

DONACION
026743
No. Reg.
Catalogador: *[signature]*
Fecha: 23/9/08



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI



FACULTAD DE ENFERMERIA

**“Depresión y Factores Asociados en Adolescentes de una Escuela
Técnica Profesional, Villa de Reyes, S.L.P. 2005”**

T E S I S

Para obtener el GRADO de:
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

**Médico Cirujano
VIRGILIO GÓMEZ RODRÍGUEZ**

Comité de Tesis:

Dr. José Lauro de los Ríos Castillo
M.S.P. Agustín Díaz Gois

San Luis Potosí, S. L. P. Octubre 2007

DEDICATORIAS.

A mis Padres, Doña Ninfa y Don Virgilio, por engendrarme y enseñarme a través de los años la superioridad del ser, sobre el tener, por su ejemplo, compromiso, paciencia y apoyo durante mi vida Familiar, Espiritual y Profesional.

A la memoria de mi Abue, por sus cuidados y amor.

A mi esposa Saide y mis hijas Katia y Saide por ser parte integral de mi proyecto de vida y detonadoras de mi deseo de progreso y servicio.

A mis hermanos Jesús Gerardo, Ninfa de Carmen, Patricia del Socorro, José Alejandro y Luís Manuel, así como a sus respectivas familias, los cuales a pesar de la distancia, siempre han mantenido puentes de comunión.

A mis Amigos, por esos momentos inolvidables, que siempre son fortaleza en las adversidades.

A mis Jefes y Compañeros de trabajo, por creer en este proyecto.

AGRADECIMIENTOS.

A la Universidad Autónoma de San Luís Potosí por la oportunidad de desarrollo profesional y social que brinda, mediante programas académicos adaptables a las actuales necesidades del alumno.

A mis maestros de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Enfermería por su espíritu de compartir conocimientos y experiencias, pero sobre todo por la motivación que generaron en mí hacia la reflexión y acción en beneficio del prójimo.

A mi Director de tesis, por enseñarme que la investigación requiere entrega y disciplina, para el logro del objetivo planeado. Gracias por su amistad.

A mi asesor y coasesora de tesis, MSP. Carmen Flores Gómez, por su valioso apoyo, tiempo compartido y enseñanza.

A la Ingeniero Herlinda Hernández Villa, Directora del Centro de Educación Media Superior CONALEP de Villa de Reyes SLP, por todas las facilidades que presto para la realización del presente estudio, así como a sus colaboradores docentes y administrativos por el entusiasmo mostrado para la ejecución de este trabajo.

Al Dr. Alberto Rodríguez Jacobo, por su invaluable apoyo en la culminación del presente estudio.

A mis compañeras y compañeros, por la invaluable experiencia de haber compartido situaciones y visiones sobre la Salud Pública con enfoque multidisciplinario, permitiendo así, enriquecer aun más el conocimiento.

A mi compañero y amigo Juan Francisco Javier Ordaz Castro por su participación y entusiasmo en el desarrollo de este proyecto.

INDICE GENERAL

	PAG.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
1. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA...	12
2. MARCO TEÓRICO.	22
2.1 ADOLESCENCIA.....	22
2.2 DEPRESIÓN.	30
2.3. INSTRUMENTOS PARA MEDIR DEPRESIÓN. CUESTIONARIOS AUTOADMINISTRADOS.	48
2.3.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL GHQ-28 EN OTROS PAISES Y MEXICO.	52
2.4. FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN DURANTE EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA.....	53
2.5. CONDUCTAS MANIFIESTAS EN LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES.	58
3. MARCO REFERENCIAL.	64
4. OBJETIVOS.	69
4.1. OBJETIVO GENERAL:	69
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	69
5. DISEÑO METODOLÓGICO.	70
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	70
5.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	70
5.3 VARIABLES.....	71
5.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	79
5.5 PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	80
5.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.	82
5.7. ESTUDIO PILOTO.....	84
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.	87
5. PERTINENCIA DE LOS RESULTADOS.	87
8. PLAN DE TRABAJO.....	88
9. PRESUPUESTO.	88
10. RESULTADOS.	89
11. DISCUSIÓN.....	149
12. CONCLUSIONES.	157
13. RECOMENDACIONES:.....	159
14. BIBLIOGRAFÍA.	160
15. A N E X O S	172

ÍNDICE DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO 1.	
INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA BÁSICA DEL PLANTEL EDUCATIVO: CONALEP	173
ANEXO 2.	
INSTRUMENTO	174
ANEXO 3	
CARTA CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN INFORMADO PARA ADOLESCENTES	182
ANEXO 4	
CARTA DESCRIPTIVA DE CAPACITACIÓN A APLICADORES DE CUESTIONARIOS PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	183
ANEXO 5.	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	184
ANEXO 6.	
PRESUPUESTO	185

RESUMEN.

Objetivo. Analizar la frecuencia y grado de depresión y los principales factores de riesgo asociados en adolescentes estudiantes de una escuela técnica profesional (CONALEP) en Villa de Reyes, S. L. P. en el 2005. *Material y métodos.* Estudio descriptivo, trasversal, observacional, analítico. Se utilizó cuestionario que contiene variables sociodemográficas y algunas manifestaciones conductuales (CIFRADA), basadas en la "Escala ambiente familiar" versión 2 y el GHQ-28 (Cuestionario General de Salud-28), test de pantalla autoadministrado para detectar alteraciones emocionales y trastornos psíquicos, ambas validadas, confiables y estandarizadas para México. El instrumento se aplicó a la totalidad de jóvenes estudiantes de 15 a 19 años que asistieron ese día a clases (n=450). El procesamiento de datos se efectuó mediante el programa Excell y SPSS 11 y su análisis mediante estadística descriptiva y pruebas de significancia, aplicando Odds Ratio e IC de 95% y $p < 0.05$ se midió la asociación entre factores de riesgo y depresión. *Resultados.* El 39.8% (179) de los adolescentes presentaron algún grado de depresión y se identificó asociación con el hecho de tener 17 años de edad, cursar el segundo grado escolar, hacinamiento, inicio temprano de relaciones sexuales, intento suicida, drogadicción y conductas violentas. *Conclusiones.* Se identificaron conductas de riesgo y delictivas asociadas a depresión, que deben hacer pensar y actuar a padres, maestros y equipos de salud sobre manifestaciones de estados depresivos, lo que mejoraría la oportunidad en su prevención, diagnóstico, atención y limitación del daño, haciéndose necesaria mayor capacitación y participación multidisciplinaria, intersectorial e interinstitucional.

Palabras clave. Adolescente, factores de riesgo, depresión.

SUMMARY.

Objective. Analyze the frequency degree of depression and the principal risk factors associated in teenager students from a professional and technical school (CONALEP), in Villa de Reyes, S.L.P. in 2005. *Materials and methods.* Descriptive, transversal, observational and analytic study. It was applied a questionnaire that contains variables sociodemographics and some conductual manifestations, based in the "scale of familiar environment, version 2" and the GHQ-28 (General Health Questionary), test of sceen auto-administrate for detective emotional alterations and psiquiatric disorder, both valid, confiabile and standardized for Mexico. The instrument was applied to 450 students among 15th and 19th years old. The analysis of data was made in Excell with SPSS 11 for descriptive statistics, OR and IC of 95%; $p < 0.05$ (associative between risk factors and degree of depression). *Results.* 39.8%(179) of the adolescents was under some degree of depression in association with 17 years old, passing through second grade, the overcrowding, the premature start of sexual relations, suicide attempt, drugs and violent responses are risk factors of associated to depression. *Conclusions:* identifying risk factors and delictive behaviors in association with depression, what occasioned lack of prevention, opportunity in the attention and limitation of damage.

Key words: Adolescent, Teenager, risk factors, depression.

INTRODUCCIÓN.

La salud mental y la salud pública han sido, históricamente, áreas de trabajo distintas y la parcialización del conocimiento que esta división implica, ha creado barreras en la comprensión de los fenómenos psicopatológicos en cuanto a su etiología, su relación con otras patologías, su distribución en la población y los programas de intervención. En la actualidad, las necesidades en salud no se pueden evaluar en forma aislada; es necesario hacerlo en un contexto multidisciplinario, que permita la incorporación de variables para medir los aspectos de salud/enfermedad mental (como la depresión), contenidos en los estudios epidemiológicos sobre aspectos generales de salud pública en nuestro país.

En México, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo.¹ Ha llegado a ser considerado como un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias y a la posibilidad de prevenirla y tratarla adecuadamente.²

Solamente se conocen en forma fragmentada las causas de algunos de los desordenes mentales más comunes, es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio ambiente físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.³

A la fecha se sigue considerando como enfermedades mentales únicamente las que se refieren a trastornos graves, declarados y con posibilidades limitadas de incidir en ellas favorablemente.⁴

La depresión es un trastorno que afecta a millones de seres humanos en todo el mundo; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, sólo el 50% de los pacientes son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento médico adecuado.⁵

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) encontró que sólo el 20% de los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo pide ayuda; de esos, 3% acude al psiquiatra, 10% con otro especialista de la salud mental, 5.4% con el médico general, 1.5% con orientadores ó solicitan consejo religioso y 6.5% acuden a la medicina alternativa: grupos de autoayuda, curandero, yerbero, quiropráctico, espiritista.⁶

El trastorno depresivo mayor y la distimia pertenecen al grupo de padecimientos psiquiátricos más frecuentes en adolescentes.⁷

En estudios epidemiológicos de adolescentes, basados en muestras de escolares europeos y norteamericanos, se han reportado índices de entre 1.6% y 1.8% de trastornos depresivos y en poblaciones adolescentes rusas y japonesas se han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19% y 57% respectivamente.^{8,9}

Algunos investigadores han encontrado en Norteamérica, durante la adolescencia, tasas de incidencias de 15% a 28%.¹⁰

Existen muy pocos estudios en poblaciones abiertas de adolescentes mexicanos o de origen latino. En Guatemala en 1992 se realizó un estudio que determinó que 35% de los adolescentes de su muestra cursaban con trastorno depresivo mayor.¹¹

Según los criterios operativos actuales, para diagnosticar un trastorno depresivo mayor en adolescentes se utilizan los mismos criterios clínicos que se definen para el diagnóstico de las depresiones en el adulto y se presentan en el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión).¹²

En los adolescentes, estos síntomas están enmascarados por agitación, problemas de conducta, rebeldía exagerada o una serie de conductas desafiantes y peligrosas,

que redundan en agresiones, provocaciones, accidentes o búsqueda de ser lastimados.¹³

La adolescencia es considerada como el periodo de la vida durante el cual los niños están en proceso de convertirse en adultos. En este tránsito se le presentan factores de riesgo y de protección hacia su integridad biopsicosocial, que moldearán al joven y provocarán manifestaciones conductuales positivas o negativas en su desarrollo personal. Los factores y conductas de riesgo más comunes son las adicciones, la deserción escolar, accidentes, suicidios y homicidios, delincuencia y violencia, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.^{14,15}

Los factores de riesgo para la depresión mencionados más a menudo en la bibliografía al respecto, son de naturaleza sociodemográfica. Así, los más importantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo y una baja escolaridad.^{2, 16, 17}

Los jóvenes constituyen un grupo que vive en condiciones difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental. Durante la adolescencia la salud mental es la resultante de un proceso evolutivo y dinámico inmerso en las dimensiones sociales, culturales y psicológicas que la determinan.⁴

La investigación con enfoque preventivo no existe o se limita únicamente a la identificación de factores de riesgo o al intento de tratar oportunamente las enfermedades específicas cuando ya han aparecido.¹⁸

En México la investigación en áreas de la salud mental han sido menos numerosas y rigurosas que en otros campos de la medicina, en el ámbito específico de la etapa adolescente son aun más escasos además de estar dirigidos a tocar los problemas de manera aislada, en temas como violencia, suicidio, conducta antisocial y abuso de sustancias, casi siempre en pacientes hospitalizados por alguna farmacodependencia o en control de problemas conductuales o de aprendizaje.¹⁹

Particularmente es importante estudiar la depresión en la adolescencia, no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que puede tener para el funcionamiento de su vida adulta. Kandel y Davies(1984), sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.²⁰

Además los adolescentes deprimidos muchas veces pasan desapercibidos y no suelen buscar ayuda por si mismos, por lo que es imperioso conocer las necesidades de atención en esta etapa de la vida.

Por lo anterior se considera pertinente en este estudio identificar la frecuencia de adolescentes con sintomatología depresiva, los factores y conductas asociadas, que de ser identificadas oportunamente por el médico de primer nivel de atención y considerando que el adolescente no manifiesta sintomatología clásica de depresión descrita en los criterios del DSM-IV (Manual Diagnostico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), como son la presencia de síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, representando un cambio respecto a su actividad previa de ser, como es el estado de animo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, reflejado en disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, perdida de energía, disminución para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, de inutilidad o culpa, dominando mas los síntomas de hiperactividad o manifestación de conductas de riesgo, lo que mejoraría el pronostico de esta patología, condicionando no solo la tradicional atención médica puramente asistencial y correctiva al daño resultante del estado depresivo y no encaminada a las causas que lo generaron, teniendo mayor oportunidad de identificar síntomas asociados a depresión y por ende una mayor calidad de atención medica integral y limitación del daño.

I. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde finales del siglo XX, nuestro mundo cuenta con la mayor cantidad de adolescentes en la historia: 1.1 mil millones de jóvenes de 10 a 19 años de edad. En México, de acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en el año 2000, de los 97.6 millones de habitantes el 21.5% son adolescentes, es decir 20.9 millones.

La juventud despierta interés y apasiona por una razón obvia: es símbolo de vitalidad, más aún, en México donde el 70% de sus habitantes son menores de 30 años, lo que la distingue como una sociedad joven, donde su rasgo distintivo es la de un futuro lleno de innovación, búsqueda, creatividad y riesgo, características inherentes de la adolescencia.²¹

Así, la adolescencia es un término relativamente nuevo que ha sido extensamente utilizado durante aproximadamente los últimos 50 años, se refiere al periodo durante el cual los niños están en proceso de convertirse en adultos. Esta etapa se caracteriza por cambios físicos y emocionales, pero también es una fase de cambios sociales y de experimentación, que incluye asumir nuevas responsabilidades, descubrir formas de mejorar su apariencia (ejercicio, deportes, maquillaje, ropa) y experimentar nuevos comportamientos, tales como beber alcohol y fumar. Este periodo de la vida puede considerarse de oportunidades y riesgos al mismo tiempo.²²

La adolescencia es conceptualizada como una fase de crisis personal intransferible en el esquema de desarrollo biopsicosocial de un ser humano. Donde se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, donde se asumen responsabilidades y conductas que llevan al joven a la

participación en el mundo adulto, como parte de su proceso de socialización con sus pares.²³

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época y cultura, de su historia personal y del ambiente donde se gesta el proceso.²³ Este proceso de tránsito es determinado por varios factores como son, la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural, social, económico y político donde el joven se desenvuelve.²⁴

Esta época de la vida se divide en adolescencia temprana de los 10 a los 14 años y corresponde al periodo de la educación secundaria; la media, de los 15 a los 17 años de edad y equivale al periodo de bachillerato o educación media superior en cualesquiera de sus modalidades; y por ultimo la adolescencia tardía o fase de resolución, que comprende de los 18 a los 21 años de edad y corresponde a la educación universitaria casi por completo.²⁵

La adolescencia se desvirtuará o se dará con mayores riesgos de los necesarios, cuando se viva en condiciones poco favorables, como el hecho de que en el medio familiar y social abunden actitudes positivas o negativas, oportunidades o amenazas que predispongan a los jóvenes a una experiencia agradable o desventurada.²³

El adolescente transita durante 10 a 15 años el camino que lo ha de llevar a ser adulto, y en ese trayecto se le presentan factores de riesgo y de protección en su crecimiento y desarrollo personal, donde la biología y la genética juegan un importante papel, ya que si este proceso se da en términos de normalidad, le proporciona al joven factores de protección, tanto en su composición genotípica como fenotípica. Por el contrario se pueden presentar alteraciones que condicionan cargas hereditarias que representan factores de riesgo en su desarrollo.²⁶

Entendido el factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados;²⁷ y el comportamiento de riesgo como la expresión y compromiso voluntario que, por lo regular, aproxima al daño en la salud biológica, psíquica y social. En la noción de riesgo está implícita la búsqueda de cualidades predisponentes, factores potencializadores y elementos de protección.²⁸

El entorno social también genera factores de riesgo para el adolescente, como son la pobreza, las desigualdades étnicas y culturales, además de una falta de oportunidades concomitantes tales como el desempleo, falta de fuentes de trabajo e inequidad de género entre otras; y en sentido opuesto le son factores protectores la educación de calidad, una adecuada cohesión del núcleo familiar y de las redes sociales, e igualmente el grado de interés de los adultos hacia las inquietudes de los jóvenes.¹⁹

Las conductas de riesgo, que a su vez pueden constituir daños más comunes son: adicciones, exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios, entre otros. Así como también relaciones sexuales sin protección, que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y embarazos no deseados o planeados.²⁹

Cuando se analizan en forma conjunta los patrones de morbilidad y mortalidad de los adolescentes, se hace evidente que ambos se fundan sobre todo en causas sociales más que infecciosas, reflejo de las transiciones demográfica, epidemiológica, social, cultural y económica de México, repercutiendo directamente en los jóvenes. Tres fenómenos forman parte y modifican la transición epidemiológica: el primero tiene relación con la aparición e incremento de violencias, accidentes, homicidios y suicidios, efectos negativos en la salud derivados del medio ambiente social, tránsito vehicular, urbanismo y conductas de riesgo y estilo de vida de las y los jóvenes; en segundo término la lenta transición de las enfermedades

infecciosas y desnutrición derivados fundamentalmente de aspectos sociales y económicos englobados en la pobreza; y en tercer lugar el grupo de padecimientos tumorales y defectos congénitos, que pueden tener relación con la polución del medio ambiente.³⁰

En México, dicha transición en adolescentes, agrega una variable al modelo internacional: la polaridad social y económica.²⁷ También es cierto que gran parte de los hábitos nocivos para la salud adquiridos durante la etapa adolescente no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, pero sí en años posteriores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia.³¹

En Latinoamérica (2000) existe un alto porcentaje de adolescentes insertos en el trabajo, destacándose Brasil, Paraguay y Guatemala, todos arriba del 40%. El país que tiene menos adolescentes trabajadores es Chile con 10%, el resto de países oscila entre el 15 y 30%; México presenta el 32%.³²

En México (2002), el 27% de la población económicamente activa corresponde a adolescentes. La tasa de desempleo abierto general en adolescentes de 12 a 19 años es de 6.9 en hombres y 7.2 en mujeres; a diferencia de 2.9 y 3.6 respectivamente en relación a la población total³³. En jóvenes de 15 a 19 años de edad la tasa es del 35% a razón de 2:1 hombre-mujer.^{34,35}

La mayoría de las causas de muerte en adolescentes son evitables en casi el 45% de los casos, debido a que desde los 10 a los 19 años de edad la población sufre riesgos adicionales quizá por la vitalidad propia de este grupo, por lo que las acciones deben de orientarse al control y combate de los factores de riesgo.³⁰

Según la Organización Panamericana de la Salud (2001), los traumatismos y envenenamientos se encuentran en el primer lugar de los listados de causas de

muerte en los adolescentes. En México la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años son los accidentes y lesiones representando el 19.50% del total por este motivo. Según INEGI (2001) en México, el 58.48% del total de defunciones en adolescentes son causadas por accidentes.³⁶

En una encuesta de adolescentes escolarizados de nueve países del Caribe en el año 2000, se evidenció que 12% de los encuestados había intentado suicidarse y 50% había tenido síntomas de depresión.³⁷

En la Habana, Cuba, se identificaron como factores de riesgo para el suicidio en adolescentes de 14 y 15 años, la presencia de disfunción familiar, personalidad no equilibrada o inmadura y la presencia de depresión y ansiedad.³⁸ Es probable, también, que el consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes conlleve un aumento en la presencia de conductas suicidas.³⁹

En la adolescencia, el suicidio está condicionado por la interacción de trastornos psiquiátricos y el estrés ambiental, drogadicción, bajo apoyo social y disfunción familiar.⁴⁰

También por su magnitud y trascendencia, implicaciones personales, familiares y sociales, así como por su tendencia ascendente, la violencia en los adolescentes representa un problema de Salud Pública. El 29% de las muertes por homicidios en Latinoamérica en 1999, fue en adolescentes.⁴¹

En relación con el consumo de drogas, la Organización de las Naciones Unidas (2001), estima una prevalencia mundial del 4.2% para cualquier droga ilícita en la población de 15 años en adelante, en tanto en México se estima un 1.2%.⁴²

En áreas urbanas de la ciudad de México (1994), la prevalencia de consumo de drogas en adolescentes de 14 a 17 años de edad en general fue del 3.2% y de estas correspondió a drogas ilícitas el 2.2% y a drogas medicas el 1.8%. En el Instituto

Mexicano del Seguro Social (2003), el 18% de los embarazos son en adolescentes menores de 20 años.⁴³

Las consecuencias de estas conductas y estilos de vida, como ya se mencionó, repercuten en la salud mental del adolescente. Curry y Craighead, en su estudio efectuado en 1990, identificaron que el 30% de la población estudiantil adolescente presentaba trastorno depresivo, manifestado frecuentemente como alteración conductual.⁴⁴

Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, así como síntomas y alteraciones de sus funciones mentales.

Los adolescentes constituyen un grupo que vive en condiciones o circunstancias difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental. Se reporta que la depresión, los intentos suicidas y la ansiedad, se encuentran entre los trastornos mas frecuentes.¹⁹

La salud mental de los habitantes de un país, y específicamente la del adolescente no es ajena a su salud general. Ya que ambas dependen de condiciones de la sociedad, tales como la estabilidad económica, la educación, la calidad de la convivencia social y la integración familiar y también de determinantes más específicos, como el empleo, la habitación, la nutrición. Solamente se conoce en forma fragmentada las causas de algunos de los desordenes mentales más comunes; es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.^{31. 45}

Durante la adolescencia la salud mental es el resultante de un proceso evolutivo y dinámico inmerso en las dimensiones sociales, culturales y psicológicas que la determinan. Por lo tanto, es indispensable conocer el entorno donde se gesta el proceso de cambio del niño a la edad adulta.¹³

En la adolescencia, la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas.

La depresión en el joven, ya sea considerada como un síntoma pasajero, síndrome reactivo o complicación de otra enfermedad siempre se relaciona con el transcurso de la vida pasada, en la que se trastocan y reviven los conflictos de la niñez.

Esta imbricación de la enfermedad con el desarrollo, obliga a analizar inicialmente el estudio de la depresión en la adolescencia desde la perspectiva de lo que la propia etapa condiciona y a veces determina, en el transcurso de las cargas y sobrecargas emocionales.⁴⁶

Según los criterios operativos actuales, para diagnosticar un trastorno depresivo mayor en adolescentes se utilizan los mismos criterios clínicos que se definen para el diagnóstico de las depresiones en el adulto y se presentan en el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta versión).¹²

Solamente la exploración cuidadosa de los adolescentes menores ofrece la confirmación de la existencia de algunos síntomas mayores de la depresión como son el estado de ánimo depresivo, la disminución del interés o del placer en las actividades habituales, una pérdida o aumento considerable del apetito y del peso, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de la energía, capacidad disminuida para concentrarse o pensar y pensamientos acerca de la muerte o el deseo de morir.

En los adolescentes menores, estos síntomas están enmascarados por agitación, problemas de conducta, rebeldía exagerada o una serie de conductas desafiantes y peligrosas, que redundan en agresiones, provocaciones, accidentes o búsqueda de ser lastimados.⁴⁶

Serfaty (1994), identifico que los factores asociados con depresión fueron cefalea, ausencia del hogar, separación de los padres, conflictos sentimentales y con amigos, disminución de calificaciones escolares, temperamentos en la infancia: agresivo, nervioso y triste, episodio depresivo anterior y consumo de marihuana.⁴⁷

En Estados Unidos (1988), la prevalencia de depresión en el adolescente es de 4.7%.⁴⁸, lo cual es similar a las tasas que se estiman para población adulta. Otros estudios muestran una incidencia de 15 a 28%.¹⁰

Kashani y Nair (1995), afirman que el trastorno depresivo mayor se presenta en el 18% de los preadolescentes, sin diferencia entre sexos, sin embargo, los trastornos del estado de ánimo a menudo se infradiagnostican. En adolescentes de 14 a 16 años la prevalencia de trastorno depresivo es de 4.7% y se asocia frecuentemente con abuso de sustancias y conducta antisocial.⁴⁹

Ingersoll y Lafarga (2000), afirman que a la fecha no existen estudios confiables que demuestren la influencia de los factores socioeconómicos en la incidencia de depresión en adolescentes.^{50,51}

En México, la investigación en áreas de la salud mental han sido menos numerosas y menos rigurosas que en otros campos de la medicina. La mente y los desordenes mentales han sido vistos como de naturaleza distinta a otros desórdenes y enfermedades y su estudio ha suscitado temores y despertado prejuicios. No es un campo homogéneo, sino complejo y menos accesible que otros a la indagación científica.⁵²

En el ámbito específico de la etapa adolescente son aun más escasos los estudios de investigación y casi todos dirigidos a tocar la adolescencia y los problemas mentales de manera aislada, en temas como la violencia, el suicidio, la conducta antisocial y el abuso de sustancias, y casi siempre en pacientes hospitalizados por

alcoholismo o fármaco dependencia, o en control por problemas conductuales o de aprendizaje.¹³

Por ello, se requiere una mayor comprensión sobre las motivaciones del adolescente para incurrir en conductas de riesgo, como el abandono escolar voluntario, drogadicción, alcoholismo, delincuencia, embarazos no deseados, exposición a ambientes sociales peligrosos y violentos que los conducen a problemas de salud física y/o mental o la muerte ocasionada por accidentes, traumatismos, violencias, envenenamientos y su relación con estados depresivos en el joven.

Con base a lo anteriormente mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el grado de depresión y los factores asociados en adolescentes de una escuela técnica profesional de Villa de Reyes, S. L. P. en el 2005?

El presente estudio tiene como propósito responder a esta interrogante y así contribuir a una mayor y mejor interpretación de la depresión en el adolescente que, hoy por hoy, representa un problema de salud pública que a pesar de su creciente magnitud y trascendencia, no ha sido abordado integral y oportunamente por el Sistema Nacional de Salud en México, con todo y los esfuerzos hechos desde organizaciones gubernamentales y no gubernamentales por ofrecer a los adolescentes servicios de salud que satisfagan sus necesidades; desde la creación de los Centros de Integración Juvenil contra las adicciones en 1969 hasta el actual Programa de Acción para la Atención a la Adolescencia implementado por la Secretaría de Salud y el PREVENIMSS del Instituto Mexicano del Seguro Social que tienen mayor soporte en acciones de atención asistencial que preventiva, a pesar de que en su misión y visión dan relevancia al enfoque de riesgo y resiliencia, basados en la búsqueda de la autodeterminación y el autocuidado de los

adolescentes como agentes de cambio para elevar su calidad de vida mediante la prevención de enfermedades y uso de los servicios de salud.

Sin embargo estos programas aun están distantes de su consolidación, dado que se fundamentan en estadísticas y estrategias hechas en países desarrollados, diferentes en cultura y aspectos socioeconómicos a México, careciéndose de suficiente información fundamentada científicamente en este campo.

En segundo término, reflexionar y contribuir a la urgente necesidad de conocer y entender con mayor precisión esta patología en el adolescente y sus factores asociados y predisponentes, con el fin de que el equipo multidisciplinario de salud, la familia y el mismo adolescente, tengan la posibilidad de identificar con mayor oportunidad las variables que condicionan el estado depresivo en esta población, y así poder intervenir con mayor conocimiento y dirección hacia acciones específicas, que conlleven a prevenir, identificar y manejar intervenciones futuras con mayor oportunidad y calidad, y por ende detener los daños y riesgos y fomentar la salud y resiliencia con la participación directa y activa de adolescentes.

Reto imperioso es el cambio de paradigma de un enfoque de atención asistencial a daños a la salud, a un enfoque de estilos de vida mas sana, en donde es indispensable para su logro, el conocer con mayor precisión el mundo del adolescente, que no es un niño grande o un adulto joven, y por ello se precisa ahondar sobre esta etapa de la vida, accesandole a los equipos de salud normas y procedimientos de atención integral médico-preventivo y asistencial adecuados a necesidades reales del joven.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 ADOLESCENCIA.

La adolescencia debe de entenderse como una etapa de crisis personal intransferible en el esquema del desarrollo biopsicosocial de un ser humano que abarca un largo periodo de la vida que comprende, por lo general, de los 10 o 12 años de edad hasta los 22.²¹

Ingersoll (1994), propone una definición que proporciona una visión holística de la etapa, y considera al adolescente como una unidad biopsicosocial en evolución:

“Es el periodo de desarrollo personal durante el cual el joven debe de establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales más maduras, la adaptación a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos”.⁵³

Freidenberg (1959), describe la adolescencia, como el periodo en el que el ser humano descubre lo que realmente es y siente, empieza a distinguir sus diferencias individuales respecto a los demás y se convierte en persona con derechos y responsabilidades propias, capaz de entablar relaciones profundas y significativas con otros individuos de su misma edad.⁵¹

Muchas descripciones de la adolescencia, abundan en la literatura, pero acerca de esas abstracciones, qué dirían los jóvenes de la generación actual inmersos en un mundo de alta tecnología, la automatización, los descubrimientos científicos, las aventuras espaciales, la invasión de la propaganda comercial, el cambio del campo a la ciudad, la revolución de valores sexuales, los medios de comunicación masiva, el

ruido, la contaminación, el consumo de drogas y otros factores ambientales que alteran profundamente el equilibrio de todo el organismo humano.

El efecto de esos factores, en los aspectos biológico, psicológico y cultural de todo ser humano, obliga a enfatizar más en la adolescencia contemporánea que en la adolescencia general.⁵¹

2.1.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE.

Quiérase o no, gran parte de la energía vital de cada individuo, se invierte para producir un cambio, entenderlo y adaptarse al mismo. En mayor o menor grado, todos los seres humanos experimentan la angustia de la transición que se origina por la pérdida de seguridad en los valores del pasado y el miedo al futuro.

La adolescencia se ha considerado un periodo de transición biológica y psicosocial entre la niñez y la edad adulta; un periodo de transición lleno de oscuridad, angustia, miedo e incertidumbre, pero también rebozante de energía, esperanzas y de vida nueva.

La adolescencia es un proceso de crecimiento y maduración biológica que se desarrolla bajo control genético estricto. Aparece como consecuencia del crecimiento y desarrollo humano en etapas previas.

El crecimiento se define como el aumento de superficie o masa corporal. Es el incremento del número y también del tamaño de las células, que dan origen al incremento de la masa corporal.

Incluye cambios neurohormonales que inducen y regulan la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-gónadas, y que dan por resultado una nueva geografía hormonal en el organismo. Esta se manifiesta somáticamente en niños y niñas con los cambios siguientes:

- a) Crecimiento y maduración del aparato genital.
- b) Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
- c) Crecimiento acelerado del sistema músculo esquelético.
- d) Adquisición de la capacidad de procreación.

El desarrollo de un adolescente se entiende como un proceso continuo de diferenciación, especialización, adquisición de funciones, adaptación, maduración y jerarquización de funciones con su entorno de convivencia.¹⁵

En la adolescencia se alcanza la madurez biológica y sexual y con ello la capacidad de reproducción. También se abre la puerta a la búsqueda y consecución paulatina de la madurez emocional y social, aquella donde se asumen responsabilidades y conductas que llevarán a la participación en el mundo adulto.

A la madurez biológica se le conoce como pubertad, en tanto al largo periodo que sigue para encontrar la madurez emocional y social se le denomina adolescencia.²³

Horrocks (1989), opina que son seis los puntos de referencia a los que hay que dar mayor importancia en el crecimiento y desarrollo del adolescente normal:⁵⁴

- a) La adolescencia es una época en donde el individuo se hace cada vez más consciente de sí mismo.
- b) Es una época de búsqueda de estatus como individuo.
- c) Es una etapa donde las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia.
- d) Es una etapa de desarrollo físico y crecimiento, que sigue un patrón común a la especie, pero también es idiosincrásica del individuo.
- e) Es una etapa de expansión y desarrollo intelectual, así como de experiencia académica.
- f) Tiende a ser una etapa de desarrollo y evaluación de valores.

2.1.2. ADOLESCENCIA NORMAL.

La definición de normal o anormal no sólo resulta de una valoración o calificación subjetiva emitida por una persona responsable o irresponsable, sino también de un proceso de razonamiento, que cuando se usa adecuadamente, no puede quedar libre de influencias del medio donde se realiza. Así el barrio, la cultura y tradición establecen, con la sabiduría popular o con el sentir del grupo, criterios de calificación para la población, y adquieren gran peso para proponer conceptos de normal y anormal y de quien es o no normal en su conducta y proceder ante la comunidad. Ello afecta, con razón o sin ella, a personas de todas las edades y diferentes condiciones.⁵⁵

En el diccionario de la Real Academia Española, “normal” se define como “aquello que marca la pauta, la norma, todo aquel o aquello que se ajusta a las normas, las reglas”.

Los desarrollos psicológicos y de la conducta social del sujeto en la adolescencia, al igual que otras del proceso ontogénico, se establecen en patrones de conducta de acuerdo con la edad. Todos estos señalan su carácter adaptativo. Es decir, los adolescentes calificados como normales en cualquier cultura son aquellos que piensan, hacen cosas, sienten y proceden como sus pares en el afán de realizar las tareas evolutivas de esta etapa, aquellas que le ayudarán a adaptarse biopsicosocialmente para lograr su desarrollo.

La percepción de la normalidad o de lo que le parece ser normal para el adolescente constituye una presencia importante a medida que su hacer, pensar y sentir esté dentro de la forma de hacer, pensar y sentir de los pares, y al mismo tiempo que pueda calificar como logros la practica de sus tareas evolutivas que, por pequeñas que estas sean, le afirman en la expectativa de ser normal. Y así cada empresa que califica como exitosa, le sirve de apoyo para reconocer sus potenciales y por consecuencia aumenta su autoestima y seguridad.⁵⁵

Los adolescentes normales son aquellos que tienen conductas que manifiestan abierta confianza en sí mismos; establecen buenas relaciones con los pares; son leales en las relaciones afectivas, pero también tienen habilidad para “prenderse” o “desprenderse” de los padres, compañeros y amigos con asombrosa rapidez sin acongojarse. Este tipo de adolescentes tienen y desarrollan cada vez mayor autoestima; esta les proporciona confianza y permite el desarrollo de una conducta segura, abierta y participativa con la familia y la sociedad. Además ellos son optimistas respecto a su futuro y se proponen metas.^{23,55}

2.1.3. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE:

La adolescencia como proceso personal y social se da en un aquí y un ahora, dentro de un marco cultural y económico. El éxito o la problemática que presentara un adolescente dependerá, en gran parte, del marco de referencia que lo ha contenido desde la infancia y deberá contenerlo en el presente.

Un buen marco de referencia ofrece siempre mejor calidad de vida al impulsar un desarrollo psicosocial y afectivo desde las primeras etapas existenciales. Como resultado de esa contención funcional se obtiene gradualmente la madurez emocional y afectiva que facilitan el desarrollo de muchas capacidades, entre ellas la de comunicación y la de establecer estilos de comunicación humana, no solo intrafamiliar.

Para que ocurra la posibilidad de vivir la experiencia adolescente dentro de un marco de valores donde se establezca de manera clara una conciencia de finalidades se necesita marcar límites precisos que garanticen un nuevo campo de libertad revestido de características como solidez y flexibilidad, para que en la medida del desarrollo psicosocial, el adolescente demande más espacio para realizar las tareas de mayor grado de complejidad, los jóvenes sientan que hay continuidad en el proceso y que los límites señalados, lejos de ser un impedimento, sean elementos de contención que brinden apoyo y guía para seguir creciendo.²³

El adolescente es muy sensible a la cultura, su desarrollo depende en gran medida de las normas que rigen su sociedad. Los principales cambios psicológicos, propios de esta etapa son cuatro: ⁵⁶

- ❖ Aumento de la agresividad.
- ❖ Aumento de la capacidad para el pensamiento abstracto.
- ❖ Intensificación de la imaginación y la fantasía.
- ❖ Intensificación del impulso erótico.

El adolescente debe cumplir con ciertas tareas psicológicas o procesos internos, que solo se traducen en conducta observable al fracasar en su manejo, de acuerdo con la etapa que viven:

- Adolescencia temprana (12-14 años), etapa de aceptación del cuerpo que crece y cambia, y cambios en la autopercepción de la imagen y la autoestima, predominando el pensamiento concreto.
- Adolescencia Intermedia (14-16 años), involucra la separación psicológica de la familia, para lo cual las relaciones con “El Grupo” de coetáneos marcan la pauta en la delimitación de la individualidad del sujeto; aumento de las conductas de riesgo para la salud, e interés heterosexual por los pares, y la aparición del pensamiento abstracto.
- Adolescencia Tardía (16-18 años), conlleva la adquisición de un sentido estable de la identidad, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y vocación, comienzo de la autonomía social y el desarrollo del pensamiento abstracto complejo. ⁵⁰

El concepto de normalidad psicológica en la adolescencia ha sido motivo de controversia, se han destacado los aspectos conflictivos de esta etapa, y si bien es cierto que 1 de cada 5 adolescentes desarrolla alguna entidad nosológica diagnosticable desde la psicopatología contemporánea, también lo es, que el resto sigue diferentes rutas de desarrollo emocional; se han propuesto tres condiciones dentro de la “normalidad”:

El grupo de crecimiento continuo: Estos adolescentes poseen un ego (Yo) fuerte, manejan adecuadamente sus demandas internas y externas y son capaces de posponer gratificaciones. Aceptan las normas culturales predominantes y mantienen relaciones con mutuo respeto y afecto con las generaciones adyacentes. No presentan problemas serios en el manejo de reglas, autoridad, valores, ni conciencia moral, y desarrollan ideales importantes y realistas. Como mecanismos de afrontamiento ante las tensiones externas utilizan preponderantemente la negación y el aislamiento, lo que les permite menguar la intensidad del estímulo. No experimentan períodos prolongados de ansiedad o depresión. Lo más distintivo entre los miembros de este grupo es que se muestran felices con ellos mismos y con su lugar en la vida.

Grupo de crecimiento agitado: Este patrón es el más comúnmente seguido por los adolescentes normales. No manejan tan fácilmente el estrés inesperado como los del grupo anterior, sus estrategias de afrontamiento son la proyección, el enojo y la depresión. Sus antecedentes ambientales y genéticos no se encuentran tan libres de problemas. Con mayor frecuencia sus familias han sido afectadas por eventos estresantes, tales como separaciones, muertes o enfermedades graves. Las relaciones con sus padres están marcadas por conflictos de opiniones. Son menos introspectivos y menos orientados a la acción que los del primer grupo y típicamente tienden a suprimir o reprimir sus emociones.

Grupo de crecimiento tumultuoso: Aquí se ubican aquellos adolescentes cuyos conflictos internos se manifiestan en problemas de conducta en la escuela y en el hogar. En sus familias hay menos estabilidad que en la de los grupos previos, con problemas conyugales y quizás con enfermedades mentales. El separarse de sus familias les genera conflictos. Muchos de ellos sumamente sensibles e introspectivos, con gran conciencia de sus necesidades emocionales. Emplean demasiada energía para enfrentar los problemas cotidianos y le cuesta mucho tolerar las frustraciones. Dependen más de sus amigos y compañeros, tal vez debido a que

reciben menos gratificaciones dentro de su núcleo familiar. Inician su vida sexual frecuentemente antes que los jóvenes de los grupos anteriores.

Ninguno de los tres grupos es superior al otro y la culminación de su proceso no es ni mejor ni peor; hay que recordar todos sus factores que inciden, como los ajustes en las relaciones con miembros del sexo opuesto, la orientación ocupacional, el desarrollo de un sistema de valores maduro y eficiente y el relajamiento de las intensas ligas emocionales con los padres, entre otros.

Si el desarrollo del adolescente no progresa normalmente, resultaran dificultades en sus relaciones interpersonales, familiares, escolares y sociales.

Los criterios de normalidad en la vida del adolescente incluyen, ausencia de psicopatología grave, dominio de las tareas previas del desarrollo, flexibilidad en los afectos y en el manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales y aceptación de valores y normas sociales.⁵⁷

Los adolescentes de manera abierta o encubierta utilizan las conductas de rebelión para: 1) Probar los límites, 2) Buscar autonomía y capacidad, 3) Separarse de los parámetros y estándares parentales y 4) Desarrollar un sistema de valores independiente. El adolescente desarrolla su propia identidad por medio de asimilar sus experiencias pasadas y aplicarlas a sus situaciones nuevas. Este autor considera que las oscilaciones en el afecto, las conductas impulsivas y la "marginación social" son el resultado de la dispersión del rol que acompaña esta forma de "probar" el mundo. A diferencia del adulto, el adolescente debe involucrarse en estos "excesos" porque no posee otro mecanismo para asimilarlos del exterior y ponerlos en orden.⁵⁸

El joven busca la individuación, sin embargo, sus recursos son limitados y en un proceso sin comunicación salen lastimados.

La rebeldía también puede manifestarse en la escuela al desobedecer reglas o disminuir el rendimiento escolar; sin embargo, el ambiente escolar en la secundaria cambia mucho y las exigencias de la preparatoria son aún mayores. Esto provoca confusión y miedo en el adolescente que percibe el aumento de demanda sobre de él, si a ello le agregamos que el grupo de coetáneos le puede rechazar solo por ser diferente.

La comunicación juega un papel primordial y una buena relación entre padres e hijos se ve coronada por una acertada toma de decisiones en lo que respecta a los tópicos sexuales. En este aspecto la información no basta, es indispensable la cercanía emocional y sobretodo la libertad para que se desarrolle la confianza.⁵⁹

2.2 DEPRESIÓN.

2.2.1. ANTECEDENTES.

El termino depresión se ha convertido en un vocablo de uso común en las conversaciones cotidianas. Sin embargo, con mucha frecuencia se utiliza como sinónimo de tristeza, falta de entusiasmo, pereza o frustración como experiencias vivenciales aisladas y transitorias. Cuando se habla de depresión como un conjunto de síntomas que se presentan juntos, se esta abordando uno de los diagnósticos mas comunes de la psiquiatría moderna.

La depresión es una enfermedad que afecta a millones de seres humanos en todo el mundo; de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, sólo alrededor del 50% son diagnosticados oportunamente y reciben un tratamiento médico adecuado.⁵

Diversos estudios, entre ellos el Epidemiologic Catchment Area (ECA) 1997, muestra que alrededor del 60% de las personas que sufren depresión son tratadas por médicos de atención primaria. Las características sociodemográficas y los factores

relacionados con la salud parecen desempeñar un papel muy importante en la detección de los trastornos psiquiátricos por los médicos generales.⁶⁰

Los trastornos depresivos se han identificado y descrito desde la primera recopilación histórica. Hace más de 3000 años la depresión en Egipto era tratada por los sacerdotes.

Hipócrates, al referirse a los síntomas depresivos, introdujo por primera vez el término de "melancolía" (bilis negra), y su descripción todavía tiene validez.

Desde finales del siglo XVIII los conceptos de manía y melancolía fueron poco a poco redefiniéndose de acuerdo con sus manifestaciones clínicas.

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes y graves en la nosología psiquiátrica, y produce una importante morbilidad y mortalidad. La depresión no debe confundirse con los sentimientos transitorios de infelicidad y tristeza, que son condiciones frecuentes y naturales que acompañan al ser humano durante toda su vida, y que desaparecen en forma espontánea.

La depresión corresponde, sin duda, a un grupo heterogéneo de trastornos. Sabemos que alrededor del 70% de los pacientes responden al tratamiento antidepressivo, lo cual es una tasa de respuesta elevada en comparación con la de otras enfermedades mentales o físicas.

Es interesante observar que la depresión se presenta en todas las clases sociales, y lo único en que difiere es en los cuadros clínicos. Los pacientes deprimidos de nivel socioeconómico bajo, generalmente expresan su malestar con múltiples somatizaciones; es decir, se quejan de dolor, de alteraciones gastrointestinales, como náuseas y vómito, de cefalea, de constipación, etc., ya que son incapaces de expresar sus síntomas mentales y subjetivos que con frecuencia acompañan este padecimiento.⁶¹

2.2.2. TRASTORNO DEPRESIVO EN LA ADOLESCENCIA Y SU ENTORNO.

En la adolescencia, la presencia de la depresión es, a la vez, un fenómeno común y transitorio y una enfermedad peligrosa que puede derivar en actuaciones autodestructivas. Como fenómeno transitorio es común cuando se enfrentan algunas de las vicisitudes del propio proceso del adolescente, antes de que esté respondiendo al desafío de ese momento de su vida. Como enfermedad psiquiátrica, se convierte en peligrosa debido a la tendencia del adolescente hacia la escenificación de sus conflictos por medio de actuaciones impulsivas.

Los síntomas de depresión en el adolescente generalmente son parecidos a los de los adultos, aunque se ha observado que la hipersomnia y la irritabilidad son más frecuentes a esta edad que en los pacientes mayores; pueden ser rebeldes, groseros y agresivos. La depresión en la adolescencia se asocia con la pérdida de interés y de la capacidad de trabajo, lo cual provoca que abandonen las actividades personales y sociales, incluso la diversión. También se relaciona con tabaco, alcohol y drogas.⁶²

Se considera que el adolescente está enfermo cuando el proceso de su desarrollo biopsicosocial se altera y esto se manifiesta en conductas anormales, síntomas y alteraciones en sus funciones mentales.^{19,46}

Los investigadores creen que la depresión es un cuadro infradiagnosticado en la infancia y adolescencia, dado que su expresión puede ser distinta a la de los adultos y puede estar relacionada con el grado de desarrollo del infante y joven. Enfado, agresividad, hiperactividad, delincuencia y problemas escolares pueden ser mejores indicadores de una depresión que caras tristes y llorosas, retraimiento de actividades y expresión verbal de baja autoestima. Un adolescente con baja autoestima puede recurrir a las drogas y el alcohol para sentirse bien. Estas sustancias, a su vez, suelen llevar a una conducta propensa a asumir riesgos y a promiscuidad sexual.⁶³

2.2.3. ASPECTOS ETIOLÓGICOS.

Las causas de la depresión son múltiples y muy complejas. Por una parte están los factores intrínsecos o biológicos, en los que intervienen neurotransmisores y procesos neuroquímicos cerebrales y, por la otra, los de tipo psicosocial. Con frecuencia los deprimidos, sobre todo los hombres, expresan sus síntomas por medio del consumo excesivo de alcohol, de tabaco, etc.

La depresión es un fenómeno humano, una vivencia interna que forma parte de los momentos específicos de cada persona. El conocimiento psicoanalítico enseña que, entre otras variables, hay que considerar dos factores principales en la génesis de la depresión: la llamada pérdida objetal, que se refiere a la pérdida de un ser querido o importante para la vida del sujeto, y por otra parte, las restricciones internas y externas al desarrollo normal del impulso agresivo, de lo puramente impulsivo y a veces destructivo, a su transformación en la energía canalizada a la lucha y la competencia.⁴⁶

Considerando la influencia y el efecto que el crecimiento y la maduración del joven pueden tener sobre los factores etiológicos de la depresión, así como de la dinámica biopsicosocial de la adolescencia, no es posible aplicar los hallazgos de investigación de adultos en adolescentes. Sin embargo, es necesario considerar, que hay tres líneas de investigación acerca de las depresiones mayores, cuyos conceptos pueden ser útiles para comprender las causas de la depresión en esta población adolescente con características tan específicas. Mencionando solo algunos conceptos nucleares y autores recientes:

2.2.3.1. El modelo genético.

En la actualidad, se está tratando de determinar el mecanismo genético que interviene, mediante el empleo del mapeo y del enlace génico. El mapeo genético ha proporcionado cierta evidencia de vulnerabilidad genética, y la investigación en gemelos señala que la herencia desempeña un papel importante, sobre todo en la

depresión bipolar (un subtipo de la enfermedad afectiva con manifestaciones intercaladas de depresión y de manía).

Los resultados de los estudios de concordancia nos demuestran que si un gemelo idéntico (monocigoto) padece depresión o manía, hay de 70 a 80% de probabilidades de que el otro gemelo también esté afectado.

En los gemelos no idénticos (dicigotos), el riesgo de padecer un estado depresivo es de 25%, semejante al de un hermano o al de los hijos de una persona afectada.

La prevalencia en los familiares de los sujetos deprimidos es de dos a tres veces mayor que la encontrada en los familiares de los controles (individuos sin antecedentes de depresión).^{46,64}

2.2.3.2. El modelo biopsicosocial.

De acuerdo con algunos estudios básicos efectuados en primates que han desarrollado un modelo de depresión basado en el aislamiento, parece ser que la pérdida de los lazos sociales durante periodos críticos del desarrollo aumenta el riesgo de sufrir episodios depresivos mayores.

Mayores resultados se obtendrían si se integraran los conocimientos de la psiquiatría social y de la biológica, para encontrar un esquema más simple sobre el origen de la enfermedad mental. Esta nueva hipótesis psicosocial distingue tres grupos de factores en la etiopatogenia de la depresión: 1) los que producen vulnerabilidad a padecer síntomas ansiosos o depresivos; 2) los que producen los síntomas en un tiempo determinado; y 3) los que determinan la duración de la enfermedad. Estos tres grupos de factores son llamados, respectivamente: de vulnerabilidad, de desestabilización y de restitución.

2.2.3.3. La participación del estrés.

La hipótesis de que un estado estresante puede generar un cuadro mental es muy antigua. Se ha intentado medir y estimar el efecto de los sucesos estresantes sobre la salud mental en niños y en los adultos.⁶⁵

2.2.3.4. Factores bioquímicos.

En la actualidad hay múltiples teorías biológicas que proporcionan cierta evidencia de que el estrés induce algunos cambios en los neurotransmisores cerebrales, así como en ciertas hormonas del individuo, en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroides- adrenal.

Hace poco se especuló con la idea de que hay un desequilibrio en los tres sistemas de neurotransmisión que, indudablemente, se encuentran intercomunicados entre sí. El hecho de considerar sólo hechos aislados, como la medición de los metabolitos de cada uno de los tres neurotransmisores, parece ser demasiado reduccionista.⁶⁶

2.2.3.5. Concepto integral.

En la actualidad, los conceptos sobre la patogénesis y la patofisiología de la depresión mayor son los siguientes:

- La etiopatogenia de los trastornos depresivos se origina en la interacción entre los estresores experimentados a temprana edad y la vulnerabilidad genética preexistente.
- Los adelantos tecnológicos en la biología molecular han permitido conocer los cambios ocurridos en la actividad genética como resultado de los estresores ambientales o de las alteraciones genéticas inherentes.
- Estos cambios de la actividad genética se "normalizan" en la remisión clínica durante el tratamiento farmacológico.
- Las técnicas de imaginología cerebral funcional permiten observar los circuitos anatómicos específicos que se "desregularizan" del episodio depresivo mayor, y su normalización a la remisión del cuadro clínico. Por ahora no ha sido posible identificar el gen específico responsable del trastorno afectivo.⁶⁷

2.2.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Varios estudios provenientes de Inglaterra (1996), demuestran que la depresión sobreviene cada vez a etapas más tempranas, sobre todo en las mujeres con antecedentes familiares de una enfermedad afectiva.

Además se ha comprobado que el riesgo de presentar depresión va disminuyendo conforme aumenta la edad, independientemente de los factores culturales y sociales.⁶¹

De acuerdo a diferentes estudios de investigación en el mundo(1997), el riesgo de padecer un episodio depresivo en la población general en el transcurso de su vida es del 20%.³

En Estados Unidos (1995), el riesgo de presentar un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida es de aproximadamente 6%⁴⁹; y el riesgo de presentar cualquier otro trastorno del estado de ánimo a lo largo de la vida es del 8%.⁶⁸ Cerca del 20% de la población general presentara por lo menos un episodio depresivo en el transcurso de su vida.³

Fava y Davidson (1996), determinaron que la prevalencia de depresión en la Unión Americana, oscila entre el 2.6% y el 5.5% en varones y entre el 6 y 11.8% en mujeres. En la asistencia primaria la prevalencia es de 4.8 y 9.2%.^{69,70}

Muchos estudios han encontrado que la depresión unipolar en general se presenta dos veces más en mujeres que en los varones.⁷¹

En los Estados Unidos, según Dohernwend (1978), la prevalencia del trastorno bipolar es del 1- 2.5%¹⁴. Akiskal (1995), utilizando criterios conservadores, se observa que el 5-15% de los casos de depresión en adultos es bipolar.^{72, 73}

En Argentina (1994), se detectó la presencia de síndrome depresivo leve en el 26% de los jóvenes, moderado en un 16.6% y grave en un 8.8%. Los factores de riesgo detectados fueron: el temperamento triste en la infancia, las cefaleas, los episodios depresivos anteriores, la violencia familiar, la separación de los padres y la ausencia del hogar por más de 24 horas. Los conflictos sentimentales con amigos y también los escolares se identificaron como factor de riesgo de depresión.⁷⁴

En estudios epidemiológicos realizados en México, Europa y Estados Unidos (1989), se señala que las mujeres tienen dos veces más riesgo que los hombres de padecerla durante su ciclo vital y buscan ayuda médica con mayor frecuencia que los hombres. ⁷⁵

En México (1988), se prefieren los estudios en la población de pacientes que acuden a la consulta y son pocos los estudios de índole epidemiológico en población abierta, existiendo numerosos problemas metodológicos, ya que se usan distintas muestras de población, diferentes métodos para diagnosticar la depresión, diversas fuentes de información y variados criterios diagnósticos. ⁴⁸

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP), realizada en el año 2000, en la cual el 40% se ubicó en el grupo de edad de 18 a 29 años, determinó que el 28.6% de la población encuestada presentó alguno de los 23 trastornos mentales de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastorno los más frecuentes fueron la ansiedad (14.3%), el uso de sustancias (9.2%) y los trastornos depresivos (9.1%). ⁷⁶

El trastorno depresivo mayor y la distimia pertenecen al grupo de padecimientos psiquiátricos más frecuentes en adolescentes, tanto en poblaciones clínicas como epidemiológicas. ⁷

En estudios epidemiológicos de adolescentes, basados en muestras de escolares europeos y norteamericanos (1996), han reportado índices de depresión de entre 1.6% y 1.8%. ⁸

En poblaciones adolescentes rusas y japonesas (1988), se han identificado prevalencias de síntomas depresivos severos en 19 y 57% respectivamente. ⁹ En Chile (1994), parece ser que el pico epidemiológico del trastorno depresivo mayor en la adolescencia es entre los 14 y 15 años de edad. ⁷⁷

Flaherty (1991), menciona que aproximadamente 1 a 2% de los adolescentes cumple con los criterios diagnósticos para depresión mayor. La relación mujer a hombre es de 2:1. No obstante, si se incluyen los trastornos distímicos, los trastornos de ajuste con humor deprimido y la depresión que acompaña a otras alteraciones como el abuso de sustancias tóxicas, anorexia o delincuencia, la prevalencia sería mucho mayor.⁷⁸

En Estados Unidos (1995) se estimó una prevalencia de depresión en población de 14 a 16 años de edad de 4.7%, similar a las tasas en población adulta.^{48, 49} Algunos investigadores han encontrado, durante la adolescencia, tasas de prevalencia mucho más altas a estas, e incidencias de 15 a 28%.¹⁰

Existen muy pocos estudios en poblaciones abiertas de adolescentes mexicanos o de origen latino. En Guatemala en 1992, se realizó un estudio que determinó que 35% de los adolescentes de su muestra cursaban con trastorno depresivo mayor.¹¹

Las investigaciones en inmigrantes latinos en California (1996), reportan que 25% de los adolescentes presentan niveles críticos de depresión e ideas suicidas relacionadas con el estrés de la culturización.⁷⁹

Diferentes estudios epidemiológicos en Chile (1996), han descrito una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 0.4% a 8.3% entre los adolescentes;⁷ y en poblaciones clínicas estadounidenses en 1995, se ha encontrado entre el 27% y el 40%.⁸⁰

La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP), mediante revisión bibliográfica de los últimos 15 años, hasta el año de 1998, determinó que la prevalencia de trastorno depresivo es aproximadamente de 4 a 8% en los adolescentes y la incidencia es más frecuente en jóvenes del sexo femenino a razón de 2:1. La incidencia acumulada hasta los 18 años es de aproximadamente el 20%, en muestras comunitarias.⁸¹

En Chile (1994), el pico epidemiológico de la depresión mayor en la adolescencia es entre los 15 y 16 años de edad; mas aun se ha reportado que al menos 25% de los adolescentes cumplen con los criterios para algún tipo de trastorno psiquiátrico antes de los 14 años.⁷⁷

Kashani y Nair (1995), identificaron que la prevalencia de trastorno bipolar a lo largo de la vida fue de 0.6% en 150 adolescentes que no fueron remitidos a consulta psiquiátrica.⁴⁹

Séller y cols (1996) determinaron que en los Estados Unidos, el riesgo de bipolaridad es superior en la depresión mayor juvenil; es de al menos el 20% en los adolescentes y del 32% en los niños menores de 11 años.⁸²

Los pacientes con depresión presentan un riesgo de atentar contra su vida, 30 veces mayor que el de la población en general. El suicidio es un problema de salud pública, que complica los trastornos del estado de ánimo, con mayor frecuencia que otros trastornos. En sujetos con trastorno del estado de ánimo se presenta el riesgo de suicidio en un 10-15%;^{83,84,85} y el riesgo de tentativa de suicidio aumentó hasta 41 veces en los pacientes deprimidos en comparación con otros que tenían otro diagnóstico, según el estudio Epidemiologic Catchment Area publicado en 1990.⁸⁶

2.2.5. ASPECTOS CLÍNICOS Y DE CLASIFICACIÓN.

Los tres trastornos del estado de ánimo más frecuentes en el adolescente son la depresión mayor, la distimia y los trastornos depresivos no especificados.¹²

En la actualidad se considera a la depresión como parte del grupo de los trastornos del estado de ánimo, de acuerdo con lo especificado en los dos sistemas de clasificación más utilizados: la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su capítulo 10, correspondiente a las enfermedades mentales de la OMS (CIE-10) y la de la Asociación Psiquiátrica Americana, que es el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su cuarta versión (DSM-IV).^{12, 87}

Para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor con o sin melancolía, es necesario que el paciente tenga varios síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas. Para que se trate de una depresión mayor, la clasificación del DSM-IV requiere que no haya ninguna causa orgánica que explique los síntomas.

Los pacientes diagnosticados con episodio depresivo mayor unipolar no deben haber padecido nunca un episodio de manía. Si lo tuviera alguna vez, el diagnóstico que se dará será de trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva). El episodio maniaco implica euforia, expansividad, irritabilidad, verborrea, disminución de la necesidad de dormir, autoestima excesiva o grandiosidad, agitación psicomotora, etc.⁵²

El diagnóstico de depresión unipolar se diferencia del bipolar, en que éste último sólo puede establecerse si el paciente ha presentado, como ya se dijo, un episodio maniaco. Es importante diferenciarlo, pues esto tiene implicaciones en el manejo terapéutico.^{12, 63}

El trastorno bipolar se subtipifica de acuerdo con las manifestaciones prevalcientes en el momento de hacer el diagnóstico, en maniaco (cuando los síntomas son de manía), depresivo (cuando los síntomas son depresivos) y mixto (cuando hay una combinación de ambas manifestaciones).

La condición ciclotímica se caracteriza por las fluctuaciones entre los estados depresivos y maníacos de moderada intensidad. El trastorno bipolar no especificado en otra parte, corresponde a las condiciones típicas del trastorno pero que no reúnen totalmente los síntomas necesarios para dar este diagnóstico. El diagnóstico de un episodio de depresión mayor, así como el del trastorno bipolar, requiere que los síntomas hayan prevalecto por lo menos durante dos semanas consecutivas.⁸⁸

2.2.5.2. TRASTORNO DISTIMICO.

La palabra distimia proviene del prefijo griego *dys*, que significa difícil o malo, y *timos*, que significa mente. Significa "mal genio". El DSM-IV considera la distimia como la

forma mas leve de patología depresiva, en la que los síntomas no son tan intensos como en el trastorno depresivo, pero pueden ser crónicos.

Según el DSM-IV los criterios diagnósticos incluyen animo deprimido o irritable durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante al menos 2 años, y en adolescentes alrededor de 1 año, tiempo donde el paciente no disfruta mas de 2 meses asintomático y no presenta ningún episodio maniaco o depresivo.

La naturaleza crónica de este trastorno es motivo de preocupación, ya que suele acompañarse de una lucha de por vida contra la depresión, que puede adoptar diversas formas de inadaptación.

En un intento de escapar de la autoestima negativa, de los sentimientos de infravaloración, vacío, baja energía y fatiga, pesimismo sobre el futuro y desesperanza con ideación suicida, el adolescente puede implicarse en ciertas actividades que generan excitación, como son las conductas criminales, la promiscuidad, los embarazos no planeados o deseados, abuso de sustancias o de alimentos, con el fin de tratar de escapar del dolor psíquico.^{12, 63}

Cuando los síntomas depresivos tienen una duración prolongada, se da el diagnóstico de distimia, que es una categoría diferente a la de la depresión; tienen menor severidad sintomática pero su duración debe haber sido continua o casi continua durante por lo menos dos años.¹²

La distimia se considera un trastorno afectivo crónico, con un estado de humor deprimido que persiste durante la mayor parte del tiempo. Suele iniciarse durante la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Sus principales síntomas son: 1) ánimo depresivo; 2) disminución del apetito; 3) insomnio o hipersomnia; 4) fatiga o pérdida de la energía; 5) disminución de la autoestima; 6) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, y 7) sentimientos de desesperanza.

El parecido entre la distimia y la depresión mayor en ocasiones dificulta dar el diagnóstico apropiado, sobre todo en los niños y los adolescentes. Los síntomas pueden estar relacionados con los de la depresión mayor, pero en la distimia no se presentan ideas delirantes ni alucinaciones. En los niños es frecuente que el estado de ánimo abatido se exprese con irritabilidad.

La depresión "melancólica" también conocida como depresión endógena se caracteriza por la persistencia de alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento y de la conducta estén o no relacionados con diferentes síntomas somáticos.¹²

2.2.5.3. GRADOS DE DEPRESIÓN.

De acuerdo con la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden ser:

Leves: si el paciente tiene pocos de los síntomas anteriormente descritos en este capítulo al referenciar el DSM –IV y que por lo general sólo se identificaron para establecer el diagnóstico de depresión y estos síntomas no alteran el funcionamiento laboral o social del adolescente, es decir no tiene que hacer mucho esfuerzo para poder desempeñar sus actividades cotidianas.

Moderados: si hay un mayor número de síntomas referidos en el DSM - IV o si son de mayor intensidad en comparación con los de los casos leves, si la limitación funcional del paciente es mayor y si el adolescente tiene que hacer un gran esfuerzo para desempeñar sus actividades diarias.

Severos o Graves: si todos o casi todos los síntomas depresivos referidos en el DSM – IV son de gran intensidad, al grado de sentirse muy limitado o estar por completo incapacitado para desempeñar funcionalmente sus actividades. Junto con los cuadros severos pueden aparecer también síntomas psicóticos agregados.⁹¹

Una vez que se ha determinado el diagnóstico de depresión, con el objeto de medir la severidad se utilizan escalas, esto es importante ya que no deben considerarse como instrumentos de diagnóstico, sino de cuantificación de la severidad. Un ejemplo

de estas escalas es la Escala de Hamilton para la depresión, que es muy conocida y se usa mucho en la práctica clínica psiquiátrica desde hace ya mucho tiempo.⁹²

De acuerdo con las manifestaciones sintomáticas se pueden presentar los siguientes subtipos:

Depresión mayor con características melancólicas: su característica principal es la falta de placer en todas las actividades, o bien, la falta de reacción a los estímulos habitualmente placenteros.

Depresión mayor con características psicóticas: en estos cuadros, además de los síntomas depresivos específicos, se presentan ideas delirantes (sin fundamento en la realidad) o alucinaciones (percepciones de diferentes modalidades sin objeto real).

Depresión mayor con características atípicas: este subtipo se caracteriza por presentar un estado de ánimo reactivo (el afecto mejora en respuesta a un suceso real positivo o potencialmente positivo).⁴

2.2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

El episodio depresivo mayor se debe distinguir de los siguientes trastornos:

Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad física: la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad orgánica específica, por ejemplo, esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral o hipotiroidismo. Esto se determina por medio de la historia clínica, los resultados de laboratorio o la exploración física.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias: cuando una sustancia (droga, medicamento, tóxico) se considera etimológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo; por ejemplo, en los casos en los que esta alteración se presenta durante la abstinencia de cocaína. Estos casos se determinan cuando

hay una clara relación causal de asociación (los cambios del afecto se presentan durante o inmediatamente después del consumo de la sustancia).⁸⁸

Trastorno adaptativo (o reacción de ajuste) con ánimo depresivo: aparecen síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor psicosocial identificado, dentro de los tres meses siguientes de haberse presentado el estresor. Las manifestaciones predominantes consisten en un estado de ánimo depresivo, con llanto o desesperanza. El malestar es mayor de lo que suele esperarse por el tipo y grado del estresor, y se deteriora seriamente la actividad social, laboral o académica del sujeto. Una vez que desaparece el estresor, los síntomas no persisten más de seis meses.

Duelo: es la reacción esperada por la muerte de un ser querido o por alguna pérdida sentimental, económica, o de estatus. Como parte de esta reacción, algunos individuos manifiestan síntomas parecidos a los de una depresión mayor; por ejemplo, sentimientos de tristeza, insomnio, pérdida del apetito y de peso. La persona que lo experimenta califica este estado de ánimo como "explicable" por la magnitud de su pérdida, aunque puede buscar tratamiento para el insomnio o por haber perdido el apetito. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre las diferentes culturas. El diagnóstico de "episodio depresivo mayor" no corresponde, a menos que los síntomas persistan más de dos meses después de ocurrida la pérdida.⁸⁸

2.2.7. DEPRESIÓN Y COMORBILIDAD.

Durante el proceso de cualquier enfermedad ya sea física o mental, puede presentarse un episodio depresivo y entonces se habla de comorbilidad.

López y De la Peña (1999), concluyeron que en el adolescente con depresión es muy frecuente la comorbilidad, ya que entre el 40 y 90% presentan otro trastorno, mientras que el 20 y 50% de los pacientes tienen dos o más trastornos comorbidos. Los trastornos comorbidos más frecuentes son la distimia y los trastornos de

ansiedad (30 a 80%), seguidos por los trastornos de conducta (10 a 80%) y los trastornos por abuso de sustancias (20 a 30 %).

También algunas enfermedades orgánicas pueden presentarse junto con la depresión o con síntomas afectivos tales como hipotiroidismo, lupus eritematoso, enfermedad neurológica, SIDA, anemia, diabetes y epilepsia.^{81,93}

Además deberá hacerse el diagnóstico diferencial con el síndrome de fatiga crónica, el trastorno adaptativo con síntomas depresivos y el duelo.

En el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1999), se identificaron los principales trastornos comórbidos al trastorno depresivo mayor en adolescentes, donde el 90% de los adolescentes deprimidos presento por lo menos un diagnóstico comórbido y 70% dos o más. El trastorno de déficit de la atención con hiperactividad representó el 27.5% de los trastornos comórbidos, en segundo lugar el trastorno distímico con 20%, siguiéndole el trastorno de conducta con 19%.⁹⁴

También es necesario determinar si la depresión es primaria o secundaria a otra enfermedad física, al consumo de ciertas drogas o a la coexistencia de otra afección mental, como el trastorno de ansiedad, la esquizofrenia, el trastorno esquizofrénico, etc.

2.2.8. DEPRESIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA.

La depresión es primaria cuando no se sobrepone a otra enfermedad física o mental. La prevalencia de un trastorno depresivo, secundario a cualquier enfermedad física, es todavía poco conocida.

Algunos autores señalan que, por lo menos, 25% de los pacientes internados en un hospital general tienen síntomas depresivos clínicamente importantes. En un buen número de enfermedades físicas, el paciente se deprime, como ejemplo en las infecciosas (hepatitis, salmonelosis, etc.), en las endocrinas (hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, etc.), metabólicas (hiponatremia, hipokalemia, uremia, etc.),

en las neurológicas (epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, etc.), en las malignas (cáncer de pulmón, pancreático, cerebral, etc.), y en otras muchas.⁸⁸

2.3. INSTRUMENTOS PARA MEDIR DEPRESIÓN. CUESTIONARIOS AUTOADMINISTRADOS.

Existen numerosos cuestionarios encaminados a la detección de trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentra:

- Self Reporting Questionnaire (SRQ). Este es un cuestionario de screening (pantalla) de 20 a 24 ítems desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, para su uso en países en vía de desarrollo en el entorno de la medicina general.⁹⁰
- Symptom Checklist (SCL), disponible en varias versiones, con distinto número de ítems. Los datos de validación en un entorno de medicina general son americanos.⁹⁵
- Hospital Anxiety Depression Scale, sus escalas se diferencian de de otras en que estas se derivan de de la experiencia clínica, mas que del análisis factorial.⁹⁶
- Psychiatric Epidemiology Research Instrument (PERI), consta de 5 escalas derivadas de un análisis factorial de dimensiones conceptualmente útiles: ansiedad, tristeza, irritabilidad.
- Beck Depresión Inventory, la Center for Epidemiologic Studies Depresión Scale (CES-D) o la Leeds Depresión Scale.¹⁴

Estos instrumentos han sido evaluados en cuanto a confiabilidad y validez con el General Health Questionnaire (GHQ), evidenciándose igual o mayor sensibilidad para la detección de síntomas compatibles y enmascarados de depresión.⁹⁷

2.3.1. GHQ-28. CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD.

El Cuestionario GHQ-28 fue diseñado para ser utilizado como un test de pantalla (screening) autoadministrado diseñado a detectar alteraciones emocionales del funcionamiento normal y trastornos psíquicos entre los encuestados en un ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, tal como la atención primaria o los pacientes médico quirúrgicos ambulatorios. El malestar psicológico tiene ciertos rasgos en común, síntomas tales como no poder dormir por preocupaciones, sentirse bajo presión, ser incapaz de concentrarse y sentirse incapaz de enfrentarse a los problemas propios, son manifestaciones comunes de la condición humana.

El cuestionario se refiere a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico (distressing). Puesto que no se pregunta al individuo durante cuanto tiempo ha experimentado cada síntoma, el GHQ detecta trastornos de menos de 2 semanas de duración.

El GHQ-28 tiene dos aplicaciones principales cuando se contempla la enfermedad como una categoría:

- * Estimar la prevalencia de la enfermedad en una determinada población.
- * Captar "casos de enfermedad psíquica oculta" en las clínicas de medicina general o a grupos de población de riesgo.⁹⁷

Se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de screening para estudios epidemiológicos psiquiátricos.

Fue diseñado para ser de fácil administración, aceptable para los encuestados, bastante corto y objetivo en el sentido de no requerir personal especialista que lo administre, la cual podría hacer valoraciones subjetivas sobre el encuestado. Su propósito fue detectar aquellas formas de trastorno psíquico que pudieran tener relevancia en la práctica médica y, por tanto, se centra en los componentes psicológicos de una mala salud. Está específicamente destinado a diferenciar entre

malestar y salud psicológicos. Con el GHQ-28, no se hacen presunciones teóricas sobre la naturaleza de la jerarquía dentro de la clase de trastornos psíquicos, solo que hay menos formas diferenciadas en las que tales pacientes difieren en su totalidad de aquellos que están sanos.^{97, 98}

Los trastornos psíquicos son aquellos trastornos de la función psicológica que han sido descritos sistemáticamente entre los pacientes que acuden al psiquiatra. Estos están descritos en la Guía Diagnóstica y Descripciones Clínicas de los Trastornos Mentales, Conductuales y del Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud, en la Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), así como también por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).¹²

Los pacientes con trastornos psíquicos se diferencian de cualquier otro paciente en muchos aspectos, pero un cuestionario de screening no necesita tener en cuenta tales distinciones.

Se puede pensar que el GHQ-28 da una estimación de la probabilidad de que un individuo sea caso psiquiátrico. Si los resultados de la puntuación GHQ, se comparan con los resultados de una evaluación psiquiátrica independiente, es posible establecer el número de síntomas con los que la probabilidad de que un individuo sea considerado caso este por encima de 5, o la llamada puntuación umbral.

Es posible estimar la prevalencia del trastorno en una población, siempre que se conozca la proporción de individuos con puntuaciones por encima de este umbral.

El GHQ ya ha sido empleado en 38 idiomas y se han publicado más de 50 estudios de validez.^{97, 98}

2.3.2. DISEÑO Y MÉTODOS DE PUNTUACIÓN DEL GHQ-28.

El GHQ-28 contiene 28 preguntas que indagan si el paciente ha experimentado recientemente un determinado síntoma o conducta, en una escala que va desde << no en absoluto o mejor que lo habitual>> a << mucho mas o peor que lo habitual>>. La escala contiene cuatro posibles respuestas, que pueden ser puntuadas como una escala de respuesta (0, 1, 2, 3), de forma que solo aseveraciones patológicas que indiquen que se padece el síntoma corresponden a la puntuación 2 y 3. Es un método muy sencillo de puntuación y tiene la ventaja de eliminar cualquier error debido a los que tienden a puntuar en los extremos (end-users) y a los que tienden a puntuar en los términos medios (middle-users). Este método reduce los prejuicios asociados a las escalas de respuestas bimodales.⁹⁹

Para su interpretación se suman las 7 respuestas de cada subgrupo: Los del subgrupo A (Síntomas somáticos), mas los resultados del subgrupo B (Ansiedad e Insomnio), posteriormente el subgrupo C (Disfunción social) y al final la suma del subgrupo D (Depresión severa o grave), lo que conformara una cantidad total global, que permitirá ubicar el nivel de depresión de cada adolescente.

La escala utilizada para clasificar el grado de depresión del adolescente considera la suma de ítems de cada subgrupo calificados como positivos y según el puntaje obtenido y descrito a continuación:

- De 0 a 5 síntomas positivos = Normalidad.
- De 6 a 10 síntomas positivos = Depresión Leve.
- De 11 a 15 síntomas positivos = Depresión Moderada.
- De 16 a 21 ó mas síntomas positivos = Depresión severa o grave.

Los estudios internacionales de validación del GHQ-28 son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes.^{98,99}

La confiabilidad y validez de esta versión corta del instrumento en México, se realizó por medio de rotación Varimax de las cuatro áreas que explican la varianza en el cuestionario de 28 preguntas. La validez para esta versión se efectuó mediante las pruebas Split-half, Test-retest, evidenciando una especificidad del instrumento de 87% y sensibilidad de 91.4%.¹⁰⁰

ROTACIÓN VARIMAX DE LAS 4 AREAS DEL GHQ-28.

Numero del área.	Clasificación de la causa	Preguntas comprendidas en al escala.
1.-A	Síntomas somáticos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
2.-B	Ansiedad e insomnio	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.
3.- C	Disfunción social	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.
4.-D	Depresión severa o grave	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.

2.3.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL GHQ-28 EN OTROS PAISES Y MEXICO.

En estudios realizados en poblaciones de adolescentes y jóvenes en grupos de 15 a 24 años de edad, aplicando el GHQ-28, sobresale el resultado obtenido por la Escuela de Salud Publica de Quito, Ecuador, donde el 71.8% de estudiantes en su internado de Medicina presentaron algún grado de depresión (Breilh, J.1993) y en Bolivia con muestra similar en cuanto al grupo etareo reportaron el 44.5%.^{101,102}

En España se identifico la presencia de depresión en jóvenes universitarios con un rango según área de estudios de entre 27.2 y 35.0%^{103, 104,105, 106,} y por grado de depresión, el 48.7% leve, 42.3% moderada y 8.8% severa.¹⁰⁷

En México la presencia de depresión en alumnos del primero y tercer semestre de Medicina fue del 34.0% según Medina-Mora, E (1985) y del 39.5% en estudiantes de la Universidad Metropolitana de México (1993).¹⁰¹

Gutiérrez JR, (2004), reporto que en estudio realizado en adolescentes en El Salvador, identifico que las áreas del GHQ-28 mas afectadas por frecuencia fueron la disfunción social en el 19.6%, siguiéndole somatización con 16.0%, ansiedad e insomnio el 13.8% y depresión severa el 6.4%¹⁰⁸

2.4. FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN DURANTE EL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA.

2.4.1. FACTOR DE RIESGO.

El adolescente transita durante 10 a 15 años el camino que lo ha de llevar a ser adulto, y en ese trayecto se le presentan factores de riesgo y de protección a su integridad y salud.

En investigaciones sobre desarrollo humano en adolescentes, ha quedado claro que este no ocurre de manera independiente a lo que acontece en el medio ambiente. Más bien en cierta manera, constituye la adaptación del individuo al ambiente en que vive. Con esta base, registraron que no solo el individuo se adapta al ambiente, sino que el ambiente tiene efecto en el desarrollo humano de manera positiva o adversa.¹⁰⁹

Cada individuo llega a verse a sí mismo con capacidad de generar un efecto en el ambiente y a aquellos que lo rodean a través de comportamientos que estimulan o impiden respuestas en el medio.^{24,34}

La biología y la genética juegan un importante papel en el crecimiento y desarrollo del adolescente, ya que si este proceso se da en términos de normalidad, le proporciona al joven factores de protección, tanto en su composición genotípica

como fenotípica. Por el contrario se pueden presentar alteraciones que condicionan cargas hereditarias que representan factores de riesgo.

El entorno social también genera factores de riesgo como son la pobreza, las desigualdades étnicas y culturales, además de una falta de oportunidades concomitantes tales como el desempleo, falta de fuentes de trabajo e inequidad de género entre otras; y en sentido opuesto son factores protectores la educación de calidad, una adecuada cohesión del núcleo familiar y de las redes sociales, e igualmente el grado de interés de los adultos hacia las inquietudes de los jóvenes.²⁴

El riesgo es la contingencia, el evento o la acción que aproxima a un daño.

Se entiende el factor de riesgo como una característica o circunstancia cuya presencia aumenta la posibilidad de que se produzca un daño o resultados no deseados.

Comportamiento de riesgo es la expresión y compromiso voluntario que, por lo regular, aproxima al daño en la salud biológica, psíquica y social. En la noción de riesgo está implícita la búsqueda de cualidades predisponentes, factores potencializadores y elementos de protección.

Las conductas de riesgo, que a su vez pueden constituir daños más comunes son: adicciones, exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios, entre otros. Así como también relaciones sexuales sin protección, que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y embarazos no deseados o planeados, como también la mala alimentación que predispone a desnutrición u obesidad.^{24,26,34}

Hablar de riesgo, obliga a considerar el concepto de resiliencia, que es definido en términos de las ciencias físicas como la propiedad que tienen los metales u otras

2.4.3. FACTOR DE RIESGO DE ADICCIONES Y DEPRESION EN LA ADOLESCENCIA.

La Tercera Encuesta Nacional de Adicciones en México (ENADIC 1998), reportó que el 1.3% de las jóvenes de 12 a 17 años y el 3.4% de los varones habían consumido entre una y cinco veces una o más sustancias consideradas drogas (marihuana, cocaína, thiner inhalado, anfetaminas); y de estos el 0.3% y 1.5% continuaron usándolas después de experimentar sus efectos por primera vez. ¹¹²

Ocho de cada cien varones y cinco de cada cien mujeres que han usado drogas reportaron haber estado hospitalizados por razones especializadas a su uso. El 28% de las mujeres y 45% de los varones manifestaron tener uno o más problemas derivados de su consumo. Declararon el 12% de los varones y 20% de las mujeres que la razón por la que se iniciaron en el uso de drogas fue para tranquilizarse.

Uno de cada cinco adolescentes encuestados manifestó síntomas de depresión previo al inicio del consumo. El 1.3% externo haber intentado suicidarse, es decir cinco veces mas elevado el índice entre adolescentes que usaban drogas. ¹¹²

La prevalencia de consumo de drogas en adolescentes de 14 a 17 años de edad de áreas urbanas de la Cd. de México en general fue del 3.2%, y de estas correspondió a drogas ilícitas el 2.2% y a drogas medicas el 1.8%. Las drogas ilícitas más utilizadas fueron la marihuana y los solventes inhalables. Las de mayor consumo en el último mes fueron la marihuana, la cocaína y los inhalables, con prevalencia de 0.7%, 0.2% y 0.1 % respectivamente.

El 92.5 % de los adolescentes que consumieron drogas correspondían al sexo masculino. De las drogas médicas el mayor consumo correspondió a los tranquilizantes, seguida de los depresores, estimulantes y anfetaminas. El 51.9% del consumo correspondió al sexo femenino. ¹¹³

La experiencia reportada en otros países como Uruguay (1997) reporta que el consumo de drogas y alcohol esta relacionada con la violencia y la depresión. ¹¹⁴

En Barcelona, España, en 1998 se concluyó que han consumido ocasionalmente marihuana (cannabis) el 11.2 %, 20.9%, 30.9%, 36.1% y 40.6%, los adolescentes de 14, 15, 16, 17 y 18 años, respectivamente.

En Alemania durante la década de los noventa el 1% de los adolescentes de 12 a 13 años han probado drogas ilícitas alguna vez. Este porcentaje crece hasta 40% a los 19 años de edad y el patrón de genero es diferente, con una mayor incidencia en el sexo masculino (30%) que en el femenino (24%). El 20% de jóvenes de 18 a 19 años han consumido marihuana, partiendo del 7% a los 14-15 años de edad. ¹¹⁵

2.5. CONDUCTAS MANIFIESTAS EN LA DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES.

Indicadores de impacto en la salud del adolescente son los relacionados con daño a su integridad y salud como son los actos inseguros o conductas encaminadas a incrementar riesgos para su vida, como son los traumatismos, intentos suicidas y suicidios consumados, violencia, conductas sexuales y reproductivas de riesgo y delincuencia que a continuación se describen.

2.5.1. TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS EN LA ADOLESCENCIA.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2001), los traumatismos y envenenamientos se encuentran en el primer lugar de los listados de causas de muerte en los adolescentes, y poco se han estudiado en este grupo de edad. Las estadísticas nacionales presentan cifras que no contemplan la etapa adolescente, y los agrupan en 5 a 14 y 15 a 24 años de edad, situación que dificulta el análisis de la etapa adolescente. ¹¹⁶

Según el Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI), en México (2001), la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años son los accidentes y lesiones, representando el 19.5% del total de defunciones en adolescentes. El 58.4%

del total de defunciones en adolescentes son causadas por accidentes, violencias y envenenamientos.³⁶

En México, a pesar de las limitantes en los registros e inconsistencias estadísticas, las muertes sólo representan la “punta del iceberg”, y no reflejan el comportamiento real de los traumatismos y envenenamientos, de los cuales durante el periodo de 1979 a 1997 se registraron 152 570 defunciones en adolescentes, siendo este un problema de Salud Pública ya que representa más del 50% de la mortalidad en este grupo. Y entre las principales causas se encuentran los accidentes de tráfico de vehículos de motor, que aunque su tendencia es descendente, aun representan un problema de alta trascendencia, y a la par los eventos intencionados como los homicidios y suicidios se incrementaron significativamente.¹¹⁷

2.5.2. SUICIDIO.

La mortalidad por suicidio es un problema creciente entre adolescentes y jóvenes de Cuba, Canadá, EEUU, Trinidad y Tobago, Argentina y el Salvador.¹¹⁸

En la adolescencia, el suicidio esta condicionado por la interacción de trastornos psiquiátricos y el estrés ambiental, drogadicción, bajo apoyo social y disfunción familiar.⁴⁰

En Finlandia (2003), se identifico entre pacientes adolescentes con conducta violenta o trastornos del estado de ánimo, que presentan mayor riesgo y deben de ser evaluados para prevenir el suicidio.¹¹⁹

Según Esthela Serfathy, “Todo intento de suicidio de un adolescente esta dirigido a otro y trata de expresar una demanda de afecto, de amor, de ser escuchado y reconocido como persona. Debe de ser interpretado como una pregunta que requiere una respuesta”.¹²⁰

Las tasas de suicidio en adolescentes Latinoamericanos (1998), son mas frecuentes en el varón que en la mujer, oscilando entre 6 a 10 por 100 000 para el sexo masculino y 2 a 4 por 100 000 para el sexo femenino.¹²⁰

En la Habana, Cuba (1994), se identificaron como factores de riesgo para el suicidio en adolescentes de 14 y 15 años, la presencia de disfunción familiar, personalidad no equilibrada o inmadura y la presencia de depresión y ansiedad.³⁸

La tasa de suicidios consumados en adolescentes en México durante los años 1970 al 2000, presenta tendencia ascendente de 1.4 a 3.4 por 100 000 respectivamente.¹²¹

Según INEGI (1999), la incidencia de suicidios en la población adolescente se ha cuadruplicado desde 1950 (de 2.5 a 11.2 por 100 000), y actualmente representa 12% de la mortalidad en este grupo de edad.¹¹⁶

Así mismo, los suicidios en adolescentes durante el periodo de 1979 a 1997, se incrementaron 104%, y de éstos los que utilizaron arma de fuego un 176.9%; así mismo con similar comportamiento ascendente, los homicidios en 9.5%, y por arma de fuego el 13.9%. Entre los años 1979 y 1989, las intoxicaciones suicidas se incrementaron 57.7%. También es evidente el creciente incremento de defunciones suicidas y homicidas por el mayor numero de ahorcamientos, con 193.6% y 205.9%, respectivamente.¹¹⁷

Son más los adolescentes que las adolescentes que logran morir, pero son más las adolescentes que lo intentan. Se ha identificado que tras cada suicidio conocido hay 50 intentos que no se lograron detectar, y por supuesto, no se toma ninguna medida de apoyo para quienes lo realizan.¹²²

La depresión es una de las causas mas frecuentes del suicidio, observación confirmada desde el punto de vista clínico como epidemiológico.

Las causas más frecuentes de la depresión a esta edad son los conflictos sentimentales o con los amigos.¹²³

En México, Medina Mora y cols (1994), identificaron en una muestra representativa de estudiantes del Distrito Federal, que en la semana previa a la encuesta, 47% de los estudiantes habían notificado al menos un síntoma de ideación suicida; 17% pensó en quitarse la vida y 10% todos los indicadores de ideación suicida.¹²⁴

2.5.3. VIOLENCIA.

La violencia es definida como una manifestación de agresión, del instinto de muerte, del impulso de una entidad diferente (*Hacker, 1973*). Algunos más, la conceptualizan como un narcisismo o como resultado de una serie de mecanismos que emergen de un niño indefenso que tiene la necesidad de concebir la significación de un Yo idéntico al del padre. Es del conocimiento general que la delincuencia juvenil (término que abarca un amplio espectro de comportamientos) es un problema grave que se relaciona con un enorme costo social.¹²⁵

La experiencia clínica indica que el adolescente homicida constituye un grupo heterogéneo. En 1987, Cornell y cols, clasificaron a este tipo de jóvenes, basándose en las circunstancias del homicidio cometido, de la siguiente manera:

- Psicótico, los cuales tienen un trastorno de fondo y requieren tratamiento psiquiátrico.
- Conflictivo (aquellos que asesinaron a una persona en el curso de un conflicto interpersonal). Este grupo incluye a los adolescentes que mataron a sus padres.
- Criminales (aquellos que asesinaron a personas extrañas).¹²⁵

En Argentina (2002), se identificó que el 21.3% de los adolescentes había tenido conductas violentas, y en el varón asociación significativa con el diagnóstico de trastornos de conducta disociales y el consumo de tabaco, marihuana, cocaína y sedantes. En las mujeres se asoció significativamente con los diagnósticos de

depresión leve, distimia, trastornos de conducta desafiantes, antecedentes de acoso sexual y consumo de tabaco.¹²⁶

En Quito, Ecuador (2001), se identificaron violencia social y domiciliaria, pobreza, bajo nivel educativo, alta migración y malos servicios y poco desarrollo como causas desencadenantes de depresión en adolescentes.¹²⁷

El abuso de alcohol y otras drogas y la desintegración familiar han llevado a los jóvenes a buscar otros caminos y a integrarse a bandas de delincuentes, lo cual ha generado más violencia.¹²⁸

Durante el año de 1988 en México, ingresaron a Consejos Tutelares de Menores 2556 adolescentes, de los cuales el 90.8% eran varones y el 9.1% mujeres. Entre las principales causas de ingreso se encuentra con 76.2% el robo, siguiéndole las lesiones con 5.8%, la violación con 3.5%, homicidio con 2.6% y daños a propiedad ajena 2.7%.¹²⁹

El 29% de las muertes en Latinoamérica durante el año de 1999 por homicidios fue en jóvenes.⁴¹

2.5.4. CONDUCTAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS.

En México (1995), se documentó ampliamente que el embarazo en edades tempranas, especialmente antes de los 18 años, pone en riesgo la salud de la madre y que los hijos de madres adolescentes -en circunstancias de pobreza y desnutrición- presentan mayor probabilidad de enfermar comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales.^{130,131}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (2003), el 18% de los embarazos son en adolescentes menores de 20 años.¹²⁹

El embarazo en la adolescente es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de depresión.¹³²

La distribución porcentual de defunciones por SIDA durante el periodo 1989-1997, arroja que el 0.8 corresponde al grupo de 5 a 14 años y el 1.0 a los de 15 a 19 años, incrementándose dramáticamente a partir de los 20 años de edad.¹²⁹

En otro estudio realizado en México hasta el 1° de Octubre de 1995, se habían notificado 24843 casos de SIDA, de los cuales el 2.1% corresponde al grupo de 10 a 19 años de edad. Tomando en cuenta que el periodo de incubación es de 2 a 11 años, se estima que al menos el 25% de los casos en el grupo de 20 a 29 años, pudo haber adquirido el virus en la infancia o adolescencia.¹³³

La Encuesta sobre Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la ciudad de México (ECRAMM) realizada en 1988, reveló que entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez, más del 50% manifestó que el primer embarazo no fue deseado.¹³⁴

Las consecuencias de estas conductas y estilos de vida, como ya se mencionó, repercuten en la salud mental del adolescente.

Los factores de riesgo y conductas manifiestas anteriormente son el reflejo del patrón de comportamiento del adolescente de México y del Estado de San Luis Potosí, siendo el entorno nacional muy similar al de la comunidad y escuela donde se efectuó el presente estudio y que a continuación se describe en el marco referencial.

3. MARCO REFERENCIAL.

3.1. MUNICIPIO DE VILLA DE REYES.

Se encuentra ubicado al suroeste de la capital del estado de San Luis Potosí a 45 kilómetros de ésta; colinda hacia el norte con el municipio de San Luis Potosí, al sur con el estado de Guanajuato, al este con los municipios de Zaragoza y Santa María del Río y al oeste con el municipio de Villa de Arriaga.

Tiene una extensión territorial de 1 149.63 Km², que equivalen a 1.84% de la superficie del Estado, con una altitud de 1 819 metros sobre el nivel del mar.

Más del 50% del territorio está ocupado por cerros de las mesetas del occidente de Bledos y los lomeríos aledaños a las sierras.

A pesar de ser el subsuelo riquísimo en agua, las tierras laborales dan poco rendimiento, ya que son tierras cansadas y trabajadas durante muchos años, son tierras de arcillo calcáreas y arcillo arenosas, donde abunda el salitre. Existen algunas montañas muy altas como son: el cerro del águila (2,800 metros) y la mesa de los caballos (2,700 metros).

No existen ríos, solo surcos en las partes bajas, lo que permite fluir el agua de los acantilados. En 1911 se perforaron 24 pozos profundos con adecuado calibre, en la actualidad se encuentran en proceso de extinción estos y varios más, dada la actividad de la empresa termoeléctrica.

El clima se caracteriza por dos épocas marcadas en el año, la primera en verano con temperaturas de 35° C y mínima de 28° C y la invernal con máximas de 10° C y mínimas de 5° C.

La planta que predomina en toda la región es el nopal, sobresaliendo la especie que da la tuna cardona, además el nopal llamado taponá con una infinidad de especies cactáceas. La fauna es variable en las diferentes zonas ecológicas.

La cabecera municipal de Villa de Reyes esta dividida en 4 barrios: El Calvario, Abasolo, Santuario y México, los cuales estructuran 31 manzanas habitadas.

La población total del municipio es de 40 602 habitantes, correspondiendo a población de 10 a 19 años el 22.57 %, es decir 9 164 habitantes; y de 15 a 19 años 4259 jóvenes, que representan el 10.49 % del total de la población del Municipio. En la Cabecera Municipal radican el 19.9% de la población del Municipio de Villa de Reyes, es decir 8,120 habitantes y de estos 1832 son población de 10 a 19 años, y 852 son adolescentes de 15 a 19 años.

La migración se da a la ciudad de México, Monterrey, Zacatecas, Sinaloa, Veracruz y principalmente a los Estados Unidos de América.

La organización familiar en su mayoría se basa en matrimonios formalizados por el civil y eclesiásticamente formados, siendo evidente el incremento de uniones libres.

El noviazgo en muchas ocasiones se realiza clandestinamente, dando como consecuencia, un gran numero de madres solteras, las cuales son abandonadas por el novio al saber que queden embarazadas.

Aunque convive cada familia cotidianamente, las convivencias recreativas o sociales no son frecuentes, ya que solo se realizan en ocasiones especiales, como son bodas, bautizos, etc.

El principal medio de información es la televisión, se recibe la señal de los canales 2, 4, 7, 9, 11 y 13. También se cuenta con servicio de internet en ciber-café al cual puede acceder la población general.

Cuenta con servicios públicos básicos como son luz, agua escasa, recolección de basura, rastro municipal, mercados y jardín publico.

En aspectos deportivos cuenta con 4 canchas de fútbol soccer y una de básquetbol, béisbol, voleibol y fútbol rápido.

Los centros de reunión son 3 neverías, 2 billares y 10 cantinas.

Para la recreación acuden a la plaza principal donde se organizan bailes y kermeses principalmente en las fiestas patrias y patronales de diciembre.

Cuenta con una plaza de toros y algunos balnearios de aguas termales en su periferia.

Cuenta con los siguientes centros educativos:

1. Jardín de niños: tres federales y uno particular.
2. Primarias: cuatro federales y una particular.
3. Secundarias: una federal y tres particulares.
4. Preparatorias: una particular y dos técnicas (CEBETA y CONALEP).
5. DIF: Imparte cursos secretariales, taquimecanografía y cocina.

Existen dos instituciones de salud de primer nivel de atención:

- a) Unidad de medicina familiar del IMSS.
- b) Centro de salud de la SSA .

En cuanto a vivienda en la cabecera municipal existen 8,000 viviendas, las cuales en un gran porcentaje están hechas de material de construcción industrializado, con 2 a 3 habitaciones, cocina y baño. En la periferia una pequeña proporción de viviendas son improvisadas y sin servicios básicos.

La alimentación consta principalmente de frijoles, huevos, tortillas, chiles, pastas de harina, café, y en menor escala leche. Esporádicamente comen carne, verduras y frutas.

La religión que predomina es la católica, con dos iglesias: la de San Francisco de Asís y la de Nuestra Señora de Guadalupe.

En el área industrial el municipio es considerado por el Gobierno del Estado como zona industrial en proyecto. Las principales empresas son la productora nacional de

papel (Pronal), la planta termoeléctrica-CFE, 140 ladrilleras ejidales y una maquiladora.

Los problemas sociales identificados son:

A) Desempleo: con un gran índice de desempleo local y municipal.

B) Educación: la tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es de 15%.

C) Toxicomanías: son un problema común en los hombres y creciente en el sexo femenino. Las más frecuentes son el alcoholismo, seguido por el tabaquismo, uso de solventes, resistoles y marihuana, con mayor frecuencia en los fines de semana, asociándose frecuentemente con la criminalidad. Algunos toxicómanos emplean la mayor parte de su salario en la adquisición de estas sustancias.

La mortalidad tiene una tasa de 495 por 100,000 habitantes (201 def.) y las principales causas son accidentes y violencias con el 19.50% del total.^{135,136}

3.2. CENTRO EDUCATIVO CONALEP EN VILLA DE REYES, S. L. P.

En la Cabecera Municipal se concentran los centros educativos correspondientes a la educación media superior o preparatoria, de los cuales el que cuenta con el mayor número de alumnos es el CONALEP de la cabecera municipal de Villa de Reyes, es un centro educativo de nivel medio superior que imparte las carreras técnicas de control de calidad y también de electromecánica, ambas en turno matutino.

Cuenta con 492 alumnos, es decir el 26.7% del total de la población adolescente de la cabecera municipal de Villa de Reyes, de los cuales 14 tienen entre 10 y 14 años, y 476 de 15 a 19 años, lo que representa el 55.86% del total de jóvenes en este periodo de edad de la Cabecera Municipal y el 11.17% del total de jóvenes de todo el Municipio en este quinquenio etéreo; 38% son del sexo femenino.

La distribución por grado escolar, sexo y edad de los adolescentes, se describe a continuación:

Grado Escolar Anual	Sexo	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	Total
1°.	M	4	45	40	46				136
1°.	F	10	30	57	2				99
Subtotal.		14	75	97	48				234
2°.	M			50	20	15	5		90
2°.	F			30	24	4			58
Subtotal.				80	44	19	5		148
3°.	M				64	6	4	2	76
3°.	F				29	5			34
Subtotal.					93	11	4	2	110
Total.		14	75	177	185	30	9	2	492

Fuente: directa.

El nivel socioeconómico del alumnado, según la misma institución educativa en su mayoría es medio y bajo. Sus instalaciones están conformadas por talleres de electricidad, dibujo y electromecánica. Cuenta también con laboratorios de informática, inglés y química-física. Las actividades deportivas las realizan en canchas de voleibol, básquetbol y fútbol. (anexo 1)

Por lo anteriormente descrito en el marco referencial, tanto la localidad de Villa de Reyes, como el plantel educativo presentan características homogéneas con la mayoría de las poblaciones semirurales del Estado, donde el desarrollo de los adolescentes es moldeado por factores familiares, sociales, económicos, culturales y políticos similares, que representan factores de riesgo y de protección para el joven que camina hacia la adultez.

4. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar el grado de depresión y los factores de riesgo asociados en adolescentes estudiantes de una escuela técnica profesional (CONALEP) de Villa de Reyes, S. L. P. en el 2005.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar el perfil sociodemográfico de los adolescentes identificados con algún grado de depresión del CONALEP de Villa de Reyes S. L. P.
2. Clasificar y medir la frecuencia de los principales síntomas de depresión identificados en el adolescente.
3. Determinar los grados de depresión por edad, sexo y grado escolar.
4. Medir la asociación entre depresión de los adolescentes y los factores de riesgo relacionados a esta.

5. DISEÑO METODOLÓGICO.

5.1 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo analítico. Transversal, ya que se realizó en una sola medición, que estudia la depresión en el adolescente y los factores de riesgo que se asocian, así como el perfil sociodemográfico de jóvenes estudiantes del CONALEP del Municipio de Villa de Reyes, S. L. P. durante el año 2005.

5.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO.

UNIVERSO: Adolescentes estudiantes de 15 a 19 años de edad de Villa de Reyes, S. L. P.

POBLACIÓN: Adolescentes del centro educativo de nivel superior con profesional técnica, denominado CONALEP, ubicado en la Cabecera Municipal de Villa de Reyes. S. L. P.

Cuenta con 492 alumnos inscritos de 14 a 20 años de edad, de los cuales 476 se encuentran en el rango de 15 a 19 años de edad.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Adolescente de 15 a 19 años (n=476) de la escuela CONALEP de Villa de Reyes. S. L. P.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Adolescentes del sexo masculino y femenino.
- ✓ Que tengan entre 15 años y 19 años de edad.
- ✓ Estudiantes cursando nivel medio superior en el ciclo 2004 – 2005.
- ✓ Adolescentes que acepten participar y que firmen la “carta de consentimiento de participación informada”.
- ✓ Adolescentes que posterior a la aplicación del GHQ-28, obtengan calificación de 6 ó más puntaje.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Adolescentes que posterior a la aplicación del GHQ-28, obtengan calificación de 0 a 5 en su puntaje.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- ✓ Adolescente que no de respuesta al 100% de las preguntas del cuestionario.

5.3 VARIABLES.

La variable dependiente en el presente estudio es el grado de depresión en el adolescente. La variable independiente la conforman los factores de riesgo de depresión.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADOLESCENTE.

Características del adolescente con relación a su sexo, escolaridad, ocupación, estructura familiar y vivienda.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL. INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES. ESCALA AMBIENTE FAMILIAR
1. Sexo del adolescente.	Características físicas que diferencian al Hombre y a la Mujer.	Cualitativa Dicotomica Nominal	(1) Hombre (2) Mujer
2. Edad del adolescente.	Numero de años cumplidos al momento de aplicar el cuestionario.	Cuantitativa De razón	Numero de años cumplidos, en el rango de 15 a 19 años.
3. Grado escolar del adolescente.	Año escolar jerárquico en el nivel medio superior, que está cursando el adolescente en el momento del estudio.	Numérica Ordinal	Grado escolar que cursa: (1°), (2°), (3°).

4. Interrupción escolar del adolescente.	Abandono del adolescente de sus actividades escolares durante 6 meses o más en el año anterior al que esta cursando en el momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa Nominal Dicotomica	(1) si (2) no
5. Actividad laboral actual del adolescente.	Ocupación, empleo u oficio que el adolescente desempeña actualmente percibiendo o no remuneración económica, simultáneamente a su curso escolar.	Cualitativa Nominal Dicotomica	(1) si (2) no
6. Cohabitación del adolescente.	Personas según parentesco con las que el joven vive y convive la mayor parte del tiempo en el ultimo año.	Cualitativa Categorica Nominal	(1) Padres (2) Tutores (3) Abuelos (4) Tíos (5) Amigos (6) Hermanos (7) Otros
7. Jefe de familia del adolescente.	Persona responsable de los gastos y la atención de la familia donde vive el adolescente.	Cualitativa Categorica Nominal	(1) Padre (2) Madre (3) Tutor (a) (4) Abuelos (5) Tíos (6) Amigos (7) Hermano (8) Otros
8. Ocupación del jefe de familia del adolescente.	Actividad u oficio actual del jefe de familia del adolescente.	Cualitativa Categorica Nominal	(1) Agricultor o Jornalero (2) obrero (3) empleado (4) comerciante (5) Profesional (6) Otras

9. Hacinamiento del adolescente.	Compartir la habitación con más de 3 personas.	Cuantitativa	(1) SI (2) NO
----------------------------------	--	--------------	------------------

VARIABLES: CONDUCTAS DE RIESGO DEL ADOLESCENTE.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES CIFRADA
10. Actividad sexual del adolescente	Afirmación o negación sobre la realización del acto sexual por el adolescente en algún momento de su vida.	Cualitativa Nominal Dicotomica	(1) Si (2) No
11. Edad de inicio de la actividad sexual del adolescente	Numero de años de edad cumplidos del adolescente cuando experimentó por primera vez relaciones sexuales.	Cuantitativa	Edad en años cumplidos al inicio de actividad sexual.
12. Tipo de pareja con la que experimentó su primera relación sexual el adolescente	Persona con la que realizó su primera relación sexual	Cualitativa Categorica Nominal	(1) Novio(a) (2) Amigo(a) (3) Prostituta (4) Familiar
13. Uso de metodología anticonceptiva actual	Uso de algún método anticonceptivo en los tres meses previos a la aplicación del cuestionario	Cualitativa Categorica Nominal	(1) Condón (2) Pastillas (3) Inyección (4) Dispositivo (5) Método natural (coito interrumpido) (6) Ninguno
14. Frecuencia de Intento(s) suicida(s) en el adolescente.	Numero de veces que el adolescente se ha hecho daño con el fin de quitarse la vida.	Ordinal	(1) Nunca (2) Una vez (3) Más de una vez.
15. Motivo del intento suicida del adolescente	Causa por la cual el adolescente intento privarse de la vida	Cualitativa Categorica Nominal	(1) Ruptura de relaciones

			<p>con un ser querido.</p> <p>(2) Uso de drogas</p> <p>(3) Llamar la atención de los seres que lo rodean</p> <p>(4) Bajo rendimiento escolar</p>
16. Consumo del adolescente de alguna sustancia catalogada como droga.	Afirmación o negación del uso de alguna(s) de las siguientes sustancia(s) catalogadas como droga: Alcohol Tabaco Marihuana Inhalables (thiner) Alucinógenos Cocaína Heroína	Cualitativa Ordinal	<p>(0) No, nunca</p> <p>(1) Si, alguna vez en mi vida</p> <p>(2) Si, en los últimos tres meses</p>
17. Edad del adolescente cuando por primera vez consumió alguna sustancia catalogada como droga	Numero de años cumplidos cuando el adolescente uso por primera vez alguna sustancia catalogada como droga.	Cuantitativa Continua	<p>(1) Numero de años de edad cumplidos</p> <p>(2) Nunca</p>
18. Accesibilidad de las drogas para el adolescente	Facilidad o dificultad del adolescente para la adquisición de sustancias consideradas drogas.	Cualitativa Ordinal	<p>(1) Imposible</p> <p>(2) Muy difícil</p> <p>(3) Fácil</p> <p>(4) Muy fácil</p> <p>(5) No sabe</p>
19. Calificación del adolescente sobre el peligro de uso de sustancias	Nivel de percepción del adolescente sobre el peligro de consumir marihuana, inhalables,	Cualitativa Ordinal	<p>(1) No es peligroso</p> <p>(2) Es peligroso</p> <p>(3) Es muy</p>

consideradas drogas.	cocaína, heroína.		peligroso (4) No sabe
20. Actitud de los padres ante el conocimiento sobre el uso de sustancias consideradas drogas por el adolescente.	Percepción del adolescente sobre la actitud que sus padres asumirían ante el conocimiento de que el adolescente consume algún tipo de drogas. (marihuana, inhalantes, cocaína, heroína, etc.	Cualitativa Ordinal	(1) Lo verían bien (2) Lo verían ni bien ni mal (3) Lo verían muy mal (4) No sabe
21. Conocimiento del adolescente sobre el consumo de sustancias consideradas drogas por amigos y/o pares convivientes.	Numero de amigos y/o pares convivientes del adolescente que consumen alguna sustancia considerada droga (marihuana, inhalantes, cocaína, heroína, anfetaminas, etc.	Cualitativa Ordinal	(1) Ninguno (2) Algunos (3) La mayoría
22. Conocimiento del adolescente sobre el consumo de sustancias consideradas drogas por sus padres y/o hermanos convivientes.	Aseveración del adolescente sobre el uso de sustancias consideradas drogas por sus padres y/o hermanos o convivientes.	Cualitativa Ordinal	(1) Nunca han usado drogas. (2) Han usado drogas alguna vez. (3) Las usan regularmente (4) No lo se.
23. Problemas derivados del uso de alcohol en familiares convivientes del adolescente.	Afirmación del adolescente sobre algún familiar conviviente que por su forma de beber ha tenido como consecuencia problemas de tipo: Laboral, familiar, o vecinal.	Cualitativa Nominal Dicotomica	(1) Si (2) No
24. Conductas delictivas del adolescente.	Afirmación del adolescente sobre el numero de veces que acepta realizó cada una de las siguientes	Cualitativa Ordinal	En cualquier conducta mencionada en la definición operacional:

	<p>conductas delictivas en los últimos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Tomar un auto sin pedir permiso. *Golpear o dañar a propósito algo que no te pertenece. *Vender marihuana. *Tomar dinero o cosas con valor de \$ 25 o más, que no te pertenece. * Golpear o herir a alguien a propósito sin contar los pleitos o discusiones con tus hermanos. * Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa. * Vender otras drogas que no sean marihuana. * Tomar parte en riñas. * Prender fuego a propósito a objetos que pertenecen a otra persona, conocido y/o amigo. * Golpear a algún maestro o entrenador. * Tomar alguna mercancía de alguna tienda sin pagarla. * Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona. 		<p>(0) Nunca. (1) 1 a 2 ocasiones. (2) 3 y más ocasiones.</p>
25. Edad del adolescente cuando inicio alguna actividad delictiva.	Numero de años cumplidos del adolescente cuando asegura haber realizado alguna actividad delictiva.	Ordinal	<p>(0) 9 años de edad o menos. (1) 10 a 14 años de edad. (2) 15 a 19 años de edad.</p>

VARIABLES RELACIONADAS CON EL GRADO DE DEPRESIÓN:

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES: GHQ-28.
26. Percepción sobre el estado de salud.	Percepción sobre el estado de salud del adolescente y la presencia de síntomas somáticos como: sensación de necesitar algún reconstituyente y/o de sentirse agotado y sin fuerzas para realizar cualquier actividad cotidiana, y/o de estar enfermo en los últimos quince días y/o de haber padecido dolores de cabeza y/u opresión en la cabeza o sensación de que le va a estallar. Y/o de haber percibido oleadas de calor y escalofríos.	Cualitativa Ordinal	0) Normal 1) Leve 2) Moderada 3) Severa
27. Insomnio	Pérdida del sueño por preocupaciones del adolescente y/o dificultad para seguir durmiendo de un tirón toda la noche por el adolescente.	Cualitativa Ordinal	0) Normal 1) Leve 2) Moderada 3) Severa
28. Ansiedad.	Percepción del adolescente de estar constantemente agobiado y en tensión y/o de tener los nervios a flor de piel y malhumorado y/o de estar asustado o tener pánico sin motivo. Y/o sensación de que todo lo que le rodea se le viene encima y/o de estar nervioso y a punto de explotar constantemente.	Cualitativa Ordinal	0) Normal 1) Leve 2) Moderada 3) Severa

29. Disfunción social.	Nivel de respuesta del adolescente ante sus ocupaciones y actividades habituales. Dificultad del adolescente para mantenerse ocupado y activo en sus actividades cotidianas y/o percepción de que le cuesta más tiempo hacer sus actividades habituales y/o de como en conjunto esta haciendo las cosas. Y/o el grado de satisfacción por la manera de hacer sus actividades cotidianas y /o de que esta desempeñando un papel inútil en su vida y/o sobre su capacidad para tomar decisiones de su vida diaria y/o de ser capaz de disfrutar de la realización de sus actividades normales de cada día.	Cualitativa Ordinal	(0) Normal (1) Leve (2) Moderada (3) Severa
30. Ideación Suicida.	Pensamiento del adolescente de ser una persona que no vale para nada y/o de que ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza, y/o de que la vida no merece la pena vivirse, y/o de que no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados, y/o deseo del adolescente de estar muerto y lejos de todo. Pensamiento del adolescente de la posibilidad de "quitarse de en medio" y/o ideas en la cabeza de quitarse la vida en forma repetitiva.	Cualitativa Ordinal	(0) Normal (1) Leve (2) Moderada (3) Severa

5.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizaron tres instrumentos de recolección de información, los cuales se integraron en el orden que a continuación se menciona en un sólo cuestionario escrito, conformado por 53 ítems (anexo 2).

El cuestionario de valoración del ámbito sociodemográfico del adolescente está basado en la "Escala ambiente familiar". Versión 2, validada, confiable y estandarizada al español para México por Andrade Palos, P, 1998, autorizado para su uso en esta investigación por el Dr. José Lauro de los Ríos Castillo, catedrático de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Con este instrumento se identificaron las características del adolescente relacionadas con el sexo, edad, escolaridad, ocupación, estructura familiar y vivienda.

El segundo instrumento se denominó para este estudio "Cuestionario de Identificación de Factores de Riesgo Asociados a la Depresión en el Adolescente" (CIFRADA), basado también en la "Escala ambiente familiar". Versión 2; mediante el cual se exploró e identificaron las actividades y conductas de riesgo en el desarrollo del adolescente con relación al sexo, ideación suicida, adicciones, agresiones y manifestaciones delictivas. Este instrumento contempla reactivos con posibilidad de respuesta dicotómica y de opción múltiple.

"GHQ-28" (Cuestionario General de Salud-28).

Este instrumento se describe en el marco teórico de este documento. Al igual que los anteriores se cuenta con la autorización para su aplicación. Está basado en escalas de medición de actitudes que permiten identificar por área explorada el índice o grado de depresión.

Cada una de las 28 preguntas indagan si el individuo ha experimentado recientemente (dos semanas previas) un síntoma o conducta particular, en una

escala que tiene cuatro posibles respuestas que van desde >>>Mucho más que lo habitual o claramente lo he pensado >>> y representa el de mayor grado de deterioro, dándole puntuación de 3; siguiéndole la respuesta >>Bastante más que lo habitual >> con valor de 2; después =No más que lo habitual o igual que lo habitual = calificándola con 1, y Mejor que lo habitual o No en absoluto, con valor de cero. (anexo 2)

Para su interpretación se sumaron los valores de cada una de las siete respuestas de cada uno de los cuatro subgrupos: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa o grave, lo que finalmente conformo una calificación total global, que permitió ubicar el grado de depresión de cada adolescente.

La escala utilizada para clasificar el grado de depresión contemplo los siguientes parámetros según el número de ítems calificados como positivos, en donde se clasificará al adolescente según el puntaje obtenido y descrito a continuación:

- De 0 a 5 = Normalidad.
- De 6 a 10 = Depresión Leve.
- De 11 a 15 = Depresión Moderada.
- De 16 y más = Depresión severa o grave.

5.5 PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Esta se efectuó en las siguientes etapas:

La primera, consistió en obtener de parte de las autoridades de la Institución educativa CONALEP el consentimiento para la realización del estudio exponiéndoles a detalle el proyecto de investigación y solicitando su autorización y colaboración de la Dirección del plantel para la realización del mismo.

En la segunda etapa se logro la autorización escrita del consentimiento informado de los adolescentes para su participación correspondiente en la investigación. (anexo 3).

En la tercera etapa con base a las listas de alumnos de cada grado y grupo (promedio de 37 alumnos en cada uno) y considerando la matricula de cada estudiante, se procedió a clasificar los horarios de asistencia para la aplicación del cuestionario informándoles por medio de la Dirección en forma escrita la fecha, horario y lugar (aula) que les correspondía:

Horario	Grupo	Grado escolar	Aplicador	Grupo	Grado escolar	Aplicador
08.00 - 9.30	1 y 2	1°	A y B	3 y 4	1°	C y D
09.30 - 10.00*						
10.00 - 11.30	5 y 6	1°	A y B	7 y 8	2°	C y D
11.30 - 12.00*						
12.00 - 13.30	9 y 10	2°	A y B	11 y 12	3°	C y D
13.30 - 14.00*						
14.00 - 15.30	13	3°	A y B	14	3°	C y D

* Ajustes de tiempo.

Total 14 grupos.

La cuarta etapa consistió en la capacitación que otorgó el investigador a las y los cuatro encuestadores (A,B,C,D) sobre la exposición precisa del problema a estudiar, los objetivos de la investigación, los instrumentos para tal fin y el plan de recopilación; así mismo la metodología de aplicación de los cuestionarios, homologando criterios y procedimientos de la prueba piloto. (anexo 4)

Ya aplicada la prueba piloto se afinaron tiempos y movimientos de aplicación del instrumento analizando y adecuando los ítems según se describe en el informe de la prueba piloto.

En la quinta etapa se verificó la asistencia en la hora y lugar que le fue previamente notificado a cada alumno de cada uno de los grupos y grados escolares.

La sexta etapa consistió en dar instrucciones en forma verbal a los adolescentes participantes por parte de las(os) aplicadoras(es) sobre el llenado de los cuestionarios; entregando además de mano a cada uno de los jóvenes las

instrucciones escritas y el cuestionario anexo a este; se les indicó que el tiempo límite de respuesta sería de 45 minutos y el procedimiento de entrega del cuestionario fue levantando su mano.

Se hizo énfasis en la importancia de contestar el 100% de las preguntas y la forma en que podrían entablar comunicación, ya iniciada la fase de contestación del cuestionario con las(os) aplicadoras(es), levantando su mano, sin emitir palabra que pudiera distraer al resto del grupo.

Las(os) aplicadoras(es) recolectaron el cuestionario al terminar de contestarlo cada adolescente. El aplicador verificó que los datos estuvieran completos, claros y legibles, procediendo a darles orden por número de folio y grado escolar, integrando un paquete, el cual fue inmediatamente verificado por el investigador y al finalizar la recolección del 100% de los cuestionarios de cada grupo y cada paquete fue clasificado por grado escolar y número de folio previamente otorgado garantizando así el posterior procesamiento y análisis de datos.

El posible sesgo que se consideró fue el de complacencia, que para evitarlo, las(os) aplicadoras(es) fueron jóvenes pasantes de la licenciatura en enfermería; además de que en la capacitación brindada por el investigador quedó homologado el criterio a tomar ante posibles actitudes de los adolescentes durante la aplicación del instrumento y para cualquier eventual contingencia el investigador estuvo presente en el plantel educativo permanentemente aclarando y resolviendo dudas en el proceso de aplicación del instrumento.

5.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS.

Clasificación de los cuestionarios. El investigador verificó que los paquetes de cuestionarios guardaran el número progresivo de folio y grado escolar de los 450 alumnos adolescentes.

Verificación para control de calidad. Los 450 cuestionarios fueron nuevamente revisados minuciosamente con el objeto de eliminar aquellos que tuvieran omisión de respuestas y así garantizar el orden de folios y grupos. Posteriormente se hizo entrega de los cuestionarios del primer grado escolar al capturista A, los de segundo grado al capturista B y los de tercer grado al investigador, los cuales fueron responsables de su total captura, mediante la verificación del investigador.

Codificación de los datos. La elaboración de la base de datos se realizó en el programa estadístico SPSS 11 y Excell.

Plan de procesamiento de datos. Cada cuestionario se capturó en equipo de cómputo IBM Windows Xp, con un tiempo de captura de 4 semanas.

Plan de análisis de datos. Los resultados de esta investigación fueron analizados en primer término mediante estadística descriptiva, aplicando distribución de frecuencias en porcentajes y proporciones de los datos generados de las variables sociodemográficas, de las conductas asociadas a la depresión y las relacionadas con el grado de depresión en el adolescente.

Mediante la aplicación de Odds Ratio, medida que permite identificar la asociación estadísticamente significativa entre variables y el número de veces que se tiene la probabilidad de presentar depresión ante cada variable, se determinó la existencia de asociación entre los grados de depresión en el adolescente y los factores de riesgo asociados a esta y su relación con las variables sociodemográficas.

Los datos se presentan mediante cuadros-tablas y gráficas que contemplan:

- a) Grado de depresión identificado y las 9 variables sociodemográficas.
- b) Grado de depresión identificado (leve, moderada y severa o grave) y la frecuencia en los 16 factores de riesgo.
- c) Grado de depresión identificado (leve, moderada y severa o grave) y síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave (índice de cuadros y gráficas).

5.7. ESTUDIO PILOTO.

La prueba piloto se llevó a cabo el día 13 de Mayo del 2005 de acuerdo al cronograma y plan operativo establecidos, aplicando el instrumento a 152 alumnos, a solicitud del Director del Plantel.

El equipo de encuestadores estuvo integrado por 4 personas, dos enfermeras, un médico y el investigador, quienes sostuvieron una reunión de 15 minutos con las autoridades y con los maestros del plantel educativo, con la finalidad de establecer el orden secuencial por grupos para la aplicación del instrumento a los sujetos de estudio.

Posteriormente cada encuestador conjuntamente con el maestro de cada grupo, durante 10 minutos, realizaron una breve descripción del instrumento así como la metodología para contestar el cuestionario con la finalidad de evitar sesgos de interpretación.

Para asegurar el anonimato de los sujetos de estudio y posteriormente identificar los sujetos de riesgo, se implementó la siguiente estrategia:

- 1).- En primer término a los sujetos de estudio se les hizo entrega por separado de la hoja de consentimiento informado para que le anotaran su nombre y firmaran.
- 2).- Posteriormente se les hizo entrega del instrumento para que lo contestaran.
- 3).- Cuando los sujetos de estudio terminaron de contestar el cuestionario, el encuestador les recogía simultáneamente tanto el instrumento como la hoja de consentimiento.

El tiempo promedio que tardaron los sujetos de estudio en contestar el cuestionario fue de 25 minutos, logrando aplicar un total de 152 encuestas en total (85.8 % en

relación al total de la matrícula del plantel), debido a inasistencia de 25 alumnos al plantel educativo el día de la aplicación de la prueba.

El plan se realizó sin incidentes.

En relación al instrumento original se realizaron las siguientes modificaciones con el objeto de evitar confusión en las preguntas, omisión de respuestas y facilitar la captura de datos:

1).- En la hoja número uno, en su extremo superior derecho se agregó el número de folio.

2).- En la hoja número 2, apartado II, en relación a las instrucciones de la pregunta 10 en adelante decía "durante las últimas semanas", modificándose con la precisión de "durante las últimas 3 semanas". Lo anterior con la finalidad de evitar sesgos de memoria de los sujetos de estudio.

3.- En la hoja número 5, pregunta número 38, con la intención de evitar confusión, se agregó una nota referente a que se dejen sin contestación las preguntas 39, 40 y 41, las cuales están directamente relacionadas con la 38; esto es así en caso de que la respuesta a esta pregunta fuera en sentido negativo.

De igual manera ocurrió con la pregunta número 42, diciendo la nota que se deje de contestar la pregunta número 43 en caso de que la respuesta a la 42 fuera negativa.

4.- En la hoja número 6, con la finalidad de evitar omisión de respuestas, la pregunta número 44 se desagregó en dos cuadros, asignándole un número de pregunta a cada variable, insertándole en medio de estos dos cuadros una nota que hace mención a que se dejen sin contestar de la 52 a la 61 en caso de que hubiera contestado negativamente de la 44 a la 51.

5.- En la hoja número 7, con la finalidad de evitar omisión de respuestas, la pregunta número 52 se desagregó asignándole un número de pregunta a cada variable,

insertándole en medio de estos dos cuadros una nota que hace mención a que se deje sin contestar la pregunta número 80 en caso de que hubiera contestado negativamente de la 67 a la 79.

El resto de las preguntas no sufrieron modificaciones en contenido ni forma, obteniéndose un instrumento conformado por 81 preguntas, de las cuales 80 son cerradas y una abierta, contenidas en 8 páginas.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El instrumento de recolección de datos (anexo 2) contiene aspectos personales del adolescente respecto a su forma de pensar y actuar, su rol de vida y entorno familiar y social, por lo que se solicitó a los adolescentes que participaron en el estudio, firmaran el documento denominado “consentimiento de participación informado”, previo a la realización del estudio, según lo estipula la Ley General de Salud en México, en su capítulo II anexo VII. (anexo 3)

La información recabada para la presente investigación fue utilizada de manera confidencial y sólo con fines científicos de investigación. No implica ningún riesgo para la integridad y salud del joven, ya que solamente se aplicarán los instrumentos (cuestionarios), garantizando al participante la absoluta confidencialidad y anonimato de la información generada.

5. PERTINENCIA DE LOS RESULTADOS.

La depresión en el adolescente es motivo de preocupación y ocupación de padres de familia, del equipo de salud y del mismo joven. Esta entidad patológica se manifiesta a través de un abanico de síntomas y signos, pero fundamentalmente por conductas que enmascaran el problema y son manifestadas mediante actos de riesgo, tales como violencia, adicciones, embarazos no deseados, abandono escolar, baja autoestima y suicidio que si no se tienen en mente por los padres o equipo de salud, difícilmente podrá ser diagnosticado oportunamente y así poder brindar apoyo al adolescente.

En México poco se ha documentado sobre grados de depresión y conductas asociadas a esta en el adolescente, por lo que los resultados de esta investigación permitirán contribuir al conocimiento de este problema de salud pública, que de

manera urgente requiere atención, además de servir de base para estudios posteriores en este campo.

8. PLAN DE TRABAJO.

Mediante un diagrama de Gantt, se presenta el programa de trabajo para la realización del presente estudio, donde se contemplo el tiempo necesario desde la fase de aceptación del protocolo, hasta la entrega del informe final, considerando dos años, a partir de Enero del 2005 a Diciembre del 2006, anexo 5.

9. PRESUPUESTO.

Se consideraron los costos correspondientes a personal, transporte e insumos, el costo global asciende a \$ 141 580.00 (ciento cuarenta y un mil quinientos ochenta pesos 00/100.MN), anexo 6.

La fuente de financiamiento corrió a cargo del Investigador.

10. RESULTADOS.

I. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LOS ADOLESCENTES IDENTIFICADOS CON ALGUN GRADO DE DEPRESION.

Posterior a la aplicación del instrumento de encuesta a los alumnos de la Escuela Técnica Profesional se obtuvieron los resultados que a continuación se describen.

Este análisis consideró solo aquellos casos de adolescentes donde se identificó algún grado de depresión.

Del total de la población estudiada (450) se identificaron 179 adolescentes con algún grado de depresión y de estos no hubo diferencia significativa en su frecuencia en relación con el sexo, correspondiendo el 50.3% (90) a mujeres y el 49.7% (89) a hombres, tabla 1.

Tabla 1. Sexo del adolescente y depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Sexo				Total
	Hombre		Mujer		
	N	%	N	%	
Normalidad	139	61.0	132	59.5	271
Con depresión	89	49.7	90	50.3	179
Total	228	50.7	222	49.3	450

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Según la edad del adolescente, predominaron los adolescentes con 17 años de edad con el 33.5% (60), en segundo lugar de frecuencia los de 16 años con 31.3% (56), siguiéndole los de 18 años con 20.1% (36), posteriormente los de 15 con el 7.8% (14) y finalmente los de 19 años con 7.3% (13). Con una media de 16.8, mediana y moda de 17 años.

Por grado de depresión, la leve presento el mayor porcentaje en el grupo de adolescentes de 17 años con 48.3%(29), en la moderada los de 18 años con el 30.6%(11) y la depresión severa en el grupo de 15 años de edad con el 35.7%(5), tabla 2.

Tabla 2. Edad del adolescente y grado de depresión, en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Edad										
	15		16		17		18		19		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	6	42.9	25	44.6	29	48.3	17	47.2	6	46.2	83
Moderada	3	21.4	15	26.8	17	28.3	11	30.6	3	23.1	49
Severa	5	35.7	16	28.6	14	23.3	8	22.2	4	30.8	47
Total	14	7.8	56	31.3	60	33.5	36	20.1	13	7.3	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Según grado escolar, la mayor frecuencia de depresión se ubico en el segundo grado con 45.8% (82), en segundo lugar el primer grado con 36.3% (65) y en tercer lugar el tercer grado con el 17.9% (32). La depresión leve predomina en los tres grados escolares, la moderada en el tercero con 37.5%(12) y la severa en el segundo con 29.3%(24), tabla 3.

Tabla 3. Grado escolar y de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Grado escolar						Total
	1º		2º		3º		
	N	%	N	%	N	%	
Leve	29	44.6	41	50.0	13	40.6	83
Moderada	20	30.8	17	20.7	12	37.5	49
Severa	16	24.6	24	29.3	7	21.9	47
Total	65	36.3	82	45.8	32	17.9	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Interrumpieron sus labores escolares el 15.6% (28) de los adolescentes con algún grado de depresión y de estos el 39.3%(11) corresponden a depresión leve, en segundo lugar con 35.7%(10) la severa y finalmente la moderada con el 25%(7), tabla 4.

Tabla 4. Interrupción escolar y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Interrupción escolar				Total
	Si		No		
	N	%	N	%	
Leve	11	39.3	72	47.7	83
Moderada	7	25.0	42	27.8	49
Severa	10	35.7	37	24.5	47
Total	28	15.6	151	84.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Del total de adolescentes con algún grado de depresión que interrumpieron sus estudios el 57.1% (16) correspondió a hombres.

Por grado escolar la mayor frecuencia se presentó en el segundo grado con 46.4% (13) y de estos el 61.5% (8) correspondieron a hombres, tabla 5.

Tabla 5. Interrupción escolar por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	4	40.0	6	60.0	10	35.7
2º	8	61.5	5	38.5	13	46.4
3º	4	80.0	1	20.0	5	17.9
Total	16	57.1	12	42.9	28	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tuvieron actividad laboral simultanea a sus estudios el 14.5% (26) y de estos adolescentes correspondió a depresión leve el 57.7%(10), a moderada el 23.1%(6) y a severa el 19.2%(5), tabla 6.

Tabla 6. Actividad laboral simultánea y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Actividad laboral simultánea				Total
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Leve	15	57.7	68	44.4	83
Moderada	6	23.1	43	28.1	49
Severa	5	19.2	42	27.5	47
Total	26	14.5	153	85.5	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La mujer realiza con mayor frecuencia alguna actividad simultanea con el 54.0%(14). El grado escolar que se identifico con mayor numero de adolescentes que realizan actividad simultanea a sus estudios fue el primer grado con el 38.4%(10) y de estos corresponde a hombres el 60.0%(6), tabla 7.

Tabla 7. Actividad laboral simultanea por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosi, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
	1°	6	60.0	4	40.0	10
2°	3	33.3	6	66.6	9	34.6
3°	3	43.0	4	57.0	7	27.0
Total	12	46.0	14	54.0	26	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 95.5% (171) de los adolescentes cohabitan con sus padres, con sus abuelos el 1.7% (3), al igual que con sus hermanos con 1.7% (3) y con tutores y otros el 0.6% (1) respectivamente, tabla 8.

Tabla 8. Cohabitación y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Cohabitación														Total
	Padres		Tutores		Abuelos		Tíos		Amigos		Hermanos		Otros		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	78	45.6	1	100.0	2	66.7	0	0.0	0	0.0	2	66.7	0	0.0	83
Moderada	48	28.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	33.3	0	0.0	49
Severa	45	26.3	0	0.0	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0	47
Total	171	95.5	1	0.6	3	1.7	0	0.0	0	0.0	3	1.7	1	0.6	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El Jefe de familia es el padre en el 78.8% (141), la madre en el 15.1% (27), algún hermano el 3.9% (7), abuelos el 1.1% (2) y tutores al igual que otros el 0.6% (1) cada uno de ellos, tabla 9.

Tabla 9. Jefe de familia y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Jefe de familia																Total
	Padres		Madre		Tutor		Abuelos		Tíos		Amigos		Hermano		Otro		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	57	40.4	19	70.4	1	100.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	4	57.1	0	0.0	83
Moderada	42	29.8	6	22.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	49
Severa	42	29.8	2	7.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	28.6	1	100.0	47
Total	141	78.8	27	15.1	1	0.6	2	1.1	0	0.0	0	0	7	3.9	1	0.6	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La ocupación del jefe de familia en primer lugar fue agricultor con el 39.1% (70), siguiéndole el obrero con 18.4% (33), empleado el 15.6% (28), otros el 12.3% (22), comerciante el 10.1% (18) y profesionalista el 4.5% (8), tabla 10.

Tabla 10. Ocupación del jefe de familia y relación con algún grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Ocupación del jefe de familia

Grado de depresión	Agr. Jor.		Obrero		Empleado		Comerciante		Profesionista		Otros		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	34	48.6	15	45.5	10	35.7	7	38.9	4	50.0	13	59.1	83
Moderada	14	20.0	9	27.3	13	46.4	6	33.3	2	25.0	5	22.7	49
Severa	22	31.4	9	27.3	5	17.9	5	27.8	2	25.0	4	18.2	47
Total	70	39.1	33	18.4	28	15.6	18	10.1	8	4.5	22	12.3	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Viven en hacinamiento el 24.0% (43) de los adolescentes y de estos el 46.5%(20) corresponden a depresión leve, el 27.9%(12) a moderada y 25.6%(11) a severa, tabla 11.

Tabla 11. Hacinamiento y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Hacinamiento

Grado de depresión	Hacinamiento				Total
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Leve	20	46.5	63	46.3	83
Moderada	12	27.9	37	27.2	49
Severa	11	25.6	36	26.5	47
Total	43	24.0	136	76.0	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

II. FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO.

Han experimentado relaciones sexuales el 32.4% (58) de los adolescentes y de estos el 41.4%(24) corresponden a depresión leve, en segundo lugar la moderada con 36.2%(21) y en tercer lugar la severa con 22.4%(13), tabla 12.

Tabla 12. Relaciones sexuales y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Relaciones sexuales				Total
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Leve	24	41.4	59	48.8	83
Moderada	21	36.2	28	23.1	49
Severa	13	22.4	34	28.1	47
Total	58	32.4	121	67.6	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tuvieron relaciones sexuales con mayor frecuencia los hombres con el 74.1%(43) y de estos el 80.0% (32) correspondieron al segundo grado escolar.

En general el segundo grado escolar presento la mayor frecuencia con el 69.9%(40), tabla 13.

Tabla 13. Relaciones sexuales por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
	1°	7	77.7	2	22.3	9
2°	32	80.0	8	20.0	40	69.0
3°	4	44.4	5	55.6	9	15.5
Total	43	74.1	15	25.9	58	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La edad de inicio mas frecuente de la primera relación sexual fue a los 17 años con 36.2% (21), en segundo lugar los 16 y 18 años de edad con el 20.7% (12) respectivamente, siguiéndole los 15 años con 19.0% (11) y finalmente 12 años con el 3.4% (2), es decir el mayor rango de edad fue de los 16 a los 18 años, tabla 14.

Tabla 14. Inicio de relación sexual y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Inicio de relación sexual										Total
	12		15		16		17		18		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	1	50.0	2	18.2	2	16.7	15	71.4	4	33.3	24
Moderada	0	0.0	4	36.4	10	83.3	5	23.8	2	16.7	21
Severa	1	50.0	5	45.5	0	0.0	1	4.8	6	50.0	13
Total	2	3.4	11	19.0	12	20.7	21	36.2	12	20.7	58

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales a los 17 años de edad (21), se presento el mayor porcentaje en hombres con el 66.6%(14).

El segundo grado escolar sobresale del resto con el 76.2%(16) y de estos correspondió a hombres el 75.0%(12), tabla 15.

Tabla 15. Inicio de relaciones sexuales a los 17 años por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	1	100	0	0.0	1	4.8
2°	12	75.0	4	25.0	16	76.2
3°	1	25.0	3	75.0	4	19.0
Total	14	66.6	7	33.3	21	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Por frecuencia la primera pareja sexual fue el novio(a) con 53.4% (31), con un amigo(a) el 36.2% (21) con prostituta(o) el 10.3% (6) y ningún adolescente tuvo la experiencia con algún familiar, tabla 16.

Tabla 16. Primera pareja sexual y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Primera pareja de relación sexual										
	Novio(a)		Amigo(a)		Prostituto(a)		Familiar		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	9	29.0	9	42.9	6	100.0	0	0.0	0	0.0	24
Moderada	13	41.9	8	38.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21
Severa	9	29.0	4	19.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13
Total	31	53.4	21	36.2	6	10.3	0	0.0	0	0.0	58

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Usaron metodología anticonceptiva el 72.4% (42 de los 58 adolescentes que han tenido relaciones sexuales) y de estos el 88.1% (37) usan el condón, siguiéndole con 9.5%(4) el coito interruptus y finalmente el hormonal inyectable con 2.4% (1), observando que a mayor grado de depresión menor uso de metodología anticonceptiva, con franca preferencia por el condon, tabla 17.

Tabla 17. Método anticonceptivo y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Método anticonceptivo										
	Condón		Pastillas		Inyección		DIU		Coito interruptus		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	17	45.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17
Moderada	12	32.4	0	0.0	1	100.0	0	0.0	4	100.0	17
Severa	8	21.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8
Total	37	88.1	0	0.0	1	2.4	0	0.0	4	9.5	42

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Usaron el condón con mayor frecuencia los hombres con el 88.6%(31).

Los adolescentes del segundo grado escolar fueron los que mas lo utilizaron en el 74.3%(26) y de estos correspondió a hombres el 88.4%(23), tabla 18.

Tabla 18. Uso de condón por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	8	100.0	0	0.0	8	22.8
2°	23	88.4	3	11.6	26	74.3
3°	0	0.0	1	100.0	1	2.89
Total	31	88.6	4	11.4	35	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 23.5% (42) de los adolescentes con algún grado de depresión se han hecho daño alguna vez con el fin de quitarse la vida, correspondiendo a depresión severa el 40.5%(17), a moderada el 31.0%(13) y a leve el 28.6%(12), identificando que a mayor grado de depresión mayor porcentaje de adolescentes que intentaron quitarse la vida, tabla 19.

Tabla 19. Hacerse daño con el fin de quitarse la vida y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Hacerse daño con el fin de quitarse la vida

Grado de depresión	Nunca		Alguna vez		Total
	N	%	N	%	
Leve	71	51.8	12	28.6	83
Moderada	36	26.3	13	31.0	49
Severa	30	21.9	17	40.5	47
Total	137	76.5	42	23.5	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que intentaron hacerse daño con el fin de quitarse la vida, correspondió a las mujeres la mayor frecuencia con el 71.4%(30).

El segundo grado escolar fue donde se identifico el mayor porcentaje con el 43.0%(18) y de estos el 55.6%(10) fueron mujeres, siguiéndole muy cerca con el 40.5%(17) el primer grado y de estos el 88.3%(15) fueron mujeres, tabla 20.

Tabla 20. Hacerse daño alguna vez con el fin de quitarse la vida por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	2	11.7	15	88.3	17	40.5
2º	8	44.4	10	55.6	18	43.0
3º	2	28.6	5	71.4	7	16.5
Total	12	28.6	30	71.4	42	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El principal motivo de intento de privarse la vida con el 59.5% (25) fue por ruptura de relaciones con algún ser querido, siguiéndole el desear llamar la atención con 26.2% (11), continuando el bajo rendimiento escolar con 11.9% (5) y en ultimo lugar el uso de drogas con 2.4%(1) y el mayor porcentaje se presento en adolescentes con depresión severa con el 40.47%(17), tabla 21.

Tabla 21. Motivo por el cual se quiso quitar la vida y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Motivo por el cual se quiso quitar la vida

Grado de depresión	Ruptura de relaciones		Uso de drogas		Llamar la atención		Bajo rendimiento escolar.		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	8	32.0	0	0.0	1	9.1	3	60.0	12
Moderada	9	36.0	0	0.0	4	36.4	0	0.0	13
Severa	8	32.0	1	100.0	6	54.5	2	40.0	17
Total	25	59.5	1	2.4	11	26.2	5	11.9	42

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Del total de adolescentes con algún grado de depresión han probado alcohol alguna vez en su vida el 77.1% (138), tabla 22 y en los últimos 3 meses el 59.8% (107), tabla 23. La frecuencia de adolescentes que han consumido alguna vez alcohol y los que lo han hecho en los últimos tres meses no muestra diferencia porcentual significativa en cada grado de depresión.

Tabla 22. Consumo de alcohol alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de alcohol				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	64	46.4	19	46.3	83
Moderada	41	29.7	8	19.5	49
Severa	33	23.9	14	34.1	47
Total	138	77.1	41	22.9	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 23. Consumo de alcohol en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de alcohol en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	47	43.9	36	50.0	83
Moderada	32	29.9	17	23.6	49
Severa	28	26.2	19	26.4	47
Total	107	59.8	72	40.2	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Consumieron alcohol alguna vez en su vida con mayor frecuencia los hombres con el 56.4%(74) y el segundo grado escolar con el 49.6%(65) represento el mayor porcentaje, y de estos el mayor consumo fue en hombres con el 64.6%(42), tabla 24.

Tabla 24. Consumo de alcohol alguna vez en su vida por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	23	53.4	20	46.6	43	32.8
2°	42	64.6	23	35.4	65	49.6
3°	9	39.1	14	60.9	23	17.6
Total	74	56.4	57	43.6	131	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El consumo de alcohol en los últimos tres meses fue mas frecuente en hombres con el 64.4%(69).

El segundo grado escolar con el 50.4%(54) presento la mayor frecuencia y de estos el 72.2%(39) fueron hombres, tabla 25.

Tabla 25. Consumo de alcohol en los últimos tres meses por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	22	57.9	16	42.1	38	35.5
2°	39	72.2	15	27.8	54	50.4
3°	8	53.3	7	46.7	15	14.1
Total	69	64.4	38	35.6	107	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 63.1% (113) han probado tabaco alguna vez en su vida, presentando mayor frecuencia entre los adolescentes identificados con depresión leve con el 49.6%, siguiéndole la moderada con 28.3% y la severa con 22.1%, tabla 26. El 39.1%(70) lo consumió en los últimos tres meses, guardando la misma proporción antes mencionada en relación a cada grado de depresión, tabla 27.

Tabla 26. Consumo de tabaco alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de tabaco				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	56	49.6	27	40.9	83
Moderada	32	28.3	17	25.8	49
Severa	25	22.1	22	33.3	47
Total	113	63.1	66	36.9	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 27. Consumo de tabaco en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de tabaco en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	32	45.7	51	46.8	83
Moderada	23	32.9	26	23.9	49
Severa	15	21.4	32	29.34	47
Total	70	39.1	109	60.9	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Con mayor frecuencia consumieron tabaco alguna vez en su vida los adolescentes hombres en un 62.8%(71).

La mayor frecuencia de consumo se identifico en el segundo grado escolar, siendo en los hombres los que mas lo usaron con el 70.1% (40), tabla 28.

Tabla 28. Consumo de tabaco alguna vez en su vida por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	22	61.1	14	38.9	36	31.9
2°	40	70.1	17	29.9	57	50.4
3°	9	45.0	11	55.0	20	17.7
Total	71	62.8	42	37.2	113	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El consumo de tabaco en los últimos tres meses fue mas frecuente en hombres con el 65.7%(46).

Con el 47.1%(33) el segundo grado escolar represento la mayor frecuencia con el 47.1%(33), tabla 29.

Tabla 29. Consumo de tabaco en los últimos tres meses por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	18	72.0	7	28.0	25	35.7
2°	22	66.6	11	33.3	33	47.1
3°	6	50.0	6	50.0	12	17.2
Total	46	65.7	24	34.3	70	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Han consumido alguna vez en su vida marihuana el 10.6% (19), tabla 30 y en los últimos tres meses el 3.9% (7), tabla 31, disminuyendo dos terceras partes la frecuencia de consumo entre los que la han probado y la consumen recientemente. El consumo mayor se observa en adolescentes con depresión moderada en ambos casos con 47.4%(9) y 57.1% (4) respectivamente.

Tabla 30. Consumo de marihuana alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de marihuana				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	8	42.1	75	46.9	83
Moderada	9	47.4	40	25.0	49
Severa	2	10.5	45	28.1	47
Total	19	10.6	160	89.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 31. Consumo de marihuana en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de marihuana en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	1	14.3	82	47.7	83
Moderada	4	57.1	45	26.2	49
Severa	2	28.6	45	26.2	47
Total	7	3.9	172	96.1	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Del total de adolescentes con algún grado de depresión que han consumido marihuana alguna vez en su vida, el 100.0%(19) fueron hombres y de estos el mayor porcentaje cursaba el segundo grado escolar con el 58.0%(11), tabla 32.

Tabla 32. Consumo de marihuana alguna vez en su vida por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	4	100.0	0	0.0	4	21.0
2º	11	100.0	0	0.0	11	58.0
3º	4	100.0	0	0.0	4	21.0
Total	19	100.0	0	0.0	19	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que consumieron marihuana en los últimos tres meses el 100.0%(7) fueron hombres y el tercer grado escolar presento la mayor frecuencia con el 57.1%(4) y de estos el 100.0%(4) fueron hombres, tabla 33.

Tabla 33. Consumo de marihuana en los últimos tres meses por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	2	100.0	0	0.0	2	28.5
2°	1	100.0	0	0.0	1	14.2
3°	4	100.0	0	0.0	4	57.1
Total	7	100.0	0	0.0	7	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Han probado alguna vez en su vida inhalables el 5.6% (10) de los adolescentes, con predominio en depresión leve y severa con 40%(4) respectivamente, tabla 34 y el 0.6% (1) en los últimos tres meses, identificado con depresión leve, tabla 35.

Tabla 34. Consumo de inhalables alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

Grado de depresión	Consumo de inhalables				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	4	40.0	79	46.7	83
Moderada	2	20.0	47	27.8	49
Severa	4	40.0	43	25.4	47
Total	10	5.6	169	94.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 35. Consumo de inhalables en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

Grado de depresión	Consumo de inhalables en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	1	100.0	82	46.1	83
Moderada	0	0.0	49	27.5	49
Severa	0	0.0	47	26.4	47
Total	1	0.6	178	99.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Los adolescentes con algún grado de depresión que consumieron alguna vez inhalables fueron hombres en el 100.0%(10) y el segundo grado escolar represento el 70.0%(7) de estos, tabla 36.

Tabla 36. Consumo de inhalables alguna vez en su vida por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	2	20.0	0	0.0	2	20.0
2°	7	70.0	0	0.0	7	70.0
3°	1	10.0	0	0.0	1	10.0
Total	10	100	0	0.0	10	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los diez adolescentes hombres que alguna vez consumieron inhalables, solo uno lo hizo en los últimos tres meses y este correspondió al primer grado escolar, tabla 37.

Tabla 37. Consumo de inhalables en los últimos tres meses por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	1	100.0	0	0.0	1	100.0
2°	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3°	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Han consumido alguna vez alucinógenos el 2.2% (4), tabla 38 y en los últimos tres meses el 0.6 % (1) que corresponde a depresión moderada, tabla 39.

Tabla 38. Consumo de alucinógenos alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de alucinógenos				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	2	50.0	81	46.3	83
Moderada	1	25.0	48	27.4	49
Severa	1	25.0	46	26.3	47
Total	4	2.2	175	97.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 39. Consumo de alucinógenos en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de alucinógenos en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	0	0.0	83	46.6	83
Moderada	1	100.0	48	27.0	49
Severa	0	0.0	47	26.4	47
Total	1	0.6	178	99.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los 179 adolescentes con algún grado de depresión solo uno había consumido alucinógenos, siendo hombre cursando el primer grado escolar, tabla 40.

Tabla. 40. Consumo de alucinógenos alguna vez en su vida por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	1	100.0	0	0.0	1	100.0
2º	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3º	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	1	100.0	0	0.0	1	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La cocaína la han consumido alguna vez el 16.2% (29) de los adolescentes con algún grado de depresión, tabla 41 y en los últimos tres meses el 5.6% (10), con mayor frecuencia en ambos casos en el grado moderado de depresión con 37.9%(11) y 50.0%(5) respectivamente, tabla 42.

Tabla 41. Consumo de cocaína alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de cocaína				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	11	37.9	72	48.0	83
Moderada	11	37.9	38	25.3	49
Severa	7	24.1	40	26.7	47
Total	29	16.2	150	83.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 42. Consumo de cocaína en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de cocaína en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	3	30.0	80	47.3	83
Moderada	5	50.0	44	26.0	49
Severa	2	20.0	45	26.6	47
Total	10	5.6	169	94.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que habían consumido cocaína en los últimos tres meses, el 90.0% (9) eran hombres.

El segundo grado escolar presentó la mayor frecuencia con el 60.0% (21) y de estos el 83.3%(20) eran hombres, tabla 43.

Tabla 43. Consumo de cocaína en los últimos tres meses por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	1	100.0	0	0.0	1	10.0
2º	5	83.3	1	16.6	6	60.0
3º	3	100.0	0	0.0	3	30.0
Total	9	90.0	1	10.0	10	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El crack lo han consumido alguna vez el 2.2% (4) de los adolescentes y en los últimos tres meses el mismo porcentaje, comportándose su consumo con la misma frecuencia en depresión leve y moderada, tanto en los que la han consumido alguna vez, como los que lo hicieron recientemente, tablas 44 y 45.

Tabla 44. Consumo de crack alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de crack				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	2	50.0	81	46.3	83
Moderada	2	50.0	47	26.9	49
Severa	0	0.0	47	26.9	47
Total	4	2.2	175	97.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 45. Consumo de crack en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de crack en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	2	50.0	81	46.3	83
Moderada	2	50.0	47	26.9	49
Severa	0	0.0	47	26.9	47
Total	4	2.2	175	97.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El consumo de crack en los últimos tres meses lo hicieron los hombres en el 100.0%(4) y de estos correspondió el 50.0% (2) al segundo grado escolar y el otro 50.0%(2) al tercer grado escolar, tabla 46.

Tabla 46. Consumo de crack en los últimos tres meses por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2°	2	50.0	0	0.0	2	50.0
3°	2	50.0	0	0.0	2	50.0
Total	4	100.0	0	0.0	4	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La heroína la han consumido alguna vez el 1.7% (3) de los adolescentes, con mayor frecuencia en depresión leve con 66.7%(2) y en severa el 33.3%(1), tabla 47 y en los últimos tres meses ningún adolescente la consumió, tabla 48.

Tabla 47. Consumo de heroína alguna vez y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de heroína				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	2	66.7	81	46.0	83
Moderada	0	0.0	49	27.8	49
Severa	1	33.3	46	26.1	47
Total	3	1.7	176	98.3	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Tabla 48. Consumo de heroína en los últimos 3 meses y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Consumo de heroína en los últimos 3 meses				Total
	Sí		No		
	No	%	No	%	
Leve	0	0.0	83	46.4	83
Moderada	0	0.0	49	27.4	49
Severa	0	0.0	47	26.3	47
Total	0	0.0	179	100.0	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Se identificó que 143 de los 179 adolescentes con algún grado de depresión habían experimentado el uso de alguna droga, es decir el 79.8% y de ellos el primer lugar lo ocuparon los adolescentes de 15 años de edad con el 28.7% (41), siguiéndole los de 14 años de edad con 20.3% (29), 16 años con 18.9% (27), 13 años con 16.1% (23), 17 años con 9.1% (13), 12 años con 4.2% (6) y 10 años con 2.1% (2). Por grado de depresión el 46.1% (66) correspondió a depresión leve, el 30.7%(44) a moderada y el 23.0% (33) a severa, tabla 49.

Tabla 49. Edad de inicio de uso de alguna droga y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Edad de inicio de uso de alguna droga

Grado de depresión	10		11		12		13		14		15		16		17		18		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	1	33.3	0	0.0	4	66.7	13	56.5	12	41.4	13	31.7	14	51.9	9	69.2	0	0.0	66	46.1
Moderada	2	66.7	0	0.0	1	16.7	6	26.1	6	20.7	19	46.3	6	22.2	4	30.8	0	0.0	44	30.7
Severa	0	0.0	1	100.0	1	16.7	4	17.4	11	37.9	9	22.0	7	25.9	0	0.0	0	0.0	33	23.0
Total	3	2.1	1	0.7	6	4.2	23	16.1	29	20.3	41	28.7	27	18.9	13	9.1	0	0.0	143	100

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La edad mas frecuente de inicio en el consumo de drogas fue a los 15 años en un 65.8%(27) fueron hombres y el grado escolar con mas adolescentes consumidores fue el primer grado con el 41.4%(17) y de estos fueron hombres el 53.0%(9), tabla 50.

Tabla 50. Inicio de consumo de drogas a los 15 años por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	9	53.0	8	47.0	17	41.4
2º	14	87.5	2	12.5	16	39.0
3º	4	50.0	4	50.0	8	19.6
Total	27	65.8	14	34.2	41	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Los adolescentes que iniciaron a consumir drogas a la edad de 14 años en un 65.5%(19) fueron hombres.

El grado escolar con mas adolescentes consumidores fue el segundo grado con el 55.2%(16) y de estos fueron hombres el 81.5%(13), tabla 51.

Tabla 51. Inicio de consumo de drogas a los 14 años por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	6	46.1	7	53.9	13	44.8
2º	13	81.5	3	18.7	16	55.2
3º	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	19	65.5	10	34.5	29	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

En tercer lugar de frecuencia fue a los 16 años y de estos el 70.4%(19) corresponden a mujeres y cursaban el segundo grado escolar el 55.5%(15), y de estos fueron mujeres el 73.3%(11), tabla 52.

Tabla 52. Inicio de consumo de drogas a los 16 años por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	2	40.0	3	60.0	5	18.5
2°	4	26.6	11	73.3	15	55.5
3°	2	28.4	5	71.6	7	26.0
Total	8	29.6	19	70.4	27	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Referente a la facilidad para adquirir drogas, prevaleció con el 33.0% (59) los adolescentes que aseguraron desconocerlo, en segundo lugar con 25.7% (46) los que refirieron que es fácil y el 17.3% (31) los que aseguraron que es muy fácil, el 12.3% (22) opino que es imposible y el 11.73 (21) que era muy difícil, tabla 53.

Tabla 53. Facilidad de adquirir drogas y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Facilidad de adquirir drogas

Grado de depresión	Imposible		Muy difícil		Fácil		Muy fácil		No sabe		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	10	45.5	15	71.4	21	45.7	11	35.5	26	44.1	83
Moderada	3	13.6	2	9.5	12	26.1	13	41.9	19	32.2	49
Severa	9	40.9	4	19.0	13	28.3	7	22.6	14	23.7	47
Total	22	12.3	21	11.7	46	25.7	31	17.3	59	33.0	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 65.4% (117) de los adolescentes con algún grado de depresión opinaron que es muy peligroso el consumir drogas, el 19.0% (34) no saben, el 13.4% (24) que es peligroso y por ultimo el 2.2% (4) piensan que no es peligroso, tabla 54.

Tabla 54. Percepción sobre el peligro de consumir droga y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Percepción sobre el peligro de consumir droga

Grado de depresión	No es peligroso		Es peligroso		Es muy peligroso		No sabe		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	0	0.0	9	37.5	56	47.9	18	52.9	83
Moderada	3	75.0	8	33.3	33	28.2	5	14.7	49
Severa	1	25.0	7	29.2	28	23.9	11	32.4	47
Total	4	2.2	24	13.4	117	65.4	34	19.0	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 52.4% (77) de adolescentes que perciben como peligroso el consumir drogas fueron hombres y en el segundo grado escolar se presento la mayor frecuencia de estos con el 43.0%(63) y de estos el 73.0%(46) correspondieron a hombres, tabla 55.

Tabla 55. Percepción de que es peligroso consumir drogas por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	20	37.0	34	63.0	54	37.0
2º	46	73.0	17	27.0	63	43.0
3º	11	36.6	19	63.3	30	20.0
Total	77	52.4	70	47.6	147	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Sobre la percepción del adolescente de que opinarían sus padres si se enteraran de que consume algún tipo de drogas, el 95.0% (170) afirmó que muy mal, el 3.4% (6) que no saben, el 1.7% (3) piensan que ni bien ni mal y ninguno asegura que lo verían bien. Por grado de depresión, es inversamente proporcional la frecuencia de aquellos que opinan que lo verían muy mal y el grado de depresión de leve a severa, tabla 56.

Tabla 56. Percepción sobre la opinión de los padres al saber que consume droga y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Percepción sobre la opinión de los padres al saber que consume droga									
Grado de depresión	Bien		Ni bien ni mal		Muy mal		No sabe		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	0	0.0	2	66.7	79	46.5	2	33.3	83
Moderada	0	0.0	0	0.0	46	27.1	3	50.0	49
Severa	0	0.0	1	33.3	45	26.5	1	16.7	47
Total	0	0.0	3	1.7	170	95.0	6	3.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Relacionado a tener conocimiento de que algún amigo consume alguna droga, el 50.8% (91) de los adolescentes afirmó que algunos y el 49.2% (88) refirió que ninguno. La mayor frecuencia de afirmación se identificó en la depresión leve con 47.3%(43), siguiéndole la moderada con 29.7%(27) y al último la severa con 23.1%(21), tabla 57.

Tabla 57. Conocimiento de amigos que sabe el adolescente que consumen drogas y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Conocimiento de amigos que sabe el adolescente que consumen drogas					
Grado de depresión	Ninguno		Algunos		Total
	N	%	N	%	
Leve	40	45.5	43	47.3	83
Moderada	22	25.0	27	29.7	49
Severa	26	29.5	21	23.1	47
Total	88	49.2	91	50.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que tenían conocimiento de que algún amigo consumía droga el 62.6%(57) correspondieron a hombres y el 61.5%(56) cursaban el segundo grado escolar y de estos el 73.2%(41) fueron hombres, tabla 58.

Tabla 58. Conocimiento de amigos que consumen alguna droga por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	9	42.8	12	57.2	21	23.1
2°	41	73.2	15	26.8	56	61.5
3°	7	50.0	7	50.0	14	15.4
Total	57	62.6	34	37.4	91	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 69.3% (124) de los adolescentes manifestaron que nunca sus papas y/o hermanos han usado alguna droga que no sea alcohol o tabaco, el 25.1% (45) no lo saben, el 3.9% (7) refirió que alguna vez y el 1.7% (3) que regularmente. De los adolescentes que afirmaron que sus familiares consumían droga la mayor frecuencia se presentó en aquellos con depresión leve y severa con 42.9%(3) respectivamente, tabla 59.

Tabla 59. Padres o hermanos que han consumido droga y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Padres o hermanos que han consumido droga

Grado de depresión	Nunca		Alguna vez		Usan regularmente		No sabe		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Leve	60	48.4	3	42.9	0	0.0	20	44.4	83
Moderada	35	28.2	1	14.3	0	0.0	13	28.9	49
Severa	29	23.4	3	42.9	3	100.0	12	26.7	47
Total	124	69.3	7	3.9	3	1.7	45	25.1	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que tienen padres o hermanos que han consumido drogas el 57.1% (8) por frecuencia fueron hombres.

Por grado escolar el 50.0%(7) cursaban el tercer grado escolar y de estos el 75.0%(4) correspondió a hombres, tabla 60.

Tabla 60. Padres o hermanos del adolescente que han consumido drogas por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	1	33.3	2	66.6	3	21.4
2°	3	75.0	1	25.0	4	28.5
3°	4	75.0	3	25.0	7	50.0
Total	8	57.1	6	42.9	14	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 45.8% (82) de los adolescentes afirmaron que alguno de sus familiares con los que conviven cotidianamente han tenido problemas laborales, familiares o vecinales debido a que consumen bebidas alcohólicas y de estos, el mayor porcentaje con 40.2% (33) correspondió a adolescentes con depresión leve, siguiéndole la moderada con 32.9% (27) y finalmente la severa con 26.8% (22), tabla 61.

Tabla 61. Familiares con quien convive que han tenido problemas laborales, familiares o vecinales debido a que consumen bebidas alcohólicas y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Sí		No		Total
	No	%	No	%	
Leve	33	40.2	50	51.5	83
Moderada	27	32.9	22	22.7	49
Severa	22	26.8	25	25.8	47
Total	82	45.8	97	54.2	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 53.6%(44) de los adolescentes que conviven con un familiar que tuvo problemas por consumir bebidas alcohólicas fueron hombres y la mayor frecuencia se presentó en adolescentes que cursaban el segundo grado escolar con el 51.2%(42) y de estos, el 71.4%(30) fueron hombres, tabla 62.

Tabla 62. Familiar con quien convive que ha tenido algunos problemas por el consumo de bebidas alcohólicas por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	10	41.6	14	58.4	24	29.2
2°	30	71.4	12	28.6	42	51.2
3°	4	25.0	12	75.0	16	19.6
Total	44	53.6	38	46.4	82	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 20.7% (37) de los adolescentes tomo alguna vez el auto sin pedir permiso. Siendo similar el porcentaje entre depresión leve y moderada con 40.5% (15) respectivamente y la severa muy inferior con 18.9% (7), tabla 63.

Tabla 63. Tomo el auto sin pedir permiso y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Nunca		Sí		Total
	N	%	N	%	
Leve	68	47.9	15	40.5	83
Moderada	34	23.9	15	40.5	49
Severa	40	28.2	7	18.9	47
Total	142	79.3	37	20.7	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La mayor frecuencia en la acción de tomar un auto sin permiso se presentó en hombres con n 78.3%(29).

Los adolescentes que más efectuaron esta acción cursaban el segundo grado escolar con el 56.7%(21) y de estos el 76.1%(16) fueron hombres, tabla 64.

Tabla 64. Tomar el auto sin pedir permiso por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	8	80.0	2	20.0	10	27.0
2°	16	76.1	5	23.9	21	56.7
3°	5	83.3	1	16.7	6	16.3
Total	29	78.3	8	21.7	37	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 26.8% (48) de los adolescentes con depresión dañó a propósito algo que no le pertenecía y de estos el mayor porcentaje correspondió a depresión severa con el 35.4%(17), tabla 65.

Tabla 65. Golpeo o daño a propósito algo que no le pertenecía y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Golpeo o daño a propósito algo que no le pertenecía

Grado de depresión	Nunca		Sí		Total
	N	%	N	%	
Leve	68	51.9	15	31.3	83
Moderada	33	25.2	16	33.3	49
Severa	30	22.9	17	35.4	47
Total	131	73.2	48	26.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 60.4%(29) de los adolescentes que golpearon o dañaron algo que no les pertenece fueron hombres y el grado escolar con mayor numero de ellos fue el segundo con el 47.9%(23) y de ellos el 52.1%(12) eran hombres, tabla 66.

Tabla 66. Golpeo o daño a propósito algo que no le pertenecía por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	12	52.1	11	47.9	23	47.9
2°	11	68.7	5	31.3	16	33.3
3°	6	66.6	3	33.3	9	18.8
Total	29	60.4	19	39.6	48	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 26.8% (48) del total de adolescentes han vendido marihuana y de estos la mayor frecuencia con 35.4%(17) lo presentaron los adolescentes con depresión severa, tabla 67.

Tabla 67. Vendió marihuana y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Vendió marihuana				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	68	51.9	15	31.3	83
Moderada	33	25.2	16	33.3	49
Severa	30	22.9	17	35.4	47
Total	131	73.2	48	26.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 15.6% (28) han tomado dinero o cosas que no le pertenecen con un monto superior a los \$ 25.00 pesos de valor o más y de estos la mayor frecuencia correspondió a depresión severa con 46.4% (47), siguiéndole la depresión leve con el 39.3%(11), tabla 68.

Tabla 68. Tomó dinero o cosas de valor de \$25 o más, que no le pertenecían y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Tomó dinero o cosas de valor de \$25 o más, que no le pertenecían				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	72	47.7	11	39.3	83
Moderada	45	29.8	4	14.3	49
Severa	34	22.5	13	46.4	47
Total	151	84.4	28	15.6	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La mayor frecuencia de adolescentes que tomaron dinero por 25.00 pesos o mas se presento en hombres con el 57.1%(16) y el segundo grado escolar sobresalió con el 64.3%(18), siendo hombres el 55.5%(10) de estos, tabla 69.

Tabla 69. Tomo dinero o cosas por \$ 25.00 pesos o más por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	5	71.4	2	28.6	7	25.0
2°	10	55.5	8	44.5	18	64.3
3°	1	33.3	2	66.6	3	10.7
Total	16	57.1	12	42.9	28	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 19.0% (34) de los adolescentes han golpeado a propósito a alguien, sin contar los pleitos o discusiones con hermanos y de estos el 47.1 % (49) correspondió a depresión moderada, siguiéndole la severa con 32.4%(47), tabla 70.

Tabla 70. Golpeó o hirió a alguien a propósito, sin contar los pleitos o discusiones con sus hermanos y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Golpeó o hirió a alguien a propósito, sin contar los pleitos o discusiones con sus hermanos

Grado de depresión	Nunca		Sí		Total
	N	%	N	%	
Leve	76	52.4	7	20.6	83
Moderada	33	22.8	16	47.1	49
Severa	36	24.8	11	32.4	47
Total	145	81.0	34	19.0	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que golpearon o hirieron a alguien a propósito el 58.8%(20) fueron hombres y cursaban el segundo grado escolar el 55.8%(19) de adolescentes y de estos el 57.9%(11) fueron hombres, tabla 71.

Tabla 71. Golpeo o hirió a alguien a propósito por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	5	71.4	2	28.6	7	20.6
2º	11	57.9	8	42.1	19	55.8
3º	4	50.0	4	50.0	8	23.5
Total	20	58.8	14	41.2	34	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 2.8% (5) han forzado cerraduras para entrar a algún lugar que no sea su casa y de estos el 60.0% (3) corresponden a depresión leve y el 40.0%(2) a severa, tabla 72.

Tabla 72. Forzó cerraduras para entrar a algún lugar que no fuera su casa y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Forzó cerraduras para entrar a algún lugar que no fuera su casa				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	80	46.0	3	60.0	83
Moderada	49	28.2	0	0.0	49
Severa	45	25.9	2	40.0	47
Total	174	97.2	5	2.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 80.0%(4) de los adolescentes que forzaron alguna cerradura fueron hombres y la mayor frecuencia cursaba el segundo grado escolar con el 60.0%(3) y de estos el 66.6%(2) fueron hombres, tabla 73.

Tabla 73. Forzó cerraduras para entrar a algún lugar que no fuera su casa a propósito por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	2	66.6	1	33.3	3	60.0
2°	1	100.0	0	0.0	1	20.0
3°	1	100.0	0	0.0	1	20.0
Total	4	80.0	1	20.0	5	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 2.2% (4) han vendido alguna droga excepto marihuana y de estos el 50.0%(2) se identificaron con depresión moderada y el mismo porcentaje con severa, tabla 74.

Tabla 74. Vendió otras drogas que no fueran marihuana o hashish y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.
N = 450

Grado de depresión	Vendió otras drogas que no fueran marihuana o hashish				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	83	47.4	0	0.0	83
Moderada	47	26.9	2	50.0	49
Severa	45	25.7	2	50.0	47
Total	175	97.8	4	2.2	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 100.0%(4) de los adolescentes que vendieron drogas que no fuera marihuana o hashis fueron hombres y de estos cursaban el primer grado escolar el 75.0%(3), tabla 75.

Tabla 75. Vendió otras drogas que no fueran marihuana o hashis por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.
N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	3	100.0	0	0.0	3	75.0
2°	1	100.0	0	0.0	1	25.0
3°	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	4	100.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 23.5% (42) de los adolescentes han tomado parte en riñas, siendo esto mas relevante en la depresión leve con 40.5%, tabla 76.

Tabla 76. Tomó parte en riñas y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Tomó parte en riñas				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	66	48.2	17	40.5	83
Moderada	36	26.3	13	31.0	49
Severa	35	25.5	12	28.6	47
Total	137	76.5	42	23.5	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que tomaron parte en riñas el 71.4%(30) fueron hombres.

El segundo grado escolar fue donde mayor frecuencia de adolescentes que riñeron cursaban con el 47.6%(20) y de estos el 85.0%(17) fueron hombres, tabla 77.

Tabla 77. Tomo parte en riñas por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
	1°	9	75.0	3	25.0	12
2°	17	85.0	3	15.0	20	47.6
3°	4	40.0	6	60.0	10	23.8
Total	30	71.4	12	28.6	42	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 7.8% (14) de los adolescentes han prendido fuego a propósito a objetos que pertenecían a otras personas conocidas o amigos, predominando los adolescentes con sintomatología depresiva leve con 64.3%(9), tabla 78.

Tabla 78. Prendió fuego a propósito a objetos que pertenecían a otra persona conocida y/o amigo y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Prendió fuego a propósito a objetos que pertenecían a otra persona conocida y/o amigo

Grado de depresión	Nunca		Sí		Total
	N	%	N	%	
Leve	74	44.8	9	64.3	83
Moderada	46	27.9	3	21.4	49
Severa	45	27.3	2	14.3	47
Total	165	92.2	14	7.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La mayoría con el 92.8%(13) de los adolescentes que prendieron fuego a propósito a objetos que no les pertenecían fueron hombres.

El primero y segundo grado escolar fueron los más cursados por estos adolescentes con el 42.8%(6) en cada uno de ellos, tabla 79.

Tabla 79. Prendió fuego a propósito a objetos que pertenecían a otras personas por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	5	83.3	1	16.6	6	42.8
2°	6	100.0	0	0.0	6	42.8
3°	2	100.0	0	0.0	2	14.2
Total	13	92.8	1	7.2	14	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 3.4% (6) de los adolescentes han golpeado a algún maestro o entrenador, presentándose la mayor frecuencia en adolescentes catalogados con depresión leve con 83.3%(5) y a continuación la severa con 16.7%(1), tabla 80.

Tabla 80. Golpeó a algún maestro o entrenador y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Golpeó a algún maestro o entrenador				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	78	45.1	5	83.3	83
Moderada	49	28.3	0	0.0	49
Severa	46	26.6	1	16.7	47
Total	173	96.6	6	3.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 100.0%(6) de los alumnos que golpearon a algún maestro o entrenador fueron hombres y el segundo grado escolar presento el mayor numero de adolescentes con el 66.6%(4), tabla 81.

Tabla 81. Golpeo algún maestro o entrenador por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
	1º	1	100.0	0	0.0	1
2º	4	100.0	0	0.0	4	66.6
3º	1	100.0	0	0.0	1	16.6
Total	6	100.0	0	0.0	6	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 16.8% (30) tomo alguna mercancía de alguna tienda sin pagarla, siendo relevante con 53.3% (16) los adolescentes con depresión leve, tabla 82.

Tabla 82. Tomo alguna mercancía de alguna tienda sin pagarla y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Tomo alguna mercancía de alguna tienda sin pagarla				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	67	45.0	16	53.3	83
Moderada	40	26.8	9	30.0	49
Severa	42	28.2	5	16.7	47
Total	149	83.2	30	16.8	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

De los adolescentes que tomaron de alguna tienda mercancía sin pagarla el 70.0%(21) fueron hombres, siendo el segundo grado escolar el mas cursado por ellos con el 43.3%(13) y de estos el 77.0%(10) eran hombres, tabla 83.

Tabla 83. Tomo alguna mercancía de alguna tienda sin pagarla por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º	9	81.8	2	18.2	11	36.6
2º	10	77.0	3	33.0	13	43.3
3º	2	33.3	4	66.6	6	20.0
Total	21	70.0	9	30.0	30	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 3.4% (6) de los adolescentes han usado un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona y de estos el 50.0%(3) correspondió a depresión leve y moderada respectivamente, tabla 84.

Tabla 84. Usó cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Usó cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona

Grado de depresión	Nunca		Sí		Total
	N	%	N	%	
Leve	80	46.2	3	50.0	83
Moderada	46	26.6	3	50.0	49
Severa	47	27.2	0	0.0	47
Total	173	96.6	6	3.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

La mayor frecuencia de adolescentes que usaron cuchillo o pistola para obtener algún objeto ajeno se presentó en los hombres con el 60.6%(4), siendo el segundo grado escolar donde mayor número de adolescentes cursaban con el 83.3%(5) y de estos correspondió a hombres el 60.0%(3), tabla 85.

Tabla 85. Uso cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	1	100.0	0	0.0	1	16.6
2°	3	60.0	2	40.0	5	83.3
3°	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	4	60.6	2	33.3	6	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

El 56.4% (101) adolescentes afirman haber cometido algún acto delictivo en su vida, con mayor prevalencia en adolescentes con depresión leve con el 45.5%(46), siguiéndoles la moderada con 30.7%(31) y finalmente la severa con 23.8%(24), tabla 86.

Tabla 86. Haber cometido algún acto delictivo y grado de depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado de depresión	Haber cometido algún acto delictivo				Total
	Nunca		Sí		
	N	%	N	%	
Leve	37	47.4	46	45.5	83
Moderada	18	23.1	31	30.7	49
Severa	23	29.5	24	23.8	47
Total	78	43.6	101	56.4	179

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Del total de adolescentes con algún grado de depresión que habían cometido algún acto delictivo el 64.0%(66) fueron hombres.

El segundo grado escolar presento la mayor frecuencia de adolescentes que delinquieron con el 47.6%(49) y de estos el 73.4%(36) fueron hombres, tabla 87.

Tabla 87. Haber cometido algún acto delictivo por sexo y grado escolar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

N = 450

Grado escolar	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
1°	22	62.8	13	37.2	35	34.0
2°	36	73.4	13	26.6	49	47.6
3°	8	42.1	11	57.89	19	18.4
Total	66	64.0	37	36.0	103	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

III. GRADOS DE DEPRESION IDENTIFICADOS EN ADOLESCENTES.

De los 179 adolescentes con algún grado de depresión, el 46.4%(83) correspondió a depresión leve, el 27.4% (49) a depresión moderada y el 26.3% (47) a depresión severa, tabla 88, grafico 1 y 2.

Tabla 88. Grados de depresión identificados en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005.

	Total	%
Leve	83	46.4
Moderada	49	27.4
Severa	47	26.3
Total	179	100.0

Fuente: GHQ-28 y CIFRADA.

Grafico 1. Frecuencia de depresión en el adolescente.

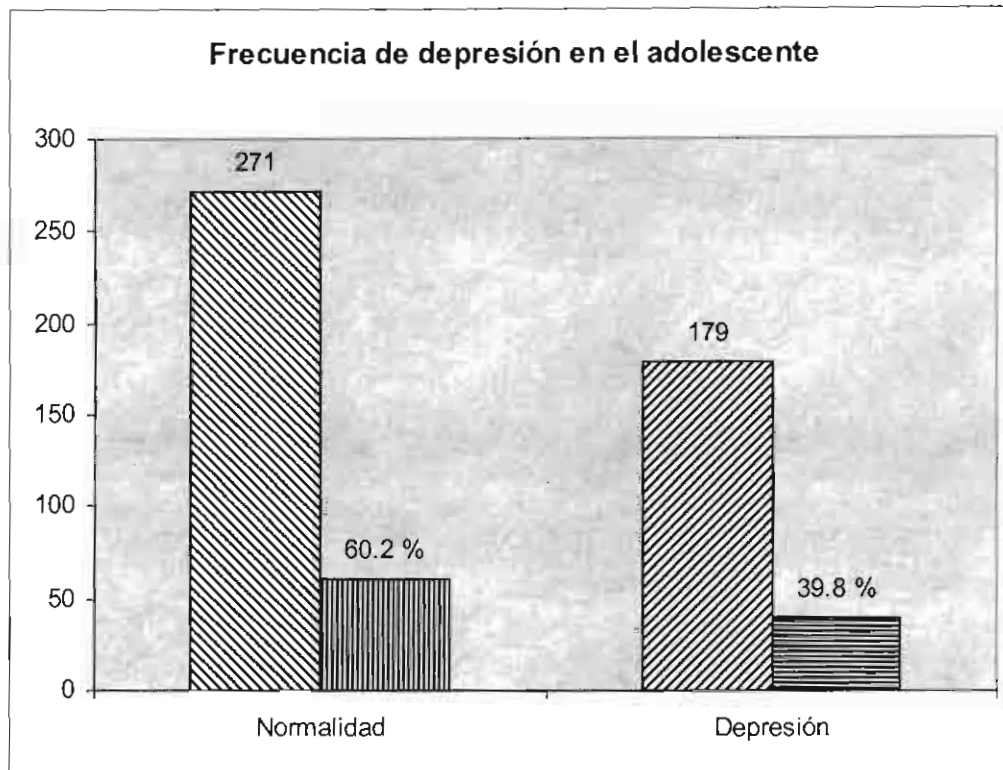
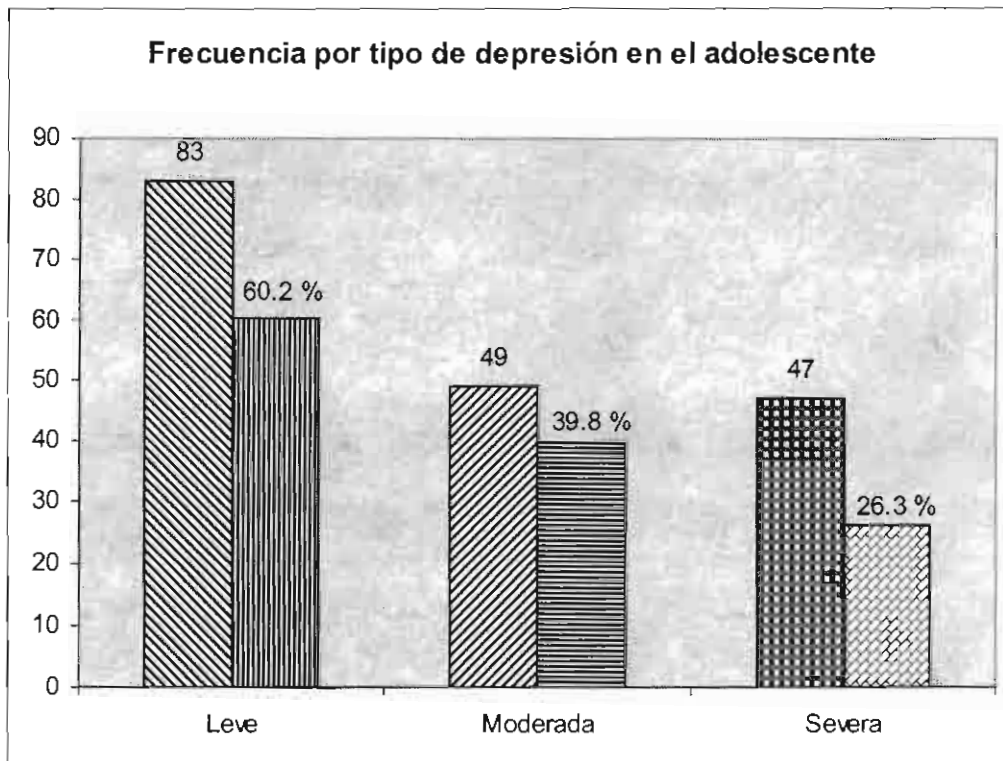


Grafico 2. Frecuencia por tipo de depresión en el adolescente.



IV. CLASIFICACION DE LOS PRINCIPALES SINTOMAS POR AREA DEL GHQ-28.

De las cuatro áreas del GHQ-28 se ordenaron por frecuencia decreciente los siete ítems de cada una de ellas.

I. SINTOMAS SOMATICOS.

En el área de síntomas somáticos el más frecuente fue el sentirse agotado y sin fuerza para nada con el 59.2% (106) del total de deprimidos identificados, siendo los adolescentes con depresión severa y 38.7%(41) los más afectados, siguiéndole aquellos con depresión leve y 34.0%(36) tabla 89.

Tabla 89. Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450					
	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	47	64.4	36	34.0	83
Depresión moderada	20	27.4	29	27.4	49
Depresión severa	6	8.2	41	38.7	47
Total deprimidos	73	40.8	106	59.2	179

Fuente: GHQ-28

En segundo lugar lo ocupó con 48.6% (87) el dolor de cabeza, con mayor frecuencia en la depresión severa con 41.4%(36), tabla 90.

Tabla 90 . Ha padecido dolores de cabeza en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450					
	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	57	62.0	26	29.9	83
Depresión moderada	24	26.1	25	28.7	49
Depresión severa	11	12.0	36	41.4	47
Total deprimidos	92	51.4	87	48.6	179

Fuente: GHQ-28

En tercer lugar con 46.4% (83) lo ocuparon los adolescentes que han tenido la sensación de estar enfermos, con mayor frecuencia en la depresión severa con 39.8%(33), siguiéndole la moderada con 32.5%(27), tabla 91.

Tabla 91. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	60	62.5	23	27.7	83
Depresión moderada	22	22.9	27	32.5	49
Depresión severa	14	14.6	33	39.8	47
Total deprimidos	96	53.6	83	46.4	179

Fuente: GHQ-28

En cuarto lugar con 43.6% (78) lo ocuparon los adolescentes que habían tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza les va a estallar y de estos en primer lugar con 42.3%(33) correspondió a depresión severa, siguiéndole la moderada con 30.8%(24), tabla 92.

Tabla 92. Sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	62	61.4	21	26.9	83
Depresión moderada	25	24.8	24	30.8	49
Depresión severa	14	13.9	33	42.3	47
Total deprimidos	101	56.4	78	43.6	179

Fuente: GHQ-28

Le continúan los adolescentes que han experimentado la sensación de oleadas de calor o escalofríos con 43.0% (77), predominado la depresión severa con 39.0%(30), continuándole la leve con 36.4%(28), tabla 93.

Tabla 93. Sensación de oleadas de calor o escalofríos y depresión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450					
	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	55	53.9	28	36.4	83
Depresión moderada	30	29.4	19	24.7	49
Depresión severa	17	16.7	30	39.0	47
Total deprimidos	102	57.0	77	43.0	179

Fuente: GHQ-28

El 39.7% (71) de los adolescentes no se han sentido perfectamente bien se salud y en plena forma, principalmente en la depresión severa con 54.9%(39) y en segundo lugar la moderada con 25.4%(18) y la leve con 19.7%(14), tabla 94.

Tabla 94. Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450					
	Mejor o igual que lo habitual	%	Peor o mucho peor que lo habitual	%	Total
Depresión leve	69	63.9	14	19.7	83
Depresión moderada	31	28.7	18	25.4	49
Depresión severa	8	7.4	39	54.9	47
Total deprimidos	108	60.3	71	39.7	179

Fuente: GHQ-28

El 35.2% (63) han sentido que necesitan un reconstituyente, sobresaliendo los adolescentes con sintomatología de depresión severa en un 49.2%, tabla 95.

Tabla 95. Sensación de la necesidad de un reconstituyente en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	65	56.0	18	28.6	83
Depresión moderada	35	30.2	14	22.2	49
Depresión severa	16	13.8	31	49.2	47
Total deprimidos	116	64.8	63	35.2	179

Fuente: GHQ-28

ANSIEDAD E INSOMNIO.

En el área de ansiedad e insomnio es relevante el haberse sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado con el 70.4%(126) los adolescentes identificados con algún grado de depresión y de estos con 35.7%(45) correspondió a depresión leve, tabla 96.

Tabla 96. Sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	38	71.7	45	35.7	83
Depresión moderada	9	17.0	40	31.7	49
Depresión severa	6	11.3	41	32.5	47
Total deprimidos	53	29.6	126	70.4	179

Fuente: GHQ-28

En segundo lugar con 65.9% (118) se han notado constantemente agobiados y en tensión, identificándose mas frecuencia en la depresión leve con 37.3%, tabla 97.

Tabla 97. Se ha notado constantemente agobiado y en tensión en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	39	63.9	44	37.3	83
Depresión moderada	11	18.0	38	32.2	49
Depresión severa	11	18.0	36	30.5	47
Total deprimidos	61	34.1	118	65.9	179

Fuente: GHQ-28

En tercer lugar con 64.2% (115), han tenido la sensación de que todo se les viene encima y de estos el 36.5%(42) corresponden a depresión leve y el 35.7%(47) a severa, tabla 98.

Tabla 98. Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	41	64.1	42	36.5	83
Depresión moderada	17	26.6	32	27.8	49
Depresión severa	6	9.4	41	35.7	47
Total deprimidos	64	35.8	115	64.2	179

Fuente: GHQ-28

En cuarto lugar con 55.9% (100) sus preocupaciones les han hecho perder mucho sueño, tabla 99.

Tabla 99. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	47	59.5	36	36.0	83
Depresión moderada	16	20.3	33	33.0	49
Depresión severa	16	20.3	31	31.0	47
Total deprimidos	79	44.1	100	55.9	179

Fuente: GHQ-28

En quinto lugar, el 49.2% (88) de los adolescentes se han notado nerviosos y a punto de explotar constantemente, siendo mas frecuente en la depresión severa con 46.6%(41), tabla 100.

Tabla 100. Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	60	65.9	23	26.1	83
Depresión moderada	25	27.5	24	27.3	49
Depresión severa	6	6.6	41	46.6	47
Total deprimidos	91	50.8	88	49.2	179

Fuente: GHQ-28

En sexto lugar han tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche el 48.6% (87) de los adolescentes y de estos el 36.8%(32) corresponden a depresión severa, tabla 101.

Tabla 101. Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	56	60.9	27	31.0	83
Depresión moderada	21	22.8	28	32.2	49
Depresión severa	15	16.3	32	36.8	47
Total deprimidos	92	51.4	87	48.6	179

Fuente: GHQ-28

En séptimo lugar, el 34.6% (62) de los adolescentes se han asustado o han tenido pánico sin motivo y de estos el 38.7%(24) se identificaron con depresión moderada, siguiéndole la severa con 35.5%(22), tabla 102.

Tabla 102. Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o No mas de lo habitual	%	Bastante mas o mucho mas que lo habitual	%	Total
Depresión leve	67	57.3	16	25.8	83
Depresión moderada	25	21.4	24	38.7	49
Depresión severa	25	21.4	22	35.5	47
Total deprimidos	117	65.4	62	34.6	179

Fuente: GHQ-28

DISFUNCION SOCIAL.

En el área de disfunción social, se identifico en primer lugar de frecuencia el que el 57.0% (102) de los adolescentes no son capaces de disfrutar sus actividades normales cada día y de estos correspondió a depresión severa el 42.2%(43) y a depresión leve el 31.4%(32), tabla 103.

Tabla 103. Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Mas o igual que lo habitual	%	Menos o mucho menos que lo habitual	%	Total
Depresión leve	51	66.2	32	31.4	83
Depresión moderada	22	28.6	27	26.5	49
Depresión severa	4	5.2	43	42.2	47
Total deprimidos	77	43.0	102	57.0	179

Fuente: GHQ-28

En segundo lugar de frecuencia el 55.9% (100) de los adolescentes no se han sentido satisfechos con la manera de hacer las cosas, siendo mas relevante en el grado severo de depresión con 39.0%(47), siguiéndole con 33.0%(33) los adolescentes con depresión leve, tabla 104.

Tabla 104. Se ha sentido satisfecho con la manera de hacer las cosas en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Más satisfecho o aproximadamente lo mismo que lo habitual	%	Menos o mucho menos satisfecho que lo habitual	%	Total
Depresión leve	50	63.3	33	33.0	83
Depresión moderada	21	26.6	28	28.0	49
Depresión severa	8	10.1	39	39.0	47
Total deprimidos	79	44.1	100	55.9	179

Fuente: GHQ-28

El tercer lugar lo ocuparon los adolescentes que han sentido que no están desempeñando un papel útil en la vida con 41.9% (75) y de estos la mayor frecuencia la ocupó la depresión severa con 48.0%(47) y a continuación la depresión moderada con 33.3%(25) y la leve con 18.7%(14), tabla 105.

Tabla 105. Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Más o igual tiempo que lo habitual		Menos o mucho menos útil que lo habitual		Total
		%		%	
Depresión leve	69	66.3	14	18.7	83
Depresión moderada	24	23.1	25	33.3	49
Depresión severa	11	10.6	36	48.0	47
Total deprimidos	104	58.1	75	41.9	179

Fuente: GHQ-28

En cuarto lugar el 39.7% (71) de los adolescentes les cuesta más tiempo hacer las cosas y de estos los identificados con depresión severa ocuparon la mayor frecuencia con el 43.7%(31) siguiéndole con 31.0%(22) los de depresión leve y finalmente con 25.4%(18) los de moderada, tabla 106.

Tabla 106. Le cuesta más tiempo hacer las cosas en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Más rápido o igual que lo habitual		Mas o mucho mas tiempo que lo habitual		Total
		%		%	
Depresión leve	61	56.5	22	31.0	83
Depresión moderada	31	28.7	18	25.4	49
Depresión severa	16	14.8	31	43.7	47
Total deprimidos	108	60.3	71	39.7	179

Fuente: GHQ-28

El quinto lugar lo ocupó con 34.6% (62) la sensación de no ser capaces de tomar decisiones, con mayor frecuencia en la depresión severa con 41.9%(26), tabla 107.

Tabla 107. Se ha sentido capaz de tomar decisiones en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Mas o igual que lo habitual	%	Menos o mucho menos que lo habitual	%	Total
Depresión leve	70	59.8	13	21.0	83
Depresión moderada	26	22.2	23	37.1	49
Depresión severa	21	17.9	26	41.9	47
Total deprimidos	117	65.4	62	34.6	179

Fuente: GHQ-28

En sexto lugar el 31.8% (57) de los adolescentes han tenido la impresión, en conjunto, de que no están haciendo las cosas bien y de estos el 57.9%(33) corresponden a depresión severa, tabla 108.

Tabla 108. Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Mejor o igual que lo habitual	%	Pero o mucho peor que lo habitual	%	Total
Depresión leve	72	59.0	11	19.3	83
Depresión moderada	36	29.5	13	22.8	49
Depresión severa	14	11.5	33	57.9	47
Total deprimidos	122	68.2	57	31.8	179

Fuente: GHQ-28

En séptimo lugar con 22.3% (40) han tenido dificultades para mantenerse ocupados y activos y de estos el 40.0%(16) correspondió a depresión moderada y el 32.5%(13) a depresión severa, tabla 109.

Tabla 109. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Más activo o igual que lo habitual		Bastante menos o mucho menos activo que lo habitual		Total
		%		%	
Depresión leve	72	51.8	11	27.5	83
Depresión moderada	33	23.7	16	40.0	49
Depresión severa	34	24.5	13	32.5	47
Total deprimidos	139	77.7	40	22.3	179

Fuente: GHQ-28

DEPRESION GRAVE.

En el área de depresión grave, el principal síntoma fue el pensar que se es una persona que no vale para nada con 44.1% (79) y de estos la depresión severa ocupó el primer lugar con el 48.1%(38), siguiéndole la moderada con 31.6%(25) y finalmente la leve con 20.3%(16), tabla 110.

Tabla 110. Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o no más de lo habitual.		Bastante más o mucho más de lo habitual.		Total
		%		%	
Depresión leve	67	67.0	16	20.3	83
Depresión moderada	24	24.0	25	31.6	49
Depresión severa	9	9.0	38	48.1	47
Total deprimidos	100	55.9	79	44.1	179

Fuente: GHQ-28

En segundo lugar con 42.5% (76) han notado que desean estar muertos y lejos de todo y de estos corresponde a depresión severa el 47.4%(36), tabla 111.

Tabla 111. Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o más de lo habitual.	%	Bastante más o mucho más de lo habitual.	%	Total
Depresión leve	59	57.3	24	31.6	83
Depresión moderada	33	32.0	16	21.1	49
Depresión severa	11	10.7	36	47.4	47
Total deprimidos	103	57.5	76	42.5	179

Fuente: GHQ-28

En tercer lugar el 39.1% (70) de los adolescentes han notado que a veces no pueden hacer nada porque tienen los nervios desquiciados, correspondiendo la mayor frecuencia a la depresión severa con el 41.4%(29), siguiéndole la leve con 34.3%(24) y finalmente la moderada con 24.3%(17), tabla 112.

Tabla 112. Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o no más de lo habitual.	%	Bastante más o mucho más de lo habitual.	%	Total
Depresión leve	59	54.1	24	34.3	83
Depresión moderada	32	29.4	17	24.3	49
Depresión severa	18	16.5	29	41.4	47
Total deprimidos	109	60.9	70	39.1	179

Fuente: GHQ-28

En cuarto lugar el 31.3% (56) de los adolescentes han tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse, siendo relevante en adolescentes con depresión severa con el 53.6%(30), tabla 113.

Tabla 113. Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o no más de lo habitual.		Bastante más o mucho más de lo habitual.		Total
		%		%	
Depresión leve	73	59.3	10	17.9	83
Depresión moderada	33	26.8	16	28.6	49
Depresión severa	17	13.8	30	53.6	47
Total deprimidos	123	68.7	56	31.3	179

Fuente: GHQ-28

En quinto sitio con 27.4% (49) los adolescentes han estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas y de estos el 44.9%(22) corresponden a depresión severa, tabla 114.

Tabla 114. Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	No en absoluto o no más de lo habitual.		Bastante más o mucho más de lo habitual.		Total
		%		%	
Depresión leve	71	54.6	12	24.5	83
Depresión moderada	34	26.2	15	30.6	49
Depresión severa	25	19.2	22	44.9	47
Total deprimidos	130	72.6	49	27.4	179

Fuente: GHQ-28

En sexto lugar el 26.3% (47) de los adolescentes han notado que la idea de quitarse la vida les viene repetidamente a la cabeza y de estos el 61.7%(29) corresponden a depresión severa, tabla 115.

Tabla 115. Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Claramente no o me parece que no		Se me ha cruzado por la mente o claramente lo he pensado		Total
		%		%	
Depresión leve	69	52.3	14	29.8	83
Depresión moderada	45	34.1	4	8.5	49
Depresión severa	18	13.6	29	61.7	47
Total deprimidos	132	73.7	47	26.3	179

Fuente: GHQ-28

En séptimo lugar el 23.5% (42) de los adolescentes han pensado en la posibilidad de quitarse de en medio y de estos corresponden a depresión severa el 61.9%(26), tabla 116.

Tabla 116. Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio en estudiantes del CONALEP, Villa de Reyes, San Luis Potosí, 2005

N=450

	Claramente no o me parece que no.		Se me ha cruzado por la mente o claramente lo he pensado		Total
		%		%	
Depresión leve	72	52.6	11	26.2	83
Depresión moderada	44	32.1	5	11.9	49
Depresión severa	21	15.3	26	61.9	47
Total deprimidos	137	76.5	42	23.5	179

Fuente: GHQ-28

V. ASOCIACION ENTRE DEPRESION Y FACTORES DE RIESGO.

Los resultados obtenidos de los instrumentos de investigación de los 179 adolescentes identificados con algún grado de depresión fueron sometidos a prueba de asociación, Odds Ratio, en lo sociodemográfico, factores de riesgo asociados y las variables del GHQ-28, con Intervalo de Confianza de 95% y $p < 0.05$, concluyendo que en este estudio existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de depresión y 32 variables estudiadas, siendo las mas relevantes y con mayor fuerza de asociación, el consumo de cocaína que incrementa la probabilidad de presentar depresión hasta 50 veces, así mismo el consumo de marihuana, el autodañarse con el fin de quitarse la vida, principalmente por ruptura de relaciones sentimentales que incrementan hasta 10 veces la probabilidad de presentar depresión y el golpear a algún maestro y el uso de pistola o cuchillo con el objeto de hacer daño incrementa 9 veces el riesgo, tabla 117.

Tabla 117. Variables con asociación estadísticamente significativa con depresión.

Variable	Odds ratio	IC Intervalo de confianza	P- value	Numero de veces que se tiene la probabilidad de presentar depresión
II° grado escolar	2.63	1.72 – 4.01	.0000021	2 veces mas
Interrupción escolar	5.40	2.39 – 13.31	.0000033	5 veces mas
Act. Laboral simultanea	2.71	1.35 – 5.58	.0021152	Casi 3 veces mas
Hacinamiento	1.88	1.13 – 3.13	.0096699	Casi 2 veces mas
Ha tenido relaciones sexuales	3.85	2.29 – 6.53	.0000000	Casi 4 veces mas
Se ha hecho daño a propósito	10.08	4.40 – 25.44	.0000000	10 veces mas
Motivo del daño: ruptura relaciones	10.29	1.11 – 482.01	.0157169	10 veces mas
Alcohol	2.03	1.30 – 3.18	.0010318	2 veces mas
Alcohol últimos tres meses	1.84	1.23 -2.75	.0017013	Casi 3 veces mas
Tabaco	1.91	1.28 – 2.87	.0009480	Casi dos veces mas
Tabaco últimos 3 meses	1.68	1.10 -2.56	.0110984	2 veces mas
Marihuana	10.61	3.04 – 56.57	.0000048	10 veces mas
Marihuana últimos 3 meses	10.99	1.35 -497.02	.0053913	Casi 11 veces mas
Inhalables	7.96	1.66 – 75.26	.0018012	Casi 8 veces mas
Cocaína	52.39	8.46 - 2147	.0000000	50 veces mas
Cocaína últimos 3 meses	16.04	2.10 -698.0	.0004393	16 veces mas
Uso drogas incluye alcohol y tabaco	2.11	1.32 – 3.39	.0005333	2 veces mas
Edad inicio drogas 13 años	2.64	1.20 – 6.04	.0001178	2 veces mas
Verian mal tus papas si saben que consumes drogas	2.44	1.10 – 5.97	.0194695	2 veces mas
Tus padres o hermanos usan drogas que no sea alcohol ni tabaco	3.95	1.11-17.48	.0140711	Casi 4 veces mas
Padres que si usan drogas	3.95	1.11 – 17.48	.0140711	Casi 4 veces mas
Algún familiar ha tenido problemas por el consumo de alcohol	2.17	1.43 – 3.29	.0001133	2 veces mas
Tomar auto s/ permiso	2.81	1.55 – 5.15	.0002016	Casi 3 veces mas
Daño o golpeo algo ajeno	2.06	1.25 – 3.38	.0023441	2 veces mas
Tomo mas de \$ 25.00 pesos	2.00	1.07 – 3.77	.0192339	2 veces mas
Golpeo o hirió a alguien	2.21	1.23 – 3.97	.0041316	2 veces mas
Tomo parte en riñas	2.89	1.64 – 5.13	.0000592	Casi 3 veces mas
Prendió fuego a propósito a algo ajeno	5.66	1.73 – 23.94	.0007846	5 veces mas
Golpeo algún maestro	9.36	1.12 – 432.28	.0124214	9 veces mas
Tomo alguna mercancía ajena	1.98	1.08 – 3.66	.0170457	Casi 2 veces mas
Uso de cuchillo o pistola para dañar	9.36	1.12 – 432.28	.0124214	9 veces mas
Realizo algún acto delictivo	2.48	1.65 – 3.72	.0000037	2 veces mas

Fuente: GHQ-28

GHQ 28.

Los resultados del GHQ-28 de los 179 adolescentes con puntaje de mas de 6, es decir con algún grado de depresión fueron sometidos a prueba de asociación Odds Ratio con Intervalo de Confianza de 95% y $p < 0.05$ en las cuatro áreas del instrumento (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa o grave).

El área del GHQ-28 con mayor fuerza de asociación estadísticamente significativa fue la de depresión severa o grave, incrementándose la probabilidad de presentar depresión hasta 40 veces la idea del adolescente de quitarse la vida, tener los nervios desquiciados, el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse y los sentimientos de minusvalía.

La segunda con mayor asociación significativa con 22 veces la probabilidad de presentar depresión fue la ansiedad e insomnio manifestada por la dificultad de dormir de un tirón y hasta 35 veces el hecho de sentirse agobiado y en tensión.

En tercer lugar lo ocupo el área de la somatización, manifestada por la necesidad de reconstituyentes, que incrementa hasta 20 veces la posibilidad de presentar depresión y la sensación de sentirse enfermo que incrementa hasta 15 veces la probabilidad de presentar depresión.

El cuarto lugar lo ocupo el área de la disfunción social con 15 veces más la probabilidad de presentar depresión en aquellos adolescentes que manifestaron que les cuesta más tiempo hacer las cosas cotidianas, tabla 118.

Tabla 118. Variables del GHQ-28 y depresión.

No. Item. GHQ-28	Variable	Odds ratio	IC Intervalo de confianza	P- value	Numero de veces que se Tiene de posibilidad de presentar depresión
2	Has tenido la sensación de que necesitas un reconstituyente?	20.48	8.71- 50.52	0.0000000	20 veces mas
3	¿Te has sentido agotado y sin fuerzas para nada?	16.43	9.41 – 28.92	0.0000000	16 veces mas
4	Sensación de que estabas enfermo	14.76	7.85 – 28.13	0.0000000	Casi 15 veces mas
5	Has padecido dolores de cabeza?	11.87	6.70 – 21.50	0.0000000	Casi 12 veces
6	Sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza te va a estallar	12.31	6.63 – 23.11	0.0000000	12 veces mas
7	Has tenido oleadas de calor o escalofríos	7.43	4.35 – 12.75	0.0000000	7 veces mas
8	Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?	13.03	7.59 – 22.51	0.0000000	13 veces mas
9	Has tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	22.35	11.01 – 46.45	0.0000000	22 veces mas
10	Te has notado constantemente agobiado y en tensión	35.51	18.42 – 69.55	0.0000000	35 veces mas
11	Te has sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado	19.10	11.30 – 32.45	0.0000000	19 veces mas
12	Te has asustado o has tenido pánico sin motivo	9.04	4.77 – 17.37	0.0000000	9 veces mas
13	Has tenido la sensación de que todo se te viene encima?	16.93	9.92 – 29.08	0.0000000	Casi 17 veces mas
14	Te has notado nervioso y <<a punto de explotar>> constantemente?	14.45	7.90 – 26.72	0.0000000	14 veces mas
15	Te la has arreglado para mantenerte ocupado y activo?	12.71	5.01 – 34.23	0.0000000	Casi 13 veces mas
16	Te cuesta más tiempo hacer las cosas?	15.32	7.68 – 31.19	0.0000000	15 veces mas
22	Has pensado que Tú eres una persona que no vale para nada?	42.03	15.00 – 121.46	0.0000000	42 veces mas
23	Has estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?	14.22	6.14 – 38.02	0.0000000	14 veces mas
24	Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	40.67	11.96 – 205.60	0.0000000	40 veces mas
25	¿Has pensado en la posibilidad de <<quitarte de en medio>>?	41.23	9.57 – 354.43	0.0000000	41 veces mas
26	Has notado que a veces no puedes hacer nada porque tienes los nervios desquiciados	42.87	14.79 – 164.34	0.0000000	42 veces mas
27	Has notado o sentido que deseas estar muerto y lejos de todo?	17.44	8.57 – 37.66	0.0000000	17 veces mas
28	Has notado que la idea de quitarte la vida te viene repetidamente a la cabeza?	47.89	11.16 – 410.30	0.0000000	Casi 48 veces mas

Fuente: GHQ-28

La interrupción escolar fue mas frecuente en la depresión leve y severa y por sexo en hombres y por grado escolar fue también el segundo, esta acción eleva hasta cinco veces la probabilidad de presentar depresión, derivado del hecho de no compartir una adolescencia similar a sus pares en cuanto a tiempo para estudio y recreación, además de que esta necesidad de dividir su tiempo en actividades escolares y laborales es un reflejo del bajo nivel socioeconómico del entorno familiar del adolescente, lo cual confirma en sus investigaciones Kupper, N (2002) que relaciona los problemas escolares entre otros, como mejores indicadores de depresión que caras tristes y llorosas.⁶³

Así mismo Serfaty, E (1997) identifica los conflictos escolares como factores de riesgo de depresión.⁴⁷ y la Asociación Psiquiátrica Mexicana también afirma en consenso esta relación.⁶²

Nueve de cada diez adolescentes cohabitan con sus padres. En este estudio no presento asociación estadísticamente significativa el vivir con ellos o con otra persona. En la misma proporción tienen como jefe de familia a su padre y/o madre, sin asociación significativa entre tipo de jefe de familia y depresión.

En cuanto a la ocupación del jefe de familia no se identifico algún oficio o profesión que significativamente incrementara el riesgo de depresión. Lo que refleja que en este estudio estas dos variables no representan riesgo significativo de presentar depresión y que el hecho de convivir con sus padres representa factor protector.

El hacinamiento en adolescentes con depresión se presento en uno de cada cuatro, siendo mayor en mujeres, con dos veces mayor probabilidad de desarrollar depresión y por grado escolar el segundo grado presento la mayor frecuencia de hacinamiento. Lo anterior tiene relación con bajo nivel socioeconómico y al presentarse con mayor frecuencia en estudiantes del segundo grado refleja también mayor cantidad de factores de riesgo para la depresión.

Uno de cada tres adolescentes con algún grado depresión manifestó haber experimentado relaciones sexuales, con mayor frecuencia en depresión leve y en

relación al grado escolar el más frecuente fue el segundo con dos de cada tres adolescentes. En el presente estudio este factor incrementa la probabilidad de presentar depresión casi cuatro veces.

La edad mas frecuente de inicio de relaciones sexuales fue a los 17 años y de estos, dos de cada tres adolescentes presentaban depresión leve.

Por sexo la relación fue de 2:1 hombre/mujer y la mayor frecuencia se presento en el segundo grado escolar. Esta conducta es reflejo de la búsqueda de identidad del adolescente, sin embargo el hecho de buscar también compañía refleja otro vacío en el ámbito familiar, si ha esto se adiciona el estado depresivo.

La primera pareja sexual fue con la novia(o) o amiga(o) en mayor porcentaje y en mínimo con prostitutas(os), siendo mas frecuente en hombres, llamando la atención que ningún adolescente refirió la participación de algún familiar, como se tiene el paradigma actual, no encontrando referencias similares en estudios de pacientes deprimidos que permitan comparar estos resultados.

Ocho de cada diez adolescentes que ya habían experimentado relaciones sexuales manifestaron utilizar el condón y de estos, nueve de cada diez, fueron hombres y la mayor frecuencia de uso se identifico en el segundo grado escolar, los adolescentes con depresión severa fueron los que manifestaron menor uso del condon. Lo anterior refleja que a mayor grado de depresión existe menor autocuidado y autoestima, dado el riesgo conocido de adquirir VIH sida o de provocar un embarazo no deseado. También es relevante destacar el alto grado de conocimiento y uso del condón, conducta muy positiva, dado que en México en 1995 el 2.11% de los casos de SIDA se presentaron en adolescentes.¹³³ Además del riesgo de tener un embarazo no deseado, el cual Aguinaga y cols, (1999) lo consideran como el factor de riesgo mas importante para el desarrollo de depresión, aunado a que en el Instituto Mexicano del Seguro Social casi dos de cada diez embarazos atendidos son en adolescentes.¹³²

En el presente estudio dos de cada diez adolescentes manifestaron haberse hecho daño con el fin de quitarse la vida, correspondiendo la mitad de ellos a adolescentes

identificados con depresión severa,³⁷ lo que refleja que a mayor grado de depresión, mayor riesgo de suicidio.

Por sexo fueron las mujeres la que con mayor frecuencia se habían hecho daño con el fin de quitarse la vida así como los estudiantes de segundo grado escolar. En México, Distrito Federal, Medina y Mora (1994) reportan que una semana previa a la encuesta que realizaron, cinco de cada diez estudiantes habían presentado al menos un sintoma de ideación suicida.¹²⁴ Lo preocupante de estos resultados es que en México del año 1970 al 2000 se duplicó la tasa de suicidios en este grupo etareo.¹²¹

La ruptura de relaciones sentimentales fue el principal motivo de que los adolescentes intentaran quitarse la vida con una proporción de 2:1 mujer/hombre, presentándose con mayor frecuencia en estudiantes del segundo grado escolar, siguiéndole el hecho de llamar la atención y de estos siete de cada diez correspondió a mujeres y de igual manera con mayor frecuencia en el segundo grado escolar.

El consumo de drogas representó el 2.4 % de las causas que los orillaron al adolescente a intentar quitarse la vida, correspondiendo este grupo a depresión severa, porcentaje superior al reportado por el Consejo Nacional contra las Adicciones en México (1998) de 1.3% de adolescentes presentaban con ideación suicida, con una proporción de 5:1 entre adolescentes que usaban drogas.¹¹²

La autoagresión con el fin de quitarse la vida incrementa hasta diez veces la posibilidad de presentar depresión.

Ocho de cada diez adolescentes con depresión han consumido drogas incluyendo alcohol y tabaco y la edad de inicio más frecuente con una proporción de uno por cada tres fue a la edad de 15 años, predominando en seis de cada diez los hombres y el grado escolar con más adolescentes consumidores fue el primer grado con cuatro de cada diez. Coincide con Manzanares, R y cols (2002) que reportan el inicio de consumo de marihuana a los 14-15 años de edad.¹¹⁵

En el presente estudio se identificó asociación estadísticamente significativa entre consumo de drogas a los 13 años de edad de hasta dos veces más probabilidad de presentar depresión en adolescentes, lo que tiene relación con mayor consumo en años posteriores.

En el presente estudio el consumo de alcohol y tabaco está directamente asociado a depresión con dos veces más probabilidad de presentarla en adolescentes consumidores.

Siete de cada diez adolescentes han consumido alcohol alguna vez en su vida y seis continúan consumiéndolo, con mayor proporción en hombres, presentándose mayor porcentaje en el segundo grado escolar donde uno de cada dos adolescentes son consumidores.

Seis de cada diez adolescentes consumen tabaco y de estos cuatro lo siguen haciendo, correspondiendo uno de cada dos a depresión leve, con una proporción de 2:1 hombre/mujer, cursando el segundo grado escolar uno de cada dos estudiantes deprimidos, lo que sigue confirmando que tanto factores de riesgo como depresión tienen su mayor prevalencia en ese grado escolar.

El consumo de marihuana alguna vez en su vida se identificó en uno de cada diez adolescentes con mayor frecuencia en aquellos con depresión moderada. En cuanto al sexo correspondió en su totalidad a hombres y de estos seis de cada diez cursaban el segundo grado escolar. Existe asociación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana y depresión de hasta diez veces la probabilidad de presentarla. Manzanera, R y cols (1998) reportaron que en adolescentes españoles el consumo de marihuana fue de entre uno y cuatro por cada diez adolescentes estudiantes, incrementándose el consumo proporcionalmente a la mayor edad.¹¹⁵ Nazar-Beutelspacher y Tapia Corner (1994) reportan prevalencia de consumo en la ciudad de México de 3.2%, inferior a la encontrada en el presente estudio.¹¹³

Cinco de cien adolescentes habían consumido inhalables alguna vez y de estos uno en los últimos tres meses y el mayor porcentaje presentaban depresión leve o severa y en su totalidad eran hombres, este porcentaje es superior al reportado de 0.15% por Nazar-Beutelspacher y Tapia Corner (1994).¹¹³

Existe asociación significativa entre el consumo de inhalables y depresión, presentando casi ocho veces la probabilidad de presentar depresión por su uso.

Seis de cada cien adolescentes han consumido cocaína en los últimos tres meses y de estos nueve de cada diez fueron hombres y el segundo grado escolar presentó la mayor frecuencia con seis de cada diez estudiantes y de estos ocho de diez fueron hombres, porcentaje superior al reportado por el Consejo Nacional de Adicciones (1998) realizado en México DF, que reportó una relación hombre/ mujer de 3:1.¹¹²

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre su consumo y la probabilidad de presentar depresión de hasta cincuenta veces, cuando se ha probado la droga y dieciséis veces esta probabilidad en aquellos que la consumen habitualmente.

Dos de cada cien adolescentes con depresión han consumido crack alguna vez en su vida y el mismo porcentaje lo hizo en los últimos tres meses, correspondiendo a depresión leve y moderada uno de cada dos respectivamente, el consumo en su totalidad fue por hombres, no presentando asociación significativa, tal vez por el tamaño de muestra.

Cuatro de cada diez adolescentes con depresión manifestó ser fácil o muy fácil adquirir drogas y referente a la percepción de peligro por consumir drogas, ocho de cada diez adolescentes con algún grado de depresión opinaron que es peligroso o muy peligroso consumirlas y de estos la mitad fueron hombres y se presentó la mayor frecuencia en estudiantes del segundo grado escolar.

Nueve de cada diez adolescentes afirmo que sus padres verían muy mal si se enteraran que consumen algún tipo de drogas, identificando que a mayor grado de depresión, menor percepción negativa respecto al uso de drogas.

Uno de cada dos adolescentes reporta tener un amigo que consume drogas y de estos la mayor frecuencia corresponde a hombres, siendo el segundo grado escolar donde se presento la mayor frecuencia.

También el uso de alguna droga por familiares del adolescente incrementa cuatro veces más la probabilidad de presentar depresión, sin embargo no se encontraron reportes bibliográficos para comparar esta asociación identificada.

Uno de cada dos adolescentes conviven con familiares que han tenido algún problema laboral, familiar o vecinal debido al consumo de alcohol, correspondiendo a depresión leve la mayor frecuencia y de estos la mitad a hombres y estudiantes del segundo grado escolar, incrementando dos veces la probabilidad de presentar depresión a expensas de esta variable. Situación que sigue reflejando problemática en el ambiente familiar y el entorno del adolescente.

Las conductas delictivas, como son el tomar cosas ajenas sin permiso o agredir y golpear, el vender drogas, o el realizar algún acto delictivo son factores de riesgo para presentar depresión, identificando asociación estadísticamente significativa con estas variables.

En este estudio siete de cada diez adolescentes con depresión manifestaron haber tomado cosas o dinero ajeno, similar a lo reportado por Fonseca, J (1988). También el haber participado en riñas y lesiones tres de cada cien adolescentes, en relación a seis de cada cien referido por este autor.¹²⁹

Fonseca, J (1988), refiere que de los adolescentes que ingresaron al Consejo Tutelar de Menores, nueve de cada diez fueron varones y las causas mas frecuentes de ingreso fueron el robo, lesiones y daños a propiedad ajena¹²⁹

estadística que tiene relación con los actores de riesgo para depresión identificados en el presente estudio.

De las cuatro áreas del GHQ-28, los síntomas mas frecuentes identificados corresponden al área de ansiedad e insomnio, siguiéndole síntomas somáticos, disfunción social y al final depresión grave.

Lo anterior es reflejo del deterioro mental que se somatiza y posteriormente provoca manifestaciones sociales que finalmente se reflejan en una franca depresión. Es por ello que reviste gran importancia la oportunidad en el diagnostico desde que la depresión se manifiesta en sus primeras etapas, con el objeto de limitar el daño físico individual, familiar y comunitario. La gran mayoría de referencias bibliograficas encontradas en relación a este punto se han identificado en estudiantes universitarios y no puramente adolescentes de 15 a 19 años, lo que no permite comparar algunos resultados encontrados en el presente estudio.

12. CONCLUSIONES.

- La depresión en el adolescente es un problema creciente en la Salud Pública, con un impacto aun no precisado en el bienestar individual, familiar y comunitario.
- La depresión en el adolescente es una entidad patológica subdiagnosticada y sus síntomas frecuentemente relacionados por el equipo de salud y la familia al proceso normal de la etapa de la adolescencia.
- La depresión en el adolescente es una enfermedad con manifestaciones físicas, psicológicas y sociales que determinan el futuro del adolescente y de las sociedades.
- El perfil sociodemográfico es determinante para que un adolescente presente sintomatología depresiva, por lo que se deberá de profundizar en futuros estudios estas variables.
- La frecuencia de depresión en adolescentes de 15 a 19 años en el presente estudio se identifico superior a la reportada en otros estudios internacionales y nacionales.
- El grado de depresión leve es el de mayor frecuencia siguiéndole la moderada y severa.
- Es similar la frecuencia de depresión en ambos sexos.
- La edad de mayor riesgo de presentar depresión en este estudio fue a los 17 años.
- El grado escolar que presento más adolescentes con sintomatología depresiva fue el segundo, lo cual se correlaciona con el punto anterior.
- La CIFRADA (Cedula de Identificación de Factores de Riesgo Asociados a Depresión en el Adolescente) identifico que los adolescentes no necesariamente presentan síntomas ni factores de riesgo similares a los de un adulto, siendo relevantes en ellos la hiperactividad y la manifestación de

conductas de riesgo, violentas y delictivas, que se asocian en este estudio a la depresión .

- Las áreas mas afectadas reportadas en el GHQ-28 en adolescentes deprimidos fueron en primer término, la ansiedad e insomnio, siguiéndole los síntomas somáticos, la disfunción social y por ultimo lo relacionado con la ideación e intento suicida, esto refleja el deterioro que el adolescente sufre en primer lugar en su estado sensorial, somatizándolo posteriormente y manifestándolo ante el entorno social, que finalmente acaba por la instalación de una depresión severa, reflejada por ideación e intentos suicidas.
- Los síntomas mas frecuentemente manifestados en el GHQ-28 fueron: nervios a flor de piel, sentirse agobiado y en tensión, sensación de que todo se le viene encima y de agotamiento, así como de incapacidad para disfrutar la vida, deseo de explotar, dolor de cabeza e insomnio.
- La frecuencia de factores de riesgo mas comunes en adolescentes con algún grado de depresión son ideación suicida, consumo de drogas incluyendo alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína, alucinógenos, crack y heroína, con inicio temprano de uso. Además de agresividad, delincuencia, violencia y robo.

13. RECOMENDACIONES:

- Priorizar en el primer nivel de atención del Sector Salud la capacitación técnico-medica a sus equipos de salud en la identificación de síntomas y/o signos de depresión en adolescentes y su manejo integral y multidisciplinario según corresponda.
- Intensificar campañas de información y orientación hacia padres de familia, maestros y población en general sobre la trascendencia de contribuir mediante afecto y autoridad a que cada adolescente logre una adolescencia normal y la importancia de observar permanentemente en el medio familiar, escolar y social aquellos factores de riesgo que conlleven a un estado depresivo o viceversa.
- Promover la realización de mayor investigación en este campo de la Salud Publica con enfoque multidisciplinario que permita visualizar con mayor precisión este problema e identificar y proponer líneas de intervención preventiva, curativa y de rehabilitación.
- Es recomendable que futuras investigaciones se enfoquen a diferentes áreas geográficas rurales y urbanas, con el objeto de comparar los efectos del entorno donde se desarrollan los adolescentes mexicanos y precisar si es homogéneo el comportamiento de ellos ante la presencia de factores de riesgo y de sintomatología depresiva y así poder direccionar acciones del Sector Salud, no solo en aspectos curativos y de rehabilitación, sino de aquellos con enfoque preventivo.
- También es preciso correlacionar en futuros estudios la edad, sexo y grado escolar con depresión en alumnos de educación primaria y secundaria, con el objeto de precisar el inicio de manifestaciones de los factores de riesgo en el presente estudio investigados.
- Debe de promoverse en futuras investigaciones la utilización del GHQ-28 como instrumento de detección de sintomatología depresiva en adolescentes por los equipos de salud del primer nivel de atención, tanto en clínicas, como en escuelas, e incluso en el medio familiar.

14. BIBLIOGRAFÍA.

REFERIDA.

1. Aneshensel CS. The natural history of depression symptoms: Implications for psychiatric epidemiology. *Res Commun Ment Health* 1985;5:45-75. En: Características psicométrías de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud Publica de México* 1994; 36(2).
2. Weissman MM, Klerman GL. The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. *Compr Psychiatry* 1997; 18:523-532.
3. Kessler RC, Zhao ZY, Blazer DG, et al. Prevalence, correlates and courses of minor and major depression in the National Comorbidity Survey. *JAffect Disord* 1997; 45: 19-30.
4. Davidson JR, Miller R, Turnbull CD, Sullivan JL. Atypical depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 527-34.
5. Angst J, Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic, classification and course. *J Affect Disord* 1995;45: 31-40. En: La Depresión un Fenómeno Universal. *Med Int Mex* 2000;16(6): 308-312.
6. Medina Mora ME y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Mexico. *Salud Mental*, 2003; 26: 1-16.
7. Hammen C, Rudolph KD: Childhood depresión. En: Chile Psychopatology. Mash EJ, Barkley RA. The Guilford Press, 1996.:153-195.
8. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE y Cols. Childhood and adolescent depression. A review of the past 10 years. Part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35: 1427-1439.
9. Iovchuk NM, Batygina GZ. Prevalence and clinical manifestations of depression in school adolescent population. *Zh Nevrol Psikhiatr Mi S S Korsakova*. 1998; 98:3336. En: *Rev Mex de Salud Mental* 1999; 22(4): 9-13.
10. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressed mood in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*, 1982; 39: 1205.
11. Berganza CE, Aguilar G. Depression in Guatemala adolescents. *Adolescente*. 1992;27:771-772.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª. Ed. American Psychiatric Press Washington, DC. 1994.
13. De la Fuente R., Medina-Mora ME, Caraveo J. Introducción. En *Salud Mental en México*. México: IMP/FCE, 1997:9.

14. Dohrenwend BP, Yager TS, Egri G. The Psychiatric Status Schedule as measure of dimensions of psychopathology in the general population. *Archives of general Psychiatry*. 1978; 35: 731-737.
15. Dulanto GE. Crecimiento y desarrollo en la pubertad. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México. 2000; 2:20-21.
16. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:93-99.
17. Aneshensel C, Stone J. Stress and depression. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1392-1396.
18. OPS/OMS. Indicadores de salud en la adolescencia. Representación de Costa Rica. Costa Rica: Editores Minor Mora, DINA Krauskopf, 1995.
19. Dallal E. Adolescentes sanos o enfermos En: La detección de la psicopatología en la adolescencia En: Conferencia Magistral. Curso Internacional de la medicina en la adolescencia. Hospital infantil de México: 1993.
20. Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:255-262.
21. Leñero O. Fenómeno Juvenil en situación crítica. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México; 2000.
22. Panos/lpas. Jóvenes en riesgo. Salud Reproductiva y Género. Boletín No. 35 Julio 1999. www.oneworld.org/panos.
23. Dulanto GE. La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto E. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría A C. México: Mc Graw-Hill Interamericana México. 2000; 20:143.
24. Blum R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. En: Dulanto G. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México. 2000; 90:656-659.
25. Dulanto GE. Desarrollo Psicosocial normal. En: Dulanto E. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría A C. México: Mc Graw-Hill Interamericana México. 2000; 21:158-159.
26. Blum R. Un modelo conceptual de salud del adolescente. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México. Mc Graw-Hill Interamericana México 2000; 90:666-672.
27. Santos- Preciado y Cols. La Transición Epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública Mex* 2003; 45supl 1:S141.

28. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la adolescencia. Programa de Acción para la Atención a la Salud de la Adolescencia. En: Secretaria de Salud. Definiendo las prioridades de salud para l@s adolescentes. México, D.F.: SSA-CENSIA, 2002.
29. Santos- Preciado y Cols. La Transición Epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública Mex 2003; 45supl 1:S146.
30. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Secretaria de Salud, México, D.F.: 2001
31. Maddaleno M, Morillo P, Infante-Espinola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Publica Mex 2003; 45: supl 1:S132-S133.
32. Estadísticas del adolescente en México. Boletín 5. Mortalidad por Traumatismos. www.adolesc.org.mx/indicadores/INDEX.
33. INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección de estadística de corto plazo. Encuesta Nacional de Empleo Urbano. 1998.
34. Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnostico Sociodemográfico. México, DF. CONAPO, 2002.
35. Encuesta Nacional de la juventud 2000. Resultados generales. México, D.F.: Secretaria de Educación Publica, Instituto Mexicano de la Juventud, Agosto 2002.
36. INEGI. Dirección General de Estadísticas Demográficas y Sociales. Cuaderno No. 13. Estadísticas Demográficas INEGI ,2001.
37. Singh S, Wulf D, Samara R, Cuca Y. Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 countries. Int Fam Perspect 2000; 26.
38. Bacquie N, Bandera A, Gutiérrez E, López C. Riesgo suicida en niños y adolescentes. Rev. Hosp. Psiquiatr. La Habana 1994; 35(1):37-41.
39. Danielson CK, Overholser JC, Butl ZA. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients. Can J Psychiatry, 2003; 48: 762-765.
40. Gómez A. Trastornos depresivos y suicidalidad. Rev Chil Neuropsiquiatr 1998; 36(2):93-101.
41. Rubio M. Los costos de la violencia en América Latina. En: Adolescencia al día. Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente. División de protección de la Salud y Fundación Kellogg, 1999; volumen III. Violencia Juvenil.
42. United Nations Office on Drugs Control and Crime Prevention. Global Illicit Drug Trends 2001. Nueva York.
43. Fonseca J. Estadística de Adolescentes-México-. www.adolesc.org.mx .

44. Curry JF, Craighead E. Attributional style in clinically depressed and disordered adolescent. *J Consult Clin Psicol.EUA* 1990; 58: 109-115.
45. De la Fuente R., Medina- Mora ME., Caraveo J. La salud mental en los adolescentes. En: *Salud Mental en México*. México: IMP/FCE, 1997: 183-201.
46. Dallal E. Depresión. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. AMP. AC.: Mc Graw-Hill Interamericana. México; 2000.: 1312-1317.
47. Serfaty E, Edith M, Ustaran J, Andrade J, Bofii-Boggero H, DÁquila H, Masautis A, Foglia V. Depresión y factores de riesgo en varones de 18 años residentes en 5 jurisdicciones de Argentina: año 1992. *Bol. Acad. Nac. Med. B Aires* 1994; 72(2): 592-605.
48. Kashani, JH. Sherman DD. Childhood depression. Epidemiology, etiological models and treatment implications. *Integr Psychiatry*. 1988; 6: 1.
49. Kashani JH, Nair J. Affective/mood disorders, in *Diagnosis and Psychopharmacology of Childhood and Adolescent Disorders*, 2ª. Ed. Weiner JM. New York, Wiley, 1995: 229-263.
50. Ingersoll, GM. La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México.2000 ; 20:155.
51. Lafarga J. Psicogenesis de los valores Morales. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México. 2000;29: 222.
52. De la Fuente R., Medina-Mora ME, Caraveo J. La investigación en psiquiatría y la salud mental. En: *Salud Mental en México*. México: IMP/FCE, 1997: 73-111.
53. Ingersoll GM. Desarrollo psicológico y social. En: McAmarnay ER, Kreipe RE et al. *Medicina del adolescente*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1994.
54. Horrocks, JE. *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas, 1990.
55. Dulanto GE. La adolescencia como etapa existencial. En: Dulanto GE. *El Adolescente*. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México.2000; 20:150-151.
56. Saucedo G. Normalidad y psicopatología en la adolescencia. *Rev. Méx. Pediatría México* 1994; 61:153-157.
57. Saucedo, G. Psicología de la vida en familia: Una visión estructural. *Rev. Médica IMSS México* 1991; 29: 61-67.
58. Erikson EH .Identity: Youth and crisis. NY, EUA: Norton; 1968 p. 36-70. En: *La familia y el adolescente*. *Rev Med Hosp. Gen* 1999; 62(3): 191-197.

59. Mendizábal JA, Anzures B. La familia y el adolescente. *Rev Med Hosp. Gen* 1999; 62(3): 191-197.
60. Pini S y cols. Identification of psychiatric distress by primary care physicians. *Gen Hosp Psychiatry*, 1997.
61. Shulberg HC, Block MR, Madonia MJ, et al. Treating major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 913-19.
62. UNAM. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad. Guía Práctica. Consenso 2004.
63. Kupper N. Trastornos Depresivo y Bipolar. ;29:536-537. En: Schoen B. Salud mental y psiquiatría. Mc Graw Hill. España.2002.
64. Torgersen S. Genetic factors in moderately severe and mild affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 222-26.
65. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorders. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999-1010.
66. Ribeiro SCM, Tandon RJ, Grunhaus LJ, Greden JF. The DST as a predictor of outcome in depression: A meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1618-29.
67. Barker E, Blakey RD. Norepinephrine and serotonin transporters: molecular target of antidepressant drugs. In: New York, NY. Bloom FE, Kupfer DJ. Ed. *Psychopharmacology: the 4th generation of progress*. 1995: 933-944.
68. Cassem EH. Depressive disorders in the medically ill: an overview. *Psychosomatics*. 1995; 36: 2-10.
69. Fava M, Davidson KG. Definition and epidemiology of treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1996; 19: 179-195.
70. Mc Daniel JS, Musselman DL, Proter MR. Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry*.1995;52 89-99.
71. Reynolds CF III, Kupfer DJ, Thase ME. Et al: Sex, gender and depression: an analysis of gender effects on the electroencephalographic sex of 302 depressed outpatients. *Biol Psychiatry*. 1990;28:673-684.
72. Akiskal HS. Le spectre bipolaire: acquisitions et perspectives cliniques. *Encephale* 21.1995; 6: 3-11.
73. Bebbington R. The epidemiology of bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.1995; 30: 279-292.
74. Serfaty E, Edith M, Andrade J, Bofii-Boggero H, Masautis A, Foglia V. Prevalencia de síndrome depresivo en varones de 18 años residentes en la provincia de Neuquén, Argentina 1994. *Bol. Nac. Med. B. Aires* 1997; 75(2): 563-579.

75. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261:2229-35.
76. Medina-Mora ME y Cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental. *Rev. Salud Mental* 2003; 26:4.
77. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB y cols. Age of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:706-717.
78. Flaherty J, Channon R, Davis J. *Psiquiatría, diagnóstico y tratamiento*. México: Médica Panamericana; 1991: 325-327.
79. Hovey JD, King CA. Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among immigrant and second generation, Latino adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:1183-1192.
80. Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact?. *J Am Child Adolesc Psychiatry*.1995; 34:570-595.
81. López A, De la Peña F. Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con trastornos depresivos. *Información Clínica*, 1999; 10 (2): 7-9.
82. Séller B, Todd RD, Luby J, et al. Treatment-resistant depression in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 1996; 19:253-265.
83. Barklage NE. Evaluation and management of the suicidal patient. *Emergency Care Quaterly*. 1991; 7; 9-17.
84. Guze SB ,Robbins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*.1970; 117:437-438.
85. Muller TI, León AC. Recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Psychiatric Clin North Am*.1996; 19: 85-102.
86. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, et al : An epidemiology investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1990; 25: 193-199.
87. Organización mundial de la Salud. CIE-10. Décima definición internacional de Enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 1992.
88. Heinze G. La depresión: un fenómeno universal. *Med Int. Mex*.2000; 16(6): 308-326.
89. Dew MA, Reynolds CF, Houcks PR, et al. Predictors of pathways toward recovery in the elderly. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1016-24.

90. Harding T, Arango M, Baltasar J. et al: Mental disorders in primary health care. *Psychological Medicine* 1980; 10: 231-241.
91. Katz MM, Koslow SH, Mass JW. The timing, specificity and clinical prediction of tricyclic drug response in depression. *Psychol Med* 1987; 17: 287-309.
92. Hamilton M. Development of rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278-296.
93. Alexopoulos GS, Meyer BS, Young RC, Martis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with reversible dementia. A controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1693-99.
94. De la Peña F, Ulloa R, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental, Numero esp*, 1999: 1-15.
95. Goldberg DP, Rickels K, Downing R, Hesbacher P. A comparison of two psychiatric screening tests'. *British Journal of Psychiatry*. 1976; 129: 61-67.
96. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67: 361-370.
97. Goldberg D, Williams P. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona. Masson; 1996.
98. Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1985; 146: 55-61.
99. Vasquez JL, Diez JF, Peña C, Quintanal R, Labrador M. Two stage design in a community survey. *British Journal of Psychiatry*. 1996; 149: 88-97.
100. De los Ríos, C. L & Sánchez Sosa J. J. Cuestionario General de salud. GHQ-28. México; 1996. En prensa.
101. Breilh J. Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Sarmiento A, Salgado E, Proaño D, Rodríguez A, Reyes M, Real R, Proaño M, Pozo L. Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador+ Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias médicas de Quito. Quito, Ecuador. 1990.
102. Sarmiento A, Salgado E, Proaño D, Rodríguez A, Reyes M, Real R, Proaño M, Pozo L. Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador+ Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias médicas de Quito. Quito, Ecuador. 1990.

103. Sender R, Salameró M, Valles A, Valdez M,. Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorders in medical students at the University of Barcelona. Med Educ Online 2004; 9:9. Available from <http://www.med-ed-online.org>.
104. Nakeeb A, Alcazo P, Fernández JO, Malagón C, Molina G. Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. Madrid, España 1997.
105. Avila E, Ballesteros G, Díaz P, García-Prieto M. Evaluación del estado de salud mental en estudiantes de Medicina de UAM. Universidad Autónoma. Madrid, España 2004.
106. Hernán N, Fernández A, Ramos M. Salud y Juventud, Madrid. Consejo de la Juventud España, 2002.
107. Pastor y Aldaguer V, Poveda de Agustín J, Rodríguez M. Evaluación de algunos aspectos psicosociales de los estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Educación Médica, Julio 2000; 3 : 122-131
108. Gutiérrez JR. La Familia disfuncional y la psicopatología en la población de San Salvador. Universidad Tecnológica de El Salvador. 2004.
109. Sameroff A, Chandler M. Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. En: Dulanto G. El Adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría AC. México: Mc Graw-Hill Interamericana México; 2000.
110. Silver T, Maddaleno M. La resiliencia, la promoción de la salud y el desarrollo humano. Adolesc. Latinoam. 2001; 2(3).
111. Secretaría de Salud. Programa De Acción "Vete sano y Regresa Sano". México D. F. 2001.
112. Consejo Nacional contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones. 1998. México, D. F.: Secretaría de Salud, 2000.
113. Nazar-Beutelspacher A, Tapia-Conyer R, Villa-Romero A, Medina-Mora ME, Salvatierra-Izaba B. Factores asociados al consumo de drogas en adolescentes de áreas urbanas de México. Salud Pública Mex 1994; 36: 646-654.
114. Severino G, Pérez M, Da Silva R, Fredy E. Realidad de una necesidad: sala de interacción psiquiátrica en un hospital. Rev Psiquiatr. Urug. 1997; 61(336):87-98.
115. Manzanera R, Torralba L, Martín L. Adolesc Latinoam 2002; (3)1:1-10.
116. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Aguascalientes, Ags. México. 1999, Cuaderno Num 15.
117. Celis A, Gómez Z, Armas J. Tendencias de Mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. Salud Pública México. 1; 45: 5-15.

118. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras epidemiol* 1999; 2(3):102-171.
119. Haavisto A, Sourander A, Ellila H, Valimaki M, Santalanhti P, Helenius H. Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland. *J Affect Disord*, 2003; 76:211-221.
120. Serfaty E. Suicidio en la Adolescencia. *Adolesc. Latinoam.* 1998; 1(2):1-7.
121. INEGI. Cuadernillo 7. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios, 2001.
122. Borges G, Rosovsky H, Gomez C, Gutierrez R. Epidemiology of suicide in Mexico from 1970 to 1994. *Salud Publica Mex* 1996; 38:197-206.
123. Serfaty E, Andrade J, Boffi B. Estudio epidemiológico de depresión y factores de riesgo. *Bol Acad Nac Med. Buenos Aires*, 1994; 71:64
124. Medina- Mora ME, Villatorio J, Juárez F, Carreño S, Berenzon S, Rojas E. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *An Inst Mex Psiquiatría*. 1994; 5:7-14.
125. *Novalés X. Violencia. En: Dulanto GE. El Adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría A C. México: Mc Graw-Hill Interamericana México. 2000; 172:1270-1271.*
126. Serfaty E y cols. Violencia y riesgos asociados en adolescentes. *Adolesc. Latinoam* 2002; 3(1).
127. Aguirre M y cols. Depresión en adolescentes del sur de Quito. Tesis presentada para la obtención del grado de especialista en Medicina Familiar. Universidad Central de Ecuador, Quito 2001; s.n.:157.
128. Jiménez OR, Illescas VV. La violencia no cede. *Médico Moderno*, 1997; 35(12):42
129. Fonseca J. Estadística de Adolescentes-México-. www.adolesc.org.mx .
130. Casanueva E, Soberanis T, Ortiz, Bobadilla MA. Cambios en la composición corporal en el periodo perinatal en un grupo de adolescentes. *Perinatol Reprod Hum* 1991; 5 (1): 28-32.
131. Escobedo E, Fletes J, Velásquez V. Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* 1995; 52(7): 415-419.
132. Aguinaga S, Salgado E, Brito W, Larco P, Sánchez L. Estudio de depresión en la adolescente embarazada. *Rev. CIEZT* 1999; 4(5): 134-139.
133. Caballero R, Villaseñor A. Subculturas sexuales y grado de riesgo de adquisición del VIH en adolescentes de un Barrio marginado. *Salud Pública Mex* 1996; 38: 276-279.
134. Secretaría de Salud. Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988). México, D.F.: Dirección General de Planificación Familiar, 1989.

135. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario estadístico del Estado de San Luis Potosí. Cuaderno Estadístico Municipal, Villa de Reyes. 1995.
136. Sistema de Información: SISPA. Secretaría de Salud. 2000.

14.1. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

1. Almeida Montes L. Trastornos del dormir. En: PAC-MG-2, Academia Nacional de Medicina. México. Intersistemas 2ª Ed. 1999; 2: 48-53.
2. Andrade Palos. GHQ-28. "Escala ambiente familiar".Version 2. ; 1998.
3. Baca Baldomero E. Trastornos de la personalidad. Medicine. 1999; 7: 5017-5025.
4. Baena G. Instrumentos de investigación. Editores Mexicanos Unidos. México, 1982.
5. Dorsch F. Diccionario de psicología.Ed. Herder, Barcelona. 1985.
6. Consejo Nacional de población. Programa Nacional de Población 2001-2006. México, D.F.: Conapo, 2001.
7. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia epidemiológica. Secretaria de Salud, México, D. F.: 2001.
8. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979; 9: 139-145.
9. Hernan N, Fernandez A, Ramos M. Salud y Juventud, Madrid. Consejo de la Juventud España, 2002.
10. Hernández S. Fernández C. Baptista L. Metodología de la investigación. 3ª. Edición. México. Mc Graw Hill; 2003.
11. Hernández-Guzman L, Sanchez-Sosa, J. Parent child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. Adolescence México 1996; 31: 955-963.
12. Iglesias Serrano, C. El paciente que nunca mejora. En: semiFYC, editores. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: EdiDe, 1998; 229-231.
13. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Anuario estadístico del Estado de San Luis Potosí. Aguascalientes, México. 2002.
14. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Resumen General. México, D.F.: INEGI.
15. Lartigue T, Vives J, Córdova A. Adolescentes y adultas embarazadas; un estudio psicológico comparativo. México, D.F: Umbral XXI. 1993; 13: 16-20.)
16. Lobo A, Perez-Echeverria MJ, Artal J. Validity of the scaled versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in Spanish population. Psychological Medicine 1986; 16: 135-140.
17. Manelic H, Ortega-Soto H. La depresión en los estudiantes universitarios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Plantel Aragon. Salud Mental V, Junio 1995. 18;2: 31-34.

18. Organización Panamericana de la salud. La segunda década: instructivo sobre el desarrollo y salud del adolescente. OMS, Ginebra, 1984.
19. Organización Panamericana de la salud. Las condiciones de salud en las Américas, Washington, D. C. :OPS; vol II: 490.
20. Rojtenberg, S. Depresiones y antidepresivos. Argentina. Ed. Médica Panamericana; 2001.
21. Romero M, Medina-Mora E. Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. Salud Mental 1987 V.10; 3: 90-97
22. Silva R. Dimensiones psicosociales de la pobreza. México. Ed. UNAM; 2000.
23. Roberts RE, Sobhan M. Symptoms of depression in adolescence. A comparasion of Anglo, African an Hispanic. J Youth Adolesc, 1992; 21: 639.
24. Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF "Escala ambiente familiar".Version 2. ; 1986.
25. Visauta B. Técnicas de Investigación Social I. Ed. PPU Barcelona.1989.

15. ANEXOS

ANEXO 1

INFORMACIÓN DIAGNOSTICA BÁSICA DEL PLANTEL EDUCATIVO: CONALEP.

Organismo descentralizado. S. E. P. Zona escolar: 06

Dirección: Privada CONALEP # 11, Villa de Reyes, S. L. P., Colonia San Cristóbal.

Teléfono: 01-485-861-0145.

Nombre del Director: Ing. Herlinda Hernández Villa.

Grado Escolar. Anual	Sexo	Menos de 14	15 años	16 años	17 años	18 años	19 años	20 años	Total
1º.	M	4	45	40	46				136
1º.	F	10	30	57	2				99
Subtotal.		14	75	97	48				234
2º.	M			50	20	15	5		90
2º.	F			30	24	4			58
Subtotal.				80	44	19	5		148
3º.	M				64	6	4	2	76
3º.	F				29	5			34
Subtotal.					93	11	4	2	110
Total.		14	75	177	185	30	9	2	492

GRUPOS.

1º. (1º. Y 2º. Semestres)	6 Grupos
2º. (3º. Y 4º. Semestres)	4 Grupos
3º. (5º. Y 6º. Semestres)	4 Grupos
Total.	14 Grupos

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES

"Este cuestionario fue diseñado para conocer lo que los adolescentes piensan de su vida familiar y personal, no hay respuestas buenas ni malas, simplemente es lo que cada quién piensa y siente de su vida. Tus respuestas son anónimas y serán utilizadas para fines de investigación, por lo cual te agradecemos seas sincero(a) y no dejes de responder alguna pregunta."

DE ANTEMANO GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

I.- DATOS GENERALES.

1. ¿Eres? (1) Hombre (2) Mujer
2. ¿Cuántos años tienes? _____
3. ¿Qué año escolar cursas? (1°) (2°) (3°)
4. ¿Has interrumpido tus estudios durante 6 meses o más, durante el año escolar anterior al que actualmente cursas?
(1) Sí (2) No
5. Durante la mayor parte de este ciclo escolar ¿trabajaste recibiendo sueldo?
(1) Si (2) No
6. ¿Con quién vives?
(1)Padres (2) Tutores (3) Abuelos (4) Tíos (5) Amigos (6) Hermanos (7) Otros.
7. ¿Quién es el jefe de tu familia (persona que se encarga económicamente de los gastos y la atención familiar)?
(1)Padre (2) Madre (3) Tutor(a) (4) Abuelo(a) (5) Tío(a) (6) Amigo(a)
(7) Hermano(a) (8) Otros

8. ¿A que se dedica tu jefe de familia?

- (1) Agricultor o Jornalero (2) obrero (3) empleado (4) comerciante
(5) profesional (6) otros

9. ¿Comparten tu dormitorio más de 3 personas?

- (1) Si (2) No

II. Ahora se te presentan otras preguntas, recuerda que la información que proporcionas es totalmente confidencial, contesta de la manera más sincera posible.

10. ¿Has tenido relaciones sexuales? (1) si (2) no

11. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual? _____ años

12. Con quien tuviste tu primera relación sexual?

- (1) Novio(a) (2) amiga (o) (3) prostituta(o) (4) Familiar

13. ¿Actualmente que anticonceptivo usas?

- (1) Condón (2) pastillas (3) inyección (4) Dispositivo intrauterino
(5) Método natural (coito interrumpido) (6) Ninguno.

14. Alguna vez a propósito te has hecho daño con el fin de quitarle la vida?

- (1) Nunca (2) una vez (3) mas de una vez

15. Que te motivo a hacerlo?

- (1) Ruptura de relaciones con un ser querido.
(2) Uso de drogas.
(3) Llamar la atención de los seres que lo rodean.
(4) Bajo rendimiento escolar.

16. ¿Has probado alguna de las siguientes sustancias? (por favor contesta todas las preguntas)

Sustancia	Alguna vez en tu vida		En los últimos 3 meses	
	SI	NO	SI	NO
ALCOHOL	(1)	(2)	(1)	(2)
TABACO	(1)	(2)	(1)	(2)
MARIHUANA	(1)	(2)	(1)	(2)
INHALABLES	(1)	(2)	(1)	(2)
ALUCINOGENOS	(1)	(2)	(1)	(2)
COCAINA	(1)	(2)	(1)	(2)
CRACK	(1)	(2)	(1)	(2)
HEROÍNA	(1)	(2)	(1)	(2)

17. ¿Cuántos años tenias cuando usaste por primera vez alguna de las sustancias anteriores?

- (1) _____ años
 (2) nunca he usado drogas.

18. ¿Qué tan fácil o difícil te seria conseguir drogas (por ejemplo: marihuana, heroína, anfetaminas)?

- (1) imposible (2) muy difícil (3) fácil (4) muy fácil (5) no sabe

19. Que tan peligroso es consumir drogas como la marihuana o los inhalables, la cocaína o heroína?

- (1) no es peligroso (2) es peligroso (3) es muy peligroso (4) no sé

20. ¿Como verían tus padres, si supieran que consumes algún tipo de droga (por ejemplo, marihuana, cocaína, inhalantes, heroína, etc.)

- (1) lo verían bien (2) lo verían ni bien ni mal (3) lo verían muy mal
 (4) no se

21. ¿cuántos de tus amigos sabes que consumen drogas (por ejemplo inhalantes, marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas)?

- (1) ninguno (2) algunos (3) la mayoría

22. ¿Sabes si tus papas o tus hermanos han usado algún tipo de droga (que no sea alcohol ni tabaco)

- (1) nunca han usado drogas
 (2) han usado drogas alguna vez
 (3) las han usado regularmente
 (4) no se

23. Alguno de tus familiares con quien convives han tenido problemas laborales, familiares ó vecinales debido ha que consume bebidas alcohólicas?

- (1) si (2) no

24. Ahora lee con cuidado cada una de las siguientes afirmaciones. Nos interesa tu mejor estimación, pero en números. Por ejemplo: he hecho esto 3 veces en los últimos 12 meses. Si no has realizado ninguna de estas conductas, entonces contestas 0 . Por favor no dejes respuestas en blanco.

	Veces que lo has hecho en los últimos 12 meses
Tomar un auto sin pedir permiso	_____ veces
Golpear o dañar a propósito algo que no te pertenece	_____ veces
Vender marihuana o hashish	_____ veces
Tomar dinero o cosas con valor de \$ 25 o menos, que no te pertenece	_____ veces
Tomar dinero o cosas con valor de \$ 25 o más, que no te pertenece	_____ veces
Golpear o herir a alguien a propósitos sin contar los pleitos o discusiones con tus hermanos	_____ veces
Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa	_____ veces
Vender otras drogas que no sean marihuana o hashish	_____ veces
Tomar parte en riñas	_____ veces
Prender fuego a propósito a objetos que pertenecen a otra persona, conocido y/o amigo	_____ veces
Golpear a algún maestro o entrenador	_____ veces

Tomar alguna mercancía de alguna tienda sin pagarla	_____ veces
Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	_____ veces

25. ¿Que edad tenias cuando realizaste por primera vez alguna de estas conductas?

(0) 9 años de edad (1) 10 a 14 años (2) 15 a 19 años

III. A continuación por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaria saber si tiene algún problema médico y como ha estado de salud, en general, *durante las ultimas semanas*. Por favor conteste a TODAS las preguntas subrayando o marcando una cruz en el paréntesis de la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que solo debe de responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Nuevamente *muchas gracias por su colaboración.*

ÚLTIMAMENTE (EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS A LA FECHA):

26. Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- () Mejor que lo habitual () Igual que lo habitual
 () Peor que lo habitual () Mucho peor que lo habitual

27. Has tenido la sensación de que necesitas un reconstituyente?

- () No, en absoluto () No más de lo habitual
 () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual

28. Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- () No, en absoluto () No más de lo habitual
 () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual

29. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- () No, en absoluto () No más de lo habitual
 () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual

30. Ha padecido dolores de cabeza?

- () No, en absoluto () No más de lo habitual
 () Bastante más que lo habitual () Mucho más que lo habitual

31. Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

32. Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

33. Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

34. Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

35. Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

36. Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

37. Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

38. Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

39. Se ha notado nervioso y <<a punto de explotar>> constantemente?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

40. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Mas activo que lo habitual Igual que lo habitual
 Bastante menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

41. Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Mas rápido que lo habitual Igual que lo habitual
 Mas tiempo que lo habitual Mucho mas tiempo que lo habitual

42. Ha tenido la impresión, en conjunto, de que esta haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual Aproximadamente lo mismo de lo habitual
 Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

43. Se ha sentido satisfecho con la manera de hacer las cosas?

- Mas satisfecho que lo habitual
 Aproximadamente lo mismo de lo habitual
 Menos satisfecho que lo habitual
 Mucho menos satisfecho

44. Ha sentido que esta desempeñando un papel útil en la vida?

- Mas que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos útil que lo habitual Mucho menos útil que lo habitual

45. Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Mas que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

46. Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

- Mas que lo habitual Igual que lo habitual
 Menos que lo habitual Mucho menos que lo habitual

47. Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

48. Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

49. Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

50. Ha pensado en la posibilidad de <<quitarse de en medio>>?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

51. Ha notado que ha veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto No más de lo habitual
 Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

52. Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto

No más de lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

53. Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?

No, en absoluto

No más de lo habitual

Bastante más que lo habitual

Mucho más que lo habitual

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADA DE PARTICIPACIÓN PARA ADOLESCENTES.

“Consentimiento de participación Informado para Adolescentes”.

Por medio de la presente y una vez que se me explicó acepto participar en el estudio de investigación titulado “Depresión y factores asociados en adolescentes de una escuela técnica profesional”, y colaborar contestando completa y honestamente el cuestionario anónimo que me será proporcionado.

En el entendido de que puedo negarme a participar en este proyecto de investigación sin que esto pueda afectar mis actividades académicas y de que toda la información que yo otorgue se mantendrá en estricta confidencialidad y anonimato, ya que no se requerirá en el cuestionario consignar mi nombre.

NOMBRE Y/O FIRMA.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

San Luis Potosí, S. L. P., a ____ de _____ de 2005.

ANEXO 4

**CARTA DESCRIPTIVA DE CAPACITACIÓN A APLICADORES DE CUESTIONARIOS
PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.**

Objetivos y contenido temático	Estrategia Didáctica	Recursos	Tiempo y fecha
Conocer y precisar el objetivo el estudio de investigación, metodología y procedimiento.	*Expositiva	*Cuatro enfermeras (os), encuestadoras (es) : A,B,C,D. * Porta-rotafolio * Plumones. * Guía estructural del cuestionario * Hojas y lápices	30 min.
Conocer el cuestionario en su contenido, por cada item.	*Expositiva *Taller *Dinámica grupal		1 hora
Homologar los criterios de aplicación del cuestionario con relación a la metodología sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Estructura del instrumento, sin informar sobre su contenido. • Estilo de presentación de las (os) aplicadores ante los jóvenes. • Criterios básicos para el llenado del cuestionario con relación a forma y tiempo de aplicación, aclarando motivos de anulación del instrumento. • Metodología en la recopilación de instrumentos. 	*Expositiva *Taller *Dinámica grupal	* Aula * Porta-rotafolio * Plumones. *Tablas de trabajo * Guía estructural del cuestionario * Hojas y lápices	1 hora
Ejemplificar posibles situaciones presentes en la aplicación del cuestionario y homologar respuesta a estas	* Dinámica grupal	* Guía estructural del instrumento (no incluir contenido)	1 hora

ANEXO 5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2005 - 2006.

Depresión y factores asociados en Adolescentes de una escuela técnica profesional Villa de Reyes, S.L.P. 2005

	2005						2006			2007		
	E	F	M	A	M	J	Julio – Dic.	Enero-Junio	Julio - Noviembre	Dic	E	F
Elección del tema	X											
Autorización del Tema de Protocolo	X											
Elaboración del proyecto de tesis	X	X										
Revisión de protocolo por Comité Académico		X			X							
Aprobación del Protocolo por Comité Académico			X									
Autorización de investigación por COANLEP				X	X							
Aplicación de prueba Piloto				X								
Aplicación de instrumento y levantamiento de datos					X							
Captura de datos					X	X	X					
Análisis de datos							X					
Conclusiones y comentarios										X		
Revisiones de Informe final								X	X	X		
Elaboración de Resumen-Artículo												X
Asesorías	X		X		X		X	X	X	X	X	X
Examen de grado												X

ANEXO 6
PRESUPUESTO

	HONORARIOS				ALIMENTOS			TRANSPORTE			
	Horas X día	Días X mes	Total mes	Subtotal	Día	Mes	Sub Total	Día	Mes	Sub Total	
Investigador	166 X 2 horas	3,320 X 20 días	3,320	63,080 X 19 meses	200	6,000	6,000	100	3,000	3,000	72,080
Asesor	500 X 1 hora	1,000 X 2 días	1,000	19,000 X 19 meses	200	2,000	2,000	100	1,000	1,000	22,000
Pasante Enfermería	300 X 6 horas	4,500 X 15 días	4,500 X 3 pasantes 13,500	13,500	200	200 X 3 Enf. 600 x15 días	9,000	100	1,000 X 3 Enf.	3,000	25,500
Capturista	300 X 8 horas	4,500 X 15 días	4,500 X 2 Capturistas	9,000	-	-	-	-	-	-	9,000
Subtotal I											128,580
Equipo de Cómputo											6,000
Papelería											1,000
Fotocopiado											1,000
Edición y Publicación de Tesis											5,000
Subtotal II											13,000
Gran Total											141,580

