



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE HIDALGO**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Área Académica de Medicina**



**“Depresión y bienestar psicológico en estudiantes  
de secundaria de Tulancingo, Hidalgo.”**

**T E S I S**

*Que para obtener el grado de:*  
**MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD  
CON ENFASIS EN SALUD PUBLICA**

**PRESENTA:  
BLANCA NIEVES CASTRO HERNANDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:  
DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA**

**CO-DIRECTORA:  
DRA. REBECA MARIA ELENA GUZMÁN SALDAÑA**

***Pachuca de Soto, Hidalgo, 28 de Noviembre de 2014***



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
AREA ACADEMICA DE MEDICINA  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD



Pachuca Hidalgo a 28 de noviembre del año 2014

**Asunto:** Autorización de impresión de tesis

Blanca Nieves Castro Hernández  
Alumna de la Maestría en Ciencias de la Salud  
**Presente**

Comunico a usted que tras evaluar su investigación titulada “**Depresión y bienestar psicológico en estudiantes de Secundaria de Tulancingo, Hidalgo**” el comité tutorial integrado por Dr. Arturo del Castillo Arreola, Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña y Dr. Rubén García Cruz, han aprobado su trabajo, por lo que puede usted proceder a la impresión de tesis.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente  
“Amor Orden y Progreso “

Dr. José María Busto Villarreal  
Director del Instituto de Ciencias de la salud

Dr. Luis Carlos Romero Quezada  
Jefe del área Académica de Medicina

Dr. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma.  
Coordinador de Maestría en Ciencias de la Salud



VALOR: Honestidad

“Ser sincero con nosotros y los demás

brindando información veraz respetando las normas institucionales”  
Ramírez Ulloa 400 Col. Doctores C.P. 42090 Tel. 71-72000 Ext. 2360-2361-2362



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO  
 INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 AREA ACADÉMICA DE MEDICINA  
 MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD



Pachuca Hidalgo a 28 de noviembre del año 2014

**Asunto:** Autorización de impresión de tesis.

M. en C. Julio Cesar Leines Medécigo  
 Director de Administración Escolar  
 Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
**Presente**

Por este conducto informo a usted que la pasante de la Maestría en Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Pública, Blanca Nieves Castro Hernández con número de cuenta 057211, presenta el trabajo de tesis denominado "Depresión y bienestar psicológico en estudiantes de Secundaria de Tulancingo, Hidalgo" y que después de haber revisado el documento preliminar y hechas las correcciones acordadas por su comité tutorial, se ha decidido autorizarle la impresión del mismo.

Dr. Arturo del Castillo Arreola

Director

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Codirectora

Dr. Rubén García Cruz

Asesor

Atentamente  
 "Amor Orden y Progreso"

Dr. José María Busto Villarreal  
 Director del Instituto de Ciencias de la salud

Dr. Luis Carlos Romero Quezada  
 Jefe del área Académica de Medicina



VALOR: Honestidad  
 "Ser sincero con nosotros y los demás"  
 brindando información veraz respetando las normas institucionales"  
 Ramírez Ulloa 400 Col. Doctores C.P. 42090 Tel. 71-72000 Ext. 2360-2361-2362

## **DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE Y PARTICIPANTE**

La presente investigación fue realizada bajo la supervisión académica del.

### **Dr. Arturo del Castillo Arreola**

#### **A. Institución Solicitante.**

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Posgrado de la Maestría en Ciencias de la Salud con énfasis en Salud Pública.

#### **B. Organizaciones participantes:**

Módulo de Salud Mental de Centro de Salud Tulancingo, Hidalgo, Maestros y Padres de estudiantes de la Escuela Secundaria no. 60 col. de Napateco Hidalgo, Adolescentes de la matrícula escolar de la Escuela Secundaria no. 60..

### **Alumna de la Maestría en Ciencias de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo:**

Blanca Nieves Castro Hernández, Candidata a Maestra en Ciencias de la Salud.

#### **Director de Tesis:**

Dr. Arturo del Castillo Arreola

#### **Co-directora de Tesis:**

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

#### **Asesores Metodológicos:**

Dr. Rubén García Cruz

## AGRADECIMIENTOS

A mi director de tesis **Dr. Arturo del Castillo Arreola** por su asesoría y apoyo en la elaboración de este documento de investigación.

Al **DCSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma** por su disposición para ayudarme en concluir este proyecto y alentarme a seguir adelante.

A mis Co-directora **Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña** por su dedicación y apoyo en la conclusión de mi tesis.

Al **Dr. Rubén García Cruz** por su apoyo para la conclusión de mi tesis.

Al personal del **Módulo de Salud Mental de Tulancingo** por su gran apoyo y participación para llevar a cabo este estudio.

A los maestros y padres de familia de la Secundaria **Técnica no. 60 de Napateco Hidalgo**.

Y a los adolescentes que participaron e hicieron posible llevar a cabo esta investigación y concluir así una parte importante de mi etapa profesional.

## DEDICATORIAS

**A DIOS** por darme salud y por qué me permite agradecer por lo que tengo hoy en día.

A la Memoria de mis padres **NANCY y RAFAEL** que a través de su educación y ejemplo son una inspiración para continuar superándome profesional y personalmente día a día.

A mi Hermana **YERY** por su gran apoyo y acompañamiento en cada uno de mis proyectos, gracias por tu cariño, te quiero mucha hermana.

A mis hermanos **MAURO, EDGAR y JORGE** por su apoyo y cariño.

A mis amigas y amigos que de una u otra manera contribuyeron a lograr concluir esta etapa profesional.

# ÍNDICE

<b>GLOSARIO DE TERMINOS .....</b>	<b>9</b>
<b>RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS .....</b>	<b>12</b>
<b>INDICE DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>13</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>14</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>2. ANTECEDENTES .....</b>	<b>18</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>20</b>
<b>4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>23</b>
<b>5. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>24</b>
<b>6. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>6.1. Objetivo General.....</b>	<b>25</b>
<b>6.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>25</b>
<b>7. HIPÓTESIS .....</b>	<b>26</b>
<b>8. MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>28</b>
<b>8.1 DISEÑO .....</b>	<b>28</b>
<b>8.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>28</b>
<b>8.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....</b>	<b>29</b>
8.3.1. Criterios de Inclusión.....	29
8.3.2. Criterios de exclusión.....	29
8.3.3. Criterios de eliminación.....	29
<b>8.4. VARIABLES .....</b>	<b>30</b>
<b>8.5 PROCEDIMIENTOS .....</b>	<b>37</b>
<b>9. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>39</b>
<b>10. RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
<b>11. DISCUSION .....</b>	<b>64</b>
<b>12. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>13. ASPECTOS ETICOS Y BIOSEGURIDAD .....</b>	<b>69</b>
<b>14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>70</b>

**ANEXOS ..... 74**



## GLOSARIO DE TERMINOS

### A

**ADOLESCENTE:** Persona con edad comprendida entre los 10 y los 19 años.

**ADOLESCENCIA:** Etapa que llega después de la niñez y que abarca desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo es conocida como adolescencia.

**ANSIEDAD.** Estado o zozobra del ánimo.

**ATENCION PRIMARIA.** Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

**APRENDIZAJE.** Adquisición del conocimiento de algo por medio del estudio, el ejercicio o la experiencia, en especial de los conocimientos necesarios para aprender algún arte u oficio.

**ANIMO.** Estado emocional de una persona, fuerza moral y energía que impulsan a la actividad.

**ANOREXIA.** Falta de apetito que puede ocurrir en estados febriles, enfermedades generales y digestivas o simplemente en situaciones transitorias de la vida cotidiana

**DESARROLLO PSICOMOTOR.** Adquisición de habilidades que los niños adquieren de forma progresiva desde que son bebés y durante toda la infancia. Este desarrollo se manifiesta con la maduración del sistema nervioso central, que le permitirá la interacción con su entorno.

**ADULTEZ.** Edad o periodo en que se ha llegado al mayor crecimiento o desarrollo, tanto físico como psicológico.

**ANTIDEPRESIVOS.** Medicamento psicotrópico utilizado para tratar los trastornos depresivos mayores, que pueden aparecer en forma de uno o más episodios a lo largo de la vida.

### B

**BULIMIA.** Trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales el individuo se aleja de las formas de alimentación saludables consumiendo comida en exceso en periodos de tiempo muy cortos, también llamados “atracones”, para después eliminar el exceso de alimento a través de vómitos o laxantes.

## C

**CATECOLAMINAS.** Moléculas producidas por un aminoácido, la tirosina, que actúa como una hormona o neurotransmisor. Son secretadas por la médula de la glándula suprarrenal. Entre las catecolaminas encontramos la adrenalina y la dopamina.

**CONDUCTA** Sinónimo de comportamiento, con dicho término nos referimos a las acciones y reacciones del sujeto ante el medio. Generalmente, se entiende como la respuesta del organismo considerado como un todo.

**COGNOSCITIVO.** Aquello que pertenece o que está relacionado al conocimiento. Éste, a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia.

## D

**DIAGNOSTICO.** El o los resultados que se arrojan luego de un estudio, evaluación o análisis sobre determinado ámbito u objeto.

**DOPAMINA.** Es una hormona y neurotransmisor que según su estructura química es feniletilamina y/o catecolamina que cumple funciones muy específicas en el sistema nervioso central.

**DUELO.** Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales con intensidad y duración variables en proporción a la dimensión y significado de la pérdida y en principio no requiere uso de psicofármacos ni intervenciones psicológicas.

## E

**EPISODIO ESQUIZOAFECTIVO** Trastorno mental caracterizado por episodios recurrentes de un trastorno del estado de ánimo (depresivo o bipolar) que cursan en todos los casos con síntomas psicóticos severos.

**ESPERMARQUIA** Primera eyaculación que se produce en el hombre. Tiene lugar generalmente entre los 12 y los 14 años, aunque la variación individual es amplia y puede ocurrir a una edad tan temprana como los 10 años, o tardía, hasta los 16, sin que ello signifique que exista una anomalía del desarrollo.

**ETARIO.** Alude a varias personas que tienen la misma edad, o perteneciente o relativo a la edad de una persona.

**ETIOLOGÍA.** Estudio de las causas de enfermedades en un orden determinado de efectos.

**EVENTO ESTRESANTE.** Eventos cotidianos que pueden desencadenar estrés originando alteraciones de tipo físico o psicosocial y de carácter agudo o crónico.

## F

**FAMILIA.** Elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

## **G**

**GÉNERO.** El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

## **H**

**HIPOMANÍA** Estado afectivo caracterizado por un ánimo persistentemente expansivo, hiperactivo y/o irritable, como también por pensamientos y comportamientos consecuentes a ese ánimo que se distingue de un estado de ánimo normal.

**HÁBITO.** Toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.

## **I**

**IDENTIDAD.** Conjunto de los rasgos propios de un individuo o de una comunidad.

**INMUTABILIDAD.** Cualidad de aquello que no cambia. Que no siente o no manifiesta alteración del ánimo.

**INSOMNIO.** Dificultad para iniciar o mantener el sueño y puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño

## **M**

**MÉTODO.** Modo estructurado y ordenado de obtener un resultado, descubrir la verdad y sistematizar los conocimientos.

## **P**

**PUBERTAD.** Etapa de la vida en que comienzan a manifestarse los caracteres de la madurez sexual.

**PSICODINAMICA.** Evolución multi-campo disciplinario que analiza y estudia los procesos de pensamiento humano, los patrones de respuesta, y las influencias.

**PSICOTERAPIA.** Forma de intervención social que busca la mejora de la salud del paciente, cliente o consultante (que la solicita) es el nombre que se utiliza para referirse al proceso terapéutico que se produce entre un psicólogo con una formación en psicología clínica y una persona que acude a consultarlo que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos y/o afectos.

**PATOGENESIS.** Describe el origen y evolución de una enfermedad con todos los factores que están involucrados en ella.

## **S**

**SALUD MENTAL.** Bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

**SALUTOGÉNICOS.** Establece un continuo entre salud y enfermedad. Lo que implica una visión dinámica de los procesos de salud. Atiende a factores generales de la salud como los ambientales y conductuales.

**SUSTANCIA ADICTIVA.** Sustancias que poseen compuestos semejantes a los neurotransmisores encargados de desencadenar la actividad de los centros cerebrales de recompensa o placer, los cuales permiten la expresión de emociones gratificantes como entusiasmo, alegría y serenidad.

## **T**

**TRASTORNO.** Cambio o alteración que se produce en la esencia o las características permanentes que conforman una cosa o en el desarrollo normal de un proceso.

**TERAPEUTA.** Individuo que ostenta habilidades especiales logradas a través de la formación y de la experiencia, ya sea en una o más áreas de la asistencia sanitaria, y cuya labor preeminente es ofrecer apoyo.

## **RELACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS**

**Tabla 1** Tabla de Variables

**Tabla 2** Eficacia de Intervenciones Terapéuticas en Adolescentes

**Tabla 3** Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en adolescentes

**Tabla 4.** Medidas de Tendencia central y dispersión de Bienestar Psicológico y Depresión.

**Tabla 5.** Diferencias por sexo en el nivel de bienestar psicológico de los participantes

**Tabla 6.** Diferencias por sexo en el nivel de depresión de los participantes

**Tabla 7.** Relación entre el nivel de Bienestar Psicológico y Depresión.

**Gráfica 1.** Distribución por edades en la muestra general del estudio.

**Grafica 2.** Distribución por nivel de depresión en la muestra general del estudio.

**Grafica 3.** Distribución por sexo en la muestra general del estudio

## **INDICE DE ABREVIATURAS**

OMS Organización Mundial de la Salud

CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades, décima versión

DSM V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Versión 5

BDI. Inventario de Depresión de Beck

ACS Escala de afrontamiento para adolescentes

## RESUMEN

Los adolescentes presentan uno de los mayores niveles de prevalencia de depresión, afectando diversos ámbitos de la vida de quienes pasan por esta etapa, El bienestar psicológico por lo tanto en esta etapa contribuye a generar un auto concepto de sí mismo valioso primordial en esta etapa de desarrollo del individuo por lo que en estudio analiza cómo influye esta relación en las actividades cotidianas, con el fin de brindar aportaciones que permitan identificar la relación su dependencia entre una y otra. **Objetivo.** Conocer la relación entre bienestar psicológico, depresión en estudiantes de educación secundaria e identificar diferencias entre hombres y mujeres. **Material y Métodos.** La muestra se conformó por 256 adolescentes de los tres grados de educación secundaria. **Resultados.** Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck y la adaptación al castellano de la Escala de Bienestar Psicológico de Riff. **Conclusiones.** Los resultados muestran que los adolescentes cuentan con un nivel de depresión mínima, mayores niveles de depresión en mujeres, en relación a bienestar psicológico no se identifican diferencias con respecto al sexo, se muestra significancia estadística para la correlación en estas dos variables en el total de la muestra.

**Palabras clave:** Adolescente. Salud Mental. Depresión. Bienestar Psicológico.

## **ABSTRAC**

Teens have one of the highest levels of prevalence of depression, affecting many areas of life of those who go through this stage, Psychological well so at this stage contributes to a self self concept primordial valuable at this stage of individual development so study examines how this relationship affects everyday activities, to provide input to identify the dependence relationship between them. **Objective.** Understanding the relationship between psychological well-being, depression in high school students and identify differences between men and women. **Material and Methods.** The sample consisted of 256 adolescents from the three grades of secondary education. **Results.** The Beck Depression Inventory and adaptation to Castilian Scale of Psychological Well Riff was applied. **Conclusions.** The results show that adolescents have a low level of depression, higher levels of depression in women, in relation to psychological well no differences regarding sex are identified, statistical significance for the correlation shown in these two variables in total the sample.

**Keywords:** Tenns. Mental Health. Depression. Psychological Well-Being

## 1. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa especialmente importante puesto que en ella se producen sustanciales transformaciones en la personalidad y de vida, al mismo tiempo que se define la identidad y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida (1), en este periodo se asiste a un nivel escolarizado de Secundaria en la cual exige una esfera de relaciones sociales mucho más amplia. Ellos y ellas contraen, al llegar a la escuela, nuevas responsabilidades sociales. Las condiciones de su actividad social y los valores establecidos llegan al alumno de esta edad a reunirse con grupos de amigos, desarrollándose nuevas relaciones centradas en la escuela o en la comunidad que implican una mayor autonomía e independencia.

A nivel mundial los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de 1 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en los países en desarrollo.

En México la población adolescente se ha incrementado considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX en números absolutos. Con base a cifras obtenidas en el Censo de Población de 2010, en México habitan 36.2 millones de jóvenes entre 12 y 19 años. De los cuales 17.8 millones (49.2%) son varones y 18.4 millones (50.8%) son mujeres. (2)

La depresión constituye un problema importante de salud pública dentro del rubro de la salud mental. Un 8.4% de la población ha sufrido, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años.

En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.

Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.



La salud mental es elemento integral de la salud, que se entiende como la presencia de atributos individuales positivos que permiten la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales en el individuo, que ayudan al desarrollo de las actividades cotidianas y estar en armonía con el entorno social de forma adecuada.

El bienestar psicológico ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y a lo largo del tiempo, ha sido relacionado con diferentes términos como bienestar subjetivo, salud mental, felicidad y calidad de vida.

La depresión, actualmente, es después de los problemas de adaptación, la causa más frecuente de visitas consecutivas a los servicios de atención primaria, un problema serio de salud mental, un trastorno que afecta a todas las edades, condiciones, y situaciones. Así en el adolescente que atraviesa por una etapa de profundos cambios, los experimenta afectando los aspectos emocionales, intelectuales, y valorativos, como en el nivel familiar, social, y escolar.

## 2. ANTECEDENTES

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) (3) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y disrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. (4)

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como “graves”. (5)

En el año 2000 en Argentina se realiza un estudio adolescentes entre las edades de 13 a 18 años (N=1270) de tres regiones de la Argentina (Región Metropolitana, Noroeste y Patagonia), con el objetivo de desarrollar una escala breve para la evaluación del bienestar psicológico en adolescentes, la revisión de sus características psicométricas. Los instrumentos administrados fueron la escala de bienestar (BIEPS-J), otras escalas tradicionales para la evaluación de la satisfacción (Escala SWLS y D-T) y un listado de síntomas psicopatológicos (SCL-90). Los resultados señalaron que las escalas clásicas que evalúan satisfacción con la vida resultan indicadores poco válidos para una evaluación del bienestar psicológico autopercebido, considerando las dimensiones teóricas comentadas. Las variables de género, edad y contexto sociocultural no parecen afectar la percepción subjetiva del bienestar psicológico. (6)

En San Miguel Tucumán, Argentina se realiza un estudio cuantitativo de tipo descriptivo; con 150 adolescentes escolarizados de 13 a 18 años de edad, nivel socioeconómico bajo; se aplicó la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), versión castellana editada por TEA y Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes adaptación Casullo (BIEPS-J). Se hallaron diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en adolescentes con alto y bajo nivel de bienestar psicológico, así como también entre estrategias de afrontamiento y sexo. (7)

Un estudio realizado en adolescentes en la ciudad de Tabasco reflejo que los estudiantes que presentaron de depresión fueron de un 30%, los que cursaban con depresión el 46% contaban con 14 años de edad. El sexo femenino fue el más afectado con un 60% y el grado de depresión más frecuente era el tipo leve con un 60%, el moderado con un 26% y el severo con un 14%. También se observó según el grado de escolaridad los que cursan el segundo año fueron en un 7%, además la depresión severa se vio un caso, al igual que el grupo de tercer grado. (5)

En 2011 por parte de la Universidad Iztacala en ciudad de México se lleva a cabo estudio a 114 adolescentes de los tres grados de educación secundaria en el que se aplicó el Inventario de Depresión de Kovacs, la adaptación al castellano de la Escala de Bienestar Psicológico de Riff, y el rendimiento escolar con la finalidad de evaluar mediante el promedio final de calificación de los estudiantes. Los resultados muestran diferencias entre hombres y mujeres en el rendimiento escolar y en los niveles de correlación de este parámetro con la depresión y el bienestar psicológico.(4)

La mayoría de los investigadores cree que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida. (7)

La depresión cada vez es más frecuente que en muchos/as adolescentes y responsable de que realicen el tránsito de duelos, cambios y perdidas, antes descritos, presentando diversos grados de síntomas depresivos, amenazando con ser éste, un asunto de Salud Pública, se puede manifestar a través de cualquier síntoma, que evidencie un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que lleve consigo, un aumento de la conflictividad, o un descenso del rendimiento determinadas conductas, pueden estar enmascarando los síntomas, el riesgo suicida. (8)

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una etapa especialmente importante puesto que en ella se producen sustanciales transformaciones en la personalidad y de vida, al mismo tiempo que se define la identidad y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida en esta etapa de vida. (1) La adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos, puede pensarse que se trata de una población de alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en los adolescentes sea considerada como objeto de estudio en diversas investigaciones, mismas que han resaltado algunos factores relacionados con la formación de esta entidad nosológica, asumiéndola como un padecimiento Multifactorial. (9)

Por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno. Aunque se reconozca la relevancia de la depresión como un problema de salud mental en el mundo y en México, es necesario intensificar los esfuerzos para que la población pueda ser atendida oportunamente. También es necesario trabajar en el diseño de políticas públicas que incrementen la disponibilidad y acceso de los servicios de salud mental dirigidos a los adolescentes. (11)

En México el 97% de las y los adolescentes saben leer y escribir, en relación a la población general, no así en los adolescentes indígenas los cuales el analfabetismo en las mujeres se presenta en un 9%, un 53% de la población menor de 19 años de edad asiste a la escuela; en los jóvenes de 10 años de edad acude un 93%, sin embargo de los mayores de 15 años de edad solamente acude un 65%. (12)

La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas.

Se considera importante estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud, las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.

También es una de las etapas de la vida en que se considera de mayor riesgo para el desarrollo de la depresión, la cual presenta un nivel de prevalencia mayor con respecto a otras. El bienestar psicológico por lo tanto en esta etapa contribuye a generar un autoconcepto de sí mismo valioso en primordial en esta etapa de desarrollo del individuo y que refuerza la calidad de vida y satisfacción por lo que en la adolescencia es importante analizar cómo influye esta relación en las actividades cotidianas.

En este estudio se pretende determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico y las diferencias por sexo entre depresión y bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio en Tulancingo, Hidalgo.

A partir de lo encontrado en estudio previos se propone que esta relación será estadísticamente significativa, a mayores niveles de depresión existirán menores niveles de bienestar psicológico.

La depresión, actualmente, es después de los problemas de adaptación, la causa más frecuente de visitas consecutivas a los servicios de atención primaria, un problema serio de salud mental, un trastorno que afecta a todas las edades, condiciones, y situaciones. Así en el adolescente que atraviesa por una etapa de profundos cambios, los experimenta afectando los aspectos emocionales, intelectuales, y valorativos, como en el nivel familiar, social, y escolar.

Por estas razones, esta investigación asume una importancia porque brindará un aporte científico en relación a la que medición de un nivel de bienestar psicológico

en las y los adolescentes así como los niveles de depresión con el fin de categorizar la depresión grupo específico, lo cual servirá de aporte a posteriores investigaciones.

Con tales considerandos, es posible responder a la siguiente interrogante

#### **4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico y las diferencias por sexo en estas dos variables en adolescentes estudiantes del nivel medio en Tulancingo, Hidalgo?

## 5. JUSTIFICACIÓN

La transición de la niñez a la vida adulta es un tema de creciente preocupación social las últimas décadas. La importancia adquirida por la población adolescente se debe no solo a su gran incremento numérico en algunos países, sino también a que las conductas juveniles influyen considerablemente en sus problemas de salud, tanto en el corto como en el largo plazo.

En la adolescencia, la sintomatología de la depresión puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas conductas para suicidas y problemas escolares.

En algunos estudios sobre el tipo de sucesos vitales estresantes que experimentan los adolescentes se encontró que los más frecuentes presentaban una naturaleza muy distinta: cambio de clase (evento relativo al contexto escolar), muerte de un familiar (acontecimiento estresante familiar) y ruptura de la relación de pareja (estresor relativo al grupo de iguales). Estos sucesos se han relacionado con síntomas de depresión en los adolescentes.

En estudios previos se identifica una correlación negativa entre depresión y bienestar psicológico de manera general. En la población femenina se encuentra una correlación alta y negativa entre depresión y bienestar. En la población masculina se encuentra una correlación moderada y negativa entre depresión y bienestar. A partir de estos datos se plantean los siguientes objetivos:



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico y las diferencias por sexo en estas dos variables en adolescentes estudiantes del nivel medio en Tulancingo, Hidalgo

### **6.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar el nivel de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo
2. Determinar el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.
3. Determinar la diferencia por sexo en el nivel de bienestar psicológico y de depresión en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.
4. Determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

## 7. HIPÓTESIS

### Hipótesis Conceptual

Diferencias por sexo en el nivel de depresión: La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como “graves. En este estudio se encontró que las adolescentes mujeres presentan mayores niveles de depresión a diferencia que los varones (5)

Diferencias por sexo en el nivel de bienestar psicológico: En un estudio realizado en adolescentes mexicanos se evalúa el bienestar psicológico la mayor parte de la población se concentra en los niveles alto y medio. En cuanto a la diferencia de acuerdo al sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el promedio total de esta variable. Con respecto a la distribución de los niveles de BP, hay una mayor presencia en las mujeres de los niveles alto, muy alto y muy bajo, mientras que en los hombres se observa una mayor presencia de niveles medio y bajo. (7)

Relación entre el nivel de depresión y bienestar psicológico: Estudios previos menciona que se identifica una correlación negativa y moderada ( $r = -.576$ ,  $p = .001$ ) entre depresión y bienestar psicológico. En la población femenina se encuentra una correlación alta y negativa ( $r = -.719$ ,  $p = .001$ ) entre depresión y bienestar. En la población masculina se encuentra una correlación moderada y negativa ( $r = -.361$ ,  $p = .008$ ) entre depresión y bienestar psicológico. (13)

### Hipótesis Estadísticas

H<sub>0</sub>: No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y bienestar psicológico de hombres y mujeres adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

H<sub>1</sub>: Si existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y bienestar psicológico de hombres y mujeres adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

H0<sub>2</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

H1<sub>2</sub>: Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

## **8. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **8.1 DISEÑO**

**Tipo de estudio:** Correlacional

**Tipo de diseño:** No experimental transversal

#### **Diseño maestro**

Muestra no probabilística a conveniencia, se cuenta con el marco muestral maestro por lo anterior se realizara un censo en función de haber tenido la necesidad de evaluar la población existente, se llega al siguiente poder estadístico del 95 % siempre y cuando logremos la cobertura de con un índice de confianza de 95%.

#### **Espacio temporal**

Lugar: Secundaria Técnica no. 60,

Localidad Napateco Municipio de Tulancingo, Hgo.

Tiempo: 1er semestre de 2013

Persona: Adolescentes de escuela secundaria con rangos de edad de entre 11 a 17 años.

### **8.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **Universo**

100% de Adolescentes de la Escuela Secundaria Técnica No. 60 Napateco , Hgo.

#### **Tamaño de muestra**

No se efectuó determinación muestral ya que se realizará tamizaje en relación al censo de alumnos inscritos en la matrícula de la Escuela Secundaria seleccionada y se evaluarán la estrategia de información preventiva realizada

### **8.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### 8.3.1. Criterios de Inclusión

Adolescentes inscritos en la matrícula escolar de la Escuela Secundaria

- Adolescentes que acepten participar en el estudio

#### 8.3.2. Criterios de exclusión

- Adolescentes que no quieran participar
- Adolescentes que no cuenten con autorización de padres| de familia.

#### 8.3.3. Criterios de eliminación

- Adolescentes que cuentan con menos del 75% de cuestionario contestado

## 8.4. VARIABLES

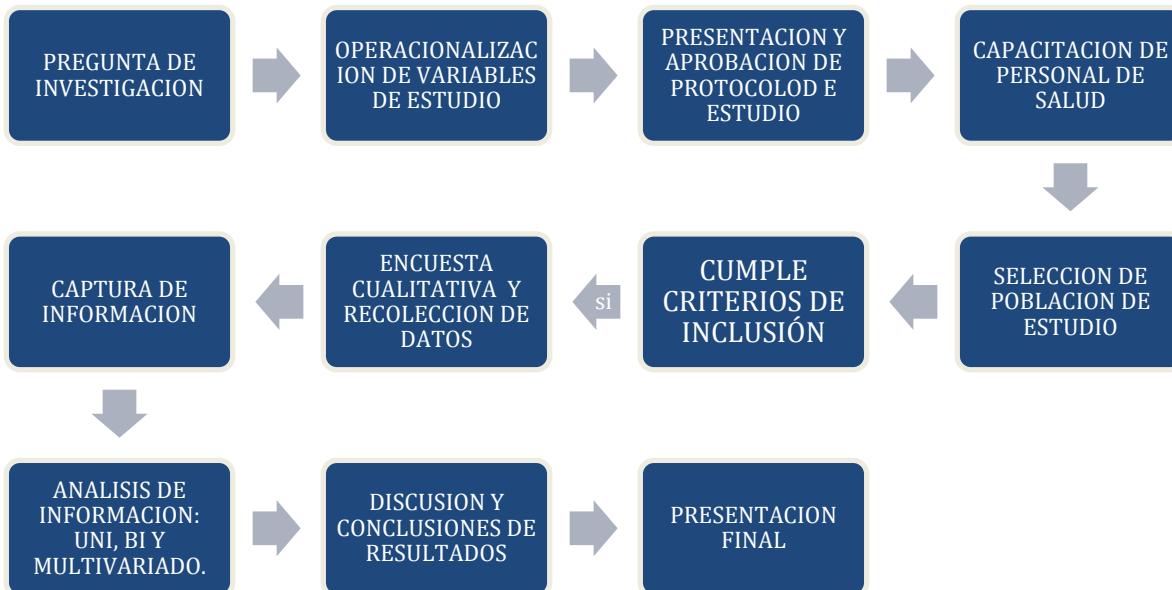
Tabla 3 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>Bienestar Psicológico</b>	Dimensión incluida dentro de la calidad de vida, entendida esta como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes. (10)	Escala auto aplicable que evalúa las áreas de humor positivo (buen humor, relajado), vitalidad (estar activo y despertar descansado) e interés general (estar interesado en las cosas), así surgió el (OMS-5). (11)
<b>Depresión</b>	Desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave, dentro del episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. (16)	Versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del inventario de Depresión de Beck(BDI), evalúa la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo. (17)
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Se evalúa con la pregunta sexo en el formato de datos sociodemográficos.

## Operacionalización de Variables

No.	Variable	Tipo de variable	Dimensión	Unidad de medida	Escala	Valor
1	Depresión	Cuantitativa	Individual	Nivel.	ordinal	0.Mínima 1.Leve 2.Moderada 3.Severa.
2	Bienestar Psicológico	Cuantitativa	Individual	Nivel	ordinal	Alta Media Bajo Muy Bajo
3	Sexo	Cuantitativa	Individual	Nivel	Cualitativa nominal	1 Hombre 2 Mujer

## Ruta Crítica



## Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	DESIGNACIÓN	NODO IMEDIATO	UNIDAD MEDIDA	TIEMPO
Elaboración protocolo de investigación	1		Semanas	6
Revisión de protocolo	2	1	Semanas	3
Autorización del protocolo	3	2	Semanas	2
Coordinación con Autoridades del Jurisdicción	4	3	Semanas	1
Capacitación al personal operativo	5	4	Semanas	1
Aplicación de instrumento de medición	6	5	Semanas	6
Recolección de datos	6.1	6	Semanas	1
Captura de datos	6.2	6.1	Semanas	4
Análisis e interpretación de resultados	7	6.2	Semanas	6
Informe final	8	7	Semanas	8

## Instrumentos de medición

### Índice de Bienestar Psicológico OMS-5

El OMS-5 se diseñó para evaluar la dimensión de bienestar psicológico que considera mucho de los aspectos subjetivos de la calidad de vida, más allá de los aspectos objetivos.

Este instrumento es resultado de una serie de adecuaciones que comenzaron con la creación del Cuestionario de Bienestar de la OMS en 1998, que contaba con 28 reactivos distribuidos en cuatro dimensiones que incluían: depresión, ansiedad,



energía y bienestar positivo. Este cuestionario se aplicó a una muestra grande de paciente con diabetes en varios países europeos. (19)

Durante su primera evaluación psicométrica, se seleccionaron 10 de los 28 reactivos originales debido a la homogeneidad que presentaron entre los distintos países. (19)

De ahí nació el índice de Bienestar OMS-10 que incluía reactivos que evalúan bienestar psicológico redactados en forma positiva y negativa.

Con el objetivo de incluir únicamente los reactivos redactados de forma positiva y reducir el tamaño de la prueba para la aplicación más viable en ambientes de primer nivel de atención en salud se redujo el OMS-10 a cinco reactivos que incluyen las áreas de humor positivo (buen humor, relajado), vitalidad (estar activo y despertar descansado) e interés general (estar interesado en las cosas), así surgió el OMS-5. (15)

El OMS-5 es una escala autoaplicable, originalmente redacta en idioma danés, compuesta por cinco reactivos redactados en forma positiva con seis opciones de respuesta que van de 0 nunca a 5 todo el tiempo. El puntaje total tiene un rango de 0 a 25, sin embargo, con el fin de hacer comparaciones con otras escalas, el OMS-5 es usualmente transformado en una escala de 0 a 100 en donde 0 indica el peor bienestar psicológico, mientras que 100 indica el mejor bienestar psicológico. Para conocer la confiabilidad de la escala de población mexicana, se realizó un análisis de Alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad de 0.8290, así mismo se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal y reportó un solo factor que explica el 59.64% de la varianza y está conformado por los reactivos de la escala. (11)

### **Escala de Depresión Beck**

También podría resultar útil el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por abordar la sintomatología depresiva, ya que es un instrumento que ha demostrado ser fiable y válido para su utilización tanto en clínica como en investigación. El BDI es una escala de autoaplicación que se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems y la

versión abreviada de 13 ítems<sup>241</sup> y posteriormente se publicaron dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. Este cuestionario a pesar de contar con un solo ítem (ítem 9) que mide la presencia de ideación y conducta suicida, en un ECA de psicoterapia fue el mejor predictor clínico de aparición de pensamientos o actos suicidas durante el ensayo. (16)

Para medir la variable de depresión, se utilizó la versión estandarizada y confiabilidad para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) Dicha prueba está diseñada para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo; tiene una confiabilidad por consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.87, y una validez concurrente obtenida mediante la correlación del BDI y la Escala de Zung en una muestra de 120 personas con diagnóstico psiquiátrico de depresión y con edades de entre 17 y 72 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue:  $r = 0.70$ ,  $p < 0.000$ . De igual forma, se evaluó nuevamente la validez concurrente entre el BDI y la Escala de Zung, pero esta vez en una población de 546 estudiantes de bachillerato, con edades entre 15 y 23 años. La correlación estadística entre ambas escalas fue:  $r = 0.65$ ,  $p < 0.000$ . Por tanto, se concluye que el BDI para población mexicana cumple con los requisitos psicométricos de confiabilidad y validez requeridos psicométricamente para evaluar los niveles de depresión esta población. (17)

El instrumento es autoaplicable y consta de 21 reactivos, de los cuales, los primeros 14 se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los siete restantes describen síntomas vegetativos y somáticos. Todos los casos, contienen cuatro afirmaciones, en donde el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y finalmente el cuarto con 3 puntos, que constituyen la severidad del síntoma. Las normas de calificación del BDI en México se muestran en la siguiente tabla. (17)

## Normas de calificación del BDI para población mexicana

Nivel de Depresión	Puntaje Crudo	Rango Percentilar	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0 a 9	4-61	5-59
Leve	10 a 16	66-81	64-86
Moderada	17 a 29	83-96	88-97
Severa	30 a 63	97-99	98-99

### Fuentes de información

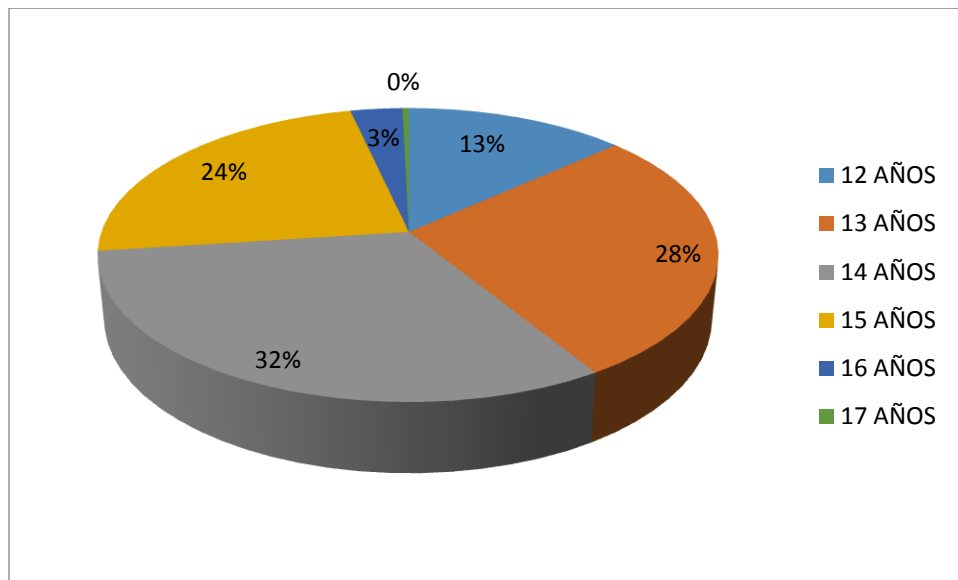
**Metodología de Investigación:** La fuente de información fue primaria de tipo retrolectiva, los datos se obtuvieron a partir los instrumentos aplicados a los adolescentes de todos los grados nivel secundaria. Se realizó por parte del coordinador de la investigación así como el director, mediante supervisión interna. Se utilizaron programas estadísticos para la captura e interpretación de la base de datos.

**Bases y fuentes de información:** La información fue recolectada por el personal de Salud del Módulo de Salud Mental ubicado en el centro de Salud de Tulancingo Hidalgo, el cual acudió a la Escuela Secundaria Técnica No. 6<sup>o</sup> ubicada en la colonia de Napateco Hidalgo.

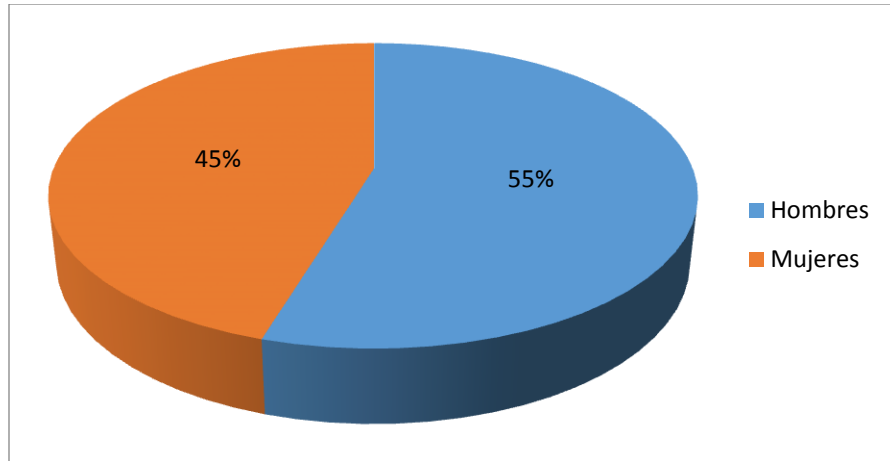
### Participantes

Participaron 256 adolescentes inscritos en la matrícula de la Escuela Secundaria los rangos de edad encontrados en la población encuestada oscilan entre 12 y 17 años de edad con una media de 15 años y que de manera voluntaria e informada así como la autorización de sus padres aceptaron participar en el estudio.

Los participantes se seleccionaron mediante muestra no probabilística a conveniencia, debido a que el universo de trabajo es reducido y que se cuenta con el marco muestral maestro por lo anterior se realizó un censo en función de haber tenido la necesidad de evaluar el total de población de adolescentes existente en el plantel escolar. Del total de participantes (n=256) el 45.3% eran mujeres(n=116) y el 54.725% hombres (n=140). Las edades de los participantes fueron de 12 a 17 años distribuyéndose de la siguiente manera de 12 años (n=34), 13 años (n=71), 14 años (n=81), 15 años (n=60), de 16 años (n=8) y de 17 años (n=1).



Gráfica 1. Distribución por edades en la muestra general del estudio



Grafica 3. Distribución por sexo en la muestra general del estudio

## 8.5 PROCEDIMIENTOS

Se contactó a profesionales de la Salud (Trabajadora social y enfermeras) adscritas al Módulo de Salud Mental del Centro de Salud de Tulancingo Hidalgo, que trabajan acciones de promoción, prevención y atención de la salud mental específicamente con la población escolar de la Escuela Secundaria ubicada en la colonia Napateco del Municipio de Tulancingo , Hidalgo, en el que se da a conocer el estudio y se solicita se realice reunión de información a profesores y padres de familia de las y los adolescentes a los que ira dirigido el estudio para invitarlos a participar en el estudio, una vez que aceptaron participar se les pidió su autorización para entrevistar y evaluar a estos los alumnos.

Una vez que se tuvo la autorización de los padres de familia, acudió el personal de salud en nueva visita al plantel escolar con la finalidad de brindar explicación breve y general sobre la finalidad de la investigación, reiterando que se contaba con autorización de sus padres para llevarla a cabo. Se procede a acudir a cada grupo, posteriormente se iniciaba la lectura de las instrucciones del instrumento

OMS5 y Beck se les disiparon dudas al respecto de su llenado,. Al término de la evaluación se les agradeció nuevamente su participación.

#### Plan de análisis de la información

1. El análisis de la información se realizó efectuando una base de datos en Excel y su lectura analística en SPSS-19.
2. Se realizó análisis Bivariado.
3. Se realizó correlaciones mediante la X de Pearson.

#### El proceso de la investigación

El proceso de la investigación inició con el planteamiento del proyecto, se informó al personal del Módulo de Salud Mental de Tulancingo, Hidalgo. Posteriormente se informó a autoridades escolares sobre la investigación, plantel escolar bajo la responsabilidad de la Secretaria de Salud.

Mediante los criterios de inclusión se realizó la recolección de datos en adolescentes por medio de dos instrumentos.

#### Recolección de la información

Prolectivo. A través de 2 cuestionarios que permitirán medir las siguientes variables: depresión, bienestar psicológico en adolescentes, in formación obtenida de manera autoaplicativa por el adolescente supervisada por el personal de salud y personal docente. Se hicieron mediciones al 100% de los adolescentes que están inscritos en la matrícula escolar de la secundaria seleccionada.

## 9. MARCO TEÓRICO

### Definición

La adolescencia ha sido definida tradicionalmente como una edad de tránsito entre la niñez y la adultez. Esta ha sido llamada período de la pubertad, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín *pubertas* y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico, cuya denominación enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación. (17)

Entre las edades de diez y veinte años, los humanos de todo el planeta cruzan una línea divisoria entre la infancia y la adultez a nivel biológico, cognitivo y sociocultural. La adolescencia puede ser definida de acuerdo a diccionario como: El periodo intermedio entre la infancia y la edad adulta, en el curso del cual el advenimiento de la madurez genital revoluciona el equilibrio adquirido anteriormente y cuya etimología proviene de latín *adolescencia* de *ad/olescere*: “crecer” y éste a su vez originado de *ad/alere* “alimentar”. (18)

También se sabe que, como en otras etapas de la vida, en la adolescencia se viven cambios, inestabilidades y alegrías, que varían de una persona a otra, de familia a familia, de sociedad a sociedad y de una época a otra. Según la organización mundial de la salud (19), la adolescencia va de los 10 a los 19 años de edad y se divide en las siguientes fases:

- a. **Adolescencia temprana**, que va de los 10 a los 14 años aproximadamente;
- b. **Adolescencia media**, entre los 14 y 17 años; y
- c. **Adolescencia tardía**, a partir de los 17 años.

Se denomina pubertad al período de crecimiento físico rápido y de maduración sexual que pone fin a la infancia y que acerca al joven a la talla, el tipo y el potencial sexual del adulto. (19)

## Desarrollo Biológico

La pubertad, adolescencia inicial o adolescencia temprana es la primera fase de la adolescencia y de la juventud, normalmente se inicia a los 10 años en las niñas y 11 años en los niños y finaliza a los 14-15 años. En la pubertad se lleva a cabo el proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo del niño o niña se convierte adolescente, capaz de la reproducción sexual.

El crecimiento se acelera en la primera mitad de la pubertad, y alcanza su desarrollo al final. Las diferencias corporales entre niños y niñas antes de la pubertad son casi únicamente sus genitales. (24)

El desarrollo físico es el resultado de una compleja interacción entre fuerzas biológicas y ambientales. Los genotipos individuales establecen límites para la estatura, forma y calendario de crecimiento. En gran medida, el crecimiento también es influido por las hormonas que liberan las glándulas endocrinas, reguladas a su vez por la hipófisis. La hormona del crecimiento y la tiroxina regulan el crecimiento a lo largo de la infancia. En la adolescencia, otras glándulas endocrinas también secretan hormonas, de manera más notable los ovarios segregan estrógeno, el cual desencadena el desarrollo sexual en las niñas, y los testículos la testosterona que instiga el desarrollo sexual de los niños. (21)

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición de botón mamario. El tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar entre 1,5 a 8 años. La menarquía ocurre en el 56% de las niñas en el estadio 4 de Tanner y en el 20% en el 3. Actualmente, la edad media de la menarquía está en los 12,4 años. El desarrollo sexual masculino se inicia en el estadio 2 de Tanner, cuando los testículos alcanzan un volumen de 4 cc. La espermaquia o inicio de emisión del esperma se produce en el estadio 3 de Tanner, con un volumen testicular de 12 cc; con frecuencia, ocurre sobre los 13,5 años. Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años). Durante este período de tiempo, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional. (26)



Las imágenes corporales de los varones son más positivas que las que asumen las niñas, y tiene una probabilidad mucho mayor de recibir bien su aumento de peso. (22) Los adolescentes también esperar ser altos con mucho bello y guapos y pueden preocuparse por los aspectos de imagen corporal que se centran en las proezas físicas y atléticas. Mientras que la menarquía es un acontecimiento memorable para las niñas, a menudo los niños a penas si se dan cuenta de los cambios físicos que experimentan. Rara vez le cuentas a alguien sobre su primera eyaculación, a menudo no fueron preparados para ella y al igual que las mujeres, expresan reacciones contradictorias de llegar a la madurez sexual. (23)

## **Desarrollo Psicológico**

### **Teoría Psicodinámica**

La teoría de la psicología del adolescente de Freud específica que tres componentes de la personalidad, ello, el yo y súper yo se desarrollan y se integran en forma gradual en una serie de cinco etapas psicosexuales.

El ello es todo lo que está presente al nacer. Su única función es satisfacer los instintos biológicos innatos y tratara de hacerlo de inmediato, si piensa con esos parámetros”. El yo es el componente racional consciente de la personalidad que refleja las capacidades para percibir, aprender, recordar y razonar que están surgiendo en el niño, su función es encontrar medios realistas para satisfacer los instintos. A medida que su yo madura pueden controlar mejor su ello irracional y encontrar maneras realistas de satisfacer sus necesidades por sí mismos. Sin embargo las soluciones prácticas a las necesidades no siempre son aceptables, el componente final de la personalidad, o súper yo es el asiento de la consciencia, surge entre los 3 y los 6 años de edad a medida que los niños internalizan (adoptan como propios los valores y normas morales de sus padres) Una vez que surge el súper yo los niños no necesitan un adulto que le diga que han hecho bien o mal, ya que están consciente de sus propias transgresiones y se sienten culpables o avergonzados por su conducta poco ética. Por lo tanto, el súper yo es un sensor interno. Insiste en que el yo encuentre salidas socialmente aceptables para los impulsos indeseables que genera el ello. Es obvio que estos tres componentes de la personalidad entran en conflicto en forma inevitable. (24)

## **Teoría Conductual**

Una premisa básica de la teoría del aprendizaje que tiene que ver con el conductismo de Watson es que las conclusiones del desarrollo humano deben basarse en observaciones de conducta manifiesta en lugar de hacerlo en especulaciones acerca de motivos inconscientes o procesos cognoscitivos inobservables. Es más Watson señalaba que las asociaciones bien aprendidas entre estímulos externos y respuestas observables llamadas hábitos son los cimientos del desarrollo humano (25)".

A través de su investigación con animales Skinner llegó a entender una forma muy importante del aprendizaje operante que creyó era la base de la mayor parte de los hábitos en forma bastante simple. Skinner afirmó que tanto los animales como los humanos repiten actos que conducen a resultados favorables y reprimen aquellos que producen resultados desfavorables. Por ello, es que una rata que oprime una palanca y recibe una sabrosa croqueta de alimento es propensa a ejecutar nuevamente ese acto. En el lenguaje de la teoría de Skinner un adolescente puede adquirir mayores hábitos de estudio si su trabajo es recompensado con calificaciones superiores. Los estímulos aversivos por otra parte son consecuencias que suprimen su respuesta y disminuyen la probabilidad de que ocurra en el futuro. Como Watson, Skinner señalaba que los hábitos se desarrollan como resultados de experiencias de aprendizaje operantes únicas, el comportamiento agresivo de un adolescente puede ser reforzado con el tiempo debido a que sus compañeros se rinden (refuerzan ante sus tácticas enérgicas. Según Skinner no existe una etapa "agresiva" en el desarrollo del niño ni un instinto "agresivo" en los seres humanos. (26)

## **Teoría Piagetiana**

En la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget influenciado por sus antecedentes en biología, (29) definió la inteligencia como un proceso vital básico que ayuda a un organismo adaptarse a su ambiente. Con adaptación Piaget quiere decir que el organismo puede afrontar las demandas de su situación inmediata. Una estructura cognoscitiva o lo que Piaget llamó un esquema, es un patrón organizado de pensamiento o acción que se usa para afrontar o explicar algún aspecto de la experiencia. Los niños observan lo que sucede a su alrededor; experimentan con objetos que encuentran; hacen conexiones o asociaciones entre eventos y se desconciertan cuando sus conocimientos (o esquemas) actuales no explican lo

que han experimentado. Piaget creía que dependemos en forma continua de los procesos complementarios de asimilación y acomodación para adaptarnos a nuestros ambientes.

En parte el conductista John Watson en su teoría de enfoque evolutivo puede haber adoptado la postura ambiental extrema debido a que otros teóricos prominentes de su época, de manera más notable Arnold y Gessell asumieron la posición igual de extrema pero opuesta de que el desarrollo humano en gran medida es cuestión de maduración biológica. Gessell creía que los niños como las plantas tan solo florecían siguiendo un patrón y horario establecidos en sus genes; y sostuvo que la forma en que los padres crían a sus pequeños era de poca importancia. (32)

### **Desarrollo Social**

La adolescencia es el periodo de crecimiento entre la niñez y la edad adulta. Este periodo del desarrollo, que va más o menos de los 13 a los 18 años, se presenta habitualmente como crítico, debido a las profundas modificaciones de orden fisiológico y psicológico que la caracterizan. (33)

Los intensos cambios vividos y la búsqueda de identidad contribuye a que muchas veces el joven se vea perdido entre una multitud de estímulos internos y externos, entre varias y nuevas alternativas por lo que tiene que optar, necesitando ayuda de los adultos. No obstante, muy a menudo sus mensajes y demandas de ayuda, comprensión y orientación, viene enmascaradas por una conducta agresiva o de introversión, o incluso otras de otra índole, que despiertan respuestas en su entorno también hostiles o de desatención. (35)

Los trastornos sociales y de comportamiento abarcan enfermedades mentales, como la depresión, el abuso de las sustancias adictivas, los suicidios, la violencia y los trastornos de la alimentación (bulimia y la anorexia, por ejemplo) (salud mental)

## **Depresión**

### **Conceptos**

El CIE-10 define a la depresión como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave, dentro del episodio depresivo leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; en el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y en el episodio depresivo grave, se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (16)

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de tristeza, de pérdida y de baja autoestima.

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto. (35)

La depresión es una tristeza sin razón aparente que la justifique, es un trastorno mental que interfiere con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades, El adolescente se siente incomprendido, todo le irrita, no logra relacionarse socialmente, se aísla y deja de lado sus actividades cotidianas

### **Sintomatología de la Depresión**

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero, en general, cualquier persona deprimida es muy probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o síndrome depresivo) que se pueden reducir a cinco grandes núcleos. Estos se dividen de manera general en: síntomas anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales. (37)

a) Síntomas anímicos. La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, o infelicidad, son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío, o nerviosismo. Incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es “incapaz de tener ningún sentimiento”; en estos casos graves es normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar

Los síntomas motivacionales y conductuales, implican el estado general de inhibición, disminución en la capacidad de disfrute, levantarse de la cama por las mañanas o asearse puede convertirse en tareas casi imposibles, hay casos de abandono laboral, estudios, retardo psicomotor (forma grave, enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, etc.).

Dentro de los síntomas cognitivos, la memoria, atención y concentración pueden llegar a resentirse, incapacitando su desempeño, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está bien alterado, la valoración de sí, de su entorno pueden ser negativas, autodepreciación, autoculpa, baja autoestima (se plantea que las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma).

En los síntomas físicos, aparecen cambios físicos y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Problemas de sueño (insomnio, quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertar precoz), fatiga, pérdida de peso, disminución del deseo sexual, molestias corporales (dolor de cabeza, espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa. Así pues, los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la clínica, o entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica; y aquellos que no lo hacen (Goldberg y Huxley, 1992). (37) (38)

Diagnóstico basado en los criterios por el DSM-V (American Psychiatric Association) menciona que el Trastorno depresivo mayor cuenta con la siguiente clasificación:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida

significativa debe ser considerada cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica. (38)

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular.

Se considera normal que las persona presenten sintomatología depresiva después de alguna pérdida significativa, como, la muerte de un ser querido, el diagnóstico de un nuevo problema médico, la pérdida del trabajo, etc., sin embargo, se espera que estos síntomas disminuyan después de unos cuantos días o semanas.

## **Tipos de depresión**

El impacto en el funcionamiento y calidad de vida del paciente ayudará también a clasificar a la depresión como leve, moderada o grave. En la depresión considerada como leve, por lo general concurren dos o tres de los síntomas ya mencionados, sin embargo, la persona puede seguir realizando la mayoría de las actividades (39)

En los episodios depresivos moderados, suelen coexistir cuatro o más de los síntomas y el afectado tiene a menudo grandes dificultades para realizar las actividades cotidianas. Finalmente, en la depresión grave, los síntomas revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, a lo que se añaden se añaden normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad y son frecuentes las ideas y actos suicidas. En ocasiones, si la depresión es muy severa, puede estar acompañada de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios. (39)

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos cinco de estos Síntomas presentes durante un mismo periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa. (40)

#### Episodio Depresivo Leve.

Debe durar al menos 2 semanas y ninguno de los síntomas debe estar en grado intenso. Tiene facultad para llevar a cabo su actividad laboral o social, aunque es probable que no las deje por completo. Se caracteriza por síntomas como ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

#### Episodio Depresivo Moderado

Deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como al menos 3 de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza de sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de 12 auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Deben durar al menos 2 semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales y domésticas.

#### Episodio Depresivo grave

Es el grado más alto de la enfermedad que se traduce en una incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer o realizar cualquier tipo de actividad cotidiana o que produjeron placer como ocurre en los casos en que se abandonan las aficiones y el esparcimiento. Por lo general existe cierta predisposición a padecer la enfermedad, y si bien un caso de depresión severa puede ocurrir solo una vez en la vida, es frecuente que se repita en el tiempo. Todos o casi todos los



síntomas depresivos son de gran intensidad, el paciente puede sentirse muy limitado o estar por completo incapacitado para desempeñar funcionalmente sus actividades. Junto con los cuadros severos pueden aparecer también síntomas psicóticos agregados. Según la CIE-10 en los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse, y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (16)

## **Depresión en Adolescentes**

### Teorías de la depresión

No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

### **Teorías Biológicas**

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor). (32)

La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina. Friedman y Thase en 1995 plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales:

1) Facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. El déficit en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como

consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica. (41)

Finalmente, respecto a los factores psicológicos, la depresión se ha asociado con la forma en que las personas reaccionan a eventos estresantes y a los procesos de interacción continua entre los sujetos y su ambiente al que tratan de adaptarse con mayor o menor éxito. Las personas con características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva serán más vulnerables a padecer de depresión al enfrentarse a condiciones de vida adversas como la pérdida de un ser querido, problemas en una relación, problemas económicos, el diagnóstico de una enfermedad.

## **Teorías Psicosociales**

### **Teorías conductuales**

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas. Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje.

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción. (42)

### **Teorías Cognitivas**

Las teorías cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más

importante que el suceso en sí mismo. Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión. Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. ,según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. (43)

## **Tratamientos**

Mucha de la investigación que se ha realizado hasta la actualidad sobre el tratamiento psicológico de la depresión ha tenido como tema central las terapias cognitivo-conductuales, los autores Stravynski y Greenberg en 1992 mencionan este tipo de intervenciones son activas (p.ej., se enseñan estrategias) y directivas (p.ej., se asignan tareas para casa), tiene metas específicas alcanzables y ayudan a proporcionar una nueva perspectiva al paciente). Los resultados de una revisión completa de ensayos pediátricos realizados entre 1988 y 2006 sugieren que los beneficios de los medicamentos antidepresivos pueden ser mayores que los riesgos para niños y adolescentes con trastornos graves de depresión y ansiedad

La psicoterapia de la depresión en la infancia y en la adolescencia incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de estas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia.

Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en este grupo de edad, en especial de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal para adolescentes. (44)

**Tabla 2 Eficacia de Intervenciones Terapéuticas en Adolescentes**

Autor	Duración	Comparación	Resultado/eficacia
Vostanis <i>et al.</i> (1996)*(125)	9 sesiones de frecuencia semanal.	Terapia de apoyo.	Mayor eficacia de la TCC.
Wood <i>et al.</i> (1996)*(126)	5-8 sesiones de frecuencia semanal.	Relajación.	Mayor eficacia de la TCC.
Brent <i>et al.</i> (1997)*(127)	12-16 sesiones de frecuencia semanal de 60 minutos.	Terapia familiar conductual, terapia de apoyo.	Mayor eficacia de la TCC.
Rosello <i>et al.</i> (1999)*(128)	12 sesiones de frecuencia semanal de 60 minutos.	Control (lista espera).	Menor eficacia de la TCC.
TADS (2004) (122)	15 sesiones en 12 semanas de 50-60 minutos.	Placebo, fluoxetina, TCC + fluoxetina.	Menor eficacia de la TCC frente a fluoxetina y frente a TCC + fluoxetina.
Melvin <i>et al.</i> (2006) (124)	12 sesiones de frecuencia semanal de 50 minutos.	Sertralina, TCC+sertralina.	Mayor eficacia de TCC frente a sertralina, menor eficacia de TCC + sertralina frente a cada tratamiento por separado.
TADS (2007)(123)	Tras TCC a corto plazo (TADS 2004), 3/6 sesiones de 50-60 minutos, durante 6 semanas. Seguidas de sesiones de recuerdo cada 6 semanas hasta completar 36 semanas de tratamiento.	Fluoxetina, TCC+ Fluoxetina.	Similar eficacia de TCC, fluoxetina y TCC + fluoxetina

## Bienestar Psicológico

### Concepto

Casullo, Castro en el 2000 mencionan que el componente cognitivo de la satisfacción se denomina bienestar y es el resultado del procesamiento de información que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en su vida). (6)

Diener en el año de 1994 propone que el bienestar psicológico posee componentes estables y cambiantes al mismo tiempo. La apreciación de los eventos se modifica en función del afecto negativo y positivo predominante. El bienestar psicológico es estable en el largo plazo, pero experimenta variaciones circunstanciales en función de los afectos predominantes, el bienestar indica la manera en la que una persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal, el matrimonio, la ausencia de depresión y la experiencia de emociones positivas. El componente cognitivo de la satisfacción es el bienestar subjetivo. Hay una gran variedad de definiciones de bienestar, basadas en el instrumento de medición utilizado. (45)

El bienestar psicológico ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y a lo largo del tiempo, ha sido relacionado con diferentes términos como bienestar subjetivo, salud mental, felicidad y calidad de vida. En la Psicología, la mayor parte de las influencias en la definición del concepto provienen de modelos de desarrollo y de ciclo vital, así como de los modelos motivacionales.

Ryff y Keyes, en el año de 1995 señalan que el bienestar psicológico se presenta como un concepto multidimensional. Inicialmente este concepto se asociaba con la apariencia física, la inteligencia o el dinero, posteriormente, como resultado de diversas investigaciones en el tema, se encontró que el bienestar no sólo se relacionaba con esas variables, sino también con la subjetividad personal por lo tanto definió el bienestar subjetivo como el grado en que un individuo juzga su vida como un todo en términos positivos, es decir en qué medida un sujeto se encuentra a gusto con la vida, y para realizar esta valoración resulta importante tomar en cuenta los pensamientos y afectos de la persona. (14)

La mayoría de las investigaciones sobre bienestar psicológico no han tenido un marco teórico claro como respaldo. En este campo existe una cantidad de datos empíricos, pero muy pocos modelos teóricos que guíen la construcción de los instrumentos y la interpretación de los resultados de las investigaciones. Los investigadores consideran que el bienestar se operacionaliza fácilmente a través de los índices de afecto positivo o negativo o las escalas unidimensionales de satisfacción, ignorando la adjudicación de significado de los actos humanos, entendido como el sentido de orden o coherencia en la existencia personal. Algunos autores proponen que el oficio de vivir, en un determinado momento, supone desarrollar un sentido de integridad, una apreciación de por qué y cómo uno ha vivido, Reker, Peacock y Wong en 1987. En esta línea se ubican los trabajos de Pychyl y Littleen el año de 1998 quienes estudian los constructos relacionados con las metas personales y proponen que los proyectos tienen dos funciones: una instrumental relacionada con la eficacia y el alcance de la felicidad y otra más simbólica, relacionada con la consistencia y que da por resultado el significado asignado al proyecto de vida. (46)

Los pensamientos representan el componente cognitivo y constituyen la discrepancia percibida entre sus aspiraciones y sus logros, por otra parte, el componente afectivo, descrito por Andrews y Withey en 1976, comprende el plano

hedónico, es decir, el que contiene el agrado experimentado por la persona con sus sentimientos, emociones y estados de ánimo más frecuentes. Ambos componentes se encuentran interrelacionados, es decir, una persona que tiene experiencias emocionales placenteras es más probable que perciba su vida como deseable y positiva. En otras palabras, aquellos sujetos que tienen un alto bienestar son aquellos que experimentan satisfacción por su vida. Complementando el concepto anterior de Riff y Keyes en 1995 señalan cuatro componentes para la medición del bienestar y lo relacionan con la salud mental, dichos componentes incluyen: las metas en la vida, las relaciones interpersonales positivas, la autoaceptación y el dominio. (14)

Kahneman retoma las aportaciones anteriores y hace mención de una relación entre el bienestar y la felicidad aunado a otras variables como la salud, el trabajo satisfactorio, la vida afectiva y familiar, la amistad, una estabilidad económica, entre otras.

Carpio, Pacheco y Canales en el 2000 retoman al bienestar psicológico como una dimensión incluida dentro de la calidad de vida, entendida esta como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes. Dicho concepto incluye la Salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (47)

Sin embargo, aunque el bienestar psicológico queda ubicado dentro de la calidad de vida sigue relacionándose con las emociones positivas y/o negativas asociadas con la satisfacción vital de cada persona. De tal manera que cuando una persona posee un bienestar psicológico adecuado posee una satisfacción con su vida y a su vez presenta emociones positivas frecuentes y sólo infrecuentemente emociones negativas. Si por el contrario, el individuo expresa insatisfacción con su vida, y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes emociones negativas.

El nivel de bienestar psicológico establece diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones.

Lo anterior coincide con lo planteado en el año 2002 por González- Celisen quien considera que el bienestar psicológico es un indicador de salud mental que esta

íntimamente relacionado con la calidad de vida, de hecho es considerada como una de sus dimensiones.

## **Dimensiones del Bienestar Psicológico**

Ryff logró identificar en sus investigaciones seis dimensiones del bienestar psicológico las cuales pueden incidir en su desarrollo psicológico.

Las 6 dimensiones de la escala de Ryff son las siguientes: (14)

- 1) Auto-aceptación
- 2) Relaciones positivas con los demás
- 3) Autonomía
- 4) Dominio del entorno
- 5) Propósito en la vida
- 6) Crecimiento personal

Auto-aceptación. Es uno de los factores que más determinan el bienestar. Implica tener una actitud positiva hacia uno mismo, aceptarse tal como se es y aceptar lo sucedido en el pasado en la vida. La auto-aceptación es básica para la salud mental y es una característica central de la auto-realización, el funcionamiento óptimo y la madurez de la personalidad.

Relaciones positivas con los demás. La calidez y la confianza en las relaciones interpersonales son importantes para disfrutar de bienestar psicológico y suponen también una demostración de madurez de la personalidad. Las personas con capacidad de auto-realización demuestran empatía y tienen firmes sentimientos de afecto hacia otras personas, son capaces de dar más amor y de tener profundas relaciones de amistad.

Autonomía. Este factor se refiere al bienestar aportado por la auto-determinación, la independencia y la regulación de la conducta a partir de los propios criterios, con un funcionamiento autónomo y resistente a la aprobación o desaprobación de los demás. Las personas con autonomía no se dejan llevar por los miedos y creencias de las masas y consiguen tener un sentido de libertad en sus comportamientos.

Dominio del entorno. La habilidad para elegir o crear entornos favorables para la satisfacción las propias necesidades psicológicas es otra de las características básicas de un sano funcionamiento psicológico. La madurez requiere participar activamente en la importante esfera de lo externo a uno mismo. Las personas con

un alto dominio del entorno tienen una mayor habilidad para condicionar el mundo que les rodea y se sienten capaces de influir sobre este contexto ambiental.

Propósito en la vida. Para disfrutar de un bienestar duradero las personas necesitan marcarse metas en la vida, definir objetivos que les permitan dar sentido a su vida. Para percibir que la vida tiene significado hace falta tener una sensación de dirección e intencionalidad y hacer que la vida resulte productiva, creativa y emocionalmente integrada.

Crecimiento personal. El funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere alcanzar las cinco características anteriores, necesita también que la persona ponga esfuerzo en desarrollar sus potencialidades con el objetivo de crecer y expandirse como ser humano. (14)

### **Instrumentos de medición sobre Depresión**

Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno. (48)



Tabla 3 Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en adolescentes.

Nombre/autor, año.	Edad (años)	Nº de ítems	Características	Adaptación y validación al castellano
Children's Depression Inventory (CDI)/Kovacs, 1992 (72).	7-17	27 (larga) 10 (breve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes.</li> <li>- La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales.</li> <li>- Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión corta: Del Barrio <i>et al.</i>(73)</li> <li>- Versión larga: Frías <i>et al.</i>(74)</li> </ul>
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1987 (75).	13-17	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30%) al punto de corte de la depresión.</li> <li>- No es particularmente efectivo detectando cambios.</li> </ul>	Del Barrio <i>et al.</i> (1994) (76)
Reynolds Child Depression Scale (RCDS)/Reynolds, 1989 (77).	9-12	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión similar al RADS para su uso en niños.</li> <li>- En general peores cualidades psicométricas que el RADS.</li> </ul>	Del Barrio <i>et al.</i> (1996) (76)
Beck Depression Inventory-2nd ed (BDI-II)/Beck <i>et al.</i> 1996 (78).	13-18	21	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma más reciente, próxima al DSM-IV, diseñada para realizarse en 10 minutos.</li> <li>- Diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja.</li> </ul>	Sanz <i>et al.</i> (79-81)
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/Le Blanc <i>et al.</i> , 2002 (82).	6-18	16 (larga) 6 (breve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buena fiabilidad y validez.</li> <li>- La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha obtenido mejores resultados que el BDI.</li> </ul>	Sin datos
Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A)/Johnson <i>et al.</i> , 2002 (83).	13-18	83	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV.</li> <li>- Diseñado para su utilización en atención primaria.</li> <li>- Incluye ítems sobre depresión y otros trastornos frecuentes de la adolescencia.</li> </ul>	Sin datos
Escala para la evaluación de la depresión para maestros (EDSM)/Domènech y Polaino, 1990 (84).	8-12	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad.</li> <li>- Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa.</li> <li>- Los puntos de corte varían según la edad.</li> </ul>	Elaborada para población española.
Center for Epidemiological Studies –Depression Scale (CES-D)/Radloff, 1977(85).	12-18	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin validez clara y con puntos débiles en adolescentes.</li> <li>- En el grupo de edad más joven mide sintomatología depresiva más que depresión.</li> <li>- Adaptado y validado en castellano.</li> </ul>	Soler <i>et al.</i> (86)

Preeschol Symptoms Self-Report (PRESS)/Martini et al., 1990 (87).	3-7	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No específico de depresión.</li> <li>- Presentación pictórica.</li> <li>- 25 láminas, cada lámina tiene una versión de carácter alegre o triste, debe elegirse una de ellas.</li> <li>- Existe versión según sexo y para padres y profesores.</li> <li>- Buenas características psicométricas con población española.</li> </ul>	Pictórico: buenas características psicométricas en población española.
Pediatric Symptom Checklist (PSC)/ Jellinek et al., 1979 (88).	3-16	35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión para padres y para adolescentes.</li> <li>- Ventajas: brevedad y capacidad de cribar diferentes aspectos psicosociales y del comportamiento.</li> <li>- No diseñada para identificar enfermedades mentales específicas.</li> </ul>	Sin datos
Child Behavior Checklist (CBCL)/ Achenback, 1985 (89).	4-18	133	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La versión original es para padres, pero existe una versión para profesores y otra autoaplicada para adolescentes de 11-18 años.</li> <li>- Incluye ítems sobre algunas manifestaciones de depresión.</li> <li>- Ventajas: aporta información sobre problemas conductuales o comportamiento social.</li> </ul>	Rubio-Spítec et al. (90)
Youth Self-Report (YSR)/ Achenback et al., 1987 (91).	11-18	120	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoinforme, se complementa con las versiones del CBCL dirigidas a los padres.</li> <li>- Incluye ítems sobre adaptación social y problemas de conducta y emocionales.</li> <li>- Ventajas: puede complementarse con las versiones del CBCL para padres y profesores.</li> </ul>	Lemos et al. (92)
Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)/Wood et al., 1995 (93)	8-18	33 (larga) 13 (breve)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formato para hijos y padres.</li> <li>- Buena validez diagnóstica.</li> <li>- Con diferentes puntos de corte según se trate de adolescentes o niños más pequeños.</li> </ul>	Sin datos

## Escalas de Medición de Bienestar Psicológico

Para medir estas dimensiones teóricas Ryff desarrolló un instrumento conocido como «Escalas de Bienestar Psicológico» (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). El procedimiento empleado para su construcción es sin duda uno de sus puntos fuertes (van Dierendonck, 2004). Una vez definidas teóricamente las seis dimensiones o escalas, tres investigadores generaron 80 ítems por dimensión.

Posteriormente, todos los ítems fueron evaluados en función de su ambigüedad y su ajuste a la definición de la escala. De ellos se seleccionaron 32 por escala (16 positivos y 16 negativos).

El banco de ítems resultante se aplicó en un estudio piloto a una muestra de 321 adultos. Tras este estudio se eliminaron los doce ítems de cada escala que mostraban, según los análisis psicométricos, peores indicadores de ajuste. El instrumento, finalmente contó con 20 ítems por escala. Dada la longitud de dicho instrumento (120 ítems en total), en los últimos años se han venido proponiendo varias versiones cortas de las Escalas de Bienestar Psicológico. (14)

### **Relación entre depresión y bienestar Psicológico.**

Un estudio realizado con estudiantes de nivel medio superior en México realizado por Chávez, en el año 2006 encontró con respecto a las diferencias en el BP presentadas entre hombres y mujeres que estas , no han sido significativas y aunque es clara la relación entre el Bienestar Psicológico y la depresión, se tienen que entender como factores separados y generar no sólo estrategias para prevenir o minimizar los niveles de depresión, sino también para incrementar el primero, dando como resultado una atención integral a la salud mental del adolescente.

Un estudio realizado en el año 2011 el Distrito Federal con una muestra de 114 adolescentes de los tres grados de secundaria, en el que se dio a conocer la relación entre bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico, en el que se aplicó el Inventario de Depresión de Kovacs, la adaptación al castellano de la Escala de Bienestar Psicológico de Riff, mostrando como resultados diferencias significativamente estadísticas en los niveles de correlación de este parámetro con la depresión y el bienestar psicológico. (13)

## 10. RESULTADOS

Determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico y las diferencias por sexo en estas dos variables en adolescentes estudiantes del nivel medio en Tulancingo, Hidalgo.

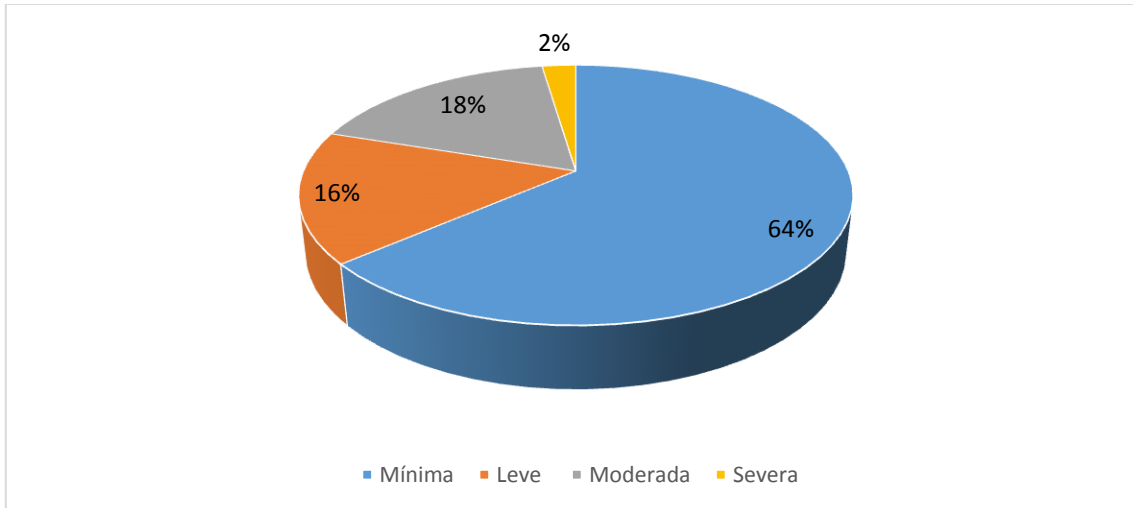
Los dos primeros objetivos específicos fueron determinar el nivel de depresión en adolescentes y determinar los niveles de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo, los resultados descriptivos se encuentran en la tabla 1 a continuación:

**Tabla 4** *Medidas de Tendencia central y dispersión de Bienestar Psicológico y Depresión.*

Variable	Rango teórico	Media o porcentaje	Desviación estándar
<b>Bienestar Psicológico</b>	0-25	16.49	4.78
<b>Depresión</b>	0-63	8.58	8.81

La tabla 4 muestra que en el caso de la variable bienestar psicológico la media es de 16.49 y una desviación estándar de 4.78 lo cual indica que el bienestar psicológico se encuentra por arriba media teórica (12.5) mostrando niveles moderados de esta variable en la muestra estudiada.

En el caso de la depresión se observa que la media obtenida en la muestra general fue de 8.58 indicando que en promedio esta muestra cuenta con un nivel de depresión mínima.



*Grafica 2.* Distribución por nivel de depresión en la muestra general del estudio.

En la Figura 2 se observa los porcentajes por cada nivel de depresión en la muestra general mostrando que es el nivel mínimo el predominante dentro del estudio con 63.7%, seguido del 45% del nivel moderado y 42% del nivel leve.

**Tabla 5.** *Diferencias por sexo en el nivel de bienestar psicológico de los participantes*

Bienestar Psicológico	Media	D.E.	t	gl	Sig.
Hombres	17.50	4.31	3.20	252.70	.002
Mujeres	15.64	5.00			

p<0.05

El tercer objetivo específico fue determinar las diferencias por sexo en el nivel de depresión y bienestar psicológico de adolescentes estudiantes de secundaria de Tulancingo, Hidalgo.

Para ello en relación a bienestar psicológico se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, cuyo resultados se encuentran en la tabla 5, donde se muestran diferencias estadísticamente significativas (t=3.20, sig.=.002) en el nivel

de bienestar psicológico de la muestra donde los hombres presentan un promedio de 17.50, mayor al 15.64 de las mujeres.

**Tabla 6.** *Diferencias por sexo en el nivel de depresión de los participantes*

Depresión	Media	D.E.	t	gl	Sig
Hombres	6.50	8.12	3.52	254	.000
Mujeres	10.32	9.01			

Al determinar las diferencias por sexo en el nivel de depresión de adolescentes estudiantes de secundaria de Tulancingo, Hidalgo.

Para ello se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, cuyo resultados se encuentran en la tabla 3, donde se muestran diferencias estadísticamente significativas ( $t=3.52$ ,  $sig.=.000$ ) en el nivel de depresión de la muestra donde las mujeres presentan un mayor nivel de depresión 10.32 que los hombres con una meda de 6.50.

El cuarto objetivo específico fue determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio en Tulancingo, Hidalgo. Para ello se utilizó la correlación bivariada de Pearson cuyos resultados se muestran en la tabla 6.

**Tabla 7.** *Relación entre el nivel de Bienestar Psicológico y Depresión.*

	Depresión	
<b>Bienestar Psicológico</b>	-.497*	Población General
	-.417*	Hombres
	-.517*	Mujeres

\*  $p < 0.05$

Como se puede apreciar en la Tabla 7, de acuerdo con los resultados del Coeficiente de Correlación de Pearson, la relación entre el puntaje total de depresión del BDI y el puntaje total de Bienestar Psicológico fue de  $-.497$ , lo que indica una correlación negativa estadísticamente significativa mostrando que a mayor nivel de depresión será menor el nivel de Bienestar Psicológico de los adolescentes.

También se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y Bienestar Psicológico de hombres y mujeres. Se observa que la relación es mayor en el caso de las mujeres ( $-.517$ ) que en los hombres ( $-.417$ ).

## 11. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de la presente investigación fue determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de depresión y bienestar psicológico de adolescentes de nivel secundaria de la localidad Napateco de Tulancingo Hidalgo.

Los dos primeros objetivos específicos fue determinar el nivel de depresión y los niveles de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

En el caso de la depresión se observa que la media obtenida en la muestra general fue de 8.58 indicando que en promedio esta muestra cuenta con un nivel de depresión mínima. donde se muestran diferencias estadísticamente significativas ( $t=3.52$ ,  $sig.=.000$ ), otro estudio con el que se comparan estos resultados fue el realizado en población de estudiantes de la Ciudad de México mexicanos en el año 2011 por Robles et al en el que identifican presentaron que la depresión se encontró en un 30%, el sexo femenino fue el más afectado con un 60% y el grado de depresión más frecuente eran el tipo leve con un 60%, el moderado con un 26% y el severo con un 14%.

De igual manera en este estudio se identifica que los porcentajes por cada nivel de depresión en la muestra general en este estudio también se muestran los porcentajes por cada nivel de depresión mostrando que es el nivel mínimo el predominante dentro del estudio con 63.7%, seguido del 45% del nivel moderado y 42% del nivel leve, resultados que coinciden pueden equipararse con el estudio realizado

Estos resultados se comparan con los obtenidos en el estudios realizado por la en la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en la Ciudad de México, estudio realizado por se reportó que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años de edad presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Así como se identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como "graves. (31)

El segundo objetivo fue determinar el nivel de bienestar psicológico en el que en los resultados del estudio se identifica una media de 16.49 y una desviación



estándar de 4.78 lo cual indica que el bienestar psicológico se encuentra por arriba media teórica (12.5) mostrando niveles moderados de esta variable en la muestra estudiada.

Estos resultados se equiparan con lo obtenidos en el estudio el análisis de la Escala de Bienestar Psicológico en adolescentes por Benatuil en el 2002 dicha muestra contó con dos grupos como resultado los: a) Alto Bienestar: adolescentes que presentaron en sus puntuaciones un percentil mayor o igual a 75; b) Bajo Bienestar: puntuaciones con un percentil menor o igual a 25. El 23 % de los adolescentes presentan un alto bienestar y el 45% obtuvo un bajo nivel de bienestar psicológico se encontró que predominan los sujetos con un bajo bienestar. (7)

El siguiente objetivo busco las diferencias por sexo en el nivel de depresión y bienestar psicológico de la muestra. Para ello se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, cuyo resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ( $t=3.20$ ,  $sig.=.002$ ) en el nivel de bienestar psicológico de la muestra donde los hombres presentan un promedio de 17.50, mayor al 15.64 que presentan las mujeres.

Estos resultados se equiparan con los presentados en el estudio realizado en 2004 Benatuil, con adolescentes Argentinos, donde se analiza el nivel de Bienestar Psicológico en relación al género. El promedio en el grupo de varones fue mayor (34.52) que en el de mujeres (32.67). Se muestran mayores niveles de bienestar psicológico en los varones. (7)

El cuarto objetivo se refiere a determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo y en el que los resultados muestran que del Coeficiente de Correlación de Pearson, la relación entre el puntaje total de depresión del BDI y el puntaje total de Bienestar Psicológico fue de  $-.497$   $p < 0.05$ , lo que indica una correlación negativa estadísticamente significativa mostrando que a mayor nivel de depresión será menor el nivel de Bienestar Psicológico de los adolescentes. También se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y Bienestar Psicológico de hombres y mujeres. Se observa que la relación es mayor en el caso de las mujeres ( $-.517$ ) que en los hombres ( $-.417$ )

También se detectó relación estadísticamente significativa negativa entre el nivel de depresión y Bienestar Psicológico de la muestra total, en el caso de las mujeres (-.517) y en los hombres (-.417).  $p = < 0.05$ .

En gran parte de los estudios realizados mencionado por Chávez, y cols. 2006 y Casullo en el 2002. quienes mencionan que, aunque es clara la relación entre el Bienestar Psicológico y la depresión, se tienen que entender como factores separados; por lo que se deberían generar no sólo estrategias para prevenir o minimizar los niveles de depresión, sino también para incrementar el primero, dando como resultado una atención integral a la salud mental del adolescente. (6)

Estos resultados son comparados con los mostrados en el estudio realizado por Robles *et al* en 2011 con adolescentes de secundaria en el que se encontró entre los puntajes de depresión y Bienestar Psicológico se encontró una correlación negativa y moderada ( $r = -.576, p = .001$ ). (13)

De igual manera se comparan los resultados de la muestra con este otro estudio realizado en 2002 por Benatiul con estudiantes Argentinos se identifican significancias estadísticas a diferencia de las mujeres, se identifica relación entre los resultados generales de depresión del BDI y Bienestar Psicológico, lo que indica una correlación negativa estadísticamente significativa mostrando que a mayor nivel de depresión será menor el nivel de Bienestar Psicológico de los adolescentes. (7)

Por lo tanto en este estudio se acepta la Hipótesis Estadística  $H_{11}$ : Si existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y bienestar psicológico de hombres y mujeres adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo, al encontrar de manera general diferencias estadísticas entre una variable y otra de más 8 puntos porcentuales en medias teóricas por lo tanto se rechaza la Hipótesis  $H_{01}$ : No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de depresión y bienestar psicológico de hombres y mujeres adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo.

De igual manera la Hipótesis Estadística  $H_{12}$ : Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo. es aceptada al encontrar  $-.497 p < 0.05$  mostrando que a mayor nivel de depresión será menor el nivel de Bienestar Psicológico de los adolescentes por lo que hace se rechaza la

Hipótesis estadística H0<sub>2</sub>: No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes estudiantes del nivel medio de Tulancingo, Hidalgo, por encontrar resultados diferentes a este planteamiento.

Una de las limitaciones del presente estudio fue que solo se pudo trabajar un plantel escolar para esta muestra, por lo que se recomienda que en estudios posteriores se amplíe la muestra de adolescentes para otros planteles del Municipio que permita tener datos más representativos. Además, no se incluyen datos cualitativos por lo que se recomienda en próximos estudios incluir por ejemplo entrevistas, donde se caractericen datos sociodemográficos de los adolescentes estudiados como nivel socioeconómico, estructura familiar, eventos que puedan incidir en la presencia de los niveles estudiados, para obtener un estudio más completo, que aborde tanto datos cuantitativos como cualitativos y permita hacer un análisis más profundo acerca de la problemática. Además este estudio incluyó así como incluir otros centros escolares del Estado para aumentar la representatividad de la misma.

## 12. RECOMENDACIONES

En base a los resultados presentados en este estudio se recomienda lo siguiente:

Ampliar la investigación a muestras significativas, así como el abordaje de otras variables y grupos muestrales con aspectos cualitativos que permitan el aumentar la representatividad de la muestra.

Reforzar la promoción de los Servicios que proporciona el Módulo de Salud Mental a través de medios informativo como: volantes, carteles y trípticos:

Mencionar la cartera de servicios Modalidades de servicios de adolescentes en las reuniones con padres de familia y profesores:

Reforzar la atención en el Módulo especificando la atención en el adolescente como un espacio físico independiente diseñado para atender a adolescentes, jóvenes y sus acompañantes adaptados a su cultura, gustos y preferencias.

Adecuar horarios para que sea accesible la asistencia y permanentemente de acuerdo a la disponibilidad del tiempo de jóvenes, garantizando así su acceso.

Promover la realización de talleres con Profesores y Padres de Familia en el plantel escolar en relación a temas sobre crianza positiva y formativos previamente programados en coordinación con actividades educativas.

Brindar servicios diferenciados para la atención de adolescentes con un horario diferenciado y una señalización adecuada para orientarlos en su acceso.

|

- Implementar Programas de Promoción de la Salud Mental en los adolescentes al interior del plantel escolar, mediante las realización :
  - Talleres de autoestima
  - Talleres de Habilidades para la vida
  - Ferias de la salud para el Adolescente

Implementar los Talleres como una alternativa para combatir la depresión en adolescentes e incrementar el bienestar psicológico detectado.

### **13. ASPECTOS ETICOS Y BIOSEGURIDAD**

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, Título Segundo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 17, fracción 1, este estudio es una investigación sin riesgo, por no requerir de ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de conducta.

De acuerdo al código de Núremberg de 1947. El tribunal Internacional de Núremberg referente a los experimentos médicos permitidos, el consentimiento informado es esencial.

Basado en la Norma Oficial Mexicana PROY- NOM 012-SSA- 2007 en su apartado 6 especifica sobre la autorización y seguimiento de una investigación en seres humanos.

En el informe Belmont en su punto 1 y 2 hace mención respecto a las personas que se encuentran en algún proyecto de investigación, beneficencia, voluntariedad de la persona.

La Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial en su punto número 10, apartado B, menciona que los participantes a los que se les realice las encuestas deben estar protegidos de su salud, vida, privacidad y dignidad.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueroa M, Contini N, Lacunza A, Levin M, Estevez A. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán, Argentina. *Anales de Psicología*. 2005; 21(1).
2. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*. 2013 enero-febrero; 55(1).
3. Anaya-Ocampo R. *Scielo Public Health*. [Online].; 2006 [cited 2014 Julio 1. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342006000700004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342006000700004&script=sci_arttext).
4. Sandanger I, Nygard J, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard O. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. [Online].; 1999 [cited 2014 Julio 25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10651175>.
5. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Blanco J, Rojas E, al e. *La Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente*. 2009.
6. Casullo M, Castro M. Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de la Pontificia Universidad Católica de Perú*. 2000; 18(1): p. 36-18.
7. D B. *Psicología cultura y sociedad*. [Online].; 2002 [cited 2013 noviembre 3. Available from: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico3/3Psico%2004.pdf>.
8. Caballero V. La depresión un factor determinante en adolescentes con tendencias suicidas. [Online].; 2006 [cited 2013 Febrero 15. Available from: [www.psicologíacientífica.com](http://www.psicologíacientífica.com).
9. Pardo N. *Revista Sociedad de Psiquiatría Y Neurología de la Infancia y Adolescencia*. [Online].; 2005 [cited 2013 Febrero 12. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000200005&script=sci_arttext).
10. Cantoral G, Méndez M, Nazar A. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. [Online].; 2005 [cited 2014 Abril 24. Available from: <http://revistas.ecosur.mx/filesco/322.pdf>.
11. Rivera-Heredi ME, Martínez-Servín LG, Obregón-Velasco N. *Salud Ment* [revista en la Internet]. [Online].; 2013 [cited 2014 abril 6. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252013000200004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000200004&lng=es).

- 12 Geografía INdEy. Mujeres y hombres en México 2011. Estadístico. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2012.
- 13 Robles F, Ojeda F, Sánchez Velasco A, Galicia Moyeda I. Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Psicología Iberoamericana*. ; 19: p. 27-37.
- 14 Ryff C, Keyes C. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. [Online].; 1995 [cited 2014 Mayo 20. Available from: [http://www1.eur.nl/fsw/happiness/common/desc\\_study.php?studyid=1120](http://www1.eur.nl/fsw/happiness/common/desc_study.php?studyid=1120).
- 15 Del Castillo A. Apoyo Social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar psicológico en pacientes con diabetes tipo 2. 2010th ed. *Psicología Fd*, editor. México: UNAM; 2010.
- 16 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Décima ed. Salud OPdl, editor. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
- 17 Jurado Cárdenas S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez , Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Inbiomedica*. 1998 Marzo 21; 21(3).
- 18 Bech P. GC, Staehr Johansen K. The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in Diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2010 Febrero; 65(4).
- 19 Bech P. Depression: Social and economic time bomb. London. [Online].; 2001 [cited 2014 Febrero 21. Available from: <http://scholarcommons.usf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3288&context=etd>.
- 20 Social MdSyP. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Séptima ed. Innovación MdCe, editor. España: Tórculo Artes Gráficas, S.A.; 2009.
- 21 L. D. Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*. 2008 febrero; 4(1).
- 22 Macías G, Valadez T. Ser adolescente. 1st ed. México: Trillas; 2000.
- 23 PAIA – Programa Atención Integral a la Adolescencia. BINASSS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social. [Online].; 2005 [cited 2014 Junio 30. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualjoven.pdf>.
- 24 Marshall W, Tanner J. Pubertad. 2nd ed. En Falkner F TJ, editor. New York: Plenum Press; 1986.
- 25 Shaffer D. Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia. 5th ed. Thompson , editor. México: Thompson ; 2002.
- 26 Tanner JTJM. Growth and maturation during adolescence. 2nd ed. Londres,; Nutr Rev; 1981.
- 27 Maryse H. R, Boxer AW, Petersen AC, Albrecht R. Relation of weight to body

- . image in pubertal girls and boys from two communities. American Psychological Association. 1990 Marzo; 26(2).
- 28 Freud S. Nuevas conferencias introductorias sobre el psicoanálisis. Press . WSH, editor. Nueva York: Modern Library; 1933.
- 29 Freud S. A general introduction to Psychoanalysis. 2nd ed. Square W, editor. . New York: Washington Square; 1960.
- 30 Watson J. Psychology as the behaviorist views it. 2nd ed. Review P, editor. . Toronto: Psychological Review; 1913.
- 31 Skinner BF. Science and human behavior. xxx ed. xx , editor. New York: . MacMillan; 1953.
- 32 J P. The Psychology of the intelligence. , San Diego CA: Hancourt Brace . Jovanovich; 1950.
- 33 Archer J. Manual de la depresión. 2nd ed. Beckham EE(, Leber WR(, editors. . Erbacm; 1992.
- 34 Problemas que afectan el aprovechamiento escolar en la Adolescencia.  
.
- 35 Palazzo LdS, Béria JU, Tomasi E. Cad. Saúde Pública [serie en Internet]. . [Online].; 2003 [cited 2014 julio 9. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000600010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600010).
- 36 Baena A, Sandoval M, Torres C, Juarez N, Villaseñor S. Revista Digital . Universitaria. [Online].; 2005 [cited 2014 octubre 3. Available from:  
[http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov\\_art110.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf).
- 37 C V, Sanz J. ; Vol. 8(3).  
.
- 38 Assopciation. AP. Criterios Diagnosticcos DSM V. Trastorno Depresivo Mayor. . [Online]. Available from:  
<http://psiquiaticordoba.jimdo.com/2013/10/29/trastorno-depresivo-mayor-criterios-diagn%C3%B3stico-dsm-v-american-psychiatric-association/>.
- 39 Salud OMDI. Organizacion Muindial de la Salud. [Online].; 2007 [cited 2014 abril . 20. Available from:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2007/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2007/es/).
- 40 Rio Seco V. Estudio de Prevalencia de patología psiquiatrica CIE-10. Rev Med. . 2002; 130.
- 41 Thase ME, Howland RH. Biological processes in depression: An updated . review and integration; 1995.
- 42 Antonuccio D, Ward C, Tearnan B. The behavioral treatment of unipolar . depression in adult outpatients. En M. Hersen RMEyPMM, editor. Newbury Park, CA: Sage; 1989.
- 43 Beck AT, Rush A, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nueva



- . York: Guilford; 1979.
- 44 Stravynski A, Greenberg D. d11/j101tx. El tratamiento psicológico de la . depresión. 1992; 85: p. 407-414.
- 45 Diener E SEOS. siteresources. [Online].; 1997 [cited 2014 febrero 18. Available . from:  
 . <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf>.
- 46 Castro Solano A. El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. Revista . Universitaria de Formación de Profesorado. 2009; 23(3).
- 47 Carpio C, Pacheco V, Flores C, Canales C. La naturaleza conductual de la . comprensión. Revista Sonorense de Psicología. 2000 enero; 14(1.2).
- 48 Social MdSyP. guiasalud. [Online]. [cited 2014 abril 7. Available from:  
 . [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_456\\_depresion\\_inf\\_adol\\_avaliat\\_resum.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_resum.pdf)
- 49 Benjet C BGMMMEea. SciELO México. [Online]. México; 2009.
- 50 Kandel D, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. . [Online].; 1986 [cited 2014 Julio 4. Available from:  
 . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3954545>.
- 51 Del Castillo A. Apoyo Social, síntomas depresivos, autoeficacia y bienestar . psicológico en pacientes con diabetes tipo 2. 1st ed. Psicología Fd, editor. México: UNAM; 2010.
- 52 Wagner Fernando GCSGSPCGJJ. Salud Ment. [Online]. México; 2012 [cited . 2014 abril 14. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci_arttext).

# ANEXOS

## ANEXO 1

### EVALUACION DE BIENESTAR PSICOLOGICO EN ADOLESCENTES

Índice de Bienestar Psicológico (OMS\_5)

Edad \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Instrucciones: Muy bien ahora empezaremos con cuestionario, para ello vamos a utilizar este formato de respuestas donde se encuentran 6 que nos van a permitir conocer cómo te has sentido en las últimas dos semanas. Para cada uno de los enunciados que te pido leas elijas y **marques con una X** la respuesta que mejor describa como te has sentido. El 5 significa que te has sentido así todo el tiempo, mientras que el 0 indica que nunca te has sentido así, Las respuestas de en medio te indican opciones intermedias significan que te has sentido así la mayor parte del tiempo, más de la mitad del tiempo, menos de la mitad del tiempo o de vez en cuando.

Por ejemplo: Si te has sentido alegre y de buen humor *todo el tiempo* durante las últimas dos semanas, la respuesta que elegirás el número 5, si nunca te has sentido así elegirás el número 0, y si te has sentido así en algunas ocasiones elegirás cualquiera de las respuestas de lo recuadros que se encuentran en medio .Si no tienes dudas, te pido que contestes tan rápido como sea posible, recuerda que no hay buenas ni malas Responde con sinceridad.

REACTIVO	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
	5	4	3	2	1	0

1.- Me he sentido alegre y de buen humor	5	4	3	2	1	0
2.- Me he sentido tranquilo y relajado	5	4	3	2	1	0
3.- Me ha sentido activo y con energía	5	4	3	2	1	0
4.- Me ha despertado fresco y descansado	5	4	3	2	1	0

5.- Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan	5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---	---

## ANEXO 2

### INSTRUMENTO DE DEPRESION BECK

**Instrucciones:** Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de que leas los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo *subraya la respuesta* que mejor describa la manera en cómo te has sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si tienes alguna duda con respecto a alguno de los enunciados, te pido me lo indiques y con todo gusto despejare tu duda. Para que quede claro, si no hay ninguna duda, te pido contestes tan rápido como sea posible, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

1.-	0. Yo no me siento triste 1. Me siento triste 3. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
2.-	0. En general no me siento descorazonado por el futuro 1. Me siento descorazonado por el futuro 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro 3. Siento que el futuro no tiene esperanza
3.-	0. No me siento fracasado. 1. Siento que he fracasado más que la persona normal. 2. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso completo.
4	0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes . 1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo. 2. Ya nada me satisface realmente. 3. Todo me aburre o me desagrada.
5.-	0. No siento ninguna culpa particular. 1. Me siento culpable buena parte del tiempo. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.
6.-	0. No siento que esté siendo castigado. 1. Siento que puedo estar siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.
7.-	0. No me siento decepcionado en mí mismo. 1. Estoy decepcionado conmigo.

	<p>2. Estoy harto de mi mismo.</p> <p>3. Me odio a mi mismo.</p>
8.-	<p>0. No me siento peor que otros.</p> <p>1. Me critico por mis debilidades o errores.</p> <p>2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.</p> <p>3. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.</p>
9.-	<p>0. No tengo ninguna idea de matarme.</p> <p>1. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.</p> <p>2. Me gustaría matarme.</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad.</p>
10.-	<p>0. No lloro más de lo habitual.</p> <p>1. Lloro más que antes.</p> <p>2. Ahora lloro todo el tiempo.</p> <p>3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.</p>
11.-	<p>0. No me irrito más ahora que antes.</p> <p>1. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.</p> <p>2. Me siento irritado todo el tiempo.</p> <p>3. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.</p>
12.-	<p>0. No he perdido interés en otras personas.</p> <p>1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.</p> <p>2. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.</p> <p>4. He perdido todo interés en los demás.</p>
13.-	<p>0. Tomo decisiones como siempre.</p> <p>1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.</p> <p>2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.</p> <p>3. Ya no puedo tomar ninguna decisión.</p>
14.-	<p>0. No creo que me vea peor que antes.</p> <p>1. Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).</p> <p>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer y/o</p> <p>3. Creo que me veo horrible.</p>
15.-	<p>0. Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.</p> <p>2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.</p> <p>3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>
16.-	<p>0. Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>1. No duermo tan bien como antes.</p> <p>2. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.</p> <p>3. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a</p>

	dormirme
17.-	<p>0. No me canso más de lo habitual.</p> <p>1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.</p> <p>2. Me canso al hacer cualquier cosa.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.</p>
18.-	<p>0. Mi apetito no ha variado.</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como antes.</p> <p>2. Mi apetito es mucho peor que antes.</p> <p>3. Ya no tengo nada de apetito.</p>
19.-	<p>0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos.</p> <p>2. He perdido más de 4 kilos.</p> <p>3. He perdido más de 6 kilos.</p>
20.-	<p>0. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.</p> <p>1. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.</p> <p>2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.</p> <p>3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.</p>
21.-	<p>0. No he notado cambio reciente de mi interés por el romance.</p> <p>1. Estoy interesado por el romance de lo solía estar.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el romance ahora.</p> <p>3. He perdido por completo mi interés por el romance</p>

**Anexo 3**  
**Hoja de información a Profesores y Padres de Familia.**

Le invitamos a participar en un estudio clínico titulado “Depresión y Bienestar Psicológico en estudiantes de Secundaria de Tulancingo, Hidalgo” que se llevará a cabo en coordinación con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y el Centro de Salud Tulancingo a través del Módulo de Salud Mental de los Servicios de Salud de Hidalgo y por Dr. Arturo del Castillo Arreola y L.T.S. Blanca Castro Hernández con número de teléfono 771 1251860.

Tendrán la oportunidad de hablar con el investigador para aclarar todas sus dudas y si decide no participar en el estudio, esto no afectará de ninguna manera a la calidad de sus cuidados médicos futuros. Sin embargo, si decide participar, le rogamos que cumpla dentro de lo posible las instrucciones recibidas.

**Objetivos del estudio**

Determinar la relación entre el nivel de depresión y el nivel de bienestar psicológico y las diferencias por sexo en estas dos variables en adolescentes estudiantes del secundaria en Tulancingo, Hidalgo.

**Actividades del estudio**

Durante el estudio únicamente deberá responder de forma clara, verdadera y completa las preguntas que le realizará un encuestador previamente identificado para tal fin. Le suplicamos contestar con honestidad, pues la realización de este trabajo depende de la veracidad de los datos.

**Realización del estudio**

Se realizará una encuesta por única vez al interior del plantel escolar al 100% de los alumnos, la presente investigación misma en la que deberán responder la totalidad de las preguntas formuladas en cada uno de los instrumentos a aplicar. Solo podrán ser parte de dicho estudio s los alumnos inscritos en la matrícula escolar.

**Posibles riesgos**

Solo implica responder preguntas específicas, sin que esto signifique peligro para su salud en lo absoluto.

**Posibles beneficios**

Conocer cuáles son los niveles de Depresión y Bienestar Psicológico en los alumnos.

Conocer cómo se relacionan estos aspectos en los alumnos.

**Participación voluntaria**

Podrá retirarse algún alumno o no autorizara participe algún alumno y retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que ofrecer explicación alguna sobre sus razones para hacerlo, aunque se ruega encarecidamente que exponga cualquier problema que surja a lo largo del estudio. El abandono del estudio no condicionara en absoluto la atención en el centro de salud de Tulancingo, ni en cualquier servicio que se proporcione tanto dentro como fuera de sus instalaciones. Igualmente, el alumno entrevistado podrá decidir que abandone el estudio si surgiera algún inconveniente.

Todos los datos referentes a la participación en el estudio se registraran en dos instrumentos formulados con preguntas estructuradas, los datos serán capturados en una base de datos para su análisis respectivo, sin mencionar su nombre, de acuerdo con las leyes vigentes nacionales e internacionales relacionadas. Se contempla la posibilidad de que personal autorizado de las autoridades sanitarias realicen una auditoria del estudio para comprobar que se está realizando de forma correcta desde el punto de vista ético y científico, siempre dentro de la más estricta confidencialidad.

**Información adicional**

Sin más por el momento me pongo a sus órdenes y le reitero mis atenciones para cualquier duda que se genere, para lo cual estaré disponible en el teléfono ya mencionado, al inicio, durante o al final del estudio.

#### **Anexo 4**

##### **Carta de consentimiento informado Directores de Centros Escolares.**

#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Tulancingo, Hgo. A \_\_\_\_

**LIC.**

**DIRECTOR DE CENTRO ESCOLAR**

Por medio del presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado “Relación entre depresión y bienestar psicológico en estudiantes de secundaria de Tulancingo, Hidalgo”.

Cuyo objetivo es determinar los niveles de depresión y bienestar Psicológico en los alumnos de este plantel Escuela Técnica No. 60 de Tulancingo, Hidalgo y la relación entre ambos aspectos.

Reconozco que los procedimientos de la investigación descritos en la carta adjunta me han sido explicados y que se ha respondido satisfactoriamente a las preguntas realizadas. De igual manera entiendo que tengo derecho a plantear ahora y en el futuro cualquier pregunta sobre el modelo de intervención, la investigación o los métodos utilizados.

He sido advertido de la participación de los alumnos de la escuela en el estudio así como de los maestros. Comprendo las ventajas y desventajas que pudieran existir. Se me ha asegurado que la información generada será guardada de forma confidencial y que de ninguna información será publicada, incluyendo la identidad de la escuela de los estudiantes o profesores sin mi permiso.



Entiendo que los entrevistados serán libres de retirarse en cualquier momento del estudio, si alguno de los participantes en este estudio no participa o se retira en cualquier momento, la calidad de las atenciones de las que se puede beneficiar, lo mismo que cualquier otro miembro de la escuela no se verá afectada, así como tampoco su situación escolar.

Doy el consentimiento para que incluyan a los alumnos de la escuela en el estudio.

**Atentamente**

**Director de centro escolar**

\_\_\_\_\_

**Testigo nombre y firma**

\_\_\_\_\_

**Testigo nombre y firma**

\_\_\_\_\_

**Anexo 5**

**Carta de consentimiento informado a Padres de Familia.**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

**Tulancingo, Hgo. A \_\_\_\_ .**

**SR. PADRE DE FAMILIA.**

Por medio del presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado “Relación entre depresión y bienestar psicológico en estudiantes de secundaria de Tulancingo, Hidalgo”.

Cuyo objetivo es determinar los niveles de depresión y bienestar Psicológico en su hija/o inscrito en este plantel educativo y la relación entre ambos aspectos.

Reconozco que los procedimientos de la investigación descritos en la carta adjunta me han sido explicados y que se ha respondido satisfactoriamente a las preguntas realizadas. De igual manera entiendo que tengo derecho a plantear ahora y en el futuro cualquier pregunta sobre el modelo de intervención, la investigación o los métodos utilizados.

He sido advertido de la participación de mi hija/o en el estudio así como de los maestros. Comprendo las ventajas y desventajas que pudieran existir. Se me ha asegurado que la información generada será guardada de forma confidencial y que de ninguna información será publicada, incluyendo la identidad de la escuela de los estudiantes o profesores sin mi permiso.

Entiendo que los entrevistados serán libres de retirarse en cualquier momento del estudio, si alguno de los participantes en este estudio no participa o se retira en cualquier momento, la calidad de las atenciones de las que se puede beneficiar, lo mismo que cualquier otro miembro de la escuela no se verá afectada, así como tampoco su situación escolar.

Doy el consentimiento para que incluyan a mi hija/o en el estudio.

**Atentamente**

**Padre de Familia**

**Testigo nombre y firma**

**Testigo nombre y firma**

---

---

---