



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS
QUE DETERMINAN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
DE 17 A 25 AÑOS F.O. 2016.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

RUBÍ GUADALUPE HERNÁNDEZ HURTADO

TUTORA: Mtra. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO

ASESORA: Mtra. LEONOR OCHOA GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Biblioteca Central

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*"Mientras más cerca
te encuentras de las personas
más cerca estas de Dios"*

Agradezco a Dios por regalarme el don de la vida, por encender el cielo de colores y de dulces cantos de pájaros; por esos días en que me rociabas con agua y me sentía viva; por la música de los grillos y el hermoso lucero de las noches. Porque me has puesto en los lugares y momentos precisos. Por la fortaleza para seguir ante aquellas situaciones de desesperanza; me forjaste como ser humano, por eso hoy estoy aquí. Gracias por amarme tanto.

A la vida misma, que día con día me asombra con su magia en experiencias maravillosas que he podido disfrutar.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, alma mater de profesionistas de calidad y talento. Que me acogió desde mi llegada a la Escuela Nacional Preparatoria y posteriormente en la licenciatura, siempre supe que este era mi lugar.

A la Facultad de Odontología, que me recibió con los brazos abiertos a emprender este viaje de convertirme en profesionista. Ser alumna de la mejor escuela de odontología del país me llena de gran orgullo y aún más satisfacción representarlos en el 80 aniversario del Premio Dr. Gustavo Baz Prada.

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar, creer en mí y mis expectativas; por acompañarme en este largo camino, por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida. Ustedes formaron el ser humano que soy.

A mi querido hermanito; Vladimir me enseñas tanto día con día, agradezco me permitas ser parte de tu vida y que estos logros no son solo míos, son tuyos también, te los comparto con todo el amor del mundo que tengo para ti, te amo.

A mi abuelita Epifanía†, por apoyarme desde que nací, por enseñarme lecciones y aprendizajes de vida que llevó a todas partes conmigo. Me encantaría estuvieras aquí disfrutando de este momento, sé que siempre estuviste muy orgullosa de mí al igual que yo lo estoy de ti, fuiste una gran

mujer fuerte, valiente, tenaz, admirable y digna de mi total respeto y amor. Donde quiera que te encuentres disfrútalo, éste logro es para ti. De aquí al cielo te amo.

A mí tía Josefina Hurtado, por confiar en mí y brindarme su apoyo durante todo mi recorrido académico.

A la Mtra. Leonor García, Mtro. Saúl Duffo, Mtra. Arcelia Meléndez, agradezco sinceramente su esfuerzo y dedicación, sus conocimientos, su orientación, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y motivación que han sido fundamentales para realizar este trabajo. Han inculcado en mí un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa. A ustedes mi lealtad y admiración.

Al C.D. Juan Carlos Rodríguez Avilés por permitirme formar parte de su equipo de brigadas rurales, en cada jornada me impulso a dar lo mejor de mí. Pertenecer a este programa de servicio social es la más grande satisfacción de mí vida.

A mis profesores que compartieron sus conocimientos y me formaron como profesionista.

A mis amigos, Pedro, Vicky, Noemí, Laura, Alfredo, Antonio, Carlos, Ernesto, Esther, Carmen, Gloria, Cheche, Duncan y Cris que me han enseñado a vivir de una mejor manera, sin ustedes no sería igual y este sueño tampoco. Este es mi lugar. Estoy viva y no morí! Los quiero.

A Maggy† que siempre me acompañaste en mis noches de desvelo, nunca me dejaste sola. Tu calor y tu cariño me mantenían dando lo mejor de mí.

A Chanchito, conocerte fue una causalidad y ha sido una gran aventura compartirte contigo, la ayuda que me has brindado ha sido sumamente importante; estuviste a mi lado inclusive en los momentos y situaciones más complicadas, siempre ayudándome, apoyándome, impulsándome y motivándome. Me has ayudado hasta donde te es posible, incluso más que eso. Muchas gracias amor.

“Sólo por hoy seré feliz. Está verdad que dijo Abraham Lincoln: casi todo el mundo es tan feliz como se propone. Hoy la pondré en práctica.”

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES	7
2.1. Definición del trastorno depresivo	7
2.2. Características del episodio depresivo	10
2.3. Síntomas y trastornos asociados	12
2.4. Pruebas de tamizaje para el trastorno depresivo	15
2.5. Escala de desesperanza de Beck	17
2.6. Factores de riesgo del trastorno depresivo	19
2.7. Epidemiología del trastorno depresivo	21
2.8. Efectos del trastorno depresivo	22
2.9. Tratamiento y prevención	25
2.10. Calidad de vida	28
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
4. JUSTIFICACIÓN	30
5. HIPÓTESIS	31
6. OBJETIVOS	31
6.1. General	31
6.2. Específicos	31
7. METODOLOGÍA	32
7.1. Material y método	32
7.2. Tipo de estudio	32
7.3. Población de estudio	32
7.4. Muestra	33
7.5. Criterios de inclusión	33
7.6. Variables de estudio	33
7.7. Consideraciones éticas	33
8. RESULTADOS	34
9. CONCLUSIONES	44
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
11. ANEXOS	54

1. INTRODUCCIÓN

Ser universitario, joven y estudiante de la Facultad de Odontología en la Universidad Nacional Autónoma de México implica una gran responsabilidad, ya que esto representa ser parte de una de las mejores universidades de América Latina y más aún, de una de las más sobresalientes instituciones formadoras de recursos humanos para la salud bucal tanto del país como de Latinoamérica.

Los jóvenes universitarios que conforman la más reciente matrícula de la Facultad de Odontología se encuentran inmersos en un proceso de transición del nivel medio superior al superior y los alumnos del cuarto grado tienen ya un alto nivel de presión por concluir el ciclo escolar sin adeudos e incorporarse a la clínica periférica. Estos factores aunado a crisis económicas, conflictos familiares, rupturas amorosas, pérdida de alguno de los padres, mala alimentación, estrés, relaciones interpersonales rotas, consumo en exceso de sustancias adictivas son factores que dificultan el desempeño académico, así como su calidad de vida y por ende afectan su estado de salud físico y mental, frecuentemente desencadenando en un trastorno depresivo.

En general, los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la calidad de vida de las personas, la familia y la sociedad como un conjunto. La depresión pertenece al grupo de trastornos afectivos cuyas principales causas ocasionan discapacidad al individuo y en un grado más alarmante el suicidio consumado. Existen diversos métodos diagnósticos para este padecimiento. Entre ellos se conoce el uso de escalas de medición autoaplicadas, como la escala de desesperanza de Beck, que ha permitido conocer la prevalencia de la entidad en diversos grupos poblacionales. Estas escalas son usadas tanto de forma clínica como para investigaciones.

En la actualidad las alternativas de tratamiento son producto de un avance en la farmacología e intervenciones basadas en modelos conductuales así como psicosociales. Esto ha permitido que la calidad de vida de las personas que sufren este trastorno se vea mejorado. Sin embargo, aún existen individuos sin ser diagnosticados y sin tratamiento por el tabú, la estigmatización y el rechazo que conlleva padecer algún trastorno mental. Si leemos las últimas noticias periodísticas publicadas meses atrás en la Ciudad de México, se notará el aumento de muertes por jóvenes suicidas principalmente en el Sistema de Transporte Colectivo Metro (STCM), por lo que para el mundo y para México sigue siendo un problema grave de salud pública.

2. ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

2.1. Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como depresión a un trastorno mental frecuente, que tiene como características la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Ésta puede llegar a volverse crónica o recurrente, que en su forma más grave, puede conducir al suicidio.¹La OMS prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo sólo después de las patologías cardiovasculares.¹⁹

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) lo clasifica dentro de los trastornos del estado de ánimo que tienen como componente principal una alteración del humor. Y lo va a dividir en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. El trastorno depresivo mayor, debe de contar con al menos dos semanas de pérdida de interés acompañados por mínimo otros cuatro síntomas de depresión.²



Fuente: ⁴⁶

Si hablamos del trastorno distímico, éste se identifica por al menos dos años en los que hubo más días con estado de ánimo depresivo además de otros síntomas que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. En el caso de un trastorno depresivo no especificado, se van a tomar en cuenta los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor o trastorno distímico.²

Además, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) divide a los episodios depresivos típicos como leves, moderados o graves. En un episodio depresivo leve, suelen estar presentes dos o tres de los síntomas. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

Cuando hablamos del episodio depresivo moderado, normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias. Y por último el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, se caracteriza por varios síntomas marcados que afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas somáticos.¹⁶



*Fuente:*⁴⁷

Asimismo el episodio debe contener molestias físicas significativas de deterioro social, laboral y en diferentes áreas de la actividad del sujeto. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal. En algunos individuos con episodios leves su desarrollo diario puede considerarse como normal pero la realidad es que llevar a cabo sus actividades cotidianas representa un esfuerzo trascendental.^{2,16}

Cuando se realiza un interrogatorio al sujeto en cuestión para saber cómo se siente, éste lo describe como sentirse deprimido, triste, desesperanzado, desanimado de llevar a cabo sus pasatiempos que antes disfrutaba. La presencia de un estado de ánimo depresivo puede notarse en la expresión facial, incluso se observa al sujeto al borde del llanto y su comportamiento va desde quejas somáticas, alta irritabilidad, inestabilidad y en algunos sujetos se nota una disminución significativa del deseo sexual.

Es notable mencionar, que la mayoría de las veces que hay un episodio depresivo éste va precedido de algún estrés psicosocial, donde puede ser la pérdida del empleo, la separación conyugal, una ruptura amorosa, el divorcio de los padres o de una pareja, problemas escolares, entre otros. Y todo esto es frecuentemente notado por los familiares.²



*Fuente:*⁴⁸

2.2. Características del episodio depresivo

Para considerarse como estado depresivo, debe de contar con un período de mínimo dos semanas en el que existe un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.^{2,16}

El individuo además debe experimentar cuatros síntomas que deben mantenerse la mayor parte del día y diario como lo son cambios de apetito que pueden disminuir o aumentar con una predilección por los hidratos de carbono y que estas alteraciones en el apetito sean en la dirección que sean representaran una pérdida o ganancia significativa de peso.



*Fuente:*⁴⁹



*Fuente:*⁵⁰

En las alteraciones del sueño es muy frecuente el insomnio medio que se manifiesta despertándose durante la noche y tener dificultad para volver a dormir, aunque también se puede presentar el insomnio tardío donde la persona se despierta demasiado pronto y el insomnio inicial con problemas para conciliar el sueño.

Aunque menos frecuente puede presentarse hipersomnia en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o diurno. En la actividad psicomotora se encuentra la agitación o enlentecimiento que deben ser lo bastantes graves para que sean observados por los demás y no ser solamente una sensación subjetiva. Es frecuente observar falta de energía, cansancio o fatiga, aquí la persona afectada nos puede describir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico e incluso ante

el menor trabajo, esto conlleva una reducción en la eficacia con la que se llevan a cabo las tareas cotidianas del sujeto.



Fuente: ⁴⁹

Los sentimientos de infravaloración o culpa pueden implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor, preocupaciones, culpa a pequeños errores del pasado además tienen un exagerado sentimiento de responsabilidad por las dificultades. Otros individuos refieren dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones que pueden dar la impresión de ser sujetos que se distraen con facilidad o se quejan de la falta de memoria, suelen tener ocupaciones laborales o estudios de una exigencia intelectual, es decir un desarrollador web ya no es capaz de realizar tareas complicadas que antes sí podía llevar a cabo.



Fuente: ⁴⁹

En otros casos como niños y adolescentes una disminución en sus calificaciones escolares pueden reflejar falta de concentración. Los síntomas de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, así también se menciona que las manifestaciones de los síntomas pueden variar con la edad.

También hay pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Estas ideas van desde creer que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos recurrentes sobre el hecho de suicidarse o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio.²



Fuente: ⁵¹

2.3. Síntomas y trastornos asociados

Los síntomas más frecuentes son:²

- Llanto
- Irritabilidad
- Tristeza
- Conductas obsesivas
- Ansiedad
- Fobias
- Preocupación excesiva por la salud física
- Quejas somáticas

- Crisis de angustia
- Problemas para relaciones personales
- Problemas en la actividad sexual
- Problemas matrimoniales
- Problemas laborales
- Problemas escolares como ausencias o fracaso escolar
- Abuso de alcohol u otras sustancias
- Aumento en la visita a los servicios médicos



La cultura también puede influir si se tienen en cuenta las interacciones étnicas y culturales.

Fuente: 49, 52, 53

SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON INTERACCIONES ÉTNICAS Y CULTURALES ²

CULTURA	SÍNTOMAS DEPRESIVOS SOMÁTICOS
<i>Latinas y mediterráneas</i>	Quejas de los nervios y cefaleas.
<i>China y asiáticas</i>	Debilidad, cansancio o falta de equilibrio.
<i>Medio oriente</i>	Problemas cardíacos.

La American Psychiatric Association propone un cuadro con criterios para diagnosticar el episodio depresivo mayor ².

▪ Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
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 cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de 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 no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Fuente: ²

2.4. Pruebas de tamizaje para el trastorno depresivo

Los instrumentos de tamizaje constituyen herramientas prácticas, económicas, válidas y confiables para la detección oportuna de probables problemas; además poseen utilidad metodológica y logística que proporcionan un acercamiento para la detección de posibles casos clínicos de depresión.²⁶

PRUEBAS DE TAMIZAJE MÁS COMUNES PARA DETECTAR DEPRESIÓN ²¹⁻²⁹	
Nombre	Descripción
Escala de desesperanza de Beck ²¹	Instrumento de autoaplicación diseñado para medir el grado de depresión en adolescentes y adultos. Consta de 20 reactivos con opciones de respuesta falso o verdadero. Evalúa 3 indicadores: el afectivo, el motivacional y el cognitivo.
Inventario de depresión de Beck II ^{22,23,24}	Es un autoinforme que detecta y evalúa la gravedad de la depresión en adolescentes y adultos. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta, sino que describe los síntomas clínicos. Compuesto por 21 ítems de tipo Likert, con 4 opciones de respuesta y 4 categorías de nivel de severidad como ausente, leve, moderado y severo.
Escala autoplicada de depresión de Zung ²⁴	Está compuesta por 20 frases relacionadas con la depresión tipo Likert. La primera mitad está formulada en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Esta escala se basa en 4 grupos de síntomas; psicoafectivos, psicomotores,

	psicológicos y fisiológicos. Y da 4 categorías de impresión; sin psicopatología, depresión mínima a leve, depresión moderada y depresión severa.
Escala de depresión de Hamilton (HDRS) ²⁵	Escala heteroaplicada diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión. Consta de 17 ítems. Evalúa de la siguiente manera; no deprimido, depresión ligera/menor, moderada, severa, muy severa.
Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) ²⁶	Escala de tamizaje para detectar probables casos de depresión. La medición que arroja es estructurada, breve en forma de autorreporte. Consta de 20 reactivos que indagan en datos de la última semana y estos son; afecto deprimido, síntomas somáticos, retardo psicomotor y problemas en las relaciones interpersonales.
Escala de Birleson (DSRS) ²⁶⁻²⁹	Fue diseñada para la cuantificación de la severidad de los síntomas depresivos en niños y adolescentes. Es una escala autoaplicable tipo Likert que consta de 18 reactivos, donde todos pueden puntuar de 0 a 2 siendo la máxima calificación 36.

2.5. Escala de desesperanza de Beck

Se entiende por desesperanza a la percepción de una imposibilidad de lograr cualquier cosa, de que no hay nada que hacer ni ahora ni nunca, establece una resignación forzada o el abandono de una ambición o sueño. Esta desesperanza se ha notado presente en poblaciones no clínicas como son amas de casa, estudiantes y población abierta, así como también se presenta en diferentes niveles.³⁹

Antes de 1969 se consideraba a la desesperanza como un estado de sensación difuso, vago y amorfo y, por lo mismo difícil de medir. Stotland propone por primera vez la posibilidad de que un sujeto con desesperanza pudiera ser detectado objetivamente.³⁶

Es hasta que cinco años más tarde, en 1974 que Beck, Weissman, Lester y Trexler definen la desesperanza a partir de la teoría cognitiva-conductual. Entonces propusieron la medición de la desesperanza con un instrumento de tamizaje diseñado para mostrar las expectativas negativas del futuro sobre él. La prueba está formada con 20 ítems con dos opciones de respuesta, verdadero y falso. Los ítems que indican desesperanza (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, así que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0.^{36,38}

Puntajes en la Escala de Desesperanza de Beck ³⁸

<i>Rango normal o asintomático</i>	0-3
<i>Leve</i>	4-8
<i>Moderado</i>	9-14
<i>Severo</i>	15-20

El cuestionario de desesperanza de Beck fue validada en pacientes internados por intento suicida. La fiabilidad reportada fue de .93. Ésta prueba pronostica mejor el riesgo suicida, éste se verá identificado con un punto de corte mayor a 9.

Su análisis factorial es de tres componentes conocidos como la tríada cognitiva:^{36,38}

- ❖ El componente afectivo; da una visión negativa de sí mismo, está en torno del entusiasmo, la esperanza, la fe, la felicidad y los buenos tiempos.
- ❖ El componente motivacional; aquí tiene una visión negativa del funcionamiento presente. Hay pérdida motivacional, esto tiene que ver con rendirse, decidir no querer hacer nada y no tratar de conseguir lo que uno desea.
- ❖ El último componente es el factor cognitivo; donde se tiene una visión negativa, éste anticipa lo que será la vida en un futuro oscuro; obtener buenas cosas, que las cosas no tengan resultado y que el futuro sea vago e incierto.

Es así que, la persona desesperanzada o también conocida como pesimista, piensa que nunca podrá salir adelante por sí misma, que nunca tendrá éxito en lo que ella intente, que nunca podrá alcanzar objetivos importantes y que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida.

En México se han realizado investigaciones aplicando la escala de desesperanza de Beck en muestras clínicas y no clínicas, como a pacientes adultos en hospitales psiquiátricos con intentos suicidas, pacientes hospitalizados que padecían alguna enfermedad o condición psiquiátrica y en adultos de consulta médica externa. En muestras en estudiantes que cursan la universidad y la educación media superior.^{36,37}

2.6. Factores de riesgo del trastorno depresivo

La OMS define a un factor de riesgo como, cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Los factores de riesgo más importantes son; insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.³⁰⁻³¹

Se sabe que la depresión como la gran parte de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre una serie de factores involucrados como lo son los factores biológicos, genéticos, de desarrollo y del contexto que interactúan con las características individuales.

En México entre las variables asociadas a la depresión se encuentran³²:

- Ser mujer
- Tener un nivel bajo socioeconómico
- Estar desempleado
- Aislamiento social
- Tener problemas legales
- Vivir con violencia
- Inseguridad o crisis económicas
- Consumir sustancias adictivas
- La migración
- Estado civil

Por otro lado, los hombres viven asaltos, son testigos de accidentes con y sin arma de fuego que implico lesiones o la muerte a otra persona, etc. Alrededor del 2.3% de las mujeres y el 0.5% de los hombres desarrolló estrés post traumático y se calcula que un 20% de las personas en total que han sufrido un evento violento presentó depresión.³²

En el caso de las mujeres, éstas presentan mayor prevalencia de situaciones como el abuso sexual, violencia física ejercida sobre ellas por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Una proporción significativa de mujeres describen un empeoramiento de los síntomas del episodio depresivo mayor unos días antes del inicio de la menstruación. Pero también se da depresión en la etapa gestante y posparto (DPP).²

Los factores de riesgo de depresión para la gestante son; embarazo no planeado, ser madre soltera, ideación suicida, no ser el primer embarazo, falta de apoyo social y trastorno depresivo previo. La depresión posparto no es muy diferente de la depresión en otro momento de la vida. La OMS sugiere que una de cada cinco parturientas sufre de DPP.³⁴ Los factores de riesgo para DPP son; ansiedad prenatal, escaso apoyo social, eventos estresantes recientes, experiencias traumáticas, baja autoestima, conflictos de pareja, factores obstétricos, nivel socioeconómico, escolaridad y antecedentes familiares de depresión.^{19,33}

Otros factores asociados son el estado civil donde hay una mayor asociación de depresión en las personas divorciadas y viudas; así como el nivel bajo de educación.⁴ Un estudio en 2005 señala que no hay discrepancias significativas en cuanto a la prevalencia de trastornos depresivos por nivel socioeconómico pero si destaca que las personas que viven en condiciones de pobreza muestran una depresión más grave que quienes viven en mejores condiciones económicas.¹⁹

Los jóvenes estudiantes son una población vulnerable para desarrollar depresión, pues se encuentran sumergidos en un proceso de transformación y de acomodados a nivel personal e interpersonal, lo que puede afectar su desempeño académico y producir conductas de riesgo. Algunos logran realizar estos ajustes de manera satisfactoria pero otros no lo consiguen.²⁰ Esta población presenta algunos

problemas como presencia de violencia, además de bajo rendimiento escolar, problemas suicidas, consumo de alcohol, tabaco, así como consumo de otras drogas y finalmente depresión.^{20,19}



*Fuente:*⁵⁴

2.7. Epidemiología del trastorno depresivo

La OMS estima que en el mundo alrededor de 350 millones de personas padecen depresión, con prevalencias que van entre 3.3% y 21.4%. Éste trastorno es frecuente en todo el mundo y se cree que comienza en edades tempranas.^{34,5}

Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. La prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% en los varones y 9.5% en las féminas. La proporción de depresión es 2:1 predominantemente en mujeres.^{17,19,35} Las prevalencias en EUA, Europa y Brasil son mayores ya que el 15% de la población ha tenido depresión alguna vez en la vida. En el caso de países como Colombia, Chile y México sus prevalencias son similares.¹⁹

Actualmente la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es la fuente de información disponible referente a la depresión en México, realizada entre 2001 y 2002.⁴ Es una encuesta con una muestra

probabilística y representativa de la población urbana, que incluyó a 5,782 participantes en un rango de 18 a 65 años de edad.³ De acuerdo a los resultados que arrojó esta encuesta, el 9.2% de la población ha vivido un trastorno depresivo en el transcurso de su vida. Kessler menciona que una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de los 75 años.⁵ Un estudio que realizó Slone en 2006 encontró que la edad, el sexo y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión.⁶

En México, en el caso de los jóvenes, se sabe que al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de los 21 años.⁷ La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes menciona que 7.2% de los jóvenes de la CDMX que van de los 12 a los 17 años, tuvieron un trastorno depresivo en el último año y la mitad de los casos fueron calificados como graves.⁸



Fuente: ⁵⁵

2.8. Efectos del trastorno depresivo

Entre los efectos que tiene el trastorno depresivo se encuentra el alto grado de discapacidad que ella misma genera y que conlleva un impacto muy elevado en la salud pública. El individuo que cursa por un estado depresivo tiene mayor discapacidad debido al trastorno mental en comparación con los trastornos físicos. Esto es debido a la discapacidad social ya que se encontró que la discapacidad en las

tareas cotidianas por trastornos físicos y mentales fue similar. En México se estima que los sujetos que padecieron algún tipo de trastorno mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos en el caso de haber sido grave y aproximadamente 7 si se consideró de gravedad moderada.^{3, 9-10}

Pero no sólo los efectos se limitan a la discapacidad individual, existen numerosos estudios en diferentes países que mencionan la presencia de otros problemas de salud ya sean físicos o emocionales conjuntos con los estados depresivos, entre los que destacan las enfermedades del corazón, hipertensión arterial, diabetes mellitus, desnutrición, síndrome del colon irritable, trastorno de ansiedad, enfermedad de Parkinson, ideación suicida y suicidio.^{3,11-14}



Fuente: ⁵⁶

El resultado más grave de un episodio depresivo es la ideación suicida o el suicidio consumado. El riesgo suicida es principalmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo simultáneo de sustancias.²

Hoy en día, el suicidio es un problema de salud pública que puede ser prevenible, pues causa casi la mitad de todas las muertes violentas en el mundo. Constituye un problema complejo cuyas causas responden a factores de riesgo biológico, psicológico y social que afecta a la

población joven.⁴⁰ Cada año se suicidan cerca de un millón de personas de todos los grupos etarios, muchas de las cuales padecen depresión.³⁴ Las estimaciones realizadas por la OMS indican que para el 2020 el número de decesos podría incrementarse a 1.5 millones.^{39,40}



Fuente: ⁵⁷

Los factores de riesgo asociados al suicidio son múltiples y se encuentran interrelacionados unos con otros. Hay investigaciones que mencionan que se puede categorizar en grupos como lo son; individuales, familiares, socioambientales y estresores de la vida diaria.^{39,41}

Cuando hablamos de los factores de riesgo individuales podemos mencionar a la depresión, ansiedad, consumo de sustancias adictivas, emociones y sentimientos negativos entre ellos baja autoestima, soledad y desesperanza. En el caso de los factores de riesgo familiares podemos mencionar suicidio de algún miembro de la familia, historia de enfermedad mental, problemas en la relación con los padres e hijos, comunicación conflictiva, disfunción familiar. Por otro lado, los factores socioambientales y estresores, problemas socioeconómicos, violencia, abuso sexual, sufrir pérdidas amorosas, de algún familiar o cónyuge.
^{39,41}



Fuente: ⁵⁸

Para México, el número de suicidios ha hecho que se considere como un problema de salud pública ya que se ha notado que las tasas de morbilidad se han incrementado.



Fuente: ⁵⁹

2.9. Tratamiento y prevención

La OMS ha publicado que la depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento y menciona dos tipos de tratamientos, el psicosocial y el farmacológico. Sin embargo la clave del éxito se encuentra en una atención multidisciplinaria para combinar recursos de acuerdo a las necesidades de cada paciente.^{3,34}

De estos tratamientos sólo la mitad de los sujetos con depresión reciben atención especializada. Por ello la OMS colabora con los países para aumentar el acceso a tratamientos oportunos.

Hasta la fecha se ha planteado a nivel mundial que el tratamiento más adecuado para el sujeto en cuestión es el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal. También el uso de una terapia psicoeducativa grupal para mujeres con prominente sintomatología depresiva muestra ser una buena elección. Este tipo de intervención está siendo difundido por el Instituto Nacional de Psiquiatría.¹⁹



Fuente: 60-63

TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN ⁴²		
Alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del SNC	Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Citalopram Escitalopram Fluoxetina Paroxetina
	Antidepresivos nóveles	Bupropión Mirtazapina
	Antidepresivos de acción dual	Venlafaxina Duoxetine

Alteran la función de la serotonina o de la noradrenalina a nivel del SNC	Antidepresivos tricíclicos y los tetracíclicos	Clomipramina Imipramina
	Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)	Selegnina Tranilcipromina
	Antidepresivos atípicos	Trazodona Viloxazina Mianserina

TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS⁴²	
Enfoques cognitivo-conductuales (Aaron Beck y Albert Ellis)	Se propone la aplicación de técnicas conductuales. Esto se basa en modificar pensamientos y por consiguiente los sistemas de creencias asociados por medio de técnicas cognitivas y conductuales.
Terapia de la Conducta (Peter M. Lewinsohn, Beach & O'Leary, Jacobson, Dobson, E., Schmaling & Salusky)	En la terapia conductual se tienen 3 modalidades de aplicación: 1) Programa de Actividades Agradables. 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales. 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión.

Terapia cognitiva de Beck

Dentro de esta terapia se plantea la tríada cognitiva. Se menciona que si hay influencia cognitiva enseguida se ve un cambio del estado de ánimo y por ello cambios de conducta por medio de estrategias para tratar diversos trastornos mentales.

Hasta ahora no se tiene información específica de cual antidepresivo es mejor entre uno y otro al realizar una comparativa según sus efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos y por ende una mejor elección del fármaco, todo dependerá de la tolerancia del paciente.

El suicidio es prevenible siempre que se cuente con información, programas preventivos y tratamientos oportunos.⁴⁰

2.10. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida aparece en la década de los sesenta, asociándose primeramente, con las condiciones materiales en que se desarrollan los sujetos.

La OMS la define 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, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.⁶⁵

En este tenor el concepto de calidad de vida es multidimensional y polivalente, y se encuentra inmerso el estilo de vida, la vivienda, la

satisfacción en el empleo, la escuela, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la criminalidad, la contaminación del medio ambiente, la situación económica, etc.^{66,67} Conceptualizándose de esta manera de acuerdo con un sistema de valores, perspectivas y estándares que varían de individuo a individuo. Y que por lo tanto consiste en una sensación de bienestar que puede ser experimentada por los sujetos tanto de sensaciones subjetivas como personales.

Para Alfonso García la calidad de vida se verá reflejada como el resultado de un acercamiento cuantitativo estricto, principalmente enfocado a la economía de cómo viven las personas. Y de esta manera se relaciona con el nivel de satisfacción que a una persona le proporcionan sus condiciones de vida cuando las compara, en base a criterios personales y otras situaciones.⁶⁴

En el caso de la práctica médica, ésta tiene como objetivo resguardar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, esto quiere decir que se encuentra asociada con la salud, la funcionalidad del organismo y la ausencia de enfermedad.

Para poder evaluar los elementos subjetivos de la calidad de vida, se requiere de un método para recabar la información del sujeto. Hay numerosos instrumentos que permiten llevar a cabo la medición, estos son cuestionarios o encuestas que permitirán calcular de manera cuantificada los problemas de salud. Estas mediciones pueden usarse para hacer programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar grupos con diagnósticos específicos.^{66,67}

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trastorno depresivo en jóvenes universitarios es más común de lo que se cree. Afecta sus relaciones interpersonales, su desempeño académico, la convivencia con su familia; se afecta todo su entorno. Muchas veces buscan una salida en un consumo excesivo de sustancias nocivas para la salud, relaciones destructivas, violencia, etc., donde la consecuencia más severa para el individuo, su familia y la sociedad es el suicidio.

La información sobre depresión en este grupo poblacional es basta ya que son un grupo vulnerable así como de algunos factores de riesgo pero si el docente desconoce el evento que condiciona el comportamiento de sus alumnos puede ser un descalificador más en la lista lo que estaría afectando al alumno en el proceso de enseñanza aprendizaje.

4. JUSTIFICACIÓN

Con la presente investigación se podría identificar la proporción de alumnos con estados depresivos lo que permitiría canalizarlos para recibir una atención especializada oportuna a cualquier hospital del sector salud.

Además, la difusión de los resultados será de utilidad al cuerpo académico para diseñar una estrategia diferente de evaluación y no llevar al alumno con depresión al límite y lograr que éstos adquieran los conocimientos a su ritmo, sin un factor que desencadene un episodio depresivo.

5. HIPÓTESIS

Hi

Existen diferencias estadísticamente significativas de depresión y calidad de vida por sexo.

Ho

No existen diferencias estadísticamente significativas de depresión y calidad de vida por sexo.

6. OBJETIVOS

6.1. GENERAL

Determinar los factores de riesgo psicológicos y el perfil de depresión que afectan la calidad de vida en adultos de 17 a 25 años.

6.2. ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar el perfil de depresión que tienen los adultos inscritos en la Facultad de Odontología de la UNAM por sexo y edad.
- ✓ Determinar la calidad de vida mediante la aplicación de la escala de desesperanza de Beck.

7. METODOLOGÍA

7.1. Material y método

El presente estudio se llevó a cabo en la Facultad de Odontología de la UNAM donde participó una muestra de alumnos de primero, segundo y cuarto grado del turno matutino en licenciatura.

Para determinar la prevalencia de depresión se diseñó una encuesta sociodemográfica y se seleccionó para el estudio la escala de desesperanza de Beck que se caracteriza por ser un instrumento diseñado para reflejar las expectativas negativas de los participantes. Consta de 20 ítems con opciones de respuesta entre verdadero y falso. Además se solicitó la firma del consentimiento de los alumnos para manejar de manera anónima los cuestionarios para los fines que se perseguía en la investigación.

La información se capturó en un programa estadístico Excel 2016 de la paquetería ofimática Microsoft Office en un sistema nativo Windows 10, posteriormente se realizaron tablas y gráficos para analizar así como presentar los resultados de la investigación en términos de promedio de edad, cálculo de los índices, puntaje en porcentaje y proporción, asimismo los resultados serán representados en gráficas de pastel, barras y con cuadros de cruce de variables.

7.2. Tipo de estudio

Descriptivo transversal.

7.3. Población de estudio

Estudiantes de la Facultad de Odontología inscritos en el período escolar 2016-2017.

7.4. Muestra

La muestra total de alumnos fue de 237, de estos 142 corresponden a primer grado, 81 de segundo grado y 14 alumnos del cuarto grado de licenciatura.

7.5. Criterios de inclusión

- ✓ Alumnos que contestaran en su totalidad la encuesta.
- ✓ Estar inscritos en el turno matutino.
- ✓ Formularios sin tachaduras o enmendaduras.
- ✓ Formularios totalmente contestados.

7.6. Variables de estudio

- Variable dependiente: Depresión y calidad de vida.
- Variable independiente: Edad, sexo y experiencias socio familiares previas.

7.7. Consideraciones éticas

El presente estudio no constituyo daño alguno para la salud física y emocional de los encuestados. Se siguieron las recomendaciones que en este concepto tiene la ley general de salud en materia de investigación y los principios propuestos por la UNESCO y la carta de Ottawa así como la declaración de Helsinki.

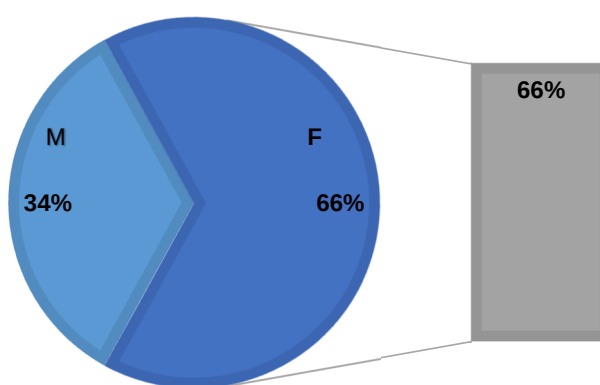
8. RESULTADOS

En el presente estudio participaron 237 individuos, el 34% de la población estudio corresponde al sexo masculino y el 66% corresponde al sexo femenino. La edad promedio fue de $19.27 \pm$ de años (DE 1.67). Al analizar los resultados por distribución de grupos etáreos se observó que los grupos con mayor número de personas es el de 17 a 18 años y de 21 a 22 años.

Tabla 1 Distribución porcentual por edad y sexo de una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM.2016.		
Grupo de edad	M	F
17-18	39 %	61%
19-20	29%	71%
21-22	36%	64%
23-25	20%	80%

Fuente directa

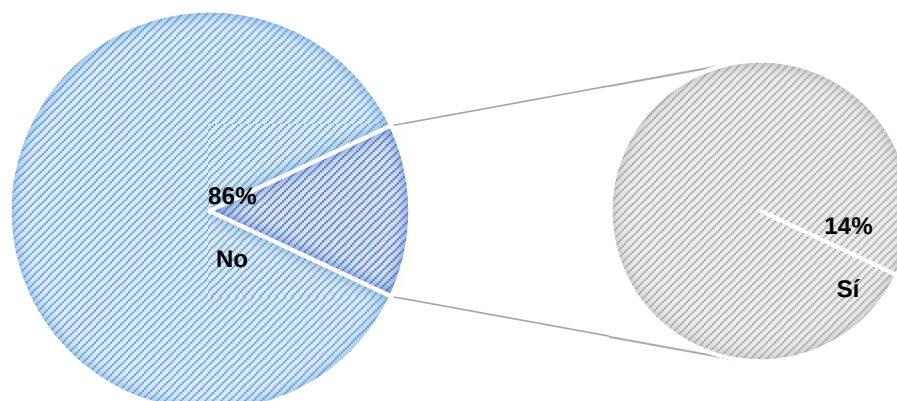
Gráfica 1
Distribución porcentual por sexo de una
muestra de estudiantes universitarios.
FO. UNAM. 2016.



Fuente directa

Respecto a variables sociodemográficas como ocupación el 86% manifiesta que no labora y el 14% si lo hacen.

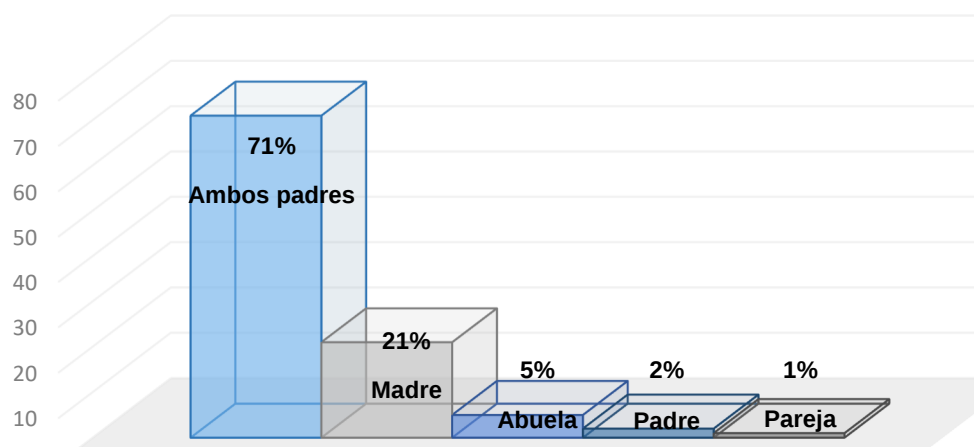
Gráfica 2
Distribución porcentual sobre ocupación de una muestra
de estudiantes universitarios . FO. 2016.



Fuente directa

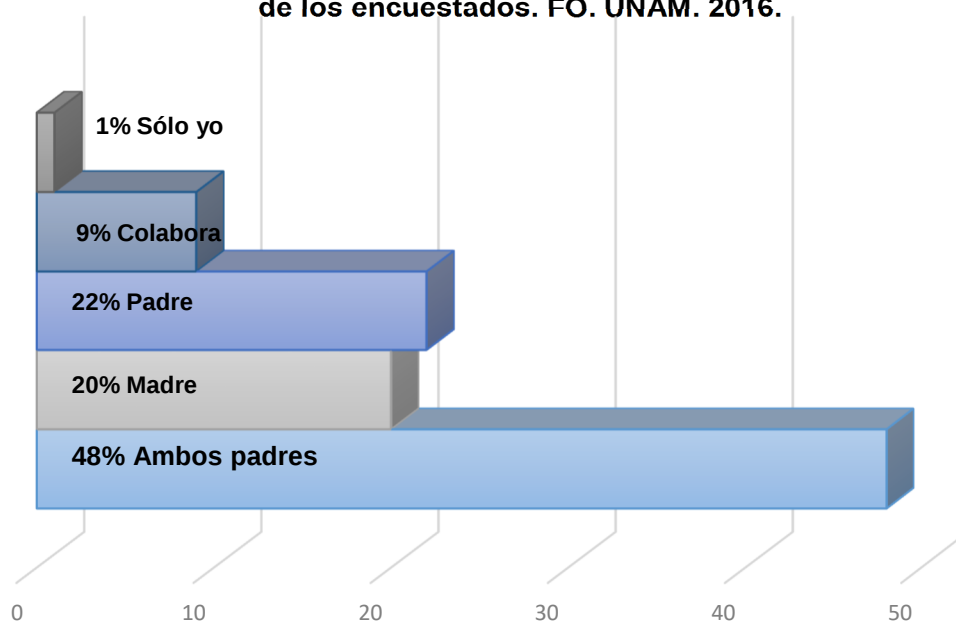
Cuando se cuestionó acerca de con quien vive el 71% de los encuestados refirió vivir con sus padres y sólo el 1% vive en pareja. Al respecto se identificó que ambos padres son los que solventan el gasto de su carrera profesional en un 48% y sólo el 9% colabora, como podemos observarlo en la gráfica 3 y 4.

Gráfica 3
Distribución porcentual de vivienda de una muestra de estudiantes universitarios. FO.UNAM. 2016.



Fuente directa

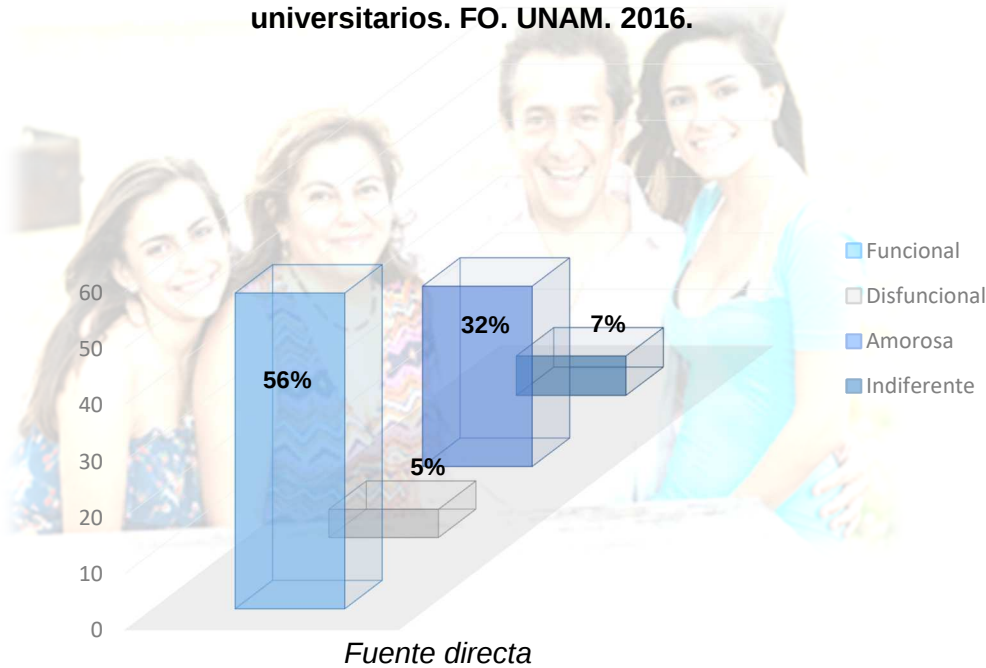
Gráfica 4
Distribución porcentual sobre quien solventa la carrera profesional de los encuestados. FO. UNAM. 2016.



Fuente directa

Dentro del cuestionamiento sobre la relación entre sus padres, obsérvese la gráfica 5 que nos muestra que el 56% calificó la relación como funcional, el 7% como indiferente, y sólo el 5% cómo disfuncional.

Gráfica 5
Relación afectiva entre padres de una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



Sobre el consumo de sustancias al menos una vez por semana de alcohol, tabaco, cigarro de otro tipo y estupefacientes el 2% consume éstos y el 1% cigarrillo de otro tipo.

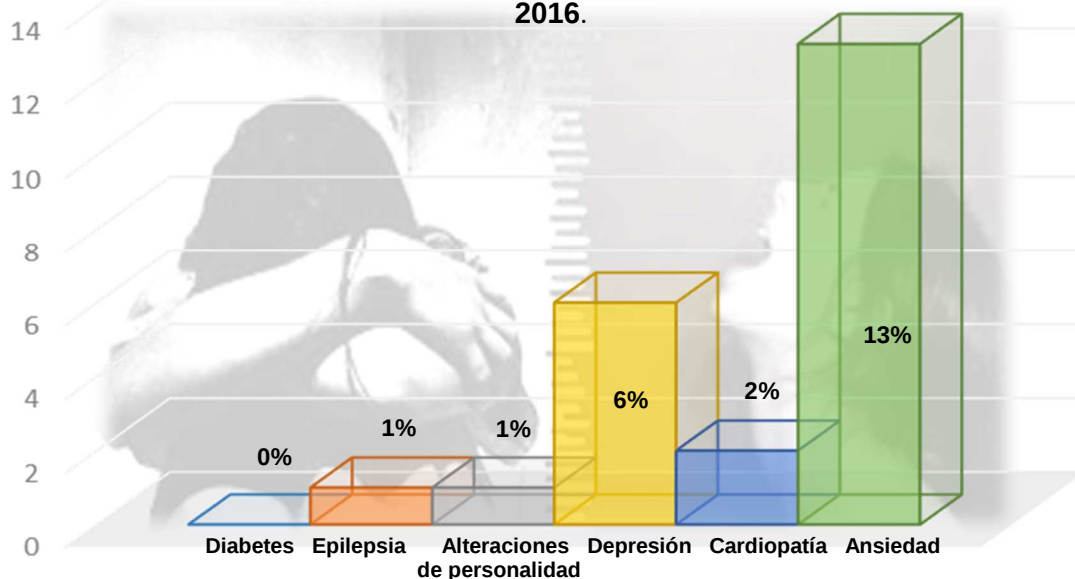
Tabla 2
Prevalencia del consumo de sustancias adictivas al menos una vez por semana de una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016

			
26%	21%	1%	2%

Fuente directa

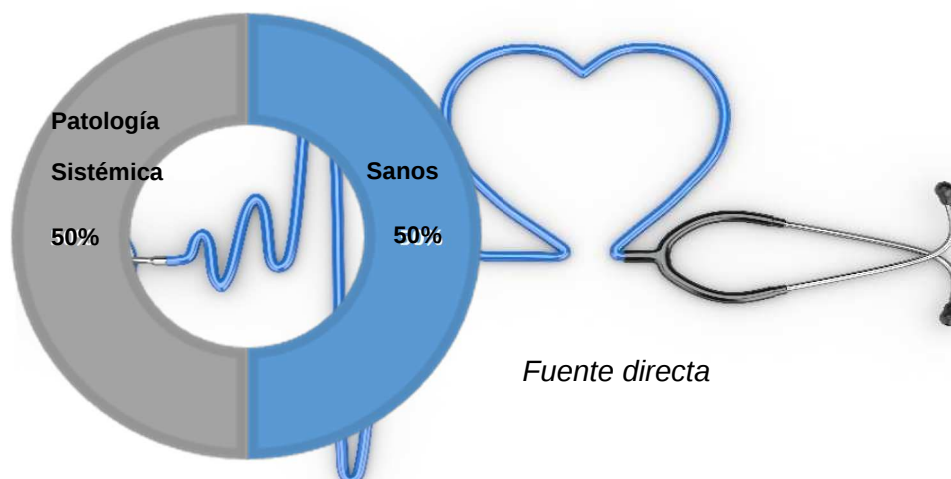
Al analizar la información respecto a la prevalencia el 13% manifiesta tener ansiedad y el 6% depresión. Llama la atención que ninguno de los 237 encuestados refirió padecer diabetes aun teniendo en cuenta que en el cuestionario de enfermedades de mayor prevalencia ocupa el primer lugar.

Gráfica 6
Distribución porcentual de prevalencia de enfermedades referidas por una muestra de estudiantes universitarios encuestados. FO. UNAM. 2016.



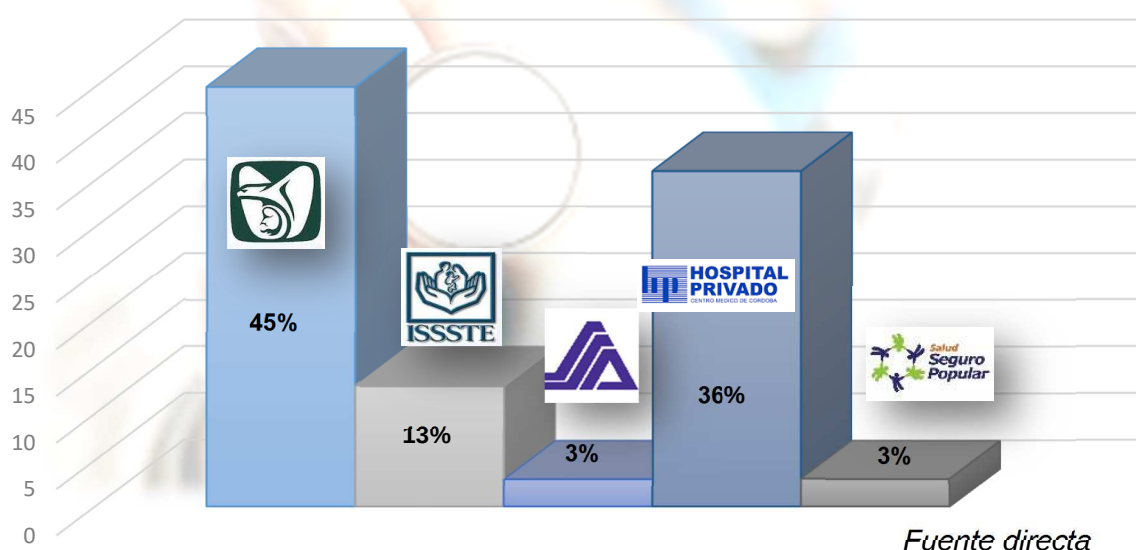
Teniendo en cuenta que la información presentada corresponde a la autopercepción obsérvese en la gráfica 7 que la mitad de los encuestados se perciben como sanos y la otra mitad no.

Gráfica 7
Distribución porcentual de individuos sanos y con patología sistémica de una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



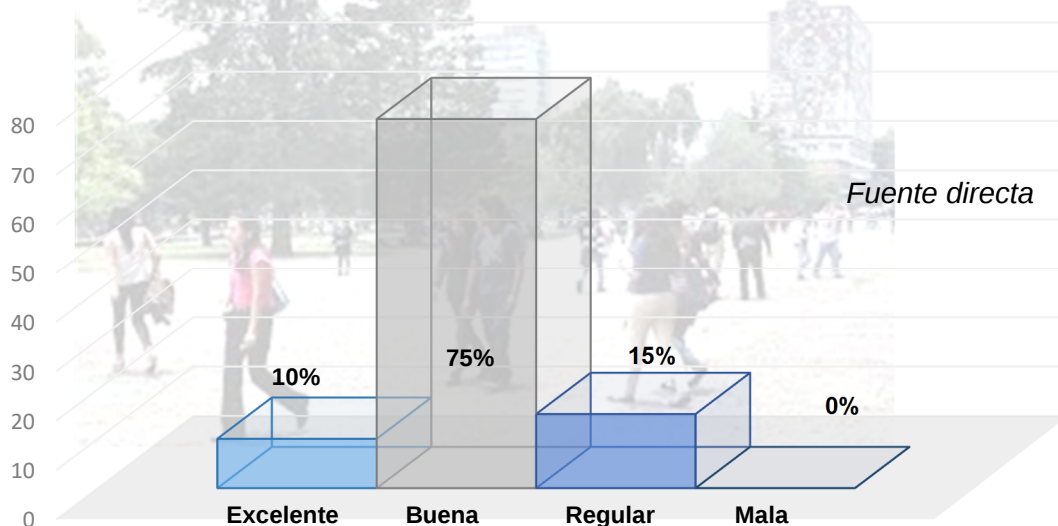
Respecto a la institución donde son atendidos la mayor proporción (45%) manifestó atenderse en el IMSS, el 36% en un hospital particular sólo el 3% cuenta con seguro popular y seguridad social brindada por el estado.

Gráfica 8
Distribución porcentual de instituciones de salud donde acude una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



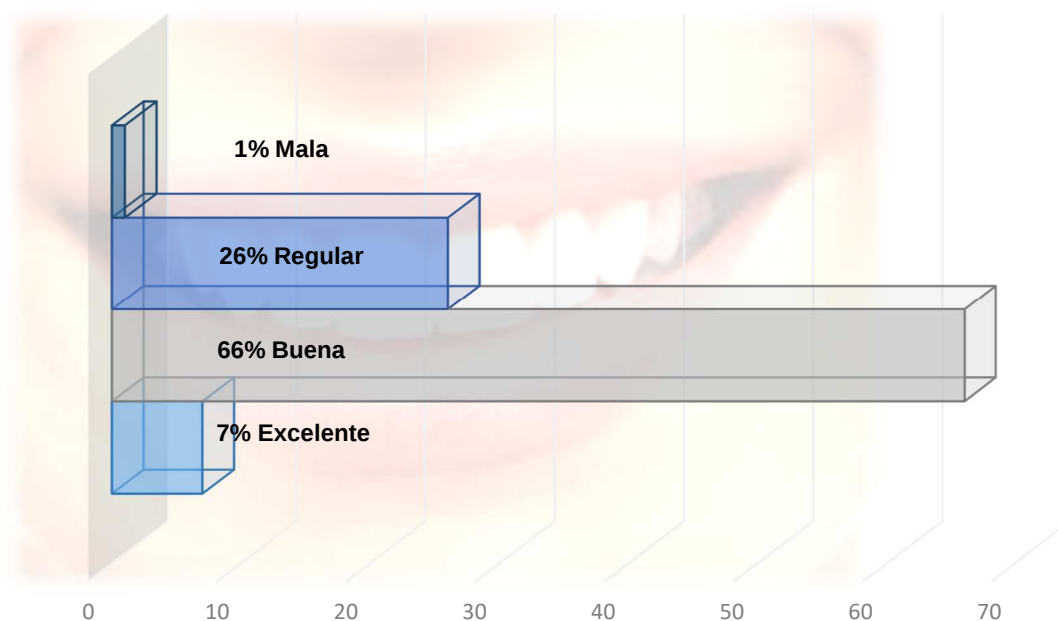
Por otro lado, las respuestas sobre como consideran su estado de salud general, obsérvese que es mayor la proporción de 75% que manifiesta percibir una buena salud.

Gráfica 9
Distribución porcentual del estado de salud general de una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



Referente a la autopercepción de salud bucal se encontró que el 66% la considera como buena y sólo el 7% como excelente como se observa en la gráfica 10.

Gráfica 10
Percepción sobre el estado de salud bucal de una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



Fuente directa

Al analizar la información con base en la Escala de Desesperanza de Beck, aplicada a los alumnos de la Facultad de Odontología en la UNAM en el ciclo escolar 2016, se muestra en la tabla 3 la prevalencia de indicadores de depresión por , siendo más notable en las mujeres respecto de los varones.

Puntajes en la Escala de Desesperanza de Beck ³⁸

<i>Rango normal o asintomático</i>	0-3
<i>Leve</i>	4-8
<i>Moderado</i>	9-14
<i>Severo</i>	15-20

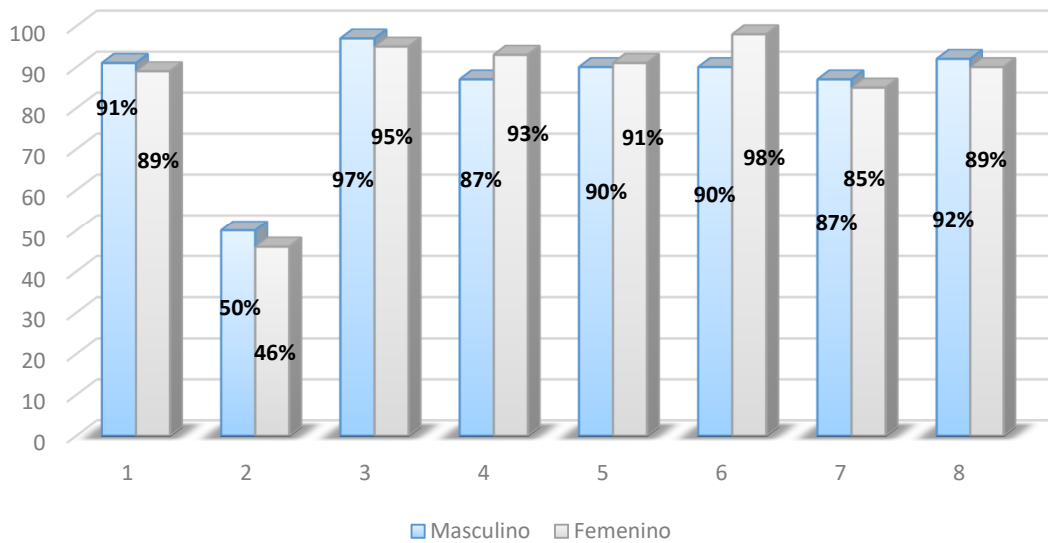
Los ítems que indican desesperanza (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, así que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0.^{36,38}

Tabla 3 Prevalencia de indicadores de depresión por género en una muestra de estudiantes universitarios FO. UNAM. 2016					
No	Ítem	Masculino		Femenino	
		SI	NO	SI	NO
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	7%	93%	11%	89%
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	40%	60%	44%	56%
7	Mi futuro me parece oscuro.	1%	99%	6%	94%
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	8%	92%	16%	84%
11	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.	5%	95%	11%	89%
12	No espero conseguir lo que realmente deseo.	13%	87%	22%	78%
14	Las cosas no marchan como yo quisiera.	23%	77%	35%	65%
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.	10%	90%	6%	94%
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	17%	83%	26%	74%
18	El futuro me parece vago e incierto.	12%	88%	26%	74%
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.	4%	96%	16%	84%

Fuente directa

En la gráfica 11 se presentan las distribuciones porcentuales de ítems que denotan esperanza y disposición para vivir (ítems 1,5,6,8,10,13,15 y 19) obsérvese que a excepción del ítem 5 (tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer) los respondientes sobrepasaron el 80% de afirmación en éstos cuestionamientos.

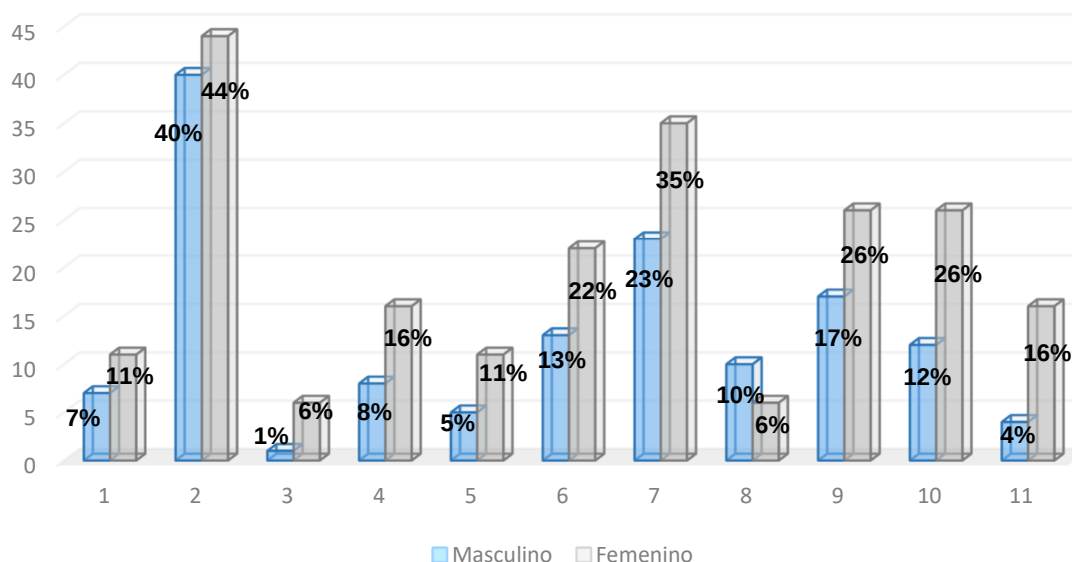
Gráfica 11
Distribución porcentual por sexo de ítems que evidencian positivismo
en una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



- 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.
- 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.
- 6. En el futuro espero conseguir lo que me pueda interesar.
- 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.
- 10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.
- 13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.
- 15. Tengo gran confianza en el futuro.
- 19. Espero más bien épocas buenas que malas.

En la gráfica 12 se evidencian las distribuciones porcentuales de desesperanza y que presentan depresión e inclinación por dejar de vivir (ítems 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20), lo que revela que existen diferencias estadísticamente significativas por sexo.

Gráfica 12
Distribución porcentual por sexo de ítems que evidencian desesperanza
en una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



- 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.
- 4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.
- 7. Mi futuro me parece oscuro.
- 9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.
- 11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.
- 12. No espero conseguir lo que realmente deseo.
- 14. Las cosas no marchan como yo quisiera.
- 16. nunca consigo lo que deseo, porque es absurdo desear cualquier cosa.
- 17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.
- 18. El futuro me parece vago e incierto.
- 20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.

El diagnóstico de depresión realizando la asignación de puntaje puso en evidencia que a pesar de haber contestado positivamente a nivel individual, a nivel grupal el diagnóstico sería que los estudiantes estudiados están dentro de los valores que califican a la desesperanza dentro del rango normal o asintomático. (Gráfica 13)

En las tablas 4 y 5 se muestran los promedios de puntaje obtenidos por los encuestados:

Tabla 4
HOMBRES (n=89)

No de ITEM	No. respondientes	Promedio puntaje
2	9	0.1125
4	35	0.4375
7	5	0.0625
9	13	0.1625
11	73	0.9125
12	18	0.225
14	27	0.3375
16	5	0.0625
17	21	0.2625
18	21	0.2625
20	13	0.1625
	240 puntos	3

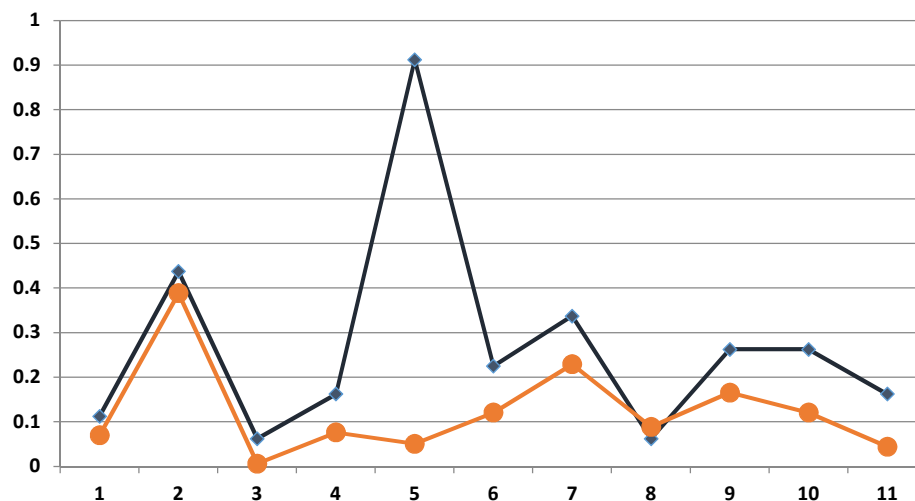
Fuente directa

Tabla 5
MUJERES (n=157)

No de ITEM	No. respondientes	Promedio puntaje
2	11	0.0700
4	61	0.3885
7	1	0.0063
9	12	0.07643
11	8	0.0509
12	19	0.1210
14	36	0.2292
16	14	0.0891
17	26	0.1656
18	19	0.1210
20	7	0.0445
	214 puntos	1.4

Fuente directa

Gráfica 13
Distribución promedio de puntaje de desesperanza en una muestra de estudiantes universitarios. FO. UNAM. 2016.



Los perfiles de respuestas siguen más o menos la misma distribución en ambos sexos a excepción del ítem 5.

9. CONCLUSIONES

La depresión es un problema significativo de salud pública que se va a relacionar con una diversidad de conductas problemáticas y con situaciones emocionales que aumentan el riesgo de afectación a la salud mental, como la ansiedad, la desesperanza y la ideación suicida. En el caso de la población de jóvenes universitarios es necesario prestar especial atención a posible sintomatología que denote la presencia de este padecimiento para evitar en lo posible el suicidio.

La aplicación de pruebas de tamizaje en poblaciones para determinar la prevalencia de depresión es una estrategia útil, que brinda la posibilidad de detección oportuna de posibles casos que puedan ser remitidos con personal especializado en el área, dado que son el reflejo más cercano a resultados reales; en este tenor la estimación de cifras generadas por el sector salud suele estar basada solamente en la población de individuos que accedieron a servicios médicos durante o después del episodio depresivo.

Los resultados obtenidos de la presente investigación muestran que ambos géneros se encuentran dentro del rango normal o asintomático que corresponde a valores que van del 0 al 3 en puntos; sin embargo existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo mayor en los varones con 3 puntos y 1.4 para las féminas. Diversas investigaciones realizadas en este grupo poblacional, mencionan que las mujeres tienen una tendencia mayor a sufrir algún trastorno depresivo, situación que es diferente en este estudio, habría que realizar próximas encuestas con un número de población igual a cada género, para verificar si las tendencias son parecidas a la presente investigación.

El 5% de estos varones provienen de hogares disfuncionales y el 7% de hogares donde existe indiferencia en sus relaciones interpersonales, los hallazgos se visualizan con una mayor frecuencia de aparición en personas que se encuentran viviendo con ambos padres, a diferencia

de los sujetos que viven sólo con la madre o sólo con el padre. Estos últimos son más felices y tienen menos tendencia a la depresión.

Por otro lado al analizar las escalas de Beck aplicadas encontramos que las mujeres presentan mayores porcentajes en las preguntas que evalúan desesperanza pero al realizar el conteo del puntaje sus índices resultaron por debajo de 2 ya que la población muestra de este género fue de 157 individuos a diferencia del masculino que fueron 80 sujetos. El rango de edad más afectado fue el de 21 a 22 años, esto se debe a que se encuentran en el segundo año de la licenciatura y algunos de ellos son recursadores de materias o sus notas académicas son bajas y la población de 17 a 18 años resulto con menos afectación porque al ser alumnos de reciente ingreso su nivel de expectativa positiva se encuentra elevada.

Respecto al consumo de sustancias adictivas, los sujetos que presentan algunos síntomas depresivos tienen una tendencia al consumo de alcohol, tabaco y drogas. Así pues podemos decir que este factor de riesgo en esta población si fue significativamente relevante.

De los alumnos que ya se encuentran diagnosticados con depresión, ansiedad, alteraciones de la personalidad, epilepsia o cardiopatías, todos manifestaron estar deprimidos en un rango dentro de lo normal para los parámetros de la escala de Beck aplicada. Pero las personas consideradas sanas desde su perspectiva también mostraron cifras cuantificables, estos últimos siguen sin tener apoyo profesional.

En este sentido los datos de la investigación concuerdan con Bello, quien argumenta que una escasa proporción de personas recurre a los servicios de salud solicitando ayuda, más bien se acercan a familiares y amigos. La razón de esta situación tiene que ver con el tabú, prejuicio y estigmatización de los tratamientos.

La calidad de vida de los individuos con trastorno depresivo diagnosticado y sin diagnosticar se ve afectada, ya que las condiciones en que viven hacen que su existencia sea menos placentera y poco

digna de ser vivida y se encuentren llenos de aflicción. La calidad de vida se verá muy vinculada con el entorno donde el sujeto se desarrolle. En las condiciones mundiales de la actualidad una persona se puede sentir insatisfecho y con poca calidad de vida si se siente relegado de un mundo globalizado y competitivo.

Como Wagner lo expone, es imperioso difundir la información que permita a la comunidad identificar síntomas depresivos y de esta forma auxiliar a aquellos individuos afectados y que puedan recibir asistencia. En el caso de los alumnos que tienen indicios del padecimiento y es notado por los académicos, es conveniente que el personal docente se encuentre informado y familiarizado sobre esta entidad para poder orientarlos y canalizarlos y así obtengan un tratamiento adecuado y con ello puedan tener una vida plena, útil y feliz, lo cual mejorará su calidad de vida y se verá reflejado en su desempeño académico.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Monografía en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
2. American Psychiatric Association. Trastornos del estado de ánimo En: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-IV). 4th ed. Texto Revisado. Washington: MASSON, S. A; 2000. p. 323-399.
3. Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Rev. Salud Mental 2012;35:3-11.
4. Medina ME, Borges C, Benjet C, Blanco J, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. Rev Psychological Medicine 2005 Dec;35(12),1773-1783.
5. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R. Lifetime prevalence and age of onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. Rev World Psychiatry 2007 Oct;6(3):168-176.
6. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK et al. Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. Rev Depress Anxiety 2006; 23(3):158-167.
7. Medina ME, Borges G, Benjet C, Lara C et al. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. The British Journal of Psychiatry May 2007, 190 (6) 521-528.
8. Benjet C, Borges G, Medina ME, Zambrano J et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. J Child Psychol Psychiatry 2009;50(4):386-395.
9. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. Br J Psychiatry 2008 May; 192(5):368-375.

10. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I et al.. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Rev JAMA* 2004; 291(21):2581-2590.
11. Carney RM, Freedland KE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for coronary heart disease mortality. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:229–230.
12. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Rev Psychosom Med* 2004 May-Jun; 66:305–315.
13. Castillo JI, Barrera DJ, Pérez JM, Alvarez FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Rev Neurol* 2010; 51(6):347-359.
14. Reséndiz FE, Ortiz OM, Pulido D, Arcila D et al. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2008; 73(1):3-1
15. Borges G, Nock MK, Medina ME, Hwang I et al. Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Rev J Affect Disord* 2010; 124(1-2):98-107
16. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor. En: Guía de bolsillo de la Clasificación Internacional de Enfermedades decima versión. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. (CIE 10) México: Editorial Medica Panamericana; 2000. p. 89-108.
17. Belló M, Puentes E, Medina ME. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 2005;47(sup 1):4-11
18. Medina ME, Borges G. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26:1-16.
19. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Rev Salud Pública de México* / vol. 55, no. 1, enero-febrero de 2013.

20. González, Juárez, Solís, González, Jiménez et al. Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Rev Salud Mental* 2012;35:51-55
21. González J; Hernández A. La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e investigación en psicología*. 2012;17: 313-327
22. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II. [Monografía en internet]. En <http://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
23. Jiménez, Arenas, Angeles. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(1):20-8
24. Arrivillaga, Cortés, Goicohea, Lozano. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. 2003. [Monografía en internet]. En <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
25. Escala de depresión de Hamilton. [Monografía en internet]. En <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
26. González Forteza et al. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Rev Salud Mental* 2011;34:53-59
27. Barrientos V y Cols. Depresión y tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos. *Arch Med Fam* 2010; 12:69-76.
28. Vázquez, Fonseca, Padilla, Pérez, Gómez. Diagnóstico de depresión con la escala de Birlson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2005; 22(2): 107-118
29. Peña, Lara, Cortés, Nicolini, Páez, Almeida. Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Rev Salud Mental* V. 1996; 19:17-23
30. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Monografía en internet]. En http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
31. Organización Mundial de la Salud. Una nueva publicación de la OMS analiza los factores de riesgo para la salud. [Monografía en internet]. En <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw04/es/>

32. Medina ME, Borges G, Lara C, Ramos L et al. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. Rev Salud Publica México 2005; 47:8-22.
33. Alvarado C, Sifuentes A, Estrada S, Salas C, Hernández B, Ortiz S, et al. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Med Mex 2010;146:1-9.
34. Organización Mundial de la Salud. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. [Monografía en internet]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
35. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
36. Córdova M, Rosales J. Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck. Revista de Psicología, Vol. 29 (2), 2011, pp. 289-309
37. Córdova M, Rosales J. La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. Psicología y Salud, 2010 20(2), 195-201.
38. Tovar A, Rodríguez L, Ponce C, Frisancho A, Enríquez J. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. Rev de Investigación en Psicología. Vol. 9 No 1 2006 pp 69-79.
39. González J, Hernández A. La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol.17 No 2 Julio-Diciembre 2012, pp 313-327.
40. Bella E, Acosta L, Villacéa B et al. Análisis de la mortalidad por suicidio en niños, adolescentes y jóvenes. Argentina 2005-2007. Arch Argent Pediatr 2013;111(1):16-21 / 16
41. Pérez I, Téllez D, Vélez A, Ibáñez M. Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de

octavo grado, en tres colegios bogotanos. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 41 / No. 1 / 2012

42. Korman G, Sarudiansky M. Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. Subjetividad y Procesos Cognitivos Vol. 15 No 1 2011 pp 119-145.

43. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4° ed. México. Editorial Mc Graw Hill, 2006 pp 341-349.

44. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Monografía en internet]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

45. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Monografía en internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrgsmis.html>

46. Los adultos jóvenes que han tenido depresión tiene redes cerebrales híper conectadas. Imagen. Disponible en: <https://es.sott.net/article/31397-Los-adultos-jovenes-que-han-tenido-depresion-tienen-redes-cerebrales-hiper-conectadas>

47. Depresión jóvenes. Imagen. Disponible en: <https://sites.google.com/site/depresionjovenes/home/relevancia-y-estadisticas>

48. Depresión mayor. Imagen. Disponible en: <http://guiapsicologia.com/depresion/>

49. La Depresión. Un "Pozo" con Salida. Imagen. Disponible en: <http://abriendonuestrointerior.blogspot.mx/2012/06/la-depresion-un-pozo-con-salida.html>

50. Depresión en adolescentes. Imagen. Disponible en: <http://vitaedolor.com/depresion-en-adolescentes/>

51. El sueño alterado influye en el carácter suicida. Imagen. Disponible en: <http://vivesana.blogspot.mx/2010/06/medical-news-today-horarios-muy.html>

52. Los adolescentes y los jóvenes en edad universitaria están en alto riesgo de suicidio. Imagen. Disponible en:

<http://cuidatusaludcondiane.com/los-adolescentes-y-los-jovenes-en-edad-universitaria-estan-en-alto-riesgo-de-suicidio/>

53. ¿Por qué la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres?. Imagen. Disponible en:

<http://saludparaella.blogspot.mx/2012/11/por-que-la-depresion-afecta-mas-las.html>

54. Falsas creencias sobre la depresión. Imagen. Disponible en: <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-falsas-creencias-depresion-20140915092654.html>

55. La depresión afecta por igual a jóvenes y a adultos. Imagen. Disponible en: <https://utta2010.wordpress.com/2012/10/10/la-depresion-afecta-por-igual-a-jovenes-y-a-adultos/>

56. Adolescentes deprimidos ¿Qué hacer?. Imagen. Disponible en: <https://labitacoradelpsicologo.com/2011/04/02/adolescentes-deprimidos-%C2%BFque-hacer/>

57. El periodismo necesita inversión. Comparte este artículo utilizando los íconos que aparecen en la página. La reproducción de este contenido sin autorización previa está prohibida. Imagen. Disponible en: http://www.milenio.com/region/decada-aumentan-suicidios-jovenes-Jalisco_0_198580210.html

58. La depresión en los adolescentes. Imagen. Disponible en: <http://deprecionenadolescentes.blogspot.mx/>

59. La depresión en la adolescencia. Imagen. Disponible en: <http://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/7001604/La-depresion-en-la-adolescencia.html>

60. Pérdida de la memoria en los adultos jóvenes. Imagen. Disponible en: <http://lasaludi.info/perdida-de-la-memoria-en-los-adultos-jovenes.html>

61. Para la depresión, lo mejor es hablar. Imagen. Disponible en: <http://radioamericahn.net/2013/07/23/para-la-depresion-lo-mejor-es-hablar/>

62. Tratamientos psicológicos para la depresión. Imagen. Disponible en: <http://estadosdedepresion.com/tratamientos-psicologicos-para-la-depresion/>

63. Pastillas para la depresión. Imagen. Disponible en: <http://ejemplosde.info/pastillas-para-la-depresion/>
64. García Martínez Alfonso, Sáez Carreras Juan, Escarbajal de Haro Andrés. Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida. Ediciones Arán. España. 2000. Pág. 34-37
65. Rodríguez Adams, Elsa María. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. Invest Medicoquir 2012 (enero-junio); 4(1):245-259.
66. Velardo E, Ávila C. Evaluación de la calidad de vida. Rev Salud Pública de México / vol.44, no.4, julio-agosto de 2002
67. Cardona Doris, Agudelo G, Byron Héctor. Construcción cultural del concepto calidad de vida. Rev Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 23, núm. 1, enero-junio. Pág. 79-90

11. ANEXOS



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

No _____

El presente cuestionario es parte de la línea de investigación del Departamento y solicitaron tu colaboración para conformar el banco de información correspondiente a esta generación, por favor, responde manera anónima omitiendo tu nombre y con veracidad los siguientes ítems. Lo anterior orientará las acciones preventivas que puedan ponerse a disposición de los estudiantes.

Edad Sexo F M Trabajas? Si No Tienes caries dental? Si No

Señala con quien vives

1) Ambos padres 2) Solo con mi madre 3) Solo con mi padre 4) Con mi abuela 5) En pareja

Como calificas la relación entre tus padres

1) Funcional 2) Disfuncional 3) Amorosa 4) Indiferente

Quién solventa el gasto de tu carrera profesional?

1) Ambos padres 2) Mi madre 3) Mi padre 4) Yo colaboro 5) Solo yo

Señala de la siguiente s opciones lo que consumes al menos una vez a la semana

1) Cerveza 2) Cigarrillo de tabaco 3) Otro tipo de cigarrillo 4) Otro tipo de estupefaciente

Donde recibes atención médica

1) IMSS 2) ISSSTE 3) Secretaría Salud 4) Privado 5) Seguro popular

De los siguientes eventos señala lo que padeces

1) Diabetes 2) Epilepsia 3) Alteración de personalidad 4) Depresión 5) Cardiopatía 6) Ansiedad

Como consideras tu salud general?

1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Mala

Como consideras tu salud oral?

1) Excelente 2) Buena 3) Regular 4) Mala

Si	No
----	----

1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo		
3	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7	Mi futuro me parece oscuro		
8	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
1	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12	No espero conseguir lo que realmente deseo		
13	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14	Las cosas no marchan como yo quisiera		
15	Tengo una gran confianza en el futuro		
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18	El futuro me parece vago e incierto		
19	Espero más bien épocas buenas que malas		
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
Muchas gracias por participar			