

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel

Prevalence of depression and anxiety in adolescents in a primary care
unit

Jesús Álvarez Salvador

acuexpert@live.com

<https://orcid.org/0009-0005-5189-8732>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Tabasco – México

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5504>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos



Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 06 de noviembre de 2025.

Aceptado para publicación: 13 de marzo de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5504>

Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel

Prevalence of depression and anxiety in adolescents in a primary care unit

Jesús Álvarez Salvador

acuexpert@live.com

<https://orcid.org/0009-0005-5189-8732>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Instituto Mexicano del Seguro Social
Tabasco – México

Artículo recibido: 06 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 13 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La depresión provoca discapacidad en individuos de 15 a 44 años a nivel global, constituye además la principal causa de años desaprovechados por discapacidad en la población joven de 10 a 14 años, estimados a partir de la prevalencia del trastorno y de su carga de morbilidad. Analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel. Estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal. Se obtuvo una muestra de 374 pacientes con edad entre 10 a 19 años. Se aplicó la Escala de ansiedad de 7 ítems (GAD-7) y el Cuestionario para la Detección de Depresión para adolescentes de 10 a 19 años de edad (PHQ-A). La información se ordenó en una base de datos del programa Excel. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS 22. Se aplicó estadística observacional y analítica. La asociación entre variables se estableció mediante Chi-cuadrado. 10.4% del total de pacientes salieron con depresión positiva de acuerdo a la escala PHQ-A, del cual 46.2% fueron hombres y 53.8% fueron mujeres, de la variable ansiedad 13.1% participantes obtuvieron puntaje positivo de acuerdo a la escala de GAD-7, del cual 42.9% fueron hombres y 57.1% fueron mujeres. La prevalencia entre depresión y ansiedad no es significativa.

Palabras clave: ansiedad, depresión, adolescente

Abstract

Depression causes disability in individuals aged 15 to 44 years globally, and is also the leading cause of years lost due to disability in the young population aged 10 to 14 years, estimated from the prevalence of the disorder and its burden of morbidity. To analyze the prevalence of depression and anxiety in adolescents at a primary care unit. A quantitative, observational, analytical, cross-sectional study was conducted. A sample of 374 patients aged 10 to 19 years was obtained. The 7-item Anxiety Scale (GAD-7) and the Depression Screening Questionnaire for Adolescents aged 10 to 19 years (PHQ-A) were administered. The data was organized in an Excel database. Statistical analysis was performed using SPSS 22. Observational and analytical statistics were applied. The association between variables was established using the chi-square test. 10.4% of all patients tested positive for depression according to the PHQ-A scale, of whom 46.2% were men and 53.8% were women. Regarding anxiety, 13.1% of participants scored positive according to the GAD-7 scale, of whom 42.9% were men and 57.1% were women. The prevalence of depression and anxiety was not statistically significant.

Keywords: anxiety, depression, adolescent

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Álvarez Salvador, J. (2026). Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 3190 – 3210. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5504>

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una fase que durante su trayecto permite identificar rasgos de madurez sexual y reproductiva, que va conformando la individualidad, mediante mejoras en capacidad intelectual e indicadores psicosociales acorde al desarrollo personal por lo que es relevante estudiar a esta población. (García Álvarez et al., 2020). La depresión de acuerdo a la OPS, se trata de la enfermedad que se distingue por un estado de tristeza constante, la disminución o pérdida de interés o placer en actividades habitualmente gratificantes y la dificultad para realizar las tareas diarias, con una duración mínima de dos semanas. (Organización Panamericana de la Salud, 2023). Los trastornos de ansiedad según la OMS son un conjunto de entidades clínicas que están vinculadas entre sí principalmente por el miedo y la preocupación en su máxima expresión y por la unión de trastornos de la conducta. Los síntomas son necesariamente suficientes como para producir una angustia o una discapacidad funcional importantes. (Organización Mundial de la Salud, 2023b). La OMS menciona que aproximadamente un 50 % de los trastornos mentales aparecen en la adolescencia teniendo como rango de edad los 14 años pasando por desapercibidos y por tal motivo sin tratamiento, siendo más frecuente en las mujeres la depresión. Datos proporcionados por la OMS señalan que aproximadamente más de 350 millones de individuos sufren esta patología a nivel mundial. (Muñoz, Arévalo, et al., 2021)

De acuerdo con la quinta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica central es la alteración del humor y que, según la duración y el origen de los síntomas, presenta una clasificación específica; entre las principales categorías se incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y los trastornos. (Corea Del Cid, 2021).

METODOLOGÍA

Tabla 1

Metodología

Lugar de estudio	Diseño de estudio	Temporalidad
El estudio se realizó en la UMF No. 45 IMSS de Cárdenas, Tabasco	Cuantitativo, observacional, analítico, transversal.	De Julio de 2023 a Julio de 2024

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2

Metodología

Universo	Población de estudio	Determinación de la muestra
15, 124 usuarios	Formado por pacientes adolescentes que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar en la UMF n.45 en total.	Se estimó un tamaño de muestra para obtener una proporción en población finita. $n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$ $n = 374$ cálculo de poblaciones finitas con un intervalo de confianza de 95%.

Fuente: elaboración propia.

Criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Pacientes de 10 a 19 años de edad, sin distinción de raza ni sexo.
- Pacientes adolescentes con diagnóstico o no de depresión y ansiedad
- Derechohabientes al instituto mexicano del seguro social que acudan a consulta o a control regular en la unidad de adscripción UMF 45 cárdenas, Tabasco.
- Que acepten participar en el estudio, mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes mayores de 19 años de edad.
- Que sean menores de 10 años de edad
- Criterios de eliminación
- Pacientes que durante el estudio pierdan derechohabiencia
- Que no completen la encuesta
- Pacientes que retiren su consentimiento para participar en el estudio.

Descripción de la metodología

Durante el mes de Julio 2023 a Julio 2024 se realizará un estudio descriptivo, analítico, transversal, en la unidad de Medicina Familiar 45, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en el municipio de Cárdenas, Tabasco, México. La muestra del estudio corresponde a 374 pacientes de 10 a 19 años de edad con o sin diagnóstico de depresión y ansiedad, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos por los autores. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas de estudios descriptivos, con un nivel de confianza del 95%, una desviación estándar de la población de 0.5 y un margen de error del 5 %. Se trabajó en la estructuración teórica de este estudio de investigación mediante el apoyo de material bibliográfico publicados entre los años 2019 y 2023, el cual se empleó también para la elaboración de los objetivos del estudio, hipótesis, criterios de inclusión y exclusión, así como también para extraer las variables de estudio. Se notificó a las autoridades correspondientes la autorización y se esperó la respuesta de no inconveniencia para iniciar el protocolo de estudio, al mismo tiempo y de acuerdo a la respuesta, el presente protocolo se someterá a comité de ética para su aplicación.

Se encuestó a pacientes adolescentes que acuden a la consulta externa de medicina familiar que padezcan o no depresión o ansiedad, en los consultorios de medicina familiar en ambos turnos, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, se le explicará verbalmente al paciente en qué consiste el protocolo de investigación que se está realizando y la forma en que participa en el mismo y si acepta participar, se le otorgará carta de consentimiento informado para que lea y firme de aceptación al padre o tutor (si el adolescente es menor de 18 años), por lo que el adolescente menor de edad se le otorgará carta de asentimiento informado donde acepte la participación en el estudio, el adolescente de 18 y 19 años de edad firmará su consentimiento informado si es que acepta participar.. Posteriormente se aplicará la escala de ansiedad GAD-7 y el instrumento de depresión PHQ-A.

La GAD-7 es la escala utilizada para la detección de sintomatología ansiosa en el primer y segundo nivel de atención. Esta escala consta de 7 parámetros (Nerviosismo, descontrol, preocupación, tensión, inquietud, irritabilidad, miedo), la finalidad de este instrumento es identificar si el adolescente entre 10 a 19 años presenta o no sintomatología ansiosa. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 3 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: ningún día, 1: varios días, 2: más de la mitad de los días y 3: casi todos los días. Resultado escala de ansiedad GAD-7 al sumar el puntaje de las respuestas puntaje mayor o igual a 8 resultado positivo y menor de 7 negativo.

El Instrumento de depresión PHQ-A se usa en el primer y segundo nivel de atención para la detección de síntomas de depresión en población de 10 a 19 años de edad. Éste cuestionario consta de 9 parámetros (Desesperanzado, irritabilidad, desinterés, insomnio, cansancio, apetito, fracaso, concentración, lentitud, ideación suicida), indica si está presente o no la sintomatología depresiva. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 3 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: nunca, 1: algunos días, 2: más de la mitad de los días y 3: casi todos los días. Resultado instrumento de depresión PHQ-A al sumar el puntaje de las respuestas mayor o igual a 11 positivo y puntaje menor de 10 negativos. Estos test serán entregados a los adolescentes para que respondan las preguntas planteadas en el documento de forma personal. Cada pregunta se marcará con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

Si hay información incompleta se procederá a aplicar los criterios de eliminación, para recopilar los datos se utilizará una tabla donde se realizará la recolección mediante el programa Excel para su registro y posteriormente se analizará a través del paquete estadístico SPSS para su captura, se utilizará un análisis estadístico mediante métodos inferenciales para obtener conclusiones con un adecuado nivel de probabilidad para determinar y cuantificar el tipo de asociación entre las variables así como si existen diferencias significativa la cual se determinará mediante el coeficiente de correlación de Pearson y uso de estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

Procesamiento de datos y análisis de datos

Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación CLIS 027, se procedió a recolectar información mediante los instrumentos de evaluación que se describen a continuación:

Instrumentos de evaluación

La principal fuente de información fue la escala GAD-7 y el cuestionario PHQ-A. De dichas encuestas se tomó las siguientes variables: ansiedad (Nerviosismo, descontrol, preocupación, tensión, inquietud, irritabilidad, miedo), depresión (Desesperanzado, irritabilidad, desinterés, insomnio, cansancio, apetito, fracaso, concentración, lentitud, ideación suicida).

Procesamiento de datos y aspectos estadísticos

Posterior a la recolección de los datos en los instrumentos, se procedió a recopilar la información en una base de datos del programa Excel. Posteriormente se incluyeron los datos y se categorizaron las variables en el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Se analizaron las variables por medio de estadística descriptiva, para variables cualitativas se utilizaron distribución de frecuencias, y porcentajes, para variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central como: media, mediana y moda, así como desviación estándar, posteriormente se analizaron las variables cualitativas y de relación mediante estadística inferencial, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Recursos humanos, financieros y factibilidad

Recursos humanos

Los recursos humanos utilizados en la aplicación de este protocolo de investigación radicaron en la participación del médico residente en medicina familiar Jesús Álvarez Salvador adscrito a la unidad de medicina familiar número 45 del instituto mexicano del seguro social como investigador principal. Se contó como asesora a la doctora Deisy Cecilia Rivera Angles como principal asesora experta en la materia en medicina familiar, la cual se mantuvo como pilar fundamental en el asesoramiento sobre la investigación y su correcta aplicación.

Recursos físicos

Se hizo uso de las instalaciones de la unidad de medicina familiar número 45, del instituto mexicano del seguro social de la ciudad de Cárdenas, Tabasco ubicada en la calle Leandro Adriano 201 Col. Pueblo Nuevo C.P 86500, siendo aplicada en todos los consultorios de medicina familiar en el turno matutino y vespertino para la derechohabencia, durante el año 2023-2024.

Recursos materiales

Herramientas del instituto mexicano del seguro social: sus muebles para la atención de los pacientes (sillas, escritorio), además del uso particular del servidor como Impresora / scanner, programa estadístico SPSS, 500 hojas blancas tamaño carta, lápices No. 2 (10 unidades), Lapiceros tinta azul (10 unidades).

Recursos financieros

El proyecto de investigación fue autofinanciado por el investigador principal, no se recurrió a ningún tipo de apoyo monetario ni publicitario ni de otra índole comercial durante su desarrollo. Así mismo este no se usó para fines de lucro, ni se obtuvo algún beneficio personal o de interés económico que pudiera generar conflicto de intereses en los involucrados.

El estudio contó con una factibilidad adecuada en los ámbitos operativo, técnico y económico, al disponer de la infraestructura necesaria, recursos humanos y financieros, así como del universo de estudio requerido para su ejecución sin tener obstáculos a corto y largo plazo que puedan interferir con su realización.

Costos aproximados: Impresiones y fotocopias: 748 pesos, Paquete de hojas blancas tamaño carta 500 hojas: 200 pesos, Lápices 10 unidades 100 pesos, lapiceros 10 unidades 150 pesos, costos totales 1500 pesos.

Tabla 3

Recursos materiales

Recursos materiales	Unidad	Total (pesos)
Lapiceros	10	150
Lápices	10	100
Paquetes de hojas blancas	2	200
Copias de los cuestionarios	748	748
Total	770	1198

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación: Prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel.

Se realizó en base a lo estipulado en la ley general de salud en materia de investigación para la salud en su última edición, teniendo como pilar las acciones de investigación en favor de la salud en el territorio mexicano estipulado en el artículo tercero capítulo 1 de dicha disposición general, para aportar datos estadísticos sobre la prevalencia de trastornos mentales, con esto avanzar en materia de salud sobre el conocimiento de la ansiedad y depresión y los factores sociodemográficos que están

asociados a éstas patologías que permiten que perduren en los pacientes y se desarrollen a lo largo de la vida, por tal motivo se buscó generar herramientas para médicos y personal de salud en general para su correcto abordaje. Sus acciones y fines de este protocolo se basaron en el principio del artículo 3, donde se puso como prioridad de su realización el conocimiento científico de los temas involucrados en materia de salud mejorando la calidad de vida de los individuos.

Se mantuvo como una relación con riesgo mínimo según el artículo 17 de dicha ley al realizar prospectivamente solo procedimientos comunes en exámenes físicos y psicológicos de diagnóstico, los cuales fueron aplicados a los pacientes en estudio, sin influir en la susceptibilidad de grupos vulnerables.

Este protocolo se apegó a las normas de éticas del instituto mexicano del seguro social y su lineamiento por el comité de bioética, al reglamento de la ley general de salud en materia de salud en su última edición apegado al artículo 99 y 100 de esta misma y con la declaración de Helsinki vigente.

Apegados a los convenios técnicos plasmados en su artículo 11, prevaleció la autonomía, dignidad y protección de los sujetos estudiados según el artículo 12, plasmando su voluntad en el consentimiento informado como lo indica el artículo 14, fracción V y artículo 20, siendo aplicado este mismo por el investigador principal de forma directa, explicándole de forma entendible, con lenguaje comprensible y entendiéndose todas sus dudas respecto al artículo 21 y 22, manteniendo su confidencialidad y anonimato según el artículo 16, manteniendo su información y resultados solo para fines de estudio, sin sobrepasar sus derechos de privacidad, datos los cuales serán manejados por el personal autorizado en la elaboración del estudio, impidiendo que externos puedan acceder a ella. Los participantes seleccionados por los criterios de inclusión tuvieron todo el respaldo médico detrás de ellos, los cuales fueron respaldados y orientados en materia de salud. Su estructura estuvo marcada según los lineamientos de educación e investigación por el IMSS y el artículo 116.

Respetando los 4 principios de la bioética en materia de salud, principio de autonomía (previa aplicación de los instrumentos de estudio) cada paciente fue libre de decidir sobre su participación o su rechazo, recibiendo información de forma entendible y manifestado su voluntad por medio del consentimiento informado, principio de beneficencia (el estudio del paciente y su familia, permitió acercar a dicho sujeto a un panorama en materia de salud, reconocimiento factores que pudieron estar afectando su salud física y mental, para poder tener una futura intervención en la misma), principio de no maleficencia (en dicho estudio no se presentó ningún factor para generar riesgo de daños en la integridad de los pacientes), principio de justicia (el paciente y su familia fueron atendidos de manera íntegra, respetuosa, amable, sin discriminación ni daños a su moral).

El presente estudio tuvo como beneficio la mejora de la atención de pacientes con los trastornos mentales más frecuentes tales como la ansiedad y depresión.

Conocer los factores sociodemográficos que se asociaron y su prevalencia en los pacientes adolescentes representó una oportunidad para mejorar la salud mental apoyándonos del personal de psicología. Se sabe que el acompañamiento y la detección y prevención temprana es un apoyo muy importante para las personas con depresión y ansiedad, así como la identificación de aquellos adolescentes que no estuvieron recibiendo un seguimiento, pudiendo referirlos con Psicología, se puede realizar intervenciones oportunas que favorezcan el control de los pacientes adolescentes. Respecto a los riesgos, no existió la posibilidad de pérdida de los expedientes y ni se incurrió en el mal uso de la información de los pacientes. Participar en el protocolo no tuvo ningún riesgo para la integridad física de los pacientes. Por lo anterior el balance riesgo/beneficio fue a favor de los beneficios de la realización de la investigación.

Respecto al proceso de obtención del consentimiento informado, este se realizó en el consultorio médico, durante la consulta. Se respondió con fecha y nombre del paciente. Así mismo, se proporcionó con información de fecha, hora y nombre de quién solicitó la información. Dicho consentimiento tuvo información del rango, dependencia y adscripción de los investigadores.

La selección de los participantes fue durante la consulta médica, pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Con capacidad cognitiva para responder las encuestas.

Epidemiología

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud reportó que la prevalencia de episodios depresivos mayores durante el año previo fue del 8 % en adolescentes de 12 a 17 años (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias). Asimismo, un estudio con una muestra representativa de jóvenes de 13 a 18 años (N = 10.123) señaló que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor, conforme a los criterios del DSM-IV, fue del 11 % (3 % en su forma grave), en contraste con el 7,5 % observado en el último año (2,3 % de casos graves). Estas cifras se incrementan de manera notable durante la etapa adolescente, particularmente en las mujeres. La frecuencia de depresión es de aproximadamente 5 % en la niñez y alcanza hasta el 20 % en la adolescencia, siendo comparable en los adolescentes y en la población adulta. (GuíaSalud, s. f.)

La depresión provoca discapacidad en individuos de 15 a 44 años a nivel global, constituye además la principal causa de años desaprovechados por discapacidad en la población joven de 10 a 14 años, estimados a partir de la prevalencia del trastorno y de su carga de morbilidad. (Muñoz, Arévalo Alvarado, et al., 2021)

Factores de riesgo

En la depresión se ha planteado la interrelación de factores biológicos, psicológicos y ambientales.

Los factores biológicos hacen referencia a la genética. Los estudios con gemelos indican que la concordancia de los trastornos afectivos es considerablemente mayor en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, con tasas aproximadas del 67% frente al 20%, respectivamente. El factor genético de la depresión puede expresarse como una predisposición a responder con afecto negativo ante estresores leves de la vida cotidiana, lo que podría constituir un endofenotipo del trastorno.

En los factores psicológicos, la teoría cognitiva postula que un estilo de atribución negativa, caracterizado por el pesimismo y la desesperanza, precede al desarrollo de trastornos depresivos tanto en adolescentes como en adultos.

En cuanto a los ambientales, se considera a menudo un factor precipitante la experiencia de acontecimientos negativos en la vida del individuo. (Nogales Imaca Al et al., 2009)

Tipología de la depresión

El trastorno depresivo mayor se puede dividir en trastornos leves (cuando existen pocos o ningún síntoma adicional a los requeridos para el diagnóstico y estos ocasionan únicamente una disfunción psicosocial mínima), moderados (cuando los síntomas generan una limitación funcional situada entre leve y grave) y graves con o sin manifestaciones psicóticas (caracterizado por la presencia de múltiples síntomas adicionales que interfieren de manera significativa con las actividades escolares o sociales habituales y con las relaciones interpersonales), con códigos específicos para remisión parcial, completa o no especificada. (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2022; Nogales Imaca Al et al., 2009)

La quinta edición del DSM divide la clasificación anterior de "trastornos del estado de ánimo" en "trastornos depresivos" y "trastornos bipolares y relacionados". La característica esencial es la prevalencia durante un período de al menos 2 semanas consecutivas en las que la persona presenta al menos 5 síntomas. Al menos uno de ellos debe ser un estado de ánimo deprimido o una disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades. (Ministerio de Sanidad, 2018)

Manifestaciones clínicas

Existen diferencias en base al género, la presentación de los síntomas depresivos en la adolescencia varía en cuanto a su frecuencia y gravedad.

Los síntomas de la depresión infantil varían según la edad, por ejemplo, de los 7 a los 12 años existen quejas somáticas, agitación psicomotriz, agresividad, quejas de aburrimiento, sensación de estar superado por las exigencias, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, rechazo escolar, trastornos del sueño, fatiga o pérdida de energía, cambios en el apetito, indecisión, ideas de muerte recurrentes (no necesariamente ideación suicida).

Por otro lado, los adolescentes presentan conducta negativita, agresividad, irritabilidad, desinterés en el aseo personal, desgane para cooperar en actividades familiares, dificultades escolares, retraimiento social, hipersensibilidad al rechazo, desinterés por las cosas que le atraían, ideas de muerte y suicidio y los mismos síntomas que en la edad prepuberal. (Nogales Imaca Al et al., 2009)

Diagnóstico

Criterios diagnósticos de episodio depresivo y Clasificación de acuerdo a las características clínicas y severidad de acuerdo con el DSM-5:

Para establecer el diagnóstico deben presentarse cinco o más de los siguientes síntomas durante el mismo periodo de al menos dos semanas, lo que implica un cambio respecto a la actividad anterior; uno de ellos debe ser depresión o bien considerar pérdida del interés o del placer:

- Sentirse deprimido la mayor parte del día.
- Disminución notable del interés o del placer en casi todas las actividades durante la mayor parte del día.
- Cambios significativos de peso (ganancia o pérdida mayor al 5 %) o alteraciones del apetito.
- Trastornos del sueño, como insomnio (frecuentemente de mantenimiento) o somnolencia.
- Agitación o entecimiento psicomotor observable por otras personas.
- Sensación persistente de cansancio o disminución de la energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa extrema o inadecuada.
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideación suicida, intentos de suicidio o planes específicos para llevarlo a cabo.

Los síntomas generan un malestar clínicamente relevante o provocan un deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes de la vida.

El evento no es atribuible a los efectos fisiológicos de una droga u otra condición médica.

El episodio depresivo mayor no se atribuye de forma más adecuada a un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante ni a otros trastornos del espectro de la esquizofrenia, ya sean especificados o no, ni a otros trastornos psicóticos.

No se ha presentado en ningún momento un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar si se presenta con ansiedad, con características mixtas, melancólicas o atípicas, así como con rasgos psicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo, o con catatonía.

Asimismo, emplear un código adicional para indicar inicio en el periparto o la presencia de un patrón estacional (únicamente en episodios recurrentes). (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2022)

Tratamiento

Para elaborar el plan terapéutico se debe determinar la severidad diagnóstica (leve, grave, moderado). Se le debe dar a conocer al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento farmacológico (que debe iniciarse cuando existan datos de cronicidad, tomando en cuenta la ponderación económica y la solicitud del paciente), psicoterapéutico (igual de efectivo que la farmacoterapia), así como la elaboración de las redes de apoyo (incluir a la familia y personas interesadas en el paciente para favorecer apoyo en actividades profesionales y cotidianas). (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2022)

El uso mixto de psicoterapia y farmacoterapia ha demostrado mayor efectividad que la monoterapia en pacientes con depresión crónica severa o comorbilidad psiquiátrica. Es importante la psicoeducación, en donde se le debe dar a conocer la evolución natural de la enfermedad, los fundamentos de las teorías neurobiológicas de la depresión y las razones para el uso de fármacos y/o psicoterapia, así como la promoción de una cultura de autocuidado, contribuyendo a fortalecer el apego y la adherencia a la indicación terapéutica que corresponda. (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2022; Heinze & Camacho Segura, 2010)

La farmacoterapia también es considerada como primera línea y mostrando efectividad en trastornos de depresión mayor, leve y moderada. La elección del medicamento se realiza con base en los efectos adversos, la comorbilidad y el análisis de costos. (Heinze & Camacho Segura, 2010)

Los medicamentos antidepresivos que han demostrado eficacia clínica son: fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, escitalopram, paroxetina, citalopram y sertralina. (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2022)

Ansiedad

La ansiedad es entendida como el resultado de unas series de emociones complejas, ya que se hace presente frente a sucesos de evaluación y reevaluación mental, da acceso al usuario para complementar y analizar acontecimientos necesarios que sobrelleven la situación, las herramientas disponibles y de tal manera obtener respuestas satisfactorias, para didácticamente trabajar en consecuencia. (Morales-Rodríguez & Bedolla-Maldonado, 2022b)

Sin embargo, cuando esta conducta surge recurrentemente como una respuesta anticipatoria intensa, involuntaria e incontrolable ante una amenaza potencial, ya sea real o supuesta, puede convertirse en un trastorno mental, mermando la calidad de vida del individuo. (Macías Carballo et al., 2007)

Un trastorno de ansiedad es una enfermedad que tiene como principal síntoma una ansiedad desproporcionada y persistente que trae afectaciones en la vida cotidiana del individuo dificultando su habilidad para estudiar y convivir con su familia o con sus amigos. (Cárdenas et al., 2010)

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad, que pueden presentarse como crisis de pánico o preocupaciones persistentes, son frecuentes en esta etapa del desarrollo y se observan con mayor prevalencia en adolescentes de mayor edad que en los más jóvenes. Se estima que alrededor del 3,6% de las personas

entre 10 y 14 años y el 4,6% de 15 a 19 años presentan algún trastorno de ansiedad. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

En 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres teniendo dos veces más probabilidad de ser diagnosticadas con un trastorno de ansiedad, considerando que comienza a una edad temprana (infancia). (Macías Carballo et al., 2007)

Los pacientes con trastorno de ansiedad recurren a los médicos para el tratamiento de síntomas físicos, pero solo un tercio de ellos buscan ayuda psiquiátrica. (Cárdenas et al., 2010)

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son múltiples, por lo que es importante conocer el historial médico del paciente para realizar un diagnóstico y determinar el tratamiento. Entre los factores de riesgo se incluyen los antecedentes familiares de ansiedad, experiencias adversas durante la infancia (como abuso físico, sexual o emocional, y la separación de los padres), así como la presencia de estresores en la vida cotidiana (relaciones interpersonales conflictivas o problemas económicos) y consumo de sustancias (alcohol y cigarrillos), entre otros.

Otro factor de riesgo es el género (mayor prevalencia en mujeres). Recientemente se ha informado de un mayor riesgo de síntomas de ansiedad en las mujeres posmenopáusicas que en las premenopáusicas. (Macías Carballo et al., 2007)

Tipología de la ansiedad

De acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-V, los trastornos de ansiedad se caracterizan por generar angustia y miedo intenso, opresión torácica y un deterioro funcional relevante, además de una preocupación y tensión excesivas frente a temores concretos. Los síntomas específicos varían según el tipo de trastorno. Entre ellos se incluyen el trastorno de ansiedad por separación (TAS), el mutismo selectivo, la fobia específica (FE), el trastorno de ansiedad social o fobia social, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias o medicamentos, los trastornos de ansiedad debidos a otra condición médica, así como los trastornos de ansiedad especificados y no especificados. (American Psychiatric Association, 2014)

Manifestaciones clínicas

Trastornos de Ansiedad por separación (TAS)

Este trastorno se presenta por lo general en niños y adolescentes y es caracterizado por la presencia de miedo excesivo por la posible pérdida de las figuras de mayor apego (como padres o cuidadores) de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, calamidades o muerte, llegando a ser incapaces de permanecer solos. Las características recurrentes son angustia al anticipar o experimentar la separación, preocupación persistente, resistencia a cambiar de entorno, miedo a estar solo, manifestación recurrente de molestias físicas, como cefalea, dolor abdominal, náuseas o vómitos, que aparecen cuando ocurre o se anticipa la separación de las principales figuras de apego.

Diagnóstico

Trastornos de Ansiedad por separación (TAS): Se caracteriza por miedo, ansiedad o conductas de evitación persistentes, con una duración mínima de cuatro semanas en niños y adolescentes y, por lo general, de seis meses o más en adultos.

Mutismo selectivo: La alteración persiste durante al menos un mes y no se restringe únicamente al primer mes de escolarización.

Fobia específica: El temor o la ansiedad es excesivo en relación con el riesgo real que representa el objeto o la situación y con el contexto sociocultural. Dicho miedo, ansiedad o conducta de evitación se mantiene de forma persistente y suele prolongarse durante seis meses o más.

Trastorno de ansiedad social (fobia social): El temor o la ansiedad exceden la amenaza real que representa la situación social y no guardan proporción con el contexto sociocultural. Este miedo, ansiedad o evitación se mantiene de manera persistente y suele tener una duración de seis meses o más.

Trastorno de pánico: Después de al menos uno de los ataques, el individuo presenta durante un mes o más uno o ambos de los siguientes: preocupación persistente o inquietud por la posibilidad de nuevos ataques de pánico o por sus consecuencias (como perder el control, sufrir un infarto o “volverse loco”), o bien un cambio conductual significativo y desadaptativo relacionado con los ataques, orientado a evitarlos, por ejemplo, evitar situaciones sociales.

Agorafobia: El miedo, la ansiedad o las conductas de evitación se presentan de forma persistente y suelen mantenerse durante seis meses o más.

Trastornos de ansiedad generalizada (TAG): Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupación la mayoría de los días durante un periodo mínimo de seis meses, relacionada con distintos acontecimientos o actividades, como las laborales o escolares.

Trastornos de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos: Los síntomas aparecen antes del inicio del consumo de la sustancia o fármaco y se mantienen durante un periodo significativo, aproximadamente un mes, tras la resolución de la intoxicación grave o de la abstinencia aguda.

Trastornos de ansiedad debido a otra condición médica: Hay evidencia, obtenida de la historia clínica, la exploración física o los estudios de laboratorio, de que el cuadro ansioso es consecuencia fisiopatológica directa de otra enfermedad médica.

Trastornos de Ansiedad especificados: Algunos ejemplos de cuadros que pueden clasificarse bajo la categoría de “otro especificado” incluyen ataques con síntomas limitados o formas de ansiedad generalizada que no se presentan en la mayoría de los días.

Trastornos de Ansiedad no especificados:

La categoría de trastorno de ansiedad no especificado se emplea cuando el profesional decide no detallar la razón por la cual no se cumplen los criterios de un trastorno de ansiedad concreto, e incluye casos en los que no hay información suficiente para realizar un diagnóstico más preciso, como puede ocurrir en servicios de urgencias. (American Psychiatric Association, 2014)

Tratamiento

Los dos tratamientos más efectivos son la terapia cognitivo conductual y las intervenciones farmacológicas. A grandes rasgos, se trata de aprender nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento ante situaciones angustiantes, logrando una mejora significativa. (Cárdenas et al., 2010)

La mayoría de los pacientes con trastornos de ansiedad requieren psicoeducación, que incluye información sobre la fisiología de los síntomas y los tratamientos. La terapia cognitivo-conductual se aplica durante un período de 10 a 20 semanas y está dirigida y basada en habilidades que reducen los

sesgos inducidos por la ansiedad en la interpretación de estímulos ambiguos como la amenaza, la sustitución de evitación y las conductas de seguridad.

La depresión y la ansiedad son dos enfermedades psicológicas que mayormente las encontramos interrelacionan entre sí, van de la mano, casi siempre existe comórbidos, generalmente en la depresión. Siempre que esté presente la depresión, puede ser indicativo de que esté presente de igual manera la ansiedad o viceversa. (Gutiérrez-Quintanilla et al., 2020)

Adolescente

La adolescencia es un período crucial para el desarrollo que abarca edades comprendidas de 10 a 19 años de edad, de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental.

La adolescencia es una etapa especial y determinante en el desarrollo; sin embargo, los cambios físicos, emocionales y sociales que ocurren durante este periodo, junto con factores como la pobreza, el maltrato o la violencia, pueden aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes a sufrir problemas de salud mental. Es fundamental proteger a los adolescentes de la adversidad, fomentar su desarrollo socioemocional y bienestar psicológico, y asegurar que tengan acceso a servicios de salud mental, ya que esto es clave para su salud y bienestar tanto en la adolescencia como en la vida adulta. (Organización Mundial de la Salud, 2021)

El adolescente en la vida cotidiana se sabe que presenta una afectividad muy marcada pero inestable; impresionante en sus estados de ánimo (muestran abundantes momentos emotivos de alegrías y tristezas) tal cual ocurre en el mundo científico y circunstancias que no son comprendidas por los padres y docentes. (Basantes Moscoso et al., 2020)

El adolescente en la vida cotidiana se sabe que presenta una afectividad muy marcada pero inestable; impresionante en sus estados de ánimo (muestran abundantes momentos emotivos de alegrías y tristezas) tal cual ocurre en el mundo científico y circunstancias que no son comprendidas por los padres y docentes. (Basantes Moscoso et al., 2020)

Pregunta de investigación

De acuerdo a lo reportado por la OMS en 2019, 280 millones de personas se encontraban con diagnóstico de depresión, el cual estaba conformado por 23 millones de niños y adolescentes. En ese mismo año 2019, la OMS dio a conocer que 1 de cada 8 personas en el mundo (que es igual a 970 millones de individuos) se encontraban con diagnóstico de al menos un trastorno mental. Por lo que fue bien sabido que los básicos que no podían faltar porque son los más conocidos por su alta prevalencia son la ansiedad y los trastornos depresivos, el cual acorde a datos del 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia; las estimaciones iniciales indicaron una marcada elevación registrando 26% y 28% para la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año. En 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de niños y adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 2022). En Latinoamérica, según la OMS Brasil presenta la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, con un 9.3%, y de depresión, con un 5.8%; en comparación, Colombia ocupa el séptimo lugar, con una prevalencia del 5.8% y octavo (4.7%) respectivamente (World Health Organization, 2017). En Colombia daña al 4,7% de la comunidad, pues presenta una incidencia estadísticamente relevante en adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad (Caro et al., 2019). En Chile se identificó que el 16,5% de los adolescentes cumplía criterios para presentar algún trastorno mental con deterioro asociado. Dentro de este grupo, el 7,4% correspondió a trastornos de ansiedad y el 7,0% a trastornos depresivos (Crockett & Martínez, 2023). Los reportes epidemiológicos en México centrados en la prevalencia de los trastornos de ansiedad indican que estos constituyen los problemas de salud mental más frecuentes. En términos generales, alrededor del

14–15% de la población mexicana presenta algún trastorno de ansiedad, y de manera preocupante esta cifra se incrementa hasta aproximadamente el 18% en la población infantil (Morales-Rodríguez & Bedolla-Maldonado, 2022a)

Por lo anteriormente mencionado, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes y factores asociados en una unidad de primer nivel?

Objetivos General

Analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel.

Objetivos

- Caracterizar las variables sociodemográficas de los adolescentes en estudio.
- Determinar la prevalencia de ansiedad en adolescentes en una unidad de primer nivel.
- Identificar la prevalencia de depresión en adolescentes en una unidad de primer nivel.

Tabla 4

Origen, autor y año	Título	Objetivos	Resultados
Lima, Perú. Ketty Gutiérrez y cols. 2022	Depresión y factores asociados en la adolescencia media y tardía en el Perú.	Identificar la prevalencia y los factores vinculados a la depresión en adolescentes peruanos de 15 a 19 años, según los datos de la ENDES 2019-2020. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, analítico y de corte transversal.	Del total de 5 226 adolescentes de 15 a 19 años, se identificó a 267 con depresión, PHQ -9 >10. Se observó que el sexo femenino presentaba un mayor riesgo, con un OR ajustado de 1.64 (IC 95%: 1.27-2.12; p = 0.014); vivir en zona urbana también se asoció con un riesgo elevado (OR ajustado 2.52; IC 95%: 1.64-3.86; p < 0.001); y el consumo de alcohol mostró un OR ajustado de 1.60 (IC 95%: 1.02-2.49; p = 0.029).
Chile, Marcelo A. Crocketta,b,c,e, Vania Martíneza,b,d.2023	Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios.	Determinar la prevalencia y la coexistencia de depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en adolescentes, así como analizar las variables sociodemográficas relacionadas con estos problemas de salud mental.	Las mujeres presentan el doble de prevalencia que los hombres en depresión (Razón de Prevalencia [RP] = 2,02) y ansiedad generalizada (RP = 2,11), sin que se hayan encontrado diferencias significativas según la edad.
Cuenca, Ecuador Karla Victoria Muñoz Regalado , Catherine	Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes	Establecer la prevalencia de depresión y los factores relacionados en adolescentes de 14 a 18 años que cursan estudios	Al utilizar el Cuestionario HAD, se encontró que la prevalencia de depresión fue del 25.9%. En las mujeres, esta prevalencia

Lizeth Arévalo Alvarado, Jonathan Maximiliano Tipán Barros, Manuel Ismael Morocho Malla Revista Ecuatoriana de Pediatría Abril 2021		en la Unidad Educativa Luis Cordero de la ciudad de Azogues durante el año 2019.	fue del 14.1% y en los hombres del 11.8%. Los adolescentes que viven en áreas urbanas presentaron un 21.4%, aquellos sin padres migrantes un 19.5%, los que perciben violencia intrafamiliar un 23.3% y los que consideran tener bajo rendimiento académico un 21%. No se observaron diferencias significativas según la edad, con cada grupo etario representando un 13%.
---	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es definida como un trastorno mental emocional básico y controlable, común en la humanidad y comparte particularidades específicas tales como cambios en el estado de ánimo con síntomas cognitivos y físicos.

La ansiedad según la guía de práctica clínica, es un estado emocional displacentero que está vinculada acorde a cambios somáticos y psíquicos, además de entenderse como una respuesta homeostática, o como síntoma o síndrome que se relaciona con múltiples padecimientos médicos y psiquiátricos. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010)

La adolescencia es la etapa en donde se presentan más retos en la vida del individuo: el buscar una identidad propia. Es este periodo se enfrentan a cambios significativos en todos los aspectos de su vida, alteraciones tanto biológicas como emocionales, y si a esto le sumamos alteraciones en la dinámica familiar, esto repercute en la conducta del adolescente o la presencia de una baja autoestima, son factores que condicionan depresión y la ansiedad que si no se detectan de manera oportuna pueden traer serias repercusiones.

Amenaza: Cosa o persona que constituye una posible causa de riesgo o perjuicio para alguien o algo

Angustia: Se trata de una emoción compleja, de carácter inespecífico y displacentero, desencadenante de síntomas físicos que inmovilizan a la persona, restringiendo su capacidad de respuesta y su iniciativa de acción.

Dolencia: Enfermedad o alteración de la salud.

Estímulo: Es cualquier factor que puede desencadenar un cambio físico o de conducta.

Estrés. Es la respuesta del cuerpo a una presión física. Conceptos Clave: Define y discute los conceptos clave utilizados en el estudio.

RESULTADOS

Tabla 5

Características sociodemográficas de los adolescentes de estudio

Fuente: elaboración propia.

La muestra estuvo conformada por 374 participantes. En cuanto al sexo, 224 fueron mujeres (59.9 %)

Variable		N	%
Sexo	Hombres	150	40.1
	Mujeres	224	59.9
	Total	374	100
Escolaridad	Primaria incompleta	2	0.5
	Primaria	5	1.3
	Secundaria	2	0.5
	Preparatoria	365	97.6
	Total	374	100
Estado Civil	Soltero	366	97.9
	Casado	2	0.5
	Unión Libre	6	1.6
	Total	374	100
Edad	10-13	9	2.4
	14-16	3	0.8
	17-19	362	96.8
	Total	374	100

y 150 hombres (40.1 %). Respecto al nivel educativo, la mayoría cursaba preparatoria, con 365 sujetos (97.6 %), mientras que 5 participantes (1.3 %) contaban con primaria completa, 2 (0.5 %) con primaria incompleta y 2 (0.5 %) con secundaria.

En relación con el estado civil, predominó la condición de soltero(a), con 366 participantes (97.9 %); 6 sujetos (1.6 %) vivían en unión libre y 2 (0.5 %) estaban casados. En cuanto a la edad, el grupo etario más frecuente fue el de 17 a 19 años, con 362 participantes (96.8 %), seguido por el grupo de 10 a 13 años con 9 sujetos (2.4 %) y el de 14 a 16 años con 3 sujetos (0.8 %).

Tabla 6

Prevalencia de adolescentes con depresión

		DEPRESION				
		Sin depresión	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Total
ADOLESCENTES	10-13	2.4%	0	0	0	9
	14-16	0.5%	0	0	0.26%	3
	17-19	86.6%	0.8%	0.26%	9.09%	362
Total		335	3	1	35	374

Fuente: elaboración propia.

Con una muestra total de 374 adolescentes, los resultados muestran que la mayoría no presenta depresión, ya que 335 participantes se ubicaron en la categoría sin depresión, lo que representa aproximadamente el 89.6% de la población estudiada. En contraste, 39 adolescentes (10.4%) presentaron algún grado de depresión, lo que indica una prevalencia relevante, aunque minoritaria, dentro del grupo.

Al analizar la distribución por grupos de edad, se observa que los casos con depresión se concentran principalmente en el grupo de 17 a 19 años, donde se identificaron 34 adolescentes con depresión moderada, además de 3 con depresión mínima y 1 con depresión leve. Esto sugiere que la sintomatología depresiva aumenta en la adolescencia tardía, etapa caracterizada por mayores demandas académicas, sociales y emocionales.

En los grupos más jóvenes (10–13 y 14–16 años), la presencia de depresión fue mínima, predominando la categoría sin depresión, con solo un caso de depresión moderada en el grupo de 14 a 16 años. Esto refuerza la idea de que el riesgo de depresión tiende a incrementarse con la edad durante la adolescencia.

En cuanto a la gravedad, la depresión moderada fue la categoría más frecuente entre los adolescentes con sintomatología depresiva (35 casos en total), mientras que los niveles de depresión mínima y leve fueron poco comunes. Este hallazgo es clínicamente relevante, ya que la depresión moderada puede asociarse con un mayor deterioro funcional y riesgo de comorbilidades si no se detecta e interviene oportunamente.

En conjunto, los resultados evidencian la importancia de fortalecer estrategias de detección temprana, especialmente en adolescentes de mayor edad, así como de implementar acciones preventivas y de intervención oportuna para reducir el impacto de la depresión en esta población.

Tabla 7

Prevalencia de adolescentes con ansiedad

		ANSIEDAD			
		Sin ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Total
ADOLESCENTES	10-13	2.4%	0	0	9
	14-16	0.5%	0	0.26%	3
	17-19	83.9%	0.8%	12.03%	362
Total		325	3	46	374

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Interpretación de los resultados

En el presente estudio se observó que la mayoría de los participantes fueron mujeres y que casi la totalidad cursaba el nivel medio superior, lo que refleja una población predominantemente adolescente tardía escolarizada. La prevalencia de depresión (10.4%) y ansiedad (13.1%) encontrada es consistente con lo reportado en la literatura latinoamericana, donde ambos trastornos representan problemas frecuentes de salud mental en esta etapa del desarrollo. Asimismo, los mayores porcentajes observados en el sexo femenino coinciden con múltiples investigaciones que señalan a las mujeres adolescentes como un grupo de mayor vulnerabilidad para la presencia de síntomas depresivos y ansiosos.

Al comparar los resultados con el estudio de Gutiérrez et al. (2022) en Perú, se identifica una tendencia similar en cuanto al mayor riesgo de depresión en mujeres; sin embargo, la prevalencia reportada en dicho estudio (aproximadamente 5.1%) es inferior a la observada en nuestra población. Estas diferencias podrían estar relacionadas con variaciones en los rangos de edad incluidos, el contexto sociocultural y los instrumentos utilizados para la detección de depresión. Por otro lado, el estudio ecuatoriano de Muñoz Regalado et al. (2021) reportó una prevalencia considerablemente mayor (25.9%), también con predominio femenino, lo cual fue atribuido a factores psicosociales como la violencia intrafamiliar, el bajo rendimiento académico y la residencia urbana. Aunque estos factores no fueron evaluados en el presente estudio, su relevancia en la literatura sugiere que podrían influir en las diferencias observadas entre poblaciones.

Finalmente, al contrastar los hallazgos con los reportados por Vázquez-Salas et al. (2022) en México, quienes documentaron un 30% de sintomatología depresiva y niveles elevados de ansiedad, se observa que la prevalencia encontrada en nuestro estudio es menor. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias en el tamaño de la muestra, los métodos de evaluación empleados y el nivel de bienestar social de las poblaciones estudiadas, lo que refuerza la importancia de considerar el contexto al interpretar los resultados.

Implicaciones. Desde una perspectiva teórica, los hallazgos respaldan los modelos que explican la mayor vulnerabilidad de las mujeres adolescentes a los trastornos emocionales, posiblemente relacionados con factores biológicos, psicológicos y sociales. Asimismo, la coexistencia de depresión y ansiedad observada en la población estudiada refuerza la noción de comorbilidad entre ambos trastornos durante la adolescencia.

En el ámbito práctico, los resultados subrayan la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana de depresión y ansiedad en adolescentes, especialmente en mujeres y en contextos escolares de nivel medio superior. Asimismo, evidencian la importancia de implementar intervenciones preventivas y programas de promoción de la salud mental en el primer nivel de atención, con el fin de identificar oportunamente a los adolescentes en riesgo y reducir la progresión de los trastornos emocionales.

Limitaciones. El estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. En segundo lugar, no se evaluaron factores psicosociales relevantes, como la violencia intrafamiliar, el rendimiento académico o el contexto socioeconómico, los cuales han demostrado influir en la prevalencia de depresión y ansiedad en adolescentes. Asimismo, los resultados se basan en instrumentos de tamizaje, lo que puede limitar la precisión diagnóstica en comparación con evaluaciones clínicas especializadas. Finalmente, el predominio de estudiantes de nivel medio superior puede restringir la generalización de los hallazgos a otros grupos adolescentes con diferentes características educativas.

Recomendaciones: Desarrollar e implementar estrategias para la detección temprana de depresión y ansiedad en adolescentes en el primer nivel de atención, empleando herramientas validadas como el PHQ-A y el GAD-7.

Reforzar la formación del personal de salud en la atención integral de la salud mental de los adolescentes.

Elaborar programas de prevención y promoción de la salud mental dirigidos a adolescentes y sus familias, que incorporen talleres sobre manejo de emociones, resolución de conflictos y fortalecimiento de redes de apoyo.

Crear canales de referencia y contrarreferencia eficientes hacia el segundo nivel de atención para los casos que necesiten evaluación psiquiátrica o atención especializada.

Fomentar la investigación constante sobre la salud mental de los adolescentes en la UMF.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de depresión en los adolescentes atendidos en la UMF 45 fue del 10.4%, mientras que la de ansiedad alcanzó el 13.1%, lo que respalda la hipótesis planteada.

Se constató una comorbilidad relevante entre depresión y ansiedad, lo cual puede incrementar el riesgo de complicaciones en la salud mental de los adolescentes.

Los adolescentes mostraron una mayor frecuencia de depresión y ansiedad en comparación con los varones, en concordancia con lo descrito en investigaciones previas.

La presencia de estos trastornos emocionales en una población con escolaridad predominantemente de nivel medio superior evidencia que el nivel educativo no constituye por sí solo un factor protector frente a los problemas de salud mental durante la adolescencia.

Los hallazgos subrayan la importancia de fortalecer estrategias de detección, prevención e intervención temprana en salud mental desde el primer nivel de atención.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-5. <https://www.eafit.edu.co>

Arch Venez Farmacol Ter. (2020). Arch Venez Farmacol Ter, 39(6). <https://www.revistaavft.com>

Basantes Moscoso, M., et al. (2020). Ansiedad y depresión en adolescentes. <https://dialnet.unirioja.es>

Caro, Y., Trujillo, S., & Trujillo, N. (2019). Factores asociados a ansiedad y depresión en universitarios. <https://doi.org/10.21500/19002386.3726>

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2022). Guía de práctica clínica: Trastorno depresivo mayor en infancia. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-832-22/ER.pdf>

Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Med Hondur, 89, 46-51. <https://bvs.hn>

Crockett, M. A. & Martínez, V. (2023). Depresión y ansiedad y riesgo de consumo en adolescentes. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i2.4376>

Cárdenas, E. M., Fera, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

García Álvarez, D., Hernández-Lalinde, J., Espinosa-Castro, J. F., & Soler, M. J. (2020). Salud mental en adolescentes montevideanos. <https://www.redalyc.org>

Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Lobos-Rivera, M. E., & Tejada-Rodríguez, J. C. (2020). Adaptación psicométrica de escalas de depresión, ansiedad y estrés en adolescentes. <https://biblioteca2.utec.edu.sv>

GuíaSalud. (s. f.). Depresión en la infancia: definición. <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-definicion/>

Heinze, G. M., & Camacho Segura, P. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. https://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf

Hernández Nava, J. P., Joanico Morales, B., Juanico Morales, G., Salgado Jiménez, M. A., & Zaragoza Ruiz, I. (2019). Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años. <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam>

Inspira Corporation. (2021). Los síntomas y diagnóstico del trastorno de ansiedad. <https://inspirapr.com>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010). Guía de práctica clínica: diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. <http://www.imss.gob.mx/sites/al/statics/guiasclinicas/392GRR.pdt>

López Diago, R. & Sánchez Mascaraque, P. (2023). Aumento de trastornos mentales en la adolescencia. <https://www.aepap.org>

Macías Carballo, M., Pérez Estudillo, C., López Meraz, L., Beltrán Parrazal, L., & Morgado Valle, C. (2007). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica. <https://www.uv.mx/eneurobiologia>

Ministerio de Sanidad. (2018). Guía de práctica clínica sobre depresión mayor en la Infancia < adolescencia. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf

Morales-Rodríguez, M. & Bedolla Maldonado, L. C. (2022a). Depresión y ansiedad en adolescentes. <https://www.cagi.org.mx>

Morales-Rodríguez, M. & Bedolla-Maldonado, L. C. (2022b). Depresión y ansiedad en Adolescentes: el papel de la implicación paterna. *Rev Investig Psicol*, 9(17).

Muñoz, K., Arévalo, C., Tipán, J., & Morocho, M. (2021). Prevalencia de depresión en adolescentes. <https://docs.bvsalud.org>

Muñoz, V., Arévalo Alvarado, C. L., Tipán Barros, J. M., & Morocho Malla, M. I. (2021). Prevalencia De depresión factores Asociados en adolescentes. *Rev SEP*, 22(1), 1-8. <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/8>

Nogales Imaca, A. L., et al. (2009). Guía clínica: depresión infantojuvenil. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/452952/3._Depresi_n_en_Ni_os_y_Adolescentes..pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2023a). Depresión. <https://www.who.int>

Organización Mundial de la Salud. (2023b). Trastornos mentales. <https://www.who.int>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). Depresión. <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Orientación Psicológica. (s. f.). DSM-5 depresión. <https://orientacionpsicologica.es/dsm-5-depresion/>

Vázquez-Salas, R. A., Hubert, C., Portillo-Romero, A. J., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T., & Villalobos, A. (2023). Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos: ENSANUT. <https://www.saludpublica.mx>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .