

Rangel Amado  
Ana Lucero

Prevalencia de Sintomatología depresiva en  
adolescentes estudiantes de escuelas  
secundarias públicas de San Juan del Río,  
Querétaro

2019



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Psicología

Nombre de la tesis

Prevalencia de Sintomatología depresiva en adolescentes  
estudiantes de escuelas secundarias públicas de San  
Juan del Río,

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en

Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Presenta

Ana Lucero Rangel Amado

Nombre del aspirante

San Juan del Río, Julio 2019

- Escudo y letras doradas
- Pastas duras color negro, tamaño carta



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Psicología  
Maestría en Salud Mental de la Infancia y la adolescencia

**Prevalencia de Sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
Maestro en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia.

**Presenta:**

Ana Lucero Rangel Amado

**Dirigido por:**

Dra. Pamela Garbus

SINODALES

Pamela Garbus  
Presidente

\_\_\_\_\_

Firma

Dra. Gloria Nélide AVECILLA RAMÍREZ  
Secretario

\_\_\_\_\_

Firma

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela  
Vocal

\_\_\_\_\_

Firma

Mtra. Melissa Calderón Carrillo  
Suplente

\_\_\_\_\_

Firma

Mtro. José Alberto Jiménez Tapia  
Suplente

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma  
Dr. Rolando Javier Salinas García  
Director de la Facultad

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma  
Dra. Ma. Flavia Guadalupe Loarca Piña  
Director de Investigación y  
Posgrado

Centro Universitario Querétaro, Qro.  
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario, septiembre 2019  
México

## **DEDICATORIAS**

Este trabajo es dedicado a las personas que se han permitido compartir una partecita de sus vidas conmigo, principalmente a mis hermanos, padres y familia en extenso que cada vez van siendo más parte de esta construcción familiar.

A mis compañeras de la maestría Dulce, Erika, Bere y Sughey porque ha sido la vida quien permitió que esto ocurriera y pudiéramos vivir esta experiencia tan grata. Pero especialmente a Bere y Sughey, por ser ese punto de apoyo y fortaleza para poder responder a las exigencias de la maestría, de tesis y de vida.

A mis maestras, por la paciencia, la guía, el apoyo, el ánimo, que siempre fue un empujoncito para hacerme creer que sí se pueden hacer la cosa con dedicación y empeño, y además por también haberme dado el reconocimiento una vez que las había logrado, y a la vez insistir por intentar hacerlo mejor.

Especialmente a Pamela, por la orientación y acompañamiento en todo lo que fue esta tesis, por exigir hasta hacerlo mejor, por estar aún hasta horas de la noche respondiendo y resolviendo dudas.

A todos ustedes les dedico este trabajo tan preciado por quienes hemos estado trabajando en él.

Gracias hermanos.

Gracias padres.

Gracias tíos y primos

Gracias familia toda.

Y gracias amigos por estar siempre.

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Querétaro UAQ

Al campus San Juan del Río

A la Facultad de Psicología

A la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Al núcleo académico conformado por cada uno de los docentes de la maestría.

A FOFI

A la beca otorgada por rectoría de la UAQ

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS -----	8
ÍNDICE DE FIGURAS -----	9
ABREVIATURAS Y SIGLAS -----	10
RESUMEN -----	11
ABSTRACT -----	12
1. INTRODUCCIÓN -----	13
1.1. Descripción del problema -----	15
1.2. Justificación -----	15
2. REVISIÓN DE LITERATURA -----	17
2.1. Información del contexto -----	17
2.2. Acerca de la salud mental -----	17
2.3. La depresión -----	18
La Adolescencia -----	20
2.4. Depresión en la adolescencia -----	21
2.5. Factores psicológicos asociados a la depresión -----	23
2.5.1. La autoestima. -----	24
2.5.2. La impulsividad. -----	25
2.5.3. El Locus de control. -----	26
2.5.4. La Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares. -----	27
2.6. Factores Psicosociales asociados con la depresión -----	28
2.6.1. Las Características sociodemográficas. -----	28
2.6.2. La Relación con mamá-papá. -----	29
2.6.3. Los Recursos de apoyo. -----	30
2.6.4. El Estrés cotidiano social. -----	31
3. OBJETIVOS -----	33
4. METODOLOGÍA -----	34
4.1. Tipo de estudio -----	34
4.2. Tipo de muestreo -----	34
4.3. Procedimiento -----	35
4.4. Generalidades del instrumento -----	36

4.5.	Operacionalización de variables-----	37
4.6.	Lineamientos éticos -----	39
4.7.	Mediciones y análisis.-----	40
4.8.	Análisis estadístico. -----	41
5.	RESULTADOS-----	42
5.1.	Caracterización de la muestra-----	42
5.2.	Prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente -----	43
5.3.	Correlaciones con factores psicológicos asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres -----	49
5.4.	Correlaciones con factores psicosociales asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente con mujeres -----	52
5.5.	Correlaciones con factores psicológicos asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente con hombres -----	54
5.6.	Correlaciones con factores psicosociales asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente con hombres -----	57
6.	DISCUSIÓN -----	60
6.1.	Sobre prevalencia-----	60
6.2.	Por estratificación -----	61
6.2.1.	Por nivel de marginación y tipo de escuela -----	61
6.3.	Por sexo -----	62
6.4.	Autoestima-----	64
6.5.	Estrés cotidiano social -----	65
6.6.	Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares -----	65
6.7.	Recursos de apoyo-----	66
6.8.	Impulsividad.-----	67
7.	CONCLUSIONES -----	68
8.	REFERENCIAS -----	70
9.	ANEXOS -----	75
9.1.	Anexo Carta USEBEQ-----	75
9.2.	Anexo 2 Guion para Consentimiento Informado -----	76
9.3.	Anexo 3 Consentimiento Informado-----	77
9.4.	Anexo Guion para Aplicación del Instrumento -----	79

9.5. Anexo Instrumento -----80

9.6. Anexo 6 Guía de Recursos -----96

Dirección General de Bibliotecas UAQ

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escalas contenidas en el Instrumento CIP-DERS -----	37
Tabla 2 Escalas contenidas en el Instrumento CIP-DERS -----	37
Tabla 3 Operacionalización factores psicológicos -----	37
Tabla 4 Operacionalización de factores psicosociales-----	38
Tabla 5 Conformación de la muestra-----	43
Tabla 6 Resultados de diferencias significativa entre sintomatología depresiva con tipo de escuela-----	46
Tabla 7 Diferencias significativas entre sintomatología depresiva elevada reciente con nivel de marginación. -----	47
Tabla 8 Correlaciones de sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos en mujeres-----	51
Tabla 9 Correlaciones con factores psicosociales en mujeres -----	54
Tabla 10 Correlaciones con factores psicológicos en hombres -----	56
Tabla 11 Correlaciones con factores psicosociales en hombres-----	59



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Prevalencia Sintomatología depresiva elevada reciente-----	44
Figura 2 Prevalencia según grado escolar -----	44
Figura 3 Prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente por tipo de escuela ----	45
Figura 4 Prevalencias de sintomatología depresiva elevada reciente por nivel de marginación-----	46
Figura 5 Prevalencias de sintomatología depresiva reciente por nivel de marginación & tipo de escuela -----	48
Figura 6 Frecuencia de sintomatología depresiva elevada reciente por sexo -----	49

Dirección General de Bibliotecas UNQ

## ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>ANMM</b>	Academia Nacional de Medicina de México
<b>CESAM</b>	Centro Estatal de Salud Mental
<b>CESD-R</b>	Center of Epidemiologic Studies Depression Scale Revised
<b>CI</b>	Consentimiento Informado
<b>CIPDERS</b>	Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida
<b>DO</b>	Definición Operacional
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>INMUJER</b>	Instituto Nacional de las Mujeres
<b>OMS-WHO</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAHO</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>Qro.</b>	Querétaro
<b>SEP</b>	Secretaría de Educación Pública
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USEBEQ</b>	Unidad de Servicios Para la Educación Básica del Estado De Querétaro

## RESUMEN

Debido a la falta estudios que indaguen sobre la prevalencia de los principales padecimientos de salud mental en el municipio de San Juan del Río y considerando el aumento de estos a nivel nacional e internacional, el presente trabajo es un estudio de corte epidemiológico cuyo alcance y diseño es descriptivo y correlacional y se llevó a cabo en las secundarias públicas del municipio de San Juan del Río con la finalidad de conocer la prevalencia de sintomatología depresiva así como su correlación factores psicológicos y psicosociales en adolescentes.

Se aplicó un instrumento autoadministrable a una muestra representativa de 992 adolescentes de este municipio cuyas edades van de los 12 hasta los 16 años, el instrumento es conformado con diversas escalas, las cuales ya han sido validadas y estandarizadas para población adolescente mexicana.

La prevalencia de sintomatología depresiva en la población de estudio es de 15.9% y se estableció una correlación negativa estadísticamente significativa con autoestima y recursos de apoyo, de la misma forma la correlación positiva con respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares, estrés cotidiano social e impulsividad.

**Palabras clave:** adolescentes, sintomatología depresiva.

## **ABSTRACT**

Due to the lack of studies on the prevalence of the main mental health conditions in the municipality of San Juan del Río and the increase of these at national and international level, the present work is an epidemiological study whose scope and design is descriptive and correlational and was carried out in the public high schools of the municipality of San Juan del Río in order to know the prevalence of depressive symptomatology as well as its correlation psychological and psychosocial factors in adolescents.

A self-administered instrument was applied to a representative sample of 992 adolescents from this municipality whose ages range from 12 to 16 years, the instrument is conformed with various scales, which have already been validated and standardized for the Mexican adolescent population.

The prevalence of depressive symptomatology in the study population is 15.9% and it is considered a statistically significant negative correlation with self-esteem and support resources, in the same way the positive correlation with response of confrontation with family members, daily social stress and impulsivity.

**Keywords: adolescents, depressive symptomatology.**

## 1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realizó con el fin de obtener datos acerca de la prevalencia de sintomatología depresiva elevada en adolescentes de secundarias públicas de San Juan del Río, así como indagar acerca de la correlación que existe de esta con algunos de los factores psicológicos y psicosociales que en investigaciones previas en el país se han asociado a la depresión.

Una de las principales problemáticas de salud mental es la depresión, se calcula que alrededor de 300 millones de personas en el mundo la padecen (OMS, 2017) . De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayoría de los trastornos mentales se desarrollan durante la segunda década de la vida, es decir en la adolescencia, considerando además la vulnerabilidad de esta etapa de desarrollo, es importante considerar los indicadores que propician el desarrollo de este trastorno.

En San Juan del Río, Querétaro, actualmente no se conocen datos científicos que informen sobre la cantidad de adolescentes que presentan sintomatología depresiva, por tal motivo es que se llevó a cabo este trabajo.

Este estudio se realizó con la participación de 21 secundarias públicas del municipio, para al final cubrir una cuota representativa de 992 participaciones para el análisis estadístico.

Este trabajo consta de 7 capítulos que han sido dedicados para fines específicos cada uno, a continuación, se presentan:

Dentro del primer capítulo se presenta lo referente al planteamiento del problema y la justificación de la realización de este estudio.

Durante el segundo capítulo se hace una exploración teórica acerca de las variables que interesa indagar en este estudio, retomando diversos autores que hacen referencia a cada uno de estos elementos desde perspectivas que posibilitan un mejor entendimiento de las mismas.

En el tercer capítulo se presentan detalladamente el objetivo general, así como también los objetivos específicos que se propusieron para cumplir con la realización de este trabajo.

El cuarto capítulo ha sido dedicado a la metodología en este se muestra desde el tipo de estudio que se realiza hasta el procedimiento que se llevó a cabo paso por paso para poder levantar los datos necesarios que permitieron poder cumplir con los objetivos previamente establecidos.

En el quinto capítulo se puede encontrar los resultados a los que se llegó después de realizar este trabajo de investigación, mostrado primeramente las prevalencias encontradas y en seguida los resultados sobre las correlaciones significativas y no significativas que fueron encontradas en este estudio.

En el sexto capítulo se encuentra la discusión que se realizó a partir de hacer un análisis de los resultados y a su vez un análisis con los datos previos obtenidos en estudios similares o representativos con los cuales se pudo hacer una comparación para pensar la importancia de este estudio.

Finalmente, en el capítulo 7 se puede localizar la conclusión a la que se llega después de haber realizado este trabajo; junto con las debidas recomendaciones tanto para futuras investigaciones como para las posibles herramientas que este trabajo pudiera proporcionar a la población para poder llevar a cabo un trabajo de intervención.

## **1.1. Descripción del problema**

Se ha encontrado evidencia que durante los primeros años de vida se desarrollan la mayoría de los trastornos mentales. La adolescencia comprende una etapa del desarrollo que se vive en la segunda década de la vida. Al considerar ambos antecedentes ya mencionados, se puede dar cuenta del problema de salud mental que implica.

La depresión es un problema de salud mental y corresponde a una problemática de Salud Pública que se manifiesta en todos los sectores de la población. Esta se considera multicausal (Heredia Ancona, Gómez Maqueo, & Suárez De la Cruz, 2011), puesto que interactúan diferentes factores psicosociales, psicológicos, ambientales, biológicos, entre otros, para que la depresión se presente; es importante dar cuenta de la importancia al antecedente de la depresión que es la sintomatología depresiva.

Una de las etapas de la vida en que se identifica una mayor vulnerabilidad es la adolescencia ya que, si bien, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayoría de adolescentes tienen una buena salud mental, los múltiples cambios propios de la adolescencia pueden hacer que estos sean más vulnerables a los problemas de salud mental, así mismo, la OMS (2018) asevera que los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años.

Actualmente en San Juan del Río no se cuenta con información científica sobre las principales problemáticas en salud mental sobre adolescentes, por lo tanto, es necesario indagar acerca de ello de forma que se genere la información necesaria que permita en un futuro un acercamiento a la mejora de la salud mental.

## **1.2. Justificación**

La adolescencia es una etapa de transición en la que se ve trastocada la relación que existe entre el adolescente y su medio, llámese familia, amigos, escuela, entre otros. (González Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacío Muro, Peralta, & Wagner, 2015; Jiménez

Tapia, Mondragón Barrios, & González Forteza, 2007; Álvarez Zúñiga, Ramírez Jacobo, Silvia Rodríguez, Coffin Cabrera, & Jiménez Rentería, 2009), cualquier cambio en cualquier ámbito implica una crisis y por lo tanto un reajuste de forma que surja una readaptación.

Son diversas las formas de vivir la adolescencia, por ello es una etapa que propicia la manifestación de múltiples estados emocionales para los adolescentes, lo que conlleva modificaciones en las formas en que ellos interactúan entre sí tanto como con otros llámense adultos, familia, maestros, etc. (Acosta Hernández, y otros, 2011)

La depresión es un problema de salud pública debido al impacto social que genera, además es uno de los padecimientos más recurrentes en la población a nivel mundial (Secretaría de Salud, 2013), de acuerdo a la OMS afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (OMS, 2017b). Así que la sintomatología depresiva es un antecedente de la depresión, es decir, previo a la depresión hay diferentes síntomas que se presentan, los cuales, si se llegan a detectar es mayor la posibilidad de evitar la aparición de la depresión.

Actualmente cerca del 24.7% de la población de adolescentes mexicanos se encuentra afectada por un problema de salud mental siendo la depresión uno de los 5 principales (Secretaría de Salud, 2013). De manera que la depresión es considerada una de las principales causas de morbilidad en la adolescencia, así como también la primera causa de enfermedad y discapacidad a nivel mundial en adolescentes (OMS, 2018).

La pertinencia de este estudio radica en la necesidad de contar con datos científicos sobre la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes, así como conocer algunos de los factores que propician una mayor o menor sintomatología depresiva.



## **2. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **2.1. Información del contexto**

De acuerdo con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) San Juan del Río es un municipio del estado de Querétaro que cuenta con una población de 268,408 (INEGI, 2016) es el segundo municipio de mayor población, después Querétaro, la capital del estado.

Según el Centro Estatal de Salud Mental (CESAM) en el último lustro la depresión aumentó un 5%, asimismo se sabe también que la depresión es el segundo motivo de solicitud de atención en salud mental en dicha institución (Muñoz, 2017). En San Juan del Río, de acuerdo con la Secretaría de Educación Pública (SEP) para el ciclo 2017-2018 se contaba con 13,371 adolescentes inscritos en una secundaria pública de este municipio. (SEP, 2017-2018)

### **2.2. Acerca de la salud mental**

La OMS define a la salud mental como el “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2017).

Si se hace una cuestión acerca de lo que implica el hecho de no existir salud mental la OMS (2019) dice que los adolescentes con problemas en salud mental son más vulnerables a la exclusión social, la discriminación, la estigmatización lo cual lleva a la menor posibilidad de buscar ayuda, cayendo aún más.

En la actualidad es sabido que son múltiples los factores que intervienen en las problemáticas de salud mental (Heredia Ancona, Gómez Maqueo, & Suárez De la Cruz, 2011). Ahondando sobre la adolescencia, se puede dar cuenta que los trastornos mentales representan un 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años. Asimismo, se sabe que la mitad de los trastornos mentales comienza a los 14 años y

la depresión es uno de las principales causas de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes (OMS, 2018).

### **2.3. La depresión**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, el cual se ve afectado en el sujeto que lo padece, principalmente en el aspecto emocional, aunque se desencadenan también afectaciones físicas que le impiden llevar a cabo rutinas diarias tal como desempeño en el ámbito laboral, académico, del hogar, actividades sociales, etc. (Acosta Hernández, y otros, 2011).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013), los trastornos depresivos se dividen en: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El rasgo común a todos ellos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. El trastorno depresivo se caracteriza por la duración de este considerando la presencia de los síntomas mencionados por al menos dos semanas.

Desde una mirada que involucre la base biológica de la depresión se menciona que existe evidencia de que niveles anormales de ciertos neurotransmisores cumplen un papel en dicho trastorno tal es el caso de serotonina, norepinefrina y dopamina que actúan en el sistema nervioso y son importantes en la fisiopatología asociada a la depresión (Guadarrama, Escobar, & Limei, 2006).

La depresión es un trastorno afectivo que afecta a la población en general, sin embargo, existen diversas fuentes de información en donde se puede dar cuenta que es un problema que es detectado más en mujeres que en hombres, lo cual no quiere decir que sea exclusivo de ellas, es decir, son diversos los factores que se ven involucrados desde lo

cultural y social que hace referencia a la forma en la cual son expresadas las emociones (Molina Abolnik, 2005) hasta lo biológico (Heredia Ancona, Gómez Maqueo, & Suárez De la Cruz, 2011).

De acuerdo con el censo llevado a cabo por el INEGI y el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJER) (2016) se supo que para el 2015 30% de personas mayores de 12 años había tenido “sentimientos de depresión”, sin embargo, la proporción entre hombres y mujeres es diferente, ya que el 34.3% de mujeres lo había sentido a diferencia de un 25.1% de hombres que reportó haberlo tenido.

De acuerdo a la OMS (2017) la depresión es uno de los padecimientos de mayor prevalencia afectando a más de 300 millones de personas en el mundo, es la primera causa de morbilidad y discapacidad (OMS, 2014) así que se le ha considerado una de las afecciones prioritarias en el “Programa de acción para superar la brecha en salud mental” (OMS, 2017).

Así pues, se tiene evidencia de que cerca del 4.4% de la población a nivel mundial (EMOL, 2017) vive o es diagnosticada con depresión, de la misma forma existen estudios que plantean que más del 15% de niños y adolescentes poseen algún síntoma de depresión (Acosta Hernández, y otros, 2011)

De acuerdo al “Programa de acción Específico” (Secretaría de Salud, 2013) para los años 2013-2018 el 24.7% de la población adolescente se encontraría afectado por uno o más padecimientos de salud mental siendo la depresión uno de los principales, como ya se ha mencionado estos trastornos se desarrollan durante las primeras décadas de la vida, ya que en este momento se llevan a cabo procesos de desarrollo que demandan la mejora de las respuestas de afrontamiento que les posibilite una base sólida de identidad, autonomía y éxito personal (Pardo, Sandoval, & Umbreila, 2004).

Como ya se ha mencionado, la depresión es caracterizada por la presencia de diversos síntomas tales como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de

concentración (OMS, 2017c) entre otros; debido a la naturaleza del trastorno se puede decir que es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2017c).

### **La Adolescencia**

La adolescencia implica un gran peso en la vida social de un individuo, ya que en esta se juegan diversos eventos que posibilitan que se adquiera la responsabilidad y madurez en un adulto potencialmente capaz de ser independiente (Gaete, 2015).

De acuerdo con la OMS (2019a) la adolescencia es una etapa que constituye la segunda década de la vida, es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

La adolescencia es un periodo de desarrollo con gran importancia para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludables, esto con el fin de que se disminuyan riesgos y aumente la prevención del desarrollo clínico de trastornos mentales (Pardo, 2004).

Los cambios, físicos, biológicos y sociales que se viven en la adolescencia son los mismos que hacen de esta etapa una de gran vulnerabilidad donde se ven expuestos a una serie de riesgos y eventos determinantes de la salud mental de los adolescentes (IMSS, 2008).

Los principales cambios que afectan esta etapa involucran aspectos del individuo desde lo biológico, lo psíquico hasta lo social, por lo tanto, estos cambios influyen en la vida cotidiana del adolescente en diferentes ámbitos como el social, emocional, en lo familiar y escolar (Moral Jiménez, Ovejero Bernal, & Pastor Martín, 1998). Asimismo, estos se pueden ver reflejados y detectados por los círculos más cercanos del adolescente como puede ser la familia o la escuela, que es donde el adolescente desarrolla los aspectos psicosociales que influyen en su vida (Galicia Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009; Álvarez Zúñiga, Ramírez Jacobo, Silvia Rodríguez, Coffin Cabrera, & Jiménez Rentería, 2009).

La adolescencia es también una etapa de la vida potencialmente estresante en la que inciden variaciones según la cultura, el nivel socioeconómico, la edad y el género, y de acuerdo con los eventos cotidianos del adolescente con familia, amigos, etc. (Pardo, Sandoval, & Umbreila, 2004).

Puesto que son múltiples los factores que interactúan en la vida anímica y social de un adolescente, conocer las interacciones sociales de este tanto de la forma de relacionarse como con quiénes lo hace y además de las personas a las que considera como un soporte de apoyo en momentos en los que así lo requiere puede aportar, por ejemplo, al entendimiento de los factores que pueden ayudarlo a llevar una vida equilibrada, o a conocer cómo enfrentan las situaciones que se le presentan en el acontecer cotidiano, ya que de ello pueden derivar situaciones como sería el estrés a causa del acontecer cotidiano.

#### **2.4. Depresión en la adolescencia**

Considerando las características de la adolescencia y al pensar en el aumento constante de los índices de depresión tanto a nivel internacional como a nivel nacional e incluso estatal, se puede dar cuenta el gran problema que esto implica.

A partir de diversas investigaciones (Leyva Jiménez, Hernández Juárez, Nava Jiménez, & López Gaona, 2007; Veytia López, González Arratia López Fuentes, Andrade Palos, & Oudho, 2012; Medina Mora, y otros, 2003) se pueden conocer algunos de los elementos con los que se ha encontrado relación a la sintomatología depresiva en adolescentes; entre ellos aparece la relación familiar, específicamente con los padres, el contexto sociodemográfico, nivel socioeconómico, relaciones sociales, autoestima, el nivel de estrés, entre otros que hacen alusión a lo que se define como factores psicológicos y factores psicosociales.

La depresión se clasifica de acuerdo con el grado de intensidad y duración, así como con el impacto en el estado emocional de la persona. Esto se puede ver reflejado en la vida cotidiana y el desempeño en diversos sectores de la misma tal como en el trabajo, escuela,

en los hábitos de higiene, alimentación, sueño, etc., como consecuencias de la depresión pueden incluso presentarse ideas suicidas, dificultades en lo cognitivo, culpa, consumo de sustancias entre otras (González Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacio Muro, Peralta, & Wagner, 2015).

Así pues, con la finalidad de conocer la prevalencia de la sintomatología depresiva así como los indicadores con los que se relaciona en la población adolescente, ha sido de suma importancia la realización de diversas investigaciones a nivel nacional (González Forteza, y otros, 2015; Herrera Gutiérrez, Brocal Pérez, Sánchez Marmol, & Rodríguez Dorantes, 2012; Rivera Rivera, Rivera Hernández, Pérez Amezcua, Leyva López, & Castro, 2015), las cuales han permitido el acercamiento a las formas en las que se presenta posibilitando el conocimiento de algunos de los factores que intervienen en el desarrollo de la sintomatología depresiva, delimitando este acercamiento a la población adolescente.

La depresión puede presentar diversas consecuencias, una de ellas, y con la cual se ha encontrado una alta correlación, es la ideación suicida (Jiménez Tapia, Mondragón Barrios, & González Forteza, 2007), así mismo con el consumo excesivo de sustancias, problemáticas familiares y sociales, entre otras. (García Ramírez, 2006)

A nivel nacional se pueden encontrar variedad de investigaciones hecha en diversos estados donde se ha localizado evidencia de los múltiples factores que intervienen en la manifestación de la sintomatología depresiva tales como factores familiares, individuales, sociales, escolares, etc., (Rivera Rivera, Rivera Hernández, Pérez Amezcua, Leyva López, & Castro, 2015; Galicia Moyeda, Sánchez Velasco, & Robles Ojeda, 2009).

Ya que se sabe que son diversos los factores tanto psicológicos como psicosociales los que interactúan en la sintomatología depresiva a continuación se hablará acerca de algunos de ellos.

## **2.5. Factores psicológicos asociados a la depresión**

Un factor es un elemento que participa en la determinación de una totalidad (Galimberti, 2011), es decir, es una parte esencial que influye de manera directa a algo que se está creando, así un factor psicológico sería un elemento que participa en la constitución de un sujeto.

Son diversos los factores psicológicos que influyen en un individuo estos tienen relación con las concepciones que han sido construidas con referencias externas y que han sido apropiadas por el individuo.

Para que un trastorno se desarrolle es necesaria la presencia de diversos elementos ambientales, biológicos e incluso culturales, ya que éstos en conjunto van a sumar a que ciertas características o síntomas se sigan desarrollando, ello incluye desde el aspecto individual: lo social, emocional, personal, académico o laboral (Silva, 2002).

Para este trabajo se hace una división entre factores psicológicos y psicosociales, siendo los psicológicos los que hacen referencia a los que son de índole personal interna y psicosocial los que se refieren más a lo contextual externo.

A continuación, se presentan las características de algunos de los factores psicológicos tales como autoestima, impulsividad, locus de control atribuido a suerte, afectividad e internalidad, y la respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares; y psicosociales tales como algunas características sociodemográficas en las que se incluye sexo, edad, entre otras, relación con mamá, relación con papá, recursos de apoyo y estrés cotidiano social, se revisaran de acuerdo con los constructos que se utilizaron en esta investigación.

### **2.5.1. La autoestima.**

A partir de diversas investigaciones se ha dado a conocer que la autoestima es un factor que tiene relación con diversas problemáticas, una de ellas es la sintomatología depresiva.

Existen distintas concepciones acerca de la autoestima, pero la mayoría de ellas coinciden en que parte precisamente del autoconcepto que tiene un sujeto sobre sí mismo atribuyéndose aspectos ya sea positivos o negativos. De acuerdo con Rossemberg (1965) al hablar de autoestima se hace referencia a "los pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a la valoración de sí mismo como un objeto".

Tal como menciona el autor también se sabe que la autoestima es la consideración que tiene un individuo sobre sí mismo (Galimberti, 2011) esto pueden incluir los pensamientos, ideas, acciones que tiene el sujeto hacia sí mismo. Por lo tanto, es importante también considerar que la autoestima siempre se ve permeada por razones sociales y/o culturales que puede generar acciones positivas o negativas de acuerdo con cada sujeto (López del Pino, Sánchez Burón, Pérez Nieto, & Fernández Martín, 2008).

La autoestima alcanza también el carácter de un juicio personal, en el que se ve involucrada la creencia de uno mismo hacia las posibilidades de lo que puede alcanzar en sentido del éxito o fracaso, asimismo es la forma en la que el individuo se pone ante sus pares proyectando la autopercepción individual como expresión comportamental (La Rosa, 1986).

La autoestima es un factor psicológico que ha sido asociado a diversas problemáticas tales como la ideación suicida y la sintomatología depresiva. Asimismo, algunos estudios (Jiménez Tapia, Mondragón Barrios, & González Forteza, 2007) muestran que los efectos se ven matizados por cuestiones de género ya que se ha detectado una mayor manifestación en mujeres que en hombres. Sin embargo, en otros estudios se puede dar cuenta que hay más autoestima baja en hombres que en mujeres (Jiménez Tapia, Mondragón Barrios, & González Forteza, 2007).



Una autoestima baja puede llevar a diferentes situaciones, algunas de ellas son la dificultad del individuo para poder socializar, tener un buen desempeño escolar, aislamiento, vivir bajo un sentimiento de apatía, poca capacidad de amar y pasividad, por otro lado tener una alta autoestima posibilita una vida más activa con mayor control sobre las circunstancias cotidianas, menos ansiedad y mejor capacidad para tolerar el estrés interno y externo (Jiménez Tapia, Mondragón Barrios, & González Forteza, 2007).

En conclusión, la autoestima es un factor muy relevante en un individuo. Particularmente en la adolescencia, es un elemento que depende también de aspectos sociales que van a influir en su conformación, de manera que las condiciones diarias posibiliten una autoestima baja o favorable, de ello depende la manera en la que el adolescente se desempeña, la forma en la que se relaciona y, a la vez, la forma en la que puede llegar a resolver y enfrentar lo cotidiano (Silva Escorcía & Mejía Pérez, 2015). Se trata de un factor que tiene gran importancia en un individuo, y al ser la adolescencia una etapa de desarrollo, lo más indicado sería que el adolescente contara con los elementos necesarios que le brinden una autoestima favorable para poder desarrollar las habilidades que le posibiliten llegar a la vida adulta con la capacidad de sobrellevar las exigencias de esta.

### **2.5.2. La impulsividad.**

La impulsividad es un factor psicológico cuya relación con problemáticas de salud mental ha sido conocida gracias a diversas investigaciones, la principal característica de la impulsividad se refiere al modo de actuar según el impulso de un momento determinado sin llegar a la reflexión del acto (Galimberti, 2011).

Asimismo, la impulsividad ha sido considerada como un constructo multidimensional que involucra el rasgo del actuar sin premeditación (Caña, Michelini, Acuña, & Godoy, 2015) que en adolescentes incluye el tomar riesgos sin llegar a medir las consecuencias, esto debido a la existencia de un control inmaduro de los impulsos.

Climent, Aragón y Plutchik (1989) dice que la impulsividad es la expresión de conductas de riesgo que ponen en peligro el propio bienestar y/o el de los demás, llevadas a cabo por la/el adolescente, sin evaluar cognitivamente las consecuencias de sus actos.

Se ha encontrado relación entre impulsividad y depresión, especialmente en el estado de manía, y en específico cuando se asocia con la ideación suicida (De Sola Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013).

Del mismo modo, considerando que en la sintomatología depresiva uno de los síntomas es en relación con bajar o subir de peso sin buscarlo, se puede pensar en una relación entre impulsividad y la sintomatología depresiva, ya que en un estado de manía se puede ver involucrado el impulso por comer de manera arrebatada provocando un desequilibrio en el peso corporal del sujeto (De Sola Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013).

### **2.5.3. El Locus de control.**

El locus de control parte de la percepción que el individuo pueda tener respecto a los acontecimientos de su vida diaria, atribuyendo razones que tienen que ver ya sea con él mismo o con razones externas a él.

Rotter (1966) menciona acerca del locus de control, que cuando un refuerzo es percibido como no correspondiente a alguna acción suya, es decir que se involucra algo externo tiene que ver con la creencia de que las cosas pueden ocurrir por la buena o mala suerte, es decir que su vida va a depender de la suerte, a ello se le denomina control externo. Por otro lado, si la persona piensa este mismo acontecimiento explicando su razón de ser por la conducta misma, o gracias a acciones propias, es decir que la persona tiene la creencia de que puede controlar su propia vida, a ello se le denomina control interno. Cuando la vida de una persona se ve modificada de acuerdo con el estado afectivo de la misma es cuando se puede localizar un locus de afectividad.

Por lo tanto, de acuerdo a La Rosa (1986), el locus de control se refiere a las creencias que las personas tienen respecto a quién o qué factores controlan su vida, estos

factores pueden derivar desde que es a partir de la suerte o fatalismo, la internalidad y desde la afectividad que su vida es como la perciben.

Por lo anterior, se puede decir que es importante conocer el locus de control en la vida del adolescente, pensando que éste hace referencia al control que reconoce el sujeto sobre sus acciones y cómo éstas afectan en su vida diaria (Molina Abolnik, 2005), pensar este factor en la adolescencia, puede ser determinante respecto al modo en que el adolescente percibe su realidad al momento de resolver situaciones cotidianas de su vida.

El locus de control es la razón interna o externa que un sujeto le atribuye a lo que acontece en su vida, de acuerdo con la percepción individual (Velasco Matus, Rivera Aragón, Días Loving, & Reyes Lagunes, 2015).

#### **2.5.4. La Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares.**

El estrés es una reacción emocional intensa a una serie de estímulos externos que activa respuestas fisiológicas y psicológicas (Galimberti, 2011). La respuesta de enfrentamiento tiene que ver con la posición que el sujeto toma en reacción al estímulo que le llevó a una situación estresante.

Al hablar de estrés se hace referencia a la manifestación física o emocional en respuesta a sucesos de lo familiar, social, académico o laboral, etc. que salen del control del individuo manifestando cansancio, enfado, etc. todo ello tiene que ver con cómo lo percibe el propio individuo (Serrano Pereira & Flores Galaz, 2005).

La adolescencia es un estado del desarrollo que se ve afectado por el estrés y los propios cambios que esta involucra, en un estudio llevado a cabo con adolescentes en México, se encontró que los hombres se ven más afectados por el estrés que deviene de la dinámica familiar, ello tiene que ver con el manejo de permisos por parte de los padres, problemas por malas calificaciones y problemas con hermanos. (González Forteza C. F., 1996). Asimismo, parte de los sucesos que llevan al estrés en un adolescente y que tiene

que ver con la dinámica familiar también, es la muerte de algún familiar, problemas familiares, etc. estos a su vez tiene que ver con la aparición de la depresión, de forma que el estrés familiar es un predictor de la misma. (Veytia López, González Arratia López Fuentes, Andrade Palos, & Oudho, 2012).

En otro estudio llevado a cabo con adolescentes se encontró una relación de la respuesta de afrontamiento del estrés con la ideación e intento suicida, de forma que se presentan también estados emocionales perjudiciales como lo puede ser la depresión. (Serrano Pereira & Flores Galaz, 2005).

## **2.6. Factores Psicosociales asociados con la depresión**

Al hablar de factores psicosociales se hace referencia a los aspectos que involucran el contexto externo del adolescente, que son elementos que no dependen tanto de lo que él pueda hacer o no, sino más bien, son cuestiones que influyen en su desarrollo, pero no puede controlar. Ejemplo de ello es el contexto social es decir las características sociodemográficas, la relación con sus padres y/o personas adultas con las cuales cuenta en situaciones que requieren de apoyo, los diversos escenarios de estrés a las que se enfrenta en el medio social que pueden ser con amigos, compañeros, etc.

### **2.6.1. Las Características sociodemográficas.**

La salud mental se ve determinada por diversos elementos, algunos de ellos derivan del contexto social en el que el individuo se desarrolla, por ello es que las características sociodemográficas toman tal importancia al pensar en los indicadores que favorecen a la salud mental; ya que se hace referencia al contexto social en el que una persona se desenvuelve, por lo tanto, estas se ven permeadas por la percepción de la persona que así determina tal o cual elemento de su contexto.

Dentro de las principales características sociodemográficas se considera sexo, edad, desempeño escolar en este caso del adolescente, estructura familiar, número de hermanos, orden de nacimiento, con quién vive, quién cumple el lugar de jefe de familia, suficiencia económica, así como discusiones por falta de dinero, entre otras que se pueden incluir, todas estas son externadas a partir de la percepción propia del individuo (González Forteza C. F., 2003).

Las características sociodemográficas posibilitan el acceso a la información acerca de cómo se vive y bajo qué condiciones, elemento sumamente relevante para la epidemiología.

En diversas investigaciones se ha encontrado que los factores sociodemográficos tienen relación con problemáticas de salud mental, en estos factores se incluye las problemáticas de la dinámica familiar, el nivel socioeconómico, el nivel de bienestar, etc. (González Forteza & Jiménez Tapia, 1997) dichas problemáticas tienen relación con la ideación e intento suicida, depresión, consumo de sustancias, etc.

En el informe sobre la Salud Mental en México (2005) se da a conocer que aquellas personas que viven con nivel socioeconómico bajo, son más propensas a vivir con depresión, parte de ello son también las condiciones de trabajo. Asimismo, se observa también que estas problemáticas se ven influidas por razones de género, ya que se ha dado a conocer que son más mujeres las que manifiestan las problemáticas de haber vivido con depresión, por ejemplo (2005)

### **2.6.2. La Relación con mamá-papá.**

La vida de un adolescente se ve directamente relacionada por la relación que existe con sus padres, ya que la familia es el grupo biológico natural del ser humano, es un conglomerado que abarca todos los grupos sociales (Monge Holguín , Cubillas Rodríguez, Román Pérez, & Abril Valdez, 2007).

Por lo tanto, al hablar de la relación con papá y mamá se hace referencia principalmente al conjunto de expresiones afectivas y comportamiento de los padres hacia el hijo que se ven definida por la percepción del adolescente de acuerdo con el tiempo que convive con sus padres, así como la solidez de la relación para poder hablar abiertamente acerca de lo que acontece en la vida del adolescente. (González Forteza C. F., 2003).

Para un adolescente la vida familiar es de gran importancia ya que de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Juventud 2000, los jóvenes pasan la mayor parte del tiempo con la familia, y de ahí parte la vida social a la que se van a incluir en la vida adulta.

En algunos estudios se ha encontrado que un factor de riesgo en la adolescencia tiene que ver con un ambiente familiar violento y a la vez como un factor protector el nivel de comunicación de los padres hacia los adolescentes (Rivera Rivera, Rivera Hernández, Pérez Amezcua, Leyva López, & Castro, 2015) de ahí parte la importancia de fomentar la comunicación entre padres y adolescentes, ya que un alto nivel de comunicación con ellos disminuye los síntomas depresivos.

### **2.6.3. Los Recursos de apoyo.**

En diversas situaciones de dificultad es necesario contar un círculo de apoyo en el que se puede incluir, familia, amigos, compañeros etc., estas personas son en quienes se puede apoyar para poder resolver alguna dificultad en la vida cotidiana (González Forteza C. F., 2003).

Al pensar la adolescencia también se considera el momento de cambio que atraviesa en el nivel identificador, ya que la identidad infantil no será insuficiente, de forma que tendrá que recurrir a reconstruirse a partir de sus contemporáneos (González & Andrade, 1995), de forma que esos contemporáneos son precisamente lo más cercanos a su vida cotidiana, es decir personas representativas en su contexto, y es ahí de donde en este sentido, podrá acceder a ciertos recursos de apoyo.

En un estudio llevado a cabo en México se pudo conocer que cuando uno de los padres muestra interés, así como muestra acciones afectivas y comunicativas hacia sus hijos, el otro padre lo hace de la misma manera, rectificando el apoyo hacia el adolescente denotando una complementariedad (González & Andrade, 1995). También se encontró que quienes acuden a buscar apoyo y consuelo de la familia tienen una comunicación más frecuente con los padres y a la inversa quienes menos acuden a pedir apoyo o consuelo a la familia menos comunicación frecuente existe con los padres; lo cual hace preferir o no el apoyo familiar.

#### **2.6.4. El Estrés cotidiano social.**

El estrés cotidiano social hace referencia al estado emocional que se presenta en respuesta a los sucesos cotidianos de la vida del adolescente referentes al contexto social, económico y personal; en diferentes estudios se ha encontrado que puede tener una influencia en el inicio y desarrollo de los síntomas de depresión (Veytia López, González Arratia López Fuentes, Andrade Palos, & Oudho, 2012).

El estrés cotidiano social se presenta cuando el entorno de un individuo puede ser determinado amenazante del bienestar emocional, sin considerar una evaluación cognitiva de los recursos psicológicos de qué y por qué se llegó a esa situación (González Forteza, Andrade Palos, & Jiménez Tapia, 1997)

En algunos estudios se ha encontrado relación del estrés con sucesos en la vida de un adolescente tales como cambio de clases en el contexto escolar, muerte de algún familiar, problemas de pareja etc. (Oliva, Jiménez, Parra, & Sánchez Queija, 2008).

En conclusión, esta revisión bibliográfica permite pensar acerca de la sintomatología depresiva, que son diversos los factores que harán que la sintomatología depresiva se presente, por ejemplo, el hecho de ser hombre o mujer, así como la edad son factores que van a influir en la posibilidad de que esta problemática se presente.

De la misma forma, será contundente la relación existente desde la percepción del adolescente con sus padres, así como la forma en la que enfrenta las situaciones cotidianas de la vida, factores que podrían influir en la manifestación de la sintomatología depresiva.

Pero también a partir de lo ya revisado, se puede decir que va a depender de cuestiones internas y/o externas a un adolescente, por ejemplo, impulsividad, autoestima, serán factores que podrían hacer más susceptible a un adolescente vivir con sintomatología depresiva.

Haciendo una unión de estos factores al momento crítico que representa la adolescencia, se puede pensar a esta como una de vulnerabilidad que hace más susceptible de presentarse la sintomatología depresiva.



### 3. OBJETIVOS

#### **Objetivo general:**

Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente y su relación con factores psicológicos y psicosociales en los estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar la prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente, por nivel de marginación y tipo de escuela.
- Identificar, describir y analizar la relación entre la sintomatología depresiva elevada reciente y factores psicológicos tales como autoestima, locus de control, impulsividad, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares.
- Identificar, describir y analizar la relación entre la sintomatología depresiva elevada reciente y factores psicosociales tales como las características sociodemográficas en las que incluye sexo, relación del adolescente con papá y mamá, recursos de apoyo del adolescente y el estrés cotidiano social.

## **4. METODOLOGÍA**

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación que dirige la Dra. Pamela Garbus titulado: “Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río, Querétaro”.

A su vez, del proyecto anteriormente mencionado se derivan tres diferentes tesis que se desarrollan en la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de las cuales la presente es una de ellas, las otras dos tesis son: el primero a cargo de la Licenciada en Psicología Clínica Karla Sugey González Zamora titulado “Prevalencia de ideación e intento suicida adolescente y su relación con factores psicológicos y psicosociales” y el segundo a cargo de La Licenciada en Psicología Clínica Berenice Viridiana Banda Anaya titulado “Prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes y su relación con factores psicológicos y psicosociales”, por tal motivo gran parte del proceso metodológico, el instrumento y los lineamientos éticos del estudio se comparten y se describen en el siguiente apartado. El resultado de estas tres tesis será parte de la primera etapa del estudio macro.

### **4.1. Tipo de estudio**

Se trata de un estudio epidemiológico de corte transversal, cuyo diseño y alcance es descriptivo y correlacional. Para la recolección de datos se administró un cuestionario autoaplicable y anónimo, a una muestra representativa de adolescentes que se encuentren cursando el nivel medio (secundaria) en San Juan del Río, Qro.

### **4.2. Tipo de muestreo**

Para este estudio se utilizó una muestra representativa de adolescentes que acuden a alguna secundaria pública del municipio de San Juan del Río, estratificada, bietápica y por conglomerados.

La muestra fue formada con un 95% de confiabilidad y un 3% de margen de error. La cual fue calculada por un software on-line llamado EPIDAT.

Estratificada por nivel de marginación de las secundarias de acuerdo a las clasificaciones ya establecidas por USEBEQ; muy bajo nivel de marginación, bajo nivel de marginación, nivel medio de marginación y alto nivel de marginación; así mismo, la estratificación fue también por tipo de escuela: general, técnica y telesecundaria.

Bietápica se refiere a que fue en dos etapas, en la primera etapa se eligieron al azar las secundarias que formarían parte del estudio, una vez elegidas y al estar ya en la institución se llevó a cabo un sorteo para elegir los grupos (de ser necesario, ya que hubo secundarias que solo contaban con un grupo de cada grado, en ese caso todos los grupos participaban) que participarían en contestar el cuestionario.

La población estuvo conformada por 13371 adolescentes, así que la muestra fue calculada para reunir 1088 participaciones, de forma que al final quedarán 989 cuestionarios con los que se hizo el análisis estadístico.

#### **4.3. Procedimiento**

Para llevar a cabo este estudio se contó con el apoyo de USEBEQ. Dicho organismo proporcionó los datos para llevar a cabo el muestreo, y los permisos para ingresar a las escuelas con el fin de cumplir con los objetivos de este estudio. (Ver anexo 1).

El procedimiento se realizó de la siguiente manera:

1. Se diseñó la muestra en dos etapas: en primer lugar, se seleccionaron al azar las escuelas en las que se aplicaría el instrumento y después, los grupos dentro de ellas
2. Se llevó cabo una reunión informativa con los directores de las secundarias públicas de San Juan del Río que fueron previamente seleccionadas, con el fin de dar a conocer el modo de trabajo y el objetivo de este estudio.

3. Posteriormente se proporcionó a los adolescentes de los grupos previamente sorteados en las escuelas para participar, el consentimiento informado para que fuera entregado a los padres de los estudiantes, el cual debía ser firmado por al menos uno de los padres del mismo.

4. El día de la aplicación del instrumento se seleccionaron a los estudiantes que contaban con el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores y a la vez asentían su participación. Si algún alumno que deseaba participar, pero por algún motivo no contaba con el consentimiento de sus padres, no lo podría hacer. El consentimiento informado no estuvo relacionado de ninguna forma con el instrumento que se aplicó al estudiante, de esta manera se garantizó el anonimato.

#### **4.4. Generalidades del instrumento**

El instrumento usado fue un Cuestionario de Indicadores Psicosociales para Depresión y Riesgo Suicida (CIP-DERS) construido por González-Forteza et al. (2003), está validado y estandarizado para la población mexicana. El mismo se compone de diferentes escalas, sin embargo para los fines específicos de este estudio solo se utilizan las siguientes: la Escala Relación con Mamá (Climent, Aragón & Plutchick, 1989), la Escala Relación con Papá (Climent, Aragón & Plutchick, 1989), el CES-D-R Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión revisada (González-Forteza, Wagner, et al., 2008), el Reactivo CES-D (Radloff, 1977), la Escala de Impulsividad (Climent, Aragón & Plutchick, 1989), la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965), Locus de control atribuido a la Suerte (González-Forteza et al., 1997), Locus de control atribuido a la Afectividad (González-Forteza et al., 1997) y Locus de control atribuido a la Internalidad (González-Forteza et al., 1997). El tipo de preguntas arroja respuestas principalmente de tipo Likert.

Las escalas que se utilizaron en esta investigación se pueden observar en la Tabla 1 donde se muestra la confiabilidad o validez de cada una de ellas, las cuales fueron recuperadas de la información que ha facilitado la Dra. Catalina González Forteza (2018) excepto la escala de Recursos de Apoyo, de la cual aún no se obtiene el dato de validez o confiabilidad.

#### 4.5. Operacionalización de variables

Tabla 1 Escalas contenidas en el Instrumento CIP-DERS

Escala	Autores	Validez y Confiabilidad
Relación con mamá y Relación con Papá	Climent, Aragón y Plutchik (1989)	.88
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D; Versión actualizada CES-D-R	González-Forteza, et al (2008)	.84 a .90
Cédula de Recursos de Apoyo	González-Forteza (1995)	.87*
Escala de Impulsividad	Climent, Aragón y Plutchik (1989)	.70
Escala de Autoestima	Rosenberg (1965)	.68 y .75
Locus de control	La Rosa (1986)	.75
Escala de Respuestas de enfrentamiento ante estresores familiares.	González-Forteza, et al. (1996).	.67
Escala de Estrés Cotidiano Social	González-Forteza (1992) (1996)	.87

\*Obtenido a partir del análisis de fiabilidad aplicado en con la muestra utilizada en esta tesis.

Resulta indispensable para los fines de este estudio analizar principalmente las escalas de sintomatología (Tabla 2) Las tablas 3 y 4 muestran la operacionalización de los factores psicológicos y psicosociales se puede ver detallado en la tabla 3 y tabla 4.

Tabla 2 Escalas contenidas en el Instrumento CIP-DERS

Sintomatología depresiva	
Escala	Operacionalización
Malestar depresivo y sintomatología depresiva elevada	DO*Las respuestas a los reactivos indican el número de días que en las dos últimas semanas se presentó o no, cada uno de los síntomas depresivos, en un formato: 0=0 días, 2=1-2 días, 3=3-4 días, 4=5-7 días, 5=8-14 días. El rango teórico es de 0 a 140; donde a más puntaje, mayor nivel de sintomatología depresiva. De acuerdo con Angold (1988), los indicadores de malestar depresivo se refieren al conjunto de síntomas (síndrome) desviados de un estándar de normalidad. Así, para denominar Malestar depresivo (sintomatología depresiva elevada) el punto de corte se define en cada sexo a partir de la media más una desviación estándar: $PC^{**} > X + de$ .

\*DO=Definición Operativa

\*\*PC=Punto de Corte

Tabla 3 Operacionalización factores psicológicos

Factores psicológicos	
Ecala	Definición operacional
Autoestima	DO. Es evaluada con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la cual consta de 10 reactivos para indicar qué tanto las características enunciadas describen a la/el estudiante, en un formato de respuesta: 1=Totalmente de acuerdo, 2=De acuerdo, 3=En desacuerdo, 4= Totalmente en desacuerdo. Los

<b>Impulsividad</b>	<p>reactivos 1, 2, 4, 6, y 7 se recodifican para que, a mayor puntaje, mayor autoestima. El rango teórico del puntaje es de 10 a 40.</p> <p>DO. Estos 5 reactivos que evalúan la impulsividad forman parte de la escala de riesgo de uso de drogas: drug risk scale que desarrollaron Climent et al 1989 y que han sido satisfactoriamente validadas en población adolescente mexicana (González-Forteza et al 1997). Los reactivos tienen un formato de respuesta para indicar que tan seguido el estudiante hace cosas impulsivamente: 1=nunca, 2=a veces, 3=muchas veces, 4=siempre; donde a más puntaje mayor nivel de impulsividad.</p>
<b>Locus de control</b>	<p>Evalúa la creencia que una persona tiene respecto de quién o qué factores controlan su vida. Esta escala es una de las más utilizadas para medir el locus de control en México.</p> <p>53 afirmaciones De Completamente en desacuerdo (1) a Completamente de acuerdo (5)</p>
<b>Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares</b>	<p>Evalúa los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Mide las respuestas dadas en relación con los conflictos o estresores en las áreas familiar, social y de la sexualidad. 8 preguntas para el enfrentamiento con la familia y 8, con el mejor amigo De Nunca (1) a Siempre (4)</p>

*Tabla 4 Operacionalización de factores psicosociales*

<b>Factores psicosociales</b>	
<b>Escala</b>	<b>Definición operacional</b>
<b>Datos Sociodemográficos</b>	<p>DO. Es el registro dado para completar el enunciado: <i>¿Tu eres?</i> Con la respuesta 1=Hombre o 2=Mujer</p> <p>DO. Registro conforme a la respuesta dada a la pregunta <i>¿Cuántos años cumplidos tienes?</i> Registrar el número de años de vida cumplidos al momento de contestar el instrumento.</p>
<b>Desempeño escolar Familia</b>	<p>DO: Registro de respuestas a la pregunta: En general <i>¿Cómo consideras tu desempeño escolar?</i> Con opciones de respuesta: 1=Muy bueno, 2=Bueno, 3=Regular, 4=Malo</p> <p>DO: Respuestas a la pregunta: De las personas que viven contigo (incluyéndote a ti) <i>¿Cuántos son y que edades tienen?</i> Con opciones de respuesta para registrar el número de personas hombres y mujeres según los siguientes rangos de edad: a) 12 años o menos, b) 12 a 17 años, c) 18 a 24 años, d) 25 a 40 años, 41 a 59 años, f) 60 o más años.</p> <p>DO. Respuestas a la pregunta: <i>¿Cuántos hermanos(as) tienes, sin contarte a ti?</i>, registrando el número correspondiente.</p> <p>DO. Respuestas dada la pregunta: <i>¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos(as)?</i>, con opciones de 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8° o más.</p> <p>DO: Respuesta a la pregunta: <i>¿Quiénes viven contigo?</i> Con opciones 1=SI y 2=NO a las categorías: Mamá o madrastra, Papá o padrastro, Hermanos(as), Otros familiares, Amigos(as), Otros(as).</p> <p>DO: Respuesta a la pregunta: De las personas que viven contigo, <i>¿Quiénes dan dinero para mantener a la familia?</i> Con opciones 1=SI y 2=NO a las categorías: Mamá o madrastra, Papá o padrastro, Hermanos(as), Otros familiares, Amigos(as), Otros(as).</p> <p>DO: Respuesta a: Tu familia tiene dinero suficiente para: a fin de indicar la frecuencia con la que se cubren las necesidades básicas y no básicas de la familia: 1=Siempre, 2=Casi siempre, 3=Algunas veces, 4=Nunca.</p> <p>DO: Respuesta a la pregunta: <i>¿Qué tan frecuente existen discusiones o peleas en tu familia por falta de dinero?</i> Con opción de respuesta: 1=Siempre, 2=Muchas veces, 3=Algunas veces, 4=Nunca.</p>

<b>Relación con mamá y papá</b>	<p>DO. Respuesta a la pregunta ¿Vives con tu mamá o con algún hombre que es como si fuera tu papá? Con opciones de respuesta: uno=vivo con mi mamá 2=vivo con un familiar hombre que es como si fuera mi papá. Ejemplo: abuelo, tío, 3=vivo con mi padrastro, 4=no vivo con mi mamá ni con un hombre como si fuera mi papá.</p> <p>DO. Respuesta a la pregunta ¿Qué edad tiene tu mamá o la persona hombre que es como si fuera tu papá?, registrado el número de años de vida cumplidos.</p> <p>DO. Respuestas a los 15 reactivos de la escala de relación de papa que en México ha sido validada satisfactoriamente quedando integrada por tres dimensiones: afecto comunicación y monitoreo. Las opciones de respuesta son: 1=casi nunca, 2=a veces, 3=con frecuencia, 4=con mucha frecuencia. El rango teórico va de 15 a 60, donde a mayor puntaje, mejor relación con el papá.</p>
<b>Recursos de apoyo</b>	<p>DO. Respuesta a los 7 reactivos para indicar qué tan frecuentemente tiene quien le ayude cuando se le presentan problemas en la escuela, problemas familiares, con sus amigos(as), personales y si tiene un confidente: alguien en quien confiar a quién le pueda contar todas sus preocupaciones, hasta sus secretos más íntimos, si tiene quien le acompañe para buscar ayuda si se siente deprimido(a), o si quisiera quitarse la vida. Las opciones de respuesta están en un formato de: 1=nunca 2=a veces, 3=muchas veces 4=siempre. De esta forma, además de obtener un perfil descriptivo por cada recurso de apoyo; se puede obtener un rango teórico que va de 7 a 28, donde a más puntaje mayor nivel de apoyo social.</p>
<b>Escala de Estrés Cotidiano Social</b>	<p>Evalúa la presencia, en el contexto social, de situaciones de la vida diaria que significan simbólicamente daño, amenaza o desafío durante los últimos tres meses.</p>

#### 4.6. Lineamientos éticos

Fue indispensable la participación de los estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río, Qro., para ello se utilizó un instrumento que reúne escalas estandarizadas, aplicadas en diferentes estudios llevados a cabo con una población similar en el país (González-Forteza, Andrade & Jiménez, 1997; González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina-Mora, 1998; González-Forteza, Villatoro, Pick & Collado, 1998; González-Forteza, Villatoro-Velázquez, Alcántar-Escalar, Medina-Mora, Fleiz-Bautista, Bermúdez-Lozano & Amador-Buenabab, 2002; González-Forteza, Ramos-Lira, Caballero, Wagner, 2003; Jiménez, Mondragón & González-Forteza, 2007; González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008; González-Forteza, Romero & Jiménez, 2009; González-Forteza, Hermosillo, Vacio, Peralta & Wagner, 2015; González-Forteza, Juárez, Montejo, Oseguera, Wagner & Jiménez, 2015; Chávez-Hernández, González-Forteza., Juárez, Vázquez & Jiménez, 2015).

Considerando que la temática puede despertar interés y movilizar a los estudiantes, al finalizar la aplicación se entregó a cada participante una guía de recursos especialmente elaborada para este estudio con los datos de los lugares donde se ofrece apoyo psicológico

en diferentes instituciones de San Juan del Río, los cuales fueron sondeados para corroborar que efectivamente se ofrece el servicio de atención psicológica a adolescentes.

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico, y no de evaluación psicológica, la aplicación fue anónima, y, por ende, no fue posible entregar a cada familia o escuela la situación de un participante en particular respecto de la problemática del estudio. La información obtenida arroja datos que refleja la situación general en los estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río, y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes. En especial, esta información será utilizada para el diseño y aplicación de talleres para maestros y directivos sobre el abordaje de las problemáticas en salud mental prevalentes en la población de estudio.

La participación fue voluntaria y por lo tanto se solicitó el asentimiento de cada alumno una vez que se había explicado el propósito y la importancia de su participación (Ver anexos), así como la naturaleza de la investigación de la que sería parte, de esta manera se garantizó su principio de libertad. Asimismo, antes de la aplicación del instrumento se solicitó que los padres o tutores firmaran una autorización para la participación de su hijo/a (Ver anexos), a través de un consentimiento informado en el que se detallaron los pormenores del estudio, sus objetivos, alcance y metodología.

El instrumento fue aplicado a principios del ciclo escolar 2018-1019 durante de los meses de septiembre a noviembre, de acuerdo a las visitas programadas en cada una de las escuelas que fueron seleccionadas.

#### **4.7. Mediciones y análisis.**

Se obtuvo la prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente de manera global a partir de un punto de corte que es la media más una desviación estándar; y de la misma forma se obtuvo un punto de corte para ambos sexos.



#### **4.8. Análisis estadístico.**

Se llevó a cabo un análisis estadístico a través del programa SPSS, dicho análisis fue la regresión lineal múltiple. Así mismo se ejecutó el ANOVA para saber si existían diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con la estratificación, así como la diferencia entre sexo; asimismo se ejecutó la prueba T Student para conocer entre qué grupos eran las diferencias significativas.

Dirección General de Bibliotecas UAG

## 5. RESULTADOS

El cuestionario CIP-DERS fue aplicado a adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río, el tamaño de la muestra fue de 992.

En total participaron 23 secundarias de los tres tipos, es decir, general, técnica y telesecundaria y de los 4 niveles de marginación preestablecidos por USEBEQ que son: muy bajo nivel de marginación, bajo, medio y alto nivel de marginación.

### 5.1. Caracterización de la muestra

La muestra fue conformada por adolescentes estudiantes de secundarias públicas del municipio de San Juan del Río que fue conformada por 405 hombres y 580 mujeres y 7 adolescentes que omitieron esta pregunta esto equivale a 58.9% mujeres y 41% hombres; el rango de edad de los adolescentes que participaron fue de los 12 hasta los 16 años con una edad promedio de 12.82 con una desviación estándar de .975.

De acuerdo con los grupos al final participaron 361 de alumnos de primer grado, 309 de segundo y 322 de tercero.

Tal como se mencionó, una vez sorteadas las escuelas y dentro de ellas, los salones, la participación fue voluntaria, no se estratificó la muestra por sexo. Hubo una participación más notoria por parte de mujeres que de hombres.

De acuerdo a la estratificación por tipo de escuela participaron 510 adolescentes provenientes de secundaria general, 256 de secundaria técnica y 226 de telesecundaria.

De acuerdo al nivel de marginación participaron 604 de nivel muy bajo, 120 de nivel bajo, 151 de nivel medio y 117 de nivel alto de marginación.

Finalmente, la muestra quedó conformada de acuerdo a la cantidad de alumnos acorde a la estratificación (tipo de escuela, nivel de marginación) tal como se muestra en la Tabla 5

Tabla 5 Conformación de la muestra

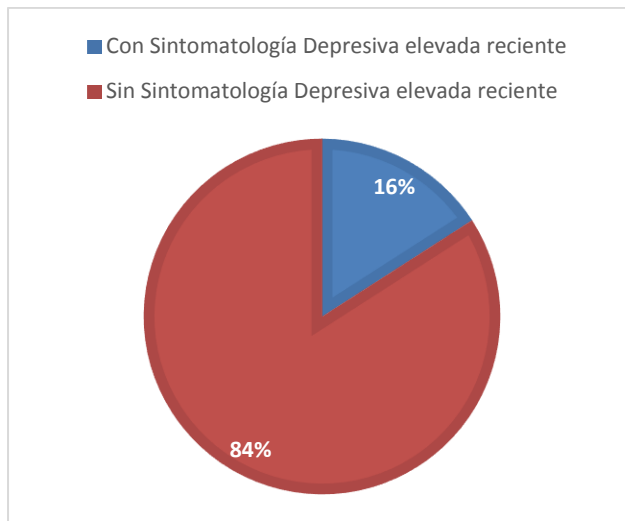
Nivel de marginación	Muy bajo nivel de marginación	Bajo nivel de marginación	Medio nivel de marginación	Alto nivel de marginación	Total
<b>Tipo de escuela</b>					
Secundaria general	437	15	29	29	510
Secundaria técnica	138	75	0	43	256
Telesecundaria	29	30	122	45	226
<b>Total</b>	<b>604</b>	<b>120</b>	<b>151</b>	<b>117</b>	<b>992</b>

## 5.2. Prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente

A partir de la sumatoria de los ítems en la escala del CES-D 20, se obtuvo una media de 24.12 y una desviación estándar de 13.6. Así mismo se presentaron puntajes mínimos de 4 y puntajes máximos de 78.

Para conocer la prevalencia de sintomatología depresiva se determinó un punto de corte global que es a partir de la media aritmética más una desviación estándar, dando como resultado final el punto de corte en  $\geq 38$  esto permitió identificar la presencia de síntomas significativos de depresión (González Forteza, Lara, Mariño, & Salgado de Snyder, 1997).

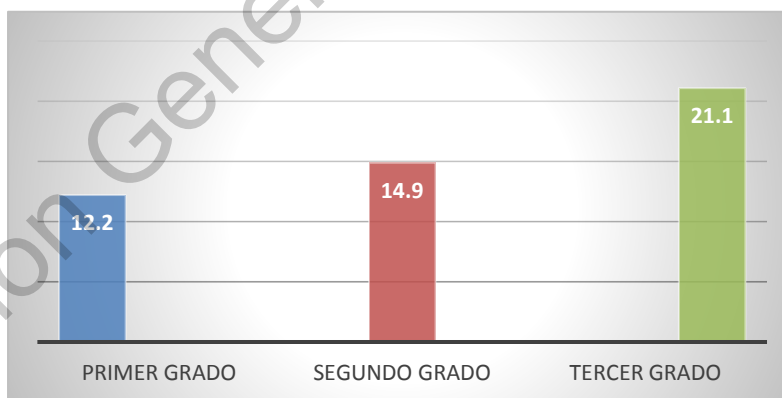
Se obtuvo que la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes que acuden a una secundaria pública del municipio de San Juan del Río es del 15.9% (ver Figura 1).



*Figura 1 Prevalencia Sintomatología depresiva elevada reciente en adolescentes estudiantas de secundarias públicas de San Juan del Río.*

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con la población total de alumnos por grado se encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes de primer grado es del 12.2%, de segundo grado es el 14.9% y de tercer grado el 21.1%, siendo en el tercer grado la prevalencia más alta en cuanto a sintomatología depresiva elevada reciente tal como se muestra en la gráfica de la Figura 2

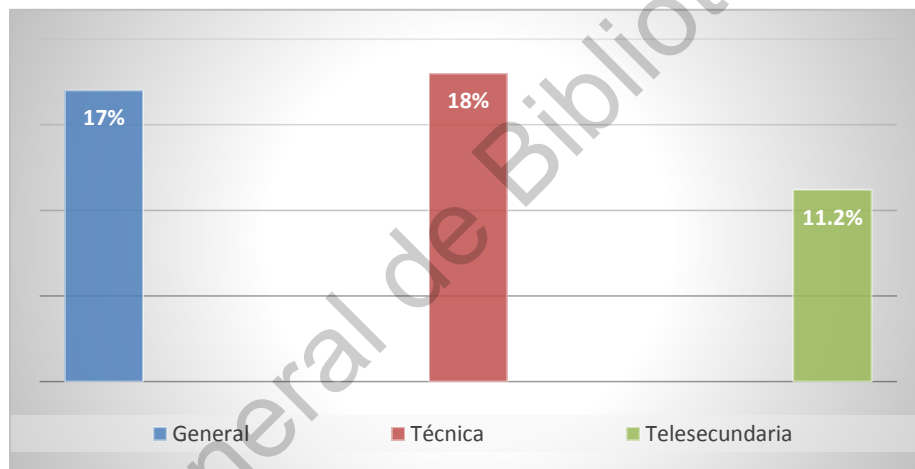


*Figura 2 Prevalencia según grado escolar de sintomatología depresiva elevada reciente en adolescentes estudiantas de secundarias públicas de San Juan del Río.*

Fuente: elaboración propia

Al llevar a cabo un ANOVA para saber si existe una diferencia significativa entre el grado escolar y sintomatología depresiva elevada reciente se puede dar cuenta de ella al obtener  $[F (6.87, 674.59) = 10.08, p \leq .005]$ .

Del total de la población de adolescentes que conforman esta muestra y que acuden a una secundaria general un 17% presenta sintomatología depresiva elevada reciente (Ver figura 3). Mientras que quienes acuden a la secundaria técnica, el 18% presentan sintomatología depresiva elevada reciente (Ver ilustración 3). Así mismo, de los adolescentes que acuden a la telesecundaria el 11.2% presentan sintomatología depresiva elevada reciente (Ver Figura 3).



*Figura 3 Prevalencia de sintomatología depresiva elevada reciente por tipo de escuela en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río.*

Fuente: elaboración propia

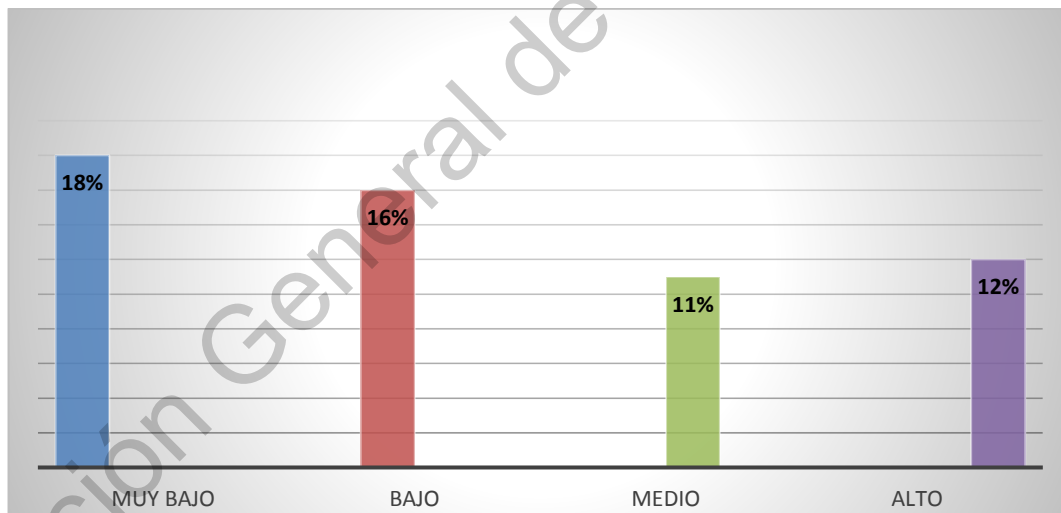
Al llevar a cabo un ANOVA para saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de escuela y sintomatología depresiva elevada reciente se puede dar cuenta de que no existe al obtener  $[F (1.64, 653.05) = 2.48, p \geq .115]$

Al encontrar que no existen diferencias estadísticamente significativas, pero sí hay una diferencia en las medias visiblemente se decidió llevar a cabo una prueba t student para identificar si existían diferencias entre grupos, dando cuenta de estas tal como se muestran los resultados marcados en rojo dentro de la Tabla 6.

*Tabla 6 Resultados de diferencias significativa entre sintomatología depresiva con tipo de escuela*

	Secundaria General	Secundaria Técnica	Telesecundaria
Secundaria general	x	T (764) = -.38, P>.050	T (734) = 1.86, P<.001
Secundaria técnica	T (764) = -.38, P>.050	x	T (480) = 1.99, P<.001
Telesecundaria	T (734) = 1.86, P<.001	T (480) = 1.99, P<.001	x

Asimismo, se encontraron las prevalencias de acuerdo al nivel de marginación de los cuales se puede decir que del total de la población adolescente que acuden a una secundaria con un nivel de marginación muy bajo el 18% presenta sintomatología depresiva elevada reciente; en el nivel bajo de marginación el 16% la presenta; en el nivel medio de marginación el 11% la presenta; y en el nivel alto de marginación el 12% presenta sintomatología elevada reciente tal como se puede ver en la Figura 4.



*Figura 4 Prevalencias de sintomatología depresiva elevada reciente por nivel de marginación en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río.*

Fuente: elaboración propia

Al llevar a cabo un ANOVA para conocer si existe una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de marginación y la sintomatología elevada reciente se puede dar cuenta de que es baja, pero existe. [F (6.38, 1168.26) =5.4, p<.050].

Al encontrar que existen diferencias estadísticamente significativas se llevó a cabo una prueba t student para identificar entre qué grupos es que existe diferencia, tal como se muestran los resultados marcados en rojo dentro de la Tabla 7.

*Tabla 7 Diferencias significativas entre sintomatología depresiva elevada reciente con nivel de marginación.*

	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto
Muy bajo	x	T (722) = -.31, P>.050	T (753) = 2.16, P<.001	T (719) = 1.56, P≤.001
Bajo	T (722) = -.31, P>.050	x	T (269) = 1.46, P<.001	T (235) = 1.03, P<.05
Medio	T (753) = 2.16, P<.001	T (269) = 1.46, P<.001	x	T (266) = -.35, P>.050
Alto	T (719) = 1.56, P≤.001	T (235) = 1.03, P<.05	T (266) = -.35, P>.050	x

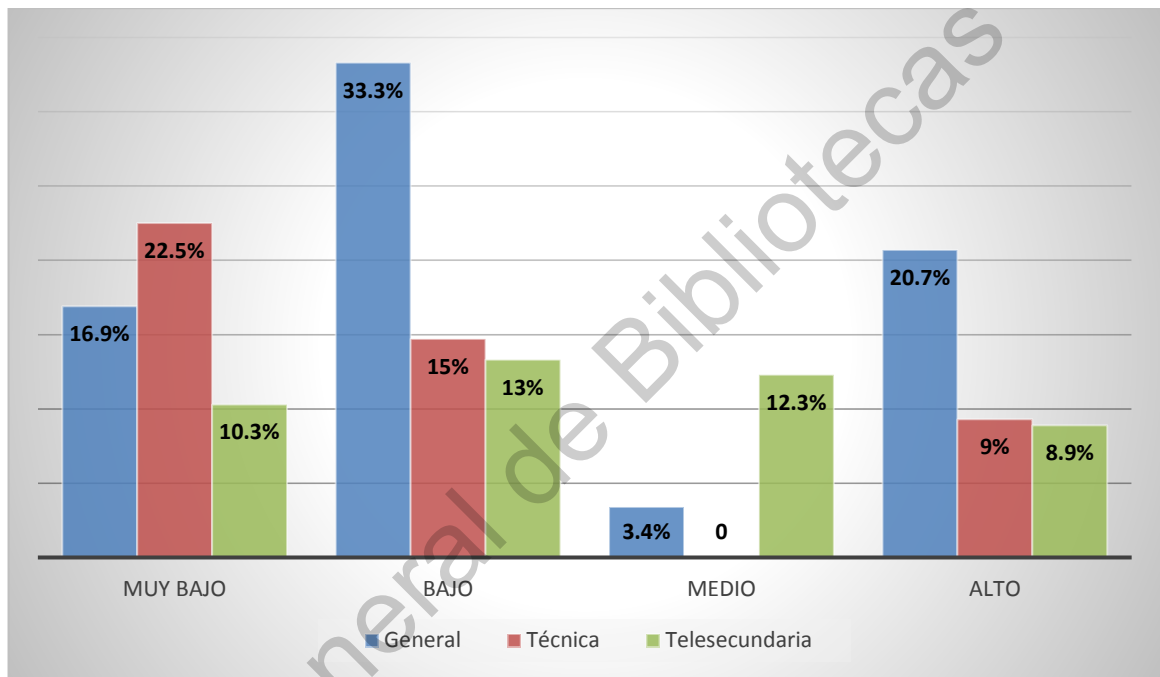
De acuerdo al nivel de marginación y el tipo de escuela se encontraron las siguientes prevalencias:

Del total de la población adolescente que acude a una secundaria general con nivel de marginación muy bajo 16.9% presentan sintomatología depresiva elevada reciente; de quienes acuden a una secundaria técnica con nivel muy bajo el 22.5% presentan sintomatología depresiva elevada reciente; y quienes acuden a una telesecundaria con nivel muy bajo de marginación el 10.3% presentan sintomatología depresiva elevada reciente tal como se puede ver ilustrado en la Figura 5.

Del total de la población que acude a una secundaria general con un nivel de marginación bajo el 33.3% presenta sintomatología depresiva elevada reciente; de quienes acuden a una secundaria técnica con nivel de marginación bajo el 14.7% presentan sintomatología depresiva elevada reciente; y de quienes acuden a una telesecundaria con un nivel de marginación bajo el 13.3% presentan sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver ilustrado en la Figura 5.

Del total de la población adolescente que acude a una secundaria general con un nivel de marginación medio el 3.4% presentan sintomatología depresiva elevada reciente; de quienes acuden a una telesecundaria con nivel medio de marginación el 12.3% presentan sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver ilustrado en la Figura 5.

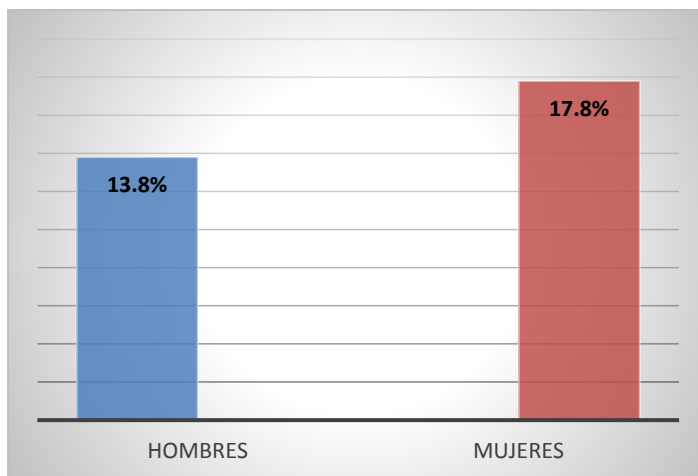
Del total de la población adolescente que acude a una secundaria general con un nivel de marginación alto el 20.7% presentan sintomatología depresiva elevada reciente; de quienes acuden a una secundaria técnica con nivel de marginación alto el 9.3% presentan sintomatología depresiva elevada reciente; y de quienes acuden a una telesecundaria con un nivel de marginación alto el 8.9% presentan sintomatología depresiva elevada reciente tal como se puede ver ilustrado en la Figura 5.



*Figura 5 Prevalencias de sintomatología depresiva reciente por nivel de marginación y por tipo de escuela en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río.*  
Fuente: elaboración propia

Se pudo conocer también las frecuencias de sintomatología depresiva elevada reciente de acuerdo con el sexo, para ello fue necesario establecer un punto de corte para mujeres que es a partir de  $\geq 42$  y otro para hombres que es a partir de  $\geq 30$ ; de forma que se puede decir que la frecuencia de sintomatología depresiva elevada en mujeres es de 17.8% y 13.8% en hombres (Ver Figura 6).





*Figura 6 Frecuencia de sintomatología depresiva elevada reciente por sexo en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río.*

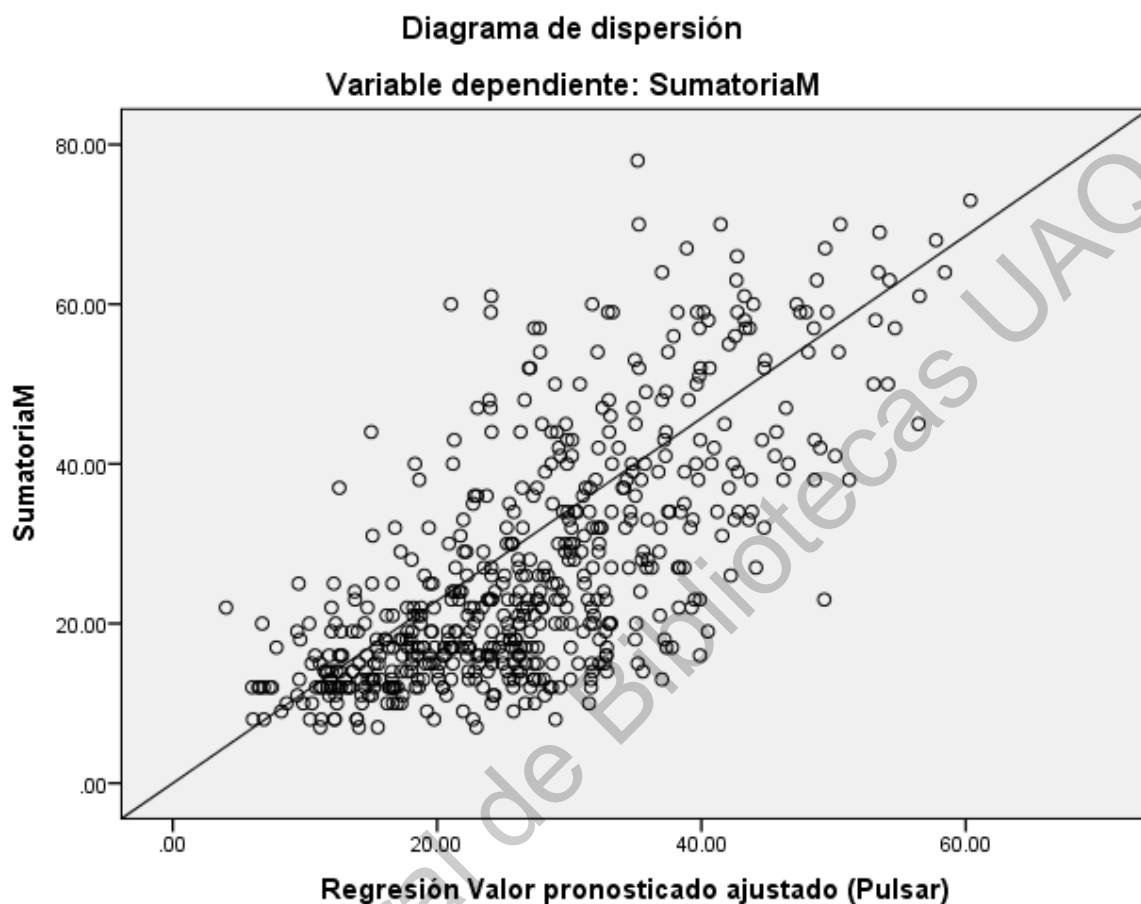
Fuente: elaboración propia

Al llevar a cabo un ANOVA para conocer si existe una diferencia estadísticamente significativa entre la variable sexo y sintomatología depresiva elevada reciente se puede dar cuenta de ella al obtener  $[F(12.46, 226.01) = 54.19, P \leq .001]$

Para continuar con la presentación de resultados se llevaron a cabo las correlaciones entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos y psicosociales, es importante considerar que estos se hicieron de manera particular para hombres y para mujeres estableciendo un punto de corte de acuerdo a la media más una desviación estándar respectivamente.

### **5.3. Correlaciones con factores psicológicos asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres**

Para conocer la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos en mujeres se hizo un análisis de regresión lineal múltiple, en la cual se obtuvo una correlación significativa con un valor de  $[r(573) = .708, p \leq .001]$ . Lo anterior quiere decir que algunos de los factores psicológicos son variables que explican el 70% de la sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres, tal como se puede ver en la gráfica de dispersión de la Imagen 7.



*Ilustración 7 Gráfica de dispersión "correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos en mujeres.*

Para la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la variable “autoestima” el coeficiente de correlación de Pearson [r (573)  $r = -.626$ ,  $p \leq .001$ ], esto es una correlación negativa que indica, que a menor autoestima mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 8).

Para la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la variable de “respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares” el coeficiente de correlación de Pearson [r (573)  $r = .453$ ,  $p \leq .001$ ], lo cual indica una correlación positiva que significa que a una mayor respuesta de enfrentamiento a ante estresores familiares mayor sintomatología depresiva. (Ver tabla 8)

Para la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la variable “impulsividad” el coeficiente de correlación de Pearson [r (573) r = .441, p≤.001], indicando una relación positiva, esto significa que a mayor impulsividad también mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 8).

Para la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con “locus de control atribuido a la internalidad” el coeficiente de correlación de Pearson [r (573) r = .252, p≤.050], que indica una correlación significativa pero baja entre estas variables (Ver tabla 8).

Para la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con “locus de control atribuido a la suerte” el coeficiente de correlación de Pearson [r (573) r = -.162, p≥.050], indicado que no existe correlación significativa entre estas variables (Ver tabla 8).

Para la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con “locus de control atribuido a la afectividad” el coeficiente de correlación de Pearson [r (573) r = -.118, p≥.050], indicando que no existe correlación significativa entre estas variables (Ver tabla 8).

De esta forma se puede dar cuenta de que algunos de los factores psicológicos en mujeres tienen correlación con sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver en la Tabla 8 los valores significativos marcados en rojo.

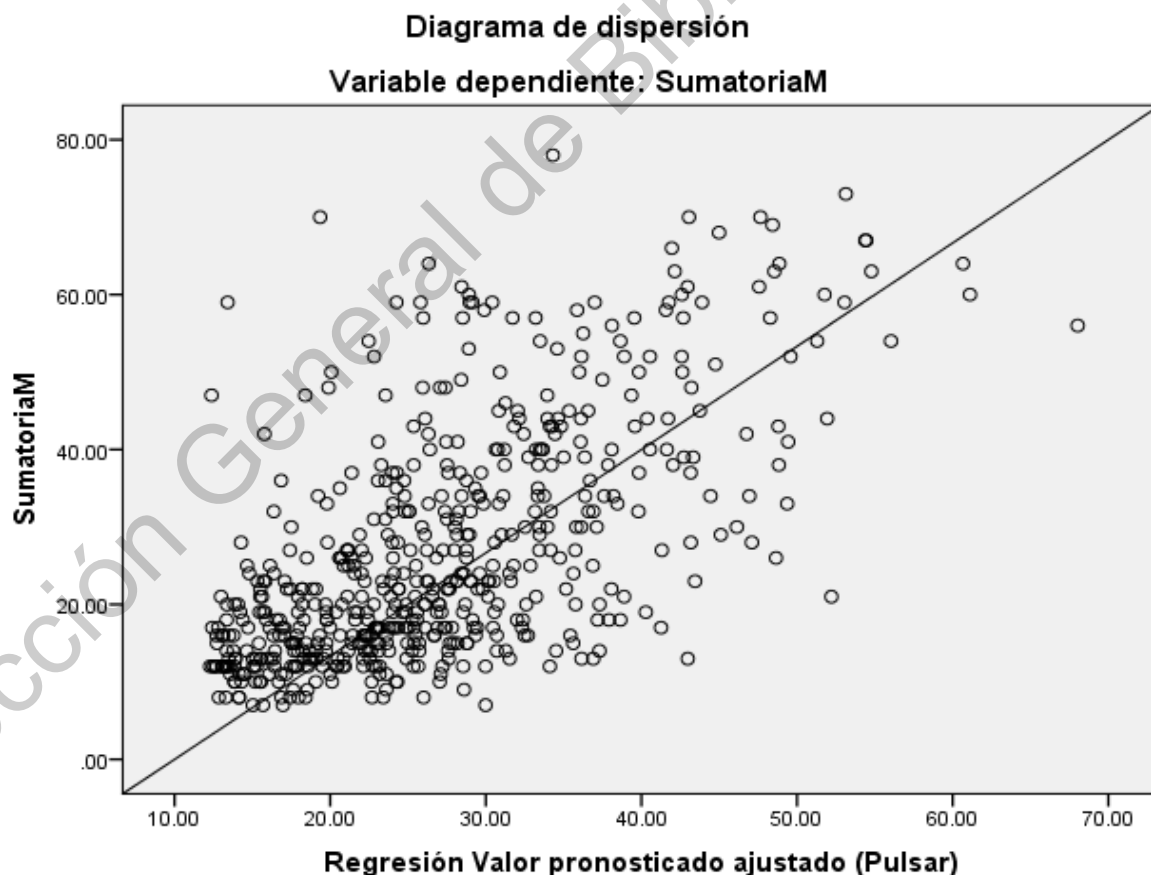
*Tabla 8 Correlaciones de sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos en mujeres*

<b>Correlaciones de sintomatología depresiva con factores psicológicos en mujeres</b>			
<b>Variable</b>	<b>Variable</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
	Autoestima	-.626	P≤.001
<b>Sintomatología depresiva</b>	Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares	.453	P≤.001
	Impulsividad	.441	P≤.001
	Locus de control atribuido a la internalidad	.251	P≤.05

Locus de control atribuido a la suerte	-.162	P≥.05
Locus de control atribuido a la afectividad	.118	P≥.05

#### 5.4. Correlaciones con factores psicosociales asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente con mujeres

Para conocer la correlación entre sintomatología depresiva con factores psicosociales en mujeres se hizo un análisis de regresión lineal múltiple, en la cual se obtuvo una correlación significativa con un valor de  $[r(574) = .645, p \leq .001]$  Lo anterior quiere decir que algunos de los factores psicosociales son variables que explican el 64% de la sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres, tal como se puede ver en la gráfica de dispersión de la Imagen 8.



*Ilustración 8 Gráfica de dispersión "correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicosociales en mujeres.*

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la variable de “estrés cotidiano social” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(574) = .577, p \leq .001$ ], que indica una correlación positiva, lo cual significa que a mayor estrés cotidiano social mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 9).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la variable de “recursos de apoyo” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(574) = -.469, p \leq .001$ ], que indica una correlación negativa, lo cual significa que a menores recursos de apoyo mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 9).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la “relación con mamá” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(574) = -.395, p \leq .001$ ], que indica una correlación negativa, lo cual significa que a menor puntaje en la relación con mamá mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 9).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con la “relación con papá” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(574) = -.258, p \geq .050$ ] que indica que no existen correlación estadísticamente significativa entre estas variables. (Ver tabla 9).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva elevada reciente en mujeres con “suficiencia económica” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(574) = -.223, p \geq .050$ ], que indica que no existe correlación significativa entre estas variables. (Ver tabla 9).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con el “desempeño escolar” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(574) = .2017, p \leq .001$ ] que indica una correlación positiva pero baja. (Ver tabla 9).

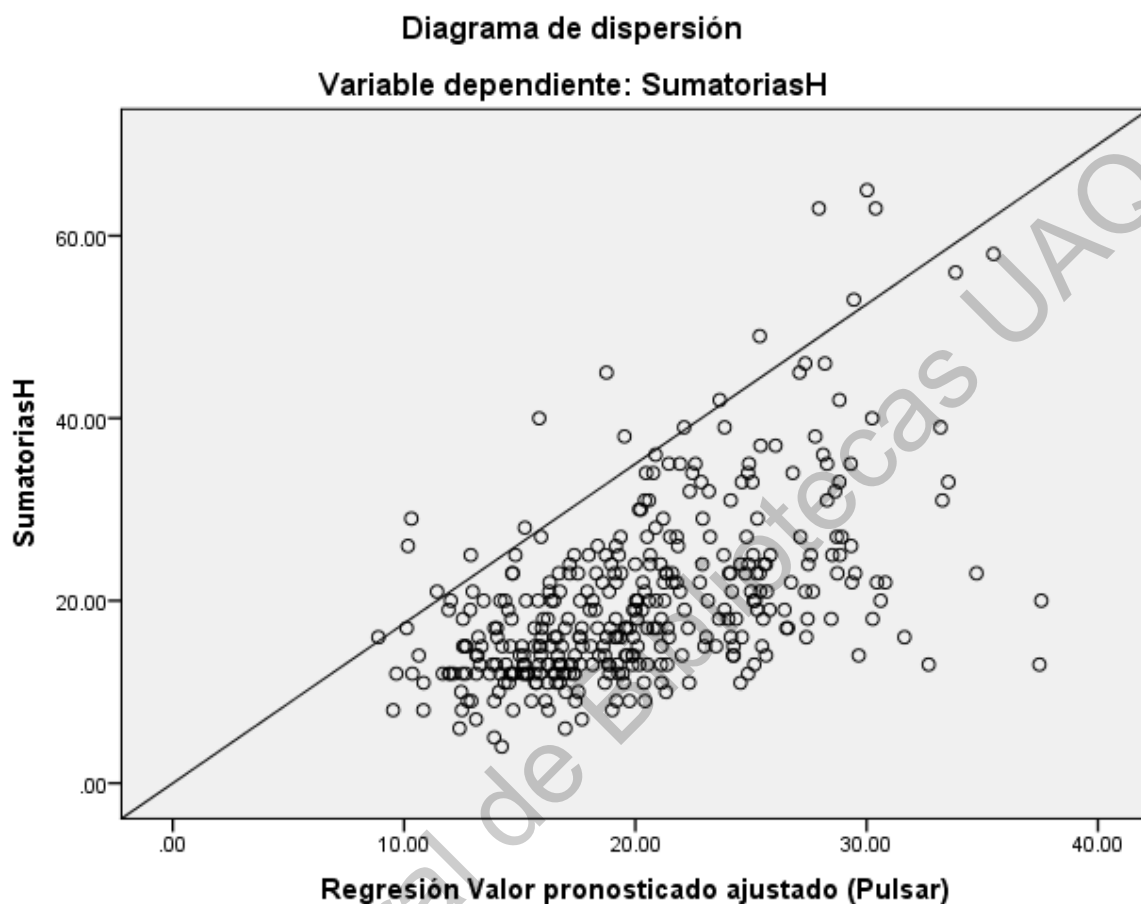
De esta forma se puede dar cuenta de que algunos de los factores psicosociales en mujeres tienen correlación con sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver en la Tabla 9 los valores significativos marcados en rojo.

Tabla 9 Correlaciones con factores psicosociales en mujeres

Correlaciones de sintomatología depresiva con factores psicosociales en mujeres			
Variable	Variable	r <sup>2</sup>	p
<b>Sintomatología depresiva</b>	Estrés cotidiano social	.577	P<.001
	Recursos de apoyo	-.469	P<.001
	Relación con mamá	-.395	P<.001
	Relación con papá	-.258	.739
	Características sociodemográficas	Suficiencia económica	-.223
	Desempeño escolar	.207	P<.001

### 5.5. Correlaciones con factores psicológicos asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente con hombres

Para conocer la correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos en hombres se hizo un análisis de regresión lineal múltiple, en la cual se obtuvo una correlación significativa con un valor de  $[r(361) = .572, p \leq .001]$ . Lo anterior quiere decir que los factores psicológicos tales como la autoestima, impulsividad, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares, locus de control atribuido a la suerte, locus de control atribuido a la afectividad y locus de control atribuido a la internalidad son factores que explican sólo el 57% de la sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver en la gráfica de dispersión de la Imagen 10.



*Ilustración 9 Gráfica de dispersión "correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicológicos en hombres.*

Para la correlación entre sintomatología depresiva con “autoestima” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(361) = -.528, p \leq .001$ ], esto es una correlación negativa que indica que a menor autoestima mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 10).

Para la correlación entre sintomatología depresiva con “respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(361) = .274, p \leq .050$ ], lo cual indica una correlación positiva que significa que a una mayor respuesta de enfrentamiento a ante estresores familiares mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 10).

Para la correlación entre sintomatología depresiva con “impulsividad” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(361) = .268, p \leq .050$ ], indicando una relación positiva que significa que a mayor impulsividad también mayor sintomatología depresiva. (Ver tabla 10)

Para la correlación entre sintomatología depresiva con “locus de control atribuido a la internalidad” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(361) = .269, p \leq .050$ ], que indica que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables. (Ver tabla 10).

Para la correlación entre sintomatología depresiva con “locus de control atribuido a la suerte” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(361) = -.118, p \geq .050$ ], indicado que no existe correlación estadísticamente significativa entre estas variables. (Ver tabla 10).

Para la correlación entre sintomatología depresiva con “locus de control atribuido a la afectividad” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(361) = -.074, p \geq .050$ ], indicando que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables. (Ver tabla 10).

De esta forma se puede dar cuenta de que algunos de los factores psicológicos en hombres tienen correlación con sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver en la Tabla 10 los valores significativos marcados en rojo.

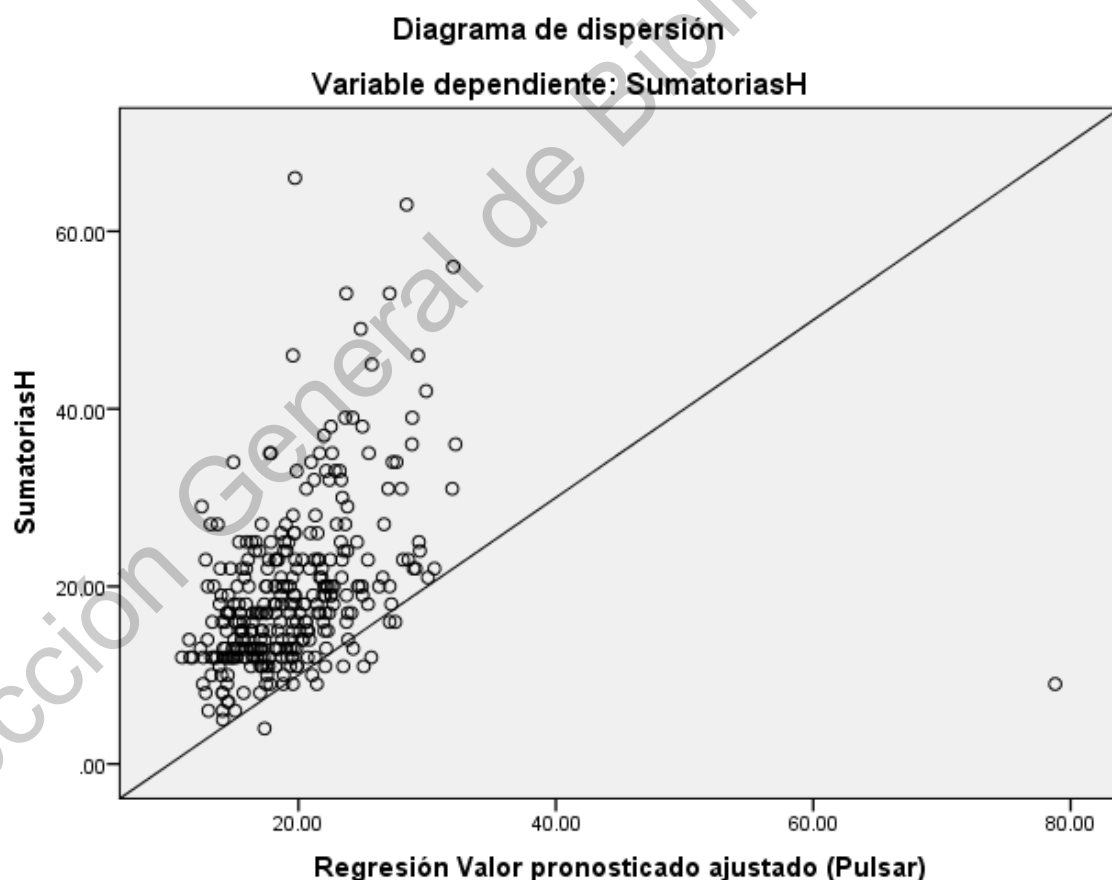
*Tabla 10 Correlaciones con factores psicológicos en hombres*

<b>Correlaciones de sintomatología depresiva con factores psicológicos</b>			
<b>Variable</b>	<b>Variable</b>	<b>r<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
	Autoestima	<b>-.528</b>	<b>P<math>\leq</math>.001</b>
<b>Sintomatología depresiva</b>	Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares	<b>.274</b>	<b>P<math>\leq</math>.050</b>
	Impulsividad	<b>.268</b>	<b>P<math>\leq</math>.050</b>
	Locus de control atribuido a la internalidad	.269	P $\geq$ .05
	Locus de control atribuido a la suerte	-.118	P $\geq$ .05



### 5.6. Correlaciones con factores psicosociales asociados a la sintomatología depresiva elevada reciente con hombres

Para conocer la correlación entre sintomatología depresiva con factores psicosociales en hombres se hizo un análisis de regresión lineal múltiple, en la cual se obtuvo una correlación significativa con un valor de  $[r(313) = .501, p \leq .001]$ . Lo anterior quiere decir que los factores psicosociales tales la suficiencia económica, la relación con papá y mamá, los recursos de apoyo y el estrés cotidiano social son variables que explican sólo el 50% de la sintomatología depresiva, tal como se puede ver en la gráfica de dispersión de la Imagen 10.



*Ilustración 10 Ilustración 9 Gráfica de dispersión "correlación entre sintomatología depresiva elevada reciente con factores psicosociales en hombres"*

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con los “recursos de apoyo” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(313) = -.442, p \leq .001$ ], que indica una correlación negativa, lo cual significa que a menores recursos de apoyo mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 11).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con el “estrés cotidiano social” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(313) = .307, p \leq .001$ ], que indica una correlación positiva, lo cual significa que a mayor estrés cotidiano social mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 11).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con la “relación con mamá” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(313) = -.293, p \leq .050$ ], que indica una correlación negativa, lo cual significa que a menor puntaje en la relación con mamá mayor sintomatología depresiva (Ver tabla 11).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con la “relación con papá” el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(313) = -.208, \geq .050$ ], que indica que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables. (Ver tabla 11).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con suficiencia económica el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(313) = -.093, \geq .050$ ], que indica que no existe una correlación estadísticamente significativa entre estas variables. (Ver tabla 11).

Para conocer la correlación de sintomatología depresiva con desempeño escolar el coeficiente de correlación de Pearson [ $r(313) = -.084, \geq .050$ ], que indicaría una correlación positiva pero baja. (Ver tabla 11).

De esta forma se puede dar cuenta de que algunos de los factores psicosociales en hombres tienen correlación con sintomatología depresiva elevada reciente, tal como se puede ver en la Tabla 11 los valores significativos marcados en rojo.

Tabla 11 Correlaciones con factores psicosociales en hombres

Correlaciones de sintomatología depresiva con factores psicosociales en mujeres				
Variable	Variable	r <sup>2</sup>	p	
<b>Sintomatología depresiva</b>	Recursos de apoyo	-.442	P ≤ .001	
	Estrés cotidiano social	.307	P ≤ .001	
	Relación con mamá	-.293	P ≤ .050	
	Relación con papá	-.208	P ≥ .050	
	Características sociodemográficas	Suficiencia económica	-.093	P ≥ .050
		Desempeño escolar	.084	P ≤ .050

Tanto en hombres como en mujeres se han obtenido puntajes muy similares en cuanto a las significancias de factores psicológicos y psicosociales con la sintomatología depresiva elevada reciente, lo cual quiere decir que estos factores la pueden estar explicando.

La autoestima, la respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares, la impulsividad son factores psicológicos que tienen mayor correlación con la sintomatología depresiva elevada reciente para ambos sexos.

El estrés cotidiano social es un factor psicosocial que presentó correlación con la sintomatología depresiva elevada reciente, para ambos sexos, sin embargo, en mujeres se obtuvo una significancia mayor que en hombres, lo cual denota que una mujer adolescente se le ve más afectada por las razones de estrés cotidiano social.

## 6. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes estudiantes de secundarias públicas de San Juan del Río, asimismo, se buscó conocer los factores psicológicos y psicosociales que se relacionan con la misma. Los resultados más importantes de esta investigación son que la prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes del municipio de San Juan del Río es de 15.9% y que esta guarda correlación positiva con respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares, impulsividad, estrés cotidiano social y locus de control atribuido a la internalidad; de la misma forma, hay correlación negativa con autoestima, y recursos de apoyo y relación con mamá.

### 6.1. Sobre prevalencia

Las prevalencias de depresión en México que han sido reportadas son similares a la encontrada en este estudio, por ejemplo, en un estudio realizado con adolescentes mexicanos de la Ciudad de México y de Michoacán, se encontró que 12% de los adolescentes que participaron presentaron síntomas clínicamente significativos de depresión (Jiménez Tapia, Wagner, Rivera Heredia, & González Forteza, 2015).

De la misma forma estudios recientes muestran resultados similares en cuanto a prevalencia de depresión en adolescentes mexicanos, en un estudio llevado a cabo en 2012 a adolescentes utilizando el mismo instrumento (CESD-R) se obtuvo una prevalencia de 15.6% (Veytia López, González Arratia López Fuentes, Andrade Palos, & Oudho, 2012)

En el informe de Estimaciones Mundiales de los Trastornos Mentales (PAHO, 2017), el continente americano aparece que el 15% de la población total ha presentado algún cuadro del trastorno depresivo, se menciona también que este se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta, mencionando que en edades menores a 15 años es más pequeña la cifra, sin embargo, en el presente estudio se puede percatar que ese 15.9% es el que aparece sólo en la población adolescente de este municipio.

La mayoría de los estudios recientes apuntan a un aumento de esta problemática en la salud mental, una de las explicaciones es el aumento de la población a nivel mundial, ya que de 2005 a 2015 aumentó un 18.4%, estas cifras remarcan la necesidad de atenderla de manera inmediata, así que al llevar este problema a la adolescencia se puede dar cuenta que es ahí donde dan inicio la mitad de los trastornos mentales (OMS, 2018), o que antes de los 18 años 1 de cada 5 adolescentes habrá padecido un cuadro depresivo, lo que evidentemente convierte a este periodo como crítico (ANMM, 2016).

La mayoría de los datos que se conocen sobre prevalencia de depresión es a partir de los 15 años o que a partir de los 15 años el porcentaje aumente (PAHO, 2017), edad en la que están la mayoría de los estudiantes de tercer grado, lo cual tiene gran relación con que la presencia de sintomatología depresiva vaya en aumento y represente una diferencia estadísticamente significativa.

## **6.2. Por estratificación**

Tal como se mencionó, la muestra de este estudio fue conformada de acuerdo a estratos, los cuales permitirían conocer si existe evidencia que pueda avalar que existen diferencias estadísticamente significativas por el tipo de escuela o el nivel de marginación de la escuela, de manera que estos elementos puedan explicar la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes. De forma que se pudo dar cuenta que no existe tal diferencia.

### **6.2.1. Por nivel de marginación y tipo de escuela**

Al realizar una búsqueda teórica acerca de la importancia de considerar el nivel de marginación y el tipo de escuela se da cuenta de la escasez de estudios en los que se consideren estas variables.

De acuerdo a la estratificación por nivel de marginación, se puede dar cuenta que, en el nivel muy bajo de marginación, es decir en las escuelas en las que están ubicadas en lugares con mejores condiciones socioeconómicas, de acuerdo a las categorizaciones marcadas por USEBEQ, hay mayor prevalencia de sintomatología depresiva, ya que en

estas escuelas un 18% de adolescentes que acuden presentan sintomatología depresiva elevada reciente. En segundo lugar, se encuentran las secundarias de nivel bajo de marginación, con un 16% de adolescentes que presentaron la sintomatología depresiva elevada reciente. En tercer lugar, están las secundarias con un nivel muy alto de marginación, ya que el 12% de adolescentes que asisten a este tipo de escuelas presentan sintomatología depresiva elevada reciente. Finalmente, en cuarto lugar, están las secundarias que son de nivel medio de marginación con un 11% de adolescentes que presentan la sintomatología depresiva elevada reciente.

El tipo de escuela a la que cada adolescente asiste se ha pensado como un elemento que podría ayudar a comprender si este influye en la manifestación de sintomatología depresiva.

La mayor diferencia de acuerdo a los porcentajes es que en las secundarias técnicas hay mayor prevalencia de sintomatología que en las demás y, por lo tanto, en las secundarias que menos se presenta la sintomatología depresiva elevada reciente es en las telesecundarias.

Existen autores que hablan acerca de que el nivel de marginación social tiene relación con la manifestación de la depresión, por ejemplo, en el Informe sobre la Salud Mental en México (2005) se dice que la marginalidad es un factor de vulnerabilidad que propicia la depresión, sin embargo, no se han encontrado investigaciones o informes en los que se retome lo referente al nivel de marginación de la escuela o al tipo de escuela, al menos no de la diferencia entre secundaria general, técnica o telesecundaria, pero sí por tipo de pública y privada.

### **6.3. Por sexo**

Para este estudio las diferencias encontradas de frecuencia por sexo son significativas ya que para mujeres la prevalencia fue de 17.8% a diferencia de en hombres con el 13.8%.

A nivel nacional el 19% de mujeres de 15 a 19 años de edad presenta sintomatología depresiva y en mujeres que han estudiado secundaria el promedio es de 18.6%. Por otro lado, para mujeres de 5 a 17 años una de las principales dificultades severas de funcionamiento es la depresión (UNICEF, 2015) dado que parte de la sintomatología depresiva es precisamente la falta de energía para llevar a cabo actividades cotidianas en las que se incluye hogar, trabajo, escuela, etc.

De acuerdo a estudios recientes, se ha encontrado que la depresión se manifiesta más en mujeres, este es explicado desde diversos factores que tienen que ver con cuestiones biológicas hasta culturales.

Existen estudios en los que se habla que incluso la proporción es de 5 a 1, tal como en el caso de un estudio llevado a cabo con adolescentes el resultado fue que el 13.5% de mujeres presentaba el malestar depresivo a diferencia de hombres que fue de 3.8% (González Forteza, Hermosillo de la Torre, Vacío Muro, Peralta, & Wagner, 2015)

En un estudio llevado a cabo en el Centro Histórico de la ciudad de México (González Forteza, Ramos Lira, Vignau Brambila, & Ramírez Villareal, 2001) los porcentajes encontrados entre hombres y mujeres dan resultados muy similares a los obtenidos de este estudio ya que en hombres fue de 14.4% y en mujeres fue ligeramente mayor, con el 18.0% con malestar depresivo, se piensa en este estudio la necesidad de atender dicha problemática ya que hay una relación del malestar depresivo con la ideación suicida para ambos sexos, sin embargo, sobresale que para hombres hay mayor dificultad para poder detectar dicha problemática.

Se ha observado que, para la población joven, así como para mujeres, son los grupos más propensos a padecer depresión (Gobierno de México, 2018), dichos datos corresponden a lo encontrado en este estudio ya que un mayor porcentaje de mujeres adolescentes se detectó sintomatología depresiva, sin embargo, es igualmente importante considerar lo ya mencionado en referencia a la necesidad de pensar la complejidad que involucra poder detectarlas a tiempo.

#### **6.4. Autoestima**

Para este estudio la autoestima ha resultado un factor psicológico que ha resultado estadísticamente significativo de manera negativa en su correlación con la sintomatología depresiva elevada reciente para ambos sexos, esto significa que cuanto menor autoestima, mayor sintomatología depresiva elevada reciente se presentará.

Al ser la autoestima un factor psicológico de gran importancia no solo en la adolescencia sino en todo momento, al observar los resultados de que la correlación es significativa, es importante considerar las problemáticas que se podrían llegar a presentar en caso de no atenderla ya que de no hacerlo se podría representar un efecto en cadena que puede derivar en diversas situaciones como por mencionar algunas un desempeño escolar más bajo en referencia a lo esperado, las relaciones sociales se pueden ver afectadas, y de ahí pueden provenir situaciones complejas que aquejan a un adolescente, tal como se ha mostrado en estudios recientes que en alguien con baja autoestima puede llegar a tener menos habilidades sociales, baja tolerancia y frustración lo que conlleva a perder el control más rápido llegando a generar incluso de esta forma reacciones violentas (López del Pino, Sánchez Burón, Pérez Nieto, & Fernández Martín, 2008).

Parte de la imposibilidad de establecer relaciones sociales debido a los bajos recursos de las mismas e incluso pensado en el autoconcepto es que podría llevar a una persona a vivir síntomas de depresión, generando otra de las problemáticas más complejas como puede ser el suicidio (Jiménez Tapia, Mondragón Barrios, & González Forteza, 2007).

Estos resultados muestran la evidente necesidad de atender en los adolescentes aspectos que tienen que ver con el sí mismo, ya que de ello dependerá el desarrollo en el ambiente social, lo que podrá o no generar un ambiente socialmente sano. Se podría decir que la baja autoestima es solo la punta de un iceberg, como ya se ha mencionado de ella



pueden derivar diversas problemáticas que si no se alcanzan a detectar pueden generar numerosos conflictos.

### **6.5. Estrés cotidiano social**

El estrés cotidiano social es uno de los factores que ha resultado estadísticamente significativo en su correlación positiva con la sintomatología depresiva ya que el coeficiente de correlación de Pearson ( $r^2$ ) es de .472 con un valor de  $p=0.001$ , lo que implica esta relación positiva es que a mayor estrés cotidiano social también habrá mayor sintomatología depresiva.

Dentro de las categorías que incluyen el estrés cotidiano social puede ser considerados problemas con pares, es decir pueden ser amigos, compañeros, pareja en caso de ser así, etc. por lo tanto es relevante que para este estudio haya resultado significativa esta variable, ya que de acuerdo a Gonzáles Forteza (1997) esos elementos retoman gran importancia en la adolescencia, debido a que es en este momento en que más se desarrollan las habilidades sociales, factores que igual están relacionados con autoestima.

### **6.6. Respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares**

En el presente estudio la respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares ha resultado una correlación positiva y estadísticamente significativa con sintomatología depresiva, esto indica que a mayor respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares también hay mayor presencia de sintomatología depresiva.

Las respuestas tienen que ver con la forma en la que los adolescentes responden ante un conflicto familiar, para este estudio como opciones de respuesta fueron el dejar de hablar con la persona con la que ocurrió el conflicto, gritar, hablar acerca de lo sucedido entre otras, este elemento tiene relación a la vez con la percepción acerca de los recursos de apoyo ya que se ha mostrado que entre mayor son los recursos de apoyo que percibe el adolescente del entorno familiar de igual manera será mayor la posibilidad de comunicación entre los integrantes de la familia, lo que posibilitaría una mejor resolución de conflictos.

La respuesta de enfrentamiento puede llevar al malestar emocional lo que conllevaría presentar la sintomatología depresiva (González Forteza, Villatoro, Pick , & Collado , 1998), ya que la respuesta de enfrentamiento tiene que ver con la forma en la que es afrontada la situación, puede llevar expresiones de agresión, no agresión o adaptativas.

Esta variable es una de las que ha resultado significativa en esta investigación, de forma que explica parte de la sintomatología depresiva, mostrando que la forma en la que se va respondiendo a los estresores familiares tiene relación con la sintomatología depresiva.

### **6.7. Recursos de apoyo**

Para este estudio los recursos de apoyo considerados como un factor psicosocial, han resultado estar correlacionados de forma negativa y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, el coeficiente de correlación de Pearson ( $r^2$ ) es de -.463 con un valor de  $p=0.000$ , esto nos indica que a menores recursos de apoyo existe mayor sintomatología depresiva.

Los recursos de apoyo son aquellas respuestas que el adolescente obtiene cuando se le presenta alguna dificultad en su vida cotidiana que puede ser en el aspecto escolar social o familiar, estos recursos son reconocidos por el mismo adolescente como las personas a las que puede acudir para resolver alguna de las situaciones ya mencionadas.

Estos recursos pueden provenir desde los integrantes de la familia o desde personas externas a la familia, sin embargo cuando este apoyo proviene del entorno familiar, estudios realizados con la participación de adolescentes han demostrado que la relación familiar se fortalece de forma que existe un entorno familiar con mejor comunicación (González & Andrade, 1995) y, por lo tanto, con menor sintomatología depresiva además de que una buena comunicación en el ambiente familiar posibilita el bienestar emocional y un buen desarrollo psicosexual.

## 6.8. Impulsividad.

En este estudio la impulsividad ha resultado estar correlacionada de forma positiva y estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, el coeficiente de correlación de Pearson ( $r^2$ ) es de .391 con un valor de  $p=0.001$ , lo que indica esta relación es que a mayor impulsividad también mayor sintomatología depresiva.

Habría que indagar más ampliamente acerca de esta correlación que para este estudio ha resultado significativa, ya que a decir de cada una de las características de depresión y de impulsividad son muy distintas, sin embargo, pueden estar relacionadas en el sentido que cada una pueda estar detrás de la otra, por ejemplo en la depresión la impulsividad puede estar presente en un episodio de manía (De Sola Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013).

De la misma forma la impulsividad se puede ver asociada a la depresión desde los hábitos alimenticios ya que uno de los síntomas de depresión es asociado a subir o bajar de peso de manera involuntaria, cuando un individuo come de manera impulsiva de forma que este encubriendo un síntoma depresivo. (De Sola Gutiérrez, Rubio Valladolid, & Rodríguez de Fonseca, 2013)

Asimismo, la impulsividad es un importante factor a tomar en cuenta respecto al diseño de programas de intervención con adolescentes (Martínez Loredó, Weidberg, García Rodríguez, Fernández Atamendi, & Fernández Hermida, 2014), considerándose las características propias de la adolescencia es un factor del que pueden derivar numerosas consecuencias que afectan el desarrollo del adolescente.

## 7. CONCLUSIONES

Este estudio de corte epidemiológico ha permitido generar datos científicos acerca del contexto de los adolescentes del municipio de San Juan del Río, lo cual va a permitir el diseño de estrategias de intervención desde los centros educativos, de forma que la situación actual se vea modificada de forma positiva en determinado momento.

Los objetivos de este trabajo se han cumplido al poder ahora tener las bases científicas para decir que la prevalencia de sintomatología depresiva en los adolescentes de San Juan del Río es de 15.9%, además que en las secundarias con un nivel de marginación muy bajo es donde hay mayor porcentaje de sintomatología depresiva, así como que en secundarias técnicas de la misma manera se encuentra el más alto porcentaje de sintomatología depresiva.

De la misma forma se puede decir que los objetivos se cumplen al corroborar correlaciones estadísticamente significativas con algunos factores psicológicos y psicosociales de los cuales los más evidentes han sido con autoestima, estrés cotidiano social, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares, recursos de apoyo e impulsividad.

Es importante conocer parte de los indicadores que hacen parte de un trastorno como lo es la depresión, ya que en la mayoría de las ocasiones no es solo la manifestación del trastorno, sino el conjunto de elementos que se están involucrando y modificado o afectado dentro de la estructura del individuo lo que hace que se llegue al padecimiento en sí.

Sin embargo, una vez que se tienen presentes los elementos que pueden estar relacionado con determinadas problemáticas adolescentes en este caso la sintomatología depresiva, es de cierta forma más sencillo intervenir de manera más compleja incluyendo las características que podría hacer a alguien más vulnerable.

Al desarrollar un programa de acción es importante considerar tanto los factores psicológicos, así como lo psicosociales, ya que estos interactúan en el medio social del

adolescente, y al haber un trabajo incluyente desde estos elementos, se podría esperar una mayor efectividad en los resultados.

Es necesario poner atención en los signos que puede estar mostrando un adolescente, ya que como se ha visto a lo largo de este trabajo, tanto una baja autoestima, pocos recursos de apoyo, múltiples motivos de estrés familiar o social, pueden estar llevando a un adolescente a vivir con sintomatología depresiva, y esta a su vez puede llevar a desencadenar diversas problemáticas que conllevan un gran gasto social y emocional.

Es prudente considerar además los datos que puedan estar arrojando estadísticas actuales de acuerdo a este contexto, ya que son datos científicos que pueden ayudar a orientar a quienes rigen los servicios de salud mental de forma que sea más inclusivos al contemplar elementos tanto psicosociales como psicológicos.

## 8. REFERENCIAS

- Acosta Hernández, M., Mancilla Percino, T., Correa Basurto, J., Saavedra Vélez, M., Ramos Morales, F., Cruz Sánchez, J., & Duran Niconoff, S. (2011). Depresión en la infancia y la adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch NEurociencias México*, 16(1), 20-25.
- Aguilar, G., Hade De, B., & E., C. (1996). Autoestima y depresión en adolescentes Guatemaltecos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 28(2), 341–366. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80528209>
- Álvarez Zúñiga, M., Ramírez Jacobo, B., Silvia Rodríguez, A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. d. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56012878005>
- American Psychiatry Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- ANMM. (2016). Depresión en adolescentes > diagnóstico y tratamiento. *Academia Nacional de Medicina*, 15(3), 52-55. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175i.pdf>
- Caña, M. L., Michelini, Y., Acuña, I., & Godoy, J. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health and Addictions*, 15(1), 55-66. Obtenido de <http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/view/231/234>
- Climent, C. E., Aragón, L. V., & Plutchik, R. (1989). Predicción del uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Bol of Sanit Panoram*, 107(6), 568-575. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17666/v107n6p568.pdf?sequence=1>
- De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., & Rodríguez de Fonseca, F. (2013). La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales? *Salud y drogas*, 13(2), 145-155. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83929573007>
- EMOL. (Febrero de 2017). OMS: un 4.4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años. Santiago. Obtenido de <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
- Escorcía, I. S., & Mejía Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista electrónica Educare*, 19(1), 241-256. doi:<http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1.13>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.
- Galicia Moyeda, I. X., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar.

- Anales de Psicología*, 25(2), 227-240. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958005>
- Galicia Moyeda, I., Sánchez Velasco, A., & Robles Ojeda, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25(2), 227-240. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16712958005>
- Galimberti, U. (2011). *Diccionario de Psicología*. México: Singlo XXI.
- García Ramírez, N. (2006). *Tesis: Ideación E Intento Suicida En Estudiantes Y Su Relación Con El Consumo De Drogas*. Obtenido de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina\\_contenidos/tesis/tesis\\_nayeli.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf)
- Gobierno de México. (marzo de 2018). *Descifremos*. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>
- González Forteza, C. F. (1996). *Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis Inedita de Doctorado*. (U. N. México, Ed.) México. Obtenido de <http://132.248.9.195/pmig2016/0241485/Index.html>
- González Forteza, C. F. (2003). Manual conceptual y operacional de las variables del instrumento. México., México.
- González Forteza, C. F., & Jiménez Tapia, J. A. (1997). Factores socioculturales y suicidio. *Psicopatología*, 17(4), 151-157.
- González Forteza, C. F., Andrade Palos, P., & Jiménez Tapia, J. A. (Marzo de 1997). Recursos psicológicos relacionados con estrés cotidiano social en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20(1). Obtenido de <http://repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/7298/sm200127.pdf?sequence=1>
- González Forteza, C. (s.f.). MANUAL CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO. 1-20.
- González Forteza, C., Hermsillo de la Torre, A. E., Vacio Muro, M. d., Peralta, R., & Wagner, A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 2(72), 149-155. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- González Forteza, C., Juárez López, C. E., Montejo León, L. A., Oseguera Díaz, G., Wagner Echagaray, F. A., & Jiménez Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche México. *Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(2), 29-34. doi:10.15174/au.2015.862
- González Forteza, C., Lara, A., Mariño, M., & Salgado de Snyder, N. (1997). Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
- González Forteza, C., Ramos Lira, L., Vignau Brambila, L. E., & Ramírez Villareal, C. (diciembre de 2001). El auso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida en adolescentes. *Salud Mental*, 24(6), 16-25.
- González Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S., & Collado, M. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes al sur de la Ciudad de México: análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45.

- González González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina Mora, E., & Fernández Varela Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental, 35*(1), 51-55.
- González, F. C., & Andrade, P. P. (Diciembre de 1995). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recurso de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 18*(4), 41-48.
- Guadarrama, L., Escobar, A., & Limei, Z. (s.f.). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. (UNAM, Ed.) Obtenido de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Heredia Ancona, M. C., Gómez Maqueo, L., & Suárez De la Cruz, L. E. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1*, 49-51.
- Herrera Gutiérrez, E., Brocal Pérez, D., Sánchez Marmol, D. J., & Rodríguez Dorantes, J. M. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos psicología del deporte, 12*, 31-37. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=227028254005>
- IMSS. (2008). División técnica de información estadística en salud. El IMSS en cifras. La salud de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 46*(1), 91-100. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745519016>
- INEGI. (2016). *Encuesta Intercensal del estado de Querétaro*.
- INEGI e INMUJERE. (2016). *Mujeres y hombres en México*. México. Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2016.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf)
- Jiménez Tapia, A., Mondragón Barrios, L., & González Forteza, C. (Septiembre-Octubre de 2007). Self-Esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental, 30*(5), 20-26.
- Jiménez Tapia, A., Wagner, F., Rivera Heredia, M. E., & González Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y Estado de Michoacán por medio de versión revisada de la CES-D. *Salud Mental, 38*(2), 103-107.
- Jiménez Tapia, J. A., Mondragón Barrios, L., & González Forteza, C. (2007). Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida: resultado de tres estudios. *30*(5), 1-8. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/28230009>
- La Rosa, J. (1986). Tesis: Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. México. Obtenido de <http://132.248.9.195/pmig2016/0054164/Index.html>
- Leyva Jiménez, R., Hernández Juárez, A., Nava Jiménez, G., & López Gaona, V. (2007). Depresión en adolescente sy el funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicanos dell Seguro Social, 45*(3), 225-232. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745527004>
- López del Pino, C., Sánchez Burón, A., Pérez Nieto, M., & Fernández Martín, M. (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente. *Revista de Psicología y Educación, 7*(1), 81-99.
- Martínez Loredó, V., Weidberg, S., García Rodríguez, O., Fernández Atamendi, S., & Fernández Hermida, J. (abril de 2014). Relación entre impulsividad y consumo



- temprano de drogas. *XLI Jornadas nacionales de socidrogalcohol*. Sevilla. Obtenido de <https://www.unioviado.es/gca/uploads/pdf/Poster%20Socidrogalcohol.pdf>
- Medina Mora, M. E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benejet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., . . . Aguilar Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Molina Abolnik, M. (13 de Mayo de 2005). Sintomatología depresiva y locus de control en adultos. Puebla. Recuperado el 2019, de <http://repositorio.udlap.mx/xmlui/handle/123456789/8053>
- Monge Holguín, J. A., Cubillas Rodríguez, M. J., Román Pérez, R., & Abril Valdez, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(1), 45-51.
- Moral Jiménez, M. d., Ovejero Bernal, A., & Pastor Martín, J. (1998). La construcción entre la percepción de la autoimagen física en adolescentes y la identidad social. *Aula abierta*(71), 147-175.
- Muñoz, A. R. (17 de Marzo de 2017). Incrementan los casos de depresión en adolescentes. *AM de Querétaro*.
- Natera, G., & González Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud Mental*, 35(1), 1-2.
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á., & Sánchez Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 12(1), 53-62. Obtenido de [http://aepcp.net/arc/\(5\)%202008\(1\).Oliva%20et%20al.pdf](http://aepcp.net/arc/(5)%202008(1).Oliva%20et%20al.pdf)
- OMS. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. una segunda oportunidad en la segunda década. *Organización Mundial de la Salud*, 3-20.
- OMS. (Noviembre de 2017a). *Salud Mental*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- OMS. (Noviembre de 2017b). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- OMS. (Noviembre de 2017c). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)
- OMS. (18 de Septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Salud Mental del Adolescente: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS. (18 de Septiembre de 2018). *Salud Mental del Adolescente*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- PAHO. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Mundial de la Salud-Organización Panamericana de la Salud . Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Pardo A., G., Sandoval D., A., & Umbreila Z., D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*(13), 13-28. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>
- Rivera Rivera, L., Rivera Hernández, P., Pérez Amezcua, B., Leyva López, A., & Castro, f. (2015). Factores individuales asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública de México*, 57(3), 219-226.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and applied*, 80(1), 1-28.
- Sánchez García, S., García Domínguez, A., García Peña, C., Gutiérrez Gutiérrez, L., Narváez Macías, L., & Juárez Cedillo, T. (2013). Utilización de la versión reducida de la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población de adultos mayores mexicanos. *Entreciencias Diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 2(4), 137-150.
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018*. México.
- Secretaría de Salud. (2016). *Cuarto informe de labores 2015-2016*. Obtenido de <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/4toInformeDeLaboresSS.pdf>
- SEP. (2017-2018). Secundarias San Juan del Río. San Juan del Río, Querétaro, México.
- Serrano Pereira, M. G., & Flores Galaz, M. M. (2005). Estrés, respuesta de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Psicología y Salud*, 15(2), 221-230. Obtenido de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/806>
- Servicios de Investigación y Análisis. (2005). *La Salud Mental en México*. México: Dirección General de Investigación. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Silva Escorcía, I., & Mejía Pérez, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica EDUCARE*, 19(1), 241-246. doi:<http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1.13>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 1(40), 9-20. Obtenido de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000500002](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000500002)
- UNICEF. (2015). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres*. Instituto Nacional de Salud, México. Obtenido de [https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF\\_ENIM2015.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_ENIM2015.pdf)
- Velasco Matus, P. W., Rivera Aragón, S., Días Loving, R., & Reyes Lagunes, I. (2015). Construcción y validación de una escala de locus de control-bienestar subjetivo. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 45-54. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944231006>
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudho, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290006>
- WHO. (2019a). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo Carta USEBEQ



UNIDAD DE SERVICIOS PARA  
LA EDUCACIÓN BÁSICA EN  
EL ESTADO DE QUERÉTARO  
(USEBEQ)

**COORDINACIÓN GENERAL  
COORDINACIÓN OPERATIVA**

**OFICIO No. C.O. /102/2018**

Santiago de Querétaro, 3 de septiembre de 2018.

**DRA. PAMELA GARBUS**  
**Coordinadora de la Maestría en Salud Mental de la Infancia la Adolescencia**  
**Facultad de Psicología UAQ**  
**Responsable del proyecto**  
**Presente**

Por este medio la saludo atentamente a la vez que le hago expresa la autorización para llevar a cabo el estudio Prevalencia de problemas de salud mental y factores de riesgo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de Cadereyta y de San Juan del Río, Querétaro (octubre de 2018 a abril de 2020) el cual está bajo su dirección y cuenta con la colaboración de profesoras y estudiantes de la Maestría de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, la Maestría en Educación para la Ciudadanía y de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la UAQ.

Doy conocimiento de que el objetivo del proyecto es describir la prevalencia de síntomas y problemas de salud mental en estudiantes de escuelas secundarias públicas, y que puntualmente se busca describir la sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, consumo de alcohol, tabaco y drogas así como de factores psicológicos tales como autoestima, locus de control, impulsividad, respuesta de enfrentamiento ante estresores familiares y el estrés cotidiano social y factores psicosociales tales como datos sociodemográficos, relación del adolescente con su padre y madre y recursos de apoyo en estudiantes de escuelas secundarias públicas de Cadereyta y de San Juan del Río, Querétaro.

Así mismo, agradecemos que, con estos datos obtenidos, posteriormente se trabajará en el diseño y aplicación de talleres para maestros y directivos de escuelas sobre la detección y abordaje escolar de las problemáticas prevalentes detectadas.

No omito comentarle y solicitarle de la manera más atenta, que las actividades del proyecto deberán coordinarse con los directores encargados de cada una de las escuelas que participan en el proyecto, así como generar una estrategia para contar con el previo consentimiento y autorización formal de los padres de familia y/o tutores.

Quedo a su entera disposición para mayor información,

**ATENTAMENTE**  
**"Querétaro está en nosotros"**

  
**Lic. Ernesto Mejía Botello**  
**Coordinador Operativo de la USEBEQ**

C.c.p. Archivo  
\*crg

Domicilio:  
Av. Magisterio No. 1006  
Col. Colinas del Camarero,  
Santiago de Querétaro, Qro.,  
C. P. 76096  
Tel: 238 6000

**QUERÉTARO**  
GOBIERNO DEL ESTADO

## 9.2. Anexo 2 Guion para Consentimiento Informado

### Guion ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola, buen día chicas y chicos, somos \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, venimos de la Universidad Autónoma de Querétaro de la Facultad de Psicología y formamos parte de un proyecto de investigación que se está llevando ahora con la participación de estudiantes de las secundarias de San Juan del Río. El objetivo es conocer los problemas de Salud Mental que tienen los y las estudiantes como ustedes y para eso les pediremos que respondan un cuestionario que es anónimo. El cuestionario que responderán muy sencillo las preguntas es sobre su vida y no lleva más de 50 minutos en responderlo.

Por el motivo que los visitamos hoy es porque para poder llevar a cabo el estudio necesitamos que tanto ustedes como sus padres estén informados acerca del estudio para que sus papás puedan autorizarlos a responder el cuestionario y ustedes puedan aceptar hacerlo.

Por eso, el primero paso es entregarles a ustedes dos hojitas el día de hoy: en una explicamos a sus papás y a ustedes el estudio, y en la otra, es donde ellos notifican si los autorizan o no a completar el cuestionario (Muestran las hojas).

Entonces: Sus papás deberán leer la primera hoja contiene la información de la investigación, la cual se la van a quedar. La segunda hoja es para que sea llenada por sus padres con los datos de ustedes, en ella van a firmar sus papás con la opción de (sí) estoy de acuerdo en que mi hijo participe o (no) estoy de acuerdo en que mi hijo participe. Esta segunda hoja es la que la van a traer a la escuela y la van a entregar a su director.

Es importante que sepan que sus papás tienen que estar de acuerdo en que participen respondiendo el cuestionario, pero ustedes tienen también que aceptar participar en el estudio. Para participar sí o sí tienen que traer firmada la segunda hoja llamada CONSENTIMIENTO INFORMADO solo con la entrega de la misma el próximo día (lunes/miércoles/jueves/viernes) \_\_\_\_\_ que regresemos a aplicar el cuestionario, van a poder responder el mismo.

Ahora les vamos a pasar las hojas.

¿Tienen alguna duda?

### 9.3. Anexo 3 Consentimiento Informado

#### Información para los padres y Carta de Consentimiento Informado

Soy la Dra. Pamela Garbus, Profesora Investigadora de la Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Querétaro. Estamos realizando un estudio respaldado por la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia y la Maestría en Educación para la Ciudadanía, en representación de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro y por USEBEQ el cual busca conocer los problemas de Salud Mental que presentan los estudiantes de escuelas Secundarias Públicas del Estado de Querétaro.

Si bien este estudio no resultaría directamente beneficioso para su hijo/a, su participación favorece el conocimiento de las problemáticas de salud mental más frecuentes de las y los estudiantes de escuelas secundarias públicas de San Juan del Río y nos permitirá diseñar talleres para maestras/os y directoras/es de escuelas con el objetivo de ofrecer herramientas para la detección y abordaje de dichas problemáticas.

La participación de su hijo/a consistirá en responder un cuestionario que le llevará no más de 50 minutos de su tiempo y que indaga sobre síntomas y conductas vinculadas a la salud mental. El mismo será respondido en la escuela, durante su jornada habitual, y será completamente anónimo.

Al tratarse de un estudio de corte epidemiológico y anónimo (y no de una evaluación psicológica) no habrá posibilidad de entregar a cada familia o escuela, los resultados de ninguno de los participantes en particular, tampoco la de su hijo. La información obtenida arrojará datos que reflejen la situación general en los estudiantes de escuelas secundarias de cada municipio y será oportunamente compartida con las autoridades correspondientes y los miembros de la comunidad educativa que estén interesados en conocer dichos resultados.

La participación de los alumnos será voluntaria, se solicitará el asentimiento de cada estudiante una vez que se haya explicado el propósito de su participación y la naturaleza de la investigación de la que será parte, garantizando su principio de libertad. Cabe mencionar que la selección de las escuelas, y grupos dentro de ellas, fue al azar.

Solicitamos que nos notifique la decisión de que su hijo/a participe, o no, de la aplicación del cuestionario. Para ello le pedimos atentamente que lea y firme el siguiente consentimiento informado y envíe el mismo por medio de su hijo/a de modo tal que el día de la aplicación pueda entregarlo al equipo responsable. Debe entregar, solo la hoja del *Consentimiento de participación en la investigación*. Cabe mencionar que los datos requeridos para la firma del consentimiento no serán asociados al cuestionario que su hijo/a responda, solo darán la posibilidad de que se le entregue el cuestionario el día que sea aplicado. Asimismo, dichos formatos de consentimiento serán resguardados bajo llave y estarán a mi cargo.

Nombre y firma de la investigadora responsable:



Dra. Pamela Garbus

Contacto: [msmia.uaq@gmail.com](mailto:msmia.uaq@gmail.com)

### Consentimiento de participación en la investigación

Se me ha explicado la naturaleza y propósitos del estudio. Entiendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y que la información que el mismo brinde al responder el cuestionario es confidencial y anónima, y que no va a haber forma de que se pueda identificar a mi hijo/a en cualquiera de las formas en las que los resultados puedan ser difundidos.

Entiendo que no hay costos ni beneficios directos para mi hijo/a y que el propósito es obtener información sobre los problemas de salud mental de los estudiantes de escuelas secundarias de San Juan del Río, Qro. para ofrecer herramientas de trabajo a maestros y directores para favorecer la detección y abordaje de las mismas.

Por lo tanto:

\*Marque con una X la opción correspondiente.

sí  NO  doy consentimiento para que mi hijo/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ quien asiste a la escuela  
\_\_\_\_\_ a

1	2	3
---	---	---

 año escolar, salón \_\_\_\_\_ participe en este estudio.

Nombre y firma del padre, madre o tutor:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la investigadora responsable:



**Dra. Pamela Garbus**

Contacto: [msmia.uaq@gmail.com](mailto:msmia.uaq@gmail.com)

## 9.4. Anexo Guion para Aplicación del Instrumento

### Guion de aplicación CIP-DERS

Buen día jóvenes. El día de hoy, tal como lo dijimos la semana pasada, vamos a realizar la aplicación del cuestionario. Como saben solo aquellos que trajeron la autorización de sus padres podrán participar. Vamos a ir diciendo sus nombres que aparecen en los consentimientos y pasan a recogerlo.

Por favor, no comiencen a responder hasta que les avisemos. Se contestará con pluma o lápiz que pinte muy bien.

Tienen 50 minutos para contestar, por lo tanto, no se apresuren demasiado y sobre todo lean con cuidado las instrucciones. Cuando terminen vamos a pedirles que permanezcan en su lugar en silencio por respeto a los que aún no hayan acabado.

(Se le entregará a cada uno el cuestionario)

Atención. El cuestionario es anónimo. Eso quiere decir que no hay forma alguna que de sepamos quien es cada uno, pues no se puede relacionar con su consentimiento que acaban de entregar. Por lo tanto, se les agradece que contesten solo con la verdad, recuerden que su colaboración es sumamente importante para conocer y ayudar en las problemáticas que puedan aparecer. No tengan miedo o pena de responder, nadie sabrá qué han puesto.

Ok vamos a comenzar con la explicación sobre cómo responder el cuestionario:

- Escriban el nombre de la escuela y su grado.
- (Leemos los ejemplos de la primera hoja del cuestionario).
- Van a encontrar en las páginas 4 y 5 unas tablas que preguntan sobre su relación con papá y mamá o las personas que cumplen esa función en casa. Completen las dos tablas, aunque no vivan con papá o mamá, siempre que tengan un vínculo con ellos. Sino tienen relación con uno u otro, pero hay alguien que cumple su función (abuela, abuelo, pareja de papá o mamá etc) completen pensando en esa persona, sino no hay nadie, entonces sí dejen en blanco la tabla.
- En la página 7, van a encontrar una pregunta que podría causar un poco de confusión al responder, la pregunta es ¿por esa última o única vez que te hiciste daño para tratar de quitarte la vida, en consecuencia: a) me llevaron a un hospital; b) recibí apoyo emocional profesional; c) recibí un apoyo emocional de un ser querido y d) no recibí apoyo. La confusión es en la opción d) ya que en caso de que si hayas recibido ayuda tu respuesta será 2=NO y en caso de que no la hayas recibido tu respuesta será 1=SÍ.
- Ahora nos vamos a la página 12. En este cuadro podemos encontrar diferencias con los anteriores ya que si nos fijamos en la tabla de arriba se pide que se conteste con una numeración que va de menos a más y esta (señalándola) está al revés. Por favor, lean muy bien cada tabla y cada consigna. RECUERDEN: Es muy importante que lean muy bien cada encabezado de tabla. Pues son pequeñas diferencias que pueden hacer que haya errores al contestar.
- Les pedimos que respondan TODAS las preguntas. Si tienen dudas nos llaman y vamos a su banca para ayudarlos. Pero es importante que no dejen preguntas sin responder.

Estamos a disposición para responder dudas. En su lugar levantan la mano y nos acercamos a ustedes.

## 9.5. Anexo Instrumento

Folio \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### HOLA

Este cuestionario forma parte de una investigación que se está llevando a cabo en algunas secundarias públicas del Estado de Querétaro.

ESTE NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, en cada pregunta responde honesta y sinceramente. Es muy importante que contestes todas las preguntas.

En cada pregunta marca la respuesta que resulte más adecuada para ti: tacha con una cruz el número que indique tu respuesta. En algunas preguntas podrás escribir tu respuesta completa.

En caso de que tengas alguna duda, por favor levanta la mano y un encuestador irá a tu lugar a resolver tus dudas.

### VEAMOS ALGUNOS EJEMPLOS

**Recuerda que puedes tachar con una cruz (X) para indicar tu respuesta.**

Durante cuántos días de las dos últimas semanas:	0 días	1-2 días	3-4 días	5-7 días	8-14 días
1. Viste algún programa de televisión.	0	1	2	3	<del>4</del>

Como puedes ver, el número que está tachado es el 4 para indicar que vio algún programa de televisión entre 8 y 14 días de las dos últimas semanas.

**En otras preguntas podrás escribir el número para indicar tus respuestas:**

DM4. De las personas que viven contigo (incluyéndote a ti)  ¿Cuántos son hombres y qué edades tienen?  ¿Cuántas son mujeres y qué edades tienen?  (Contesta todas las opciones que te corresponden)	<b>EDAD</b>	<b>HOMBRES MUJERES</b>	
	12 años ó menos	3	
	13 a 17 años		2
	18 a 24 años		
	25 a 40 años	1	
	41 a 59 años	1	1
60 ó más años		1	

Aquí podemos ver que las respuestas indican que viven juntos: 3 hombres de 12 años ó menos, 2 mujeres entre 13 y 17 años de edad, 1 mujer entre 25 a 40 años, 1 hombre entre 41 a 59 años y 1 mujer de 60 ó más años de edad.

**Veamos la siguiente pregunta:**

¿Cuántas veces en tu vida has ido a un Zoológico?	_____ veces
	Nunca he ido .... <del>88</del>

Como está tachado el 88, la respuesta indica que nunca ha ido al Zoológico.



## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos a iniciar con información sobre ti y tu familia.

DM1. ¿Tú eres?:	Hombre ..... 1 Mujer ..... 2	DM2. ¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ años cumplidos.
-----------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

DM3. En general ¿Cómo consideras tu <u>desempeño académico</u> en la escuela?	Muy Bueno	1	
	Bueno	2	
	Regular	3	
	Malo	4	
DM4. De las <u>personas que viven contigo</u> (incluyéndote a ti) ¿cuántos son y qué edades tienen?  (Contesta sólo las opciones que te corresponden)	<b>EDAD</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
	a) 12 años o menos	h)	m)
	b) 13 a 17 años	h)	m)
	c) 18 a 24 años	h)	m)
	d) 25 a 40 años	h)	m)
	e) 41 a 59 años	h)	m)
	f) 60 o más años	h)	m)
DM5. ¿Cuántos hermanos(as) vivos tienes, <u>(sin contarte a ti)</u> ?	_____ hermanos(as).		
DM6. ¿Qué lugar de nacimiento ocupas entre tus hermanos(as)?	1°    2°    3°    4°    5° 6° o más		
DM7. ¿Quiénes viven contigo?  (Contesta <u>cada opción</u> con SI o NO, según corresponda)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	a) Mamá o madrastra	1	2
	b) Papá o padrastro	1	2
	c) Hermanos(as)	1	2
	d) Otros familiares	1	2
	e) Amigos(as)	1	2
	f) Otros(as)	1	2
DM8. De las personas que viven contigo, ¿Quiénes dan dinero para mantener a la familia?  (Contesta <u>cada opción</u> con SI o NO, según corresponda)	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	a) Mamá o madrastra	1	2
	b) Papá o padrastro	1	2
	c) Hermanos(as)	1	2
	d) Otros familiares	1	2
	e) Amigos(as)	1	2
	f) Otros(os)	1	2

DM9. TU FAMILIA TIENE DINERO SUFICIENTE PARA:	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a) Comprar comida	1	2	3	4
b) Para pagar los pasajes o la gasolina	1	2	3	4
c) Pagar las cuentas: luz, gas, agua, etc.	1	2	3	4
d) Mantener la casa limpia y arreglada	1	2	3	4
e) Comprar útiles escolares, uniformes, cuotas, etc.	1	2	3	4
f) Comprar la ropa que necesitas	1	2	3	4
g) Comprar la ropa que quieres y que te gusta	1	2	3	4
h) Ir a divertirse, al cine, a un restaurante, etc.	1	2	3	4
i) Comprar regalos para cumpleaños, festejos, etc.	1	2	3	4
j) Para hacer fiestas	1	2	3	4
k) Para ir de vacaciones	1	2	3	4
l) Comprar videojuegos, CD's, películas, revistas, etc.	1	2	3	4
DM10. ¿Qué tan frecuentemente existen <u>discusiones o peleas</u> en tu familia por falta de dinero?	Nunca			1
	Algunas veces			2
	Muchas veces			3
	Siempre			4

MA1. ¿Vives con tu mamá o con alguna mujer que es como si fuera tu mamá?  (Tacha sólo una opción)	Vivo con mi mamá	1
	Vivo con una familiar mujer que es como si fuera mi mamá (abuela, tía...)	2
	Vivo con mi madrastra	3
	No vivo con mi mamá ni ninguna mujer como si fuera mi mamá	4
MA2. ¿Qué edad tiene tu mamá o la mujer que es como si fuera tu mamá?  _____ años cumplidos		

Ahora te pedimos que nos contestes las siguientes preguntas para conocer como es la relación que tu mamá (o la MUJER que es como si fuera tu mamá) tiene contigo:

QUÉ TAN SEGUIDO TU MAMÁ (O LA MUJER QUE ES COMO SI FUERA TU MAMÁ)...	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
RM1. ¿Te demuestra afecto?	1	2	3	4
RM2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
RM3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos (as) juegos, etc.?)	1	2	3	4
RM4. ¿Habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
RM5. ¿Se muestra interesada en ayudarte?	1	2	3	4
RM6. ¿Muestra que se preocupa por ti?	1	2	3	4
RM7. ¿Trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
RM8. ¿Es justa contigo?	1	2	3	4
RM9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
RM10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
RM11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
RM12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
RM13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
RM14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4
RM15. ¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	1	2	3	4

PA1. ¿Vives con tu papá o con algún hombre que es como si fuera tu papá?  (Tacha sólo una opción)	Vivo con mi papá	1
	Vivo con una familiar hombre que es como si fuera mi papá (abuelo, tío...)	2
	Vivo con mi padrastro	3
	No vivo con mi papá ni ningún hombre como si fuera mi papá	4
PA2. ¿Qué edad tiene tu papá o el hombre que es como si fuera tu papá?	_____ años cumplidos	

Ahora contesta las siguientes preguntas para indicar la relación que tu papá (o el HOMBRE que es como si fuera tu papá) tiene contigo:

QUÉ TAN SEGUIDO TU PAPÁ (O EL HOMBRE QUE ES COMO SI FUERA TU PAPÁ)...	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CON MUCHA FRECUENCIA
PP1. ¿Te demuestra afecto?	1	2	3	4
PP2. ¿Realiza alguna actividad agradable contigo?	1	2	3	4
PP3. ¿Habla contigo de tu vida (planes, amigos(as) juegos. etc.?)	1	2	3	4
PP4. ¿Habla contigo de tus problemas?	1	2	3	4
PP5. ¿Se muestra interesado en ayudarte?	1	2	3	4
PP6. ¿Muestra que se preocupá por ti?	1	2	3	4
PP7. ¿Trata de darte lo que necesitas?	1	2	3	4
PP8. ¿Es justo contigo?	1	2	3	4
PP9. ¿Te expresa el amor que siente por ti?	1	2	3	4
PP10. ¿Sabe a dónde vas cuando sales?	1	2	3	4
PP11. ¿Sabe con quién estás cuando sales?	1	2	3	4
PP12. ¿Le gusta hablar contigo sobre las cosas que haces?	1	2	3	4
PP13. ¿Te obliga siempre a llegar a casa a la hora fijada?	1	2	3	4
PP14. ¿Habla contigo sobre tus inquietudes sexuales?	1	2	3	4
PP15. ¿Te dice que las relaciones sexuales deben aplazarse hasta la edad adulta?	1	2	3	4

## EXPERIENCIAS

A continuación hay unas preguntas sobre algunas experiencias que pudiste haber pasado en algún momento de tu vida.	
P51. ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito, con el fin de quitarte la vida?	Sí..... 1 Nunca lo he hecho..... 88
P52. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito, ¿Qué querías?	Quería dejar de vivir, quería morir ..... 1 No me importaba si vivía o moría ..... 2 Quería seguir viviendo ..... 3 Nunca lo he hecho..... 88
P53. ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	_____ veces Nunca lo he hecho..... 88
P54. ¿Qué edad tenías la primera o la única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho..... 88
P55. ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida?	Tenía _____ años Nunca lo he hecho..... 88
P56. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,  ¿Cómo lo hiciste?  (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ Nunca lo he hecho ..... 88
P57. <u>Esa última o única vez</u> que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,  ¿Por qué lo hiciste?  (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)	_____ _____ _____ _____ _____ _____ Nunca lo he hecho ..... 88

158. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

¿Para qué lo hiciste?

(Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)

Nunca lo he hecho..... 88

---

159. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida, pensaste que tu muerte era:

Segura: sabía que moriría ..... 1  
 Posible: no sabía si viviría o moriría..... 2  
 Imposible: sabía que no moriría..... 3

Nunca lo he hecho..... 88

---

1510. Por esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

En consecuencia:

(Tacha cada opción con SI o NO, según corresponda)

En consecuencia:	SI	NO
a) Me llevaron a un hospital (Urgencias)	1	2
b) Recibi apoyo emocional profesional como: psicoterapia, talleres, etc.	1	2
c) Recibi apoyo emocional de un ser querido : familiar, amigo(a), etc.	1	2
d) No recibí apoyo	1	2

Otro: \_\_\_\_\_

Nunca lo he hecho..... 88

---

1511. Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito para tratar de quitarte la vida,

Después buscaste ayuda, consejo o consuelo de:

(Tacha cada opción con SI o NO, según corresponda)

	SI	NO
a) Un familiar: papá, mamá, hermano(a), etc.	1	2
b) Un sacerdote, pastor, etc.	1	2
c) Un amigo(a) de la escuela	1	2
d) Un maestro(a) , orientadora, etc.	1	2
e) Un curandero, chamán, etc.	1	2
f) Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.	1	2
g) Un doctor, enfermera, etc.	1	2
h) NO BUSQUÉ AYUDA	3	

No lo he hecho..... 88

<p>RS12. <u>Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito,</u></p> <p>¿Por qué RAZONES <u>SI</u> o <u>NO</u> buscaste ayuda <u>DESPUÉS</u> de hacerte daño a propósito para tratar de quitarte la vida?</p> <p>(Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas).</p>	<p><u>SI</u> busqué ayuda <u>DESPUÉS</u> porque:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><u>NO</u> busqué ayuda <u>DESPUÉS</u> porque:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Nunca lo he hecho..... 88</p>
<p>RS13. ¿AHORA tienes la idea de hacerte daño a propósito con el fin de quitarte la vida?</p> <p>¿Por qué?</p> <p>(Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible en las líneas)</p>	<p><u>SI</u> tengo la idea de hacermme daño para tratar de quitarme la vida, porque:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p><u>NO</u> tengo la idea de hacermme daño para tratar de quitarme la vida, porque:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

### EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

A continuación hay una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado. Por favor tacha la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas te sentiste así o si te ocurrió casi a diario durante las ULTIMAS DOS

Durante cuántos días de las <u>DOS ÚLTIMAS SEMANAS</u> :	0 días	1 - 2 días	3 - 4 días	5 - 7 días	8 - 14 días
CD1. No tenía ganas de comer	0	1	2	3	4
CD2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
CD3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3	4
CD4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
CD5. Dormía pero sin descansar	0	1	2	3	4
CD6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
CD7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
CD8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
CD9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
CD10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
CD11. Dormía más de lo acostumbrado	0	1	2	3	4
CD12. Sentía que me movía muy lento(a)	0	1	2	3	4
CD13. Me sentía inquieto(a)	0	1	2	3	4
CD14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
CD15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
CD16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
CD17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
CD18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
CD19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
CD20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
CD21. Me molestaba por cosas que generalmente no me molestan	0	1	2	3	4
CD22. Sentía que era tan bueno(a) como los demás®	0	1	2	3	4



Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1 - 2 días	3 - 4 días	5 - 7 días	8 - 14 días
CD03. Sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
CD04. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro®	0	1	2	3	4
CD05. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
CD06. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
CD07. Me sentía feliz®	0	1	2	3	4
CD08. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
CD09. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
CD10. Sentía que las personas eran poco amigables conmigo	0	1	2	3	4
CD11. Disfruté de la vida®	0	1	2	3	4
CD12. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
CD13. Me divertí mucho®	0	1	2	3	4
CD14. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
CD15. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
CD16. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
CD17. Sentía que mi familia estaba mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	2	3	4
CD18. Pensé en matarme	0	1	2	3	4
CD19. Sentía que me costaba mucho trabajo hacer las cosas	0	1	2	3	4

#### AYUDA, CONSEJO O CONSUELO

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
AP1. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas en la escuela?	1	2	3	4
AP2. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tu familia?	1	2	3	4
AP3. ¿Tienes quién te ayude cuando tienes problemas con tus amigos(as)?	1	2	3	4
AP4. ¿Tienes personas que te quieren realmente?	1	2	3	4

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
AP5. ¿Tienes un confidente; es decir, <u>alguien a quien le puedes contar todos tus secretos, hasta tus preocupaciones más íntimas?</u>	1	2	3	4
AP6. Si te llegaras a sentir deprimido(a) ¿Tienes quién te acompañe para buscar información y ayuda?	1	2	3	4
AP7. Si te llegaras a sentir con ganas de hacerte daño a propósito para tratar de quitarte la vida ¿Tienes quién te oriente y te acompañe para buscar ayuda?	1	2	3	4

¿QUÉ TAN SEGUIDO....	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
IM1. ... haces cosas arriesgadas, sólo porque son excitantes?	1	2	3	4
IM2. ... haces cosas impulsivamente?	1	2	3	4
IM3. ... corres riesgos?	1	2	3	4
IM4. ... haces lo que te gusta, sin pensar en las consecuencias?	1	2	3	4
IM5. ... te impacientas fácilmente con los demás?	1	2	3	4

Ahora contesta las siguientes preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas.

PC1. CUÁNTAS VECES EN TU VIDA has probado o consumido:	1 VEZ	2-4 VECES	5 o más VECES	NUNCA	PC2 Edad en que la probé por 1ª vez
a) Una copa completa de cerveza, vino, 'coolers', brandy, ron, 'piña colada'	1	2	3	4	_____años
b) Marihuana	1	2	3	4	_____años
c) Inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, 'monas'	1	2	3	4	_____años
d) Cocaína	1	2	3	4	_____años
e) 'Crack' o 'piedra'	1	2	3	4	_____años
f) 'Tachas'	1	2	3	4	_____años
g) Tabaco	1	2	3	4	_____años

PC3. EN EL ÚLTIMO MES ¿cuántas veces consumiste:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DÍAS
a) Marihuana	1	2	3	4
b) Inhalables	1	2	3	4
c) Cocaína	1	2	3	4
d) 'Crack' o 'piedra'	1	2	3	4
e) 'Tachas'	1	2	3	4
f) Te emborrachaste	1	2	3	4
g) Fumaste tabaco	1	2	3	4

Ahora, por favor contesta las siguientes preguntas para indicar ¿Qué tan de acuerdo...?				
QUÉ TAN DE ACUERDO...	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
AE1. Siento que soy una persona que vale, al menos como los demás ☺	1	2	3	4
AE2. Siento que tengo buenas cualidades ☺	1	2	3	4
AE3. En general me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
AE4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás ☺	1	2	3	4
AE5. Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso(a) de mí	1	2	3	4
AE6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a) ☺	1	2	3	4
AE7. En general estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a) ☺	1	2	3	4
AE8. Desearía poder tener más respeto para mí mismo(a)	1	2	3	4
AE9. A veces me siento inútil	1	2	3	4
AE10. A veces pienso que soy un(a) bueno(a) para nada	1	2	3	4

Sigue contestando para indicar ¿Qué tan de acuerdo...?

QUÉ TAN DE ACUERDO...	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
LC1a. La suerte vale más que la inteligencia	1	2	3	4
LC2a. Tengo éxito en mi vida si soy simpático(a)	1	2	3	4
LC3. Mejoro mis calificaciones si me esfuerzo	1	2	3	4
LC4a. Los mejores estudiantes son los que tienen suerte	1	2	3	4
LC5a. Mi éxito depende de lo agradable yo que sea	1	2	3	4
LC6. Obtener lo que quiero depende de mí	1	2	3	4
LC7a. Todo lo que hago me sale bien gracias a la suerte	1	2	3	4
LC8a. Es importante caerle bien a la gente	1	2	3	4
LC9. Mis calificaciones dependen de mí	1	2	3	4
LC10a. Es mejor tener suerte que ser inteligente	1	2	3	4
LC11a. Mi éxito en la escuela depende de lo agradable que sea yo	1	2	3	4
LC12. El éxito depende de mí	1	2	3	4

<b>EN LOS ULTIMOS 3 MESES:</b>	<b>NADA</b>	<b>POCO</b>	<b>REGULAR</b>	<b>MUCHO</b>
1. Me he sentido presionado(a) para pelear con mis compañeros(as) de la escuela	0	1	2	3
2. He discutido con alguno(a) de mis maestros(as).	0	1	2	3
3. Me han suspendido por unos días en la escuela.	0	1	2	3
4. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) se ha burlado de mí o se ha querido pasar de listo(a).	0	1	2	3
5. He discutido o peleado con alguno(a) de mis mejores amigos(as).	0	1	2	3
6. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) me ha pedido que haga cosas que no quiero hacer (fumar, drogas, alcohol, etc.).	0	1	2	3
7. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) me ha dejado de hablar o me ha ignorado.	0	1	2	3
8. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha hecho un chisme de mí o ha contado mis secretos.	0	1	2	3
9. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha rechazado mis ideas.	0	1	2	3
10. Alguno(a) de mis mejores amigos(as) ha querido abusar sexualmente de mí	0	1	2	3
11. Me he sentido mal porque me siento demasiado alto(a) o demasiado chaparro(a).	0	1	2	3
12. He sentido que soy feo(a) o poco atractivo(a)	0	1	2	3
13. He sentido que los demás se han aprovechado de mí	0	1	2	3
14. He sido criticado por mi forma de ser.	0	1	2	3
15. He sentido que le desagradó a la gente.	0	1	2	3
16. Me he sentido ofendido(a) cuando alguien me ha dicho que me he portado mal o que estoy equivocado(a).	0	1	2	3
17. He sentido que las personas que quiero, hieren mis sentimientos.	0	1	2	3

Cuando en los últimos 3 meses tuviste algún problema con tu papá/mamá/hermano(a), que haya afectado mucho tu vida ¿qué tan seguido...?	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
1. Le dejaste de hablar	1	2	3	4
2. Te enojaste, te peleaste	1	2	3	4
3. Te conformaste, no hiciste nada	1	2	3	4
4. Trataste de convencer, platicar	1	2	3	4
5. No le hiciste caso, lo(a) ignoraste	1	2	3	4
6. Te adaptaste, comprendiste	1	2	3	4
7. Le gritaste, expresaste tu coraje	1	2	3	4
8. Te sentiste triste, lloraste	1	2	3	4

Muchos estudiantes como tú tienen diversas formas de pasar el **TIEMPO LIBRE**. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que te pueden gustar para pasar el rato. Por favor indica ¿Qué tan seguido durante la **ÚLTIMA SEMANA**...?:

EN LA ÚLTIMA SEMANA:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DIAS
E1. Salí con mis amigos(as)	1	2	3	4
E2. Jugué algún videojuego	1	2	3	4
E3. Jugué algún juego de mesa, como baraja, dominó, etc.	1	2	3	4
E4. Escuché música	1	2	3	4
E5. Vi la televisión	1	2	3	4
E6. Estuve en 'facebook', 'twitter', etc	1	2	3	4
E7. Estuve enviando mensajes con el celular	1	2	3	4
E8. Fui al cine, a tomar un café	1	2	3	4
E9. Leí alguna revista, libro, 'comic', etc.	1	2	3	4
E10. Fui a un concierto, 'tocada', etc.	1	2	3	4
E11. Jugué fútbol, básquet, etc.	1	2	3	4
E12. Fui a una fiesta, baile, convivio o tardeada.	1	2	3	4
E13. Me reí a carcajadas	1	2	3	4

¿Cuál es el mejor chiste que te han contado?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Si después de haber contestado este cuestionario tienes algunas inquietudes sobre tus sentimientos y conductas puedes llamar a alguna de las instituciones que te proporcionamos en la *GUÍA DE RECURSOS* que te entregamos en el día de hoy.

## 9.6. Anexo 6 Guía de Recursos

### LUGARES EN LOS QUE PUEDES ACUDIR A RECIBIR AYUDA

INSTITUCIÓN	TELÉFONO	DIRECCIÓN	Horario
Centro de Salud Urbano	272 3206	Av. Juárez Poniente 101 centro	7:00am a 6:00pm de L-V Tienen que ir para hacer cita. Servicio sin costo
Central de Servicios a la Comunidad UAQ	264 0243	Río Sonora #40, Col san Cayetano	10:00am a 2:00pm y de 3:00pm a 7:00pm L-V sábado 10:00 a 1:00 pm Se dejan datos y regresan la llamada. Cuota de \$80 a \$100
DIF Municipal	129 04 61 al 64	Avenida 5 poniente No 26, Fraccionamiento Valle de Oro	8:00am a 4:00 pm de L-V Hay que ir para hacer cita. Cuota \$50
Colegio de Psicólogos de San Juan del Río	427 128 6964	Boulevard Luis Donaldo Colosio #172, Jacarandas Banthi	9 am a 7 pm de L-V Se puede hacer cita por teléfono. Cuota de \$80 a \$100
UNEME CAPA Centros de Atención Primaria de Adicciones	274 8791	Prol. Agustín Melgar s/n Fracc. Los Arrayanes	8:00 am a 3:30 pm de L-V Se hace previa cita por teléfono Servicio sin costo
Instituto Municipal de la Mujer	27 4 8500 / 26 4 0190	Av. De las Garzas S/N Colonia Indeco	9:00am a 3:00pm Solicitar la cita por medio de un adulto, de forma telefónica. Servicio sin costo
Consejo Municipal Contra las Adicciones	272 1560	Av. Juárez No. 30 Pte. Col. Centro (Antigua Biblioteca municipal)	De 8:00am a 4:00pm de L-V Se puede hacer cita por teléfono. Servicio sin costo
Línea de vida	01800 822 37 37	Atención telefónica	Las 24 horas servicio a toda la población
Línea de joven a joven	01 800 716 65 75	Atención telefónica	De 10:00am a 8:00pm Servicio a toda la población