo y Afectivo y nivel de depresión	39
4.	Tabla No. 4 Factor Somático y -nivel de depresión	42
5.	Tabla No. 5 Medias de factor cognitivo-afectivo y somático con nivel de depresión	44

RESUMEN

FRANCISCA MONSERRAT MALDONADOROBLES

Escuela de Enfermería del Hospital de San Vicente, Monterrey, Nuevo León
Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Título del Estudio: FACTORES COGNITIVO-AFECTIVO Y SOMÁTICO QUE
PREDISPONEN A LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE NIVEL
EDUCATIVO DE SECUNDARIA

Número de páginas: 66

Candidata a obtener el grado de
Licenciatura en Enfermería y
Obstetricia

Área de Estudio: Comunidad

Objetivo y método de estudio: El objetivo fue identificar los factores cognitivo-afectivo y somáticos que predisponen a la depresión en adolescentes de nivel educativo de secundaria en Santa Catarina Nuevo León. Método cuantitativo.

Se inicia con la fase conceptual con el planteamiento del problema, la fundamentación teórica en torno a los conceptos de factores cognitivos y somáticos que predisponen a la depresión en estudiantes de secundaria adolescentes, desde una perspectiva general y actual a fin de fortalecer la importancia de realizar la investigación.

La fase metodológica inicia con el diseño descriptivo transversal, en una población de 129 estudiantes adolescentes de secundaria, en todos los grupos de los tres grados; ambos sexos y previo consentimiento informado por los padres/tutores o autoridad educativa; la información se obtiene mediante autoaplicación del inventario de depresión de Beck en su versión BDI-II (confiabilidad de alfa 0.92). El análisis estadístico descriptivo.

En la fase empírica se analizan los datos y se obtienen resultados: la edad se presentó con una media de 13.57 (DE= 1.007) mínima de 12 y máxima de 16 años, el género femenino predomina con un 69%; en el segundo grado fue el 48.8%; la depresión mínima o no depresión prevalece en las mujeres, en el segundo grado y a los 13 años de edad. La desvalorización en el factor cognitivo-afectivo y la irritabilidad en el somático ambos con (99%). La media para depresión grave fue de 2.85.

Se concluye que existen factores cognitivo-afectivo y somático que predisponen a la depresión. Se recomienda establecer estrategias de apoyo a los estudiantes.

Palabras clave: adolescencia, depresión, BECK, factor cognitivo-afectivo y somático.

FIRMA DEL ASESOR DE TESIS: _____

Capítulo I. Introducción

En los últimos años los trastornos depresivos se han incrementado a nivel mundial, nacional y local. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013, la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, lo cual afecta el desempeño escolar y la capacidad para afrontar la vida.

La configuración psicológica también juega un papel muy importante en la vulnerabilidad de una persona para caer en la depresión. Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, que constantemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, dejándose embargar por las presiones las cuales son más propensas a presentar depresión (Sue, 1997).

Quien padece depresión también puede presentar síntomas de ansiedad y somáticos sin alguna explicación médica y en su forma más grave puede conducir al suicidio. Según reporta el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se menciona que el 32.5% de los adolescentes se han sentido deprimidos, el 66.9% nunca se han sentido deprimidos y el 0.6% no lo saben (INEGI, 2017).

En la etapa de la adolescencia se llegan a ver mezclas de emociones que podrán llegar a afectar tanto su salud como la conducta. La mayoría de ellos no sabe cómo expresar sus emociones ya sea por miedo, timidez, vergüenza o por temor a recibir algún comentario negativo o de burla entre sus compañeros o familiares. En la actualidad se enfrentan a otro fenómeno que son las redes sociales en que son más susceptibles al aislamiento y más

vulnerables a la depresión por sentirse exhibidos en lo que ellos consideran sus defectos o errores y la mayoría de las veces están muy lejos de confortarlos.

La sintomatología depresiva de muchos adolescentes se caracteriza por estados de ánimo fluctuantes de tristeza o infelicidad, depresión, desesperanza, culpa, retardo psicomotor, falta de apetito y trastornos en el sueño; estos síntomas ocasionan un bajo rendimiento en las actividades tanto escolares, de diversión, en la casa y en el trabajo, lo que afecta directamente sus relaciones interpersonales y su perspectiva de vida.

Estos acontecimientos originan una crisis en el adolescente, quien busca superar las diversas situaciones a las que se enfrenta y en su intento, muchos de ellos realizan actos de alto riesgo que resultan con diversas consecuencias que en su mayoría son irreversibles, tales como los embarazos no deseados, dependencia a las drogas o realizar conductas delictivas, entre otras (Álvarez & Robinson, 2016, p. 326-332).

Los estudiantes de nivel secundaria en México representan la población más susceptible a padecer trastornos depresivos debido a que se encuentran en la período de la adolescencia, siendo esta etapa donde se presentan diversos cambios fisiológicos y en el desarrollo cognitivo. Otras situaciones que se presentan en esta etapa, se encuentra la búsqueda de la propia identidad, el inicio de la sexualidad, el tratar de cumplir los estándares esperados por la sociedad y de su propia familia. Por ejemplo: la necesidad de organizar los horarios, obligación de atender sus propias necesidades para comer, lavar la ropa, dormir y trabajar; la presión académica, el manejo autónomo del dinero, los cambios en las relaciones familiares sociales y amistades, la formación de pareja y aumento de la consciencia de identidad sexual, así como las preocupaciones por el futuro profesional.

Russbel (2013), menciona que la mayoría de los alumnos que presentan dificultades emocionales y conductuales poseen leves alteraciones en su desarrollo cognitivo, psicomotor o emocional, sin que puedan ser asignados a categorías diagnósticas específicas, tales como retardo mental, síndrome de déficit de la atención o trastornos específicos del aprendizaje.

En los diversos roles que desempeña el profesional de enfermería se encuentra el de brindar sus cuidados a la población estudiantil dependiente de los servicios de salud, es así como surge la inquietud de realizar una investigación que también tendrá fines de elaboración de tesis con opción a titulación de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, siguiendo los principios metodológicos, normas y reglamentos de la universidad para su conclusión.

Con base a lo anterior en este trabajo se considera de gran relevancia al identificar algún factor depresivo cognitivo-afectivo y/o somático que se encuentre presente en los estudiantes que cursen en el nivel educativo de secundaria.

La información obtenida es respaldada por las consideraciones éticas de la investigación en seres humanos, por lo cual se respeta la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes; a menos que los padres o los directivos los soliciten se proporcionan.

Algunas de estas circunstancias pueden ser el caso de algún estudiante con trastorno depresivo no identificado que cause problemas de violencia dentro y/o fuera de la escuela, en caso de aumento del ausentismo o se desencadenen actos en que se atente contra la propia vida, o la de otros. Todo ello con el fin de aportar información que sirva de referencia para establecer estrategias de mejora en la institución educativa.

Esquema de investigación

2.1 Planteamiento del problema

A través de los tiempos se ha observado en los adolescentes no solo los cambios biológicos sino también los propios de esta etapa, como la creciente sexualidad, la incertidumbre hacia el futuro, en las relaciones personales e interfamiliares, de baja autoestima, así como la fuerte presión que las exigencias y expectativas del entorno ejercen en ellos. La etapa escolar es donde pasan la mayor parte del tiempo los adolescentes y es también donde se pueden pasar por alto comportamientos con sintomatología depresiva que de no atenderse a tiempo podrá llegar a ser un trastorno afectivo que estará siempre presente en la vida del adolescente.

Dados los cambios propios de la etapa de la adolescencia, existe la tendencia a mostrar actitudes negativas hacia autoridades como los padres, las instituciones, la ley, la escuela, los maestros y también hacia sus compañeros; las reacciones no se hacen esperar y pueden traducirse en hostilidad, rebeldía, confrontaciones con docentes, familiares y grupos, problemas escolares pueden ser el bajo rendimiento académico, deserción, ausentismo y desencadenar posibles trastornos depresivos según reporta Cubillas-Rodríguez y colaboradores 2011, quienes encontraron una prevalencia de 10.5% de depresión en adolescentes.

Según la OMS (2012), la depresión altera la vida de los pacientes y menciona que existen 350 millones de personas que la padecen, sin embargo por la estigmatización que existe hacia este diagnóstico, los pacientes no la reconocen como una enfermedad y por lo tanto no buscan un tratamiento adecuado, preciso y oportuno para ellos o para sus hijos. En la

actualidad y en el antepasado se sigue pensando que las visitas con un profesional de la salud son una pérdida de tiempo.

Los problemas de salud mental tienden a aparecer en la recta final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Estudios más recientes muestran en particular que la depresión constituye la principal causa de morbilidad en los jóvenes. La OMS está promoviendo la prestación de servicios de salud mental con el Programa de Acción para Superar las Brechas (mhGAP).

Tanto los padres de familia como el personal directivo y docente deben conocer las probabilidades de que los adolescentes se encuentren en algún nivel de depresión, mediante la observación e identificación en su estado de ánimo, y permitirles que expresen sus sentimientos liberalmente sin ser juzgados, escucharlos sin alguna interrupción hasta que finalice la conversación, a fin de intervenir oportunamente y evitar desenlaces fatales en la población estudiantil adolescente.

Algunas de estas manifestaciones fueron las observadas personalmente al realizar las visitas en la escuela como parte de las actividades laborales dentro del centro de salud.

Por lo anterior es que surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores cognitivo-afectivo y somáticos que predisponen a la depresión en adolescentes de nivel educativo de secundaria en Santa Catarina, Nuevo León?

Durante la etapa de la adolescencia se presentan cambios propios del crecimiento y desarrollo que pueden afectar el manejo de las emociones por lo cual son más vulnerables a padecer depresión. Durante el proceso de adaptación se les puede dificultar el cómo expresar sus emociones ya sea por miedo, timidez, vergüenza, etc. Así como, al recibir o percibir algún comentario como negativo o de burla entre sus compañeros, familiares o de las mismas redes sociales que ejercen una gran influencia en ellos y que actualmente es el medio de comunicación más utilizado.

La etapa escolar de nivel secundaria es donde los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo y es también la edad en que surge la transición de niño a adulto, es por esa razón que los problemas de depresión se pueden presentar de no existir una buena salud mental. Con base a lo anterior en este trabajo se considera relevante identificar la presencia de algún factor cognitivo-afectivo y somático que pueda predisponer a la depresión en los adolescentes en el nivel educativo de secundaria.

Con los resultados aquí descritos, se puede aportar para disminuir la posibilidad de que exista un trastorno depresivo no identificado, se aumente el ausentismo, se cause problemas de violencia dentro y fuera de la escuela y más positivamente que el tiempo destinado a las actividades educativas sea para el proceso de enseñanza y aprendizaje no en estar solucionando problemas recurrentes causados por estos alumnos. Este Estudio contribuye a un mejor presente y futuro del adolescente al identificar oportunamente algún factor depresivo.

2.3.1 Objetivo General

Identificar los factores cognitivo-afectivo y somáticos que predisponen a la depresión en adolescentes de nivel educativo de secundaria en Santa Catarina, Nuevo León.

2.3.2 Objetivos Específicos.

- Describir los datos sociodemográficos de los adolescentes de nivel educativo de secundaria.
- Identificar el factor cognitivo-afectivo que predispone a la depresión de los adolescentes de nivel educativo de secundaria.
- Identificar el factor somático que predispone a la depresión de los adolescentes de nivel educativo de secundaria.
- Determinar los factores depresivos y la sintomatología depresiva de los adolescentes de nivel educativo de secundaria.

Revisión de literatura

Estudios Relacionados

Resende y Ferrao (2013), realizaron un estudio en Portugal, con el objetivo de evaluar la presencia de sintomatología depresiva en una población no clínica de 117 alumnos de 12º año de secundaria. El diseño fue observacional y analítico, en el que aplicaron el instrumento Beck BDI-II, que contiene 21 ítems valorados de 0 a 3 puntos cada uno y de acuerdo a la gravedad de los síntomas. La puntuación global permite distinguir la presencia o no de síntomas depresivos: 0-13 puntos corresponde a sin depresión; de 14-19 depresión ligera; 20-28 depresión moderada y superior a 29 con sintomatología depresiva grave. El consentimiento se consiguió de los tutores de los adolescentes y los responsables de la escuela.

Así mismo, en los resultados que obtuvieron de acuerdo a la edad de los adolescentes fue una media de 16.9 años, variando entre los 16 y 20; predominó el sexo femenino en 52% (61) y después de la valoración global se verificó que un 9.4 presentaba algún grado de sintomatología depresiva y que de estos, seis presentaban sintomatología grave. Los índices medios de depresión fueron más elevados en el sexo femenino en una relación de 9.03 a 4.1 en el masculino.

Russbel, Vásquez, Canales, Arteaga y Baquerano (2013), en el estudio que realizaron de diseño descriptivo transversal en Honduras, fue con el objetivo de conocer las causas principales que generan depresión en los estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional “Francisco Morazán.” La población fue de 4217 estudiantes matriculados en el 3er periodo del año 2013 y la muestra quedó en 388 a quienes se les aplicó una encuesta y obtuvieron los siguientes resultados: el 59.3% de estudiantes ocasionalmente padecen depresión y un 2.8% siempre sufren depresión. Las principales causas que más influyen en la depresión de los

estudiantes son la baja autoestima y la discriminación. El nivel de influencia de los estudiantes que padecen depresión sobre aquellos que no la padecen es muy bajo, ya que el 44.3% opinan que nos les afecta en nada escuchar o ver personas depresivas. El género más afectado es el femenino es el 91.5%.

Jiménez, Wagner, Rivera y González-Forteza(2015),realizaron un estudio transversal en la ciudad de México y Michoacán a fin de describir la presencia de síntomas depresivos en adolescentes, estudiantes de instituciones públicas y privadas de las dos ciudades. En México se eligieron 1549 estudiantes de tiempo completo y con una media de 14 años (DE= 1.2), basados en el rendimiento académico a partir de indicadores de la Secretaría de Educación Pública (SEP).

En Michoacán la información se recabó en 578 (47.9%) hombres y 52.1% mujeres),estudiantes del primer año de secundaria de instituciones educativas públicas de poblaciones de cada una de las diez regiones socioeconómicas del Estado; los planteles escolares se seleccionaron por cuota (un grupo de cada plantel por cada región participante), la media fue de 13.5 años (DE=0.7).Aquí se utilizó la versión revisada de la CES-D para medir los síntomas clínicamente significativos de Episodio Depresivo Mayor (EDM) en las dimensiones; probable episodio depresivo su umbral (calificación de 16 puntos) y sin síntomas clínicamente significativos de probable EDM (calificaron por debajo de 16).

Entre los resultados que encontraron, el 12% de la muestra calificó dentro de la categoría de síntomas de probable episodio depresivo mayor (EDM) (13.3% D.F. y 9.2% Michoacán y la proporción fue significativamente mayor en las mujeres ($\chi^2 = 56.294$, $gl = 2$, $p < .001$). Y en la Ciudad de México el 60.5% del sexo masculino no tenían síntomas

clínicamente significativos de probable EDM y en Michoacán el 76.5%; el sexo femenino fue de 19.4 % y el 13.2% respectivamente en estos estados.

Cerna (2015), realizó un estudio para comparar la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. El estudio fue de tipo descriptivo, comparativo transversal, en una población de 227 estudiantes de esa institución educativa nacional y 70 de la institución educativa particular; en ambos sexos y edad entre los 13 y 19 años a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck. Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión grave fue de 9 % (6) y 11% (24), la moderada de 21% (15) y 19% (43); leve 19% (13) y 20% (46), así como la mínima depresión de 51% 836 y 50% (114) en la institución nacional y particular respectivamente; en el sexo femenino prevaleció la depresión grave en un 83% (17) en la nacional y en la particular la depresión moderada igual en el femenino con 51% (22); la depresión mínima a leve en la edad entre 15 y 16 años con el 51.3% (81) en la institución nacional y entre los 17 y 18 años la depresión moderada a severa 47.6% (30) en la particular.

Álvarez et al. (2018), realizaron un estudio sobre la depresión e ideación suicida para estimar la asociación de algunos factores familiares con la prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes del Municipio de Medellín, Colombia. El tamaño de la muestra fue de 1906 niños y adolescentes de los colegios de CONACED, seleccionados aleatoriamente y utilizaron un instrumento auto aplicado. En los resultados encontraron el 10.9% de depresión siendo más alta en mujeres que en hombres; un 13% de niños y adolescentes con ideación suicida y el 10.7% de jóvenes que “se quieren morir” y 6.8% que “tienen ganas de hacerse daño”.

Capítulo IV

Marco teórico

El término adolescencia identifica una fase del desarrollo humano que incluye la transformación del niño en adulto, capaz de reproducirse, ser responsable de sí mismo y poder insertarse activamente en la sociedad (Álvarez y Rodríguez 2016, p.326-332).

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta entre los 10 y los 19 años (Meza, 2017).

La adolescencia es una etapa fundamental para el desarrollo psicológico de una persona por ser el periodo en el que se forja su personalidad, se consolida la conciencia del yo (adquirida en la primera infancia), se afianza la identidad sexual y se conforma su sistema de valores. También es una búsqueda de oposición, rebeldía y extremismo.

Esta etapa también se caracteriza por ser la edad de los ideales, de verlo todo claro en un instante y en el siguiente se encuentra inmerso en la confusión mental más absoluta; cambios repentinos en los que gusta de transgredir normas y de ir en contra de todo y de todos. De esa situaciones se va construyendo poco a poco el propio yo fragmentado.

En el duelo por el rol, el adolescente debe renunciar a la dependencia de sus padres y asumir responsabilidades que muchas veces desconoce. En el duelo por los padres, tiene que despedirse de la imagen idealizada y protectora de sus padres para obtener autonomía.

En el proceso de crecimiento de los adolescentes, los trastornos del desarrollo son muy frecuentes y probablemente tendrán repercusiones considerables en la salud general. Esos trastornos se reflejan en la incidencia elevada de depresión, suicidio, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas (Paniagua, González, Rueda, 2014).

En los últimos años, investigadores como Arias, Marcos, Martin y Deronceré, (2009) han considerado a los adolescentes como una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, con susceptibilidad a los riesgos sociales y ligeramente frágiles a abatirse por las situaciones o circunstancias de su entorno, siendo estas sus principales problemáticas dentro del ámbito social e individual (Shaffer&Waslick, 2003), ya que han de encontrarse con cambios que experimentan hacia la adultez y a innumerables transformaciones tanto en aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos que intervienen en su toma de decisiones y la resolución de problemas (Cortés, Aguilar, Medina, Toledo, &Echemendia, 2010).

Los adolescentes son un grupo de edad relativamente saludable, que ya ha pasado las etapas de morbimortalidad de la infancia y aún no sufre los problemas de salud de la edad adulta. Llegar a la adolescencia significa haber superado los años de mayor riesgo de mortalidad, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), al describir que la depresión es la enfermedad que más contribuye a la carga mundial de morbilidad entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad y el suicidio es una de las tres causas principales de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años y que unos 71.000 adolescentes cometen suicidio anualmente y una cifra 40 veces superior lo intenta (UNICEF, 2011).

En México la población joven se encuentra con una edad media de 22 años y el 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000. En la ciudad de México la prevalencia de depresión en los adolescentes es de 7.2% (Wagener, González, Sánchez, García & Gallo, 2012).

La OMS reporta que a nivel mundial la depresión es la primera causa de enfermedad y de discapacidad en la población adolescente y el suicidio ocupa el tercer lugar

entre las causas de mortalidad. Además una de cada dos personas que desarrollan trastornos mentales presenta los primeros síntomas a los 14 años de edad (OMS, 2014).

La depresión en la adolescencia es un fenómeno que debe ser atendida por motivos diversos, uno de ellos es que según datos investigativos, resulta mucho más frecuente en este grupo que en adultos de ambos sexos.

La depresión con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V American Psychiatric Association, (2013), se caracteriza por estado de ánimo triste, sensación de vacío o irritable que va acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa la capacidad del individuo para funcionar. Divide el trastorno depresivo por el estado de ánimo, desregulación disruptiva, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por medicación u otra sustancia, trastorno depresivo debido a otra condición médica, trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado.

En un cuadro de depresión avanzado los síntomas más característicos son: sentirse deprimido a mayor parte del tiempo, anhedonia (incapacidad de sentir y experimentar placer, así como la pérdida del interés por las cosas), sensación de inutilidad o culpa excesiva, dificultad de concentración, fatiga o pérdida de energía, trastornos del sueño como: el insomnio o hipersomnia prácticamente a diario; problemas psicomotores como la agitación o retraso psicomotor, problemas somáticos como la pérdida o aumento significativo de peso en ausencia de régimen alimentario y en lo afectivo, las ideas recurrentes de muerte o suicidio (De Lima, De Oliveira y De Santana, 2014).

Los cambios en el apetito siempre se observan, así como la calidad y ritmo del sueño. También en las relaciones interpersonales, especialmente con familiares y amigos; el

ámbito escolar en los niños y adolescentes se observa bajo rendimiento, mal carácter y comportamiento antisocial que puede llegar a la delincuencia, el consumo de alcohol y de otras drogas.

La depresión y las manifestaciones sintomatológicas que de ella derivan son un problema globalizado de salud pública no sólo por su impacto en la salud sino también por sus repercusiones a nivel familiar, social y escolar. Entre las que se incluyen el mayor riesgo de embarazo adolescente y abuso de sustancias.

En los últimos años, investigadores como Arias, Marcos, Martín, Arias y Deronceré,(2009) han considerado a los adolescentes como una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, por su susceptibilidad a los riesgos sociales y a la fragilidad para abatirse por situaciones o circunstancias que suceden en su entorno.

Shaffer&Waslick(2003),mencionan que los cambios que experimentan los adolescentes hacia la adultez son psicológicos, fisiológicos, socioculturales y biológicos; además que estos cambios intervienen en la toma de decisiones y la resolución de problemas y que por estas razones la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes. Además de que existe la necesidad de un diagnóstico y tratamiento de las personas afectadas por la depresión y de otras enfermedades mentales por su acelerado crecimiento a nivel mundial(Cortés, Aguilar, Medina, Toledo & Echemendia, 2010).

Según el informe elaborado por la OMS y titulado Healthfortheworld'sadolescents, la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos y de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Asimismo menciona que

un 20 % de la población infantil y adolescente presenta trastornos mentales como las alteraciones de conducta durante la niñez que tienden a persistir en la adolescencia y adultez.

En la ciudad de México la prevalencia de depresión en los adolescentes es de 7.2% (Wagener, González, Sánchez, García & Gallo, 2012), mientras que una sintomatología depresiva se ha reportado en un 62.7% (Nazar, Cantoral & Méndez, 2005). Para las mujeres adolescentes la probabilidad de experimentar un episodio depresivo mayor aumentó alrededor del 13% en 2004 a más del 17% en 2014, mientras que entre los varones se incrementó del 4,5% al 5,7% (Mojtabai, Olfson & Han, 2016).

Para Benjet (citado en Báez, 2015), existen resultados que ubican a México como el noveno país con muertes auto infligidas teniendo como cifra alarmante un total de 14 mil casos al año, a lo que la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS, 2015) además de dar como indicador de sectores vulnerables la edad en adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años. También se señala la importancia de prevenir y tomar medidas para reducir las estadísticas del suicidio en el país, dado que cerca del 90% de todos los casos están asociados con la depresión y el abuso de sustancias tóxicas.

Existe una relación de 40 a 70 % entre los adolescentes con depresión que presentan dos o más diagnósticos comórbidos como la distimia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por dificultad en la atención e hiperactividad, los trastornos de conducta disruptiva y el abuso de sustancias. Esta asociación es más fuerte en la depresión y la ideación suicida (Villatoro, Ley, Jonapá, & Gordillo, 2014).

Los ambientes familiares y escolares han sido consistentemente vinculado a los problemas de agresión en la adolescencia, según el internacional literatura científica, en que algunos estudios como el de Estévez, Musitu, & Herrero, (2005); Rothbaum y Weisz, (1994);

Steffgen, Recchia, & Viechtbauer, (2013) hacen referencia a que la familia y la escuela son las redes sociales más cercanas a los contextos de un adolescente en desarrollo.

Valdés y Martínez (2014), puntualizan el impacto respecto a los ambientes familiares y escolares en el acoso escolar en estudiantes de secundaria de población mexicana, encontrando que en cuanto al entorno escolar los estudiantes que perciben un clima positivo en el aula (percibir a los compañeros en el aula como amigos o colegas, y sintiendo respeto y el apoyo de los maestros) normalmente no exhibirán problemas de comportamiento (Povedano, Cava, Monreal, Varela, y Musitu, 2015) y expresará actitudes positivas hacia profesores y la escuela (Khoury-Kassabri, 2012).

Los adolescentes en general, tienden a mostrar actitudes negativas hacia autoridades institucionales como la ley y los representantes escolares como directivos, maestros, etc. (Emler y Reicher, 2005; Martínez-Ferrer, Murgui-Pérez, Musitu-Ochoa, y Monreal Gimeno, 2008).

En México, los estudios de Valadez (2008) y Gómez (2005) sugirieron que una relación pobre con profesores es un factor de riesgo para el desarrollo de agresivo comportamientos entre compañeros de clase.

El comportamiento agresivo entre los estudiantes de secundaria ha sido identificado como un problema grave en Europa y América (McClanahan, McCoy, y Jacobsen, 2015; Smith, 2016; Vega-Gea, Ortega-Ruiz y Sánchez, 2016). De Latinoamérica, específicamente en México las autoridades han reconocido que este problema de comportamiento agresivo hacia las autoridades educativas es mucho más reciente (Martínez, 2014). También existen otros estudios sistemáticos, sin embargo son muy escasos (Castillo Y Pacheco, 2008; Valadez, 2008; Valdés y Martínez, 2014).

Valdés y Martínez (2014), encontraron en México que la familia y la escuela son las redes sociales más cercanas a un adolescente en desarrollo y que más de uno de cada diez niños entre las edades de 12 a 17 sufrieron de al menos un episodio de depresión de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental.

Base teórica

Con el propósito de este estudio, se toma como base teórica el Modelo de Joyce Travelbee quien propuso en su libro la forma en que el profesional de enfermería puede involucrarse en las enfermedades mentales y aplicarlo en sus tareas profesionalmente. Este modelo aborda el concepto de enfermería psiquiátrica y lo comprende como “el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales”.

Según esta autora, las concepciones sobre salud mental están basadas en los juicios de valor que cada cultura construye frente a las desviaciones de comportamiento de los seres humanos. Y que el propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo. Así como establecer una relación de ayuda y a partir de esa comprensión.

Definición de términos

Adolescencia.- la OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Depresión.- es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es diferente a las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana.

Factor cognitivo.-es el proceso mediante el cual el ser humano va adquiriendo conocimiento a través del aprendizaje y la experiencia. Los procesos mentales como la percepción, la memoria o el lenguaje; así como los medios de comunicación cumplen una función comunicativa cuando las personas recurren a ellos para satisfacer necesidades de carácter instrumental, afectivo, social o de cualquier otra clase. Analiza los procedimientos de la mente que tienen que ver con el conocimiento.

Afectivo.- capacidad de reacción de un sujeto ante los estímulos que provienen del medio interno o externo y cuyas principales manifestaciones serán los sentimientos y las emociones.

Somático.- es relativo al cuerpo en oposición al adjetivo psíquico, relativo a la mente o al espíritu. Los síntomas somáticos son unos síntomas clínicos que provienen del cuerpo, mientras que los síntomas psíquicos conciernen a la mente y a su funcionamiento.

Capítulo V

Metodología

La presente investigación se realizó con el más alto rigor ético y metodológico que corresponde a un estudio de tipo descriptivo, donde la recolección de información fue en seres humanos y de ellos, en población de menores de edad, estudiantes de nivel educativo de secundaria.

5.1 Tipo de estudio y diseño.

Los estudios descriptivos tienen como objetivo la descripción de variables en un grupo de sujetos por un periodo de tiempo (habitualmente corto) sin incluir grupos de control (Manterola, 2001).

El diseño del estudio fue tipo descriptivo, transversal y prospectivo, porque se limita a describir las características sociodemográficas de la población: edad, escolaridad, grado que cursan los adolescentes y género. Además de la predisposición a la depresión, mediante la identificación de la sintomatología de acuerdo a los factores cognitivo-perceptivo y somáticos en adolescentes de una escuela secundaria del municipio de Santa Catarina en Nuevo León, México.

5.2 Universo y muestra.

Universo: Adolescentes estudiantes de nivel secundaria, en los grados de primero, segundo y tercer año en una escuela Secundaria del municipio de Santa Catarina, Nuevo León. México.

Muestra: Consta del total de la población estudiantil: 258 alumnos

Técnica Muestral.

Muestreo no probabilístico por censo, al incluir el total de la población registrada en la institución educativa de secundaria.

Tamaño de muestra.

No amerita cálculo muestral, al incluir el total de la población estudiantil: 258 alumnos inscritos en el periodo de Agosto 2017 a Julio 2018.

5.3 Criterios de selección de la muestra.

5.3.1 Criterios de Inclusión.

Estudiantes:

- De primero, segundo y tercer grado de secundaria
- Adscritos a la secundaria del municipio de Santa Catarina, N.L. México.
- Del turno matutino.
- En estado de estudiante tipo regular y repetidores.
- Inscritos en el periodo de Agosto 2017 a Julio 2018.
- Ambos géneros.
- Con o sin sintomatología depresiva reportada.
- Quienes porten carta de consentimiento informado firmada por sus padres o tutores.
- Todas las edades

5.3.2 Criterios de Exclusión.

Estudiantes:

- No localizados el día de la aplicación del instrumento (ausentismo, incapacidad o permiso).
- A quienes sus padres o tutores les firmaron el consentimiento firmado y ellos decidieron no participar

5.3.3 Criterios de Eliminación.

Estudiantes:

- Que causaron baja escolar definitiva.
- Que se encuentren con baja escolar temporal.
- Encuestas incompletas en un 85%.

5.4 Hipótesis

5.4.1 Hipótesis de investigación:

Los factores cognitivo-afectivo y somáticos predisponen a la depresión en adolescentes de nivel educativo secundaria en santa Catarina N. L.

Hipótesis Nula:

Los factores cognitivo-afectivo y somáticos no predisponen a la depresión en adolescentes de nivel educativo secundaria en santa Catarina N. L.

5.4.2 Hipótesis alterna:

Los adolescentes de nivel educativo de secundaria en Santa Catarina N. L. presentan sintomatología depresiva.

Hipótesis nula:

Los adolescentes de nivel educativo de secundaria en Santa Catarina N. L. no presentan sintomatología depresiva.

5.5 Variables de Estudio.

5.5.1 Variable Dependiente: Depresión.

5.5.1.1 Definición conceptual: estado psíquico, manifestado por sintomatología como la iteración del humor o la afectividad, la cual se acompaña usualmente de una modificación en el nivel general de actividad del individuo

5.5.1.2 Definición operacional: puntuación obtenida para determinar la gravedad de depresión de acuerdo al factor cognitivo-afectivo y somático.

5.5.1.3 Dimensión: categórica ordinal.

1. Depresión Normal (0-9 puntos)
2. Depresión Leve (10-18 puntos)
3. Depresión Moderada (19-29 puntos)
4. Depresión Grave (30-63 puntos)

5.5.2 Variable independiente: factor cognitivo-afectivo y somático

5.5.2.1 Definición conceptual: un factor es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad o de que ocurra un evento adverso.

5.5.2.2 Definición operacional: frecuencia y porcentaje en que se presenta algunas sintomatología depresiva en el factor cognitivo-afectivo o somático que predisponga a los adolescentes del nivel educativo de secundaria a presentar depresión.

5.5.2.3 Dimensión: no categórica, continua para el factor cognitivo-afectivo: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, desvalorización y cambios de apetito. Así como para el factor somático: agitación,

indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida en el interés del sexo.

5.5.3 Variables Intervinientes:

Edad

Definición conceptual: es el tiempo que ha vivido una persona al día de realizar el estudio

Definición operacional: años cumplidos de acuerdo a fecha de nacimiento.

Dimensión: no categórica, discreta.

Género

Definición conceptual: es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Definición operacional: identificación del sexo por grado escolar de secundaria

Dimensión: Categórica, nominal

1. Femenino
2. Masculino

Grado escolar

Definición conceptual: es la persona matriculada en cualquier grado escolar del nivel medio del sistema educativo de Secretaria de Educación.

Definición operacional: año cursado del alumno de nivel educativo medio (secundario) de la Secretaria de Educación.

Dimensión: categórica, ordinal

1. Primero
2. Segundo
3. Tercero

5.6 Recolección de Información

Con el propósito de llevar a cabo esta investigación fue necesario realizar los siguientes pasos:

Se obtuvo la aprobación del título del tema de investigación con la asesora asignada.

Aprobación de anteproyecto por las autoridades de la Escuela de Enfermería de San Vicente.

Posteriormente se realizaron los oficios correspondientes para solicitar permiso en la Escuela secundaria para la aplicación del instrumento a los alumnos

Por ser una población menor de edad se solicitó consentimiento informado a los padres o tutores y a las autoridades directivas de la institución educativa previo a la aplicación del instrumento de medición. Cabe mencionar que se realizó una coordinación con el equipo de Promoción de la Salud de Secretaría de Salud para el apoyo en la recolección de la información.

Cada instrumento fue numerado/ identificado con las siglas del nombre del alumno y su grado escolar, se procesó con apoyo de una base de datos y finalmente se calificó el resultado conforme a la instrucción del propio instrumento.

Posteriormente se analizaron los datos y los resultados se representaron en tablas y gráficas.

5.6.1 Instrumento de Información

Para la recolección de la información se elaboró una cédula de recolección de datos sociodemográficos (FIDSD) para consignar edad, género y grado escolar.

Y un segundo instrumento conocido internacionalmente como el inventario de depresión de Beck, en su versión BDI-II(Beck, Steer y Brown, 1996); tiene diferentes versiones por lo que se elige la segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996) por ser un instrumento más utilizado desde su creación en investigaciones científicas para medir la sintomatología depresiva y ser aplicado en la clínica.

En la versión de este inventario, se establecen dos categorías o factores, los cuales son divididos en cognitivos afectivos: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, desvalorización y cambios de apetito; y factores somáticos: agitación, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga, pérdida en el interés del sexo.

El manual original del BDI-II (Beck et al., 1996, p. 11) propone las siguientes puntuaciones de corte y medición de la sintomatología depresiva: de 0-13 indica depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave.

Cada uno de los ítems consta de cuatro alternativas de respuesta, ordenadas de menor a mayor de 0 a 3 puntos, de las que la persona debe elegir aquella que mejor describa la forma en que se ha sentido la pasada semana, excepto los ítems 16 y 18 que son de siete opciones (Beck et al., 1996, p. 11).

5.7. Validez y confiabilidad

El “Inventario de depresión de Beck” es un instrumento de autoinforme, compuesto por 21 ítems que miden la sintomatología depresiva y posee una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.92.

5.8 Análisis estadístico

Posterior a la obtención de la información y la elaboración de una base de datos en el paquete estadístico StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para Windows, se procede a capturar la información obtenida, para ser analizados los datos mediante estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y variabilidad como la media y desviación estándar, además de frecuencias y porcentajes. Los resultados se representaron mediante figuras y tablas.

5.9 Lineamientos éticos

La investigación se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA, 1987).

En el artículo 3° setomaron las fracciones I, II y III que trata sobre la investigación para la salud para el desarrollo de acciones que contribuyan a mejorar la salud y los conocimientos, causas, practica, prevención y control de enfermedades en los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. La presente investigación aporta datos que pueden ser utilizados para identificar oportunamente algunasintomatología depresiva en adolescentes.

De acuerdo al artículo 13°, esta investigación se llevó a cabo, respetando en todo momento la dignidad y protección de los derechos de la institución educativa y del entrevistado.

Del artículo 14° se tomó la fracción V, a fin de justificar los principios científicos y éticos de la investigación mediante el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

Del artículo 36° que menciona que para la realización de investigaciones en menores o incapaces, deberá en todo caso, obtenerse el escrito de consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o incapaz de que se trate. Se realizó una carta de consentimiento informado dirigido a los padres de familia para contar con su autorización a fin de aplicarles la encuesta a sus hijos.

De acuerdo al Artículo 16° se protegió la privacidad de los alumnos sin tomar en cuenta su nombre en ningún documento, solo se identificó con número de folio y grado escolar.

Y del Artículo 39° se tomó la fracción 1 de los incisos A y B, para determinar que la investigación se consideró no de riesgo para al adolescente, ya que solo se consumió el tiempo de respuesta del instrumento.

5.10 Aspectos Administrativos

Recursos Necesarios

Recursos Materiales.

Fotocopias, folders, lápiz, plumas, computadora, laptop, horas de internet, impresiones, biblioteca en línea, paquete estadístico StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS) versión 20.0 para Windows y memoria USB.

Recursos Espaciotemporales.

Lugar de reunión para asesorías con internet y computadora. Se eligieron la biblioteca de la escuela de Enfermería, domicilio de asesor, lugar de trabajo en tiempo libre con autorización de jefes superiores.

Recursos Humanos.

Un investigador de tiempo completo y un asesor y 3 participaciones de la Promotora del Centro de Salud en las visitas a la secundaria.

Recursos Financieros.

Todos los costos implicados en planeación, desarrollo y finalización de la investigación fueron cubiertos totalmente por la investigadora.

Cronograma de Actividades

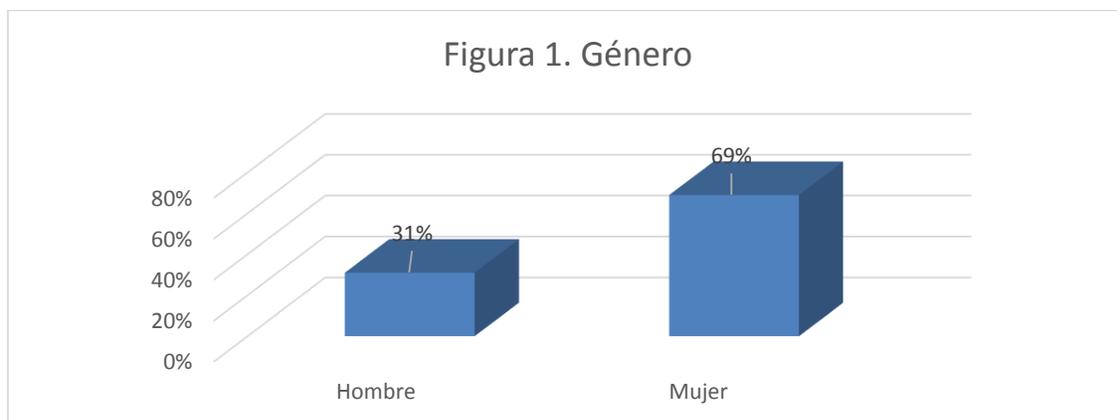
Actividad	Mar	Abr	May.	Jun.	Jul	Ago	Sept	Oct.- nov.	Dic.- feb.	Mar- jun
	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2019
Elaboración planteamiento del problema										
Elaboración del marco conceptual										
Selección de la muestra										
Elaboración del instrumento										
Recolección y procesamiento de datos										
Análisis de datos										
Interpretación de resultados										
Formulación de reporte										
Entrega de reporte final										
Presentación del informe										
Redacción del artículo científico										

Capítulo VI. Resultados

En este capítulo se presentan el análisis y la interpretación de los resultados de la investigación realizada en los adolescentes, estudiantes de nivel secundaria de acuerdo a la sintomatología depresiva encontrada y que determina la predisposición a la depresión.

6.1 Resultados descriptivos.

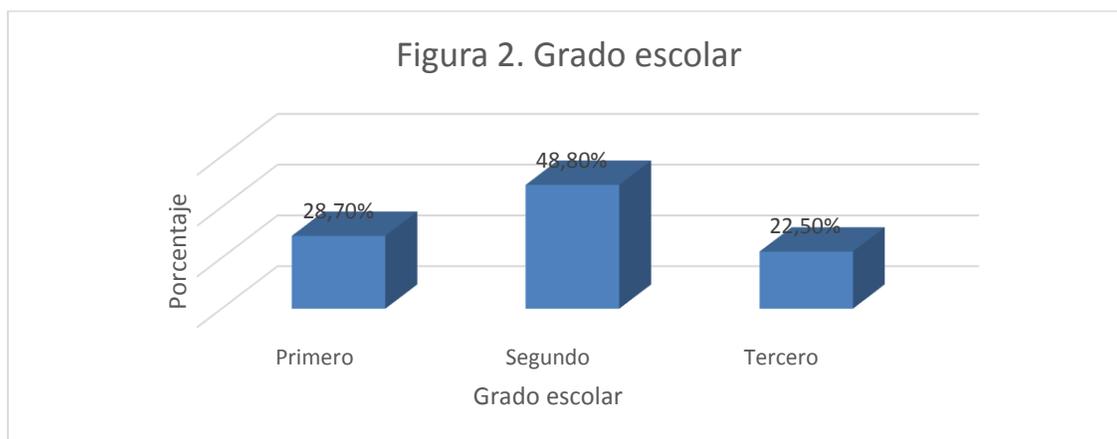
De un total de 258 alumnos, solo se consideraron 129 que cumplieron con los criterios de selección.



Fuente: FIDSD

N=129

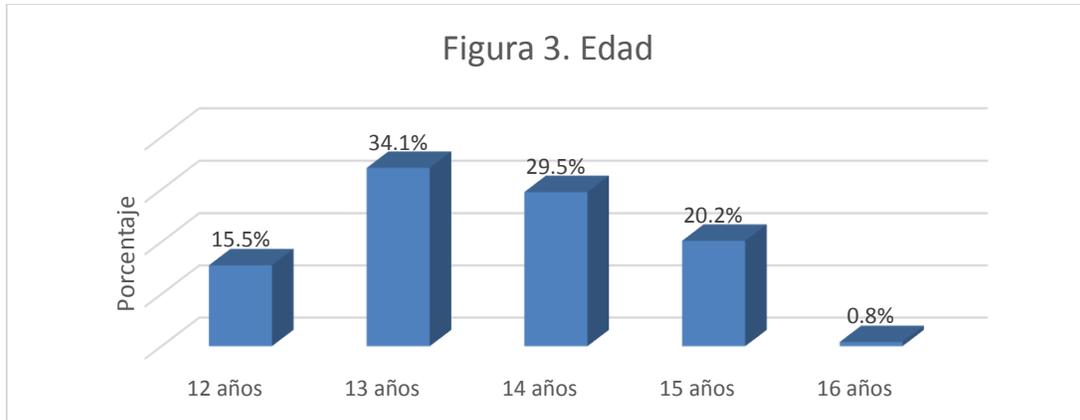
El género que predominó fue el de la mujer en un 69% (89). Figura No.1.



Fuente: FIDSD

N=129

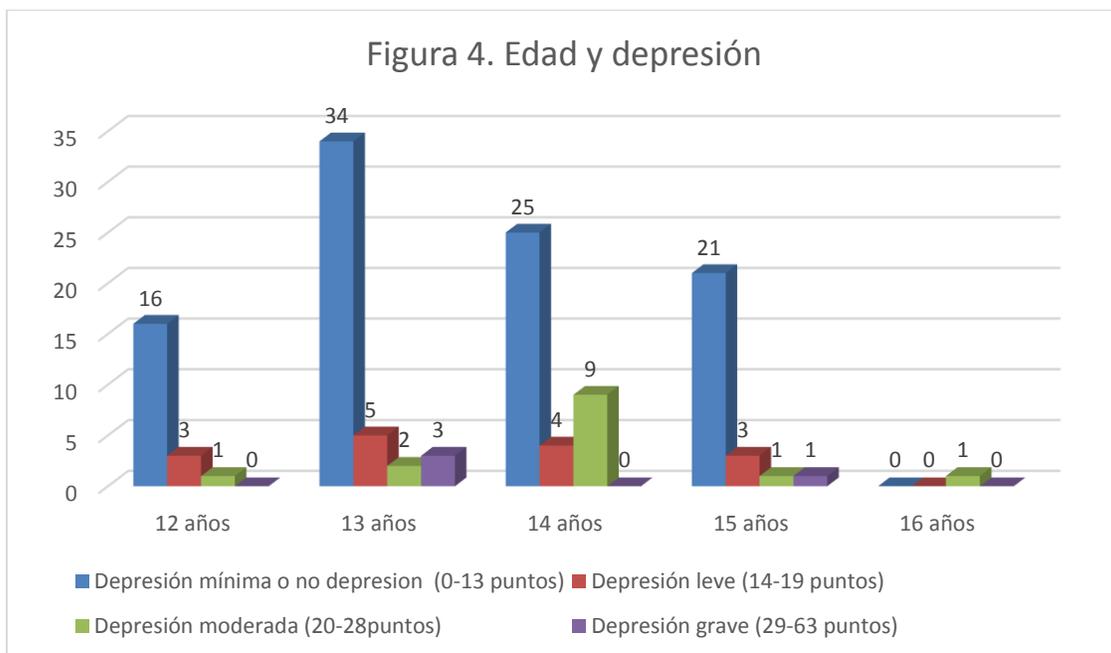
El grado escolar que más participó fue el segundo con 48.8% (63). Figura No. 2.



Fuente: FIDSD

N=129

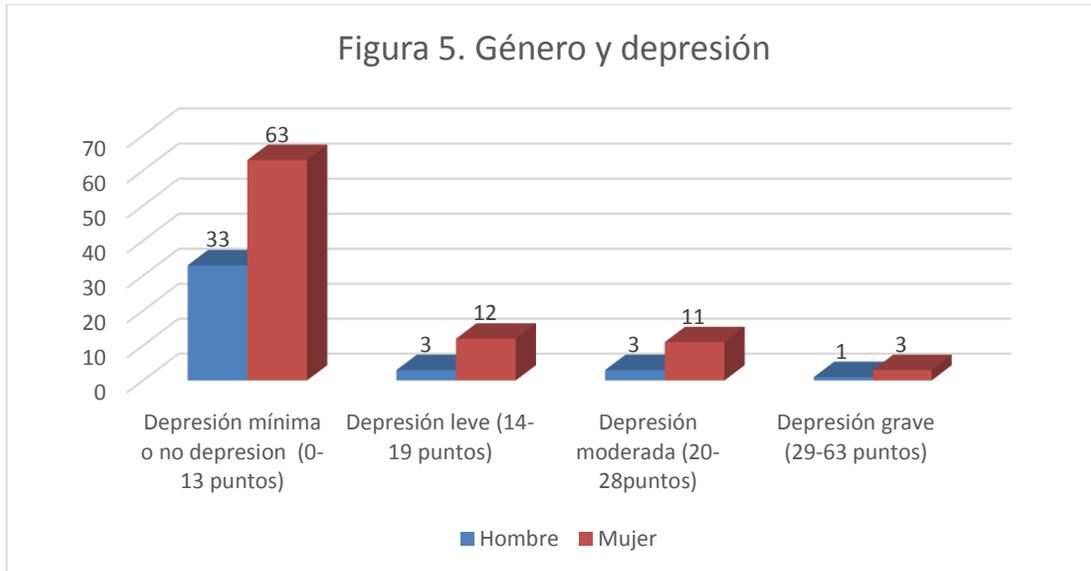
En cuanto a la edad, se presentó una media de 13.57 (DE= 1.007), mínima de 12 y máxima de 16 años. Predominó la de 13 años con un 34.1% (44). Figura No.3.



Fuente: FIDSD

N=129

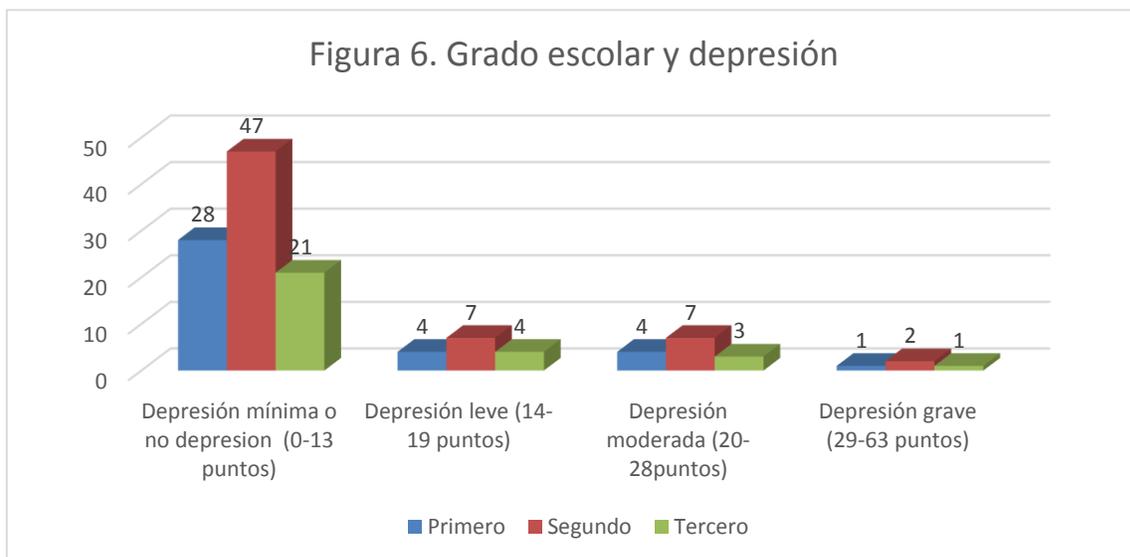
De acuerdo a la sintomatología depresiva de los estudiantes existe un predominio de no depresión en 34 casos de la edad de 13 años y 4 (3.1) casos de depresión grave en esa misma edad. Figura No. 4.



Fuente: FIDSD

N=129

La depresión mínima o no depresión predominó en el género de mujer (63), así mismo la depresión grave en tres casos. Figura No. 5.



Fuente: FIDSD

N=129

En cuanto al grado escolar se encontró la depresión mínima o no depresión en 47 casos de segundo grado, al igual que 1.6% (2) de casos de depresión grave en ese mismo grado y 0.8% (1) en primero y tercero respectivamente. Figura No. 6

Tabla No. 1. Sintomatología depresiva en el factor cognitivo y afectivo

Factor Cognitivo y Afectivo	<i>f</i>	%
Tristeza		
No me siento triste	101	78.3
Me siento triste gran parte del tiempo	25	20.2
Me siento triste todo el tiempo	1	0.8
Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	1	0.8
Pesimismo		
No estoy desalentado respecto a mi futuro	110	85.3
Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía hacer	10	7.8
No espero que las cosas funcionen para mi	6	4.7
Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar	3	2.3
Fracaso		
No me siento como un fracasado	95	73.6
He fracasado más de lo que hubiera debido	21	16.3
Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos	8	6.2
Siento que como persona soy un Fracaso	5	3.9
Placer		
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto	88	68.2
No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo	35	27.1
Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	6	4.7
No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	-	-
Culpa		
No me siento particularmente culpable	85	65.9
Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	43	33.3
Me siento culpable todo el tiempo	1	0.8
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	-	-
Castigo		
No siento que este siendo castigado	96	74.4
Siento que tal vez pueda ser castigado	26	20.2
Espero ser castigado	4	3.1
Siento que estoy siendo castigado	3	2.3
Disconformidad		
Siento acerca de mí lo mismo que siempre	97	75.2
He perdido la confianza en mí mismo	17	13.2
Estoy decepcionado conmigo mismo	9	7.0
No me gusto a mí mismo	6	4.7
Autocrítica		
No me critico ni me culpo más de lo habitual	93	72.1

Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	17	13.2
Me critico a mí mismo por todos mis errores	15	11.6
Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	4	3.1
Suicidio		
No tengo ningún pensamiento de matarme	95	73.6
He tenido pensamientos de matarme , pero no lo haría	31	24.0
Querría matarme	2	1.6
Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	1	0.8
Llanto		
No lloro más de lo que solía hacerlo	78	60.5
Lloro más de lo que solía hacerlo	28	21.7
Lloro por cualquier pequeñez	7	5.4
Siento ganas de llorar pero no puedo	16	12.4
Interés		
No he perdido el interés en otras actividades o personas	90	69.8
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	32	24.8
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	5	3.9
Me es difícil interesarme por algo	2	1.6
Desvalorización		
No siento que yo no sea valioso	99	76.7
No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	16	12.4
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	10	7.8
Siento que no valgo nada	4	3.1
Apetito		
No he experimentado ningún cambio en mi apetito	69	53.5
Mi apetito es un poco menor que lo habitual	29	22.5
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	17	13.2
Mi apetito es mucho menor que antes	6	4.7
Mi apetito es mucho mayor que lo habitual	2	1.6
Quiero comer todo el día	6	4.7

Fuente: FIDSD N=129

En las respuestas individuales de los reactivos sobre sintomatología depresiva, en el factor cognitivo-afectivo, se destaca: él no me siento triste el 78.3% (101), no me siento desalentado respecto a mi futuro el 85.3% (110), obtengo tanto placer como siempre de las cosas que disfruto en el 65.9% (85), no me siento particularmente culpable en el 65.9% (85), no siento que este siendo castigado el 74.4% (96), siento acerca de mí lo mismo que siempre en 75.2% (97), no me critico ni me culpo más de lo habitual el 72.1% (93), no tengo ningún pensamiento de matarme en 73.6% (95), no lloro más de lo que solía

hacerlo el 60.5% (78), no estoy más inquieto o tenso que lo habitual 76.0% (98), no he perdido el interés en otras actividades o personas 69.8% (90), tomo mis propias decisiones tan bien como siempre 72.1% (93), no siento que yo no sea valioso 76.7% (99) y referente al apetito, respondieron en su mayoría: no he experimentado ningún cambio en mi apetito en el 53.5% (69). Tabla No. 1

Tabla No. 2. Sintomatología depresiva en el factor Somático.

Factor Somático	<i>f</i>	%
Agitación		
No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	98	76.0
Me siento más inquieto o tenso que lo habitual	26	20.2
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	4	3.1
Estoy tan inquieto o agitado que siempre está en movimiento o haciendo algo	1	0.8
Indecisión		
Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	93	72.1
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	31	24.0
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	3	2.3
Tengo problemas para tomar cualquier decisión	2	1.6
Energía		
Tengo tanta energía como siempre	79	61.2
Tengo menos energía que la que solía tener	41	31.8
No tengo suficiente energía para hacer demasiadas cosas	8	6.2
No tengo energía suficiente para realizar algo	1	0.8
Sueño		
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	50	38.8
Duermo un poco más que lo habitual	37	28.7
Duermo un poco menos que lo habitual	22	17.1
Duermo mucho más que lo habitual	8	6.2
Duermo mucho menos que lo habitual	2	1.6
Duermo la mayor parte del día	8	6.2
Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	2	1.6
Irritabilidad		
No estoy tan irritable que lo habitual	99	76.7
Estoy más irritable que lo habitual	23	17.8
Estoy mucho más irritable que lo habitual	4	3.1
Estoy irritable todo el tiempo	3	2.3
Concentración		
Puedo concentrarme tan bien como siempre	73	56.6
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	39	30.2
Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	13	10.1
Encuentro que no puedo concentrarme en nada	4	3.1

Fatiga		
No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	82	63.6
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	31	24.0
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	14	10.9
Estoy demasiado fatigado cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	2	1.6
Sexo		
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	116	89.9
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	3	2.3
Estoy mucho menos interesado en el sexo	6	4.7
He perdido completamente el interés en el sexo	4	3.1

Fuente: FIDSD N=129

En lo referente al factor somático se encontró en las respuestas a las interrogantes sobre sintomatología depresiva, que tienen tanta energía como siempre el 61.2% (79), que no han experimentado ningún cambio en hábitos de sueño 38.8 % (50) y duermen un poco más que lo habitual 28.7% (37), respondieron a no estoy tan irritable que lo habitual el 76.7% (99), pueden concentrarse tan bien como siempre 56.6 % (73), no están más cansado o fatigado que lo habitual 36.6% (82) y no han notado ningún cambio reciente en el interés por el sexo 89.9% (116). Tabla No. 2

Tabla No. 3 Factor cognitivo-afectivo / sintomatología depresiva y depresión.

Factor Cognitivo y Afectivo-sintomatología depresiva/ depresión	Depresión Mí nima o no depresión (0-13 puntos)		Depresión leve (14-19 puntos)		Depresión moderada (20-28 puntos)		Depresión grave (29-63 puntos)	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Tristeza								
No me siento triste	88	68.21	8	6.2	4	3.1	1	0.7
Me siento triste gran parte del tiempo	8	6.2	7	5.4	9	6.9	2	1.5
Me siento triste todo el tiempo	-	-	-	-	1	0.7	-	-
Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	-	-	-	-	-	-	1	0.7
Pesimismo								
No estoy desalentado respecto a mi futuro	91	70.5	9	6.9	8	6.2	2	1.5
Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía hacer	3	2.3	5	3.8	2	1.5	-	-
No espero que las cosas funcionen para mi	2	1.5	-	-	2	1.5	2	1.5
Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar	-	-	1	0.7	2	1.5	-	-

Fracaso									
No me siento como un fracasado	8767.4	4	3.1			4	3.1	-	-
He fracasado más de lo que hubiera debido	96.975.4					4	3.1	1	0.7
Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos-	-3	2.3				3	2.3	2	1.5
Siento que como persona soy un Fracaso -	-1	0.7				3	2.3	1	0.7
Placer									
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto	80	62	7	5.4	1	0.7		-	-
No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo	15	11.6	8	6.2	9	6.9	3	2.3	
Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	1	0.7	-	-	4		1	0.7	
No puedo obtener ningún placer de la que solía disfrutar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Culpa									
No me siento particularmente culpable	76	58.9	6	4.6	3	2.3	-		
Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	20	15.5	9	6.9	11	8.5	3	2.3	
Me siento culpable todo el tiempo	-	-	-	-	-	-	1	0.7	
Castigo									
No siento que este siendo castigado	83	64.3	7	5.4	5	3.8	1	0.7	
Siento que tal vez pueda ser castigado	12	9.3	5	3.8	7	5.4	2	1.5	
Espero ser castigado	1	0.7	2	1.5	1	0.7	-	-	
Siento que estoy siendo castigado	-		1	0.7	1	0.7	1	0.7	
Disconformidad									
Siento acerca de mí lo mismo que siempre	90	69.7	6	4.6	1	0.7	-	-	
He perdido la confianza en mí mismo	4	3.1	5	3.8	7	5.4	1	0.7	
Estoy decepcionado conmigo mismo	1	0.7	2	1.5	4	3.1	2	1.5	
No me gusto a mí mismo	1	0.7	2	1.5	2	1.5	1	0.7	
Autocrítica									
No me critico ni me culpo más de lo habitual	85	65.8	5	3.8	3	2.3	-	-	
Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	7	5.4	8	6.2	2	1.5	-	-	
Me critico a mí mismo por todos mis errores	3	2.3	2	1.5	8	6.2	2	1.5	
Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	1	0.7	-	-	1	0.7	2	1.5	
Suicidio									
No tengo ningún pensamiento de matarme	83	64.3	8	6.2	4	3.1	-	-	
He tenido pensamientos de matarme , pero no lo haría	13	10.0	7	5.4	9	6.9	2	1.5	
Querría matarme	-	-	-	-	1	0.7	1	0.7	
Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	-	-	-	-	-	-	1	0.7	
Llanto									
No lloro más de lo que solía hacerlo	72	55.8	5	3.8	1	0.7	-	-	
Lloro más de lo que solía hacerlo	17	13.1	5	3.8	5	3.8	1	0.7	
Lloro por cualquier pequeñez	3	2.3	1	0.7	2	1.5	1	0.7	

Siento ganas de llorar pero no puedo	4	3.1	4	3.1	6	4.6	2	1.5
Interés								
No he perdido el interés en otras actividades o personas	76	58.9	7	5.4	6	4.6	1	0.7
Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	20	15.5	6	4.6	5	3.8	1	0.7
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	-	-	2	1.5	2	1.5	1	0.7
Me es difícil interesarme por algo	-	-	-	-	1	0.7	1	0.7
Indecisión								
Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	83	64.3	5	3.8	4	3.1	1	0.7
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	13	10.7	9	6.9	8	6.2	1	0.7
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	-	-	-	-	1	0.7	2	1.5
Tengo problemas para tomar cualquier decisión	-	-	1	0.7	1	0.7	-	-
Desvalorización								
No siento que yo no sea valioso	87	67.4	9	6.9	3	2.3	-	-
No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	7	5.4	3	2.3	5	3.8	1	0.7
Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	2	1.5	1	0.7	4	3.1	3	2.3
Siento que no valgo nada	-	-	2	1.5	2	1.5	-	-
Apetito								
No he experimentado ningún cambio en mi apetito	61	47.2	3	2.3	4	3.1	1	0.7
Mi apetito es un poco menor que lo habitual	23	17.8	4	3.1	2	1.5	-	-
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	10	7.7	5	3.8	1	0.7	1	0.7
Mi apetito es mucho menor que antes	1	0.7	1	0.7	3	2.3	1	0.7
Mi apetito es mucho mayor que lo habitual	-	-	-	-	1	0.7	1	0.7
Quiero comer todo el día	1	0.7	2	1.5	3	2.3	-	-

Fuente: FIDSD N=129

En esta tabla del factor cognitivo afectivo, se observa que en la mínima depresión o no depresión, la sintomatología depresiva se encuentra en el pesimismo, porque no se encuentran desalentados respecto a su futuro el 70.54% (91). Sin embargo en la depresión grave el 0.8% (1) se siente tan triste o es tan infeliz que no puede soportarlo, obtiene muy poco placer de las cosas que solía disfrutar, se siente culpable todo el tiempo, que está siendo castigado, no se gusta a mí mismo, se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo,

estoy tan inquieto o agitado que siempre está en movimiento o haciendo algo y es difícil interesarse por algo. Tabla No. 3

Tabla No. 4 Factor somático.

Factor somático-sintomatología depresiva / depresión	Depresión Mínima o No Depresión (0-13 puntos)		Depresión Leve (14-19 puntos)		Depresión Moderada (20-28 puntos)	Depresión Grave (29-63 puntos)		
	<i>f</i>	<i>%f</i>	<i>%f</i>			<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Agitación								
No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	81	62.7	9	6.9	7	5.4	1	0.7
Me siento más inquieto o tenso que lo habitual	15	11.6	5	3.8	5	3.8	1	0.7
Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	-	-	1	0.7	2	1.5	1	0.7
Estoy tan inquieto o agitado que siempre está en movimiento o haciendo algo	-	-	-	-	-	-	1	0.7
Indecisión								
Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	83	64.3	5	3.8	4	3.1	1	0.7
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	13	10	9	6.9	8	6.2	1	0.7
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	-	-	-	-	1	0.7	2	1.5
Tengo problemas para tomar cualquier decisión	-	-	1	0.7	1	0.7	-	-
Energía								
Tengo tanta energía como siempre	73	56.5	2	1.5	4	3.1	-	-
Tengo menos energía que la que solía tener	22	17.0	1	0.7	7	5.4	1	0.7
No tengo suficiente	1	0.7	1	0.7	3	2.3	3	2.3

energía para hacer demasiadas cosas									
No tengo energía suficiente para realizar algo	-	-	1	0.7	-	-	-	-	-
Sueño									
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	47	36.4	1	0.7	2	1.5	-	-	-
Duermo un poco más que lo habitual	28	21.7	8	6.2	1	0.7	-	-	-
Duermo un poco menos que lo habitual	17	13.1	3	2.3	2	1.5	-	-	-
Duermo mucho más que lo habitual	2	1.5	1	0.7	3	2.3	2	1.5	1.5
Duermo mucho menos que lo habitual	-	-	1	0.7	1	0.7	-	-	-
Duermo la mayor parte del día	1	0.7	1	0.7	4	3.1	2	1.5	1.5
Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	1	0.7	-	-	1	0.7	-	-	-
Irritabilidad									
No estoy tan irritable que lo habitual	82	63.5	9	6.9	8	6.2	-	-	-
Estoy más irritable que lo habitual	13	10	4	3.1	4	3.1	2	1.5	1.5
Estoy mucho más irritable que lo habitual	1	0.7	-	-	2	1.5	1	0.7	0.7
Estoy irritable todo el tiempo	-	-	2	1.5	-	-	1	0.7	0.7
Concentración									
Puedo concentrarme tan bien como siempre	69	53.4	1	0.7	3	2.3	-	-	-
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	25	19.3	8	6.2	4	3.1	2	1.5	1.5
Me es difícil mantener la mente en algo por mucho	1	0.7	4	3.1	7	5.4	1	0.7	0.7

tiempo									
Encuentro que no puedo concentrarme en nada	1	0.7	2	1.5	-	-	1	0.7	
Fatiga									
No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	74	57.3	3	2.3	4	3.1	1	0.7	
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	20	15.5	7	5.4	3	2.3	1	0.7	
Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	2	1.5	3	2.3	7	5.4	2	1.5	
Estoy demasiado fatigado cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	-	-	2	1.5	-	-	-	-	
Sexo									
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	89	68.9	1 4	10.8	12	9.3	1	0.7	
Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	1	0.7	-	-	1	0.7	1	0.7	
Estoy mucho menos interesado en el sexo	5	3.8	-	-	1	0.7	-	-	
He perdido completamente el interés en el sexo	1	0.7	1	0.7	-	-	2	1.5	

Fuente: FIDSD N=129

En la sintomatología depresiva del factor somático y la depresión se encontró que 68.9 % (89) no han notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo, a diferencia de 1.6 % (2) que si lo han perdido completamente. El 1.6 (2) mencionan estar irritables todo el tiempo y que no pueden concentrarse en nada. Tabla No. 4

Tabla No. 5. Medias registradas en los factores y la depresión.

Factores/nivel de depresión	Depresión Mínima o no depresión (0-13)	Depresión leve (14-19)	Depresión moderada (20-28)	Depresión grave (29-63)
	Media	Media	Media	Media
Factor cognitivo-afectivo	89.14	13.92	13	3.71
Factor somático	74.75	9.37	7.5	2
Total	81.94	11.65	10.25	2.85

Fuente: FIDSD N=129

En los resultados que se arrojaron de la sintomatología depresiva en cada factor y la depresión se encontró una media de 81.94 para la depresión mínima o no depresión. Sin embargo llama la atención el 2.85 de la depresión grave y a media de 10.25 en la depresión moderada de la población estudiada. Tabla No. 5

Capítulo VII

Discusión de resultados

Resende y Ferrao (2013) en su estudio para evaluar la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de secundaria encontraron una edad entre los 16 y 20 años a diferente a los de este estudio que fue de 13 años; en cuanto al sexo es similar ya que en los dos existe predominio del sexo femenino, al igual que en la sintomatología grave en ellos fue de seis casos y aquí de cuatro casos.

Russbel, Vásquez, Canales, Arteaga y Baquerano (2013) en su estudio mencionan que el 59.3% de estudiantes ocasionalmente padecen depresión y un 2.8% siempre sufren depresión a diferencia de lo reportado en este estudio porque más de la tercera parte de los encuestados no presentan depresión, y es similar a los que la padecen así como al predominio en el sexo femenino.

En el estudio que realizaron Jiménez, Wagner, Rivera y González-Forteza (2015) en la ciudad de México y Michoacán encontraron una media de 14 años ($DE= 1.2$) y la proporción fue significativamente mayor en las mujeres similar al presente estudio y un 12% de la muestra calificó dentro de la categoría de síntomas de probable episodio depresivo a diferencia de lo encontrado en este estudio que fue menos del 2% al igual que lo reportado por Cerna (2015) que reporta una prevalencia de depresión grave fue de 9 % en una institución con características similares a la estudiada; también menciona la depresión moderada de 21% (15) y leve 19% (13) y la mínima depresión de 51% (836) en el sexo femenino prevaleció la depresión grave en un 83% (17); la depresión mínima a leve en la edad entre 15 y 16 años con el 51.3% (81). Por lo que se encuentran diferencias en lo encontrado en el presente estudio referente a que es menor la depresión moderada con la

décima parte de la población; la depresión mínima es en los 13 años y similar en el sexo femenino la presencia de depresión grave.

Álvarez et al. (2018). Realizaron un estudio sobre la depresión e ideación suicida encontrando el 10.9% de depresión siendo más alta en mujeres que en hombres similar a lo encontrado en este estudio y que un 13% adolescentes tienen ideación suicida siendo mayor en lo que se reporta aquí que es del 26.6%, así como del 10.7% de jóvenes que “se quieren morir” es diferente ya que se encontró el 1.6% y del 6.8% que “tienen ganas de hacerse daño” aquí se reporta menos del 1%.

Capítulo VIII.

Conclusiones

Para concluir este estudio, se identificó en la población estudiada el predominio de mujeres, el segundo grado escolar y la edad entre los 13 y 14 de los adolescentes estudiantes de nivel secundaria.

Existe un predominio de sintomatología depresiva que muestra una depresión mínima o no depresión tanto en el factor cognitivo-afectivo como en el factor somático.

Sin embargo, en ambos factores se predispone a la depresión grave. No obstante este tipo de depresión se encuentra en una minoría de la población estudiada en el factor cognitivo-afectivo, en lo relacionado a la sintomatología depresiva se encuentra la tristeza, el placer, la culpa, el castigo, la disconformidad, autocrítica, suicidio, llanto, agitación e interés. Y en el factor somático destaca la sintomatología depresiva para la concentración y el sexo.

Por lo tanto se rechazan hipótesis nulas al determinar que los factores cognitivo-afectivo y somático si predisponen a la depresión en adolescentes de nivel educativo secundaria en Santa Catarina N. L.

Así como, la que se planteó para referir que los adolescentes de nivel educativo de secundaria en Santa Catarina NL, no presentan sintomatología depresiva.

Capítulo IX

Sugerencias e impacto del estudio, limitaciones

Las recomendaciones metodológicas en base a los resultados obtenidos son:

- Realizar más investigaciones referentes a la identificación de la depresión en estos grupos de edad, en los diversos niveles de educación tanto a nivel básico como medio superior.
- Realizar investigaciones experimentales con intervención respecto a la sintomatología depresiva en adolescentes.
- Efectuar una investigación con el total de la población estudiantil de secundaria y sugerir a los estudiantes y/o a los padres soliciten los resultados individuales para poder trabajar en la salud mental de los estudiantes adolescentes.
- Estudios de este tipo para futuros ciclos escolares en la población estudiantil adolescente.

En las actividades escolares:

- Brindar apoyo especializado con psicólogos o psiquiatras a los estudiantes con síntomas depresivos.
- Consejería para los alumnos, padres de familia y personal directivo de la institución, que pueden llevar a cabo individualmente o en grupo.
- Aumentar las relaciones positivas ayudan a aumentar la confianza del adolescente, y así interactuar con los demás.
- Fomentar la participación en actividades deportivas, escolares, trabajo y familia, que ayuden al adolescente a mantenerse ocupado en cosas positivas.

- Incrementar la confianza de los alumnos hacia sus padres o personal que le pueda apoyar en situaciones difíciles.
- Acudir a una evaluación psicológica para intervenir en un cuadro depresivo manifestado en algún adolescente.
- Docentes y directivos puedan reconocer y actuar oportunamente al identificar los factores depresivos y estado de vulnerabilidad de los alumnos.

Capítulo X

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Robinson, R. M., & Robinson Rodríguez, R. J. (2016). Estrategia de intervención educativa para mejorar la conducta en adolescentes. *Medisan*, 20(3), 326-332. Consultado el 12 de Febrero del 2018, 11:30 am. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000300008
- Álvarez Solís, M., Agudelo Bedoya, M., Estrada Arango, P., Posada Correa, F., Torres de Galvis, Y., & Montoya Vélez, L. (2018). Depresión e ideación suicida en adolescentes. *Universitas Científica*, 12, 30 - 32. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/universitas/article/view/8137/7452>
- Beck, Aaron T. Inventario de depresión de Beck: BDI-II de Aaron T. Beck, Robert Steer, Gregory Brown. 1ª edición. 1ª reimpresión. Buenos Aires. Paidós, 2009. 96p. Traducido por Sandra Vizzini. Recuperado de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/BECK%20-%20BDI-II%20Manual.pdf>
- Cerna Delgado Ibeht (2015). Estudio comparativo de la prevalencia de la depresión en estudiantes de secundaria provenientes de una institución educativa nacional y privada del distrito de Ate. *Revista Psicología Hered.* 10 (1-2), 2015. Consultado el 12 de Febrero del 2018, 11:30 am. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RPH/article/view/3021/2919>
- "Cognitivo". En: Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/cognitivo/> Consultado: 3 de junio de 2019, 12:32 pm.

De Lima Coutinho, M. P., de Oliveira, M. X., Pereira, D. R., & de Santana, I. O. (2014).

Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 269-276. Consultado el 15 de Febrero del 2018, 09:30am. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5115050>

Dulanto, E. (2000). *El Adolescente*. México: Mc Graw Hill Interamericana. Estrada, L. (4ª.

ed., 1990). *El ciclo vital de la familia*. México: Posada. Consultado el 19 de Marzo del 2018. Recuperado de

[file:///C:/Users/CADA/Downloads/3%20art%20inv%20beck%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CADA/Downloads/3%20art%20inv%20beck%20(1).pdf)

Eraus, Pérez & Rodríguez. Utilidad Práctica del Modelo de Travelbee en Enfermería de

Salud Mental. Consultado el 25 de Abril del 2018. Recuperado

de: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/723B9371-142C-4476-A55B-56917010E64F/9d1b2e1a-ad4c-4f26-be2f-af377a0b794e/9d1b2e1a-ad4c-4f26-be2f-af377a0b794e.pdf>

Flores, Ucha. Sitio: Definición ABC. Consultado el 21 de Marzo del 2018, 18:25pm. Recuperado de

<https://www.definicionabc.com/social/afectivo.php>

Gómez, E. P., Orozco Vargas, L. C., Camargo Figuera, F. A., Berrío, J. A., & Medina

Moreno, L. X. (2012). Bullying en Adolescentes Escolarizados: Validación del Diagnóstico de Enfermería “Riesgo de Violencia Dirigida a Otros. *Hacia La Promoción De La Salud*, 17(1), 45-58.

González-Forteza, C., Torres, C. S., Tapia, A. J., Fernández, I. H., González-González, A.,

García, F. J. Mejía, H. F.-V. (2011). Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 34(1), 53–59. Consultado el 12 de Febrero del

2018, 11:30am. Recuperado de

[http://ezproxy.udem.edu.mx:2051/login.aspx?direct=true&db=a2h&AN=60861742
&site=ehost-live](http://ezproxy.udem.edu.mx:2051/login.aspx?direct=true&db=a2h&AN=60861742&site=ehost-live)

Hernández Rodríguez Russbel, Vasquez Reyes Emil Floricia , Canales Canales Idalia Carolina, Martir Arteaga Lorenza, BaqueranoHellen Nicole (2013).Depresión en los estudiantes de la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán sistema presencial, tercer periodo. Tegucigalpa, 30 de Noviembre 2013.

Instrumento de Beck-II. Consultado el 23 de Febrero del 2018, 19:30pm. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf

Jiménez Tapia Alberto, Wagner Fernando, Rivera Heredia María Elena, Catalina González-Forteza Catalina (2015).Salud Mental; 38(2):103-107ISSN: 0185-3325. DOI: en trámite.

López Larrosa, S., Sánchez Souto, V., & Ruíz De Alda, P. M. (2012). Los adolescentes y el conflicto interparental destructivo: impacto en la percepción del sistema familiar y diferencias según el tipo de familia, la edad y el sexo de los adolescentes. UniversitasPsychologica, 11(4), 1255-1262.

Manterola, C., &Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. International Journal of Morphology, 32(2), 634–645. Retrieved from <http://ezproxy.udem.edu.mx/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=a9h&AN=108847978&site=ehost-live&scope=site>

- Marcelli, D y Braconnier, A (2005). El problema de la depresión. En: Manual de Psicopatología del adolescente. 2ª Edición. Barcelona, España: Editorial Masson (pp. 259- 282).
- Maturana, A (2011). Psicosis en niños y adolescentes. En Psicopatología del niño y del adolescente. Segunda Edición. Santiago, Chile: Ed. Mediterráneo.
- Mardomingo Sanz María Jesús. (1994).Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes. Juan Bravo, 3ª.28006, Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos, S.A.Consultado el 12 de Febrero del 2018, 10:30 am. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=I1prN154iFgC&printsec=frontcover&dq=libros+de+depresion+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjG24bAqYrbAhUOi6wKHWZ6BjEQ6AEIMTAC#v=onepage&q&f=false>
- Meza Huacuja, I. (2017). Ezequiel A. Chávez y la secularización del adolescente mexicano: Ensayo de psicología de la adolescencia (1928). Relaciones: Estudios De Historia Y Sociedad, 38(150), 247-279.Consultado el 12 de Febrero del 2018, 13:10pm.Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rz/v38n150/2448-7554-rz-38-150-00247.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). La depresión. Nota descriptiva. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depresión/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2014). La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS. Consultado el 12 de Febrero del 2018, 11:30 am. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Comunicado de prensa. Consultado el 12 de Febrero del 2018, 11:30 am. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/
- Parolan Fernanda. Traducción Salazar Bertulio. Psicología de la Adolescencia, despertar para la vida. 3ª. Reimpresión, 2005. Bogotá-Colombia. Impresor Sociedad de San Pablo, pág. 14-40. Consultado el 12 de Febrero del 2018, 11:30 am. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=BK78doiXndkC&printsec=frontcover&dq=libros+de+depresion+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjG24bAqYrbAhUOi6wKHWZ6BjEQ6AEINzAD#v=onepage&q&f=false>
- Polaino-Lorente Aquilino (1988). Con la colaboración de Doménech Llaberia E., García Villamisor A. y Ezpelete Ascaso L. Las depresiones infantiles. Impreso en España. Ediciones Morata, S.A. (1988) Mejía Lequerica, 12. 28004-Madrid, (36-64). Consultado el 15 de Febrero del 2018, 12:15pm. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?id=YxCXh5ZvTksC&printsec=frontcover&dq=libros+de+depresion+en+adolescentes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjG24bAqYrbAhUOi6wKHWZ6BjEQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Consultado el 24 de Marzo del 2018, 15:30pm. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Resende C. y Ferrao A. (2013) Presencia de síntomas depresivos en adolescentes en el último año de escolaridad. Revista Pediátrica Aten Primaria. 2013; 15:127-33

ISSN: 1139-7632. Recuperado

de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000200004

Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcu, B., Leyva-López, A., & de Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública De México*, 57(3), 219-226.

Secretaria de Salud (1987). *Ley General de Salud en Materia de Investigación*. UNICEF. (2011). *Informe Estado Mundial de la Infancia 2011. La adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York: UNICEF. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf.

"Psicosomático". En: *Significados.com*. Disponible en:

<https://www.significados.com/psicosomatico/> Consultado: 3 de junio de 2019, 12:34 pm.

Veytia López, M., Fajardo Gómez, R. J., Guadarrama Guadarrama, R., & Escutia González, N. (2016). Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Informes Psicológicos*, 16(1), 35-50. Recuperado de <file:///C:/Users/CADA/Downloads/8137-16608-1-SM>.

Capítulo XI

Anexos

Anexo 1

Carta de Consentimiento Informado para el Padre o Tutor

Por medio del presente me dirigió a ustedes padres de familia, a fin de solicitar su autorización para que su hijo pueda participar en la investigación que se realizara como parte de mi proceso de titulación como licenciada en enfermería, en la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente. Mi nombre es Francisca Monserrat Maldonado Robles y mi asesora es la MCE Francisca Castro Durán.

La investigación tiene como objetivo identificar el nivel de depresión de estudiantes adolescentes de secundaria en Santa Catarina, N.L, a fin de prevenir riesgos o consecuencias que los afectan en esta etapa de la vida, uno de ellos es la depresión por lo que es importante identificar aquellos elementos que puedan y ponga en riesgo su vida o la calidad de vida en su entorno familiar y social.

La participación consta en contestar una encuesta en la que se mide el nivel de depresión si es que existe. Este instrumento llamado escala de Beck, consta de 21 preguntas, que será aplicado en el aula del alumno, utilizando el tiempo que tarde en contestar de sus actividades académicas. Puede tener la seguridad de que los datos obtenidos serán utilizados únicamente para fines de investigación por lo que se conserva el anonimato de sus datos personales en todo momento.

Con todo lo recaudado del proyecto se podrá obtener un posible beneficio para el alumno y ver estrategias que se pueden emplear dentro de la institución.

Agradeciendo su apoyo, quedo a sus órdenes. Cualquier duda o aclaración deje datos de mi escuela para confirmación. Escuela: tel.83458776, Maestra Francisca Castro: (044)8115824298.

Me ha quedado informada y puesta libremente mi conformidad para participar en esta encuesta

Firma del Padre o Tutor

Alumno

M.C.E Francisca Castro Durán (Asesor)

Pasante de Enfermería

Testigo 1 Testigo 2

Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Grado----- Edad:..... Sexo....

Nivel de Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2. Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 3

Santa Catarina N.L. 21 de Marzo del 2019

Mtro. Efraín Díaz de la Garza
Director Esc. Secundaria
PRESENTE:

Buenos días, me presento ante usted, mi nombre es Francisca Monserrat Maldonado Robles, soy exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital San Vicente, en estos momentos me estoy preparando para presentar mi tesis con opción a título, por lo que solicito su autorización por escrito, la cual me piden en la Escuela para poder presentar los resultados.

Anteriormente se me autorizo verbalmente realizar la toma de datos de los alumnos de la escuela secundaria que tan dignamente usted dirige, el procedimiento realizado fue: mediante la aplicación de encuestas a los alumnos de 1°, 2° y 3° grado, previo consentimiento informado dirigido a los padres de familia, sin embargo solo 50 de ellos lo llevaron el día de la aplicación de las encuestas, por lo que se acordó internamente, aplicárselo a los alumnos que quisieran participar dando un total de 129 alumnos.

Tenga por seguro que la información obtenida será utilizada solamente con fines de presentar mi tesis y estarán a su disposición (si así lo requiere) por lo que confirmo la certeza de la confidencialidad y anonimato de la institución educativa y de los alumnos. El tema es "Factores que intervienen para presentar una depresión en adolescentes de nivel secundaria en Santa Catarina N. L.

La relevancia de esta solicitud es porque de los alumnos que firmaron no se presentan síntomas de depresión en comparación con los que no lo hicieron, por lo cual esta información es muy importante a fin de establecer estrategias que ayuden a los estudiantes a tener una mejor calidad de vida y a ustedes directivos y docentes a intervenir oportunamente.

Por lo anterior, solicito de su ayuda para firmar este permiso para poder continuar con mi investigación y la aceptación de incluir a los 129 participantes de la institución.

Agradeciendo de antemano su apoyo, quedo a sus órdenes.

Cualquier duda o aclaración anexo los datos de mi escuela para confirmación. Y de mi asesor de tesis. Escuela de Enfermería del Hospital de San Vicente: Tel. 83458776 y Master en Ciencias de Enfermería: Francisca Castro Durán: (044)8115824298.

Director de la Institución
Mtro. Efraín Días de la Garza

M.C.E Francisca Castro Duran
Asesor de Tesis

Francisca Monserrat Maldonado Robles
Pasante de Proyecto