



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ



TITULO:

**"ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 -17 AÑOS Y EL
CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID- 19."**

FEBRERO 2025

TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
DANIELA DE LA CRUZ LÓPEZ



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ



TITULO

**“ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 -17 AÑOS Y EL
CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID- 19.”**

FEBRERO 2025

**TESIS PRESENTADA PARA OBTENER
EL GRADO DE:**

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DANIELA DE LA CRUZ LÓPEZ

ASESOR DE CONTENIDO Y METODOLOGICO:

DRA. ADRIANA HERNANDEZ HERNANDEZ

**ENCARGADA DE DIRECCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NUM.11**



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL CHIAPAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
TAPACHULA DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ



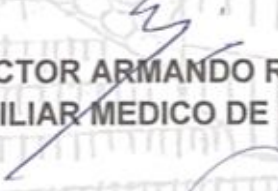
TITULO:

"ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 -17 AÑOS Y EL
CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID- 19."

AUTORIZACIONES


DR. PAUL CONSTANTINO SANTIESTEBAN
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL


DR. EDWARD OCHOA-TAPIA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD


DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN.
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD


DRA. ADRIANA PALACIOS STEMPEISS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF #11


DRA. ALEJANDRA GUADALUPE ULLOA LOPEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR UMF #11



IMSS

DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL



IMSS

DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD



IMSS

DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

Antes que todo, agradezco a dios por darme siempre la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres Rene y Araceli por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, sin ellos jamás hubiese podido culminar mis estudios, gracias a ustedes hemos llegado hasta aquí.

A mis hermanos por estar presentes, acompañándome y por el apoyo moral brindado a lo largo de esta etapa.

A mi esposo Diego que ha sido el pilar para la culminación en la residencia, por su apoyo constante y amor incondicional.

A mis amados hijos Danna Sofía y Damián por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que tenga un mejor futuro.

Así también quiero agradecer sinceramente a la Dra. Adriana palacios y la Dra. Adriana Hernandez por su orientación, su apoyo, por hacer posible que esta tesis haya concluido.

Y por último a mis compañeras por el apoyo durante este camino, al fin llegamos a la meta.

INDICE

RESUMEN	6
MARCO TEORICO	8
JUSTIFICACION	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
OBJETIVOS	22
HIPOTESIS:	22
MATERIAL Y METODOS	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
VARIABLES	25
PROCEDIMIENTO	27
RECURSOS.....	28
ASPECTOS ÉTICOS	29
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN	69
CONCLUSIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
ANEXO 1.	77
ANEXO 2.	80

RESUMEN

Título. Asociación de depresión en adolescentes de 10 -17 años y el confinamiento durante la pandemia de la covid- 19.

Introducción: El brote epidémico nuevo debido al coronavirus 2 (SARS – Cov-2), ha sido un acontecimiento que ha provocado una emergencia en la salud pública a nivel mundial, no solo ha tenido repercusiones en el bienestar físico, sino también el mental y psicológico de cada persona, dentro de las disposiciones de previsión para aminorar el contagio, se encuentra el aislamiento social y la confinación, que generaron una conmoción en la sociedad. El grupo etario que está conformado por niños y adolescentes, está expuesto a crisis sociales.

Objetivos: general: Determinar si existe asociación directa entre la depresión en adolescentes de 10-17 años y el confinamiento durante la pandemia de la covid- 19, específicos: Identificar el sexo de mayor prevalencia con síntomas de depresión, determinar edad de mayor prevalencia con síntomas de depresión, identificar el síntoma de depresión más frecuente en los adolescentes que participan en el estudio. Resulta fundamental examinar las evidencias sobre el efecto que tiene la pandemia sobre este rubro de edad, para poder diseñar planes de actuación que minimicen las secuelas.

Material y métodos: estudio de tipo descriptivo y transversal en la UMF no.11 del municipio de Tapachula, Chiapas a la población de 10 a 17 años, que asista a la consulta externa, que se desarrolla en un solo periodo de tiempo. Mediante el instrumento de CDI que es un cuestionario de depresión en niños en la traducción original de M. Kovacs. El cual consiste en 27 ítems, que están codificados con números del 0 al 2. Todo esto con previo consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron en el estudio a 302 adolescentes que cumplieron con los criterios de selección, los cuales tuvieron una predominancia de hombres (61.6%), con edad de 13 a 15 años (51.0%), el confinamiento fue reportado por el 78.8%, se halló depresión en el 55.3%. Se halló una asociación significativa de la depresión con el confinamiento ($p=0.003$).

Conclusiones: La prevalencia de depresión en adolescentes de 10-17 años es alta debido al confinamiento durante la pandemia de la COVID-19.

Palabras clave. Depresión, adolescentes, confinamiento, pandemia, Covid-19.

MARCO TEORICO

Según la definición de la OMS, la pubescencia abarca desde los 10 años hasta los 19 años. Durante esta etapa ocurren diversos cambios fisiológicos, psicológicos, que a su vez repercuten en cambios en el ámbito social del individuo, por tal razón se describe como “fase de crisis del desarrollo humano” ya que se asocia al tiempo de cambios para pasar de la niñez a la vida adulta, que indica el comienzo de la independencia, que se construye con base a la identidad estructurada del carácter, en consecuencia, es importante alcanzar un buen desarrollo fortaleciendo el autoconocimiento. (1)

La autoestima se encuentra como un predictor fuerte, ya que se amolda con la ayuda de la psicología, durante la pubertad y edad adulta, facilitando la interacción social en la adolescencia. Se ha evidenciado su impacto en la adaptación social siendo un factor de protección para precaver problemas psicológicos. (2)

La pubertad es fundamental para afianzar una forma de vivir, para preservar el bienestar físico y mental. Al mismo tiempo, representa un estado de susceptibilidad, por las situaciones de riesgo que pueden estar presentes, que pudieran tener repercusiones en la integridad física y mental, así como accidentes, coacción, autolisis, embarazo no deseado. (3)

Durante la sucesión del desarrollo de la adolescencia, el ocio y las actividades de recreación son un menester y también un derecho elemental, no solamente al grado personal, sino también a nivel de las relaciones, que puede influenciar la manera en que manifiesta sus sentimientos. Basándose en estos aspectos, está sujeto a ser vigilado por investigadores, docentes y familias: además del ambiente en los que se ve desarrollada su vida día a día. Las experiencias que se van adquiriendo en la praxis; ocupando el tiempo de ocio para formar un juicio, que le transmitirá mejores pensamientos, forma de actuar, para precaver hábitos negativos que lo posicionen en riesgo. (4)

El padecimiento de la depresión esta distinguida por la pesadumbre, desaliento, sentimiento de minusvalía y apatía, que pueden llegar a presentar los menores, derivado de la mala comunicación con el núcleo familiar, amistades y compañeros de escuela, haciendo que no tenga un desarrollo pleno. (5)

Con base al manual DSM 5, la depresión esta descrita como el padecimiento mental que consta de múltiples síntomas, lo cuales pueden ir desde la pérdida de apetito, energía, interés, dificultad en la concentración, emociones de tristeza, alteraciones en el ciclo circadiano, indiferencia, variaciones de peso, intranquilidad, están vinculados a diversos desordenes de salud mental. (6)

En el mundo uno de cada cinco adolescentes se encuentra afectado en el ámbito del estado mental. A nivel mundial; la depresión reside en un 85% en naciones tercermundistas. (6)

En América Latina, se observó que la depresión se posiciona como el segundo lugar de las enfermedades mentales, enseguida del etilismo. Entre las determinantes de salud mental para el suicidio se encuentran las siguientes: depresión, mala dinámica del núcleo familiar, el exceso de estupefacientes y bebidas etílicas. De igual forma la inestabilidad emocional es un elemento que amenaza, favoreciendo la autolisis cuando se presentan conflictos de índole familiar y amoroso. En la república mexicana se encontró que el consumo sustancias nocivas y la baja autoestima, aumentan el riesgo de presentar síntomas depresivos. Los estados que predominaron en casos fueron: Puebla, Tabasco, Guerrero y Michoacán representando el 34%, a diferencia de Chiapas representando un 16%. (6)

A lo que respecta en materia del bienestar mental es crucial discernir a la depresión, que se describe como un síntoma que se representa en la afección del estado de ánimo, el cual es bajo y que es respuesta afectiva ante una dificultad, por ejemplo: la existencia de un padecimiento o un conjunto de alteraciones de diversa magnitud, incluido el trastorno depresivo mayor, la distimia y los trastornos de adaptación. Al estar presentes estos trastornos depresivos en este grupo de edad se ve afectado la calidad de vida, que conlleva al desinterés y ocasión sensación de culpabilidad. (7)

Alrededor del 20 al 50% del grupo de jóvenes que cursan en estado depresivo, cuentan con algún antecedente familiar de enfermedades mentales. (8)

Existe cierta evidencia que las modificaciones en el sistema cortical serotoninérgico y adrenocortical, pueden encontrarse involucradas en la etiología de la depresión en la pubertad. En consecuencia, se observaron modificaciones en el funcionamiento de la serotonina en infantes que tienen historial familiar de depresión. (8)

Se encuentra documentado que algunas hormonas como el cortisol pueden predecir el desarrollo de depresión en la población de adolescentes que tienen un elevado riesgo a presentar estados depresivos. De igual modo se encontraron alterados los valores de la GH y prolactina, en el rubro de adultos jóvenes con predisposición a episodios depresivos. (8)

El sentimiento de tristeza y sucesos no esperados por la persona, que establezcan alguna carga en el ámbito psicológico, se le llama depresión persistente. El proceso como se enfrenten a los eventos dolorosos e inesperados, dependerán del desarrollo evolutiva y la estructuración psicológica. De igual manera es dependiente y tiene relación en cómo se implica el adulto que se encuentra a cargo del menor. (9)

La funcionalidad de la familia se describe como la capacidad de esta para complacer las necesidades de cada uno de sus miembros y la manera en la que se adaptan a las modificaciones constantes. Como resultado se le denomina funcional cuando se aborda y se resuelve el problema que afecta los menesteres de los integrantes del núcleo familiar. Por lo tanto, su estructura debe contar con actividades en familia que sean recreativas para mantener un mejor futuro. (10)

La aparición de síntomas relacionados con la depresión y ansiedad está ligada con la mala estructura familiar, en su mayoría sucede cuando no hay una adecuada red de apoyo que haga sentir invulnerable al adolescente, haciéndolo que este predispuesto a desarrollar dichos síntomas, que pudieran modificar su vida

cotidiana. Ya que la unidad familiar es la que brinda confianza y seguridad a su ambiente. (10)

Durante la ponencia de sanidad a nivel mundial, la cual fue llevada a cabo en New York con duración de un mes entre junio y julio en 1946, donde la OMS puntualizó que la salud es un estado de entera salud física, psíquica y social, no simplemente la omisión de acciones y enfermedad. Considerando dicho término, la salud en todos los niveles estabiliza a la persona con la finalidad de sobrellevar situaciones que le generen estrés, para poder realizar sus actividades diarias y aportar a la comunidad. (11)

El COVID 19 que es la causante de neumonía atípico tuvo origen en Wuhan en 2019. Posteriormente a los 12 meses la OMS declara esta enfermedad como riesgo sanitario siendo clasificada como pandemia. Los organismos de salubridad toman decisiones para salvaguardar la buena salud minimizando la transmisión y así proteger a la ciudadanía. (12)

Dicha enfermedad aparte de afectar el bienestar físico también influye en la salud mental de los individuos, se transformó en una situación emergente para la sanidad pública que generó alarma a nivel internacional. Según un estudio, se evaluó los efectos que tuvo en cuestión de salud mental en la población durante las primeras etapas del primer brote de SARS COV2; se recolectó que poco más del 50% de los entrevistados tuvieron respuestas no favorables, que oscilaban entre grados moderado y grave. De esta manera los participantes informaron síntomas de estado depresivo en un 16.5%, ansiedad en un 28.8% y grados de estrés moderado y severo en un 8.1%. (12)

El confinamiento hace referencia al encierro y cese del dinamismo de la vida diaria en aquellos sujetos que se encontraron expuestos, con peligro de contraer una enfermedad contagiosa con la finalidad de disminuir la propagación de dicha enfermedad. Aunque el acatamiento de la cuarentena está sujeta a la disposición de los individuos, su instauración se debe cumplir de forma estricta. (13)

La repercusión del estado de salud psicológico de la población posterior al confinamiento debería convertirse en un activo de los programas de salud. (13)

Se llevaron a cabo medidas de previsión, para contener y aminorar la enfermedad como; el aislamiento social y hábitos de higiene, que lograran ayudar a la curva epidemiológica a tener una meseta, reduciendo así las repercusiones en el sistema de asistencia sanitaria. En una investigación realizada en un país de Asia, durante la pandemia el 54% de personas encuestados presentaron datos de crisis depresiva y de angustia, ambos en grados de moderado a grave. En tanto que el entorno de los menores de edad se ve influenciado en distintos rubros: personalmente, en la comunidad y la familia. (14)

Por lo tanto, pandemias como la de coronavirus llegan a plantear amenazas potenciales para el crecimiento del infante debido a los peligros de este padecimiento, por las restricciones, reclusión social y mayores niveles de estrés de quienes cuidan al menor. En gran bretaña se realizó una investigación metódica en la que se evidencio que el aislamiento, las limitaciones sociales y la clausura de todo el organismo gubernamental y académico, pudieran incrementar los padecimientos psíquicos en los menores de edad, que tienen más riesgo para presentar problemas mentales en comparación con los adultos. (15)

Según datos proporcionados por la CODE, en donde México es parte de esta organización, tiene como objetivo elaborar directrices para aumentar la calidad de vida. En México en el transcurso del año 2020, se registró el incremento en el porcentaje de los casos de depresión y ansiedad, obteniendo un 20 y 50% respectivamente. (15)

En la investigación realizada por Brooks y cols en el año 2020, se informó que hay una asociación entre el lapso del confinamiento con un deterioro del estado mental, manifestando datos de estrés postraumático, comportamientos evasivos y de ira, de tal manera es esperado que ciertos individuos presenten mayor angustia, estrés, sentimientos negativos. Fundamentado en el análisis de Jeong del año 2016 descubrió lo siguiente; la afectación en el estado mental de los individuos que se

investigaron persistía hasta cuatro y seis meses posteriores a la conclusión del confinamiento. (15)

Se llevo a cabo un estudio en Brasil y Cuba en donde se evidencio que la cuarentena ocasiono trastornos de sueño, agresividad, estrés, maltrato intrafamiliar, trastornos alimenticios, ansiedad, afectando diversos rubros en el día a día de los menores. El estudio que estuvo situado en Argentina indico que la afectación en el estado mental está asociado al género, grado de estudio y al grado de confort de la vivienda. (16)

El conjunto de múltiples investigaciones que se realizaron para obtener la asociación entre el aislamiento y su impacto en la salud mental, documento un aumento importante en los marcadores de depresión encontrando que el 67% de las personas encuestadas mostraron síntomas de depresión y el 43% síntomas severos. (17)

En cuanto a las investigaciones en adolescentes, distintos estudios documentaron que hasta un 66% de los adolescentes experimentaron por lo menos alguna clase de adversidad y un 50% tuvieron más de una adversidad. De estas la que tuvo mayor prevalencia fue el padecimiento de alguno de los padres en un 24%, problemas financieros en el 12%, desunión familiar en el 18%, y etilismo del padre obtuvo un 17%. En consecuencia, durante la pandemia es mayor el riesgo de que se produzcan estas adversidades. (18)

Con base al registro de la UNICEF, en Latinoamérica y las Antillas, se encuentran 193, 000, 000 de menores de edad, que representa un cuarto de la población total. Dicho grupo ha sido impactado de manera colateral, derivado de la pandemia por el virus respiratorio encontrando: agotamiento, colera, estrés, angustia y síntomas depresivos, que son resultado de diversa crisis socioemocional que pudieran experimentar algunos padres por la falta de empleo, de recursos monetarios, el luto familiar y las disputas en relaciones no resueltas, siendo los primeros observadores de la violencia y afectados por la misma. (19)

Se realizo un análisis en adolescentes pertenecientes a Italia y España, para estudiar las secuelas de la cuarentena, obteniendo que las alteraciones con mayor

frecuencia son; problemas de concentración, apatía, disforia, intranquilidad, agitación, melancolía, preocupación, teniendo menor tiempo dedicado a educación física, con aumento en las horas de sueño en el curso del confinamiento. (20)

Durante la pandemia, el aislamiento ha provocado estrés a los menores de edad debido al cambio en la vida cotidiana, en el cual se vio limitada sus actividades de interacción social, ocasionando aumento en los malos hábitos de salud y disminución del tiempo de recreación, promoviendo el sedentarismo, mayor tiempo en pantallas, en consecuencia, tuvo impacto en su estado socioemocional. Esto los vuelve vulnerables a desencadenar o exacerbar enfermedades mentales. Una investigación situada en China en el curso de la pandemia de coronavirus demostró que el cambio en la rutina habitual y la tensión psicosocial, fueron las causas primordiales de connotación psicológica en los adolescentes. (21)

En los jóvenes se puede producir sentimiento de frustración al cancelar celebraciones significativas de la vida cotidiana como; conciertos de música, juegos de deporte, reuniones en la educación media, películas, salidas o fiestas de cumpleaños, el no tener contacto físico con sus compañeros y familia. Por lo tanto, pueden presentar emociones de melancolía, depresión, angustia, tensión, que tienden a generar repercusiones negativas en el bienestar general. (21)

El impacto psicológico en los menores, derivado de las medidas de restricción sanitaria establecidas en la pandemia del coronavirus principalmente el aislamiento, se estimó que los que tenían condiciones médicas preexistentes incluidas enfermedades mentales, se encontraban mayormente predispuestos de cursar con episodios depresivos. (22)

Se lanzó una campaña de índole académico con afán de minimizar el impacto del confinamiento, en el que se involucraron adolescentes para externar la manera en que percibieron la pandemia por coronavirus. El evento accedió a jóvenes de distintos países de Latinoamérica quienes hablaron desde su perspectiva acerca la pandemia. (23)

Cada individuo en el mundo está en constante adaptación, debido a que cada uno le da un enfoque distinto a la enfermedad con base a su percepción, por tal razón las reacciones emocionales no son iguales, como resultado la vivencia en periodos de distanciamiento social no fue percibido de forma similar en cada individuo. Para las personas que visualizan la vida diaria como un estilo de vida para tener equilibrio en su ámbito sentimental y un recurso por el cual establecen relaciones personales, esto los lleva a padecer depresión y ansiedad. Por el contrario, para lo que sufren de acoso laboral o una circunstancia que les cause temor el quedarse en su hogar a lado de sus seres queridos les genera confianza y estabilidad emocional, por tal razón el temor a regresar a sus labores normales les puede ocasionar mayor estrés al pensar encontrarse con su agresor. (23)

Las repercusiones psicológicas en la población durante las pandemias son relevantes, por los sentimientos de desasosiego, caos y urgencia que producen. Por lo cual dichos resultados en la mayor parte de las personas no se logra tener una respuesta de adaptación adecuada, mientras que en otras condiciones son causados por la exacerbación de un antecedente de patología mental. (24)

Los estragos derivados de la pandemia a nivel mundial evidencio las enormes barreras mentales y emocionales nuestra sociedad y los diversos retos a enfrentar en la llamada “nueva normalidad”. Así también nos dimos cuenta de la fragilidad en de la salud en general de la humanidad, que también afecta el ámbito de la familia. Por la razón antes mencionada, es imprescindible que nos enfoquemos en materia de la salud familiar, en el que está inmersa la inteligencia y educación emocional, de la misma forma se tiene que reconocer lo importante que es la prevención de la familia, para que se eliminen los resultados adversos que se desarrollaron a causa de la pandemia por coronavirus. (25)

La indagación acerca de síntomas en las enfermedades mentales en el contexto de la pandemia por el virus respiratorio sigue siendo limitadas, especialmente en Iberoamérica, donde hay poca o ninguna publicación académica sobre la materia. Así mismo, contamos con una escasez de estudios que examinen los planes de

acción, previsión y fomento del bienestar mental, que estén encaminados a minimizar la alteración psicológica durante la pandemia. (26)

Es necesario tener en cuenta las pruebas acerca de la conmoción por la pandemia del virus respiratorio en los infantes y jóvenes para desarrollar estrategias de acción que reduzcan el impacto. Las acciones de salud deben manejar al grupo pediátrico de forma distinta a la población mayor. (27)

Con esta finalidad se puede utilizar el CDI que es un inventario diseñado para valorar síntomas de depresión en el que se incluyen conflictos generados por el estado de psíquico, la disposición para divertirse con actividades, la asociabilidad, la autopercepción y el comportamiento interpersonal. Se constituye de 27 ítems, que están cifrados con números del 0 al 2, la puntuación total es obtenida del conjunto de las contestaciones seleccionadas por los encuestados acordes al siguiente puntaje, la falta del síntoma (respuesta A) tiene una puntuación de 0, la existencia de una presentación leve (respuesta B) tiene 1 punto, la existencia de una presentación severa (respuesta C) tiene una puntuación de 2, de esta manera el puntaje global fluctúa entre 0 puntos a 54 puntos. Partiendo de la puntuación de 19 puntos se hace presente la depresión. La fiabilidad del CDI de acuerdo con el coeficiente alfa de cron Bach es de 0.94 dando a entender que tiene un 71% a 94% del puntaje es cierta, comprobadas en estudios anteriores. (27)

La población de adolescentes esta ubicado como un grupo de alta susceptibilidad a las dificultades sociales; aunque las cifras recopiladas hasta este momento reportan baja morbilidad y mortalidad por la enfermedad, las consecuencias por la pandemia pueden disponer una respuesta desfavorable para la salud física y mental. En China se desarrolló una investigación en el grupo de adolescentes mostrando que el 22.6% de los alumnos experimentaron indicios de depresión a lo largo de la pandemia por el virus SARS COV 2, con números mayores a las investigaciones previas realizadas en los colegios. (27)

La categoría infantil y juvenil se ve afectado debido a la pandemia del coronavirus persiste con afectación del estímulo social, pero ha tenido una notable cambio derivado al aislamiento y distanciamiento social, que conlleva a una alteración

absoluta de la manera de vivir, con la clausura de las escuelas y la restricción de la interacción social y las actividades de recreación fuera de casa. (27)

A parte de la amenaza para la salud, los impactos psíquicos y comunitarios durante la pandemia no se pueden negar. En otras ocasiones se han elaborado diversas investigaciones para entender como la sociedad describe el inicio y las secuelas de las epidemias y la forma en la que las enfrentaron, puesto que es decisivo para el transcurso de amoldamiento emocional. (28)

Para este acontecimiento inusual, puede ser complejo pronosticarlo con exactitud, por lo que no se puede evaluar las secuelas psicológicas y afectivas del COVID 19. Los hallazgos que se observaron en China el cual fue el primer país en ser afectado, sugieren que el temor a lo nuevo crea incertidumbre que conducen al desarrollo de trastornos psíquicos, como los son él; estrés, la ansiedad, el somatizar y comportamientos como el incremento de sustancias nocivas principalmente: alcohol y tabaco. (28)

JUSTIFICACION

La pubertad es un período esencial para fortalecer la forma de vida que les pueda permitir preservar un bienestar en general, simultáneamente es un estadio de alta susceptibilidad por los comportamientos que pueden amenazar de manera determinante su estado físico, afectivo y mental; como los incidentes en vehículos de motor, autolisis, violencia, complicaciones correlacionadas con una gestación durante ese periodo.

La depresión es comprendida como un padecimiento que está dentro del rubro de los trastornos que afectan el temple del ánimo, la cual involucra; apatía, disminución de energía o agotamiento desmesurado; falta de estima y seguridad en uno mismo, así como manifestar repetidamente ideas de minusvalía; experimentar sensación de culpa desmedida y aberrante, junto con recriminación desproporcionados hacia su ser; ideaciones de fallecimiento o autolisis, al igual que la ejecución de praxis que amenazan la integridad propia; así mismo afecta la capacidad de concentración que puede tener como consecuencias como reclamos por la carencia para tomar decisiones, haciendo que estén presentes las vacilaciones; pueden estar presentes los trastorno en el ciclo circadiano y el apetito; en algunas ocasiones, alcanzando a presentar variaciones psicosomáticas.

Durante la pandemia por el síndrome respiratorio agudo, el cual resulto agobiante para la mayoría de la población, haciendo que la aprensión y la inquietud causada por la enfermedad puede ser estresante y producir sentimientos intensos, de igual manera en adultos como en niños. La manera en que las personas reaccionaron a la epidemia dependió de sus circunstancias, basados en aspectos que hacen la diferencia de un individuo con otro y de la sociedad en la que habitan; a pesar de lo antes mencionado, los individuos que pueden estar mayormente vulnerables a responder de forma inadecuada al estrés, durante una crisis de esta magnitud, comprende a cierto un rubro de edad, conformado por infantes y jóvenes.

Por consiguiente, es imprescindible observar las investigaciones que hablan acerca de las repercusiones en la población adolescente, derivado de la pandemia para diseñar planes de actuación que minimicen las secuelas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un padecimiento mental con una alta prevalencia; afectando a miles de individuos en distintos países, es la primera causa de minusvalía (OMS, 2016). Las referencias en el año 2009 de la OPS, encontró que en Latinoamérica y las Antillas, tuvieron una preeminencia del 20% en cuanto a trastornos mentales en el grupo adolescente. En tanto que la depresión severa llega a conducir la autolisis. A nivel internacional anualmente se tiene una cifra mayor de 800,000 personas que se suicidan, dicha cifra la ubica en el segundo lugar de fallecimientos en este rubro de edad (OMS 2016).

El brote epidemiológico derivado por el virus SARS COV 2, se ha convertido en una emergente en la salubridad pública de interés mundial que no solo atenta contra el estado física, del mismo modo tiene repercusiones sobre el estado mental de los pobladores. En las acciones de previsión que se realizaron para impedir el incremento de contagio están: el distanciamiento y confinamiento social, que provocaron una conmoción en la sociedad. Teniendo como población de riesgo a los adolescentes, ya que se perciben vulnerables a este tipo de situaciones sociales; hasta este momento las cifras recolectadas indican una baja morbilidad y mortalidad por la enfermedad, los estados de pandemias y el encontrarse alarmados pudiera tener repercusiones en el estado físico y mental.

Las averiguaciones acerca del impacto psicosocial durante la emergente sanitaria, se observó que el encierro, el cambio en el día a día y la disminución de contacto físico con otras personas, provocaba; aburrición, desilusión y asilamiento. En la mayor parte se encontró consecuencias psicológicas desfavorables, como caos, estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Hasta la fecha, se encontraba escasa información de las alteraciones sobre el estado mental en el marco de las pandemias, por ende se hace hincapié en las repercusiones a nivel psicosocial que el distanciamiento social ha presentado en la población infantil y juvenil, a consecuencia de las medidas de previsión aprobadas

por los gobiernos ante esta situación que es la enfermedad por el virus del SARS COV 2; en particular al aislamiento domiciliario.

Ante este panorama, es fundamental desarrollar planes de actuación novedosas y asequible para reducir las repercusiones psicológicas perjudiciales en el curso de la pandemia en el grupo etario especialmente susceptible, por ejemplo, los menores de edad.

Por lo que se realiza la siguiente pregunta:

¿Existe asociación directa entre un aumento de la prevalencia de depresión en adolescentes de 10-17 años y el confinamiento durante la pandemia de la Covid-19?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si existe una asociación directa entre el aumento de la prevalencia de depresión en adolescentes de 10-17 años y el confinamiento durante la pandemia de la covid- 19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el sexo de mayor prevalencia con síntomas de depresión
- Determinar edad de mayor prevalencia con síntomas de depresión
- Identificar el síntoma de depresión más frecuente en los adolescentes que participan en el estudio.

HIPOTESIS:

HI: Existe asociación directa entre un aumento de la incidencia de depresión en adolescentes de 10-17 años y el confinamiento durante la pandemia de la Covid-19.

H0: No existe asociación directa entre un aumento de la incidencia de depresión en adolescentes de 10-17 años y el confinamiento durante la pandemia de la covid-19.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: no experimental, descriptivo y transversal.

Periodo del estudio: enero a febrero de 2024.

Lugar del estudio

UMF no.11 del instituto mexicano del seguro social del municipio de Tapachula, Chiapas.

Universo de trabajo: esta conformado por adolescentes de 10 a 17 años, derechohabientes de la Unidad médica familiar número 11, del IMSS en el municipio de Tapachula, Chiapas, que asistan a consulta externa.

Tamaño de la muestra: esta compuesta por 302 adolescentes de 10 a 17 años que es el resultado de la muestra representativa obtenida a través de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes de 10-17 años derechohabiente que asistan a consulta externa

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Población menor a 10 años
- Población mayor a 17 años
- Adolescentes que no sean derechohabientes

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adolescentes que no deseen participar
- Aquellos jóvenes que una vez seleccionados presenten cuestionarios incompletos.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE:

Depresión.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Edad
- Sexo
- Pandemia de la covid 19
- Confinamiento

OPERALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Duración de vida de una persona.	Cálculo del Número de años transcurridos de los participantes en el estudio que se registró en la ficha de identificación.	Cuantitativa ordinal	1,2,3,4.....
Sexo	Caracteres orgánicos que tiene un humano que se diferencia en masculino o femenino.	Descrito en la ficha de identificación, basado en las características físicas.	Cualitativa nominal	Hombre Mujer
Depresión	Padecimiento en la salud mental caracterizada por una inmensa pesadumbre y desinterés.	Síntomas de depresión que se encontraron en adolescentes	Cualitativa nominal	Ausencia de síntomas. Depresión leve. Depresión grave.
Confinamiento	Reclusión temporal y forzado de un individuo para resguardar su integridad física	Adolescentes participantes que estuvieron en aislamiento social en el transcurso de la pandemia.	Cualitativa Nominal	SI NO
Pandemia de la covid 19	Enfermedad causa de pandemia, que es mortal, ocasionada por el virus SARS-CoV-2.	Tiempo estipulado desde el primer caso de contagio por coronavirus que causo medidas sanitarias específicas.	Cualitativa nominal.	SI NO

PROCEDIMIENTO

Se realizará una investigación en la UMF 11 del municipio de Tapachula, Chiapas, donde los individuos de estudio serán el rubro de adolescente que abarcan la edad de 10 a 17 años, que cuenten con derechohabiente.

Posterior la firma por escrito del consentimiento informado, se encuestará a todo aquel que acceda a ser participante, mediante el instrumento de inventario de depresión en jóvenes y adolescentes, que evaluará la presencia de sintomatología depresiva, incluyendo problemas del estado de anímico, la disposición para divertirse al realizar actividades, funciones vegetativas, autopercepción y la interacción interpersonal. Se encuentra conformado por 27 ítems, que están cifrados con números del 0 al 2.

Se emplearán medidas de centralización como lo son: media, mediana y moda, para realizar el análisis de las variables cuantitativas. Se ocuparán las medidas de variabilidad como: desviación estándar, rango, varianza y percentiles.

Con respecto a la observación de las variables cualitativas, emplearemos para la relación una tabla de contingencia que analizará la relación de la dependencia o independencia entre estas. De igual forma, el cálculo de la Chi cuadrada para el valor obtenido, que ayudara a rechazar o aceptar de manera estadística, la hipótesis de trabajo.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Dra. Daniela De la cruz López, residente de segundo año de Medicina Familiar de la UMF Número 11
- Asesoras expertas:
Dra. Adriana Hernández Hernández asesor metodológico y de contenido.

RECURSOS MATERIALES

- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Folders
- Equipo de computación
- Equipo de impresión
- Hojas para recolección de datos

RECURSOS FINANCIEROS

- Recursos propios del médico residente

ASPECTOS ÉTICOS

El siguiente estudio de investigación estará apegado al estatuto de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, así también a las normas éticas. Considerando lo estipulado en el rubro segundo “de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, en materia de investigación para la salud en México (SSA 2018), los resultados recabados serán confidenciales y se protegerá la privacidad de cada participante en este estudio. Se someterá a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud No. 703 y el Comité de Local de Ética en Investigación en Salud No. 703 de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde será analizado para valorar su viabilidad y realización. La investigación se efectuará teniendo en consideración los derechos de privacidad de la información adquirida de los expedientes, la hoja de recopilación de información se completará de manera directa y reservada, incorporando cualquier dato importante para efectuar dicha investigación. Para ello nos apegaremos a la Ley General de Salud que en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud 2014); En su título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”.

El siguiente proyecto de investigación se estima con riesgo mínimo, con base a lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 2: II.- Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio

moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. Previo a lo mencionado, ya que se conseguirá información basándose en la aplicación de un cuestionario, motivo por el cual, se firmara por escrito el consentimiento informado para este estudio. Para resguardar la confidencialidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevará nombre ni dirección, se tendrá apego a las fracciones I, VI, VII y VIII. Con respecto al consentimiento informado, se establecerá lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito”.

Se proseguirán las sugerencias, concertadas por las Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en salud del consejo Internacional de Armonización de los requisitos técnicos para el registro de medicamentos de uso humano (ICH, por sus siglas en ingles International Conference on Harmonization).

La investigación, se basara en los 12 principios básicos de La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1989) ; “Guía de recomendaciones para los médicos biomédica en personas” Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, 39 Finlandia, Junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre de 1983, la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre de 1989, 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

1. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
2. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
4. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
5. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
6. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
7. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

8. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

9. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

10. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

11. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

12. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

13. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación

14. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

15. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles

para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

16. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

La NOM 012 establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, donde constituye que la investigación para la salud en seres humanos se desarrollara con el propósito de efectuar aportaciones científicas, tecnológicas y conocimientos en materia de salud. Para garantizar la seguridad del paciente y garantizar la veracidad de la investigación, se considera lo dispuesto en el título quinto de los aspectos éticos de 35 la investigación humana capítulo 1 de la Ley General de Salud del 2011 de acuerdo a los artículos 96 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103, el cual dicta lo siguiente:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población; IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud. V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud. VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica

destinada a la salud. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]

Planteamiento del problema																						
elaboración de justificación de estudio y marco teórico																						
Elaboración de objetivo general y objetivos específicos																						
Elaboración de hipótesis																						
Diseño de protocolo, elaboración de cronograma de actividades																						
Registro de protocolo																						
Recolección de datos																						
Análisis de datos																						
Resultados																						
Conclusiones																						
Tesis entregada																						

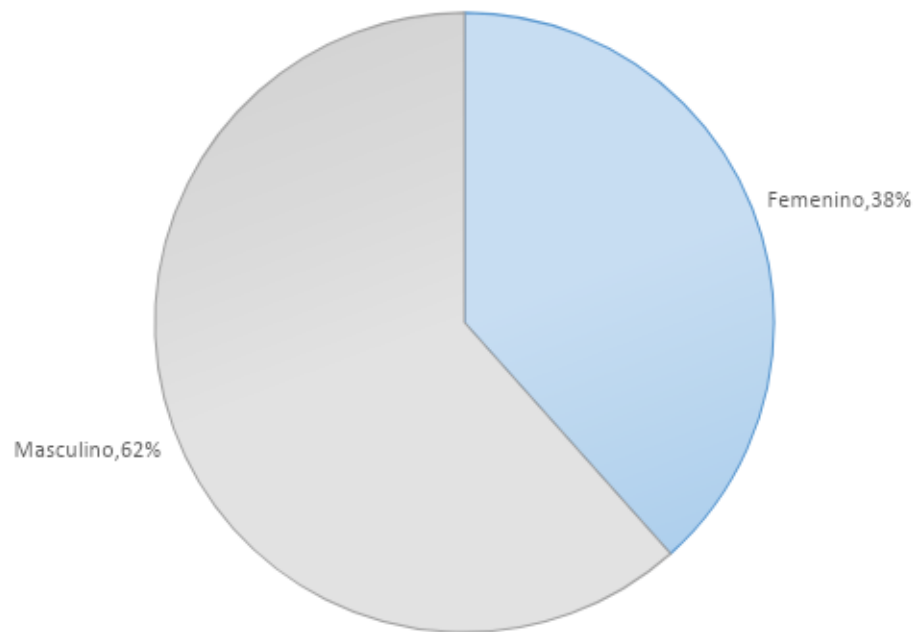
RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio de una población de 302 niños que cumplieron con los criterios de selección y que respondieron al instrumento de evaluación.

Cuadro 1: Distribución por sexo de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	116	38.4%
Masculino	186	61.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 1: Distribución por sexo de los adolescentes estudiados

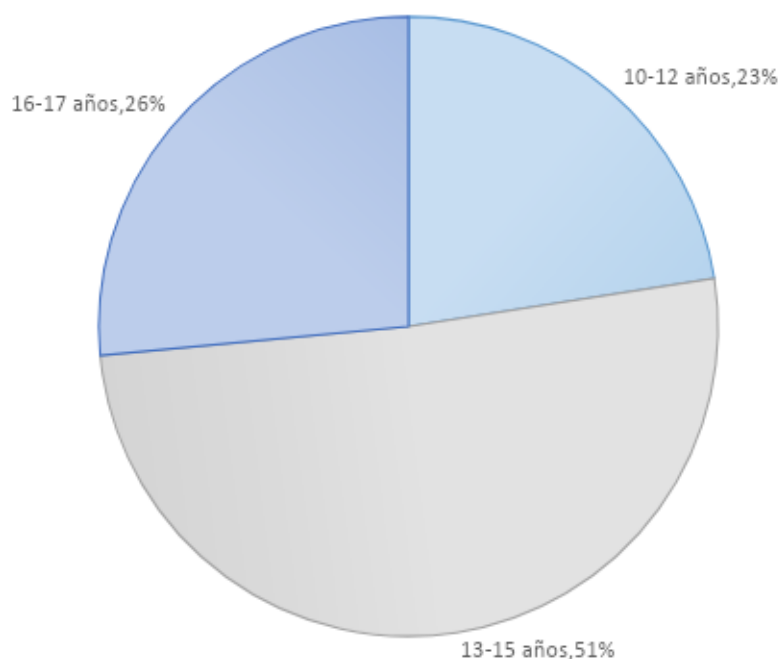


El sexo predominante en la población de estudio fue el masculino con el 61.6% (n=186), mientras que el sexo femenino se presentó en el 38.4% (n=116).

Cuadro 2: Distribución por edad de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
10-12 años	68	22.5%
13-15 años	154	51.0%
16-17 años	80	26.5%
Total	302	100.0%

Gráfica 2: Distribución por edad de los adolescentes estudiados

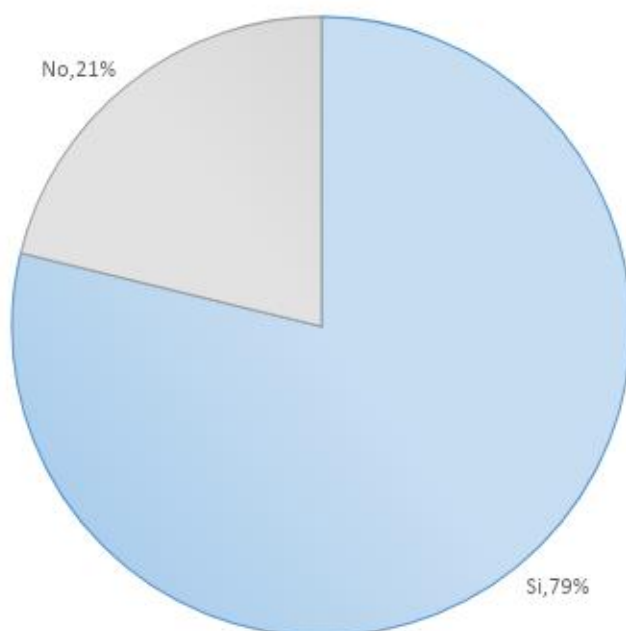


El grupo de edad predominante en la población de estudio fue el de 13 a 15 años con el 51.0% (n=154), seguido en frecuencia por el grupo de edad de 16 a 17 años con el 26.5% (n=80), y finalmente se encontró el grupo de edad de 10 a 12 años con el 22.5% (n=68).

Cuadro 3: Distribución por confinamiento de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Si	238	78.8%
No	64	21.2%
Total	302	100.0%

Cuadro 3: Distribución por confinamiento de los adolescentes estudiados

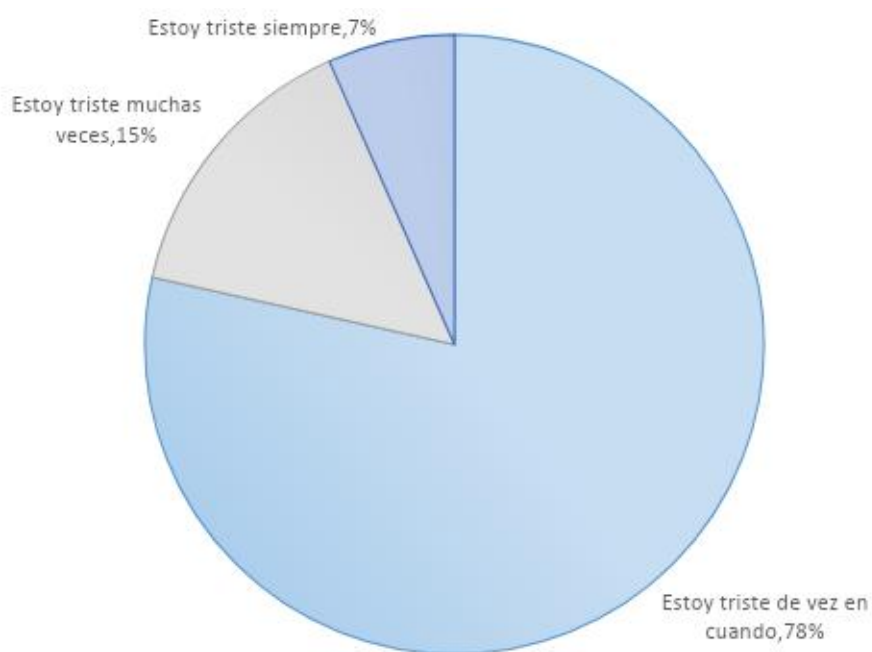


El confinamiento en los adolescentes estudiados fue reportado por el 78.8% (n=238).

Cuadro 4: Distribución de las respuestas a la pregunta 1 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Estoy triste de vez en cuando	237	78.5%
Estoy triste muchas veces	45	14.9%
Estoy triste siempre	20	6.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 4: Distribución de las respuestas a la pregunta 1 de los adolescentes estudiados

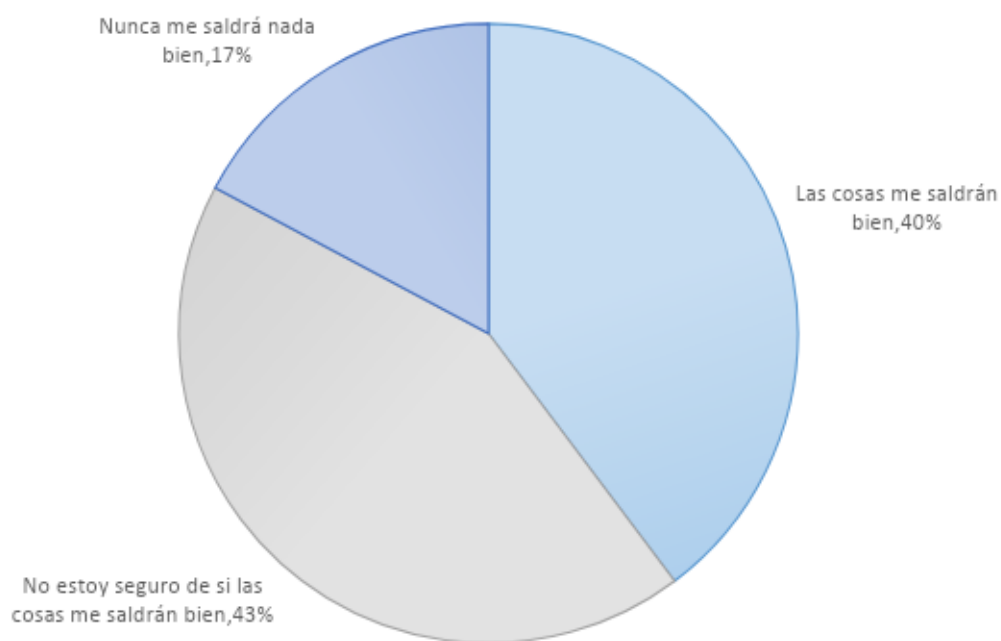


En el análisis descriptivo de la pregunta 1 predominó “Estoy triste de vez en cuando” representando el 78.5% (n=237), seguido por “Estoy triste muchas veces” representando el 14.9% (n=45), y finalmente “Estoy triste siempre” representando el 6.6% (n=20).

Cuadro 5: Distribución de las respuestas a la pregunta 2 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Las cosas me saldrán bien	120	39.7%
No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien	130	43.0%
Nunca me saldrá nada bien	52	17.2%
Total	302	100.0%

Gráfica 5: Distribución de las respuestas a la pregunta 2 de los adolescentes estudiados

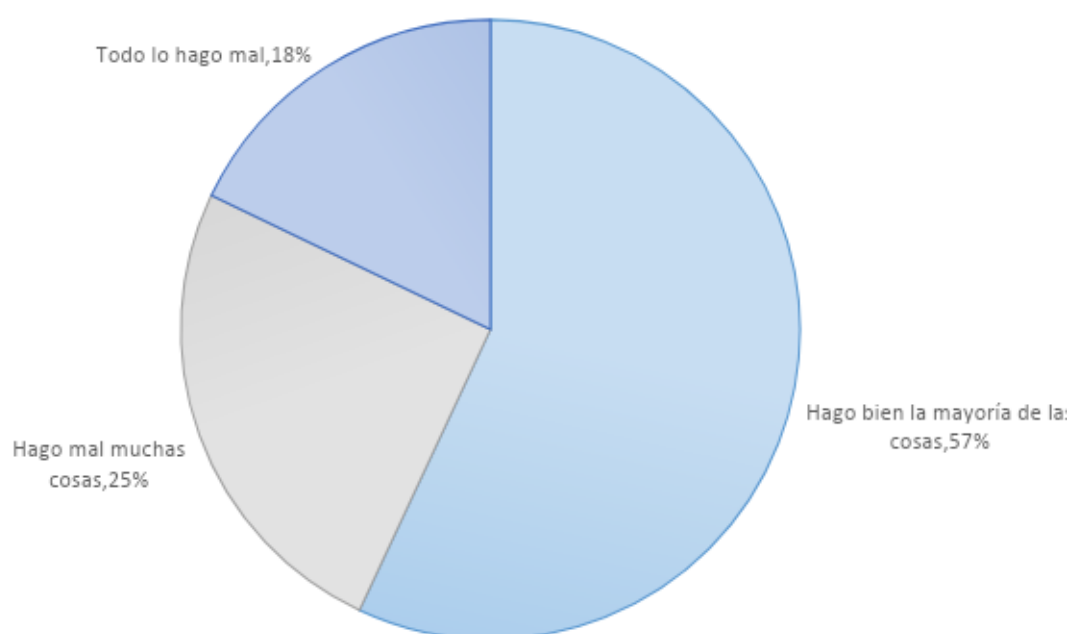


En el análisis descriptivo de la pregunta 2 predominó “No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien” representando el 43.0% (n=130), seguido por “Las cosas me saldrán bien” representando el 39.7% (n=120), y finalmente “Nunca me saldrá nada bien” representando el 17.2% (n=52).

Cuadro 6: Distribución de las respuestas a la pregunta 3 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Hago bien la mayoría de las cosas	172	57.0%
Hago mal muchas cosas	76	25.2%
Todo lo hago mal	54	17.9%
Total	302	100.0%

Gráfica 6: Distribución de las respuestas a la pregunta 3 de los adolescentes estudiados

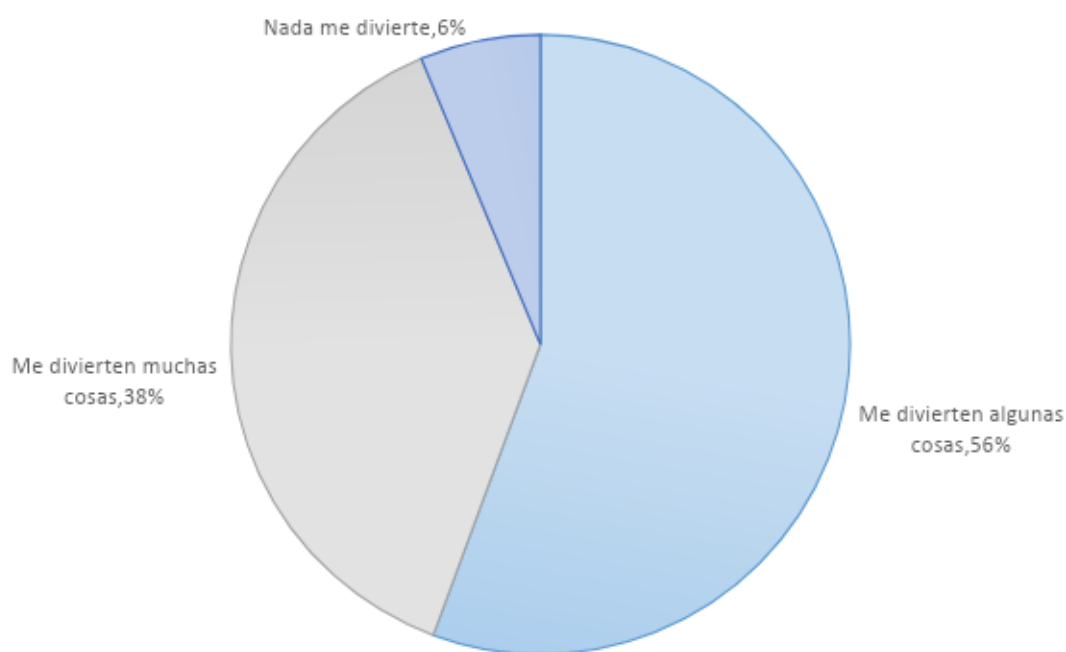


En el análisis descriptivo de la pregunta 3 predominó “Hago bien la mayoría de las cosas” representando el 57.0% (n=172), seguido por “Hago mal muchas cosas” representando el 25.2% (n=76), y finalmente “Todo lo hago mal” representando el 17.9% (n=54).

Cuadro 7: Distribución de las respuestas a la pregunta 4 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Me divierten algunas cosas	168	55.6%
Me divierten muchas cosas	115	38.1%
Nada me divierte	19	6.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 7: Distribución de las respuestas a la pregunta 4 de los adolescentes estudiados

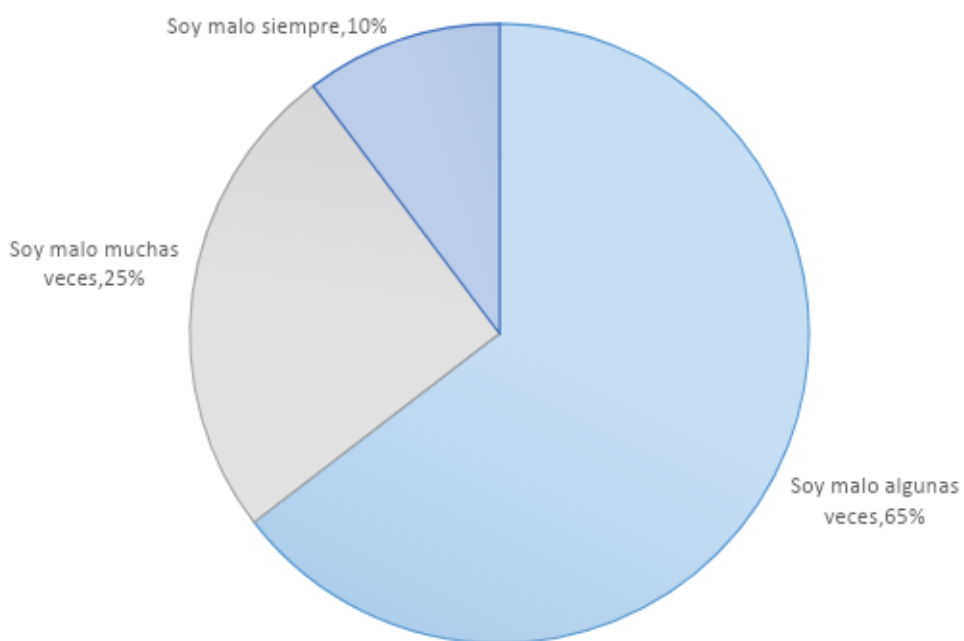


En el análisis descriptivo de la pregunta 4 predominó “Me divierten algunas cosas” representando el 55.6% (n=168), seguido por “Me divierten muchas cosas” representando el 38.1% (n=115), y finalmente “Nada me divierte” representando el 6.3% (n=19).

Cuadro 8: Distribución de las respuestas a la pregunta 5 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Soy malo algunas veces	195	64.6%
Soy malo muchas veces	76	25.2%
Soy malo siempre	31	10.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 8: Distribución de las respuestas a la pregunta 5 de los adolescentes estudiados

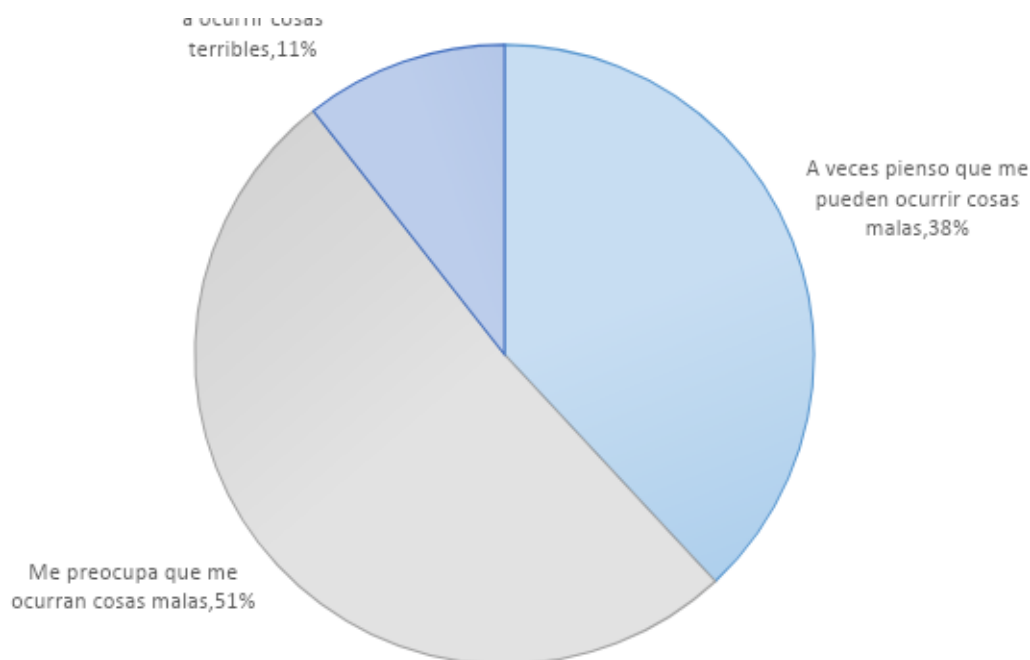


En el análisis descriptivo de la pregunta 5 predominó “Soy malo algunas veces” representando el 64.6% (n=195), seguido por “Soy malo muchas veces” representando el 25.2% (n=76), y finalmente “Soy malo siempre” representando el 10.3% (n=31).

Cuadro 9: Distribución de las respuestas a la pregunta 6 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas	115	38.1%
Me preocupa que me ocurran cosas malas	155	51.3%
Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	32	10.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 9: Distribución de las respuestas a la pregunta 6 de los adolescentes estudiados

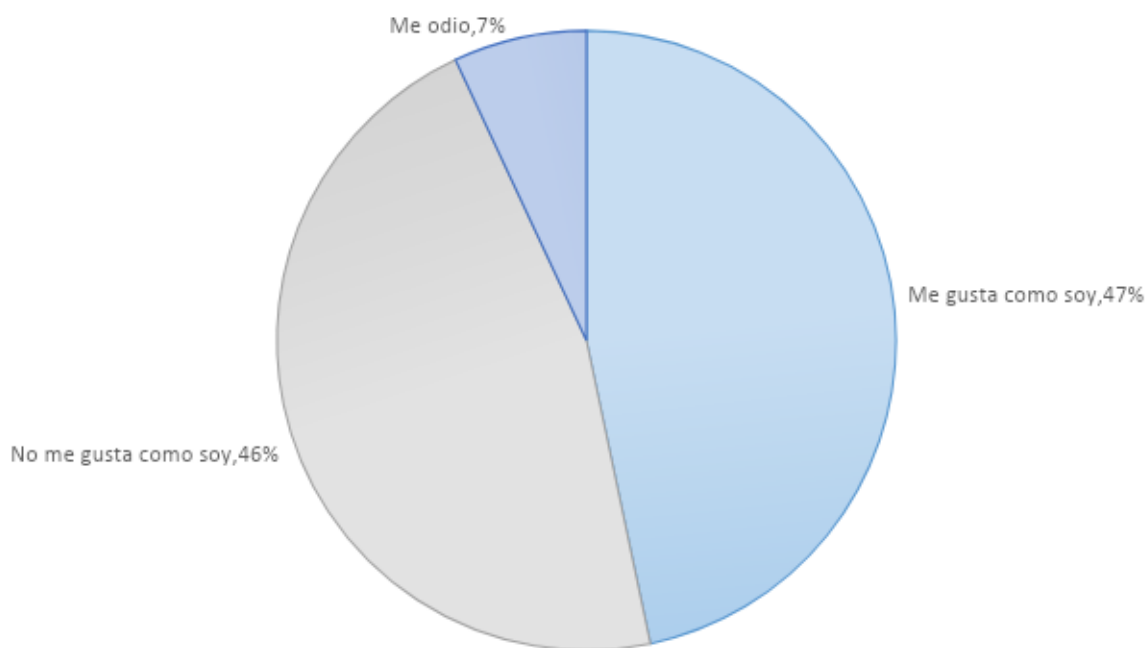


En el análisis descriptivo de la pregunta 6 predominó “Me preocupa que me ocurran cosas malas” representando el 51.3% (n=155), seguido por “A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas” representando el 38.1% (n=115), y finalmente “Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles” representando el 10.6% (n=32).

Cuadro 10: Distribución de las respuestas a la pregunta 7 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Me gusta como soy	141	46.7%
No me gusta como soy	140	46.4%
Me odio	21	7.0%
Total	302	100.0%

Gráfica 10: Distribución de las respuestas a la pregunta 7 de los adolescentes estudiados

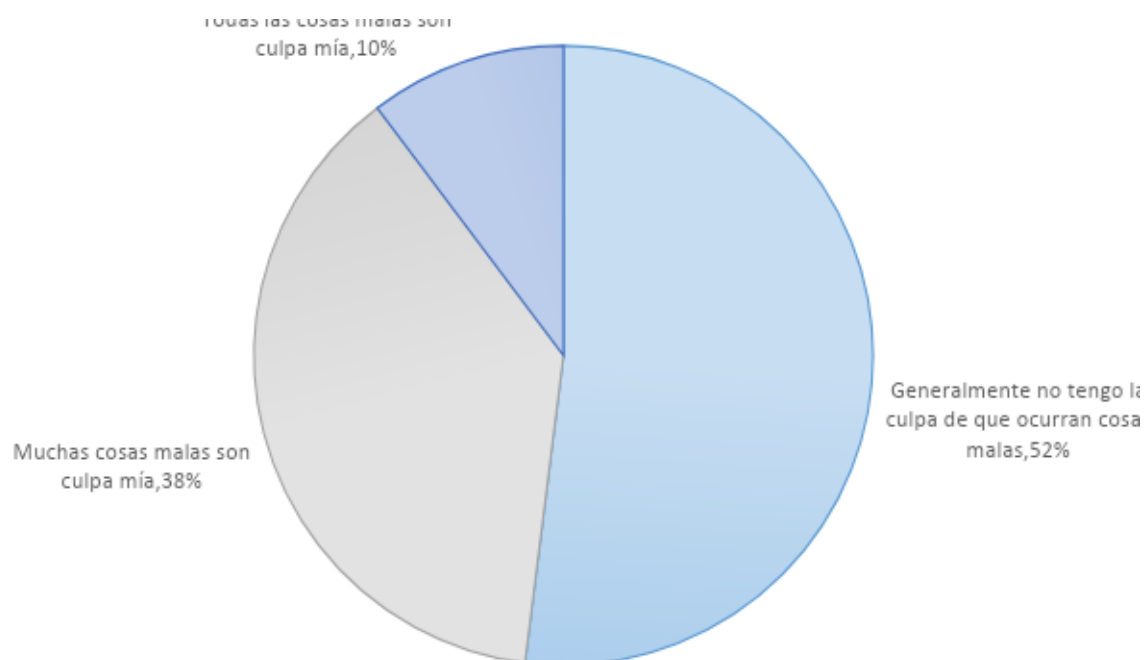


En el análisis descriptivo de la pregunta 7 predominó “Me gusta como soy” representando el 46.7% (n=141), seguido por “No me gusta como soy” representando el 46.4% (n=140), y finalmente “Me odio” representando el 7.0% (n=21).

Cuadro 11: Distribución de las respuestas a la pregunta 8 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas	157	52.0%
Muchas cosas malas son culpa mía	114	37.7%
Todas las cosas malas son culpa mía	31	10.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 11: Distribución de las respuestas a la pregunta 8 de los adolescentes estudiados

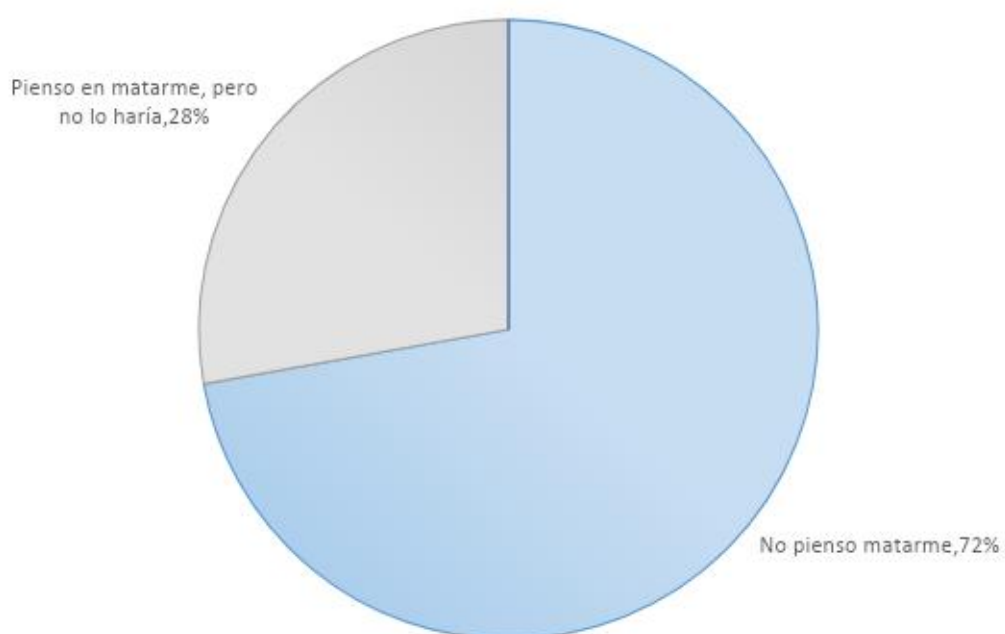


En el análisis descriptivo de la pregunta 8 predominó “Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas” representando el 52.0% (n=157), seguido por “Muchas cosas malas son culpa mía” representando el 37.7% (n=114), y finalmente “Todas las cosas malas son culpa mía” representando el 10.3% (n=31).

Cuadro 12: Distribución de las respuestas a la pregunta 9 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
No pienso matarme	218	72.2%
Pienso en matarme, pero no lo haría	84	27.8%
Quiero matarme	0	0.0%
Total	302	100.0%

Gráfica 12: Distribución de las respuestas a la pregunta 9 de los adolescentes estudiados

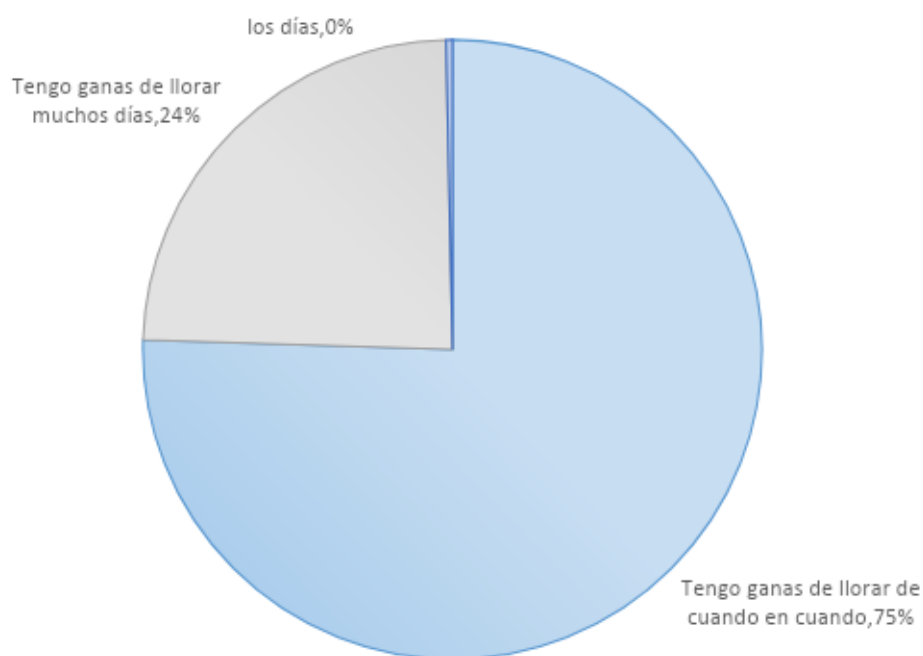


En el análisis descriptivo de la pregunta 9 predominó “No pienso matarme” representando el 72.2% (n=218), seguido por “Pienso en matarme, pero no lo haría” representando el 27.8% (n=84).

Cuadro 13: Distribución de las respuestas a la pregunta 10 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo ganas de llorar de cuando en cuando	228	75.5%
Tengo ganas de llorar muchos días	73	24.2%
Tengo ganas de llorar todos los días	1	0.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 13: Distribución de las respuestas a la pregunta 10 de los adolescentes estudiados

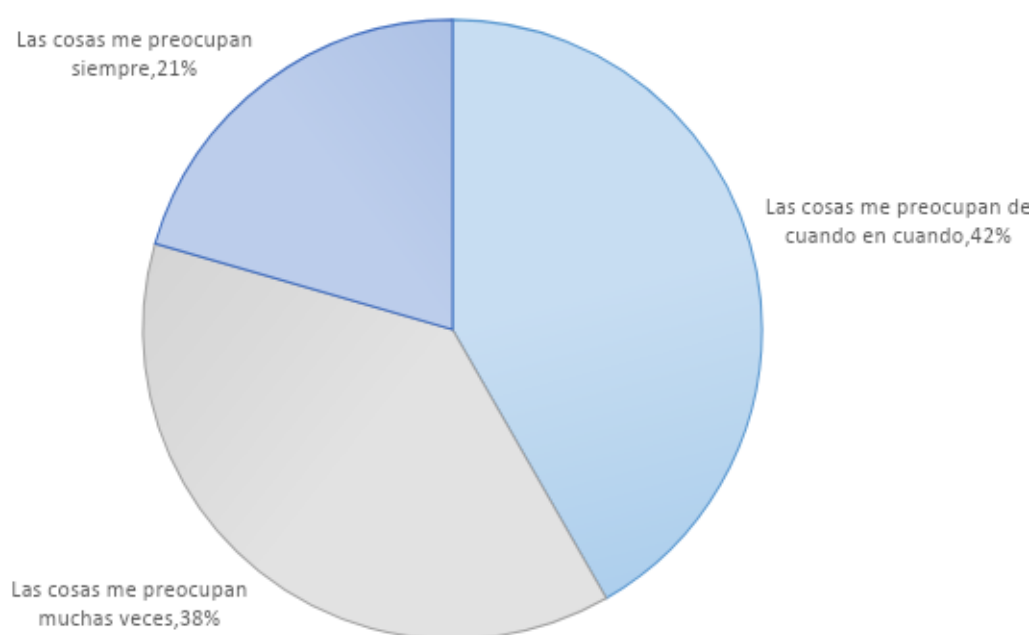


En el análisis descriptivo de la pregunta 10 predominó “Tengo ganas de llorar de cuando en cuando” representando el 75.5% (n=228), seguido por “Tengo ganas de llorar muchos días” representando el 24.2% (n=73), y finalmente “Tengo ganas de llorar todos los días” representando el 0.3% (n=1).

Cuadro 14: Distribución de las respuestas a la pregunta 11 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Las cosas me preocupan de cuando en cuando	126	41.7%
Las cosas me preocupan muchas veces	114	37.7%
Las cosas me preocupan siempre	62	20.5%
Total	302	100.0%

Gráfica 14: Distribución de las respuestas a la pregunta 11 de los adolescentes estudiados

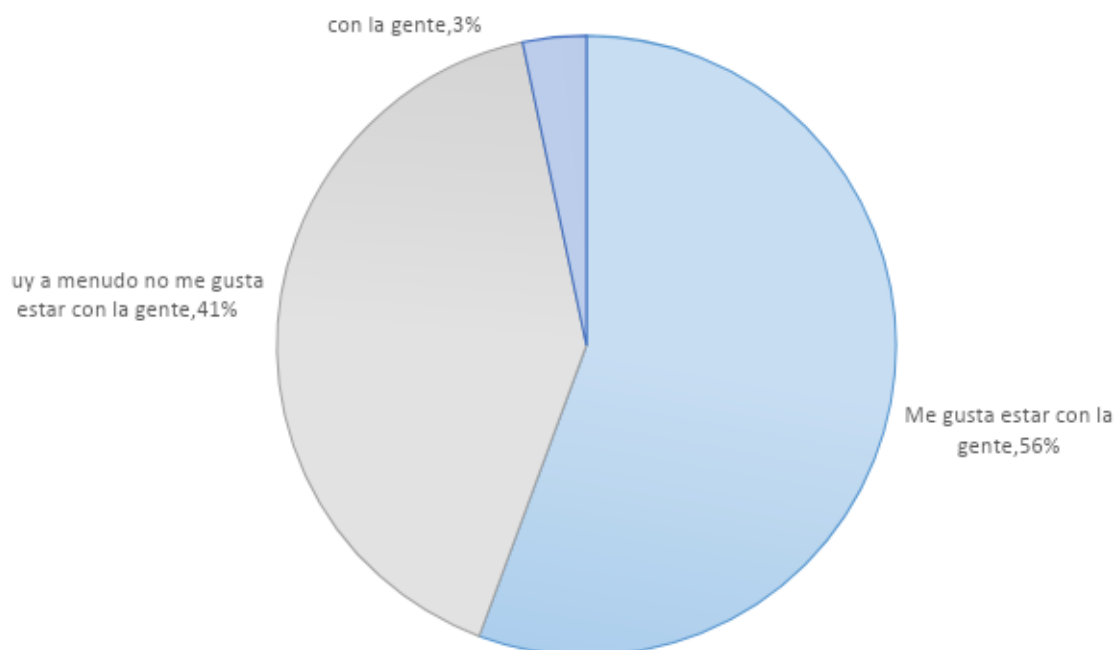


En el análisis descriptivo de la pregunta 11 predominó “Las cosas me preocupan de cuando en cuando” representando el 41.7% (n=126), seguido por “Las cosas me preocupan muchas veces” representando el 37.7% (n=114), y finalmente “Las cosas me preocupan siempre” representando el 20.5% (n=62).

Cuadro 15: Distribución de las respuestas a la pregunta 12 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Me gusta estar con la gente	168	55.6%
Muy a menudo no me gusta estar con la gente	124	41.1%
No quiero en absoluto estar con la gente	10	3.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 15: Distribución de las respuestas a la pregunta 12 de los adolescentes estudiados

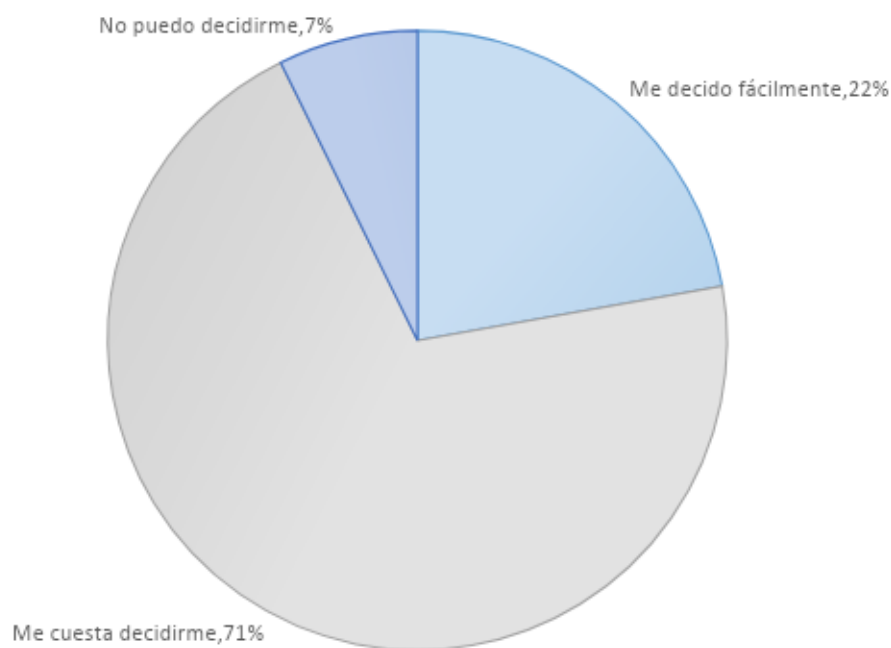


En el análisis descriptivo de la pregunta 12 predominó “Me gusta estar con la gente” representando el 55.6% (n=168), seguido por “Muy a menudo no me gusta estar con la gente” representando el 41.1% (n=124), y finalmente “No quiero en absoluto estar con la gente” representando el 3.3% (n=10).

Cuadro 16: Distribución de las respuestas a la pregunta 13 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Me decido fácilmente	67	22.2%
Me cuesta decidirme	213	70.5%
No puedo decidirme	22	7.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 16: Distribución de las respuestas a la pregunta 13 de los adolescentes estudiados

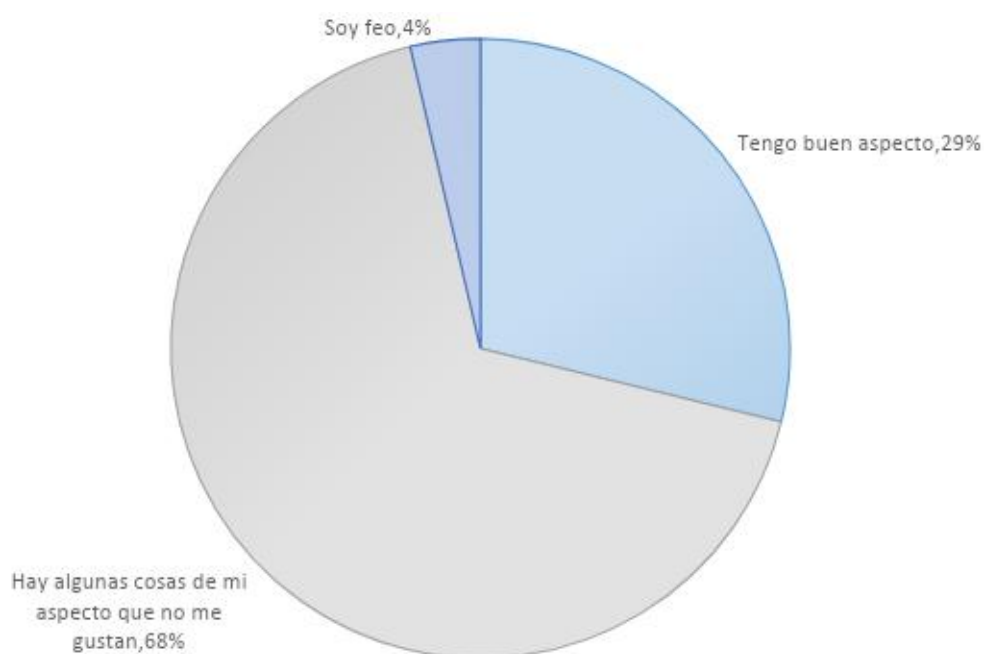


En el análisis descriptivo de la pregunta 13 predominó “Me cuesta decidirme” representando el 70.5% (n=213), seguido por “Me decido fácilmente” representando el 22.2% (n=67), y finalmente “No puedo decidirme” representando el 7.3% (n=22).

Cuadro 17: Distribución de las respuestas a la pregunta 14 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo buen aspecto	87	28.8%
Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan	204	67.5%
Soy feo	11	3.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 17: Distribución de las respuestas a la pregunta 14 de los adolescentes estudiados

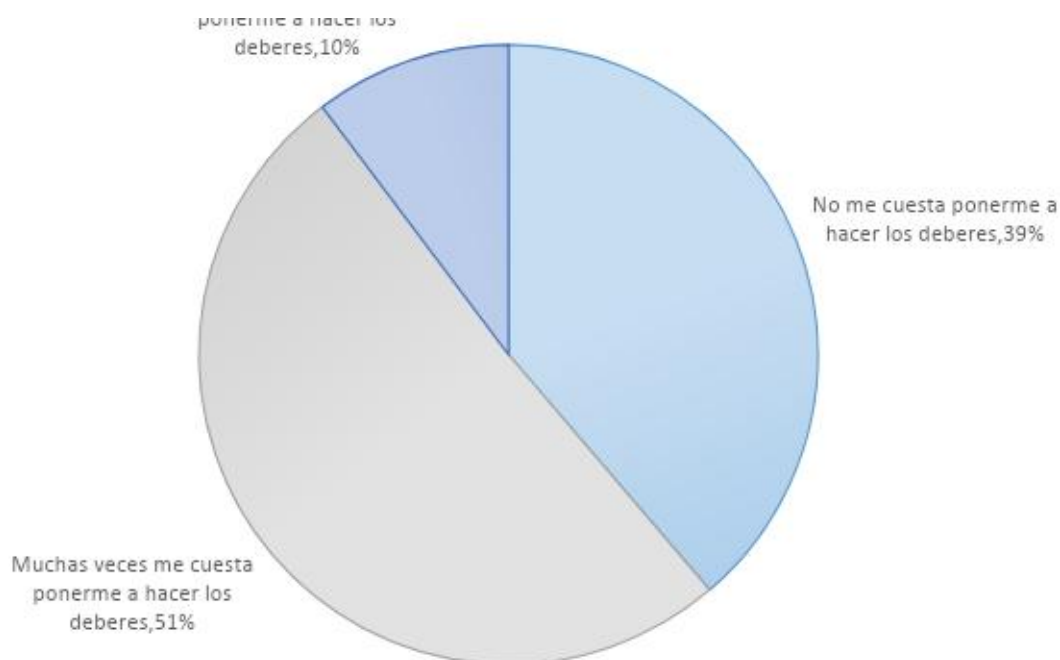


En el análisis descriptivo de la pregunta 14 predominó “Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan” representando el 67.5% (n=204), seguido por “Tengo buen aspecto” representando el 28.8% (n=87), y finalmente “Soy feo” representando el 3.6% (n=11).

Cuadro 18: Distribución de las respuestas a la pregunta 15 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
No me cuesta ponerme a hacer los deberes	117	38.7%
Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes	154	51.0%
Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	31	10.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 18: Distribución de las respuestas a la pregunta 15 de los adolescentes estudiados

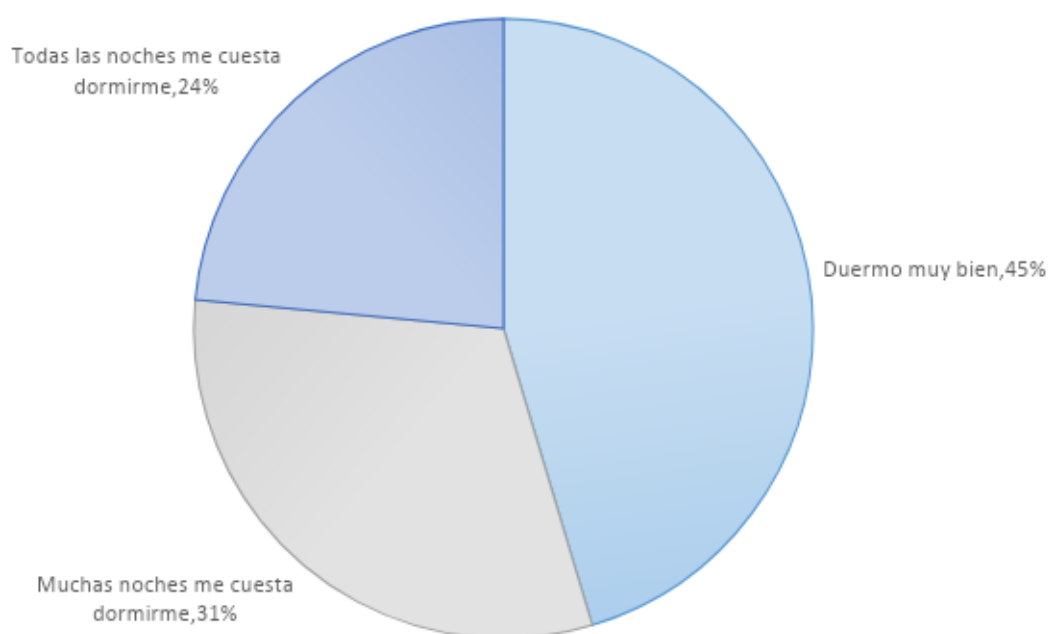


En el análisis descriptivo de la pregunta 15 predominó “Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes” representando el 51.0% (n=154), seguido por “No me cuesta ponerme a hacer los deberes” representando el 38.7% (n=117), y finalmente “Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes” representando el 10.3% (n=31).

Cuadro 19: Distribución de las respuestas a la pregunta 16 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Duermo muy bien	137	45.4%
Muchas noches me cuesta dormirme	94	31.1%
Todas las noches me cuesta dormirme	71	23.5%
Total	302	100.0%

Gráfica 19: Distribución de las respuestas a la pregunta 16 de los adolescentes estudiados

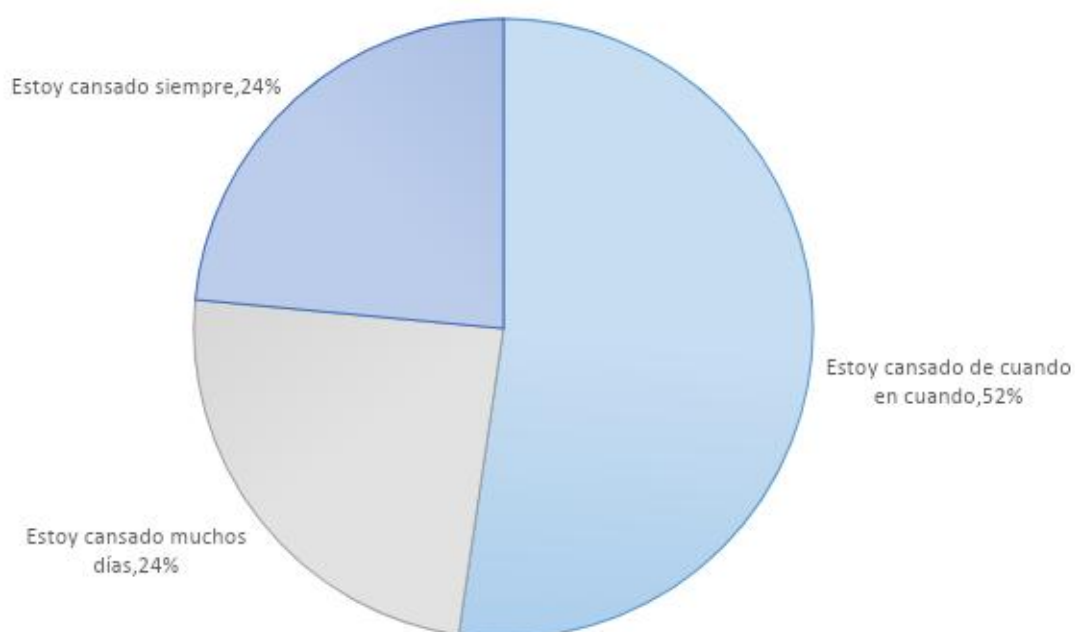


En el análisis descriptivo de la pregunta 16 predominó “Duermo muy bien” representando el 45.4% (n=137), seguido por “Muchas noches me cuesta dormirme” representando el 31.1% (n=94), y finalmente “Todas las noches me cuesta dormirme” representando el 23.5% (n=71).

Cuadro 20: Distribución de las respuestas a la pregunta 17 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Estoy cansado de cuando en cuando	158	52.3%
Estoy cansado muchos días	73	24.2%
Estoy cansado siempre	71	23.5%
Total	302	100.0%

Gráfica 20: Distribución de las respuestas a la pregunta 17 de los adolescentes estudiados

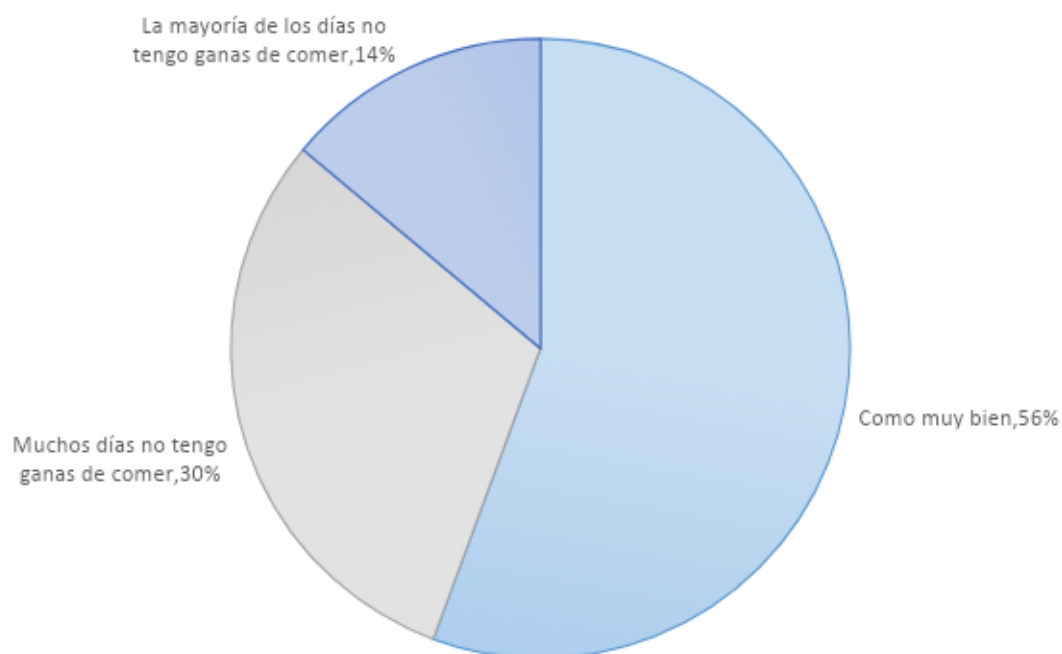


En el análisis descriptivo de la pregunta 17 predominó “Estoy cansado de cuando en cuando” representando el 52.3% (n=158), seguido por “Estoy cansado muchos días” representando el 24.2% (n=73), y finalmente “Estoy cansado siempre” representando el 23.5% (n=71).

Cuadro 21: Distribución de las respuestas a la pregunta 18 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Como muy bien	168	55.6%
Muchos días no tengo ganas de comer	92	30.5%
La mayoría de los días no tengo ganas de comer	42	13.9%
Total	302	100.0%

Gráfica 21: Distribución de las respuestas a la pregunta 18 de los adolescentes estudiados

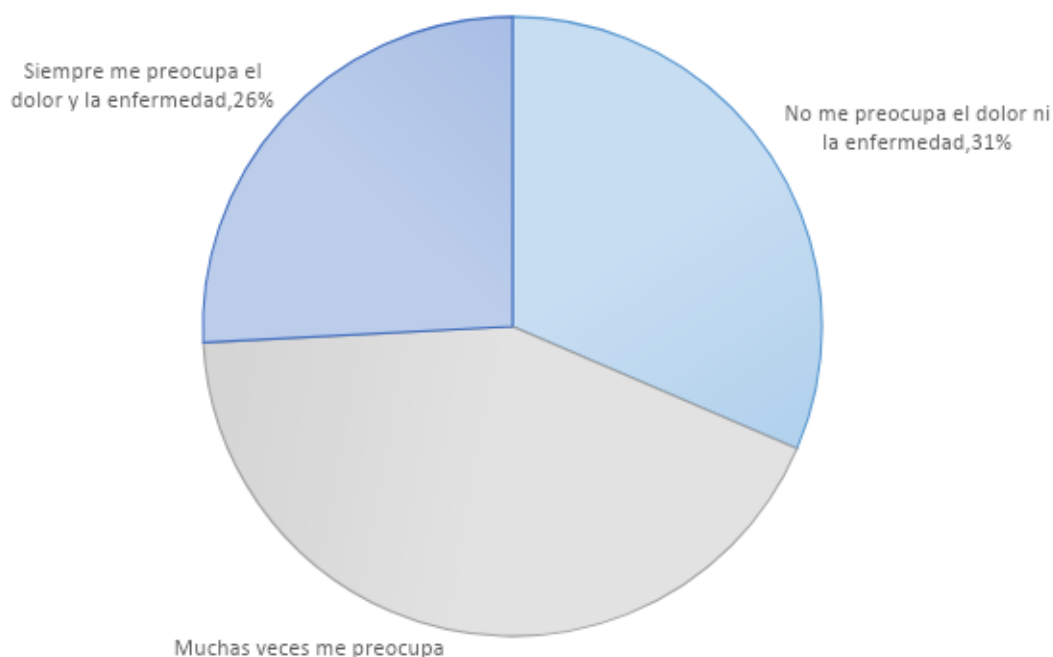


En el análisis descriptivo de la pregunta 18 predominó “Como muy bien” representando el 55.6% (n=168), seguido por “Muchos días no tengo ganas de comer” representando el 30.5% (n=92), y finalmente “La mayoría de los días no tengo ganas de comer” representando el 13.9% (n=42).

Cuadro 22: Distribución de las respuestas a la pregunta 19 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
No me preocupa el dolor ni la enfermedad	95	31.5%
Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	129	42.7%
Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	78	25.8%
Total	302	100.0%

Gráfica 22: Distribución de las respuestas a la pregunta 19 de los adolescentes estudiados

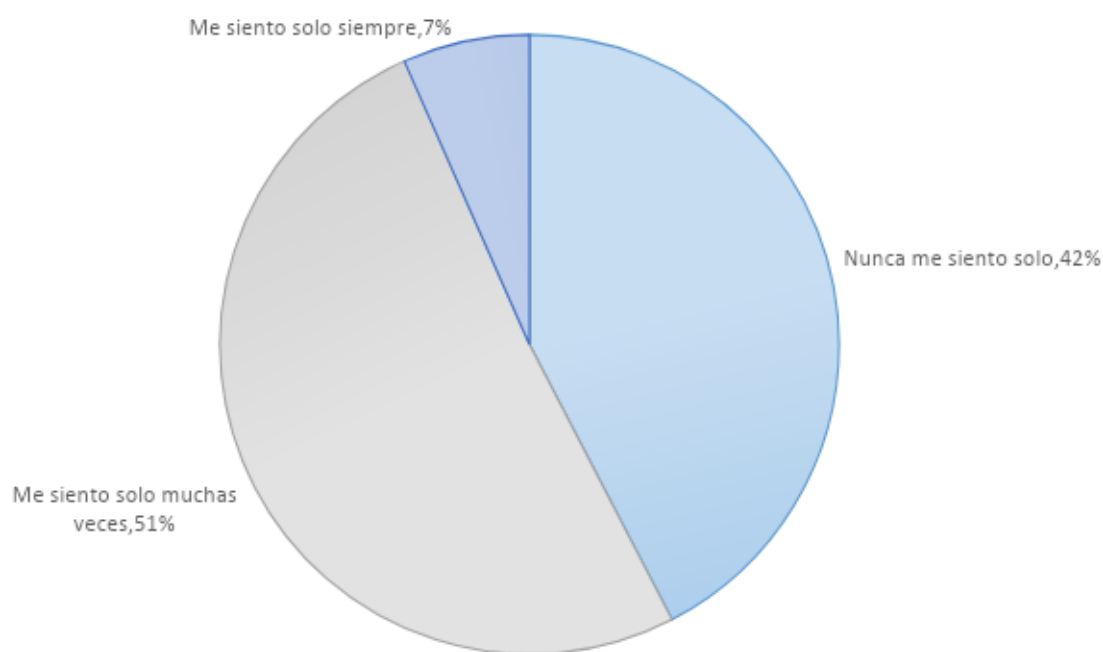


En el análisis descriptivo de la pregunta 19 predominó “Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad” representando el 42.7% (n=129), seguido por “No me preocupa el dolor ni la enfermedad” representando el 31.5% (n=95), y finalmente “Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad” representando el 25.8% (n=78).

Cuadro 23: Distribución de las respuestas a la pregunta 20 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca me siento solo	128	42.4%
Me siento solo muchas veces	154	51.0%
Me siento solo siempre	20	6.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 23: Distribución de las respuestas a la pregunta 20 de los adolescentes estudiados

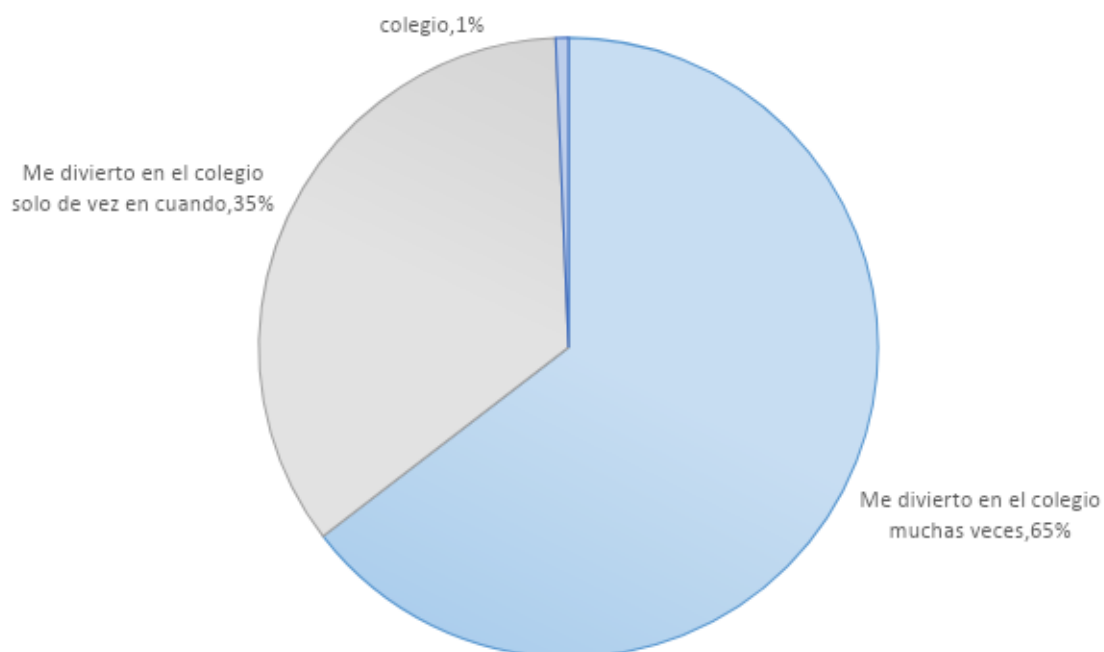


En el análisis descriptivo de la pregunta 20 predominó “Me siento solo muchas veces” representando el 51.0% (n=154), seguido por “Nunca me siento solo” representando el 42.4% (n=128), y finalmente “Me siento solo siempre” representando el 6.6% (n=20).

Cuadro 24: Distribución de las respuestas a la pregunta 21 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Me divierto en el colegio muchas veces	195	64.6%
Me divierto en el colegio solo de vez en cuando	105	34.8%
Nunca me divierto en el colegio	2	0.7%
Total	302	100.0%

Gráfica 24: Distribución de las respuestas a la pregunta 21 de los adolescentes estudiados

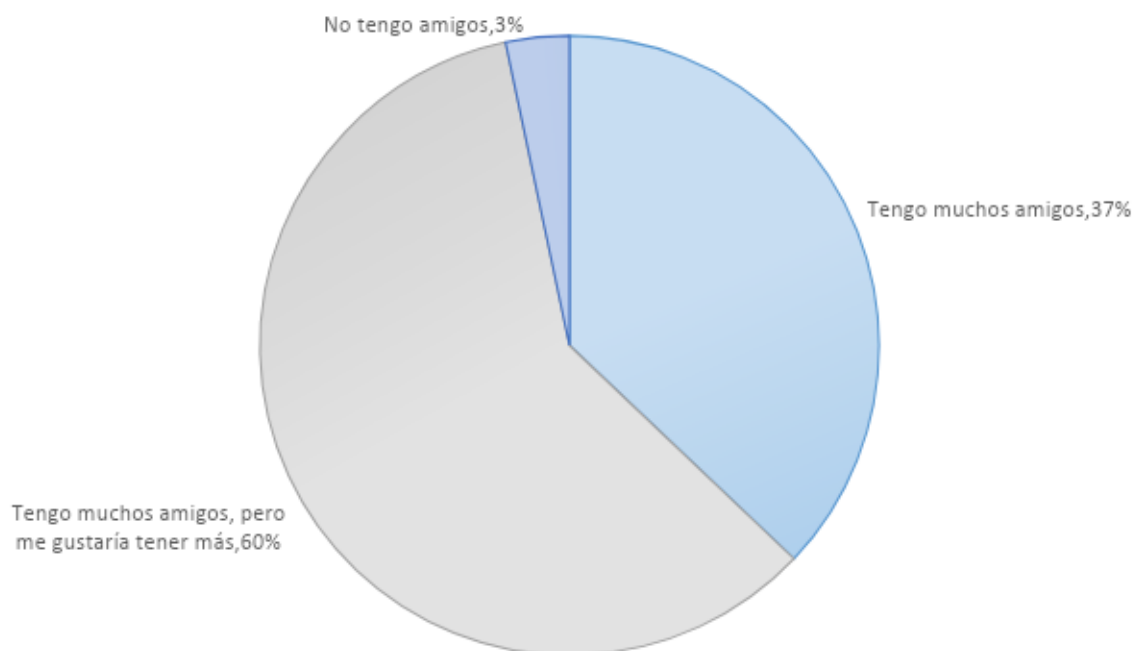


En el análisis descriptivo de la pregunta 21 predominó “Me divierto en el colegio muchas veces” representando el 64.6% (n=195), seguido por “Me divierto en el colegio solo de vez en cuando” representando el 34.8% (n=105), y finalmente “Nunca me divierto en el colegio” representando el 0.7% (n=2).

Cuadro 25: Distribución de las respuestas a la pregunta 22 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo muchos amigos	112	37.1%
Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más	180	59.6%
No tengo amigos	10	3.3%
Total	302	100.0%

Gráfica 25: Distribución de las respuestas a la pregunta 22 de los adolescentes estudiados

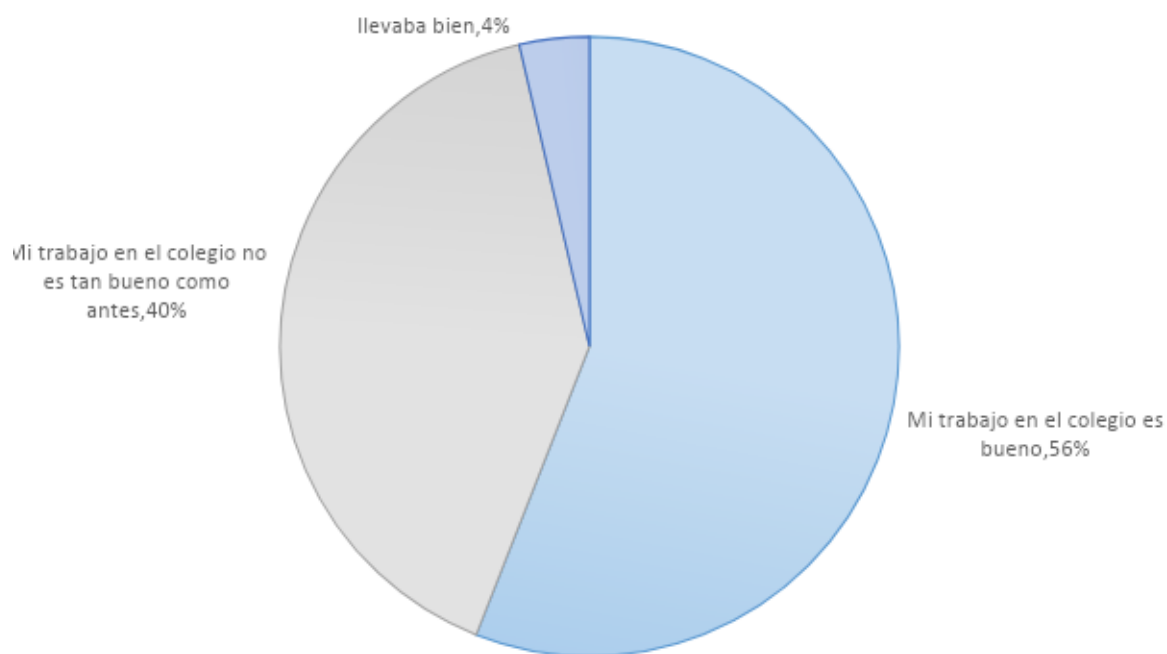


En el análisis descriptivo de la pregunta 22 predominó “Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más” representando el 59.6% (n=180), seguido por “Tengo muchos amigos” representando el 37.1% (n=112), y finalmente “No tengo amigos” representando el 3.3% (n=10).

Cuadro 25: Distribución de las respuestas a la pregunta 23 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Mi trabajo en el colegio es bueno	169	56.0%
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes	122	40.4%
Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien	11	3.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 25: Distribución de las respuestas a la pregunta 23 de los adolescentes estudiados

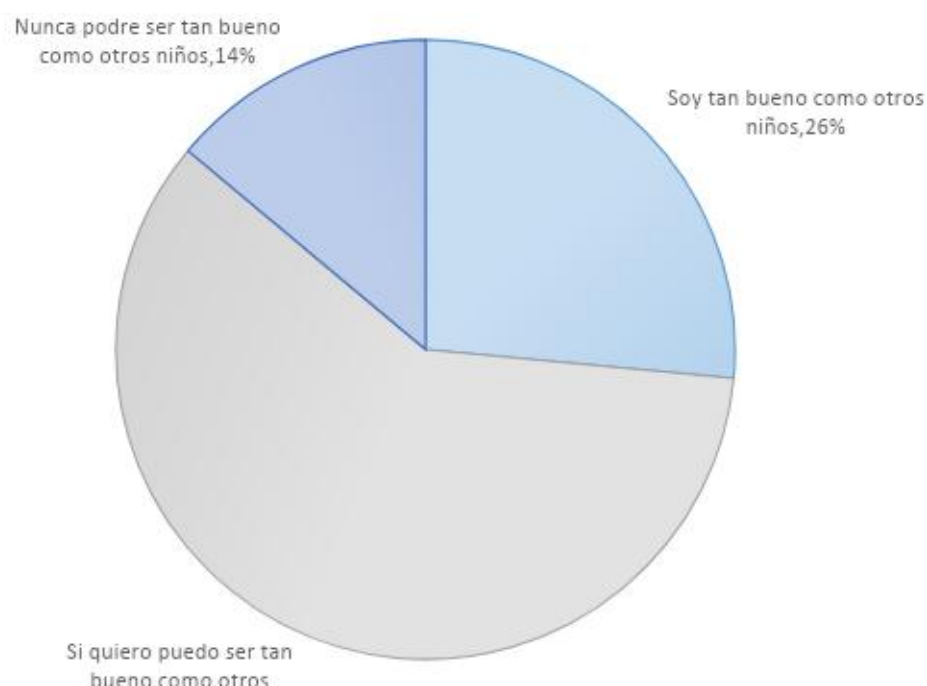


En el análisis descriptivo de la pregunta 23 predominó “Mi trabajo en el colegio es bueno” representando el 56.0% (n=169), seguido por “Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes” representando el 40.4% (n=122), y finalmente “Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien” representando el 3.6% (n=11).

Cuadro 26: Distribución de las respuestas a la pregunta 24 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Soy tan bueno como otros niños	80	26.5%
Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños	180	59.6%
Nunca podre ser tan bueno como otros niños	42	13.9%
Total	302	100.0%

Gráfica 26: Distribución de las respuestas a la pregunta 24 de los adolescentes estudiados

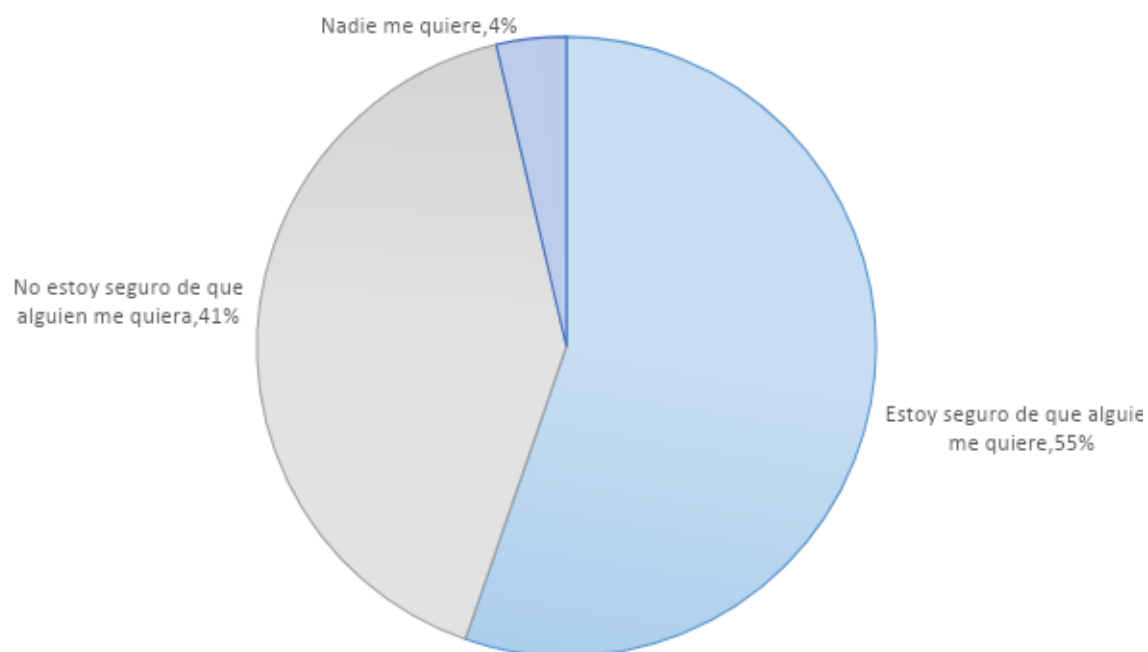


En el análisis descriptivo de la pregunta 24 predominó “Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños” representando el 59.6% (n=180), seguido por “Soy tan bueno como otros niños” representando el 26.5% (n=80), y finalmente “Nunca podre ser tan bueno como otros niños” representando el 13.9% (n=42).

Cuadro 27: Distribución de las respuestas a la pregunta 25 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Estoy seguro de que alguien me quiere	167	55.3%
No estoy seguro de que alguien me quiera	124	41.1%
Nadie me quiere	11	3.6%
Total	302	100.0%

Gráfica 27: Distribución de las respuestas a la pregunta 25 de los adolescentes estudiados

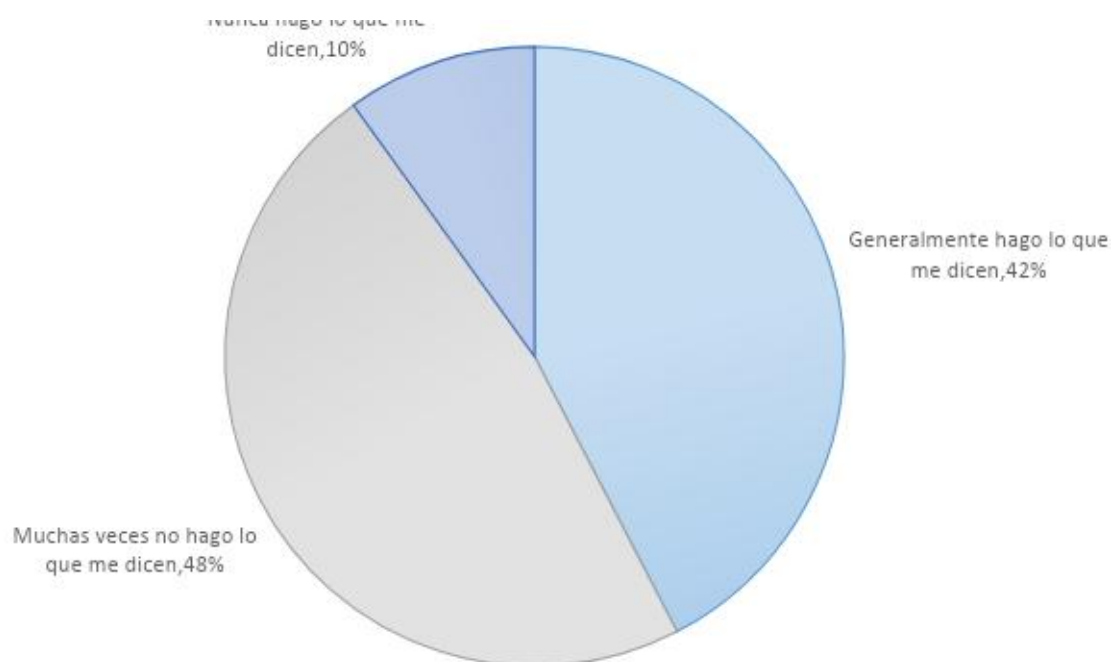


En el análisis descriptivo de la pregunta 25 predominó “Estoy seguro de que alguien me quiere” representando el 55.3% (n=167), seguido por “No estoy seguro de que alguien me quiera” representando el 41.1% (n=124), y finalmente “Nadie me quiere” representando el 3.6% (n=11).

Cuadro 28: Distribución de las respuestas a la pregunta 26 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Generalmente hago lo que me dicen	128	42.4%
Muchas veces no hago lo que me dicen	144	47.7%
Nunca hago lo que me dicen	30	9.9%
Total	302	100.0%

Gráfica 28: Distribución de las respuestas a la pregunta 26 de los adolescentes estudiados

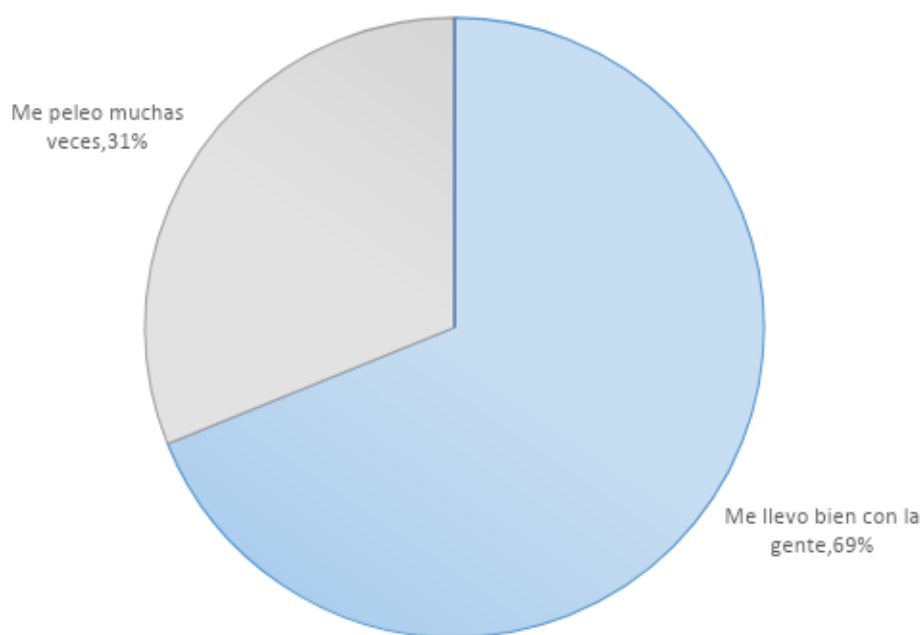


En el análisis descriptivo de la pregunta 26 predominó “Muchas veces no hago lo que me dicen” representando el 47.7% (n=144), seguido por “Generalmente hago lo que me dicen” representando el 42.4% (n=128), y finalmente “Nunca hago lo que me dicen” representando el 9.9% (n=30).

Cuadro 29: Distribución de las respuestas a la pregunta 27 de los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Me llevo bien con la gente	208	68.9%
Me peleo muchas veces	94	31.1%
Me peleo siempre	0	0.0%
Total	302	100.0%

Gráfica 29: Distribución de las respuestas a la pregunta 27 de los adolescentes estudiados

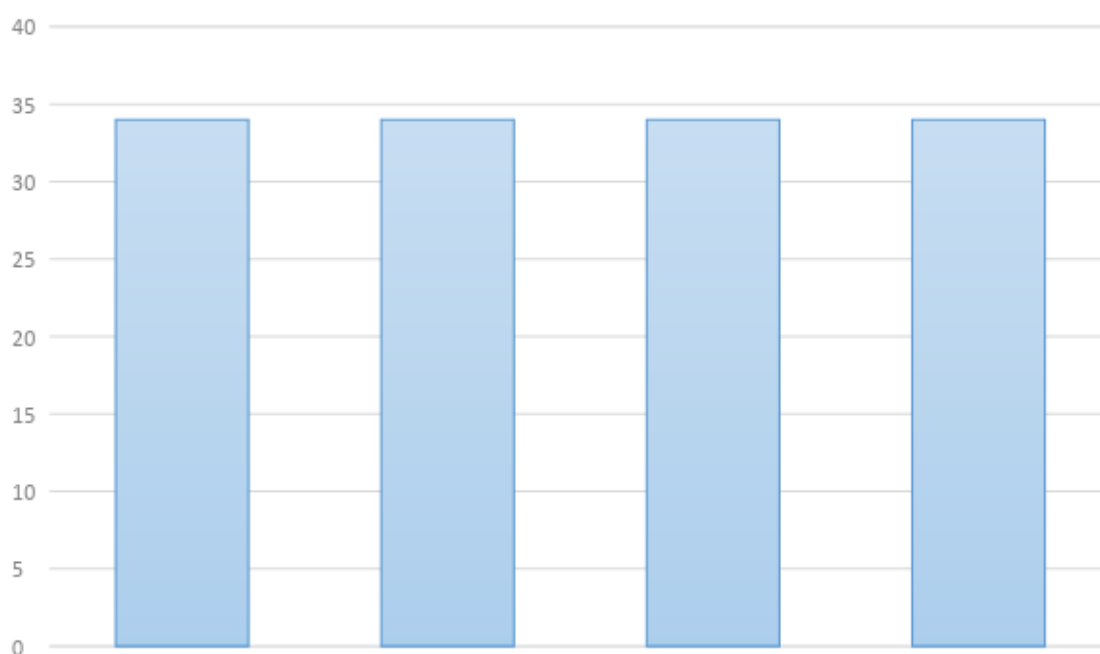


En el análisis descriptivo de la pregunta 27 predominó “Me llevo bien con la gente” representando el 68.9% (n=208), seguido por “Me peleo muchas veces” representando el 31.1% (n=94).

Cuadro 30: Estadísticos descriptivos del puntaje total del Cuestionario de Depresión Infantil y Adolescente

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Puntaje total	302	1	34	26.12	3.525

Gráfica 30: Estadísticos descriptivos del puntaje total del Cuestionario de Depresión Infantil y Adolescente

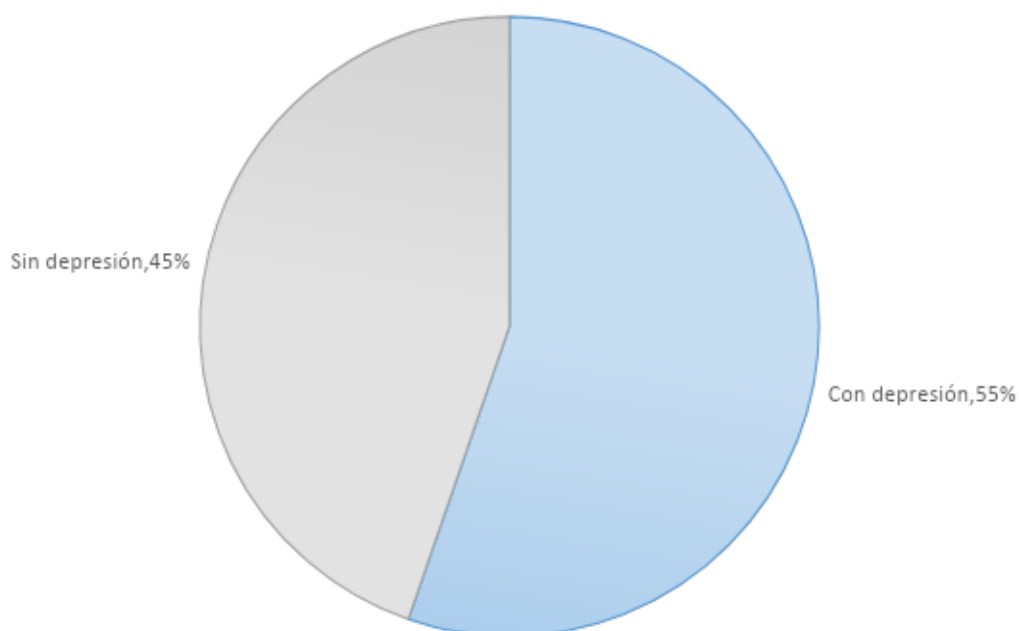


El puntaje del Cuestionario de Depresión Infantil y Adolescente (CDI) tuvo una media de 26.12 ± 3.52 , con un mínimo de 1 punto y un máximo de 34 puntos.

Cuadro 31: Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados

	Frecuencia	Porcentaje
Con depresión	167	55.3%
Sin depresión	135	44.7%
Total	302	100.0%

Gráfica 31: Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados

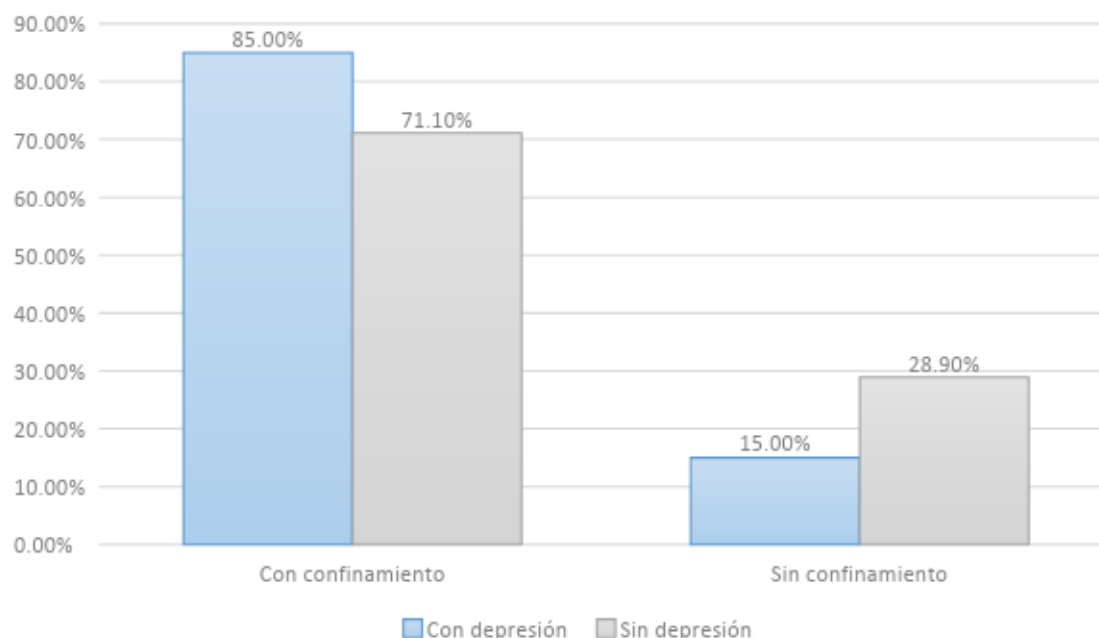


En el análisis de la presencia de depresión (puntaje mayor de 19 en el CDI) el 55.3% (n=167) tuvo depresión, mientras que el restante 44.7% (n=135) no presentó depresión.

Cuadro 32: Análisis de asociación de depresión con el confinamiento reportado por los adolescentes estudiados

		Severidad de la depresión				Valor p
		Con depresión		Sin depresión		
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Confinamiento	Si	142	85.0%	96	71.1%	0.003
	No	25	15.0%	39	28.9%	
Total		167	100.0%	135	100.0%	

Gráfica 32: Análisis de asociación de depresión con el confinamiento reportado por los adolescentes estudiados



Los adolescentes que desarrollaron depresión reportaron mayormente confinamiento (85.0% vs 71.1%) mostrándose significativa la asociación ($p=0.003$).

DISCUSIÓN

Después del análisis de resultados se encontró que en la población de adolescentes de 10-17 años hubo una puntuación media del CDI de 26.12 ± 3.52 , este puntaje se encuentra inferior a lo reportado por McGuinn et al. quien estudió a 464 parejas madre-hijo de una cohorte de nacimiento longitudinal en la Ciudad de México. A las edades de 8 a 11 años (antes de la COVID, 2018-2019) y de 9 a 12 años (durante la COVID, mayo-noviembre de 2020), se evaluaron los síntomas depresivos utilizando el Inventario de depresión infantil informado por el niño y los padres. El puntaje del CDI tuvo una media de 53.4 ± 9 previo a la pandemia de COVID-19 que se incrementó a 54.6 ± 10 durante el confinamiento. (29)

En otro hallazgo del estudio, la prevalencia de depresión fue del 55.3%. Lo que se encuentra superior a los reportado por la literatura clínica, Xie et al. donde se realizaron dos oleadas de encuestas en dos escuelas primarias de Wuhan y Huangshi, provincia de Hubei: la oleada 1 del 28 de febrero al 5 de marzo de 2020 (los niños habían estado confinados en casa durante 30 a 40 días) y la oleada 2 del 27 de noviembre al 9 de diciembre de 2020 (las escuelas habían reabierto durante casi 3 meses). Los síntomas depresivos se estimaron utilizando el Inventario de depresión infantil, versión corta (CDI-S, por sus siglas en inglés). Las tasas de prevalencia estandarizadas por edad de los síntomas depresivos en la primera y segunda ola fueron del 21.8 y el 37.5 %, respectivamente. (30)

En otro estudio contradictorio al presente, Xie et al. estudió a un total de 2330 estudiantes de 2.º a 6.º grado de 2 escuelas primarias de la provincia de Hubei, de los cuales 845 eran de Wuhan y 1485 de Huangshi, a completar una encuesta entre el 28 de febrero y el 5 de marzo de 2020. Los estudiantes completaron la investigación a través de una plataforma de colaboración colectiva en línea. Los síntomas depresivos fueron evaluados con la escala CDI en su forma corta (CDI-S). Un total de 403 estudiantes (22.6%) informaron síntomas depresivos. (31)

También en discordancia con este estudio, Chen et al. por medio de un metaanálisis donde se realizaron búsquedas de estudios publicados en PubMed, Embase, Cochrane Central, la base de datos de revistas científicas chinas (base de datos VIP), la base de datos de conocimientos nacionales de China (CNKI) y la base de datos WanFang desde diciembre de 2019 hasta mayo de 2021. De las 1,708 referencias examinadas, se incluyeron 13 informes relacionados que involucraron a 41,729 participantes. Se encontró que la prevalencia general agrupada de síntomas depresivos en niños y adolescentes fue del 28.6% (IC 95%: 21.7-35.5%, $I^2 = 99.6\%$, $p < 0.001$), lo que muestra una heterogeneidad significativa entre los estudios. (32)

Finalmente, Durankuş et al. evaluó a niños en edad escolar a través de una encuesta en línea en términos de síntomas de depresión y ansiedad y varios aspectos relacionados con la pandemia de COVID-19. El nivel de depresión se evaluó con The Child Depression Inventory. Un resultado crítico del estudio es el porcentaje de niños y adolescentes que adquirieron puntuaciones superiores a 19 en el Child Depression Inventory. Este punto de corte se considera significativo, ya que refleja un nivel patológico de depresión. De la población de la muestra, 316 (41.79%) tuvieron puntuaciones en el Child Depression Inventory que superaron este valor. Estos datos apuntan al hecho de que los niños en edad escolar se ven afectados aproximadamente 15 veces más gravemente de lo normal por la pandemia de COVID-19. (33)

Este alto porcentaje de prevalencia de depresión en adolescentes resulta alarmante dado el hecho que se considera que los síntomas depresivos y de ansiedad se consideran las primeras etapas del trastorno depresivo mayor y del trastorno de ansiedad, los cuales pueden provocar un bajo rendimiento académico, deterioro de la función cognitiva, problemas sociales y deterioro de las funciones psicosociales. (30)

El impacto del confinamiento impuesto por la pandemia de COVID-19 implica que el cierre de escuelas con una política de quedarse en casa reduce drásticamente la oportunidad de contacto directo con personas que no sean miembros de la familia,

disminuir la actividad física y aumentar el tiempo de visualización de pantallas, todo lo cual puede deteriorar la salud mental de los niños en edad escolar. (34)

Los resultados de este estudio revelaron que el confinamiento forzado por la pandemia de COVID-19 han generado preocupaciones y problemas entre las poblaciones vulnerables, como los niños. En consecuencia, la situación de los niños y la tendencia del brote de COVID-19 en la región deben tenerse en cuenta al gestionar a las poblaciones vulnerables, como los niños.

El aumento significativo en la prevalencia de síntomas depresivos puede estar relacionado con el hecho de que los servicios de salud mental en nuestro país no están diseñados para niños.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos se puede concluir que la prevalencia de depresión en adolescentes de 10-17 años es alta debido al confinamiento durante la pandemia de la COVID-19.

Por ello es necesario establecer medidas de atención a la salud psiquiátrica de los adolescentes con el fin de prevenir la aparición de sintomatología depresiva a este grupo de pacientes. Además, se hacen necesarios futuros estudios que generen modelos de regresión logística que sean capaces de identificar factores de riesgo de depresión severa, y de este modo disminuir la morbilidad asociada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Bustillos Cotrado, A., & Laguna-León, E. (2018). Depresión y factores asociados en adolescentes de un colegio de la ciudad de Huánuco, Perú. *Revista peruana de investigación en salud*. 2(2), 10-15.
- 2.- Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., & Senra Pérez, N. C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Revista Conrado*, 14(64), 98-103.
- 3.- De La Rosa, A. L., & De La Rosa, N. (2020). Intervenciones eficaces vía de internet para la salud emocional en adolescentes: una propuesta ante la pandemia por COVID-19. *Hamut'ay*, 7 (2), 18-33.
- 4.- Medina Valencia, R. T., Andrade Sánchez, A. I., & Ramos Carranza, I. G. (2020). La recreación en adolescentes mexicanos durante el confinamiento por Covid-19. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 25(271), 22–34.
- 5.- Martha, M., & Murillo, J. (s/f). La depresión por confinamiento en niños de 10-12 años en 2020-2021.
- 6.- Lobo R. NJ, Morales O. DF.(2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa - Toluca, 2013. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 34(1).
- 7.- Arrarás, J. I., & Manrique, E. (2019). La percepción de la depresión y de su tratamiento. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 42(1), 5–8.
- 8.- Borja-Delgado, C., Ruilova-Mera, E., & García-Intriago, D.M., et al. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes, *Polo del conocimiento*, 4(2), 165-180.
- 9.- Prieto Silva, P., Hernández Martínez, L., & Castillo Rangel, I. (2021). Manifestaciones de depresión en jóvenes que inician la adolescencia ante el confinamiento por el COVID-19. *Investigación científica*, 15 (1).

- 10.- Tafur, Y.M. (2020). Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. CASUS, 5(1):18-25.
- 11.- Reyes Ramos, M., & Meza Jiménez, M. de L. (2021). Cambios en los estilos de vida durante el confinamiento por COVID-19. CIENCIA ergo sum, 28(4).
- 12.- Neumann, C., Cancino, I., Salfate, C., & Sandoval, J. (2021). Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños/as y adolescentes: una revisión bibliográfica. Revista Confluencia, 4(2), 53–58.
- 13.- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., & Reyes Luzardo, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. Revista cubana de salud pública, 46, e2488.
- 14.- Gutiérrez Babativa, L. (2021). Salud mental en niños y adolescentes relacionado a la cuarentena ocasionada por COVID-19.
- 15.- Quezada-Berum, L.C. y González- Ramírez, M.T. (2021). Reacciones psicológicas durante la primera semana de aislamiento por COVID-19 en México. Acción psicológica, 18 (1), 179-188.
- 16.- Gutiérrez, S. C. H., Muñoz, S. T., & Manchay, R. J. D. (2020). Sentimientos por la COVID-19 desde la metodología fenomenológica. Revista cubana de enfermería, 36(0).
- 17.- Félix, A., Rodríguez- Carrillo, M. A., María, E., & Ramírez, R. (2020). Depresión, rendimiento escolar y hábitos extraescolares en adolescentes: un estudio exploratorio durante la cuarentena del COVID-19. Revista de educación y desarrollo, 58, 19-28.
- 18.- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed), 49(4), 279–288.

- 19.- Martínez Sierra, P. D. & Olea Uribe, F. M. (2021). Voces desde Latinoamérica: adolescentes ante la pandemia por covid19. Revista sobre la infancia y la adolescencia, 20, 78-95.
- 20.- Díaz Leyva, D. (2021). Efectos psicosociales de la pandemia COVID-19 en la familia. Revista San Gregorio, 1(48), 149–168.
- 21.- Serdán Ruiz, D. L., Vásquez Bone, K. K., & Yupa Pallchisaca, A. E. (2021). Atención en psicopediatría para el manejo de emociones en los niños durante la pandemia COVID-19. Universidad, ciencia y tecnología, 25(109), 107–115.
- 22.- N. León, C., Universidad César Vallejo, S. Olivera, E., & Universidad Le Cordon Bleu. (2022). Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19. Revista de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu, 9(1), 61–78.
- 23.- Reyes Ramos, M., & Meza Jiménez, M. de L. (2021). Cambios en los estilos de vida durante el confinamiento por COVID-19. CIENCIA ergo sum, 28(4).
- 24.- Chacón, F., Fernández-Hermida, J. R., & García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. Clínica y Salud, 31(2), 119-123.
- 25.- Barturén, F. F. R., & Alva, C. Y. P. (2021). Salud familiar en contexto de COVID-19 y prevención desde la educación emocional. Análisis bibliográfico-documental latinoamericano. Medicina naturista, 15(1), 54–60.
- 26.- Martínez- Gómez, J. A., Bolívar Suarez, Y., Yanez Peñuñuri, L. Y., & rey Anacona, C. A. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. Medicina UPB, 39 (2), 24-33.
- 27.- Paricio del castillo, R., Pando Velasco., M.F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de la covid-19 en España: cuestiones y retos. Revista de psiquiatría 37(2), 30-44.

- 28.- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de saude publica*, 36(4).
- 29.- McGuinn LA, Rivera NR, Osorio E, Schnaas L, Hernandez C, DeFelice NB, et al. Changes in depressive and anxiety symptoms during COVID-19 in children from the PROGRESS cohort. *Pediatric research* 2023; 94(1):349-355
- 30.- Xie X, Liu Q, Zhu K, Jiang Q, Feng Y, Xiao P, et al. Psychological Symptom Progression in School-Aged Children After COVID-19 Home Confinement: A Longitudinal Study. *Front. Psychiatry* 2022; 13:809107
- 31.- Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, Song R. Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA pediatrics* 2020; 174(9):898-900
- 32.- Chen J, Yang K, Cao Y, Du Y, Wang N, Qu M. Depressive Symptoms Among Children and Adolescents in China During the Coronavirus Disease-19 Epidemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry* 2022; 13:870346
- 33.- Durankuş F. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in school-age children. *Cerrahpaşa Med J* 2021; 45(2):87-94
- 34.- Xiang M, Yamamoto S, Mizoue T. Depressive symptoms in students during school closure due to COVID-19 in Shanghai. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2020; 74(12):664

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de consentimiento informado para participación en
Protocolos de investigación en salud
(Padres o representantes legales en menores de edad o personas con
discapacidad)

TAPACHULA, CHIAPAS.

Lugar y fecha

No. de registro institucional: En trámite

Título del protocolo:

ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 -17 AÑOS Y EL
CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID- 19

Justificación y objetivo de la investigación: El brote epidémico nuevo debido al coronavirus 2 (SARS – Cov-2), ha sido un acontecimiento que ha provocado una emergencia en la salud pública a nivel mundial, que ha comprometido la salud física, así también ha tenido repercusiones en el bienestar mental y psicológico de cada individuo. Dentro de las disposiciones de prevención para soslayar el contagio, están el aislamiento social y la confinación, las cuales tienen un gran impacto en la sociedad. El grupo etario que está conformado por niños y adolescentes, está expuesto a crisis sociales. Resulta imprescindible examinar las evidencias sobre su efecto en la población juvenil a causa de la pandemia para desarrollar planes de actuación que disminuyan dicho impacto.

Procedimientos y duración de la investigación Si acepta participar en el estudio, se le solicitara que contesten un cuestionario en el que realizamos preguntaremos con datos personales, para determinar si tiene síntomas de depresión y si esto se encuentra asociada al confinamiento durante la pandemia de la covid-19.

Riesgos y molestias:

El tiempo empleado para contestar el cuestionario, que oscila entre 15 a 20 minutos, por consiguiente, no está involucrado alguna amenaza para su salud e integridad.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación: Los datos recabados en este estudio, tendrá un beneficio directo en usted como participante, si resulta tener síntomas de depresión. Además de los datos obtenidos, el instituto podrá tener un mayor conocimiento sobre el impacto que puede llegar a tener la depresión durante el confinamiento durante la pandemia de la covid-19, lo que podrá sustentar nuevas políticas en salud dirigidas a diseñar planes que minimicen el impacto. Tener Información sobre resultados y opciones de tratamiento.

Participación o retiro: Usted tiene la libertad de abandonar el estudio cuando usted lo decida, es primordial mencionarle que eso no repercutirá en ninguna forma en la atención médica que se le brindada por parte del instituto, se le continuara ofertando los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica del instituto. Por lo antes mencionado, su decisión no afectará su relación con el instituto y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS.

Privacidad y confidencialidad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: DANIELA DE LA CRUZ LÓPEZ

Teléfono y horario: 9621068595, 8 AM A 16 PM.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

DANIELA DE LA CRUZ LÓPEZ

Declaración de consentimiento:

	Acepto que a mi familiar o representado se le tomen los datos o muestras sólo para este estudio
	Acepto que a mi familiar o representado se le tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros

Se conservarán los datos o muestras hasta por 5 años tras lo cual se destruirán

Nombre y firma del padre, madre o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación en salud, sin omitir información relevante del estudio.



Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 17 años)

Lugar y fecha

No. de registro institucional: En trámite

Título del protocolo: ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE 10 -17 AÑOS Y EL CONFINAMIENTO DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID- 19

Objetivo de la investigación y procedimientos: El brote epidémico nuevo debido al coronavirus 2 (SARS – Cov-2), ha sido un acontecimiento que ha provocado una emergencia en la salud pública a nivel mundial, que ha comprometido la salud física, así también ha tenido repercusiones en el bienestar mental y psicológico de cada individuo. Dentro de las disposiciones de prevención para soslayar el contagio, están el aislamiento social y la confinación, las cuales tienen un gran impacto en la sociedad. El grupo etario que está conformado por niños y adolescentes, está expuesto a crisis sociales. Resulta imprescindible examinar las evidencias sobre su efecto en la población juvenil a causa de la pandemia para desarrollar planes de actuación que disminuyan dicho impacto.

Hola, mi nombre es Daniela de la Cruz López y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Depresión y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en: Contestar unas preguntas

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco y no escribas tu nombre.

☐

Si quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

ANEXO 2.
CUESTIONARIO CDI POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JUVENIL DE 10-17 AÑOS.

Nombre Fecha Unidad/Centro N° Historia Edad: ____ años ____ meses.

Sexo _____ Curso escolar _____

1. ☐ Estoy triste de vez en cuando.
☐ Estoy triste muchas veces.
☐ Estoy triste siempre.
2. ☐ Nunca me saldrá nada bien
☐ No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
☐ Las cosas me saldrán bien
3. ☐ Hago bien la mayoría de las cosas.
☐ Hago mal muchas cosas
☐ Todo lo hago mal
4. ☐ Me divierten muchas cosas
☐ Me divierten algunas cosas
☐ Nada me divierte
5. ☐ Soy malo siempre
☐ Soy malo muchas veces
☐ Soy malo algunas veces
6. ☐ A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
☐ Me preocupa que me ocurran cosas malas.
☐ Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. ☐ Me odio
☐ No me gusta como soy
☐ Me gusta como soy
8. ☐ Todas las cosas malas son culpa mía.
☐ Muchas cosas malas son culpa mía.

- ☐ Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. ☐ No pienso en matarme
☐ Pienso en matarme, pero no lo haría
☐ Quiero matarme.
10. ☐ Tengo ganas de llorar todos los días
☐ Tengo ganas de llorar muchos días
☐ Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11. ☐ Las cosas me preocupan siempre
☐ Las cosas me preocupan muchas veces.
☐ Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. ☐ Me gusta estar con la gente
☐ Muy a menudo no me gusta estar con la gente
☐ No quiero en absoluto estar con la gente.
13. ☐ No puedo decidirme
☐ Me cuesta decidirme
☐ Me decido fácilmente
14. ☐ Tengo buen aspecto
☐ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
☐ Soy feo
15. ☐ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. ☐ Todas las noches me cuesta dormirme
☐ Muchas noches me cuesta dormirme.
☐ Duermo muy bien
17. ☐ Estoy cansado de cuando en cuando
☐ Estoy cansado muchos días
☐ Estoy cansado siempre
18. ☐ La mayoría de los días no tengo ganas de comer

- ☐ Muchos días no tengo ganas de comer
 - ☐ Como muy bien
19. ☐ No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
- ☐ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 - ☐ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. ☐ Nunca me siento solo.
- ☐ Me siento solo muchas veces
 - ☐ Me siento solo siempre
21. ☐ Nunca me divierto en el colegio
- ☐ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 - ☐ Me divierto en el colegio muchas veces.
22. ☐ Tengo muchos amigos
- ☐ Tengo muchos amigos, pero me gustaría tener más
 - ☐ No tengo amigos
23. ☐ Mi trabajo en el colegio es bueno.
- ☐ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 - ☐ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. ☐ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
- ☐ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 - ☐ Soy tan bueno como otros niños.
25. ☐ Nadie me quiere
- ☐ No estoy seguro de que alguien me quiera
 - ☐ Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. ☐ Generalmente hago lo que me dicen.
- ☐ Muchas veces no hago lo que me dicen.
 - ☐ Nunca hago lo que me dicen
27. ☐ Me llevo bien con la gente
- ☐ Me peleo muchas veces.
 - ☐ Me peleo siempre.