

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20

“ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN
ADOLESCENTES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. FABIOLA CRISTINO TORRES

TUTORA:

DRA MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

ASESORA METODOLÓGICA:

DRA SANTA VEGA MENDOZA



IMSS

MÉXICO D. F.

Generación 2004-2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TUTORA DE TESIS

DRA. MA. DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA

MÈDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR

UMF 20

ASESORA METODOLÓGICA.

DRA. SANTA VEGA MENDOZA

MÈDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR

UMF 20

Vo.Bo.

DRA. VICTORIA PINEDA AQUINO

MÈDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E

INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMF 20

DEPRESIÓN: EL MAL DE LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

CADA UNO ANTE LA VIDA PUEDE SER UN VENCEDOR O UN DERROTADO SEGÚN SE DEJE GUIAR POR LA ALEGRÍA O POR LA TRISTEZA. (GUIBERT).

TODOS NECESITAMOS ILUSIONES: EN CUANTO PERDEMOS LAS ESPERANZAS DE QUE EL FUTURO NO NOS GUARDA NADA POSITIVO, EN CUANTO DESESPERAMOS DE QUE EL DOLOR QUE SENTIMOS JAMÁS LLEGUE A ALCANZAR CONSUELO, ENTONCES, POR REGLA GENERAL, CAEMOS EN LA DEPRESIÓN.

VUELVE A EMPEZAR

**AUNQUE SIENTAS EL CANSANCIO,
AUNQUE EL TRIUNFO TE ABANDONE.
AUNQUE UN ERROR TE LASTIME,
AUNQUE UN NEGOCIO SE QUIEBRE,
AUNQUE UNA TRAICIÓN TE HIERA.
AUNQUE UNA ILUSIÓN SE APAGUE,
AUNQUE EL DOLOR QUEME TUS OJOS,
AUNQUE IGNOREN TUS ESFUERZOS,
AUNQUE LA INGRATITUD SEA LA PAGA,
AUNQUE LA INCOMPENSIÓN CORTE TU RISA,
AUNQUE TODO PAREZCA NADA...
VUELVE A EMPEZAR...**

**UNA DEPRESIÓN MAYOR PUEDE CONDUCIR AL SUICIDIO. RECORDEMOS:
LA MUERTE ES UN ACONTECIMIENTO IRREVERSIBLE QUE, NO SOLO
ELIMINA EL DOLOR, SINO QUE LO TRASMITE A QUIENES NOS RODEAN.**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por haberme dado la vida y permitirme disfrutarla al lado de una hermosa familia, por los logros y triunfos que me ayuda a tener.

A MI PAPI

Que siempre me has motivado a salir adelante, a vencer los obstáculos que se presentan en mi camino y lograr esa superación personal. Con el ejemplo de tu empeño, valor y ganas de hacer las cosas.

Siempre has creído en mí y espero que con lo que he logrado hasta hoy, estés orgulloso de tu hija que te quiere mucho y siempre te lleva en su corazón.

A MI MAMI

Porque gracias a ti existo, porque los valores que me inculcaste de pequeña acompañados de todo el amor que a diario me brindas, han sido el mejor aliciente para desarrollarme como hija, como estudiante, como madre, como mujer y como profesionalista. Por que ahora comprendo que tener un hijo es una bendición.

Gracias mamita por ser como siempre has sido. Por darme todo sin pedirme nada a cambio. Te quiero mucho. Siempre te llevo en mi corazón.

A MI PRINCESITA

Todo lo que hago día con día lo hago pensando en ti. Probablemente te he robado mucho tiempo del que te mereces y has tenido que sacrificar muchos momentos especiales, pero mi deseo de ser cada día mejor ante tus ojos, es lo que me invita a superarme continuamente. Por que tú llegaste a alegrar mi vida, eres un ángel que dios me regalo, mi tesoro más preciado. TE AMO MI CORAZONCITO.

A SERGIO

Muy en especial a la persona que llena de amor mi corazón, y que siempre me ha apoyado y que me ha enseñado que cuando se ama de verdad no importa el tiempo ni la distancia. Por que siempre estas dispuesto a darlo todo sin límites ni condiciones. Por fin llegamos a la meta que iniciamos juntos. Gracias por tu amor y confianza. TE AMO.

A MI HERMANO FER

Por que desde que me acuerdo estas a mi lado, siempre para darme la mano, para consolarme, para motivarme, para brindarme tu apoyo incondicional. Para hacerme entender que la vida hay que disfrutarla. Y que hasta de los peores momentos hay que ver lo bueno y levantarse para seguir adelante. TE QUIERO MUCHO.

A MIS HERMANAS

Moni, Belem, Ceci, Rebe por brindarme continuamente su apoyo incondicional y su cariño, porque a pesar de todas las diferencias en nuestras formas de pensar siempre están conmigo. LAS QUIERO MUCHO.

A MIS AMIGOS

Que siempre están disponibles y me apoyan en las buenas y en las malas, así como por compartir sueños e ilusiones juntos.

A LAS DOCTORAS

Victoria Pineda. Por sus consejos, conocimientos compartidos y enseñarme que hasta en los momentos más difíciles hay que ser optimista y salir adelante.

Santa. Por su apoyo incondicional, firmeza ante todo y calidad como ser humano.

Carmen. Por su ayuda para realizar este trabajo.

A TODOS LOS PROFESORES DE PRÁCTICA CLINICA

Que durante estos tres años me brindaron sus conocimientos, que serán para mi un tesoro y fuente de superación.

A TODOS MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO (ANTECEDENTES).....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	25
HIPÓTESIS.....	27
OBJETIVOS.....	28
MATERIAL Y MÉTODOS.....	29
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	30
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	33
RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	66

“ASOCIACIÓN DE DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES”

Dra. Cristino-Torres Fabiola¹, Dra. Aguirre-García Ma. Del Carmen², Dra. Vega-Mendoza Santa³.

RESUMEN

Introducción. La influencia de la familia en el desarrollo del adolescente es importante durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor. La prevalencia de depresión en los adolescentes es de 12 a 16 %, en los últimos 30 años se ha triplicado el número de casos de suicidio en personas de 15 a 19 años llegando a ser la primera causa de muerte en este grupo. **Objetivo.** Determinar la asociación entre depresión y disfunción familiar en adolescentes de 15 a 19 años en un área de influencia de la UMF No. 20 IMSS. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, transversal en 299 adolescentes del CCH Vallejo aplicando el FACES III para funcionalidad familiar y ZUNG para depresión. **Resultados:** La edad más frecuente de los adolescentes fue 15 años 39.1%, sexo femenino 59.5%, cursando 1er año 61.9%, solteros 98.9 %. Con familias que cumplen funciones un 88.3%, de 1 a 3 hijos 67.3%, madre que trabaja 52 % y con padres casados 68.3 %. Familias nucleares 61.9%, modernas 52 % e integradas 88.3%. La frecuencia de Depresión fue de 38.1 % predominando el grado leve en el 24.2% Dentro de la funcionalidad familiar se observó mayor número de familias de rango medio 47.7%. No encontrando asociación entre disfunción familiar y depresión.

Conclusiones: La frecuencia de depresión va en aumento reflejado en este estudio, el grado leve fue el más frecuente, en mujeres de 15 años, solteras, con familias nucleares, modernas e integradas.

Palabras Clave: Adolescencia, Depresión, Funcionalidad Familiar.

1. Médico Residente del tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 20.

2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 20.

3. Médico Especialista en Medicina Familiar y Profesor Adjunto de la Especialidad en Medicina Familiar en la UMF No. 20.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente un 40% de la población mexicana, está representada por los adolescentes, siendo un sector de la población que se encuentra olvidada y en constante riesgo, se cree que no enfrentan problemas, sin embargo no es así, los tienen por sus cambios físicos, sociales, psicológicos, propios de esa edad, al relacionarse en el entorno escolar, social y de mayor importancia en su vida familiar, de hecho, el tener un adolescente en casa crea una crisis de estrés conocida como normativa, que la familia debe saber conducir para no entrar en disfunción, y si esta ya existe agrava aún más la situación por las demandas de la sociedad a la que pertenece, estas condiciones intervienen en la aparición de algunos trastornos y principalmente de índole psiquiátrica, que han aumentado en los últimos años, siendo la más frecuente la depresión, que afecta no sólo al individuo sino al núcleo familiar.

Antes se consideraba a la depresión como una enfermedad de adultos, sin embargo actualmente afecta cada día más a los adolescentes e incluso a niños. El médico familiar debe estar capacitado para poder diagnosticarla y mediante el uso de algunos instrumentos lograrlo más fácilmente, ya que no debe pasar desapercibida o considerada como “normal” a esa edad.

La falta de atención a este padecimiento en la adolescencia a condicionado que no existan datos estadísticos confiables al respecto.

Así mismo, es importante conocer las causas desencadenantes, desde las bioquímicas muy estudiadas actualmente, hasta los factores ambientales o psicosociales, tomando en cuenta los del núcleo familiar, como principales generadores del padecimiento, de acuerdo con múltiples investigaciones.

Estos pacientes deben recibir tratamiento inmediato, tomando en cuenta que las manifestaciones en ellos son diferentes a las de un adulto, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento.

Actualmente se dispone de una gama de medicamentos antidepresivos y es importante mencionar que una gran parte del tratamiento se obtiene con la

psicoterapia, donde la familia juega un papel relevante, más que el paciente mismo, participando importantemente para el restablecimiento de estos pacientes. Otros objetivos van encaminados a no permitir la evolución del padecimiento, el paso de un estadio a otro de gravedad, que lleve a la edad adulta y condicione incluso al no ser atendida adecuadamente, una consecuencia más grave y lamentable como lo es el suicidio, con un número alarmante actualmente en esta población.

Esta situación radica en la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, ya que se menciona que sólo un 20% recibe las medidas necesarias.

En la bibliografía se encuentra un 77% de estos jóvenes con tendencia a la depresión en diferentes grados pertenecen a una familia disfuncional, por lo que se considera importante evaluar la disfuncionalidad de la familia, lo cual nos ayuda en el tratamiento y la recuperación, facilita la intervención y evalúa un mejor pronóstico.

El propósito de este trabajo es determinar en que grado la depresión en adolescentes está correlacionada con la funcionalidad familiar y probar algunos instrumentos de evaluación y diagnóstico que pueden ser útiles al médico familiar para su detección.

Todos estos elementos unidos a una relación médico-paciente favorecerán que el tratamiento tenga un mayor éxito.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre depresión y la funcionalidad familiar en los adolescentes?

ANTECEDENTES

La familia es vista como la institución pilar de nuestra sociedad, es la más antigua del mundo a través del tiempo se ha conceptualizado de diferentes maneras, sin embargo este grupo sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente.

El papel de la familia en la vida del individuo ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas, es un agente socializador y preformador del desarrollo sano y maduro del individuo; inhibidor o desviador de su crecimiento (1).

Cualquier padecimiento, siendo o no propiamente orgánico, afecta al núcleo familiar de alguna manera .(2,3) Noller y Callan hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente, y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de ellos durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas y fomenta la independencia de sus miembros, existiendo además una comunicación eficaz para su bienestar. Desajustándose cuando hay conflictos, demasiado control y falta de comunicación y de límites claros. Los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias, presentan menos problemas de conducta que los demás.

Se ha estudiado mucho acerca del ambiente familiar lo que ha llevado a desarrollar diversos instrumentos de evaluación para las distintas áreas responsables de la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia (comunicación, cohesión, afecto, y control, entre otras). En la relación padre-hijo se identifican dos variables que son críticas en la socialización: el control parental de la conducta y el apoyo parental (2).

A través de la historia, la familia ha sido definida de diferentes maneras, desde Wynne quien refiere que es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivos y secundarios, así como la definición sistémica de los 60's partiendo de la teoría general de los sistemas donde se dice que es un "sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo en general y viceversa", de igual forma el consenso canadiense la define como el grupo compuesto por un marido, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo, y la más actual es del consenso norteamericano donde se define como "el grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción" (1).

Actualmente la familia se compone por esposo, esposa e hijos constituyendo la familia moderna nuclear del siglo XXI (5).

Según Geyman, clasifica de la siguiente manera a la familia:

EN BASE A SU ESTRUCTURA:

1. NUCLEAR: Modelo de familia formado por padre, madre e hijos.
2. EXTENSA: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos.
3. COMPUESTA: Padre, madre e hijos más alguien que no es familiar, no es consanguíneo.
4. EXTENSA COMPUESTA: Además de los que incluye la familia extensa, se adicionan otros miembros sin ningún nexo legal, o no consanguíneos.

EN BASE A SU DESARROLLO:

1. MODERNA. Característica esencial que consiste en la incorporación de la mujer al trabajo en iguales condiciones que el hombre.
2. TRADICIONAL: El subsistema proveedor, lo constituye principalmente el hombre y excepcionalmente la mujer.

3. PRIMITIVA: Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que elaboran

EN BASE A SU INTEGRACIÓN:

1. INTEGRADA: En la cual sus cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
2. SEMI-INTEGRADA: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria.
3. DESINTEGRADA: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

EN BASE A SU OCUPACIÓN:

De acuerdo a la ocupación y nivel de estudios de quien da el mayor aporte económico.

1. PROFESIONAL: Nivel de estudios profesionales.
2. OBRERA: Nivel de estudios técnico o de capacitación laboral. Sin estudios de licenciatura.
3. CAMPESINA: Labores en el trabajo de campo (1).

EN BASE A SU UBICACIÓN O DEMOGRAFÍA:

Lugar donde residen

1. RURAL.
2. URBANA.

La familia es la unidad de apoyo más importante cuando es necesario el cuidado de alguno de los miembros, ya que este y la preocupación surgen de los compromisos sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus integrantes

El concepto de familia ha ido cambiando así como también han cambiado las actitudes y valores, al imponerse nuevos estilos de vida.

Si hablamos de adolescentes y estos pertenecen a una familia nuclear según su estructura, a diferencia de familias extensas, por ejemplo, no se dan en ésta roles de cuidado y atención intercambiables (como en el caso que el hijo haga funciones de padre) que si se dan en familias extensas.

La ubicación de la familia también interfiere, ya que en el medio rural se conservan más los valores y tradiciones sólidas de amor. Solidaridad, convivencia y tolerancia a diferencia del medio urbano; por otra parte la incorporación de la mujer al mercado de trabajo para mejorar el ingreso familiar, en donde las condiciones se transforman y exigen su participación total, también interfieren en estas funciones, al permanecer mucho tiempo los hijos sin supervisión (5).

La desintegración familiar constituye otro punto, sobre todo cuando la mujer es el jefe de familia, ya que ella al ejercer ambos roles, constituye la figura dominante, lo que puede implicar abandono y descuido en la responsabilidad directa de los hijos adolescentes.

Cualquier enfermedad en algún integrante, ya sea orgánica o no, altera de algún modo su estructura y dinámica, repercutiendo de manera física y emocional en sus integrantes (6).

Como todo evento de la vida requiere adaptación, y los cambios que se den en su estructura permitirán sobrevivir y mantener las modificaciones de ajuste necesarios a las circunstancias dadas.

Sin embargo, la capacidad de respuesta para afrontar los grandes cambios de la vida, varía de una familia a otra

Es importante la identificación de la estructura o composición de cada familia, para conocimiento de recursos y manera de optimizarlos, de tal manera que ayude en la solución de problemas y esto repercuta en la calidad de vida de sus integrantes.

Las funciones básicas que debe cumplir una familia de acuerdo con Henenn son cinco, dando mayor importancia, a la etapa del ciclo vital en que se encuentren:

1. Socialización o desarrollo de habilidades sociales.

2. Atención o aporte de alimentos y protección.
3. Afecto o relación de cariño o amor y suministro de cuidados (apoyo físico y emocional).
4. Reproducción y relaciones sexuales (responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad).
5. Estatus o legitimación y transmisión de las características del grupo social de origen (1,7).

En la adolescencia cobra mayor atención el afecto, la aceptación y la ayuda que le proporcione la familia para aceptar los cambios que experimenta, tanto físicos como psicológicos y el nuevo rol sexual y social.

La atención médica familiar, que promueve una atención médica integral del adolescente y su familia, requiere para ello del estudio de la familia y de las alternativas que pueden existir para ir ayudando a sus miembros a una mayor integración y funcionalidad.

La familia del adolescente tiene que ser evaluada en cuanto a su estructura y dinámica familiar, de igual forma, tipo de padecimiento, pronóstico y tratamiento que le está afectando, así como etapa del ciclo vital (8).

Existen para las familias tipos de crisis normativas que tiene que ver con el desarrollo individual de cada uno de sus miembros y con las etapas del desarrollo de la familia y las crisis no normativas que son todos aquellos eventos que la familia no tiene contemplada y que van a incidir sobre la estructura y la dinámica familiar produciendo síntomas o incrementando o dificultando los padecimientos ya existentes.

En México, se utilizan las etapas del ciclo vital, propuestas por Geyman en 1980, y son las siguientes:

1. Fase de matrimonio.
2. Fase de Expansión.
3. Fase de Dispersión.

4. Fase de Independencia.
5. Fase de Retiro y muerte. (1)

A través del ciclo vital familiar se van cumpliendo funciones impuestas por la misma sociedad y necesidad de la familia, en donde en cada etapa la familia presenta crisis de estrés normativo.

En la etapa de dispersión el tener hijos adolescentes la familia puede perder su funcionalidad, y es aquí donde el médico familiar desempeña un papel fundamental. La importancia estratégica de la familia reside en su composición, organización, interacción y en las funciones que desarrolla por ser una entidad biopsicosocial. Todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores en la organización o estructura familiar, pueden provocar alteraciones y, si los mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología.

Decimos que una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. Por tanto cuando una familia no puede ejercer sus funciones, se utiliza el término de disfunción. (4,6).

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases del ciclo vital. Es por ello, que la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional no solo por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. En la familia patológica, ante situaciones que generan estrés se responde aumentando la rigidez de sus pautas y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. En una familia donde los recursos económicos estén disminuidos (familia empobrecida) no tiene porque haber de entrada disfunciones familiares, sin embargo, existe imposibilidad

para llevar a término de un modo adecuado sus funciones, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional (9).

Otro ejemplo es la falta de implicación parental, debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos padres por motivos laborales o separación, produce un efecto circular en niños y adolescentes, capaz de originar una falta de motivación en la escolarización, lo que se transmite a generaciones posteriores, situando a las familias en desventaja en una sociedad competitiva.

Se menciona que la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es de 77%; y que la consulta médica de pacientes con signos y síntomas mal definidos tienen un riesgo de 6.21 veces mayor de presentar una disfunción familiar que el resto de consultantes. De acuerdo con un estudio realizado en Colombia (Cali) se reporta en familias estudiadas un 43% de disfunción familiar, quienes solicitaron consulta médica 4 veces más comparando con familias funcionales, presentando bajos niveles de cohesión familiar y mala adaptación ante las situaciones de estrés en familias disfuncionales ($p > 0.05$), generando altos niveles de ansiedad, comunicación negativa con los miembros de la familia, mostrando una prevalencia de 3 veces, más que en otras comunidades ($p > 0.05$) (10).

La familia es un sistema y sus integrantes los elementos del mismo (Teoría sistémica), evidenciándose que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos. El estudio clínico y sistemático de la familia, ha permitido la identificación de sus funciones básicas y el desarrollo de múltiples modelos que han dado origen a instrumentos cuya finalidad ha sido, la evaluación de la familia como un todo (8).

Estos instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respaldan, se apoyan en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se puede tener de esta medición, permitiendo la evaluación directa de los patrones de interacción familiar.

Se cuenta con métodos observacionales, los cuales permiten la evaluación directa de los patrones de interacción familiar, con tres posibilidades de aplicación: entrevista, escalas de evaluación clínica y esquemas de codificación, y los de autoaplicación, que son cuestionarios estandarizados que proveen información individual de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo y sobre los demás miembros, actitudes, roles, valores etc. Son fáciles de aplicar y permiten coleccionar bastante información en períodos cortos y muestras grandes y diversas.

Se han identificado al menos ocho instrumentos para la evaluación familiar entre ellos:

El Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES) fue desarrollado a finales de los setenta por Olson y sus colaboradores para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. El modelo circunflejo ha sido el más exitoso en propiciar la integración entre la práctica, la teoría y la investigación con familias. El modelo circunflejo ha sido el más exitoso en propiciar la integración entre la práctica clínica, la teoría y la investigación en la última década y ha servido de guía en una amplia variedad de escenarios de terapia de familias; lo cual ha propiciado su evaluación y comparación con otros modelos e instrumentos.

Integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables.

Este modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados o niveles, de los cuales, los dos intermedios son normales o “balanceados” mientras que los niveles más altos y más bajos son “extremos”. Se menciona que dio origen al Paquete de Evaluación Circunfleja (CAP) que incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III.

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para “moverse” dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad (11).

FACES I fue un instrumento inicial con 111 reactivos, posteriormente, FACES II fue el resultado de un riguroso análisis de confiabilidad y constructo, mediante la técnica de análisis factorial se seleccionaron 30 reactivos, el mismo tipo de análisis permitió nuevamente depurarlos para que apareciera FACES III con 20 reactivos solamente (alpha de Chronbach de 0.62 a 0.77), este último, según estudios de comparación para calcular la confiabilidad muestra ventajas, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de 0.694, considerándose alto (11,12).

FACES III es un instrumento fácil de aplicar y calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5; 1= nunca, 2=casi nunca, 3= algunas veces, 4= casi siempre, 5= Siempre, considerando cada aseveración en relación con su familia. El cuestionario se debe contestar de acuerdo a la forma en que la persona considera que su familia reacciona en forma habitual, no se debe contestar de acuerdo a la manera en que se piensa que debería reaccionar. No es válido sugerir respuestas, se pueden resolver dudas de significado de palabras o aseveraciones, se recomienda que lo conteste un miembro de la familia mayor de 12 años, o un adulto mayor de 18 años, miembro de una familia con hijos, aunque se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro (13).

El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona seleccionada lo haga por sí misma. Así pues, permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (14).

Es un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación. Fue redactado originalmente en inglés; su traducción al español FACES III (instrumento estandarizado en español) asegura una equivalencia conceptual más que lingüística, considerando la importancia de los elementos socioculturales y sustentada en una confiabilidad y validez comprobadas, permite un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar(8).

Es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación, comprensión y calificación de las familias de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, validado satisfactoriamente, según el estudio realizado en familias urbanas mexicanas de la Ciudad de México (Centro de Salud Tlalpan, DF.) cuyo objetivo fue traducir FACES III al idioma español y probarlo (8).

Se entiende por cohesión la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Se han identificado 4 niveles en una escala cualitativa ordinal: no relacionada (nivel más bajo), semirrelacionada, relacionada (nivel intermedio) y aglutinada (nivel más alto).

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normatización de la relación entre los miembros de una familia. Es el balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio – no cambio) y la comunicación clara, abierta y consistente, permite identificar 4 tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: rígida (nivel más bajo), estructurada, flexible (nivel intermedio) y caótica (nivel más alto).

La calificación de la cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems impares, la calificación en la adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes en los ítems pares.

Al sumar las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad, se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del modelo circunflejo. Siendo lo ideal (funcional) una clasificación relacionada/flexible. De acuerdo con

los rangos evaluatorios en cada una de estas dimensiones se puede clasificar a las familias como extremas (no relacionada rígida, no relacionada caótica, aglutinada rígida y aglutinada caótica), de rango medio (no relacionada estructurada, no relacionada flexible, semirelacionada caótica, semirelacionada rígida, relacionada rígida, relacionada caótica, aglutinada estructurada y aglutinada flexible) y balanceadas (semirelacionada estructurada, semirelacionada flexible, relacionada estructurada y relacionada flexible) (14).

Olson y su equipo se encuentran elaborando FACES IV pero con el propósito de evaluar a las familias extremas únicamente (11).

Los adolescentes son un sector de la población que se encuentra en riesgo de presentar diversos grados de depresión; debido fundamentalmente a deficiencias de la comunicación al interior de la familia. La depresión en la adolescencia es una patología que presenta un claro aumento, se han estudiado los factores que influyen en la aparición de este trastorno destacando condiciones como: disfunción familiar, rechazo en la relación madre-hijo, conflictos de pareja, madre depresiva, pérdida de alguno de los padres, pérdida de la madre antes de los 11 años. Conflictos de pareja, madres depresivas (tres veces más probabilidad tanto por el factor genético como por el ambiental) madres que contraen matrimonio más de una ocasión, cuando ambos padres laboran, pertenecer a una familia extremadamente conflictiva, inestable o caótica y abandono del hogar, situaciones que pueden generar mucha tensión en el adolescente. Otros factores asociados a la depresión en adolescentes son: ingresos económicos bajos, cambios frecuentes de escuela, separación de los padres o bien el divorcio, rupturas relacionales que pudieran obstaculizar el proceso de individualización. Por lo antes mencionado podemos observar que existen múltiples factores que alteran la funcionalidad familiar y que pueden contribuir a la presencia de algún trastorno del estado del ánimo, como en este caso a la depresión.

El propósito de este trabajo es detectar el riesgo de depresión en adolescentes y definir la funcionalidad y perfil de sus familias (15).

En un estudio realizado en la Preparatoria No. 5 “José Vasconcelos” de la Ciudad de México se determinó que un 22% de adolescentes del sexo masculino y un 67% del sexo femenino tenían riesgo de presentar depresión y el perfil fue de grupos familiares nucleares, modernos e integrados y ubicados con mayor frecuencia en la fase de dispersión del ciclo vital familiar.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio.

La depresión es difícil de diagnosticar ya que tiende a confundirse con otros padecimientos. De la Gándara, Magill y Moreno refieren que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar. Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares, así como una oportuna intervención son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

Actualmente la depresión también es frecuente en la adolescencia (25.5%) a nivel mundial; pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios o conductas delictivas e hiperagresividad, lo que tiene un alto costo social por las repercusiones comunitarias.

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza.

La adolescencia (adoleceré = crecer) es un período de la vida caracterizada por importantes cambios físicos (morfológicas, hormonales y de funcionamiento) para alcanzar la madurez biológica y con ella la terminación de los procesos básicos del crecimiento y la adquisición de la capacidad de procrear, así como cambios psicosociales, de las que derivan cambios vitales en la personalidad, actitudes y comportamiento, tanto en el varón como en la mujer. De acuerdo con la OMS se divide en temprana que abarca de los 10 a los 14 años y la tardía de los 15 a los 19 años.

Durante este tiempo los jóvenes deben desarrollar un sentido de identidad y clarificar sus valores y creencias. En este proceso se da una “crisis de la adolescencia” donde se encaran con las presiones de otros grupos de personas, los amigos, los problemas del novio (a), la escuela, las relaciones con sus padres y oportunidades de usar alcohol y otras sustancias ilegales. Por su inexperiencia a tratar con estos desafíos, son más vulnerables que los adultos y el desconocimiento de cómo manejar estos problemas puede producir desilusión y depresión, sin embargo se refiere que puede ser una situación que se considera como “normal” en esta etapa (2).

La Comisión Conjunta sobre Salud Mental Pediátrica indica que 1.4 millones de jóvenes por debajo de los 18 años, necesita de ayuda por presentar depresión, y que un 5% de adolescentes la padecen en algún momento, recibiendo atención médica sólo una tercera parte, es por ello que el médico familiar se encuentra en la posición más idónea para su diagnóstico temprano y abordaje (15,16).

En los últimos años, se perfila una doble corriente que especifica el lugar de la depresión en la adolescencia: la primera, psiquiátrica, que intenta localizar signos de una psicosis bipolar, que es frecuente, y la segunda, psicopatológica, que trata de esclarecer los factores depresógenos específicos de la adolescencia, modalidades de organización de la respuesta depresiva, y su influencia en el porvenir del adolescente (17).

La mayoría de las veces la depresión no es reconocida como una entidad nosológica en sus diferentes formas sino lo que observamos son alteraciones de tipo físico que muchas veces enmascaran el origen y presencia de esta enfermedad, muchos casos pasan desapercibidos, sin embargo la OMS/WHO, la rama Sanitaria de las Naciones Unidas, calcula a nivel general que en 20 años la depresión será la 2da, causa de muerte y de incapacidad en el mundo, debido al conflictivo modo de vida actual.

La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado (18).

La depresión en la adolescencia es una entidad muy frecuente, que va en aumento, sin embargo, no se dispone de datos estadísticos apropiados, se calcula que su prevalencia es de 12 a 16% en México, igualmente se reporta que a nivel mundial, en los últimos 30 años, se ha triplicado el número de casos de suicidio en personas de 15 a 19 años llegando a ser la primera causa de muerte en este grupo etario, si consideramos que esta situación es una complicación, nos da una orientación de la magnitud del problema (19).

En cuanto a sexo y edad estos se correlacionan, prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1, siendo más frecuente en las mujeres por su mayor sensibilidad, vulnerabilidad al estrés, niveles elevados de enzima monoaminoxidasa, cuyos genes se localizan en el cromosoma X y cambios hormonales propios del ciclo reproductivo, y otros aspectos de índole sociocultural. La edad de mayor frecuencia es entre los 15 y 24 años (20).

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multifactoriedad en la génesis y en la manifestación de la enfermedad, la interacción de variables bioquímicas, experienciales, conductuales y psicológicas, han sido tomadas en cuenta en las últimas investigaciones, lo que ha permitido observar los aspectos del desarrollo que intervienen en la psicopatología depresiva del adolescente, estableciéndose algunas teorías como la genética, la cognitiva, de aprendizaje y otras debidas a problemas de autocontrol y estrés (20)

Los factores desencadenantes se sitúan en tres niveles:

- 1) Factores genéticos y bioquímicos (endógenos);
- 2) Biológicos y físicos.
- 3) Psicosociales y conductuales (exógenos o desencadenantes) que deben ser investigados y tratados en la medida de lo posible, considerando que no es posible separar las causas endógenas de las exógenas (19).

En el seno familiar el adolescente establece su relación con el mundo aprende a contender con los problemas y adquiere comportamientos que al reiterarse devienen en rasgos de carácter. Los patrones desviados que se establecen en la infancia tienden a persistir en esta etapa y a lo largo del desarrollo de la vida.

Actualmente se estudian los factores que influyen en la aparición de este trastorno destacando condiciones como: disfuncionalidad familiar caracterizadas por carencias maternas “traumatismos repetitivos de separación”, rechazo en la relación madre-hijo, conflictos de pareja, madre depresiva, pérdida de alguno de los padres como factor determinante, por la desestructuración del núcleo familiar, sobre todo la pérdida de la madre antes de los 11 años que afecta más a mujeres (20).

Así como también los conflictos de pareja, madres depresivas (3 veces más probabilidad, tanto por el factor genético como por el ambiental), madres que

contraen matrimonio más de una vez, trabajo de ambos padres, vivir en una familia extremadamente conflictiva (74%), inestables o caóticas, abandonos de hogar, lo que genera mucha tensión en el adolescente.

De igual manera, ingresos bajos, cambios en la escuela, utilización de uno o ambos padres con fines narcisistas, el divorcio de los padres, separación de los mismos en el último año, rupturas relacionales precoces que obstaculizan el proceso de individualización, separación de sus amigos, enfermedad durante el último año, y ciertos tóxicos como cafeína o fármacos como corticosteroides.

Son genéticamente propensos los adolescentes (37%) familiares de personas afectadas (37%), sin embargo, no se ha demostrado una secuencia genómica, y desequilibrios químicos (17).

Estas correlaciones se han encontrado desde hace varios años, en estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y los resultados han permitido el diseño de intervenciones que evitan esta disfuncionalidad, dado que sin duda, el camino a un desarrollo psicosocial sano del adolescente atraviesa por un funcionamiento familiar activo y enriquecedor, y este facilita el llegar a un período adulto satisfactorio.

Las bases bioquímicas de este trastorno, se han investigado, desde el descubrimiento de la acción antidepressiva de la imipramina, por Roland Kuhn en 1958. Así, desde 1978 y a través de los trabajos de Joaquín Puig-Antich (Director del Servicio de Investigación Clínica en Psiquiatría Infantil, Columbia University) se comprueba que las depresiones en adolescentes responden a parámetros biológicos similares que los observados en las depresiones de adultos. Participan factores biológicos, de neurotransmisión, que incluyen disfunción en los circuitos de noradrenalina (originados en el locus coeruleus) dopamina y serotonina (originados en el núcleo dorsal del rafe), del sistema nervioso central, las cuales forman parte de circuitos sinápticos originados en neuronas del tallo cerebral, originando cambios en el funcionamiento mismo, emitiendo fibras ascendentes,

ejerciendo su actividad a través de receptores post-sinápticos ubicados en corteza prefrontal, la amígdala cerebral, el hipocampo, el tálamo, el hipotálamo y estructuras del sistema límbico, estructuras que participan en la modulación del afecto; niveles donde actúan también las causas ambientales.

Los mecanismos de control para ambos sistemas son similares entre sí, e incluyen autoreceptores inhibidores y procesos de recaptación activa en la terminal presináptica, acompañados por un sistema enzimático que convierte los neurotransmisores.

Puede ser causa de un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción (por las enzimas monoaminooxidasa y/o catecolaminas (orto-metiltransferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores, o un déficit de transmisión de la segunda neurona, (fallo del segundo mediador) Estos mecanismos están involucrados de forma primaria o secundaria, existiendo alteración bioquímica.

En etapas iniciales, aparecen fenómenos de compensación, o mecanismos de adaptación neuronal, con menor actividad de los autorreceptores presinápticos (lo que favorece la liberación de neurotransmisores) e hipersensibilidad de los post-sinápticos (que les permite responder aún a bajos niveles de neurotransmisor). Con el tiempo, estos mecanismos se agotan y aparecen las manifestaciones clínicas (18, 21).

El comportamiento del adolescente deprimido es diferente al del adulto con depresión, poseen algunas características similares, con síntomas acompañantes peculiares. Según Easson (1977) es un síntoma muy extendido, el adolescente no se queja de que está deprimido, esto supondría confesar una debilidad y reconocer una dependencia, justamente con lo que está tratando de luchar; acepta la angustia con mayor facilidad y contrariamente al adulto, es necesario buscar detrás de la angustia, la reacción depresiva.

En el DSM-IV se señala que en los adolescentes, la irritabilidad y agresividad suelen ser los síntomas predominantes, más que el desánimo, surgiendo una alta incidencia de estados maníacos mixtos con depresión, con instauración de enfermedad bipolar.

La depresión en los adolescentes se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad.

Puede ocultarse tras cualquier síntoma y cualquier trastorno del comportamiento agrupándose en quejas de diferente tipo somáticas, trastornos de conducta o inhibiciones.

En las manifestaciones neurovegetativas tenemos insomnio, cambios notables en los patrones de comer con pérdida del apetito, anorexia, pérdida de peso, hasta el sobrepeso; quejas físicas como cefaleas episódicas, dolores abdominales erráticos, preocupaciones hipocondríacas agudas.

Los acontecimientos de tipo ansioso se caracterizan por sintomatología dirigida más al corazón, cabeza, funciones fisiológicas: respiración, circulación, no sucediendo así en los adultos donde el trastorno se localiza a nivel del tránsito intestinal; los síntomas motores más frecuentes son fatiga intensa y adinamia y síntomas psíquicos: tristeza persistente, infelicidad, llanto profuso, incapacidad para concentrarse, pérdida de interés de sus actividades favoritas con inestabilidad para disfrutarlas, desaseo personal, tendencia a recluírse en la propia habitación (aislamiento social), comunicación pobre, sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso, incomprensión aumento en la dificultad para relacionarse, rechazo a las relaciones amorosas, coraje u hostilidad aburrimiento persistente, malas conductas en casa o en la escuela, o ausencias en éstas, bajo rendimiento escolar, pérdida de autoestima, ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, ansiedad, hurtos, consumo de alcohol u otras drogas ilegales y hasta un

comportamiento autodestructivo caracterizado por pensamientos o ideas suicidas (17,22).

Generalmente es clínico, basado en síntomas y signos recopilados en el examen médico-psicológico. Es importante mencionar que aproximadamente un tercio de los pacientes deprimidos no son diagnosticados por lo tanto no reciben tratamiento.

Al entrevistar al adolescente es preciso plantearle preguntas acerca de su estado de ánimo y de los síntomas depresivos más relevantes, esto recaba información acerca de asuntos que les preocupan pero que no son capaces de verbalizar, por no encontrar las expresiones adecuadas, o desconfianza a no ser comprendidos por los adultos. El adolescente debe explicar sus inquietudes, temores, síntomas físicos y lo que piensa acerca de ellos, es igualmente importante la valoración acerca de sí mismo y lo que cree que los demás piensan acerca de él, así como las ideas de muerte o pensamientos de suicidio. Además es necesaria una exploración psicológica complementaria (pruebas psicológicas) donde se realiza un estudio amplio de los factores que intervienen en cada caso particular (procesos de aprendizaje, capacidades básicas, maduración neuropsicológica, adquisición de conocimientos, lenguaje, hábitos, personalidad) con especial insistencia sobre los signos directos e indirectos de las depresiones (23). Las cuales son útiles para detectar, determinar la intensidad, gravedad de los síntomas y diagnóstico de la depresión como un síndrome, así como controlar la existencia de cambios en la intensidad de los síntomas y evaluar la eficacia de los regímenes de tratamiento.

Existen varios instrumentos disponibles y se los puede incorporar fácilmente en la práctica clínica diaria, con excelentes beneficios en pacientes con quejas somáticas cuando no puede identificarse una causa orgánica y que sin embargo en el instrumento sugiere factores psicosociales.

Dentro de los instrumentos para evaluar la depresión se encuentran: el inventario de Depresión de Beck (IBD), la Escala de Depresión Auto-clasificatoria de Zung (SDS), la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Cuestionario de Salud General (GHQ), Escala de Clasificación de Carrol para la Depresión (CRSD), Inventario de Depresión en niños (CDI), Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale) (DSRS) para depresión mayor en adolescentes y la Escala de Golberg. (20,23).

La Escala de Depresión Auto-clasificatoria de Zung (SDS) es un instrumento de autoaplicación para el paciente que consiste de 20 ítems que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognoscitivos, conductuales y psicofisiológicos más comunes de la depresión y utiliza una escala de Likert de 4 niveles para evaluar la presencia y seriedad de los síntomas depresivos durante la semana anterior.

La escala se clasifica utilizando una clave para obtener el resultado crudo de cada ítem y luego se suman los puntajes de los 20 ítems. La obtención de la máxima calificación en cada uno es indicador de un síntoma grave. El puntaje posible va de 20 a 80. Se considera que un puntaje de 50 o más representa una depresión clínicamente importante.

Al igual que el inventario de Depresión de Beck, la Escala de Depresión Auto-clasificatoria de Zung falló en descartar la aflicción, trastornos orgánicos y psicosis. Sin embargo, su confiabilidad y validez es aceptable. Se considera que una disminución de 12 puntos, constituye una mejoría importante luego de 4 semanas de intervención. La mayoría de los pacientes pueden completar el SDS en 5 a 10 minutos, es aplicable en la consulta, se encuentra disponible en 30 idiomas, por lo que tiene una amplia aplicación en distintos ámbitos culturales (24).

Muchos adolescentes deprimidos, se convierten en adultos deprimidos, es por ello necesario tratarlos previamente, donde se requiere de ayuda profesional, encaminada a evitar el avance de la misma y sus probables complicaciones como

la ideación, intento o suicidio consumado, frecuentes en esta etapa, teniendo en cuenta que algunos jóvenes realizan visitas médicas poco antes de llevarlos a cabo.

Es necesario decidir entre el manejo ambulatorio, a través de la consulta externa en casos leves a moderados, o el hospitalario en casos severos. Los padres de familia juegan un papel importante en el tratamiento, ellos pueden ayudar a que este se lleve a cabo en forma efectiva y pueden cuidar al adolescente para evitar cometa un acto irreflexivo, además darle afecto, comprensión y buscar la posible causa de tipo familiar que este interviniendo en el padecimiento (23,24).

Al igual que los adultos, los adolescentes responden aproximadamente en un 80 a 90% a la combinación de dos tipos de tratamiento para mayor eficacia: psicoterapia que incluye terapias individuales y de familia; y tratamiento farmacológico con psicofármacos antidepresivos y/o ansiolíticos, por estar implicados factores tanto bioquímicos como psicológicos.

Un primer episodio depresivo en la adolescencia debe tratarse duramente unos 6 meses, con monoterapia esperando 3 a 6 semanas para evaluar la respuesta clínica, si es grave o es un segundo episodio, hasta 18 meses.

- Al evaluar al adolescente los cambios de conducta que aparecen en forma rápida, o todo aquello que signifique un cambio importante en la forma de actuar del mismo, tales como agresividad, ansiedad, malas notas, pueden ser indicios de que existe una depresión.
- Es importante interrogar acerca del estado de ánimo (depresivo y/o irritable) y acerca de la capacidad para disfrutar, igualmente evaluar la presencia de síntomas principales: falta de concentración, trastornos del sueño, del apetito, ideas de muerte, cansancio, sensación de incapacidad.

- Ante la sospecha de depresión, comprobar el cuadro clínico, con la realización de pruebas diagnósticas.
- Empleo de antidepresivos. Advirtiendo los posibles efectos adversos, de la importancia de seguir el tratamiento en la forma indicada y por el tiempo prescrito, señalando que no se observará una mejoría antes de cierto plazo.
- Tener siempre presente el riesgo de suicidio, en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta al tratamiento, deficiente control terapéutico, complicaciones médicas o psíquicas, es necesaria la ayuda del psiquiatra.
- Platicar con los padres acerca de la depresión, como un padecimiento que no puede ser controlado a voluntad y por tanto la imposibilidad de animar al depresivo con buenas palabras o de incitarle a que se divierta o a que trabaje. Insistir en el empleo de tácticas para evitar los sentimientos de culpa en el adolescente que pueden condicionar ideas suicidas.
- La atención que el médico familiar debe brindar a este padecimiento específico como a otros propios de su área de atención, debe tener un enfoque biopsicosocial, atendiendo al individuo, su familia y buscando los recursos y apoyo necesarios dentro de la comunidad. El éxito del tratamiento depende de un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y eficaz, de una adecuada relación médico-paciente y familia, y de un seguimiento y control continuo (25).

JUSTIFICACIÓN

La OMS/WHO, la rama sanitaria de las Naciones Unidas, calcula a nivel general que en 20 años la depresión será la 2da causa de muerte y de incapacidad en el mundo, debido al conflictivo modo de vida actual.

A nivel mundial se estima una frecuencia del 25.5 % de depresión en la adolescencia, igualmente se reporta que, en los últimos 30 años, se ha triplicado el número de casos de suicidio en personas de 15 a 19 años llegando a ser la primera causa de muerte en este grupo etario, si consideramos que esta situación es una complicación, nos da una orientación de la magnitud del problema.

En México es una entidad muy frecuente, que va en aumento, sin embargo, no se dispone de datos estadísticos apropiados, se calcula que su prevalencia es de 12 a 16%.

Es de gran importancia conocer los factores etiológicos de la depresión en la adolescencia, la bibliografía señala que pueden ser desde bioquímicas hasta psicosociales, en donde los familiares cobran marcada importancia, ya que el primer núcleo de relación temprana es la familia y donde el adolescente va a instrumentar muchas de sus conductas posteriores.

Dentro de la actividad del médico familiar está el realizar el diagnóstico de salud del paciente y su familia, que le ayuda no solo a atender los problemas actuales sino a preveer situaciones que pueden presentarse si no son atendidos.

El conocer estos factores de riesgo, así como los síntomas y signos, nos ayudan a brindar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, siendo importantes el estado de salud familiar, como predictor de salud mental en sus integrantes, si están alterados el funcionamiento y la capacidad de adaptación en su contexto familiar, por ende lo estará ante la sociedad.

De los resultados obtenidos quizá se pueda normar un criterio que ayude al médico en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, facilitando así su práctica médica, disminuyendo los costos de la atención médica, mejorando la calidad de la atención y lo que es mas importante que el médico familiar se sienta competente al tratar este padecimiento. Evitando así la peor de las complicaciones que un paciente con esta patología puede presentar como lo es el suicidio.

El conocer el tipo de familia a la que pertenece el paciente puede adelantarle a la aparición de probables patologías, llevar acabo programas de apoyo familiar para obtener mayores beneficios, asistencia institucional, disminución de gastos económicos, reducción de tiempos de tratamiento, mejor calidad de atención, continuidad y diagnóstico oportuno, lo que permitirá una mejor calidad de vida al adolescente.

HIPÓTESIS

No requiere hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la asociación de depresión y disfunción familiar en un grupo de adolescentes de 15 a 19 años en el área de afluencia de la UMF No. 20 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la funcionalidad familiar de los adolescentes según su grado de cohesión y adaptabilidad.(Faces III)
2. Identificar los factores familiares de los adolescentes (tipología familiar en base a su estructura, desarrollo, integración, número de hijos, estado civil de los padres, ausencia de los mismos).
3. Identificar la frecuencia y grado de depresión en el adolescente.
4. Determinar la frecuencia de depresión y funcionalidad familiar en los adolescentes.
5. Determinar si existe asociación entre depresión y disfunción familiar.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio transversal analítico y prolectivo.

POBLACIÓN: Adolescentes de 15 a 19 años de edad, que se encuentren cursando el bachillerato en el plantel. De 1er a 6to semestre. Turnos matutino y vespertino. Ambos sexos.

LUGAR: El estudio se realizó en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo de la UNAM.

TIEMPO DEL ESTUDIO: Se llevó a cabo en el periodo del 01 de Enero al 01 de Abril de 2006.

TIPO DE MUESTRA: Adolescentes entre los 15 y 19 años, ambos sexos, ambos turnos. Con una población total de 14,450.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Para estimar el tamaño de la muestra se utilizó el programa de EPI INFO 2000. Con una población total de adolescentes de 14,450 y una frecuencia del 12 - 16 % con un nivel de confiabilidad del 95%, obtenemos un resultado de 240 pacientes agregando el 20% por perdidas esperadas nos da un total de 299 la cual será nuestra población en estudio.

VARIABLES A ESTUDIAR

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>V. D.</p> <p>DEPRESIÓN. : Enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo físico, neurovegetativas, y otros componentes de tipo psíquico, además de un componente bioquímico cerebral importante, y que mejora con el tratamiento pertinente, lo que conlleva a dificultades interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorado considerablemente la vida laboral, familiar y social y si no es tratada con la consecuencia más grave que es el suicidio.</p>	<p>Se midió a través de la escala Auto-clasificatoria de Zung que consta de 20 reactivos y de acuerdo a los resultados califican a la depresión en:</p> <p>Leve 50 a 59 puntos Moderada 60 a 69 puntos Severa > 70 puntos.</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>
<p>V. I.</p> <p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR: Grupo de personas emparentadas entre si que viven juntas y que son capaces de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentren y en relación con las demandas que perciben desde su ambiente externo o entorno.</p>	<p>Se midió a través de El FACES III (versión al español).</p> <p>Al sumar las dos dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad, se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del modelo circunflejo como:</p> <p>Extremas De rango medio Balanceadas.</p>	<p>Cualitativa ordinal.</p>

FACTORES FAMILIARES

TIPOLOGÍA FAMILIAR		
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTRUCTURA: Según los elementos que la constituyen.	Nuclear Extensa Compuesta Extensa-compuesta Reconstruida	Cualitativa nominal
DESARROLLO: en función a las actividades laborales de la madre.	Moderna Tradicional	Cualitativa dicotómica.
INTEGRACIÓN: En base a que padres e hijos cumplan con sus funciones.	Integrada Semi-integrada Desintegrada	Cualitativa nominal

VARIABLES UNIVERSALES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Se determina en años cumplidos.	Cuantitativa de razón
SEXO: Característica anatomofisiológica que diferencia al hombre y a la mujer.	Masculino Femenino	Nominal dicotómica.
ESTADO CIVIL: Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.	Soltero Casado Divorciado Unión libre.	Cualitativa nominal
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: Situación de los padres en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo	Cualitativa nominal.
NÚMERO DE HIJOS QUE INTEGRAN LA FAMILIA: Número Determinado de acuerdo a la secuencia del nacimiento de los hijos en el núcleo familiar.	Puede ser: 1-3 4-7 8 y más	De intervalo

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó en 299 adolescentes de 15 a 19 años del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo de la UNAM. Ubicado en Av. Cien metros esquina con Fortuna S/N que es una zona de influencia a la UMF 20 en la cual previo consentimiento informado y autorización por parte de los directivos de esa institución, se aplicaron los instrumentos de FACES III y la escala de Zung.

Método o procedimiento para captar la información:

Se utilizaron dos escalas validadas y con una gran confiabilidad.

1. La Escala Auto-clasificatoria de depresión de Zung (SDS), para detectar depresión en los adolescentes, que consta de 20 reactivos y de acuerdo a los resultados califican a la depresión en grados leve, moderada o severa.

2. El Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. FACES III (versión al español) para la evaluación de la dinámica familiar de los adolescentes.

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó por medio del programa de estadística SPSS versión 10 o 12. Estadística descriptiva frecuencias y porcentajes así como estadística inferencial con X^2 y RM para buscar las posibles asociaciones entre la depresión y las variables de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adolescentes inscritos en el CCH Vallejo año escolar 2005-2006.
- Edad comprendida entre los 15 y 19 años.
- Ambos sexos.
- Deseos de contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes con presencia de algún trastorno psiquiátrico o diagnóstico de depresión en tratamiento.
- Adolescentes que se encuentren bajo tratamiento de disfunción familiar.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- No haber contestado el cuestionario al 100%.
- Presencia de respuestas dobles en algún reactivo.
- No entrega por parte de los adolescentes de los cuestionarios aplicados.
- Presencia de respuestas incongruentes o incoherentes.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio no comprometió la integridad del paciente ni puso en riesgo la vida y no atenta contra los valores universales.

Respeto las normas de Helsinki de acuerdo a los artículos 13 Av, 14Av y 23 Av de la Ley general de Salud.

Se emplearon dos escalas validadas y con gran confiabilidad, útiles en múltiples investigaciones, las cuales no contienen riesgo alguno en la integridad física y mental, de la vida privada de los adolescentes que participarán.

Se solicitó la cooperación previa de las autoridades directivas de EL Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo, mediante oficio dirigido al director del plantel, para la aplicación de los 2 instrumentos de trabajo y participación de los adolescentes inscritos.

Los resultados que se obtuvieron en estas escalas, fueron manejados de manera confidencial y únicamente fueron empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación.

Se utilizó carta de consentimiento informado tomando en cuenta la confidencialidad, participación voluntaria y capacidad de abandonar el estudio libremente si así lo desean.

El estudio cumple las normas del reglamento para la salud, México; publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero, en los siguientes artículos:

Título primero, capítulo único, artículo 3º y 7º.

Título sexto, capítulo único, artículos 113º, 114º, 115º y 116º.

De acuerdo con los reglamentos, esta investigación se clasifica como el riesgo 1 de investigación, según a lo indicado en el Título segundo, Capítulo 1º, artículo 17º de investigación documental retrospectivos, aquellos en los que se realiza alguna investigación o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o 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 les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RECURSOS:

FISICOS: Lápiz, goma, sacapuntas, cuestionarios, plumas, computadora, instalaciones del CCH vallejo, instalaciones de la UMF No. 20.

HUMANOS: Investigador, asesores especialistas en medicina familiar, adolescentes de 15 a 19 años de edad, profesores de la institución donde se realizó el estudio.

FINANCIEROS: Fueron aportados por el investigador.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal, analítico, prolectivo en la población adolescente entre los 15 y 19 años de edad del colegio de Ciencias y Humanidades plantel vallejo, aplicándose un total de 299 cuestionarios habiéndose eliminado 18 por contar con respuestas dobles.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

En el **perfil sociodemográfico** la edad de 15 años fue del 39.1% (110), la de 16 años 19.9% (56), 17 años el 28.1% (79), 18 años el 10.0%, (28) y los de 19 años 2.8% (8). El sexo femenino fue el 59.5% (167) y el masculino 40.6% (114). El grado escolar de 1^{er} año fue el 61.9% (174), 2^{do} año 2.8 % (8), 3^{er} año 35.2 % (99). El estado civil del adolescente fue soltero 98.9 % (278), madre o padre soltero 0.7% (2), unión libre 0.4 % (1). Quienes no trabajan y estudian 90.7% (255) y quienes trabajan y estudian 9.3 % (26). **(Ver cuadro 1).**

Dentro de las **características de las familias de los adolescentes** se observó lo siguiente: funciones familiares realizadas en el 88.3% (248) y no realizadas 11.7 % (33), el número de hijos con que cuenta la familia fue de 1-3 67.3% (189), 4-6 28.4% (80), 7-10 4.3% (12). En cuanto a la ocupación materna se encontró madre que cuenta con un trabajo remunerado económicamente 52% (146) y no trabaja en el 48% (135). Estado civil de los padres fue casados 68.3 % (192), divorciados 13.9% (39), unión libre 11.7% (33), viudos 5.3% (15), separados 0.4% (1), madre o padre soltero 0.4% (1). **(Ver cuadro 2).**

La tipología familiar se conformó de la siguiente manera: En base a su estructura, nuclear 61.9% (174), extensa 21 % (59), monoparental 13.9% (39), extensa compuesta 1.8% (5), reconstituida 1.4% (4). En cuanto a desarrollo: Moderna 52% (146), tradicional 48% (135). Integración de acuerdo a funciones. Integrada 88.3% (248), semi-integrada 11.7% (33). **(Ver cuadro 3).**

Los tipos de familia que se encontraron de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad por el FACES III fueron: Caótica/relacionada 12.5% (35), Caótica/aglutinada 11.7 % (33), flexible/semirrelacionada 11% (31), caótica/semirrelacionada 9.6% (27), flexible/relacionada 8.5% (24), flexible/disgregada 7.8% (22), estructural/disgregada 7.8% (22), caótica/disgregada 5.7% (16), estructural/relacionada 5.7% (16), flexible/aglutinada 5.3% (15), estructural/semirrelacionada 5% (14), rígida/disgregada 4.6% (13), estructural/aglutinada 2.5% (7), rígida/semirrelacionada 1.1% (3), rígida/relacionada 0.7% (2), rígida/aglutinada 0.4% (1). Y **la funcionalidad familiar** determinada fue la siguiente: Familias De rango medio 47.7% (134), balanceadas 30.2% (85), extrema 22.1% (62). **(Ver cuadro 4 y 5).**

Con respecto a la **frecuencia de depresión** se observó que un 38.1% (107) presenta depresión, mientras que el 61.9% (174) no la presenta de acuerdo a la escala de Zung.

La distribución por grados de depresión fue en el 24.2% (68) **leve**, el 10.7 % (30) **moderada** y el 3.2 % (9) depresión **severa**. **(Ver cuadro 6 y 7).**

En relación a la depresión y las **características sociodemográficas de los adolescentes** la edad donde se presentó un número mas significativo de casos fue de 15 años con 43.9 % (47), Con respecto a sexo se observo que predomino en las mujeres con un 71.9 % (77), la escolaridad de predominio fue en el 1er año con un 67.2 % (72), mayor frecuencia fue para los solteros 98.1 % (105), seguido por quienes se encontraban en unión libre o fueran madre o padre solteros con un 0.9 % (1). Para los adolescentes que trabajan y estudian solo un 9.3 % (10) la presentaron. **(Ver cuadro 8).**

Al asociar **funcionalidad familiar con grado de depresión** se observó que las familias balanceadas y de rango medio presentaron mayor frecuencia con un 23.3 % (25), y las extremas un 16.8 % (18) para depresión leve. Familias de rango medio 18.6 % (20), familias extremas 5.6 % (6), familias balanceadas 3.7 % (4) para depresión moderada. Familias de rango medio 4.6 % (5), Balanceadas y extremas 1.8 % (2) para depresión severa. **(Ver Cuadro 9)**.

Las **características de las familias** en los estudiantes que presentaron depresión fueron familias funcionales en un 80.3 % (86). Conformadas entre 1-3 hijos el 71.9 % (77); con madre que tiene un trabajo remunerado el 51.4 % (55); estado civil de sus padres casados en el 69.1 % (74). **(Ver cuadro 10)**.

Otras características familiares observadas en los adolescentes con depresión fueron contar con una estructura nuclear 65.4 % (70), ser familias modernas en el 51.4 % (55) y con integración de acuerdo a funciones en el 80.3 % (86) **(Ver cuadro 11)**.

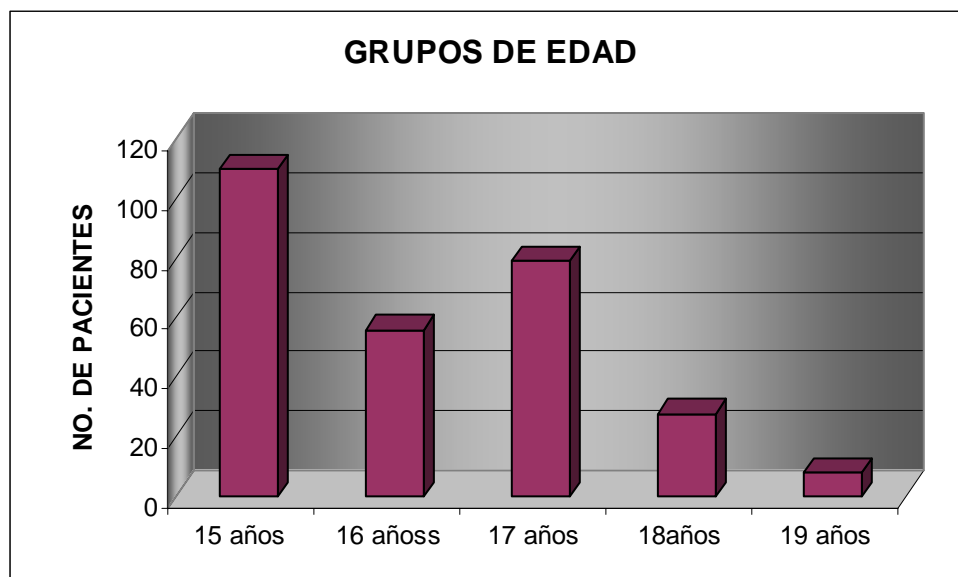
En cuanto a la **asociación entre depresión y funcionalidad** no existió Significancia estadística.

Cuadro 1. Perfil sociodemográfico de los adolescentes

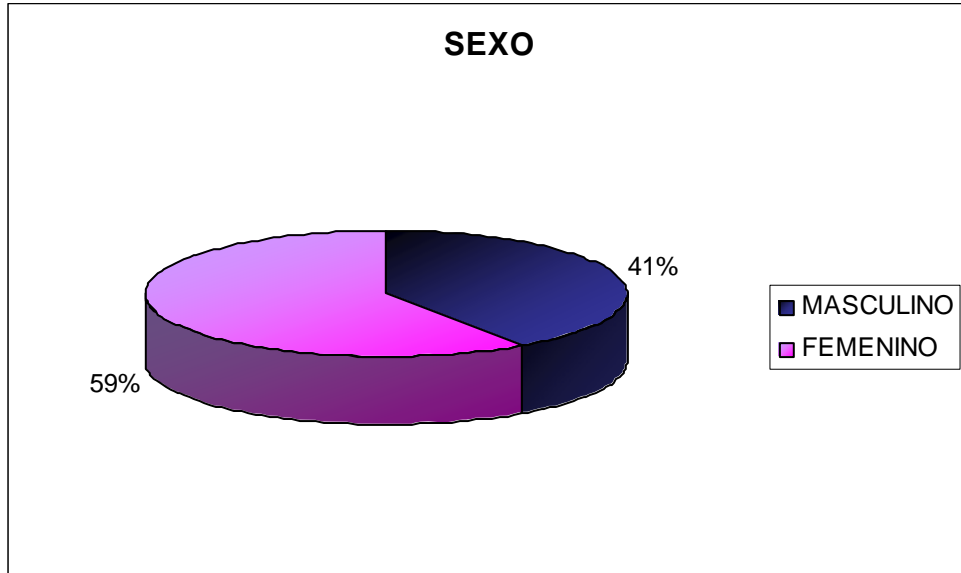
	Frecuencia N	Porcentaje %
Edad		
15 años	110	39.1
16 años	56	19.9
17 años	79	28.1
18 años	28	10.0
19 años	8	2.8
Sexo		
Masculino	114	40.6
Femenino	167	59.5
Escolaridad		
1 año	174	61.9
2 año	8	2.8
3 año	99	35.2
Estado civil		
Soltero	278	98.9
Unión libre	1	.4
Madre o padre soltero	2	7
Trabaja y estudia		
Si	26	9.3
No	255	90.7

Fuente. CCH Vallejo. UNAM.

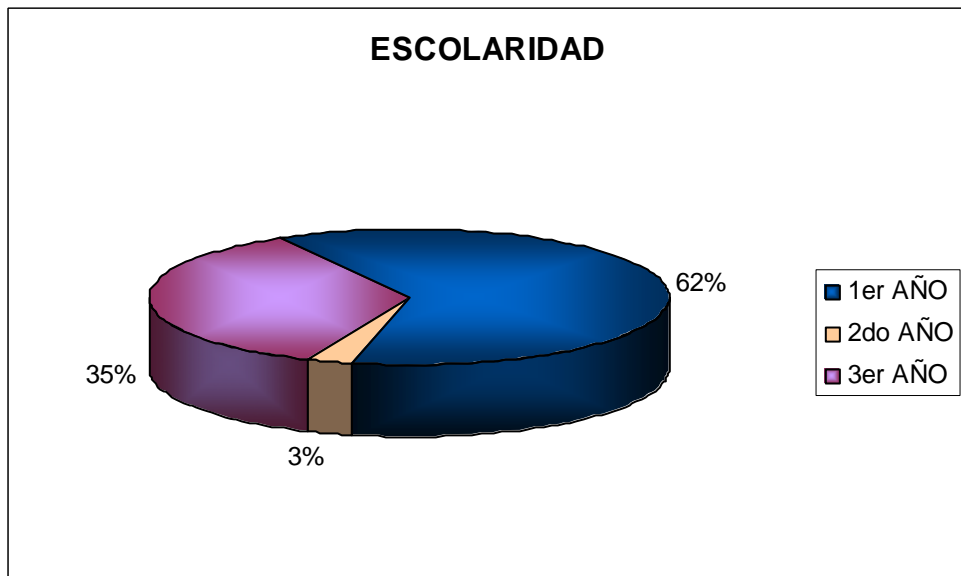
GRÁFICA 1.1



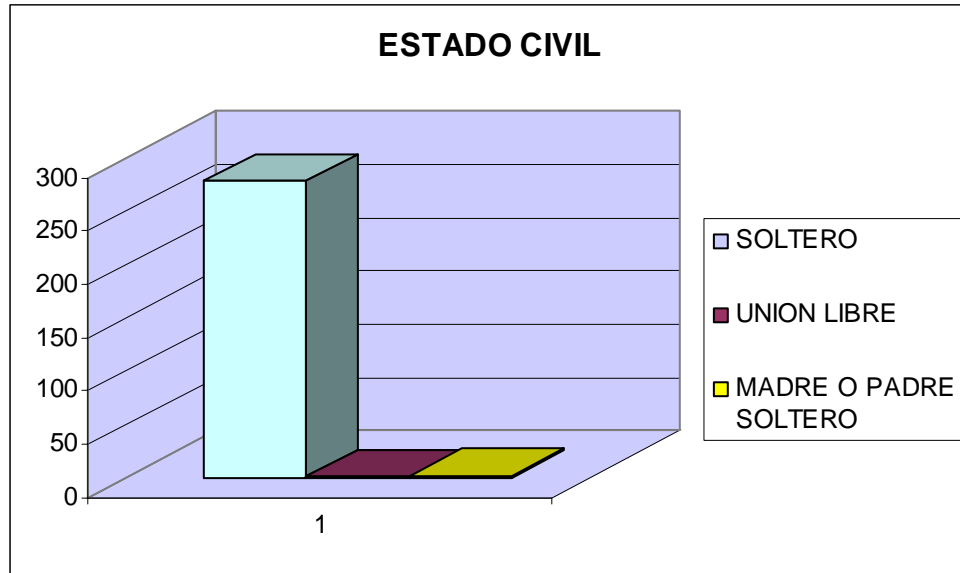
GRÁFICA 1.2



GRÁFICA 1.3



GRÁFICA 1.4



GRÁFICA 1.5



Cuadro 2. Características de las familias de los adolescentes

	Frecuencia n	Porcentaje %
Funciones familiares		
Realizadas	248	88.3
No realizadas	33	11.7
Número de hijos		
1-3	189	67.3
4-6	80	28.4
7-10	12	4.3
Madre que trabaja		
Si	146	52
No	135	48
Estado civil de los padres		
Casados	192	68.3
Unión libre	33	11.7
Divorciados	39	13.9
Viudos	15	5.3
Separados	1	0.4
Madre o padre soltero	1	0.4

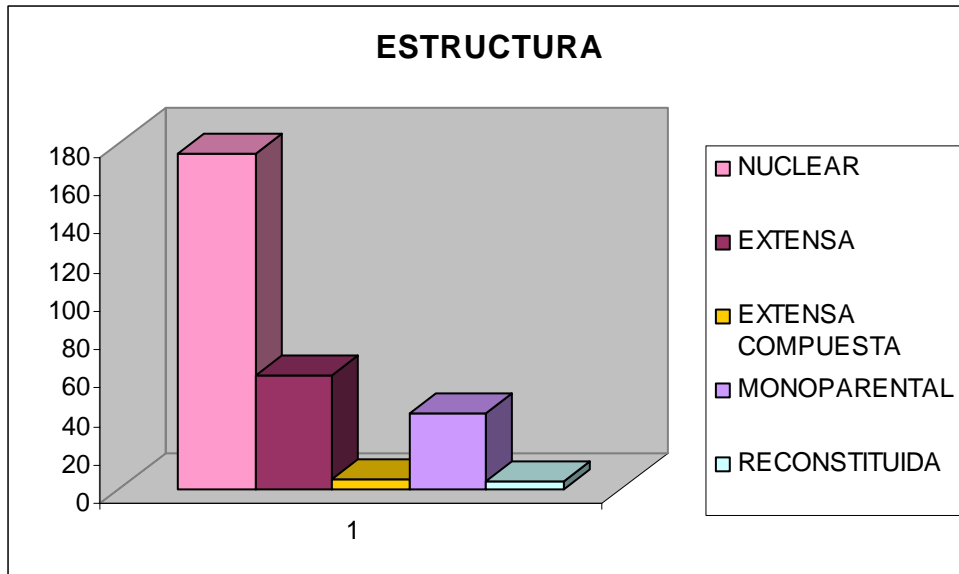
Fuente. CCH Vallejo. UNAM.

Cuadro 3. Tipología familiar de los adolescentes.

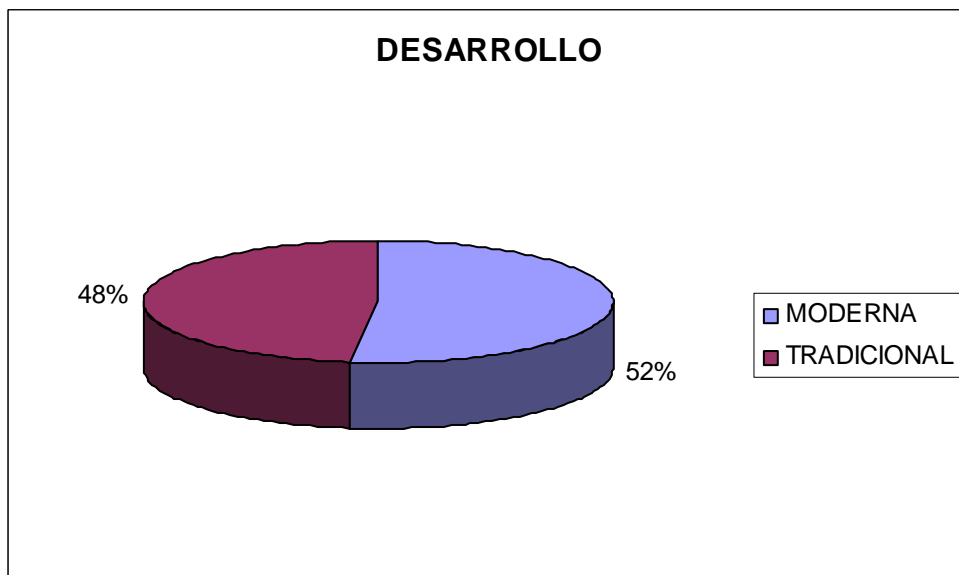
	Frecuencia n	Porcentaje %
Estructura		
Nuclear	174	61.9
Extensa	59	21.0
Extensa compuesta	5	1.8
Monoparental	39	13.9
reconstituida	4	1.4
Desarrollo		
Moderna	146	52
Tradicional	135	48
Integración de acuerdo a funciones		
Integrada	248	88.3
Semi-integrada	33	11.7

Fuente. CCH Vallejo. UNAM.

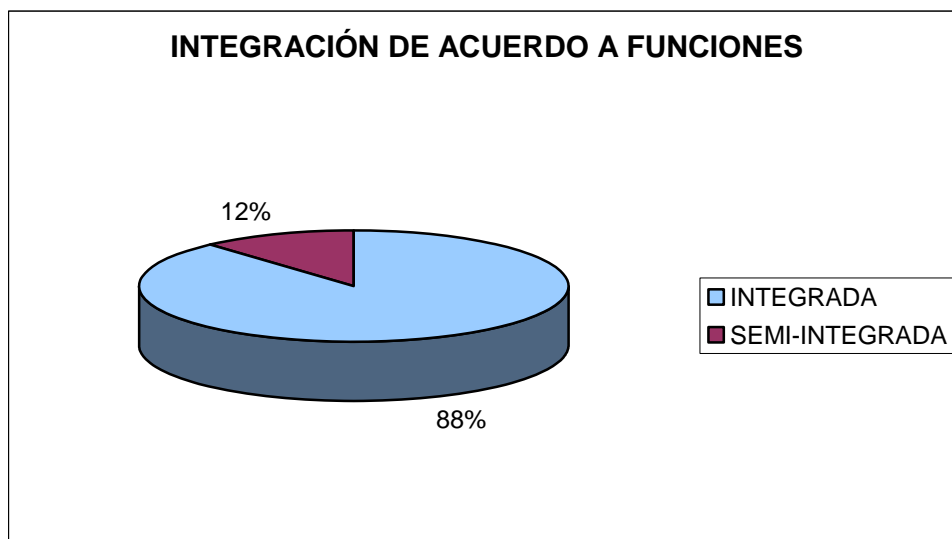
GRÁFICA 3.1



GRÁFICA 3.2



GRÁFICA 3.3



Cuadro 4. Características de las familias en los adolescentes de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad.

Tipo de familia	Frecuencia n	Porcentaje %
Caótica/disgregada	16	5.7
Estructural/semirrelacionada	14	5
Estructural/relacionada	16	5.7
Estructural/aglutinada	7	2.5
Rígida/disgregada	13	4.6
Rígida/semirrelacionada	0.3	1.1
Rígida/relacionada	2	0.7
Rígida/aglutinada	1	0.4
Caótica/semirrelacionada	27	9.6
Caótica/relacionada	35	12.5
Caótica/aglutinada	33	11.7
Flexible/disgregada	22	7.8
Flexible/semirrelacionada	31	11
Flexible/relacionada	24	8.5
Flexible/aglutinada	15	5.3
Estructural/disgregada	22	7.8

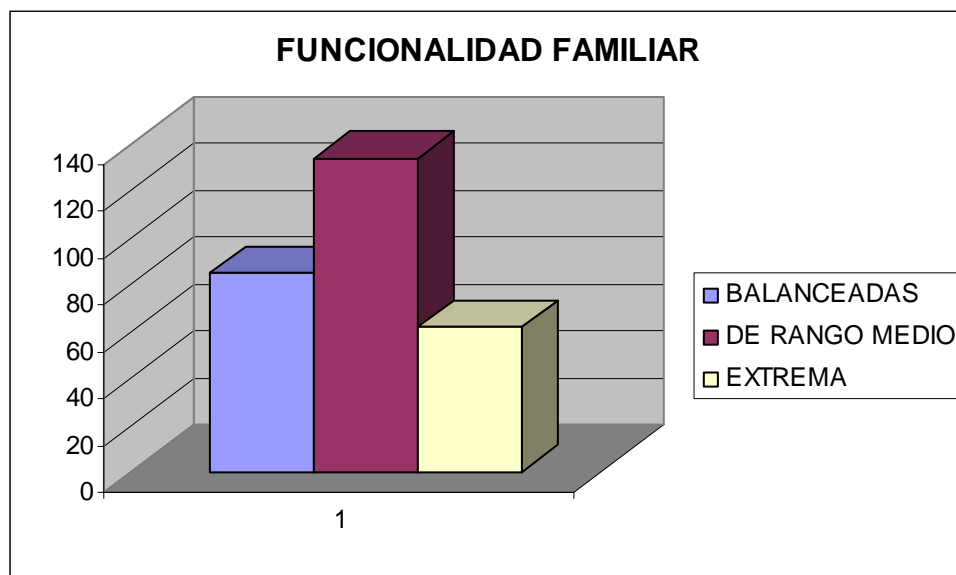
Fuente. FACES III. CCH Vallejo. UNAM.

Cuadro 5. Funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (FACES III).

	Frecuencia n	Porcentaje %
Balanceadas	85	30.2
De rango medio	134	47.7
Extrema	62	22.1

Fuente. FACES III. CCH Vallejo. UNAM.

GRÁFICA 5.1

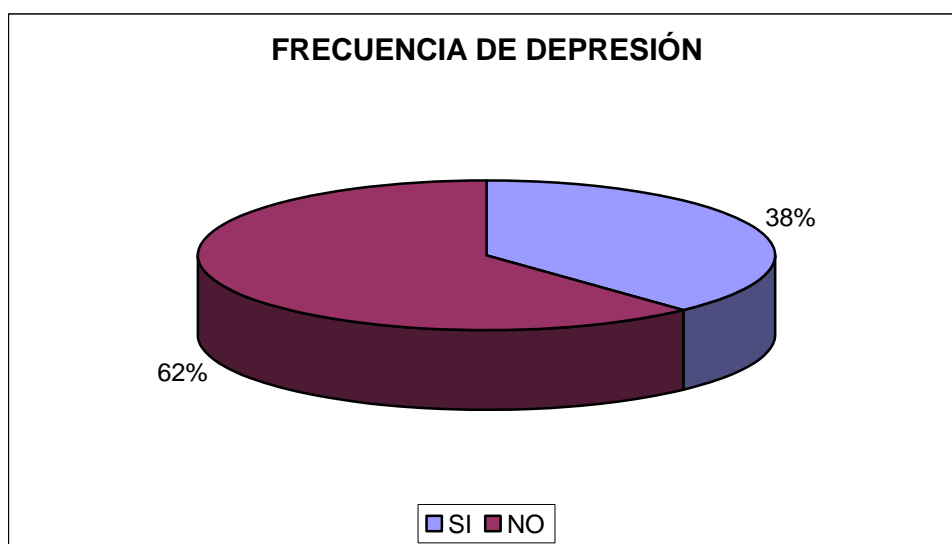


Cuadro 6. Frecuencia de depresión.

Depresión	Frecuencia n	Porcentaje %
Si	107	38.1
No	174	61.9

Fuente. Escala de Zung. CCH Vallejo. UNAM.

GRÁFICA 6.1

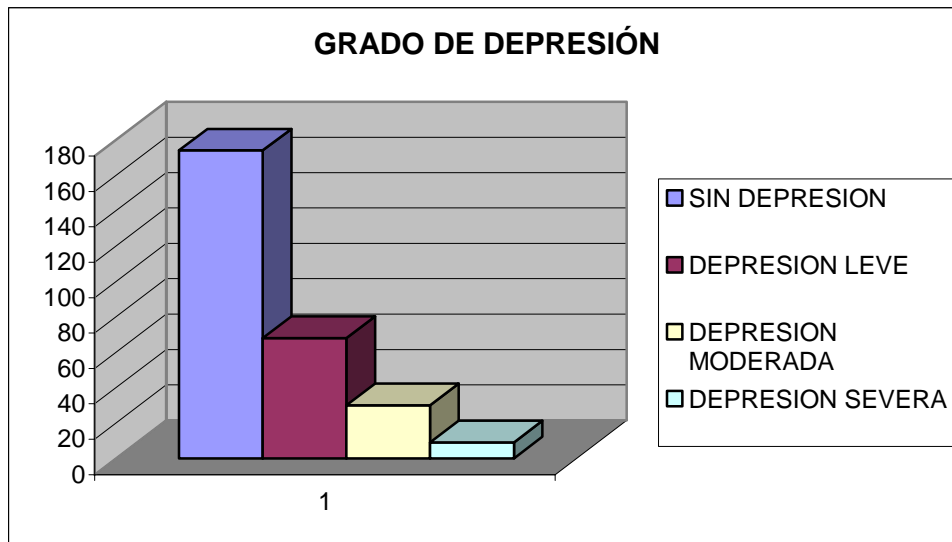


Cuadro 7. Grado de depresión que presentan los adolescentes.

	Frecuencia n	Porcentaje %
Sin depresión	174	61.9
Depresión leve	68	24.2
Depresión moderada	30	10.7
Depresión severa	9	3.2

Fuente. Escala de Zung. CCH Vallejo UNAM.

GRÁFICA 7.1

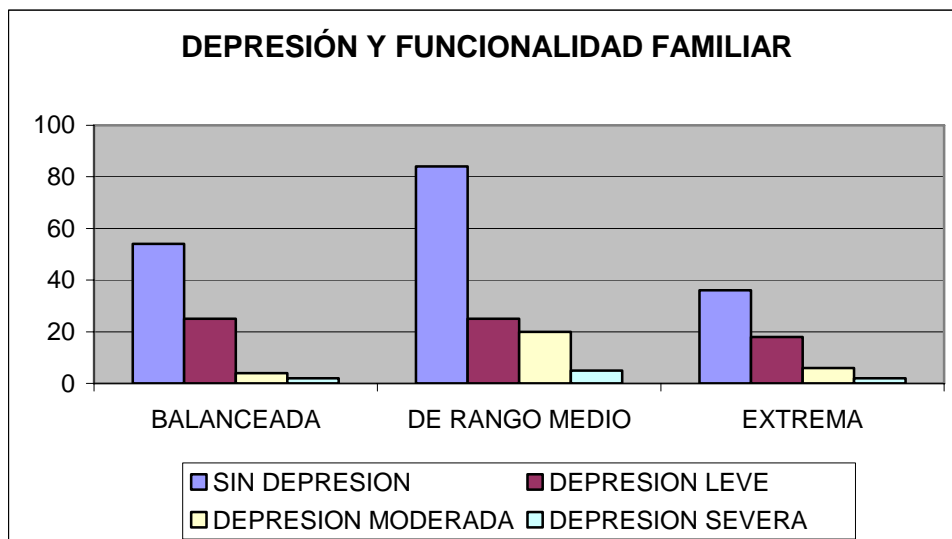


Cuadro 8. Grado de depresión y funcionalidad familiar.

	Balanceada		De rango medio		Extremas	
	n	%	n	%	n	%
Sin depresión	54	50.4	84	78.5	36	33.6
Depresión leve	25	23.3	25	23.3	18	16.8
Depresión moderada	4	3.7	20	18.6	6	5.6
Depresión severa	2	1.8	5	4.6	2	1.8

Fuente. Escala de Zung, FACES III. CCH Vallejo. UNAM.

GRÁFICA 8.1



Cuadro 9. Factores sociodemográficos en adolescentes con y sin depresión.

	SI		NO	
	Frecuencia n	Porcentaje %	Frecuencia n	Porcentaje %
Edad				
15 años	47	43.9	63	36.2
16 años	19	17.7	37	21.2
17 años	31	28.9	48	27.5
18 años	9	8.4	19	10.9
19 años	1	0.9	7	4
Sexo				
Femenino	77	71.9	90	51.7
Masculino	30	28	84	48.2
Escolaridad				
1 ^{er} año	72	67.2	102	58.6
2 ^{do} año	3	2.8	5	2.8
3 ^{er} año	32	29.9	67	38.5
Estado civil				
Soltero	105	98.1	173	99.4
Unión libre.	1	0.9	0	0
Madre o padre soltero	1	0.9	1	0.5
Trabaja y estudia				
Si	10	9.3	16	9.1
No	97	90.6	158	90.8

Fuente. CCH. Vallejo. UNAM.

Cuadro 10. Características de las familias de los adolescentes y depresión.

	SI		NO	
	n	%	n	%
Funciones familiares:				
Realizadas	86	80.3	162	93.1
No realizadas	21	19.6	12	6.8
Numero de hijos:				
1-3	77	71.9	112	64.3
4-6	27	25.2	53	30.4
7-10	3	2.8	9	5.1
Madre que trabaja:				
Si	55	51.4	91	52.2
No	52	48.5	83	47.7
Estado civil de los padres:				
Casados	74	69.1	67.8	67.8
Unión libre	12	11.2	12	12
Divorciados	15	14	13.7	13.7
Viudos	5	4.6	5.7	5.7
Separados	1	0.9	0	0
Madre o padre soltero	0	0	0.5	0.5

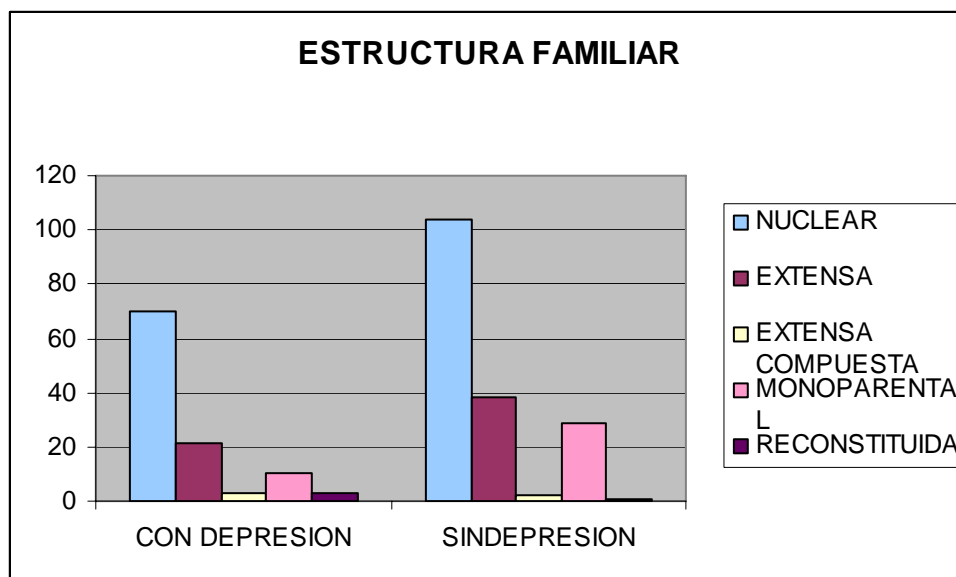
Fuente. CCH Vallejo. UNAM

Cuadro 11. Tipología familiar de los adolescentes y depresión.

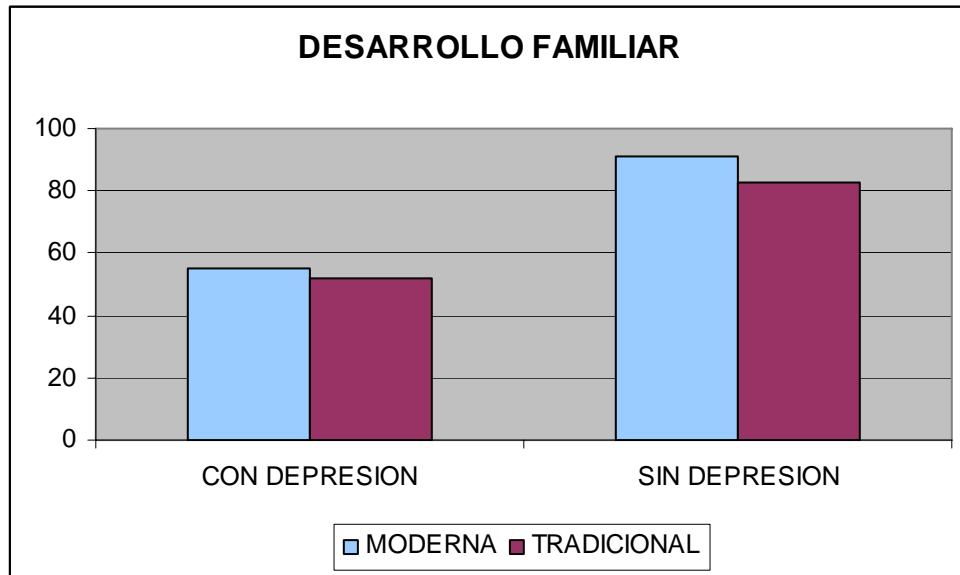
	SI n	%	NO n	%
Estructura:				
Nuclear	70	65.4	104	59.7
Extensa	21	19.6	38	21.8
Extensa compuesta	3	2.8	2	1.14
Monoparental	10	9.3	29	16.6
Reconstituida	3	2.8	1	0.5
Desarrollo:				
Moderna	55	51.4	91	52.2
Tradicional	52	48.5	83	47.7
Integración de acuerdo a funciones:				
Integrada	86	80.3	162	93.1
Semi-integrada	21	19.6	12	6.8

Fuente. CCH Vallejo. UNAM.

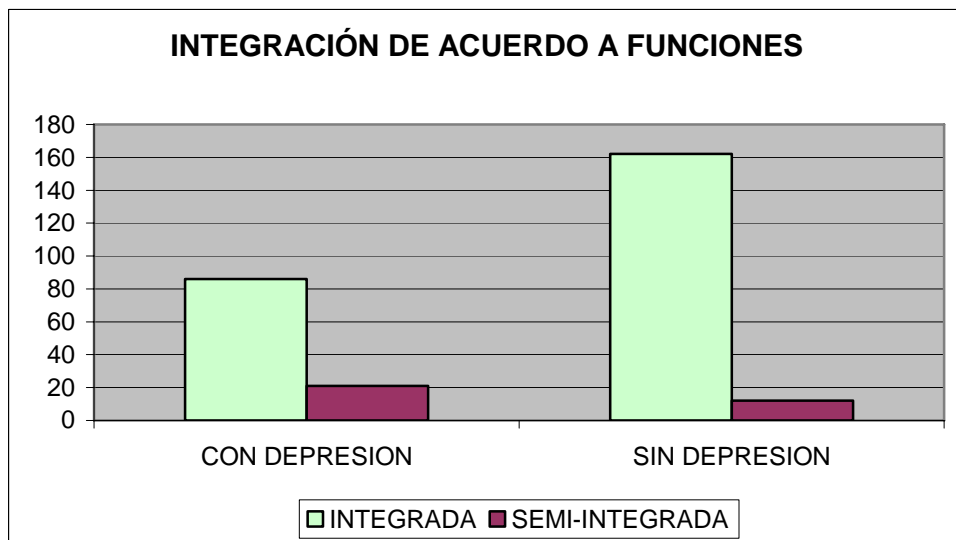
GRÁFICA 11.1



GRÁFICA 11.2



GRÁFICA 11.3



DISCUSIÓN

El presente estudio demostró que entre los adolescentes del CCH Vallejo existe una frecuencia de depresión del 38.1 %, predominando en el sexo femenino, la edad de 15 años y el estado civil de soltero. Con respecto a la funcionalidad familiar predominaron las familias De rango medio con una frecuencia de 47.7 %, seguidas por las balanceadas con un 30.2 % y por ultimo las extremas con un 22.1 %.

No existió asociación entre depresión y funcionalidad familiar, por lo que considero que la etiología de la depresión es multifactorial.

Moreno-Contreras¹⁵ En similitud con un estudio realizado en la ENP No. 5 “José Vasconcelos” de la ciudad de México. Donde aplicó la escala de Zung, encontró que la depresión predomina en el sexo femenino y que sus familias eran nucleares, modernas e integradas, Núcleos familiares conformados por tres hijos, el estado civil de la mayoría de los padres fueron casados

También considera que existen factores que influyen en la aparición de este trastorno destacando condiciones como: disfunción familiar, rechazo en la relación madre-hijo, conflictos de pareja, madre depresiva (tres veces mas probabilidad tanto por el factor genético como por el ambiental), pérdida de alguno de los padres, pérdida de la madre antes de los 11 años. Conflictos de pareja, madres que contraen matrimonio más de una ocasión, cuando ambos padres laboran, pertenecer a una familia extremadamente conflictiva, inestable o caótica y abandono del hogar, situaciones que pueden generar mucha tensión en el adolescente. Aunado a otros factores asociados como son: ingresos económicos bajos, cambios frecuentes de escuela, separación de los padres o bien el divorcio, rupturas relacionales que pudieran obstaculizar el proceso de individualización; separación de sus amigos, enfermedad durante el último año, sustancias como la cafeína , fármacos como los corticosteroides, antecedentes de familiares con

algún tipo de depresión, pueden ser genéticamente propensos, sin embargo no se ha demostrado una secuencia genómica específica.

En similitud Boschetti-Fentanes¹⁶ menciona que la depresión es más frecuente en mujeres y la describe como un grave problema de salud pública.

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico-cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.

En apoyo a lo anterior Ciurana¹⁴ menciona que aproximadamente 50% de los adolescentes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género se observa como una constante la proporción de dos mujeres por un varón, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones. Al respecto Dio¹⁷ refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol; la feminidad misma - tal como esta concebida en nuestra cultura - sería el factor de mayor riesgo para la depresión. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de feminidad, formas de ser mujer que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés. En similitud Camacho-Carmona²⁵ refieren en

las mujeres una mayor tendencia a la depresión, pensamientos e intentos suicidas e imagen corporal. Es importante destacar que la edad de aparición está bajando notablemente en las nuevas generaciones y esto puede deberse al aumento de los estresores.

También mencionan que la depresión involucra aspectos de orden genofenotípicos e ideológicos, los cuales se estructuran en la historia psico-social de las personas que la padecen. Es decir, afecta a las personas que la padecen en todas sus dimensiones y escenarios: física, neuroquímica, psicológica, familiar y socialmente.

Dos Santos¹⁸ refiere que la depresión es frecuente en la adolescencia (25.5%), pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios o conductas de riesgo, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad, lo que tiene un alto costo social por las repercusiones comunitarias.

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención.

Herrera²⁶ menciona en similitud con nuestro estudio que para poder hablar de estado de salud adecuado es necesario tener en cuenta el modo de vida del individuo y por tanto, sus condiciones y su estilo de vida. Por lo general, el hombre pertenece, vive y se desarrolla dentro del grupo social primario denominado "familia" y de ahí que consideramos muy importante también para su salud, su modo de vida familiar.

Walsh¹⁹ refiere que a la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de

asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

En similitud Satir²⁰ considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Y una condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida.

En apoyo a lo anterior Gutiérrez²¹ menciona que el sistema familiar debe ser capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. Considerando que este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen enfrentar constantemente 2 tipos de tareas que son las tareas de desarrollo (son las tareas relacionadas con las etapas que necesariamente tienen que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y las tareas de enfrentamiento (que son las que se derivan del enfrentamiento a las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas). Ambos grupos de tareas requieren en gran medida de la

capacidad de adaptación, ajuste y equilibrio de la familia para lograr que ésta sea capaz de desarrollarse y enfrentar los momentos críticos de una manera adecuada y mantener el equilibrio psicológico de sus miembros. No se puede hablar de funcionalidad familiar como algo estable y fijo, sino como un proceso que tiene que estar reajustando constantemente.

En similitud Herrera-santi²⁷ menciona que si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros. Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Tovar-Granada²⁴ también refiere que se ha definido a la familia disfuncional como aquella que se ve imposibilitada para realizar de un modo adecuado sus funciones familiares, afectando áreas primordiales como la educación y el desarrollo afectivo. La disfunción familiar puede manifestarse a través de un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento inicial de adaptación en sus integrantes. Por lo que el médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo; por esta razón es importante identificar los factores demográficos, estructurales, de etapa del ciclo vital, patología familiar, redes de apoyo y su relación con la presencia de disfunción familiar percibida por algún miembro de la familia.

Pinto²⁶ afirma que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso Salud-Enfermedad de sus miembros y en sus relaciones; y por lo tanto, en el sistema como un todo. La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de sus necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida. Ya que considera como

principal motivo de los trastornos de conducta del adolescente a la crisis familiar. La inadaptación social del adolescente es el resultado del fracaso en el proceso de socialización, entendiendo por tal el aprendizaje de pautas que permiten una adecuada y gratificante adaptación al medio. La familia viene a ser el principal contexto donde se desarrollan las posibilidades del adolescente, en consecuencia son los padres los responsables de tal aprendizaje.

Horwitz²³ señala que la etapa con hijos adolescentes suele ser considerada como una de las más difíciles dentro del ciclo vital de la familia. Es el periodo mas “centrifugo” dentro del ciclo familiar. Es decir, es una etapa donde los distintos miembros de la familia cambian su orientación hacia relaciones extra-familiares y las fronteras pueden volverse menos permeables que en etapas anteriores. Esta característica se nota con claridad en los típicos conflictos padres-hijos referidos a la defensa de la privacidad y de la autodeterminación por parte de los adolescentes también esta viviendo tendencias “homeostáticas”, en el sentido que mantienen conductas que reflejan sus necesidades infantiles de protección y control por parte de sus padres.

Camacho²⁵ refiere como elementos coadyuvantes en la aparición de episodios depresivos la disfunción familiar, pérdidas, separación de los padres, adicciones, problemas de pareja, violencia intrafamiliar, abuso sexual, post-parto, aborto, trastornos alimentarios, problemas académicos, problemas económicos, dificultad de integración con sus padres.

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros y en consecuencia en toda la familia. Sin embargo la disfuncion familiar no se encontró como detonante de depresión posiblemente como lo hemos descrito previamente la depresión puede ser la manifestación de múltiples factores que una vez conjugados pueden expresarse.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se demostró lo siguiente:

1. El perfil sociodemográfico de los adolescentes fue edad de 15 años 39.1 %, sexo femenino 59.5%, escolaridad 1er año de bachillerato 61.9%, estado civil solteros 98.9 % y solo un 9.3 % trabaja y estudia.
2. Las características de las familias de los adolescentes fueron: Si cumplen con sus funciones 88.3%, conformadas de 1 a 3 hijos 67.3%, madre que trabaja 52 % y con padres casados 68.3 %. La tipología familiar fue en cuanto a estructura: familias nucleares 61.9%, Desarrollo: Familias modernas 52 %, integradas de acuerdo a funciones 88.3%.
3. Dentro de las características de las familias de acuerdo a su cohesión y adaptabilidad el tipo de familia que predominó fue Caótica-relacionada 12.5%, seguida por caótica-aglutinada 11.7 % y flexible-semirrelacionada 11%.
4. Dentro de la funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (FACES III). Predominaron las familias de rango medio 47.7%.
5. Con respecto a la frecuencia de Depresión se observó que los adolescentes presentaron un 38.1 %. Con predominio de un grado leve en el 24.2%
6. No existió asociación entre disfunción familiar y depresión.

RECOMENDACIONES

El médico familiar se encarga de atender a todos los grupos de la población dando un manejo integral, los adolescentes no son la excepción, son una población en riesgo que pueden desarrollar problemas diversos, dentro de ellos la depresión.

Existe una dificultad en el tratamiento del adolescente debido a que este grupo de la población difícilmente acude a consulta con su médico familiar, cuando lo hace generalmente es llevado por sus padres, y no por voluntad propia, lo que dificulta en ocasiones la relación médico-paciente. Es poco frecuente que el adolescente hable abiertamente de sus inquietudes o problemas ante el médico, porque lo ve como figura de autoridad dentro del consultorio, por lo cual me parece que sería más conveniente establecer más comunicación en el lugar donde se desenvuelve por ejemplo en las escuelas o centros de recreación.

Sería conveniente implementar programas de prevención y apoyo a esta población llevados a cabo por el equipo de salud y en el cual también se involucrará a los padres y profesores, manejándose aquellos tópicos de salud que corresponde a esta etapa específica del desarrollo: alcoholismo, uso y abuso de sustancias ilegales, depresión, relaciones sexuales prematuras, embarazos no deseados, trastornos de la alimentación, ideación suicida o suicidios consumados, enfermedades de transmisión sexual incluyendo SIDA y otros.

Generalmente cuando se presenta depresión esta es reactiva a una situación que el adolescente no puede manejar, la cual puede ser escolar, familiar o del medio que le rodea.

Es necesario realizar más estudios relacionados con la depresión en el adolescente o para conocer mejor sus características clínicas, estrategias de

detección temprana y esquemas terapéuticos efectivos, por las consecuencias que pueden desarrollar en la etapa adulta si no resuelve bien sus tareas y responsabilidades encomendadas en esta etapa.

En una investigación realizada por el Dr. Irigoyen Coria, publicada en 1989, se encontró que menos del 10% de los médicos familiares realizan el diagnóstico de salud familiar de manera cotidiana, en su actividad clínica, en base a esto recomiendo la conveniencia de usar este instrumento de trabajo que nos permite brindar una atención integral y continua con mayor facilidad.

Una de las limitantes que tiene el médico familiar en su consulta a nivel institucional es el tiempo que se le proporciona para la misma y las dificultades que a veces enfrenta para poder brindar una atención continúa.

Igualmente me parece importante difundir entre los médicos familiares el conocimiento e importancia de los diferentes instrumentos existentes para evaluar a la familia dados los beneficios que esto puede redituar a su práctica diaria. Por lo que es necesario implementar cursos de capacitación continua para así orientar y derivar a el adolescente a otros servicios si así lo requiera.

Lo mejor para el adolescente es darle una familia funcional.

Por último, recordemos el significado de la palabra: "Asistir" (asistiré) es "estar al lado del otro" razón fundamental y vocacional de la profesión y misión que los médicos hemos elegido.

BIBLIOGRAFIA

1. Irigoyen Coria A, et. Al. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ª ed. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1998.
2. Villatorio Velásquez Jorge A, et al. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental V. 20, No. 2 Junio de 1999.
3. Forcada Casanovas José María. <http://www.medicina.htm>. Médico de Familia: humanización de la medicina. Marzo 1982.
4. Stirling M. Simón FB; Wynne L.C. Vocabulario de terapia familiar. Ed. Gedesa. Buenos Aires, 1998: 210-220.
5. Engels Marx. El origen de la Familia de la Propiedad Privada y el estado. 4ª. Ed. Ed Época. Junio 1891.
6. Taylor Robert B: Medicina Familiar. Principios y Práctica. Ed. Doyma. Barcelona, 1991: 31-37.
7. De la Revilla L. La Disfunción familiar. Atención Médica. Vol. 10 No. 2 Julio/Agosto, 1992.
8. Gómez Clavelina FJ. Et al. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion. Evaluation Scales) Arch. Med. Fam. Depto De Med. Fam. Facultad de Med. UNAM. 1999 Vol. 1 Num (3).

9. De la Revilla L; De los Ríos A.M. La utilización de los servicios de Salud y los motivos de la consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención Primaria Vol. 13 No. 12. 15 de Feb, de 1994.
10. Anónimo. Colombia Médica. Vol. 26 No. 2, 1995. pp 51-54.
11. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de Medicina Familiar Vol. 1 No. 2 Abril-Junio, 1999.
12. Ponce Rosas E.R. et al. Análisis Confabilidad de FACES III (versión en español). Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina. UNAM. Atención Primaria. Vol. 23 Num. 8 15 Mayo, 1999.
13. Gómez Clavelina Fco. J. Dr; Irigoyen Coria A. Aplicación de FACES III. Depto. De Medicina Familiar. Facultad de Medicina. UNAM. Atención Primaria. Vol. 23 Num 8. 15 Mayo 1999.
14. Boschetti-Fentanes B. La Depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar Vol. 6 No. 3, 2004. pp 61-63.
15. Moreno Contreras S, Boschetti-Fentanes B. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. Archivos de Medicina Familiar. Vol. 5, no. 3, 2003. pp 89-94.
16. Kavan Michael G, et al. Detección de la depresión: el uso de cuestionarios para pacientes. MF Revista Internacional de Medicina Familiar. Vol. 3 No. 2 Junio 1999.

17. Jeammet Philippe. La depresión en el Adolescente. Tratado de Psiquiatría del niño y el Adolescente, 1996 pp 391-417.
18. File:///A:psiquiat.htm. Depresniños-adolesc.htm. Depresión en la infancia y en la adolescencia, 2002.
19. Jiménez Genchi Alejandro; Díaz Ceballos Moreno MA; Suicidio e intento suicida: Aspectos epidemiológicos. Psiquis (México) Vol. 4 Num 5, 1995.
20. de la Peña Francisco, et al. Traducción al español y validez de la escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Salud Mental V 19 Suplemento, octubre de 1996.
21. File:///A:/depre.htm. Conceptos contemporáneos en depresión. Programas Educativos Especiales. Presencia UPR en la Reforma de Salud y Educación Continua para el médico primario no.6 2000.
22. De la Góndora Martín J:J: Manejo de la depresión y ansiedad en Atención primaria. Vol. 20 No 7, octubre 2001.
23. Monton C.M. et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. Vol. 12 Num 16, octubre de 1993.
24. Tovar-Granada C, Sanchez-Escobar L. Autopercepcion de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar. Vol. 5, no. 3, 2003. pp 92-95.
25. Camacho-Cantillano M, Carmona Suárez M. Perfil de los casos referidos por depresión a la clínica de adolescentes. Las depresiones, Nuevas Perspectivas Clínicas, Etiopatogenicas y terapéuticas. 2003. pp

26. Pinto-Herrera F, Livia-Segovia J. Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Facultad de Psicología.2001.

27. Herrera-Santi M. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med gen Integr; Vol. 13, no. 6. 1997. pp 1-4.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LUGAR _____ Y
FECHA _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO:
FRECUENCIA DE DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS EN EL CCH PLANTEL VALLEJO.

REGISTRADO ANTE EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD O LA CNC

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: DETERMINAR LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DEL CCH PLANTEL VALLEJO.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACION CONSISTIRA EN: **RESPONDER DE FORMA LIBRE Y SIN PRESION ALGUNA, UN CUESTIONARIO CON RESPUESTAS DE OPCION MULTIPLE**

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE QUE NO SE TIENEN RIESGOS NI INCONVENIENTES, NI MOLESTIAS Y SI BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO, QUE SON LOS SIGUIENTES:

IDENTIFICAR LA ASOCIACION QUE EXISTE ENTRE DEPRESION Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ASI COMO FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR. PARA IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE MANEJO CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS ADOLESCENTES.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE LE PLANTE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN ACABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACION O CON MI TRATAMIENTO (EN CASO DE QUE EL PROYECTO MODIFIQUE O INTERFIERA CON EL TRATAMIENTO HABITUAL DEL PACIENTE EL INVESTIGADOR SE COMPROMETE A DAR INFORMACION OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO EN EL INSTITUTO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDAD DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE LOS DATOS RELACIONADOS CON MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIENTE SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACION ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE ESTA PUDIERA CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE, FIRMA, MATRÍCULA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

NÚMERO TELEFÒNICOS A LOS CUALES PUEDE COMUNICARSE EN CASO DE EMERGENCIA, DUDAS O PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO: 5529625335

TESTIGOS

CLAVE 2810-009-013

ANEXO 2

FOLIO: _____

ESTOS CUESTIONARIOS SON CON FINES DE INVESTIGACIÓN, SON ANONIMOS, Y AGRADEZCO DE ANTEMANO TU PARTICIPACIÓN EN ELLOS.

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN. (FAMILIAR)

EDAD _____ GRADO QUE CURSAS _____

RESPONDE CON UNA X EN EL O LOS PARÉNTESIS CORRESPONDIENTES:

1. SEXO: MASC () FEM ()

2. EDO. CIVIL:
SOLTERO () CASADO () U. LIBRE () MADRE O PADRE SOLTEROS ().

3. ¿QUIÉNES VIVEN EN TU CASA BAJO EL MISMO TECHO?
PADRE () MADRE () HERMANOS () ABUELOS () TIOS () PRIMOS () PADRASTRO () MADRASTRA () MEDIOS HERMANOS () AMIGOS () ESPOSA O/E HIJOS () OTROS ().

4. EN TU FAMILIA CONTANDOTE TU, CUANTOS HIJOS SON: _____

5. ¿CONSIDERAS QUE EN TU FAMILIA, PADRES E HIJOS CUMPLEN CON SUS FUNCIONES?
SI () NO (). SI TU RESPUESTA ES NO: ¿QUIÉNES? PADRE () MADRE () HIJOS ().

6. TU QUE NÚMERO DE HIJO OCUPAS: _____

7. TRABAJAS Y PERCIBES UN SUELDO QUE APORTAS A TU FAMILIA?
SI () NO ().

8. TU MAMÁ TIENE UN TRABAJO REMUNERADO ECONOMICAMENTE:
SI () NO ().

9. TUS PAPÁS ESTAN:
EN UNION LIBRE () CASADOS () DIVORCIADOS () VIUDOS ().

TEST DE ZUNG

INSTRUCCIONES: LEE CUIDADOSAMENTE Y RESPONDE CON UNA (X) EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A COMO TE SIENTES DE DOS SEMANAS A LA FECHA.

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1. Me siento abatido y triste				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto y deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Disfruto al mirar y conversar con mujeres u hombres atractivos				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo el ambiente tan claro como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto de las mismas cosas.				

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice EAD

Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD	Punt. Bruta	Índice EAD
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Índice EAD	Impresión Clínica Global Equivalente
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión (de mínima a leve)
60-69	Presencia de depresión (de moderada a notable)
70 o más	Presencia de depresión (de severa a extrema)

ANEXO 3

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi siempre	5. Siempre
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				