



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 01
ORIZABA, VERACRUZ.**

**"DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y SU
ASOCIACIÓN CON ADICCIONES"**

TESIS DE POSTGRADO

Para obtener el título en la especialidad de:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Rosa María Salomé Martínez Yáñez.

ASESOR METODOLÓGICO

Dra. Santa Leticia Hernández Cruz.



ORIZABA, VER.

2010

DEDICATORIAS:

A mis padres y hermanas: porque cualesquiera que hayan sido nuestros logros, alguien nos ayudó siempre a alcanzarlos.

A mi hijo Gabriel: la luz en mi camino y la fuerza de mi alma.

*A Juan Pablo: porque para el mundo eres alguien,
pero para alguien tú eres el mundo.*

AGRADECIMIENTOS:

A la Dra. Leticia:

“Porque todo conocimiento empieza con la experiencia”

A la Dra. Lupita:

“Porque la disciplina es la parte más importante del éxito.”

A la Dra. Welsh y Dr. Uvaldo Sánchez:

Por su apoyo y comprensión

A Lili: por darme su apoyo

cuando lo necesitaba

De entre nosotros, sólo serán auténticamente felices aquellos que hayan buscado y encontrado cómo servir”. Albert Schweitzer

**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES Y SU ASOCIACIÓN CON
ADICCIONES**

RESUMEN ESTRUCTURADO

Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones.

Martínez-Yáñez R. M. S.¹, Hernández Cruz S. L.²

¹Investigador, Residente de tercer año en la especialidad de medicina familiar, ²MCS.L.H.C.

Objetivo general: Determinar la asociación entre depresión en adolescentes y uso de sustancias adictivas.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional, prolectivo, realizado en 10 escuelas preparatorias de la Cd. de Orizaba. Ver; seleccionadas de manera aleatoria. Durante ciclo escolar 2009; se aplicó una encuesta con características sociodemográficas diversas, APGAR familiar, Fases III, Escala de Zung, Test de Audit, los indicadores de la CONADIC y SSA para consumo de tabaco y drogas ilícitas. Análisis estadístico: frecuencias simples y relativas, X² para estimar diferencias $P \leq 0.05$.

Resultados: Se presentaron síntomas de depresión leve en adolescentes en (4.39%), moderada (0.65%), ninguno severa. El consumo de drogas se presentó en (8.59%), tabaco (45.04%), alcohol (39.6%). Los síntomas depresivos se presentaron: mujeres (5.24%), edad de 16 y 17 años, familias con disfunción severa (17.02%), familias seminucleares (20.4%). fumadores (1.6%)

Conclusión: Se encontró relación entre síntomas depresivos y consumo de tabaco, es necesario la implementación de programas para maestros y padres de familia sobre comunicación, autoestima y sintomatología de depresión y consumo de drogas para la prevención y diagnóstico oportuno.

Palabras clave: Depresión, disfunción familiar, drogas, tabaco, alcohol.

INDICE GENERAL

Contenido.	Paginas
Introducción.....	1
Justificación.....	2
Antecedentes científicos.....	3
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	7
Hipótesis.....	8
Material y métodos.....	9
Procedimiento.....	10
Consideraciones éticas.....	14
Resultados.....	15
Discusión.....	28
Conclusión.....	31
Alternativas de solución.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos.....	37

INTRODUCCION

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la falta de interés o de placer que perdura durante al menos dos semanas según la clasificación de la DSM-IV la única dentro de los trastornos del estado de ánimo. Constituye una problemática de la transición demográfica. De acuerdo con la Organización mundial de la salud, (OMS, citadas por el ministerio de salud en 1998), los problemas de salud mental constituyen el 15% de la carga mundial. Datos del Banco Mundial (citado por el Ministerio de Salud, 1998) señalan que la depresión representa un grave problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de enfermedad a nivel mundial, representando el 3.4% de la carga total de enfermedad. Cassano y Fava (2002), resaltan en la revisión que hacen el aumento en las tasas de suicidios y homicidios y el incremento de comportamientos agresivos y el consumo de drogas. Con respecto a la frecuencia de este trastorno según Carta, Carpinello, Kovels, Proceda, Zedda y Rudas (1995) afirmaban que la frecuencia de presentación varía entre el 13.3 y 17.1% en la población general de E. E. U. U. Además la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de los patrones de La adolescencia a sido asociada por (Maddaleno 1987) al síndrome de riesgo que consiste en la presencia simultánea de factores asociados para la presentación de los cuatro problemas típicos del adolescente que son a) abuso de sustancias, b) embarazo o iniciación sexual, c)deserción escolar o problemas de rendimiento académico y d) delincuencia. Los factores asociados para el abuso de sustancias se relacionan con problemas escolares, problemas familiares tipo de interacción familiar y pautas de crianza, consumo de sustancias por parte de los padres, depresión y situación de estrés asociadas con el consumo, baja autoestima, influencia de los padres y personalidad

JUSTIFICACION

La depresión es uno de los problemas que con mas frecuencia pueden encontrarse en la sociedad actual. La situación es preocupante ya que en diversos estudios se ha encontrado que la frecuencia con que se presenta la depresión ha aumentado, mientras que la edad de presentación va disminuyendo. De hecho diversos estudios realizados indican que entre el 1.89% y 25 % de los niños pueden padecer depresión al igual que el 10% de los adolescentes. Esto traduce que la depresión en adolescentes se está convirtiendo en un fenómeno frecuente y a su vez este problema deteriora la adaptación psicosocial y el desarrollo del adolescente. Desde la década de los 30 diversos autores comenzaron a describir la posibilidad de depresión en niños, pero es hasta la década de los 60 que empezó a crecer considerablemente el interés sobre esta problemática. Es necesario considerar las características que Lang y Tisher (1983) le atribuyen a la depresión: una respuesta afectiva de tristeza, b) auto concepto negativo que incluye sentimiento de inadecuación , desamparo e inutilidad, c) una disminución de la productividad mental y de los impulsos (aburrimiento, falta de energía, descontento, etc., d) preocupación por la muerte o enfermedad, sentimientos suicidas, etc., e) problemas de agresión; todo ello los puede llevar a inestabilidad emocional y favorecer malas conductas y uso o abuso de sustancias ilícitas, alcohol o tabaco.

ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la falta de interés o de placer que perdura durante al menos dos semanas según la clasificación de la DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría), la única dentro de los trastornos del estado de ánimo (1,2). No fue hasta la década de los sesentas que se asume como entidad clínica (3). La prevalencia y la incidencia varía mucho entre los estudios realizados en el mundo. Existe un aumento progresivo en relación a la edad. (4). Los adolescentes padecen de estrés .confunden los mensajes que se les dan y esto ocasiona problemas en la familia lo que a su vez condiciona problemas de identidad y autoestima y esto con lleva a la depresión (5, 6, 7,8 ,9.). Los trastornos depresivos en la población de edad escolar observa con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos bajos (2). Los datos del Banco Mundial de la Salud, 1998, señalan que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de morbilidad en el mundo (1,3, 5,10, 11). En España estudios realizados revelan una prevalencia de depresión en adolescentes de 8.9%, en Australia 5.2% y 20% de depresión moderada en Alemania. En América Latina en Chile, Brasil y México una prevalencia entre 4.5 y 7.1% (7). Entre las principales causas se encuentra estrés familiar, abuso físico así como a problemas económicos, inadecuada comunicación y manifestaciones de afecto (12). En México, la encuesta Nacional de Epidemiología (ENEP) reportó que el 8.4% de la población a sufrido, según los criterios Diagnósticos del (DSM-IV) un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida. En otros países como E.U.A; se estima una prevalencia de depresión de entre 9-17 años es de 5%. (14). Existe evidencia de que el primer episodio depresivo, aparece más relacionado con la presencia de estresores psicosociales en la vida. (15). La familia es la institución básica en donde se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la población (16). En cuanto a depresión el 33.3% consideraron de manera afirmativa que existen factores como imitación social, aceptación grupal, como necesidad asociados al inicio del tabaquismo en la adolescencia (17). La marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en el

mundo, En México la Encuesta Nacional de Uso de Sustancias Adictivas entre la Población Escolar (EDUDCE) notifico una prevalencia del 5.8 % en el uso de drogas ilegales en estudiantes de 11 a 24 años de edad, 9.1% en hombres y 3.3% en mujeres. La última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2002), indico que el consumo del tabaco en adolescentes de 12-17 años es del 15.4% en hombres y del 4.8% en mujeres (18). El suicidio es una de las situaciones mas preocupantes, sin embargo, la prevalencia de suicidio consumado es de aproximadamente 7 de cada 100 000 adolescentes (19). Un estudio realizado en 1991 en una muestra de 241 adolescentes, entre 16 y 19 años en Santiago de Chile, mostro signos frecuentes de depresión en un 14.7% de los adolescentes del grupo. (20). En un estudio realizado en Calabama 2004 en 1069 adolescentes escolarizados de entre 11 y 18 años mostro que los factores predominantes para el desarrollo de depresión son la falta de destrezas sociales y pertenencia a grupo, bajo concepto y autoestima y situación familiar irregular. (21). Se han implementado programas para la prevención de depresión en adolescentes en base a los tres niveles de prevención y de acuerdo a las características clínicas o subclínicas de la depresión (22). Existen dos tipos de hipótesis sobre el consumo de tabaco y los desordenes de ansiedad. Una que la ansiedad se asocia con el riesgo de tabaquismo. La otra es que el consumo del tabaco produce ansiedad; esta hipótesis sugiere que el tabaco induce ataques de pánico. En un estudio realizado en Nueva York durante 1991 a 1993 en una población de 688 jóvenes se observo el 6% de los adolescentes fumaba tabaco en un promedio de 20 cigarrillos diarios y el 6% tenia desordenes de ansiedad (23, 24, 25, 26). Un estudio en el sur de Taiwán realizado por Gau y colaboradores en el 2005 en adolescentes de 9 a 13 mostro en el 16.3% de los jóvenes y 3.3% de las chicas el uso de sustancias ilícitas. (27) .Otro estudio realizado en Sao Paulo, reporto un consumo de tabaco en el 92%, alcohol en 88%, marihuana en 92%, cocaína 36%, crack 16%, benzodiacepinas o barbitúricos 4%, inhalantes y alucinógenos 8%.(28). La prevalencia de los usuarios de drogas en México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) arrojó que el 3.7% de los varones y 0.6% de las mujeres habían usado una o más drogas; la marihuana la más usada

seguida de los inhalables y la cocaína. (29). La depresión incrementa la probabilidad de ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos (30). Se han publicado algunas características de las familias adictas. Si el adicto es varón, se describe una madre sobre protectora, indulgente, abiertamente permisiva y si es mujer, suelen estar en abierta confrontación con la madre y descalifican a sus padres (31). Se han determinado cuatro factores protectores de la personalidad para evitar el consumo de sustancias adictivas entre estos: asertividad y auto sistema: auto estima – auto concepto – auto eficacia. (32) La MDMA (3,4 metilendioxitetanfetamina) droga más usada por los adolescentes europeos, actúa sobre receptores de serotonina ocasionando desordenes somatomorfos, distimia, pánico, depresión o ansiedad. El 40% de las personas alcohólicas tienen un historial de depresión y más del 70 % de ellas han presentado abuso de sustancias. Se ha sugerido que el consumo abusivo de alcohol es un síntoma de un trastorno depresivo no identificado. (33, 34, 35, 36, 37). La personalidad esta asociada con el riesgo de consumo de drogas. La hipocondriasis, la depresión y la histeria se asocian al consumo de drogas licitas, las alteraciones patológicas, manía o esquizofrenia se asocian con el consumo de drogas ilícitas. (38). Los adolescentes con depresión tienen mayor riesgo de desarrollar adicciones hasta en un 18.2% que los jóvenes no deprimidos 6.3% (39) Algunos factores psicosociales que influyen son mala relación de pareja y académicas, bajo nivel educativo, embarazo no deseado, amigos y satisfacción personal, El rol del padre es muy importante y afecta más a los varones.(40)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en adolescentes se está convirtiendo en un fenómeno frecuente y a su vez este problema deteriora la adaptación psicosocial y el desarrollo del adolescente. Los adolescentes con depresión tienen mayor riesgo de desarrollar adicciones que los jóvenes no deprimidos lo cual motiva a conocer la asociación entre depresión y su asociación con uso de sustancias adictivas.

¿Cuál es la asociación entre depresión en adolescentes y adicciones?

¿La depresión es un factor de riesgo para presentar adicciones?

HIPOTESIS

Existe asociación entre depresión y adicciones en adolescentes

HIPÓTESIS NULA.

No existe asociación entre depresión y adicciones en adolescentes

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la asociación entre depresión en adolescentes y el uso de sustancias adictivas

ESPECIFICOS:

1. Determinar la frecuencia de depresión de acuerdo al sexo, edad, en adolescentes
2. Determinar la asociación de depresión en adolescentes y su asociación con el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, etc.
3. Determinar la tipología familiar y asociación con depresión.
4. Determinar la asociación entre depresión en adolescentes y factores como sexo, edad, escolaridad.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio:

Se realizo un estudio prolectivo, comparativo, observacional individual, transversal en el ámbito escolar, en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre 2009 a Febrero 2010.

Población del estudio:

Adolescentes de 14 a 19 años inscritos en escuelas preparatorias públicas o Privadas de Orizaba, Veracruz, en el periodo comprendido entre Septiembre 2009 a Febrero 2010.

Población Total: de 4982 alumnos inscritos en el presente año escolar.

Muestra: Poder 80%

Nivel de confianza 95%

Prevalencia: 17%

Total: 1065 adolescentes

Periodo de estudio y lugar:

Escuelas preparatorias públicas y privadas de Orizaba, Veracruz, en el periodo comprendido entre los meses de Septiembre 2009 a Febrero 2010

Criterios de inclusión:

- 1.-Edad entre 14-19 años
- 2.-Que al momento del estudio se encuentre estudiando bachillerato o su equivalente
- 3.- Que acepte participar
- 4.-Que autorice consentimiento informado por su representante legal o tutor

Criterios de no inclusión:

- 1.-Que presente patología psiquiátrica
- 2.-No acepte participar en la encuesta
- 3.-Cuestionarios incompletos

Análisis estadístico:

Frecuencias simples y relativas para variables numéricas.

Estadística no paramétrica: X² para determinar diferencias con $P < 0.05$

R_p para estimar asociación, con IC95%

PROCEDIMIENTO

Previo registro del protocolo titulado "Depresión en adolescentes y asociación con adicciones; con número de registro 2009-3101-3. y autorización por los directivos de los diferentes planteles escolares, se realizó la aplicación de cuestionarios en diez escuelas entre bachilleratos, públicos y privados de la Ciudad de Orizaba, Ver, las cuales fueron seleccionadas de forma aleatoria, se realizaron 1070 encuestas a alumnos entre 14-19 años con el fin de detectar adolescentes que presentan síntomas depresivos o que están en riesgo de padecer depresión y su asociación con el consumo de drogas ilícitas. De las 10 escuelas seleccionadas cuatro de ellas son privadas Anglofrancés (31), Atenas (138) Tecnológico .Siglo XXI TM (87), Instituto Tecnológico Siglo XXI TV (86), Instituto de la Veracruz (144),y las otras seis publicas: Instituto Tecnológico de Ciencias Contables y Fiscales TM (96), Instituto Tecnológico de Ciencias Contables y Fiscales TV(105), Instituto . Colegio preparatorio de Orizaba (150), bachillerato Morelos (118), bachillerato Abierto (61). Una vez leído y firmado el consentimiento informado por el padre, se aplicaron en ese momento una encuesta que incluyo datos generales del paciente como nombre y apellidos, edad, sexo y escolaridad y posteriormente se aplicaron las demás encuestas correspondientes. Se aplico la escala de Zung, es una escala de cuantificación de los síntomas en forma empirica compuesta de 20 ítems formulados la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos con 8 ítems para síntomas somáticos y 8 cognoscitivos, completándose escala con 2 ítems referentes al estado de animo y otros dos para síntomas psicomotores. Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizo el cuestionario fases III en su versión español el cual contiene 20 ítems, los 10 nones evalúan la cohesión familiar y los 10 pares la adaptabilidad familiar. Para evaluar grado de satisfacción persona sobre el apoyo recibido por la familia se utilizo el APGAR Familiar. Para determinar el consumo de tabaquismo se utilizaron los indicadores básicos de la CONADIC Y SSA que consta de 8 ítems básicos, 11 ítems para fumador activo y dos para fumador pasivo. Para medir el consumo de drogas se utilizo de la misma manera los indicadores básicos de la

CONADIC Y SSA para consumo de drogas el cual consta de 7 ítems. Para determinar el consumo de alcohol se utilizó el test de AUDIT el cual consta de 10 ítems los cuales son útiles para determinar el consumo riesgoso y dependencia al alcohol. El médico residente Rosa María Salome Martínez Yáñez se encargó de entrevistar a los estudiantes y la recolección de los resultados que arrojaron las mismas y se capturó la información en la base de datos EPI 6 para análisis estadístico de los mismos.

CONSIDERACIONES ETICAS:

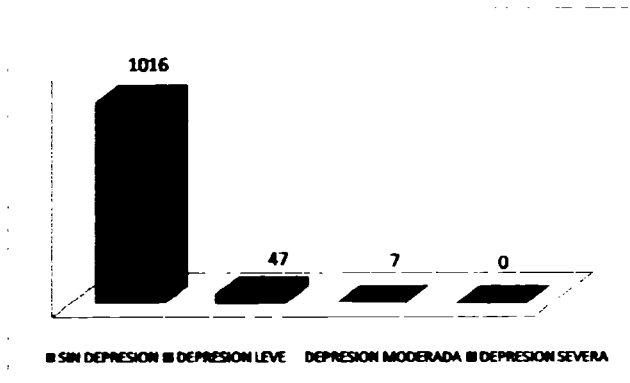
La presente investigación se considero sin riesgo, ya que los pacientes no se expondrán a riesgos o daños innecesarios por el investigador (Art. 17, fracción 1, capitulo 1, titulo segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud). Además se cobija en el Artículo 22 de la misma, a la Declaración de Helsinki y modificación en Tokio en 1975, y a las normas y procedimientos en materia de investigación que rigen las instituciones de salud. Se solicitara consentimiento informado. Previa explicación sobre el estudio a investigar.

RESULTADOS

De un total de 1070 alumnos de preparatorias inscritos en 10 escuelas (4 privadas y 6 publicas) De manera general, 94.94% no presentó S. de depresión, 4.39% con S. de Depresión Leve y 0.65% con S. Depresión moderada. Gráfica 1

Grafica1

Frecuencia de síntomas depresivos.

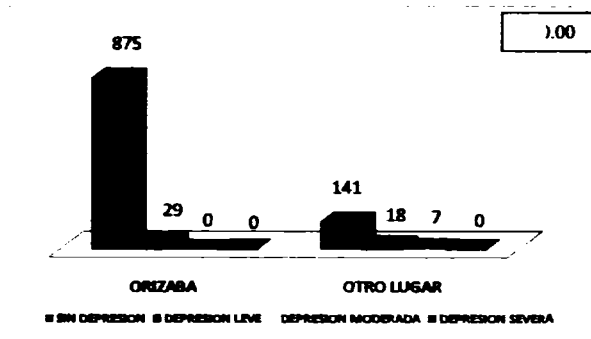


Fuente cuestionario aplicado
N=1070

De acuerdo al lugar de origen, se encontró que 875 (85.14%) son originarios Orizaba, Ver; de éstos el 3.1% (29) presentó S. depresión leve y 0.7% S. depresión moderada; 141 (14.86%) son originarios de otra ciudad de los cuales 11.32% (18) se asocio con síntomas de depresión leve, ninguno presento depresión severa. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas $P=0.00001365$. Grafica 2

Grafica 2

Depresión en adolescentes de acuerdo al lugar de origen

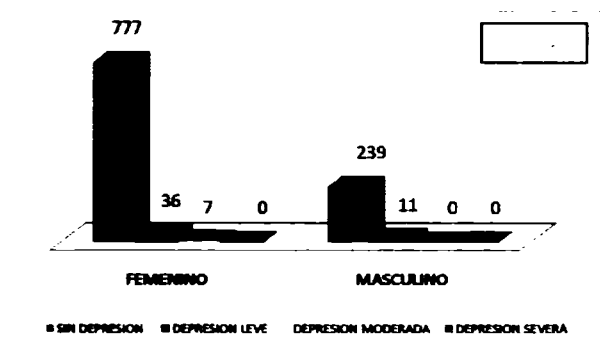


Fuente cuestionario aplicado
N=1070

En cuanto al sexo 820 (76.63%) fueron mujeres y 250 (23.36%) varones, de éstos, 36 (4.39%) de la mujeres presento síntomas de depresión leve y 7 (0.85%) moderada mientras que en varones solo 11(4.4%) presento síntomas de depresión leve. No hubo diferencias estadísticas. (P= 0.34154401). Grafica 3

Grafica 3

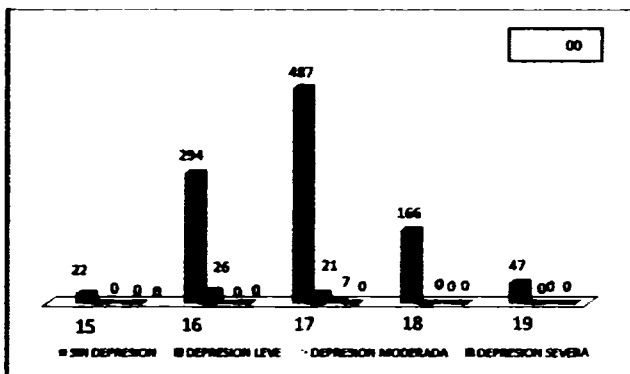
Datos depresivos de acuerdo al sexo



Fuente cuestionario aplicado
N=1070

Respecto a la edad, la media fue de 16.9 años \pm 0.83. Hubo más síntomas depresivos en adolescentes de 16 años donde 8.12% (26) presentaron S. de depresión leve seguido de los de 17 años en este grupo de edad se encontraron síntomas de depresión leve en 4.07% (21) y moderada en 1.3% (7) Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($P= 0.000000$). Grafico 4

Grafico 4
Síntomas depresivos en relación a la edad



Fuente cuestionario aplicado
 N=1070

Del total de adolescentes estudiados 941 (87.9%) refirieron tener una figura paterna, de ellos 19 (2.01%) presentó S. depresión leve y 7 (0.74%) presentaron S. de depresión moderada; 127 (11.8%) refirieron no tener padre, de éstos, 26 (20.4%) presento S. de depresión leve; 2 (0.18%) refirieron no saber si tienen padre y estos presentaron síntomas de depresión leve. Las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En cuanto al número de hijo que ocupan en la familia, 75 (7.09%) es hijo único y no presentaron S. de depresión. En quienes tienen de 3 a 4 hermanos, se presentaron síntomas de depresión leve en 11 (6.2%). También hubo diferencias estadísticas

Del total de la muestra 1035 (96.7%) viven con al menos uno de sus padres y 35(3.2%) refirió no vivir con ellos. De los que viven con sus padres 47 (0.04%) presentó S. Depresión Leve y 0.06% S. depresión Moderada. En este apartado no hubo diferencias significativas.

En cuanto a la escolaridad del padre, de los que habían cursado preparatoria se encontraron datos de S. depresivos en sus hijos de la siguiente manera: S. Depresión leve en 19 (4.18%) y S. Depresión moderada en 7(1.54%). Hubo un rubro donde los estudiantes manifestaron no conocer la escolaridad del padre, en estos, 28 (23.7%) presentaron S. de depresión leve.

En relación al grado de estudios de la madre 430 (40.18%) estudio preparatoria y de estos 7 (1.6%) tuvieron S. de depresión moderada; 326 (30.4%) estudio secundaria de los cuales 14.4% se asocio a síntomas de depresión leve.

De los 1070 adolescentes 900 (86.54%) refieren que su padre si trabaja, en 19 (2.05%) hubo S. de depresión leve y 7 (0.756%) S. depresión moderada; en 101 (9.4%) el padre no trabaja, presentándose en 19 (18.8%) S. de depresión leve y en 7 (6.9%) S. de depresión moderada, 55 (5.1%) refirieron no saber si su padre trabaja y en ellos se presento mayor frecuencia de síntomas depresivos leves (18 (32.72%). Respecto a si la madre trabaja, 509 (47.57%) refirieron que si lo hace y 561 (52.43%) se dedican al hogar. En los hijos de las primeras, 39 (7.66%) ha presentado S. de depresión leve en comparación con los hijos de las segundas en donde solo 8 (1.4%) lo hicieron, sin embargo, en éstos últimos si hubo S. de depresión moderada en 7(1.2%).

293 (27.3%) de los encuestados considero que el sueldo que perciben sus padre cubre siempre sus necesidades básicas, 402 (37.5%) considera que casi siempre y 375 (35.4%) respondieron que solo a veces; de estos 7 (2.3%) presentaron síntomas de depresión moderada, y S. de depresión leve en 39 (9.70%) y 8 (2.1%) respectivamente. En todos se encontraron diferencias estadísticas. Tabla 1

Tabla I

Antecedentes personales no patológicos

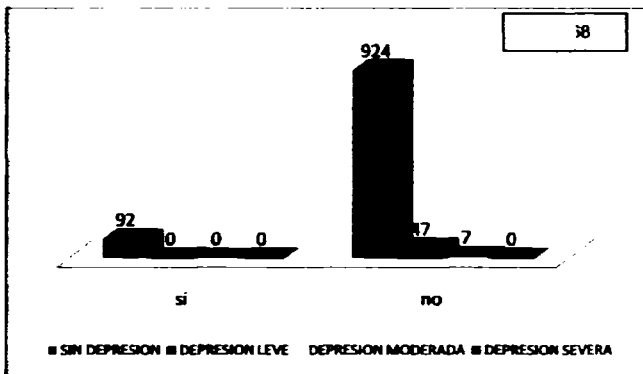
TIENE PAPA	SIN DEPRESION		DEPRESION LEVE		DEPRESION MODERADA		TOTAL		VALOR DE P
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%	
SI	915	97.23	19	2.01	7	0.74	941	87.94	
NO	101	79.52	26	25.7	0	0.00	127	11.86	0.000
NO SABE	2	0.00	2	100	0	0.00	2	0.18	
HIJO									
1	75	100.00	0	0.00	0	1.33	75	7.00	
2 A 3	704	94.24	36	0.00	7	0.13	747	69.81	0.000
3 A 4	166	93.78	11	4.81	0	0.56	177	16.54	
4 o MAS	71	100.00	0	6.21	0	1.40	71	6.63	
VIVE CON SUS PADRES									
SI	981	94.78	47	4.54	7	0.67	1035	96.72	0.382
NO	35	100	0	0.00	0	0.00	35	3.27	
ESCOLARIDAD DEL PADRE									
NULA	56	100	0	0.00	0	0.00	56	5.23	
PRIMARIA	120	100	0	0.00	0	0.00	120	11.21	
SECUNDARIA	101	100	0	0.00	0	0.00	101	9.43	
PREPARATORIA	428	94.27	19	4.18	7	1.54	454	42.43	0.000
PROFESIONISTA	189	100	0	0.00	0	0.00	189	17.66	
MAESTRIA	32	100	0	0.00	0	0.00	32	2.99	
NO SABE	90	76.27	28	23.72	0	0.00	118	11.02	
ESCOLARIDAD DE LA MADRE									
NULA	44	100	0	0.00	0	0.00	44	4.11	
PRIMARIA	85	100	0	0.00	0	0.00	85	7.94	
SECUNDARIA	279	85.58	47	14.41	0	0.00	326	30.46	0.000
PREPARATORIA	423	98.37	0	0.00	7	1.62	430	40.18	
PROFESIONISTA	185	100	0	0.00	0	0.00	185	17.29	
TRABAJA PAPA									
SI	900	97.19	19	2.05	7	0.75	926	86.54	
NO	79	88.76	10	11.23	0	0.00	89	8.31	0.000
NO SE	37	67.27	18	32.72	0	0.00	55	5.14	
TRABAJA MAMA									
SI	470	92.33	39	7.66	0	0.00	509	47.57	0.000
NO	546	97.32	8	1.42	7	1.24	561	52.43	
GASTOS									
SIEMPRE	286	97.61	0	0.00	7	2.38	293	27.38	
CASI SIEMPRE	363	90.29	39	9.70	0	0.00	402	37.57	0.000
A VECES	367	97.86	8	2.13	0	0.00	375	35.04	

Fuente cuestionario aplicado
N=1070

De acuerdo a los indicadores básicos para medir el consumo de drogas ilegales de la CONADIC y SSA fue positivo en 92 (8.59%) sin embargo en ellos no se presentaron síntomas de depresión. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($P= 0.06891573$) Grafica 5

Grafica 5

Depresión y uso de drogas ilícitas



Fuente cuestionario aplicado
N=1070

A pesar de que en los 92 (8.59%) adolescentes que manifestaron consumir drogas ilícitas no se presentaron S. de depresión, es importante analizar algunos aspectos relevantes. Con respecto a la edad, 42(45.6%) inicio a los 16 años, 41 (44.5%) a los 14 años, 6 (6.5%) a los 13 años y 3 (3.2%) a los 15 años. En cuanto al patrón de consumo de los adolescentes que usan drogas 60 (65.21%) correspondieron a consumo de tipo experimental, 10 (10.8%) a consumo leve, 9 (9.78%) a consumo moderado, 9 (9.7%) a consumo severo y 4 (4%) no especificó. La droga más usada fue la marihuana: ("mota o "churro") con un consumo en 83 (88.00%) adolescentes, en segundo lugar las metanfetaminas: ("tachas, éxtasis o cristal") con 7 (7.6%) en tercer lugar la cocaína: ("polvo," perico, "nieve", "grapa" o pasta de cocalna) en 3 (3.20%) y en cuarto lugar los inhalables ("thiner,

pegamento, pintura, gasolina" en 1 (1.08%). En relación al tipo de usuario (en base al número de drogas que consume); 87 eran monousuarios y 5 poliusuarios. No hubo diferencias estadísticas en ningún rubro. Tabla II

Tabla II

Depresión en adolescentes y relación con el consumo de drogas ilícitas.

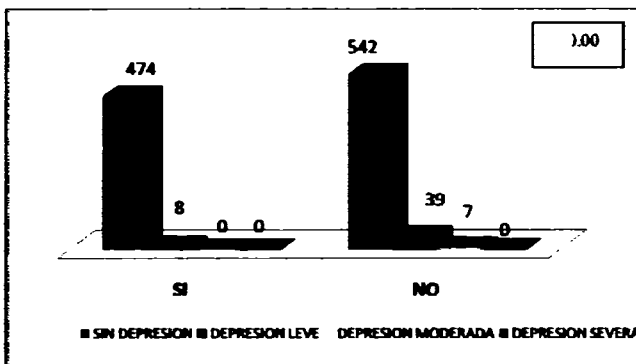
DROGAS	SIN DEPRESION		DEPRESION LEVE		DEPRESION MODERADA		TOTAL		VALOR DE P
	NUM	%	NUM	%	NUM	%	NUM	%	
EDAD INICIO									
13	6	6.52	0	0	0	0	6	6.52	
14	41	44.56	0	0	0	0	41	44.56	0.726
15	3	3.26	0	0	0	0	3	3.26	
16	42	45.65	0	0	0	0	42	45.65	
DROGA									
MARIHUANA	81	88.04	0	0	0	0	81	88.04	
COCAINA	3	3.26	0	0	0	0	3	3.26	0.726
INHALABLES	1	1.08	0	0	0	0	1	1.08	
METANFETAMINAS	7	7.60	0	0	0	0	7	7.60	
PATRON DE CONSUMO									
EXPERIMENTAL	60	65.21	0	0	0	0	60	65.21	
LEVE	10	10.87	0	0	0	0	10	10.87	
MODERADO	9	9.78	0	0	0	0	9	9.78	0.866
ALTO	9	9.78	0	0	0	0	9	9.78	
NO ESPECIFICO	4	4.34	0	0	0	0	4	4.34	
TIPO USUARIO									
MONOUSUARIO	87	100	0	54.02	0	0	87	8.13	0.253
POLIUSUARIO	5	100	0	0	0	0	5	0.46	

Fuente cuestionario aplicado
N=1070

En relación a las drogas lícitas, se preguntó sobre tabaco y alcohol. Para medir la frecuencia de consumo de tabaco se utilizaron los Indicadores básicos de la CONADIC Y SSA y de acuerdo a dicho instrumento se encontró: 588 (54.9%) correspondieron a no fumadores y 482 (45.04%) refirió haber fumado tabaco en al menos una ocasión, de los no fumadores, 39 (6.6%) presentó S. de depresión leve y 7 (1.1%) moderada; de los fumadores, 8 (1.6%) presentaron síntomas de depresión leve. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (P=0.00001931) Grafica 6

Grafica 6

Depresión en adolescentes y su relación con consumo de tabaco

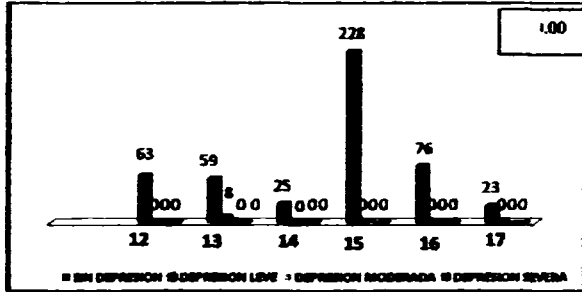


Fuente cuestionario aplicado
N=107

En relación a la edad en que se inicio el consumo de tabaco 48.1% (228) empezó a fumar a los 15 años, 16.03% (76) a los 16, 13.2% (63) a los 12, 14.13% (67) a los 13 y de estos 13.5% (8) presentaron síntomas de depresión leve, el 5.2 % (25) reporta inicio a los 14 años y 4.85% (23) lo inicio a los 17 años. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (P= 0.00000). Grafica 7

Grafica 7

Edad en que se inicio el consumo de tabaco y presencia de síntomas depresivos.

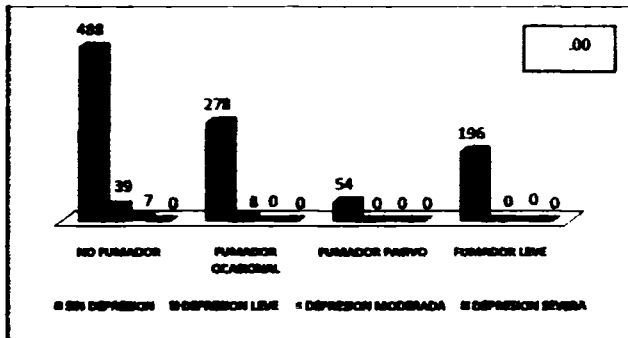


Fuente cuestionario aplicado
N=1070

En cuanto al tipo de fumador se encontraron los siguientes resultados: no fumadores fueron 534(49.9%), fumadores ocasional 286 (26.7%), fumadores pasivo 54 (5.04%), fumadores leve 196 (18.3%), Se presentaron mas síntomas de depresión en los no fumadores 39 (7.3%) S. de depresión leve y 7 (1.3%) S. de depresión moderada. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($P=0.00002031$). Grafica 8

Grafica 8

Depresión en adolescentes y tipo de fumador

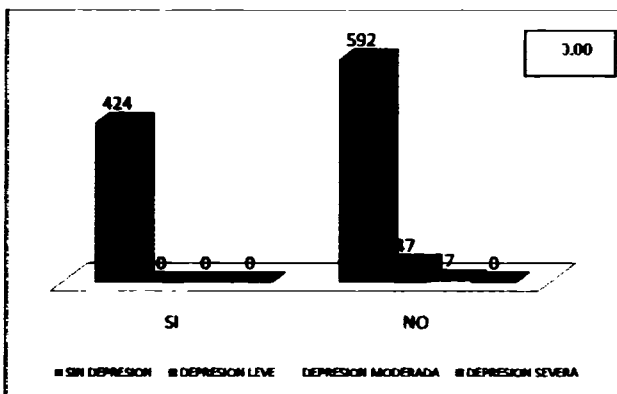


Fuente cuestionario aplicado
N=1070

En relación al uso y abuso de alcohol se utilizó el test de Audit y se obtuvo como resultado: 424 (39.6%) a consumido alguna vez en su vida alcohol sin embargo no se asocio a depresión en comparación con los restantes 592 (60.3%) que negaron el consumo del mismo, en este grupo se observó en 47 (4.3%) S.D. Leve y 7 (0.75%) S. Depresión moderada. Las diferencias fueron estadísticamente significativas Valor de (P = 0.00000001) Grafica 9

Grafica 9

Depresión en adolescentes y relación con consumo de alcohol.



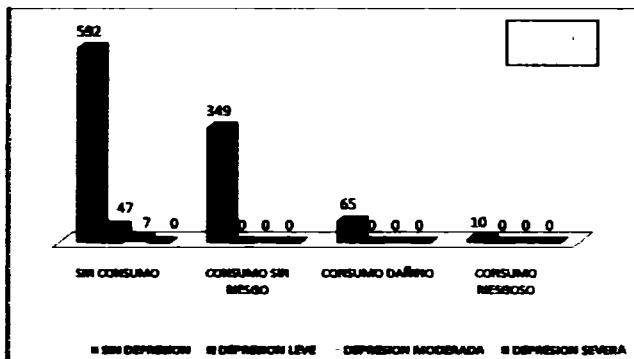
Fuente: cuestionario aplicado
N=1070

En cuanto al tipo de consumo de alcohol, 349 (82.31%) de los adolescentes presento consumo sin riesgo, 65 (15.33%) consumo riesgoso y 10 (2.35%) consumo dañino; no presentaron en ningún caso síntomas depresivos. Las diferencias fueron estadísticamente significativas Valor de (P = 0.00000152).

Grafica 10

Gráfica 10

Depresión en adolescentes y patrón de consumo de alcohol.



Fuente: cuestionario aplicado
N=1070

La funcionalidad familiar, es un punto importante al evaluar la dinámica familiar, de acuerdo al modelo circunflejo y tomando en cuenta el FACES III, 357 (33.3%) fueron familias balanceadas, 645 (60.2%) en rango medio y 68 (6.3%) extremas. Tomando en cuenta la cohesión y adaptabilidad, los tres tipos de mayor frecuencia fueron: **familia estructuralmente disgregada** (181 adolescentes), **flexiblemente disgregada** (174 adolescentes), **flexiblemente semirelacionada** (165 adolescentes), de forma menos frecuente se presentó familia de tipo **rígida aglutinada** (7). Tabla III

TABLA III.

Tipos de familia según el Modelo Circunflejo (FACES III)

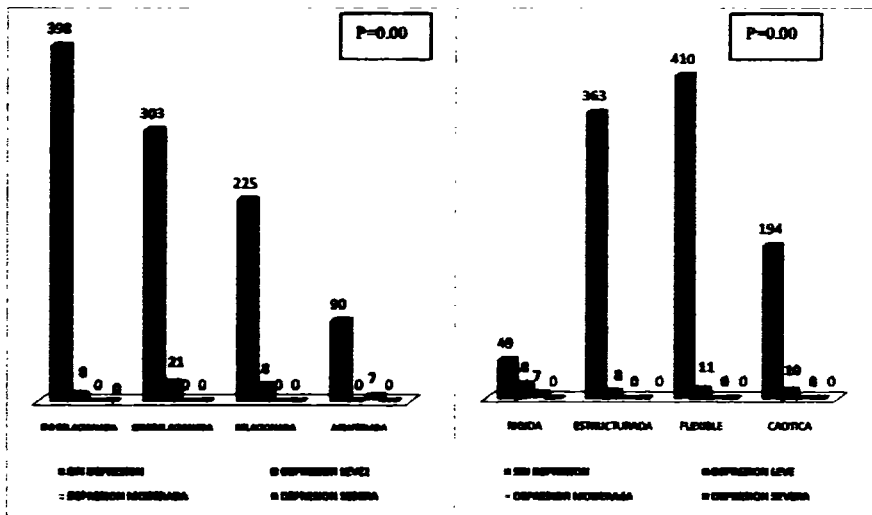
COHESION	ADAPTACION			
	RIGIDA	ESTRUCTURADA	FLEXIBLE	CAOTICA
NO RELACIONADA		181	174	
SEMIRELACIONADA	38			56
RELACIONADA	29			87
AGLUTINADA		15	65	
		MEDIA		

Fuente: cuestionario aplicado
N=1070

El FACES III, evalúa a las familias en dos dimensiones importantes, la Cohesión y la Adaptabilidad familiar. De acuerdo a estas dos áreas, y su relación con S. de depresión leve se observo de manera general en relación a adaptabilidad: 421 (39.34%) familias flexibles, 371(34.67%) familias estructuradas, 204 (19.06%) caóticas y 74 (6.91%) rígidas. Se presentaron más síntomas de depresión leve y moderada en familias rígidas (24.3% y 9.4% respectivamente) en comparación con las familias caóticas, estructuradas y flexibles donde sólo se presentaron síntomas de depresión leve (4.9, 2.1 y 2.6% respectivamente). En relación a la cohesión 406 (37.9%) de las familias fueron no relacionadas, 324 (30.2%) semirelacionadas, 243 (22.7%) relacionadas y 97 (9.06%) aglutinadas. Se presentaron más S. de depresión leve en familias semirelacionadas y relacionadas (6.48% y 7.40% respectivamente) y solo se presentaron S. de depresión moderada en familias aglutinadas (7.2%). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en ambos rubros (P= 0.00000). GRAFICO 11 y 12.

GRAFICO 11 y 12

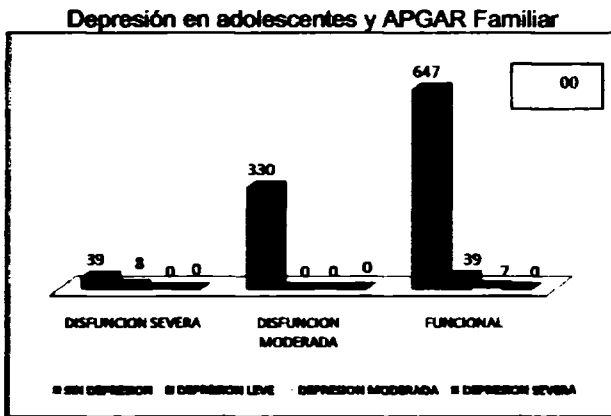
Tipo de familia de acuerdo a FACES III y su relación con con depresión.



Fuente cuestionario aplicado
N=1070

Para evaluar la funcionalidad familiar en base al grado de satisfacción personal se utilizó el instrumento conocido como APGAR Familiar: 47 (4.3%) familias tienen disfunción severa, 230 (30.08%) disfunción moderada y 693 (64.76%) son funcionales; se presentaron más síntomas de depresión en familias con disfunción severa 8 (17.02%), en tanto que las familias funcionales solo presentaron síntomas de depresión leve y moderada (39 y 7 respectivamente). Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($P = 0.0000$). GRAFICA 13

GRAFICA 13



Fuente cuestionario aplicado
N=1070

DISCUSION

La prevalencia de depresión en adolescentes de la Ciudad de Orizaba fue de 5.04% lo cual se encuentra dentro de los parámetros considerados en diversos estudios publicados donde oscila entre 4.5 a 7%.^{3,4,7}

En cuanto a funcionalidad familiar de acuerdo a (Faces III) las familias en que se presentaron más S. depresivos fueron de rango extremo y en base al grado de satisfacción familiar (APGAR Familiar) se presentaron más síntomas de depresión en familias con disfunción severa. Estos resultados concuerdan con la literatura consultada la cual menciona lo siguiente: de todas las dimensiones estudiadas la mayor asociación para que se presente síntomas depresivos es debido a problemas familiares; esto puede ser debido a una inadecuada comunicación y manifestaciones de afecto.^{5,6,7,8,9,12,16}

En cuanto al sexo se observó mayor frecuencia de S de depresión en mujeres (5.2%) en comparación con los varones (4.4%); como mencionan Carpiñello, Kovels, Proceda, Zedda y Rudas (1995): la frecuencia de depresión suele ser más frecuente en las mujeres que en los hombres.¹⁸

Se presentaron más síntomas depresivos en adolescentes de 16 años de edad y 17 años. Lo cual difiere de la literatura que menciona que a menor edad mayor frecuencia de depresión, esto puede deberse a la escolaridad de los adolescentes; ya que se realizó el estudio solo en escuelas preparatorias; con un rango de edad de entre 14 a 19 años; al estado civil ya que todos son solteros y sin hijos o a la ocupación ya que todos se dedican exclusivamente a estudiar.^{4,20}

En relación a la figura paterna se observó mayor frecuencia de S. de depresión en aquellos jóvenes que no tienen padre o que refieren no saber si lo tienen: (20.4% y 100% respectivamente) en comparación con los que si tienen padre (2.01%). Dicho resultado concuerda con los datos reportados en de la literatura en cuanto a la importancia del rol del padre.⁴⁰

Se presentaron más S depresivos en aquellos que son el tercer o cuarto hijo en la familia (6.2%) en comparación con los que son hijos únicos en los que no se

presentaron síntomas de depresión, de los adolescentes cuyo padre no trabaja presentaron S. de depresión (11.2%) en comparación con los que el padre si trabaja (2.8%), en los hijos de madres trabajadoras se presentaron S. de depresión (7.66%) en contraste los hijos de madres que se dedican al hogar y educación de sus hijos (2.6%). Los datos anteriores concuerdan con la literatura la cual menciona que: un nivel socioeconómico bajo, mala calidad del tiempo de convivencia entre padres e hijos, inadecuada atención, falta de comunicación o falta de manifestaciones de afecto, favorecen la aparición de S depresivos en los adolescentes. 12,13

El consumo de drogas se encontró en el 8.59% de la población estudiantil encuestada. Las drogas ilícitas más usada fue la marihuana, seguida de las metanfetaminas, cocaína e inhalables; lo cual supera en porcentaje de consumo a los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (1998) la cual arrojo solo el 4.3% de consumo de drogas ilícitas; pero concuerda con la droga de mayor consumo: la marihuana. 18,29 Sin embargo no se encontró asociación entre consumo de drogas y depresión esto podría deberse al grado de estudios de los adolescentes, a que gran parte de los adolescentes que reportaron consumo en su mayoría fue solo consumo experimental (más del 65%), al grado de estudio de los padres (preparatoria en ambos padres en más de 40%), a que la mayoría tiene una figura paterna (más del 87%), a que son hijos de madres dedicadas solo al hogar (más del 52%), a que tienen una buena funcionalidad familiar ya que de acuerdo a FACES III solo 68 fueron familias extremas y en base a APGAR Familiar solo 47 familias tienen disfunción severa. Otra explicación comentada en varios estudios : los consumidores de drogas tienen rasgos de personalidad más acentuados, están neuróticos, tienen baja autoestima, están ansiosos y desean experimentar nuevas sensaciones. 33,34

En cuanto al consumo de tabaco el 45.04% de los adolescentes refirió haber fumado tabaco en al menos una ocasión. Esto supera a la Encuesta Nacional de Adicciones ENA 2002, que indico un consumo del tabaco en adolescentes del 20.2%. Del total de fumadores el 1.6% se asocio a síntomas depresivos. Dicha

relación concuerda con diversos estudios que hacen mención a la presencia de síntomas de depresión o ansiedad y el consumo de tabaco 18,23,24,25,26.

En relación al consumo de alcohol el 39.6% refirió el consumo del mismo al menos una vez en su vida, sin embargo no se encontró asociación con datos depresivos. Dicho porcentaje supera a los datos referidos por la literatura. La falta de asociación con síntomas depresivos puede deberse; como se menciona con anterioridad; a un buen nivel de estudios en los padres de los adolescentes, a la presencia de una figura paterna, a que las madres de estos adolescentes se dedican solo al hogar o a que tienen una buena funcionalidad familiar. Otra explicación comentada en varios estudios es: existe asociación entre el consumo abusivo de alcohol y la presencia de un trastorno depresivo que aun no a sido plenamente identificado. 18,37

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de S. depresivos en adolescentes fue de 5.04% en la población adolescente estudiada en la ciudad de Orizaba, Veracruz.
2. Se observó mayor frecuencia de S. depresivos en sexo femenino (5.24%) en comparación con varones (4.4%).
3. Se presentaron más S. de depresión en adolescentes de 16 y 17 años
4. El consumo de drogas se encontró en 8.59% de la población encuestada y las drogas más usadas fueron la marihuana. Sin embargo no se encontró asociación entre consumo de drogas y S. de depresión.
5. El consumo de tabaco se presentó en 45.04% de los adolescentes y el 1.6% de los fumadores presentaron S. depresivos.
6. En consumo de alcohol se encontró en 39.6% de los adolescentes. Sin embargo no se encontró asociación entre S. de depresión y su consumo.
7. En cuanto a funcionalidad familiar de acuerdo a (Faces III), las familias en que se presentaron más S. depresivos fueron de rango extremo.
8. En relación al grado de satisfacción familiar (APGAR Familiar) las familias con disfunción severa presentaron más S. de depresión.
9. De acuerdo a la conformación de las familias se encontró mayor frecuencia de S. de depresión en familias seminucleares.
10. Finalmente se concluye: solo se encontró asociación entre S. depresivos y Consumo de tabaco.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- ❖ Involucrar al Adolescente en los programas prioritarios cuyos responsables son los médicos familiares.
- ❖ Llevar a cabo la realización de familiograma por parte del médico familiar para conocer la estructura familiar e incidir en la problemática existente.
- ❖ Capacitación a los docentes para que junto con padres de familia identifiquen datos sugestivos y canalizar al servicio correspondiente.
- ❖ Capacitación e información a los padres de familia sobre las causas de adicciones y depresión.
- ❖ Programas de información a toda la comunidad en general, mediante las unidades de medicina familiar para Identificar factores de riesgo, y hacer mayor énfasis sobre los signos, síntomas y complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora MA, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz, JA. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex* 2004; (46): 417-424.
- 2.-Mantilla- Mendoza LF, Sabala-Peinado LP, Diaz- Martínez LA, Campo- Arias A. Prevalencia de sintomatología Depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004; (33): 163-171.
- 3.-Leyva-Jimenez R, Hernández- Juárez A M, Nava –Jiménez G, López- Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; (45): 225-232.
- 4.-Moria- Boloña R, Saad- Janon E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; (35): 149-165.
- 5.-Pardo G, Sandoval A, Umbaria D. Adolescencia y Depresión. *Rev Colomb Psicol* 2004; (13): 17-30.
- 6.-Robles- Silva L, Mercado-Martínez FJ. Prevalencia de entidades mentales en escolares en un área metropolitana de Guadalajara. *Salud Pública Mex* 2005; (33): 49-55.
- 7.- Quinteros- Rosales P, Grob-Restovic F. Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. *Bol Soc Psi y Neu de Inf y Adoles* 2004; (14): 4-8.
- 8.-Martínez-García J, Félix- Madrigal A M, Flores- Flores P. Prevalencia y factores de riesgo para depresión en adolescentes de escuela preparatoria. *Arch Invest Pediatric Mex* 2006; (9): 5-8
- 9.-Czernick G, Dabski M, Canteros J. Almiron L M. Ansiedad y depresión en adolescentes de la ciudad de Corrientes. *CIMEL* 2006; (11): 16-19.
- 10.-Gómez- Restrepo C, Bohórquez A, Pinto- Masis D, Gil-Laverde J F A, Rendon-Sepulveda M, Díaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en una población colombiana. *Pan American Journal of Public Health* 2004; (16): 378-386.
- 11.-Vinaccia S, Gaviria AM, Atehortúa LF, Martínez PH, Trujillo C. Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “ child depression inventory” - CDI- . *Rev Perspect en Psicol* 2006; (2): 217-227.

- 12.-Campo-Arias A, Díaz C, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia; un análisis diferencial por sexo. *Rev Colomb Psicol* 2006; (35): 167-183.
- 13.-Valadez-Figueroa I, Amescua- Fernandez R, Quintanilla-Montoya R, Gonzalez- Gallegos N. *Arch Med Fam* 2005; (7): 69-78.
- 14.-Pérez-Olmos I, Rodríguez- Sandoval E, Dussán- Buitrago MM, Ayala-Aguilera JP. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003–2005. *Rev salud pública* 2007; (9): 230-240.
- 15.-Felix-Cova, Aburto B, Sepúlveda MJ, Silva M. Potencialidades y Obstáculos de La Prevención de La Depresión en Niños y Adolescentes. *PSYKHE* 2006; (15): 57-65.
- 16.-Zapata- Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, Carrada-Bravo T y Cols. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; (64): 295-301.
- 17.- De la Rosa-Morales V, Mauricio-García JF, García-Nava I, Vásquez-Medina E, Rodríguez Aguilar J A. Factores familiares, sociales y biológicos asociados a tabaquismo, en niños y adolescentes. *Arc Invest Pediatric Mex* 2006; (9): 17-26
- 18.-Sánchez-Zamora LM, Ángeles-Lleneras A, Anaya-Ocampo R, Lazcano- Ponce E. Prevalencia del uso de drogas ilegales en función del consumo de tabaco en una muestra de estudiantes en México. *Salud Pública Mex* 2007; (49): 182-193.
- 19.-Otero-Cuesta S. Depresión y Suicidio en niños adolescentes. *Pediatr Integral* 2004; (7): 635-641.
- 20.-Cova-S F, Melipillan-AR, Valdivia-P M, Bravo-G E, Valenzuela-Z B. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Rev Chil Pediatr* 2007; (78): 151-159.
- 21.-Haquin-F C, Larraguibel-Q M, Cabezas- A J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calabama. *Rev Chil Pediatr* 2004; (75): 425-433.
- 22.-Pössel P. Strategies for universal Prevention of depression in adolescents. *JACAM Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; (1): 248-257.

- 23.-Gitanjali- Saluja, Jacham R, Sheidt P, Overpeck M, Sun W, Giedd N. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatric Adolesc Med* 2004; (158): 760-763.
- 24.-G-Johnson J, Cohen P, S. Pine D, F-Klein D, Kasen S, S. Brook J. Association Between Cigarette Smoking and Anxiety Disorders During Adolescence and Early Adulthood. *JAMA*, 2008; (284): 2348-2351.
- 25.-Dunean B, Rees D. Effect of smoking of depressive symptomatology a reexamination OF Data from de National Longytudinal Study of adolescents Health. *American Journal of Epidemiology* 2005; (162): 461-470.
- 26.-Afifi M. Positive health practices and depressive symptoms among high school adolescents in Oman. *Singapore Med J* 2006; (47):960-966.
- 27.-Gau S, Mian Ch, Yang P, Yen Ch, Liang K, Cheng A. Psychiatric and Psychosocial Predictor of substance use disorders among adolescents. *BJPsych* 2007; (190): 42-48.
- 28.-Candido-Oliveira Ch, Scheuer-C I, Scivoletto S. Autobiographical and semantic memory of adolescents drug users. *Rev Psiq Clin* 2007; (34): 161-176.
- 29.-Medina-M ME y cols. Consumo de drogas entre adolescentes: resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones, 1998. *Salud pública Mex* 2003; (45). 18-30.
- 30.- González- F C, Jiménez-T J A, Ramos-L L, Wargner F. Aplicación de la Escala de Depresión del Center Of Epidemiological Studies en adolescents de la Ciudad de México. *Salud pública Mex* 2008; (50): 292-299.
- 31.-Mata E. Estructuras familiares y comportamiento adictivos (2 parte). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría* 2005;(12)
- 32.-Rojas-Valero MI. Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. Perfiles psicó-social, familiar y determinación de los estadios de cambio en adolescentes atendidos en CEDRO. Documento inédito.
- 33.-Huizink A, Ferdinand R, Van der Ende J, Velholsh F. Symptoms of anxiety and depression in childhood and use of MDMA. *BJM* 2006. (7545): 825-828.
- 34.-Schuckit M. Comorbidity between substance use disorder psychiatric condition. *American Psychiatric Association Journal* 2007; (7): 76-88
- 35.-Lisdabl-Medina K, Najel-B, Mark-Mc QA, Tapet S. Depressive symptoms in adolescents association with matter volume and marijuana use. *Psycho Psychiatry* 2007; (6): 592-600

- 36.- Wu- Ping, R- Hector. Xinhua- Liu, Fuller C, Shen- Sa, S-Duarte C, J-Canino G. Childhood Depressive Symptoms and Early onset of alcohol use. *Pediatrics* 2006; (118): 1907-1915.
- 37.- Rodriguez- Rodriguez D. Dallos- Bareño CM, González Rueda SJ, Sánchez Herrera ZM, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Campo-Arias A. Asociación entre síntomas depresivos y consumo abusivo de alcohol en estudiantes de Bucaramanga Colombia. *Cad Saude Plublica* 2005; (21):1402-1407.
38. - Hammerseley Richard, L. Tara, Lavelle, Forsyth Alasdair. Consumo de drogas en adolescentes. *Salud y personalidad. RETS* 1995; (4):11-19.
39. - Kmelt- Davison C, Overholser J M, Butt Z. Association of substance abuse and depression Among Adolescent Psychiatric Inpatient. *Can J. Psychiatry* 2003; (48): 762-765.
40. - Bogard K. Affluent adolescents depression and drug use. The roll of adults in their lives. *Adolescence* 2005; (40): 281-306.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Carta de consentimiento informado del proyecto de investigación titulado: Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones que realiza la Dra. Rosa Maria Salome Martínez Yáñez Residente de Tercer año de la especialidad de Medicina Familiar con número de registro 2009 3101-3.

Lugar: H. G. R. De la ciudad Orizaba Ver.

Fecha: _____

Por medio de la presente acepto que mi hijo(a) y nosotros (madre y/o padre) participar en el proyecto de investigación titulado: Depresión en adolescentes y su asociación con adicciones

El objetivo es: Determinar la asociación que se presenta en adolescentes deprimidos y la presencia de adicciones con registro R-2009 3101-3

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir responder las preguntas aplicadas en 7 cuestionarios y los datos se manejaran de manera confidencial respetando mi privacidad. Pudiéndome retirar en el momento que desee del estudio.

FIRMAS DE CONFORMIDAD

Participante

Investigador del proyecto

Testigo

Testigo

ANEXO 2

Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS Orizaba, Veracruz Sur.

Cuestionario de variables sociodemográficas del Protocolo. Depresión en adolescentes y asociación con adicciones

R3mf Rosa María Salomé Martínez Yañez con registro R-2009 3101-3

1) No DE ENCUESTA _____

2.) _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

3.) Unidad de adscripción _____

4.) Lugar de origen _____

5.) Lugar de residencia _____

6.) Edad _____

7.- Sexo a) Masculino b) femenino

8.- Escolaridad: a) Ninguna b) primaria c) secundaria d) preparatoria

9.- Ocupación: a.) Ninguna b) Estudiante c) trabajo d) estudio y trabajo

10.- Estado civil a) soltero(a) b) casado(a) c) (union libre)

11 ¿Tienes papá? (o quién es la persona masculina que lo sustituye o hace las funciones de tu papá):

12 ¿Tienes mamá? (o quién es la persona femenina que la sustituye o hace las funciones de tu mamá):

13.- ¿Que edad tienen tus padres?

14.- ¿Cuantos hermanos y/o medios hermanos tienes?

15.- ¿Que edad tiene tus hermanos?

16.- ¿Que número de hijo eres?

17.- ¿Quiénes viven en tu casa?

18.- ¿Cuál es la escolaridad de tu papá (o sustituto)?

a) nula b) primaria c) secundaria d) preparatoria e) profesional f) maestría o doctorado

19.- ¿Cuál es la escolaridad de tu mamá (o sustituta)?

a) nula b) primaria c) secundaria d) preparatoria e) profesional f) maestría o doctorado

20.- ¿Tu mamá trabaja, si en que trabaja?

21.- ¿Tu papá trabaja, si en que trabaja?

22.- ¿Hace cuantos años de casaron o viven juntos tus padres?

23.- ¿Alguno de tus padres estuvo casado con anterioridad?

a) Si b) no c) desconozco

24.- ¿Hubo hijos de esa unión?

a) Si b) no c) desconozco

25.- ¿La casa que habitas es?

a) propia b) rentada c) prestada d) otro especifique _____

26.- ¿La casa que habita cuenta con servicio de?

a) agua potable. Electricidad, alcantarillado b) solo electricidad y agua potables c) solo electricidad d) ninguno

27.- ¿De que material esta construida la casa que habitas?

28.- ¿Consideras que el sueldo que tu familia percibe al mes es?

a) Mucho b) suficiente c) poco d) menos de lo indispensable para vivir

29.- ¿Tu familia tiene suficiente dinero para cubrir todos los gastos de vivienda, vestido, alimentos, educación?

1) Siempre 2) Casi siempre 3) Algunas veces 4) Nunca

ANEXO 3

FACES III

Instrucciones Lea cuidadosamente y responda.

Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Describa a su familia

- 1 _____ Los miembros de la familia se dan apoyo entre sí
- 2 _____ En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- 3 _____ Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- 4 _____ Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- 5 _____ Nos gusta convivir solamente con los familiares cercanos
- 6 _____ Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- 7 _____ Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- 8 _____ Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- 9 _____ Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- 10 _____ Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- 11 _____ Nos sentimos muy unidos
- 12 _____ En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- 13 _____ Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- 14 _____ En nuestra familia las reglas cambian
- 15 _____ Con facilidad podemos planear actividades en familia
- 16 _____ Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- 17 _____ Consultamos unos con otros para la toma de decisiones
- 18 _____ En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- 19 _____ La unión familiar es muy importante
- 20 _____ Es difícil decir quien hace las labores del hogar

APGAR FAMILIAR

	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	TOTAL
1. ¿Está satisfecho con la ayuda de su familia cuando tiene un problema?				
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?				
3. ¿Las decisiones importantes se toman un conjunto en su casa?				
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?				
5. ¿Siente que su familia le quiere?				

ANEXO 4

ESCALA DE ZUNG				
	nunca o muy pocas veces	algunas veces	frecuentemente	todo el tiempo o casi todo el tiempo
1 -Me siento abatido y melancólico				
2 En la mañana es cuando me siento mejor				
3 Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4 Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5 Como igual que antes				
6 Mantengo mi deseo, interés sexual y o disfruto de las relaciones sexuales				
7 Noto que estoy perdiendo peso				
8 Tengo molestias de estreñimiento				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10 Me canso aunque no haga nada				
11 Tengo la mente tan clara como antes				
12 Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.Tengo esperanza en el futuro				
15 Estoy mas irritable de lo usual				
16 Me resulta fácil tomar decisiones				
17 Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19 Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20 Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba				

ANEXO 5

INDICADORES BÁSICOS PARA MEDIR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

- 1 - ¿Has consumido alguna droga
- | | |
|----|---|
| Si | 1 |
| No | 2 |

ANOTAR EL NOMBRE DE LA DROGA ILEGAL que ha tomado, probado o usado

- 2 - ¿Cómo la ha usado?

Fumada	1
Inhalada	2
Inyectada	3
Tomada, tragada	4
Untada u en otra forma	5
No como droga	6
No sabe	9

- 3 ¿Qué edad tenía cuando la (los) uso por primera vez? Edad | ____ | ____ |

- 4 ¿Cuántas veces en su vida la ha usado

1-2 veces	1
3-5 veces	2
6-10 veces	3
11-49 veces	4
50 o más veces	5

- 5 ¿Cómo obtuvo esa(s) sustancias o producto(s) que consumió?

En la calle	1
En la casa	2
De un amigo	3
Otro _____	4

ESPECIFIQUE

6. ¿Con qué frecuencia ha probado, usado o consumido

Una sola vez	1
Diano	2
Por lo menos 1 vez a la semana	3
Por lo menos 1 vez al mes	4
Por lo menos 1 vez al año	5
Otro _____	6

ESPECIFIQUE

- 7 ¿Cuándo fue la última vez que la usó?

Hoy	1
En el último mes	2
En el último año	3
Hace más de un año	4
No sabe	9

- 8 -En el último mes ¿Cuántos días la ha consumido, tomado o usado ?

Días | ____ | ____ |

ANEXO 6

INDICADORES BÁSICOS PARA MEDIR EL CONSUMO DE TABACO

1. ¿Ha fumado tabaco alguna vez en su vida?

Si 1

No 2

2. ¿Cuántos años tenía cuando fumó tabaco por primera vez?

Años | ____ | ____ |

3. - En toda su vida ¿ha fumado más de 100 cigarrillos es decir. 5 cajetillas?

Si 1

No 2

4.- ¿A qué edad inició el consumo diario de tabaco?

Años

| ____ | ____ |

5.- ¿Cuántos años ha fumado Ud. a diario?

| ____ | ____ | Años

Menos de un año 97

6.- En promedio, en este periodo, ¿cuántos cigarrillos se fuma por día? Cuando Ud. ha fumado a diario,

1 a 5 cigarrillos por día 1

1/2 cajetilla (6 a 15 cigarrillos) 2

Una cajetilla diaria (16 a 20 cigarrillos) 3

1 1/2 cajetillas por día (16 a 35 cigarrillos) 4

2 o más cajetillas por día (más de 35 cigarrillos) 5

7. - ¿Cuándo fue la última vez que se fumó un cigarrillo? Fumador activo

Dentro del último mes (30 días) 1

Más de 1 mes pero menos de 6 meses 2

Hace 6 meses o más pero menos de 1 año 3

Hace 1 año o más pero menos de 3 años 4

Hace más de 3 años 5

8.- ¿Cuántos cigarrillos fuma o fumaba y con qué frecuencia?

Diario? 1

Semanal 2

Mensual? 3

Ocasional? 4

Al menos una vez al año? 5

Fumador activo (contestar solo en caso de que fume tabaco)

9. - ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo

Primeros 5 minutos 1

Entre 6 y 30 minutos 2

Entre 31 y 60 minutos 3

Más de 1 hora 4

10.- ¿Fuma usted más durante las primeras horas del día que durante el resto del día?

Si 1

No 2

11. - ¿Sería difícil para usted abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?

Si 1

No 2

(Iglesias, bibliotecas, cines, secciones de no fumar en restaurantes u oficinas)

12 -De los cigarros que fuma durante el día ¿Cuál sería el más difícil de dejar para usted?

El primero de la mañana 1

El de después de comer 2

Cuando está bajo tensión 3

El del baño 4

El de antes de dormir 5

Algún otro 6

Todos 7

13. -Cuándo se enferma y tiene que permanecer en cama ¿fuma usted?

Si 1

No 2

14. - ¿Alguna vez ha intentado dejar de fumar?

Si 1

No 2

15 - ¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar? Años

(____|____|)

Menos de un año

16 - ¿Cuándo fumaba ¿cuántos cigarros consumía y con qué frecuencia

Diano?	1
Semanal?	2
Mensual?	3
Ocasional?	4

17 - ¿Cual es la razon principal por la que dejo de fumar?

Por conciencia del daño a su salud	1
Por prescripción medica	2
Porque se harto de fumar	3
Porque le causó problemas con la familia	4
Por restricción en su area de trabajo y otros lugares	5
Otra razón	6

18 - ¿Como dejo usted de fumar?

Se sometio a un tratamiento	1
Dejó de fumar subitamente	2
Disminuyó gradualmente el número de cigarros	3
Dejo de comprar cigarros	4
Sustituyo el fumar por otra actividad	5
Por enfermedad	6
Otra razon	7

19 - ¿Le preocupa volver a fumar?

Si	1
No	2

Fumador pasivo (contestar en caso de no fumar tabaco)

20 - ¿Le molesta que la gente fume cerca de usted?

Si	1
No	2

De las personas con las que convive a diario

21 - ¿cuantas de ellas fuman

En el interior de su casa?	1
En el salón de clases?	2
En su lugar de trabajo?	3