

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION I Y II DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

# **CONFORMACION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON Y SIN DEPRESIÓN.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**Dr. Palomares Aguilar Miguel Angel.**  
Médico Residente de 3er. Grado de Curso de  
Especialización en Medicina Familiar.  
Tel. 53 68 29 40. E-mail: Byan10@hotmail.com  
Matrícula: 99363888

ASESOR:  
**Dra. Carmen Luna Domínguez.**  
Tel. 57 67 25 99 Ext. 250 E-mail: lumca\_@hotmail  
Matrícula: 8433038

Profesor adjunto:  
**Dr. Raúl T. Arrieta Pérez**  
Matrícula: 8320616  
E-mail: drarrieta@hotmail.com



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

INDICE	PAG.
• MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES CIENTIFICOS	5
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
• OBJETIVOS GENERALES	19
• OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
• HIPOTESIS	19
• METODOLOGÍA	19
• CARACTERISTICAS Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO	23
• PROCEDIMIENTOS PARA INTEGRAR LA MUESTRA Y RECOLECTAR LA INFORMACION	24
• RECURSOS HUMANOS	24
• PROGRAMA DE TRABAJO	24
• ANALISIS ESTADISTICO	25
• DIFUSION DEL TRABAJO	25
• CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO	25
• RESULTADOS	28
• ANALISIS DE RESULTADOS	33
• CONCLUSIONES	34
• SUGERENCIAS	33
• BIBLIOGRAFIA	34
• ANEXOS	36

## Conformación y funcionalidad familiar en adolescentes con y sin depresión.

Palomares Aguilar Miguel Ange \*Carmen Luna Domínguez. \*\*Raúl Arieta Pérez. \*\*\*

### Resumen:

**Introducción:** Las familias en México están cambiando, la presencia de depresión en los adolescentes puede verse influenciada por su estructura y funcionalidad. **Objetivos:** Evaluar la Conformación, Funcionalidad familiar y la presencia de depresión en adolescentes. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y proyectivo en 118 adolescentes del DF. Se aplicaron encuestas para obtener la conformación familiar, la Escala de Birleson y de FACES III. Se analizaron los resultados mediante la prueba de probabilidad exacta de Fisher, con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Con 118 adolescentes, un rango de 11 a 15 años, media de edad de  $13 \pm 1.0$  años, distribución por sexo del 50%, grado escolar de 2 do. Año, 63 casos. Se observaron familias; extensas (11.8%), nuclear (10.2%). La funcionalidad con depresión (12%) y la disfuncionalidad familiar con depresión (10.2%)  $P=0.011$ , presentaron depresión 26 casos (22%) con predominio del sexo femenino. **Conclusiones.** Al evaluar la conformación y funcionalidad familiar se encontró depresión en los adolescentes de familias extensas y funcionales.

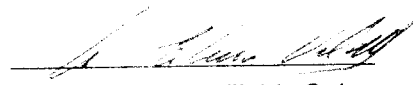
**Palabras claves;** Adolescencia, Depresión, Conformación Familiar, Funcionalidad Familiar

\* Medico residente del 3er año de la residencia de medicina familiar UMF No. 94

\*\* Medico familiar de la UMF NO. 94. Profesor Clínico de la Unidad.

\*\*\*Profesor Adjunto del Curso de Especialización Medicina Familiar UMF No 94 IMSS

AUTORIZACIONES



**Dra. Ma. Elena A. Vilchis Guisar**

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud



**Dra. Guadalupe Garfias Garnica**

Coordinador Delegacional de Educación en Salud



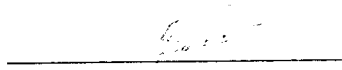
**Dra. Ana María Cortés Aguilera**

Directora de la UMF. 94



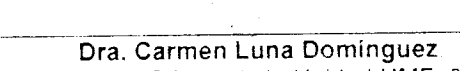
**Dra. Patricia Ocampo Barrio**

Coordinador de Educación e Investigación  
en Salud UMF. 94



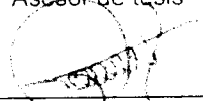
**Dra. Lidia Bautista Samperio**

Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Medicina Familiar UMF. 94



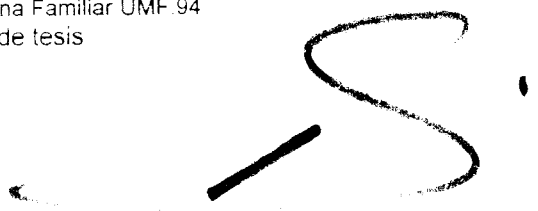
**Dra. Carmen Luna Domínguez**

Profesor Clínico de la Unidad UMF. 94  
Asesor de tesis



**Dr. Raúl T. Arrieta Pérez**

Profesor adjunto del Curso de  
Especialización en Medicina Familiar UMF. 94  
Asesor de tesis



## MARCO TEORICO:

### DEPRESIÓN

La depresión en adolescentes es un factor de riesgo para la expresión de distintas conductas disfuncionales, y afecta el normal desarrollo del individuo. La depresión afecta los pensamientos, sentimientos, comportamiento y cuerpo de una persona joven. La depresión severa en los niños o adolescentes es seria: es más que estar bajo de ánimo. La depresión puede llevar al fracaso escolar, al uso de alcohol o drogas, e incluso al suicidio. La palabra Depresión, deriva de la palabra latina *Depressio* que significa hundimiento, concavidad. Definimos el síndrome depresivo como una enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de Animo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo. Cognitivamente el síndrome depresivo se acompaña de disminución en las capacidades afectivas, memoria de trabajo, disminución de amplitud perceptiva con distorsiones, pensamiento lento, monótono o cavilativo. Frecuentemente se acompaña de modificaciones en los ritmos de alimentación, vigilia-sueño y de secreción del cortisol. (1,2)

### EPIDEMIOLOGIA;

La prevalencia de la enfermedad depresiva en la población general es de 5%, sin embargo, la población medica general oscila entre 5% a 10%, y en los pacientes con enfermedad crónica entre 25 a 50%. (1)

La depresión es una de las enfermedades mas debilitantes; el estudio epimediologico mas reciente en México estima que la prevalencia de episodios depresivos mayor es de 7.8% en la población entre 18 y 54 años de edad, superada únicamente por la dependencia al alcohol. (3)

La depresión representa entre 10%-20% de la consulta general, de los cuales poco son diagnosticados, y 40 a 60% de los pacientes vistos por el psiquiatra. Según en las diferentes culturas en el mundo, se ha llegado a encontrar que entre 45% y 95% de los pacientes con depresión mayor han manifestados únicamente síntomas como el dolor de cabeza, estreñimiento, debilidad y / o dolor de espalda baja, la mitad de los pacientes con depresión manifiesta una constelación de síntomas físicos inexplicables en su origen y en su evolución antes de que el medico familiar establezca, en la atmósfera de una buena relación medico-paciente, este diagnostico psicológico. (1)

### **TEORIA GENETICA;**

Es frecuente en todas las personas la capacidad para experimentar tristeza y depresión. Aunque no hay duda de que la depresión se puede provocar por la mala fortuna y los sucesos de la vida cargados de tensión, algunos individuos son más proclives a la depresión que otros sometidos a fuerzas psicosociales semejantes. En general parece haber diátesis familiar para la mayor parte de las enfermedades depresivas, pero en especial para el trastorno afectivo unipolar y bipolar. Los niños adoptados de padres biológicos que tenían trastorno afectivo se encontraron en mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad que los padres biológicos no estaban afectados. (Mendlewicz y Rainer; Cadoret), la frecuencia de estas enfermedades se incrementa en los parientes de los pacientes afectados (tasa de prevalencia de 14 a 25% en los parientes de primer grado). Mas aun, el tipo de enfermedad tiende a perpetuarse en la familia, por lo menos en la forma bipolar, que es mas frecuente entre los parientes de los pacientes bipolares que entre los de los paciente unipolares. De manera semejante, el riesgo de morbilidad entre los parientes de primer grado se encuentran incrementados (15%, en comparación con un riesgo de 1 a 2% en la población general) si se toman en conjunto todos los estudios efectuados con gemelos, 72% de los gemelos monocigóticos serán concordantes para la enfermedad bipolar, en comparación con 14% de los gemelos dicigóticos del mismo sexo respectivamente. Todos estos datos indican un factor genético. Aunque no ha podido definirse su patrón preciso de herencia, los autores, a partir de su experiencia personal, creen que es probable un modo dominante de la herencia con penetrancia incompleta. (4)

### **TEORÍAS PSICOLÓGICAS:**

#### **Psicoanálisis**

Freud diferenció las reacciones depresivas normales, melancolía, de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido, duelo.

En el duelo se produce una reacción de dolor y una sensación de vacío ante el mundo, pero sin una disminución de la autoestima.

La melancolía se caracteriza por los auto-reproches excesivos y una disminución extraordinaria de la autoestima, una hipercritica hacia sí mismo que en realidad se dirige hacia otros objetos. Por ejemplo, en una depresión ante un fracaso amoroso los auto-reproches en el fondo están dirigidos hacia la otra persona, pero por miedo a producir aún más rechazo por parte del otro el deprimido vuelve hacia sí mismo la crítica.

### Conductismo

Probablemente la depresión sea debida a una disminución de los reforzadores contingentes con la conducta. Pero esto parece más un efecto que una causa.

La mayor influencia ha venido de:

### Cognositivismo:

- Indefensión: estas conductas depresivas se desarrollan sólo cuando el hombre no tiene esperanza de controlar nunca las situaciones aversivas en las que se encuentra.

- Modelo Cognitivo de Beck: las alteraciones surgen en aquellos individuos que poseen una visión deformada de la realidad. Esta visión errónea se basa en unos presupuestos que impregnan y condicionan su percepción de la realidad. Estas personas poseen unos esquemas distorsionados de la realidad que fácilmente se activan ante sucesos estresantes. Esos esquemas al orientar y canalizar la percepción de la realidad generan lo que se llama la triada cognitiva y producen emociones indeseables. La causa de las depresiones son las ideas, pensamientos y creencias específicas que los depresivos tienen sobre el mundo y sobre sí mismos.(5)

### **TEORIAS BIOQUIMICAS:**

Los elementos claves de esta teoría son las aminas biogenas ( noradrenalina, serotonina y dopamina) tras las observaciones de que los antidepresivos triciclicos y los inhibidores de la MAO ejercen su efecto al incrementar el contenido de noradrenalina en los sitios receptores adrenergicos centrales del sistema límbico y el hipotálamo, que los fármacos productores de depresión ( como la reserpina) agotan las aminas biogenas en estos sitios , se planteo la teoría de que las depresiones que ocurren de manera natural podrían relacionarse con un déficit de estas sustancias biogenas (5)

### **El CIE 10 define al episodio depresivo.**

Como el sufrimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración. El episodio depresivo puede ser clasificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas



*Incluye:*

Episodio únicos de:

- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Reacción depresiva.
- 

*Excluye:* cuando se asocia con trastornos de la conducta.  
Trastornos de adaptación, trastornos depresivos recurrentes.

***Episodio depresivo leve:***

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades-

***Episodio depresivo moderado.***

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades.

***Episodio depresivo grave sin síntomas Psicóticos.***

Episodio de depresión en e que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa, son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presentan una cantidad de síntomas " somáticos" ( 6)

### **Criterios para el episodio depresivo mayor (CIE 10)**

A. Presencia de al menos 2 de los siguientes síntomas:

- 1 Humor depresivo de un carácter anormal para el sujeto.
- 2 Marcadas pérdidas de interés por las actividades
- 3 Falta de vitalidad

B. Al menos 4 de los siguientes síntomas:

- 1 Pérdida de confianza y estimación de sí mismo.
- 2 Reproches hacia sí mismo desproporcionados.
- 3 Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- 4 Quejas o disminución de la capacidad de concentración.
- 5 Cambios de la actividad psicomotriz
- 6 Alteraciones del sueño.
- 7 Cambios de apetito.

Síntomas presentes la mayor parte del día y casi todos los días y que persisten al menos 2 semanas.

(6)

**Criterios para el diagnostico de F32x. trastornos depresivos mayor. Episodio único. DSM-IV. (296.2x.)**

- A. presencia de un único episodio depresivo mayor.
  - B.- el episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
  - C.-Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto mo0 un episodio hipomaniaco.
- Codificar el estado del episodio actual o más reciente:
- 0. leve.
  - 1. moderada.
  - 2. grave sin síntomas psicóticos.
  - 3. grave síntomas psicóticos.
  - 4. en remisión parcial/remisión total
  - 9.-no especificado.

**Criterios para el diagnostico de F33.x trastornos depresivos mayor, episodio recidivante.**

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayor.
  - B. Los episodios depresivos mayor no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizofrénico y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastornos delirantes o un trastorno psicótico no especificado.
  - C. Nunca se ha producido un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.
- Codificar el estado del episodio actual o más reciente:
- 0.- leve.
  - 1. moderada.
  - 2. grave sin síntomas psicóticos.
  - 3. grave síntomas psicóticos.
  - 4. en remisión parcial/remisión total
  - 9.-no especificado. (6)

## **SINTOMATOLOGÍA**

El conjunto sintomático se puede reducir a cuatro grandes núcleos:

**Síntomas Anímicos:** La tristeza es el síntoma por excelencia de la depresión. Esta tristeza se manifiesta por sentimientos de abatimiento, pesadumbre, infelicidad incluso irritabilidad. A veces es difícil separar los trastornos de ansiedad con los trastornos afectivos debido a la ansiedad subjetiva y a la inquietud que presenta el cuadro

**Síntomas Motivacionales:** Estado general de inhibición en el que se hallan. Forma parte la apatía, la indiferencia, en resumen la anhedonia. En su forma extrema se halla lo que se llama el " retardo psicomotor " un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto. El extremo de esto sería el " estupor depresivo " caracterizado por un mutismo e inactividad casi totales muy similar al estado catatónico.

**Síntomas Cognitivos:** La valoración que hace la persona deprimida de sí mismo y de su entorno suele ser negativa. La auto depreciación y la pérdida de autoestima suelen ser características cognitivas estables de estas personas. Ante un suceso negativo atribuyen la causa del suceso más a sus defectos o incapacidades que a factores externos. La desesperanza, la visión totalmente pesimista del futuro es un factor casi siempre presente en estos sujetos.

**Síntomas Físicos:** Se puede dar una pérdida de sueño o una hipersomnía, fatiga, pérdida de apetito y la disminución de la actividad y el deseo sexual, molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa). (1, 4, 5,6, 8, 9, 10,11.)

## **LA ADOLESCENCIA:**

Los adolescentes en México, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la población de 10 a 19 años de edad, aumentaron en la segunda mitad del siglo XX de 5 a 21 millones con una contribución relativa de alrededor de 22%. Según el Consejo Nacional de Población, su tasa de crecimiento se ubico por encima de 4% anual en la década de los 60, para posteriormente descender progresivamente con respecto a la mortalidad. (12)

Actualmente, México es un país conformado principalmente por niños y jóvenes. Según el INEGI en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 en México hay un total de 97, 483,412 mexicanos de los cuales el 43% se encuentran entre los 0 y los 19 años de edad (niños y adolescentes). (13)

La Adolescencia; es el periodo que se extiende desde el inicio de la pubertad hasta la etapa en que el muchacho o muchacha se convierte en adulto. Antes se pensaba en la adolescencia como un periodo de tormenta emocional intensa, que era normativa, y en la que necesariamente el adolescente se sentía abrumado, tenía explosiones emocionales y confusión en cuanto a sus preferencias, ideas identidad. Actualmente se acepta que es posible distinguir los adolescentes que tienen dificultades emocionales, interpersonales y en su conducta de los que se desarrollan normalmente (14, 15,16)

Es un periodo crucial del ciclo vital durante el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, elaboran su identidad y se plantean el sentido de su vida, su pertenencia y responsabilidad social. En la fase juvenil se aprecia con mayor intensidad que ningún otro periodo de la vida la interacción entre los recursos psicológicos y sociales del individuo y las metas disponibles del entorno, a menudo esta marcado por dos amplias y frecuentes variaciones de humor, siendo la depresión un complejo sintomático común, sin embargo los signos de depresión, espacialmente durante la primera adolescencia acostumbran a ser diferentes de los signos vegetativos que se observan en la depresión del adulto. (17)

Desde el punto de vista psicosocial, lo que caracteriza a la adolescencia, en contraste con otras épocas quiescentes de la vida, es el cambio. La transformación de la personalidad en su núcleo profundo. Este cambio ocurre en respuesta a nuevas urgencias biológicas y nuevas demandas sociales. En la adolescencia, los jóvenes toman decisiones que son irrevocables y suelen cometer errores que son irreversibles. Los estudios etiológicos y sociales muestran que en todas y sociedades los adolescentes tienen problemas comunes. Sin embargo, dichos estudios no dejan dudas en cuanto al grado en que las condiciones familiares y culturales que rodean al adolescente dificultan o facilitan su tránsito a la adultez. (18)

#### **La adolescencia y la sociedad:**

Las sociedades y culturas coinciden en cuanto a su función de señalar a los adolescentes los preconceptos y exigencias a que deben someterse para ser aceptados como adultos, proporcionándoles modelos más o menos configurados según su sexo y grupo social y ocupacional al que pertenecen.

Las actitudes de los adultos influyen en forma determinada en la experiencia de crecimiento de los adolescentes, atenúan o intensifican los conflictos inevitables y hacen el tránsito de la infancia a la edad adulta más expedito, o bien más difícil y tormentosa. Las circunstancias que rodean al joven que crece en el seno de una familia de orientación patriarcal autoritaria, en el cual el padre considere a sus hijos como una propiedad manipulada de acuerdo con sus propios intereses y caprichos, son distintas a las que rodean al adolescente en una familia en la cual la tolerancia excesiva y la falta de normas y sanciones lo dejan sin guía y sin autoridad. Estas circunstancias difieren a su vez de las que rodean al joven en un medio familiar que protege de acuerdo con su edad y necesidades, pero le permite escoger libremente su vocación y favorece el desarrollo de su individualidad. El predicamento de los adolescentes es, precisamente, encontrar su lugar en una sociedad que ya no los contempla como niños ni los acepta como adultos. . (18)

#### **Conductas riesgosas de los adolescentes.**

Precisamente otra fuente de conflicto es la relación que se establece entre la sociedad y sus agentes por un lado, y los grupos juveniles por otro. Las autoridades no siempre distinguen entre una pandilla delincuente y el grupo de jóvenes que se reúnen en la vía pública o en algún sitio de diversión ante la falta de otras oportunidades de actividad o recreación, generándose fácilmente formas de represión que son vividas por los jóvenes como agresiones de hostilidad y suspicacia. Es evidente que los grupos juveniles son susceptibles de sufrir transformaciones antisociales desde su interior, el abuso y la violencia puede ser habituales y separar cada vez más al joven de la sociedad, en el interior del grupo, pueden jugar importantes el uso del alcohol y las drogas, particularmente la marihuana. En un principio, estas sustancias procuran emociones placenteras, brindan un sentimiento de placer y ayudan a olvidar el sufrimiento, la humillación y las frustraciones (18)

## LA FAMILIA

**La familia;** es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre, pueden ser tradicionales o modernas según sus hábitos, costumbres y patrones, existen familias urbanas y rurales con base en su enfoque demográfico, y según su dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales y disfuncionales.

**Dinámica familiar:** Sistema de intercambio en las interacciones familiares. Específicamente los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en la familia (cohesión). Así como la habilidad del sistema familiar para combinar su estructura de poder, sus roles, sus reglas de relación en respuesta a estrés situacional y de desarrollo (adaptación) (Olson y cols. 1979). Se medió por medio de las respuestas proporcionadas al cuestionario en donde se les presentaron situaciones familiares y tomando en cuenta a su familia, los adolescentes responder a cada pregunta.

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría de los sistemas nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica. A este respecto, Saucedo y Foncerrada han hecho una síntesis que puede ser de gran utilidad para el médico familiar.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes: Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semintegrada o desintegrada. Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana. Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional. Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen (19, 20,21)

En México Luis Leñero señala la significativa diversidad de tipos familiares mediante una clasificación basada en tres factores macro estructurales.

**Clasificación de las familias según factores Macro-estructurales,**

A) *Cultura y Subcultura, de las comunidades a que pertenecen*

- a.- Indígena.
- b.- Rural tradicional.
- c.- Urbana.

B).- *Estratificación Socioeconómica y de clase, según los niveles de Subsistemas*

- a.-Estrato Marginado y Subproletario.
- b.- Estrato Popular Proletario.
- c.- Estrato Medio.
- d.- Estrato de Elitista de Dominio.

*C) ubicación neosocial de acuerdo con:*

- a.- la región en que habitan.
- b.- las redes de relación ecológica que mantengan
- c.- su grado de sedentarismo o migración

En el campo de las ciencias de la salud se requiere que sea clasificada de tal manera, que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado pueden incidir en el grado de funcionalidad o Disfuncionalidad familiar. Para ello, se hace necesario conocer sus características demográficas, es decir, su composición, su número de integrantes, grado de parentesco, generaciones que lo forman y presencia de otras personas sin parentesco, además de las características familiares que resultan de las complicaciones en su desarrollo. (20)

La familia influye fuertemente en la presencia de enfermedades y en el control de las mismas. Existen diversas clasificaciones de familia en cuanto a tipología. Irigoyen y el Colegio Mexicano de Medicina Familiar ha propuesto la siguiente clasificación de la familia de acuerdo a su conformación.

- **Familia nuclear:** (conyugal, biparental, elemental o biológica) Es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.
- **Familia seminuclear:** ( monoparental , uniparental ) Familia de un solo padre, ya sea por soltería de la madre( con hijos que pueden ser de un solo padre o distintos-monogamia serial-),o a consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar como el fallecimiento( familia contrita),separación o divorcio(familia interrumpida) de la pareja.
- **Familia extensa:** (consanguínea o asociada) Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo.

- **Familia compuesta:**(ampliada) Puede ser cualquiera de los dos tipos de familia antes descritos, incluyendo además a otros integrantes sin nexos consanguíneos ni de filiación. (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes).
- **Familia múltiple:** son de dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. Puede ser extensa o compuesta según haya o no parentesco.
- **Familia extensa modificada:** se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua, este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el único criterio principal de afiliación al sistema de red.

De acuerdo a sus complicaciones del desarrollo familiar, se hace la siguiente tipificación.

- **Familia interrumpida:** Ocurre por la separación o divorcio de los padres.
- **Familia contraída:** Se da por la muerte de uno de sus miembros cuando es uno de los padres, el tipo de familia resultante, al igual que al anterior, es una familia seminuclear o monoparental en el caso de que su composición (padre o madre) axial lo indique.
- **Familia reconstruida:**( familia reestructurada o binuclear). Es la que esta conformada por una pareja en donde ambos o uno de los cónyuges ha tenido una unión previa de los hijos que conciban .(19,20,21)

El estudio de la dinámica familiar es otro elemento teórico indispensable para el médico familiar. Según Jackson, "la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad." Chagoya agrega que la dinámica familiar normal "es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás." (15)

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

En el Dr. Cabildo Arellano, en 1970, estima la prevalencia de las "reacción neurótica" entre 10 % a 13% en la población general y que de cada 1 de 4 personas eran mayor de 15 años de edad.

Para 1987 un estudio realizado en Tijuana Baja California México, cuyo objetivo es la medición del alcance de los síntomas depresivos entre las personas de 18 años o más, los resultados fueron acorde con síntomas de depresión leve en comparación a los adultos jóvenes.

En otro estudio realizado en México en niños de 8 a 10 años, en la ciudad de Guadalajara, con escolaridad de tercero al quinto grado de primaria con una prevalencia de depresión del 46,3% 52.2% en el sexo femenino y 40.6% masculino. (3)

En los Estados Unidos, el predominio de desorden depresivo mayor es aproximadamente 1 % en preescolares, 2% en niños escolares y 5 - 8 % en adolescentes. El predominio de depresión parece estar aumentando en las generaciones sucesivas de niños, con los ataques en años más tempranos.

La proporción del género es equivalente en los niños en edad prepuberal y aumentos a una 2:1 proporción del hembra-a-varón en adolescentes. Los factores de riesgo incluyen una historia familiar de depresión, los episodios depresivos anteriores, el conflicto familiar, incertidumbre que considera la orientación sexual, la actuación académica pobre y la comorbidad condicional como el Distimia, la ansiedad desordenada y abuso de la sustancia. (22)

En 1997, algunas estimaciones, más bien conservadoras, señalaban que más de 150 millones de personas en el mundo presentaban una depresión que requería tratamiento médico.

Solo en México se calculaba que más de 4 millones de habitantes sufrían de depresión. En relación al primer nivel de atención médica, un estudio en México (Padilla y Peláez 1985) sobre detección de trastornos mentales mostró que la frecuencia total de trastornos emocionales fue de 51% en centro de salud, 43% en unidad de medicina familiar y 34% en un hospital general, lo cual indica, en promedio, 40 de cada 100 pacientes con problemas médicos que acuden a un primer nivel de atención presenta trastorno afectivos como cuadro acompañante principal. (8)

En un estudio realizado en Guadalajara dentro del IMSS durante 1993 a 1995 La población adolescente usuaria del IMSS constituye 17.4% del total de usuarios. De 1993 a 1995 se realizaron en Jalisco un total de 2,498 348 consultas de adolescentes que correspondieron a 9.76% de todas las consultas otorgadas en esos años (25 579 356) con una variación mínima entre los años.

Dentro de los trastornos mentales que se encontraban en las primeras 15 causas de consulta se encontró un total de consultas otorgadas en 1993 por cada 100 adolescentes masculinos dentro de la edad de 10 a 14 años, en 1993 se otorgaron un total de 3.24 hasta 1995 6.53 Por cada 100 consultas. Para la edad de 15 a 19 años, en 1993 se reportan 5.28 y en 1995 6.53 por cada 100 derechohabientes adolescentes usuarios. Dentro de los resultados en mujeres entre 10 a 14 años de edad en 1993 se atendieron 3.15 y 1995 10.75 por cada 100 adolescentes femeninos derechohabientes usuarios. En el estado de Jalisco; entre 15 a 19 años de edad para 1993, fueron 9.16 para 1995 es 10.75 por cada 100 derechohabientes.



Adolescentes usuarios, la cual se ve un incremento en la consulta por trastornos mentales en este periodo estudiado de tres años. (23)

Corina Benjer Dra. En Psicología y su estudio la depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento, en la población mexicana. encontró en sus resultados, una prevalencia del 2% en la población mexicana había padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años, entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27% tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia. (24)

En un estudio realizado en la ciudad de México se aplicó la escala de depresión Childrens Depression a niños de 9 a 13 años, donde se encontró una prevalencia del 10.52% en niños cuyos puntajes resultaron elevados en los reactivos que miden depresión y a juzgar por la repercusión sobre los puntajes elevados de ansiedad y en una baja autoestima, también se encontró que los niños más pequeños (9 años) son más susceptibles al desamparo y a la carencia de afecto. (25)

En la ciudad de México la prevalencia de depresión en adolescentes de 15 a 18 años, mediante la aplicación del inventario de Beck, en un estudio realizado con relación a la actividad deportiva y consumo de drogas, se encontró que la prevalencia de depresión fue de un 28.4% siendo la más frecuente la leve (72%). (26)

Guadalupe Cantoral. En su análisis desde la perspectiva de género en la depresión en adolescentes, encuentra en la literatura el reporte de un 48.1% de los varones reporta violencia intrafamiliar, así como un 47.2% de las mujeres lo reportan. Antecedente que estadísticamente se asocia con mayor probabilidad de padecer depresión. (27)

Resultados de La funcionalidad familiar en el estudio de Quinteros y col. Comparando los resultados de la escala de Birlson positivo para la depresión y el Apgar familiar refieren un 70% de las familias con funcionalidad, un 27% con disfuncionalidad y un 3% con necesidad de atención inmediata, así como para Birlson negativo para depresión fue de un 86% para familias funcionales, 12% disfuncionales y un 2% para atención inmediata. (28)

Soriano y col. En su investigación la Familia, Trastornos Mentales y Ciclo vital familiar, encontró a la conformación familiar en un 58% como nuclear seguida de la monoparental en 12% y la nuclear extensa con parientes o agregados en un 11%. (29)

En los adolescentes, la calidad de la relación padre/madre-hijo es un elemento fundamental que puede influir en la búsqueda de apoyo familiar de amigos o de nadie cuando tienen que enfrentarse a conflictos cotidianos. En un estudio realizado por González -Forteza en la ciudad de México, encontraron que los adolescentes que tienden a presentar manifestaciones anímicas del estado depresivo: sentirse triste. Con ganas de llorar, deprimidos etc. Eran las que sentían que la comunicación con su madre era poca frecuentemente, por lo que no preferían el apoyo familiar. (30)

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Depresión y Suicidio en la Infancia y en la Adolescencia. Dra. Graciela Cámara Cáceres Vicepresidente de Ingenium Morelos, A.C. VOZ PRO SALUD MENTAL. Calcula que la depresión en la población adolescente e infantil tiene una prevalencia entre el 10 al 15%. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica levantada con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud. Los suicidios en niños y adolescentes se han incrementado notablemente en los últimos años en nuestro país. De acuerdo con las estadísticas del INEGI, en el año 2001 en el Distrito Federal hubo 269 casos, de los cuales 160 se llevaron recurriendo al método de estrangulación, en cuanto al lugar y hora, 199 se consumaron en el hogar, durante la noche, que es cuando se pueden acentuar los estados depresivos. Reconocer los síntomas depresivos puede salvar vidas, ya que tanto padres como la escuela tienden a subestimar las consecuencias de la depresión en los niños y adolescentes (31)

La desintegración familiar ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha motivado a los investigadores a determinar de qué manera la experiencia de esta durante la infancia está relacionada con la salud subjetiva y conductual durante la adolescencia. Breidablik & Meland (1999) encontraron diferencias significativas en relación a un grupo de adolescentes miembros de familias con familias desintegradas (divorcios, siendo esta una de las causas que afecta la funcionalidad y conformación familiar) en los que se presentaban quejas físicas y emocionales, menor bienestar psicológico, un desempeño menos eficiente, así como una mayor presencia de conductas de riesgo como el hábito de fumar. Concluyeron que desintegración familiar (divorcio) y formación de familias monoparentales, para los hijos durante la infancia representa un evento estresante significativo con consecuencias en la salud mental durante la adolescencia. (32)

En las familias donde se detectó a un paciente deprimido se identificó con frecuencia que los padres tenían conflictos entre ellos y que además eran renuentes al compromiso y a relaciones estables. Además, se identificó confusión de roles y jerarquías entre los integrantes de la familia y aislamiento, rigidez e incapacidad para mostrar efectos positivos entre ellos. (33)

La familia es el núcleo fundamental de toda sociedad, por lo que el tipo de relaciones que se establecen entre sus miembros es de capital importancia. La funcionalidad o disfuncionalidad de dichas relaciones dependen del grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes. (15)

Las familias en México no tienen un modelo definido, de hecho hay gran diversidad en los tipos de familias, donde residen las y los adolescentes, tanto en el tipo de parentesco que tienen con el jefe de la familia como el tipo de hogar en el que residen ahora como células interpersonales. (34)

. A nivel nacional en el año 2000 de acuerdo al INEGI el 68.8% de las familias correspondió a familias nucleares mientras que las familias extensas fueron el 24.5%. En el distrito Federal de acuerdo a este mismo informe el 65.9% correspondía a familias nucleares y el 25.2 a familias extensas (13)

Dentro de los componentes y acciones esenciales para la detección a la salud de las y los adolescentes, en el componente de salud mental, es la detección gruesa en unidades de salud del primer nivel de atención y referencia a otros niveles de atención, de trastornos depresivos y adicciones. (34)

Actualmente la unidad de medicina familiar No. 94. Cuenta con un registro de adolescentes de 12,950. De los cuales 6,389 son del sexo masculino y 12,950 del sexo femenino, de un total de 115018 pacientes adscritos a esta unidad.

Considerando la prevalencia de la depresión registrado en la literatura en los últimos años y el registro de adolescentes con depresión beneficiarios adscritos a la UMF 94 así como la importancia de la familia para el bienestar biológico y psicosocial de los adolescentes adscritos a la UMF 94, nos preguntamos:

**¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES?**

**OBJETIVOS DE ESTUDIO:****OBJETIVOS GENERALES:**

- ✓ Evaluar la Asociación de la Conformación y funcionalidad familiar entre la presencia de depresión en adolescentes.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- ✓ Identificar la conformación familiar en los adolescentes con y sin depresión
- ✓ Identificar la funcionalidad familiar en los adolescentes con y sin depresión
- ✓ Comparar la conformación de las familias de adolescentes con y sin depresión
- ✓ Comparar la funcionalidad de las familias de adolescentes con y sin depresión.

**HIPOTESIS.**

1. La conformación familiar se relaciona con la presencia de depresión en el adolescente siendo más frecuente en familias monoparentales.
2. La depresión en adolescentes es más frecuente en quienes pertenecen a familias disfuncionales.

**METODOLOGIA:****IDENTIFICACION DE VARIABLES:****Independiente**

- Conformación familiar.
- Funcionalidad familiar

**Dependiente**

- Depresión.

**Universales.**

- Edad:
- Sexo :
- Escolaridad :
- Religión:

**Conformación y Funcionalidad Familiar en Adolescentes con Depresión y sin Depresión.**

**CUADRO DE VARIABLES**

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
Funcionalidad Familiar	La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de algunas funciones de la familia por alteraciones en algunos de los subsistemas Familiares.	La funcionalidad familiar se medirá a través del FACES III se tomara a la familia funcional como los tipos de familias Balanceadas y rango medio y como disfuncional a familias que se encuentran en rango extrema Correspondientes a la interpretación de la escala.	1 -Balanceada 2 -Rango-medio. 3 Extremas.	Cualitativa	Ordinal	1.-Funcional  2 Disfuncional
Conformación familiar	Los integrantes de la familia y lasos familiares	Se realizara a traves de los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta	Parámetros establecidos	Cualitativa	Ordinal	Nuclear. Monoparental Nuclear extensa Compuesta
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
Depresión	Enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de ánimo	El diagnostico de depresión se obtendrá mediante la aplicación de la escala de Birleson	Parámetro establecidos	Cualitativa	Nominal Dicotomía	13 puntos o menos, No hay depresión 14 puntos o más Si hay depresión.

VARIABLE UNIVERSALES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual	Tiempo de vida en años	Referida por el paciente	Cuantitativa	Intervalo-Continuo.	10-11 12-14 15-17 18-19
Sexo	Distinción genérica de l ser humano	Conjunto de características que determinan el genero del ser humano	Referido por el paciente	Cualitativa	Nominal-Dicotómica	Masculino femenino
Escolaridad	Grado de estudios con el que cuenta el adolescente	Nivel de estudios alcanzado por el paciente	De acuerdo a parámetros establecidos	Cualitativo	Ordinal	Primaria Secundaria. Bachillerato. Nivel medio superior.

## **UNIVERSO DE TRABAJO**

Adolescentes

## **POBLACIÓN EN ESTUDIO**

Adolescentes de nivel secundario.

## **MUESTRA**

Adolescentes adscritos a la escuela Secundaria técnica No. 71 Del D.F

## **DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA D ELA MUESTRA.**

Con la utilización del programa EPI-Info V6.0, con una población de 12.950 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y una prevalencia de depresión en los adolescente esperada 18.2% y un peor resultado de 8%, con un nivel de confianza del 99. % se determino un tamaño de la muestra de 94 sujetos de estudio en adolescentes.

## **TIPO DE MUESTREO**

Se utilizará muestreo no probabilística por conveniencia

## **DISEÑO DE ESTUDIO:**

- Se trata de un estudio; Observacional, Transversal, Analítico y Prolectivo.

## **\_CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Adolescentes que se encuentren cursando cualquier grado del nivel de escolaridad secundaria.
- Cualquier sexo
- Que mediante el consentimiento informado, acepten participar en la investigación.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

- Adolescentes con depresión que se encuentren en terapia farmacológica o psiquiatría.
- Adolescentes que por deficiencia mental o física no pueda contestar el cuestionario.

## **EXCLUSIÓN.**

No aplica.

## CARACTERÍSTICAS Y VALIDACION DEL INSTRUMENTO:

La escala de Birleson (Drepression Self Rating Escala; DSRE) (anexo I) fue diseñada para calificar la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento.

El instrumento es una escala auto-aplicable tipo liker, con una validación de alfa Cronbach de .85, una sensibilidad del 87 % y una especificidad de 74% con un punto de corte de 14 puntos. La escala consta de dieciocho reactivos, todos puede puntuar de 0- 2 siendo la máxima cifra treinta seis. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0 a 2 ( 1,2,4,7,8,9,11,12,13,15,) y ocho reactivos de califican de 2 a 0. ( 3,5,6,10,14,16,17,18.) , el tiempo de respuesta del instrumento varia de acuerdo a cada sujeto entre 5 a 10 minutos.

(35)

Para tener un conocimiento del impacto familiar sobre el cuidado de la salud y los efectos de la enfermedad sobre la familia se han desarrollado escalas numéricas del funcionamiento familiar en un intento de cuantificar sus funciones. De la cuales utilizaremos para nuestro estudio el Faces III., que a continuación mencionaremos sus características.

FACES III (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) Versión al español. En un trabajo previo realizado en población abierta con un marco muestra aleatorio y representativo, se validó el instrumento en su versión en español (anexo II), la confiabilidad fue mayor de 0,90 (test-rest) y 0.68 con alfa Cronbach, por lo que fue considerado útil para evaluar la funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. FACES III es un instrumento estandarizado al español por Francisco J. Gómez-Clavelina y Arnulfo Irigoyen-Coria, con la autorización de la Universidad de Minnesota.

La funcionalidad familiar se mide según el FACES III (Anexo III) en términos de Adaptabilidad y cohesión:

*Cohesión:* Vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido.

Los niveles de cohesión son: desligada, separada, conectado, aglutinada.

*Adaptabilidad:* Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo.

Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de alteración de la salud sino en su proceso de rehabilitación. Esto depende de si la familia es disfuncional o, por el contrario, es funcional, y cuenta con unos recursos adecuados de soporte social. La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas Dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas Dimensiones.

( 17,19, 20)

Se anexara a las escalas de Depresión y Funcionalidad familiar la hoja de datos generales (anexo III) que corresponderá a una hoja de cálculo elaborado para ello, la cual contendrá los siguientes datos: Número progresivo, nombre o siglas del paciente, número de filiación, consultorio, turno, edad, estado civil, ocupación, escolaridad,



religión y número de integrantes en la familia etc., con ello se obtendrán los datos para la integración familiar y universales, los cuales se vaciarán en una hoja de concentrado (anexo IV) para la realización de los análisis estadísticos.

#### **PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA Y RECOLECTAR INFORMACION:**

El investigador responsable acudió a las escuelas secundarias para invitar a los adolescentes a participar en el estudio, con autorización del familiar responsable mediante el consentimiento informado.( anexo I) se explicó además en forma oral los riesgos y beneficios del estudio, a quienes aceptaron participar se les aplicó la escala de depresión de Birlson, asignándose al grupo de adolescentes con depresión a quienes obtuvieron una puntuación de 14 y más en dicha escala para posteriormente realizar comparaciones con quienes presentaron una puntuación menor (anexo II). La escala fue aplicada a los adolescentes dentro del salón de clases, se aplicó además el cuestionario FACES III (anexo III) a los grupos de estudio para calificar la funcionalidad familiar, los datos correspondientes a la conformación familiar se obtuvieron a través del interrogatorio directo al adolescente. Los datos obtenidos fueron vertidos en la hoja de recolección de datos. Se le identificó con número progresivo y nombre. Posteriormente realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos.

#### **RECURSOS DEL ESTUDIO:**

Físicos: Instalaciones de la Escuela secundaria.

Materiales: Hojas, plumas, etc.

Tecnológicos: Sistema computarizado

Financiero: Los propios del investigador.

Humanos: El investigador.

### PROGRAMA DE TRABAJO.

Una vez aprobado el protocolo por el comité local de investigación, se procederá a solicitar a las autoridades de la unidad permiso a través de memorandum para el acceso al plantel correspondiente de estudio de nivel secundaria.

Se realizó el trabajo de campo en la escuela de nivel secundaria técnica No. 71, perteneciente al área de adscripción correspondiente a la Unidad de Medicina Familiar No.94 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador de acuerdo a sus actividades académicas y asistenciales del servicio de rotación se programó para la visita del plantel mencionado, se entregó la carta de consentimiento (anexo I) a los alumnos informando para ser entregada a sus padres correspondientes y firmen la autorización de la participación de sus hijos, una vez autorizado el consentimiento informado. Posteriormente se le pidió al Adolescente que contestara el formato de la Escala de Birleson, así como el Faces III (Anexos II Y III respectivamente) y la recolección de datos de la familia (anexo IV) para la identificación de integración familiar, tomando en cuenta que la escala de funcionalidad familiar se aplicará a uno de los padres de familia que será entregada al investigador con la carta de consentimiento informado.

La recolección de los datos se vació en el Concentrado profesora para ello (anexo VI)

La recolección de los datos se llevó durante el año en curso de lunes a viernes en los horarios de consulta en el turno matutino de 8 a 13 horas y en el turno vespertino de 14 a 20 horas.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el manejo estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS V 12.0

Se realizó la estadística descriptiva mediante el uso de media y desviación estándar en las variables de corte cuantitativo y proporciones y porcentajes para las de tipo cualitativo. Se aplicó la prueba no paramétrica de Chi cuadrada para determinar la significancia estadística de las diferencias encontradas entre los grupos (con y sin depresión) y en caso necesario la F de Fisher.

Para la diferencia entre los indicadores de funcionalidad familiar: Adaptabilidad y Cohesión se utilizó la prueba de Kruskal Wallis.

La presentación de resultados se realizó por medio de cuadros y figuras de tipo barras según los datos registrados.

### DIFUSIÓN DEL ESTUDIO.

Se realizará a través de sesión en la UMF. 94 y se buscará la publicación en una revista médica primordialmente Medicina Familiar o primer nivel de atención.

## CONSIDERACIONES ETICAS DEL ESTUDIO

Este estudio considero los aspectos éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, en su última modificación por la 48ª. Asamblea Médica Mundial de Escocia en el año 2000. Así como los aspectos de normatividad de la Ley general de Salud en sus capítulos I, II y III y los Estatutos del IMSS que en material de investigación en salud establecen.

Titulo Segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: Capítulo I, Artículos 13, 14, 16, y 17.

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II. Se fundamentara en la experimentación previa realizara en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predichos.
- V. Contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contara con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la bioseguridad.
- VIII. Se llevara a cabo cuando se tengan la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaria . de conformidad con los artículos 31,62,69,71 y 88 del reglamento

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usaran métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Capítulo II. De la Investigación en Comunidades. Artículos 28, 29, 30, 31 y 32.<sup>11</sup>

ARTÍCULO 28.- Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para ésta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ARTÍCULO 29.- En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este Reglamento.

ARTÍCULO 30.- Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la Comisión de Ética de institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no autorizarse por la Comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio. (36)

La depresión, el suicidio, en la niñez y en la adolescencia es un problema de salud pública importante, por lo que es urgente tomar medidas al respecto. La ley General de Salud Capítulo Séptimo dice: Artículo 72. La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales así como otros aspectos relacionados con la salud mental. Artículo 73. Para la promoción de la salud mental, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud. II. La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental. Artículo 74. La atención de las enfermedades mentales comprende: I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes

mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales. Por lo que proponemos lo siguiente: - Elevar el gasto en salud mental que es actualmente del 0.85% al 10 % que es lo que aconseja la Organización Mundial de la Salud. - Certificación y actualización periódica de los profesionistas en salud mental, así como de las clínicas y centros de rehabilitación. (32)

A través de los resultados de la escala de depresión y siendo estos positivos, se procederá a la información del familiar responsable para el conocimiento de estado de salud del adolescente, se procederá a la integración de los resultados en su expediente e informara al Médico Familiar para su canalización y tratamiento en la instancia correspondiente.

A través de los resultados obtenidos con el estudio podremos implementar estrategias para la correcta detección de la depresión y factores de riesgo dentro de la familia de los adolescentes, siendo esta la unidad de formación psicosocial del adolescente.

La importancia del médico familiar en el diagnóstico y tratamiento de la patología depresiva, es establecer el primer contacto, conoce al paciente y el entorno familiar, lo que facilita la detección disminuye el estigma de enfermedad mental. Aceptación social del diagnóstico depresivo, y favorece la continuidad del tratamiento. Con reducción de los costos de atención en una posterior secundaria a los procesos depresivos en esta edad vulnerable.

## **RESULTADOS.**

Características demográficas de la muestra: El estudio incluyó una muestra de 124 alumnos adolescentes de la escuela secundaria técnica No 71 del Turno Matutino, de los cuales 6 no cumplieron con los criterios de inclusión, uno por presentar actualmente tratamiento psiquiátrico, los 5 restantes por no cumplir con el llenado de las escalas y cuestionarios aplicados, se analizaron los datos de 118 estudiantes.

La media de edad fue de  $13 \pm 1$  años con una moda de 13 años y una distribución uniforme de acuerdo al sexo con un 50% para cada uno. (Cuadro 1)

En cuanto al grado escolar el 53.4% (63 casos) correspondió a alumnos de segundo grado.

Como dato secundario se obtuvo que habían probado bebidas alcohólicas: un total de 15 alumnos (12.7%), con 8 casos con predominio del sexo femenino (6.78 %).

En el indicador tabaquismo encontramos que 6 alumnos( 5.08%) del sexo masculino y 6 alumnos ( 5.08% ) del sexo femenino que respondieron afirmativamente que habían consumido cigarrillos.

Dentro de la variable conformación familiar reportaron; las familias extensas con un 49.2% del total de los casos. Cuadro 1.

CUADRO 1. CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

GRADO ESCOLAR	primero		segundo		tercero		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	10	8.5	35	29.7	14	11.9	59	50
Femenino	16	13.6	28	23.7	15	12.7	59	50
TOTAL	26	22.0	63	53.4	29	24.6	118	100

p=0.167

EDAD	11		12		13		14		15		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	1	0.85	17	14.4	24	20.3	12	10.2	5	4.24	59	50
Femenino	0	0	11	9.32	30	25.4	17	14.4	1	0.85	59	50
TOTAL	1	0.85	28	23.7	54	45.8	29	24.6	6	5.08	118	100

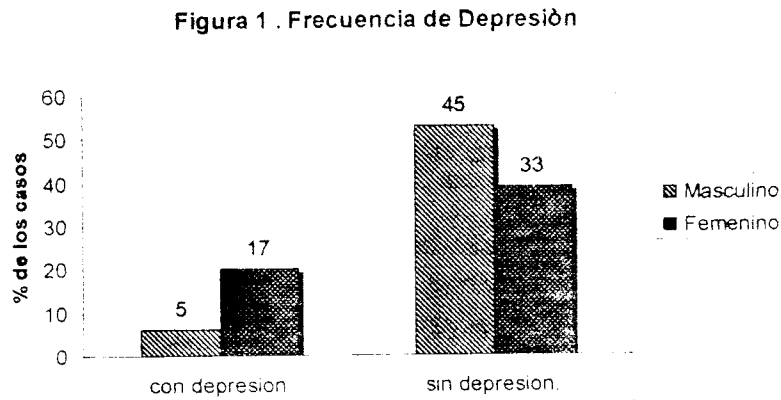
p=0.496

ADICCIONES	ALCOHOLISMO						TABAQUISMO					
	SI		NO		TOTAL		SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	7	5.93	52	44.1	59	50	6	5.08	53	44.9	59	50
Femenino	8	6.78	51	43.2	59	50	6	5.08	53	44.9	59	50
TOTAL	15	12.7	103	87.3	118	100	12	10.2	106	89.8	118	100

CONFORMACION FAMILIAR	NUCLEAR		MONOPARENTAL		EXTENSA		COMPUESTA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	25	21.2	1	0.85	33	28	0	0	59	50
Femenino	30	25.4	2	1.69	25	21.2	2	1.69	59	50
TOTAL	55	46.6	3	2.54	58	49.2	2	1.69	118	100

P < 0.000

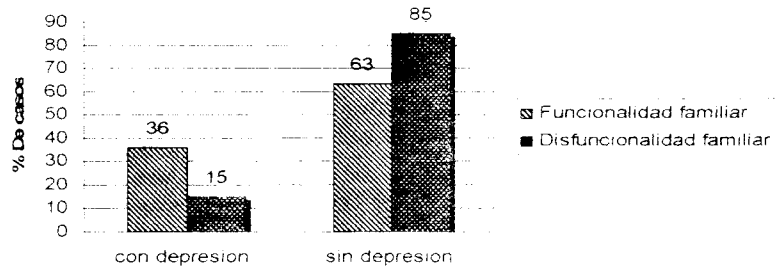
Mediante la aplicación de La escala de Birleson encontramos una frecuencia de Depresión del 22% (26 casos) con una distribución con predominio en el sexo femenino (17%). Figura: 1



Fuente, estudio de depresión en adolescentes de la UMF, 94  
P =0.002

La mayor parte de las familias de adolescentes estudiadas mostró

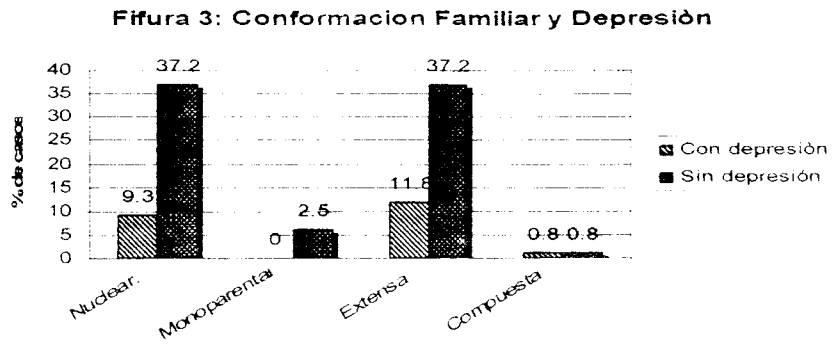
**Figura 2 :Funcionalidad familiar y Depresion**



Fuente: estudio de Depresión en los adolescentes de la UMF 94  
P = 0.011



En la conformación familiar de las familias de adolescentes se encontró un predominio de las familias extensas con 37.2% para depresión y sin depresión. Figura: 6.



Fuente: Estudio de depresión en adolescentes de la UMF 94  
P. 0.564

### ANALISIS DE RESULTADOS:

En estudios previos se ha reportado una frecuencia de 28.4% de depresión en los adolescentes de los 15 a 19 años de edad (26), con predominio en el sexo femenino, en nuestro estudio registramos un porcentaje menor correspondiente al 22% con el mismo predominio con una relación de 3-1 mujer-hombre lo cual tubo un alta significancia estadística. ( $P = 0.002$ ) a través de la prueba Chi cuadrada. Esta diferencia en la frecuencia de depresión quizá pueda ser explicada por la diferencia en el promedio de edad de los grupos estudiados ya que en el presente estudio la edad fue menor en comparación con la muestra del estudio previo.

Llama la atención el predominio de familias extensas observado en la muestra considerando que esta corresponde a adolescentes que viven en una zona urbana donde de acuerdo con la literatura predominan las familias de tipo nuclear (13). Esto puede explicarse por el nivel socioeconómico de las familias de los adolescentes de la muestra estudiada el cual las obliga a compartir el hogar de la familia de origen.

Al analizar los indicadores de la funcionalidad familiar por separado no encontramos influencia de estos sobre la presencia de depresión en los adolescentes.

Contrario a lo que esperábamos encontramos una mayor frecuencia de depresión en adolescentes de familias funcionales con 36% del total de familias funcionales, mientras que en las familias disfuncionales solamente se detecto depresión en el 15% del total de este grupo de familias ( $p = 0.011$ ) a través de la prueba de probabilidad exacta de fisher.

En cuanto a la conformación esta no mostró influencia en la presencia de depresión en los adolescentes ( $p = 0.564$ ) a través de Chi cuadrada.

### **CONCLUSIONES:**

La conformación familiar se Identificó como familias extensas, de igual frecuencia para los adolescentes con y sin depresión.

Las familias nucleares predominaron en los adolescentes con depresión.

La funcionalidad familiar predominó en los adolescentes con depresión a lo observado con las familias disfuncionales, sin embargo, la disfuncionalidad familiar en los adolescentes sin depresión predominó en relación a las familias funcionales.

### **SUGERENCIAS:**

Sugerencias de investigación;

- 1.- Se sugiere realizar estudios de investigación en la que se incluya población abierta.
- 2.-Estudios de investigación en el cual se realice la aplicación de escalas de funcionalidad familiar a otros integrantes de la familia de los adolescentes para mayor confiabilidad de los resultados.
- 3.- Un mayor control de las variables de estudio. A fin de evitar sesgos graves.

Sugerencias institucionales.

- 1.-Crear mayor capacitación del personal medico y asistencial, para mayor detecciones en etapas tempranas la depresión en los adolescentes, con la aplicación de encuestas de escrutinio para su identificación y co-relación clínica diagnostica.
- 2.-La realización de pláticas de trabajo social dirigidas a los adolescentes la promoción de la comunicación y el apego a la familia.
- 3.-La promoción de actividades deportivos culturales en la que incluyan la interacción familiar.

**BIBLIOGRAFIA.:**

1. Gutiérrez C J.A. et.al. PAC. MF-1 México. Ed. Inter sistemas, 2000; 22-25.
2. Palés C. M. Diccionario de Medicina. 1ra ed. Espasa Caple S.A. de C.V Madrid, 1999; 327-328.
3. Wagner. A.F. et.al. Depression in late Life: a Hidden Public Health Problem for México? Salud pública de México. 1999; 41: 189-202.
4. Raymond D.A. et al. Principios de Neurología. 6ta ed México: MacGraw-Hill Interamericana, 1997; 1322-1329.
5. Revista de Condused, Nros 860.878.2000. Buenos Aires.
6. OMS, CIE – 10 Décima Revisión: Washington, DC. 2003. EAU; publicaciones científicas 2000,388-392.
7. Guía Medica; Manejo del Espectro Depresivo-Ansiedad, actualización. Consenso 2002 México.
8. Caraveo J.J. Ed Al. Síntomas, percepción y demanda de atención en la salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México, Salud Publica de México 2002; 44.492-498.
9. Behrman R.E. et.al Nelson Tratado de Pediatría. 16va.ed. México: Mac Granw-Hill Interamericana, 2001; 613.
10. Lawrence C. Kalb. Psiquiatría Clínica y Moderna. 6 Edición. Edición Científica la Prensa Mexicana. México S.A. de CV. Pág.144-148.
11. Taylor R. et al. Medicina de familia, principios y práctica 3ra ed. Boyma
12. OPS. Demografía. Organización Mundial de la Salud; 2000.
13. INEGI, Estadísticas Sociodemográficas, XII Censo General de Población y vivienda 2000.Pág. Web. INEGI. com. mx.
14. Sanz M.R- et.al. Crecimiento y desarrollo. Martínez y M. R. Salud del Niño y Adolescente. México: Salvat, 1983, 1513-1914.
15. Saucedo. G. J - Maldonado. D. j. La Familia su Dinámica y Tratamiento. OPS-IMSS. Washington DC. 2003.114-116.
16. Grau.M.A.et al. Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Medica Panamericana 764.
17. Huerta G.J. La Familia en el Proceso Salud Enfermedad. 1er ed. México: Alfil. 2005; 47-55.
18. De la Fuente., psicología medica. 2da. Ed. México: fondo de cultura económica, 2002; 127-132.
19. Irigoyen, C.A. Fundamentos de medicina familiar. Ediciones medicina familiar mexicana. México 1982:3-7.
20. Colegio Mexicano de Medicina Familiar. PAC. MF-1. Intersistemas S. A. De C.V. 1999:31-35.
21. Santacruz V.J. La Familia Unidad de Análisis. Rev. Medica del, IMSS, 1983.
22. Sung.Son.M.D. AMERICAN Family Physician.Drepression in Children and Adolesctets.2000; vol 62.No.10.
23. Rasmussen C.B. Hidaigo M.A. Consulta Medica de Adolescentes, en el IMSS. Magnitud y Diagnostico. Rev., Medica IMSS, 1998; 37:29-37.

24. Benjer B.C. Ed. Al. La Depresión con Inicio Temprano; Prevalencia, Curso Natural y Latencia para Buscar Tratamiento. Salud pública de México, 2004,46; 5: 417-424.
25. Gutiérrez A.T. Ed. Aplicación del Children's Depression Scale a una muestra de niños de instrucción primaria en la ciudad de México. Salud Mental; v.18 no2, 1995: 51-54.
26. Caballos R.J. Ed. Al. Depresión en la adolescencia. Su relación con la Actividad Deportiva y consumo de Drogas. Rev. Med. IMSS, 38.2000: 371-379.
27. Cantoral G. et al. Depresión en los Adolescentes, un Análisis Desde la Perspectiva de Genero: 2003 Pág. Web.
28. Quinteros R. P. et al. Depresión y Suicidalidad en una Población no Clínica de adolescentes. Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, 2003; 14.
29. Soriano Fuentes y col. Familia, Trastornos Mentales y Ciclo Vital Familiar. Med. De familia. Vol. 4, num. 2. mayo 2003.
30. González -F-C, Andrade P. la relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los Adolescentes Mexicanos. Salud.
31. <http://portal.vozprosaludmental.org.mx> Depresión y Suicidio en la Infancia y en la Adolescencia.
32. Valdés S.N. Bienestar psicológico de los adolescentes en función de su estructura familiar. Psicocentro. com. 2003.
33. Ruiz V.V. Es la Familia Factor Determinante en la Depresión de Adolescentes. UAM. México. 2004. Mental v.18.No.4, 1995; 41 -48.
34. Secretaría de Salud. S.S.A. Programa de atención a la salud de la adolescencia. Méx. DF.
35. De La Peña F. M. et. al. Traducción al español y Validez de la escala de Birlson (DSRE) Para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia, salud mental, 1996: 19; 17-23.

## ANEXO I

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION I Y II DEL DF.  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94  
 JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE  
 INVESTIGACIÓN.**

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

*Conformación y disfuncionalidad en adolescentes con depresión y sin depresión*

Registrado ante el Comité Local de Investigación médica con el número R-2005-3515-17 con el objetivo general de, Evaluar la Asociación de la Conformación y funcionalidad familiar entre la presencia de depresión en adolescentes

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder unas preguntas y un formato para identificar los datos buscados

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: **Ninguna.**

Inconvenientes: inversión de tiempo para responder el instrumento aplicado por el investigador.

Beneficios: Se me informará al momento de terminar las preguntas si existen factores que puedan considerarse de riesgo y que deba presentarme con mi médico familiar en cita especial.

El investigador principal solo valorará los datos registrados por mi Médico Familiar y no intervendrá en ningún momento en mi atención, se ha comprometido a darme información sobre los datos que este relacionado con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que denven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

\_\_\_\_\_  
 Nombre y firma del paciente

Dr. Miguel Ángel Palomares Aguilar  
 RIII MF 99363888  
 Nombre, matrícula y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
 Testigo

\_\_\_\_\_  
 Testigo

Lugar y Fecha Mex.D.F. Nov del 2006

## Anexo II.

## ESCALA DE BIRLESÓN PARA EL TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR EN LA ADOLESCENCIA.

## Instrucciones:

Por favor responde honestamente como te has sentido las últimas dos semanas, no hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1.-Me interesan las cosas tanto como antes.			
2.- Duermo muy bien			
3.-Me dan ganas de llorar			
4.-Me gusta salir con mis amigos			
5.-Me gustaría escapar salir corriendo			
6.-Tengo dolor de estomago			
7.- Tengo mucha energía			
8.- Disfruto las comidas.			
9.-puedo defenderme por mi mismo.			
10.- Creo que no vale la pena vivir			
11.-Soy bueno para las cosas que hago			
12.-Disfruto lo que hago tanto como lo hacia antes			
13.-Me gusta hablar con mi familia.			
14.- Tengo sueños horribles.			
15.-Me siento muy solo			
16.-Me animo fácilmente			
17.-Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo			
18.-Me siento muy aburrido			

Valor de puntaje según aseveración:

1.- Siempre = 0	a veces=1	nunca =2
2.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0
3.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0
4.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0
5.-siempre = 0	a veces=1	nunca =0
6.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
7.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
8.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
9.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
10.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0
11.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
12.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
13.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
14.-siempre = 2	a veces=1	nunca =2
15.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0
16.-siempre = 0	a veces=1	nunca =2
17.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0
18.-siempre = 2	a veces=1	nunca =0

Criterio para valorar el cuestionario, puntaje por menor de 13 se considerara normal, y por arriba de 13, habla de depresión y esta será mas severa a mayor puntaje.



## Anexo III: FACES III.

VERSIÓN AL ESPAÑOL DE GMEZ CLAVELINA, IRIGOYEN CORIA. UNAM:

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
1.-Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2.-En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3.-Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4.-Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5.-Nos gusta convivir solamente con los familiares mas cercanos.					
6.-Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7.-Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
8.-Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
9.-Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10.-Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación a los castigos.					
11.-Nos sentimos muy unidos.					
12.-En nuestras familias los hijos toman las decisiones.					
13.-Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.					
14.-En nuestra familia las reglas cambian.					
15.-Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
16.-Intercambiamos los quehaceres entre nosotros.					
17.-Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18.-En nuestra familia es difícil quien tiene la autoridad.					
19.-La unión familiar es muy importante.					
20.-Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

CALIFICACIÓN DE COHESIÓN DEL FACES III.

COHESIÓN.	AMPLITUD E CLASES
No relacionada	10 a 34
Semi-relacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

CALIFICACIÓN SEGÚN ADAPTABILIDAD DEL FACES III.

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACION I Y II DEL DF.  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94  
 JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Parámetro/Mes	Marzo a Octubre del 2005	Noviembre a diciembre del 2005	Enero a Marzo del 2006	Abril a Mayo Del 2006	Junio a Agosto del 2006	Febrero del 2007
Recolección de Información;:	O X					
Elaboración de Protocolo.	O X					
Presentación a Comité:	O X					
Aprobación por Comité		O X				
Trabajo de Campo (Recolección de datos)		O X				
Análisis de Resultados.			O X			
Redacción de Análisis y Conclusiones			O X			
Presentación de comité.				O		
Impresión de Tesis.					X O X	
Difusión de Resultados					O	O

X= Realizado  
 O= Programado