



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

SECRETARÍA DE SALUD

NACAJUCA, TABASCO

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES DE JALPA DE MÉNDEZ TABASCO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

GLADIS ALEJO HERNÁNDEZ

NACAJUCA, TABASCO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES DE JALPA DE MÉNDEZ TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

GLADIS ALEJO HERNÁNDEZ

DRA. ELISA MADRIGAL TESCUM

ASESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN NACAJUCA, TABASCO

DRA. LEISY ORAMAS DE LA CRUZ

ASESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN NACAJUCA, TABASCO

DR. MIGUEL PABLO GARCÍA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS

DRA. ELISA MADRIGAL TESCUM

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

VILLAHERMOSA TABASCO

2007

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES JALPA DE MÉNDEZ TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
GLADIS ALEJO HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

**DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES JALPA DE MÉNDEZ TABASCO**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA
GLADIS ALEJO HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES

DR. LUÍS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

QUÍM. SERGIO LEÓN RAMÍREZ
COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA DE LA SECRETARIA SALUD DEL ESTADO
DE TABASCO

DR. UBALDO DÍAZ RODRÍGUEZ
JEFE JURISDICCIONAL
JURISDICCIÓN # 10
JALPA DE MÉNDEZ TABASCO

DR. RICARDO LÓPEZ ALVARADO
GERENTE DE CAAPS
JALPA DE MÉNDEZ TABASCO

DEDICATORIA

A mis padres Enrique y Marquesa, a mis hermanos Javier y Felipa, a mis sobrinos Fátima, Javier Enrique y Guadalupe, a mi esposo Marcos Roberto, a mis hijos Miriam y Emmanuel, porque son las personas que más quiero.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios** por prestarme la vida para lograr con éxito esta etapa de mi carrera profesional.

A mis maestras Dra. **Elisa** y Dra. **Leisy** que me brindaron sus conocimientos, al Dr. **Miguel Pablo** por brindarme su tiempo y asesoría para lograr terminar esta tesis.

A mis compañeros de la sede de Nacajuca que me brindaron su apoyo **Harvin, Jesús, Hugo, Diógenes, Francisco, Julio, Carmen, Jenny, Bárbara.**

ÍNDICE

Marco teórico (antecedentes).....	2
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivo	
➤ General.....	16
➤ Específico.....	16
Hipótesis	17
Metodología	
➤ Tipo de estudio.....	18
➤ Población, lugar y tiempo de estudio.....	18
➤ Muestra.....	18
➤ Criterios de inclusión y exclusión.....	19
➤ Variables	20
.....	
➤ Método de recolección de la información.....	21
➤ Consideraciones éticas.....	22
Resultados.....	24
Discusión	26
Conclusiones.....	28
Referencias Bibliográficas.....	30
Anexos.....	34

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en la práctica cotidiana del médico de familia en México se reporta un 30% de episodios depresivos en adolescentes, en Estado de Tabasco oscila una incidencia del 15 al 20% de depresión, con una población adolescente de 441369 habitantes (19, 20).

En el presente estudio demuestra que existe una relación estrecha entre disfunción familiar y depresión en adolescentes, ya que la familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para los cambios que son producidos desde el exterior como desde el interior y que pueden llevar a modificaciones estructurales y funcionales. Las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino que cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones. Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del Ciclo vital.

Por lo tanto la enfermedad depresiva en La adolescencia es común, amenaza la vida, es tan crónica y recidivante que puede llegar a ser discapacitante o progresar a un trastorno bipolar o suicidio. El 10% de los adolescentes presentaran un episodio depresivo mayor y además se reconoce la comorbilidad asociada con otros trastornos psiquiátricos como trastorno de ansiedad, alimentación, conducta y personalidad y abusos de alcohol y sustancias, es por eso la importancia que tiene este problema y se realiza este estudio.

RESUMEN

Alejo Hernández Gladis; Secretaria de Salud del Estado de Tab.; Universidad Autónoma de México, Departamento de Medicina Familiar; **“DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES DE JALPA DE MÉNDEZ TABASCO”**. Madrigal Tescum Elisa Dra., Oramas de la Cruz Leysi Dra.

Objetivo. Identificar si la disfuncionalidad familiar es causa de depresión en adolescentes de Jalpa de Méndez Tabasco.

Material y métodos. Se realizó el presente estudio descriptivo transversal de casos y controles en la cabecera municipal de Jalpa de Méndez donde se tomó una muestra de 307 adolescentes al azar, a los cuales se les aplicó dos encuestas: la escala de evaluación para depresión de Hamilton, y el cuestionario de FACES III.

Resultados. Donde se encontró que el 25.8% de los adolescentes enfermos con depresión se encontraban alrededor de la adolescencia tardía, una Chi-cuadrada de 8.2 entre la relación de depresión y sexo, y una Chi-cuadrada de 5.5 entre la relación de adolescencia y disfunción familiar.

Conclusiones. Finalmente el estudio corrobora que se presenta una relación marcada entre disfunción familiar y depresión. Se encontró una elevada disfunción en familias con hijos adolescentes. Se encontró relación entre sexo y depresión no significativa. La depresión fue marcada en la adolescencia tardía.

ANTECEDENTES

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano, según Le Play-Proudhon “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directa personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existen el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza (1).

El bueno o el mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (2).

La dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de que manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo con el ciclo vital por el que este atravesando. Es la totalidad de fuerzas tanto positivas como negativas, determinantes del buen o mal funcionamiento de este sistema y al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que el 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. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante. La dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuos y le infunden además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás (3). La familia es una institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad.

Las funciones específicas de la familia pueden resumirse como las siguientes:

- Asegurar la subsistencia de cada uno de los miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja.
- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada la identidad familiar, que asegure la integridad psíquica y que facilite el adiestramiento en las tareas de participación social y el afrontamiento de nuevas experiencias.

- Moldear el papel sexual condicionado por la imagen de integridad y madures de los padres, que favorezca a su vez, la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, a fin de garantizar la supervivencia de la especie.
- Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros en forma individualizada.
- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal, que la familia perpetúe las circunstancias y los valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes (4).

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual, la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros esta en contacto se va extendiendo.

La etapa constitutiva de la familia se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos y se divide en fase preliminar y fase de recién casados (sin hijos), en esta etapa, la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y una separación emocional de sus respectivos padres. Es importante la regulación de la natalidad, así como la evolución de los intereses de la pareja.

La etapa procreativa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por adopción de los hijos, la cual se divide con fase de expansión dividido en el nacimiento del primer hijo, familia con hijos preescolares. En este

momento dar orientación sobre crecimiento y desarrollo de los hijos, alimentos higiene, inmunizaciones, control de la fertilidad, embarazos de alto riesgo, prevenir enfermedades y a mantener el bienestar biopsicosocial de todos los miembros de la familia mediante el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud. La siguiente fase de consolidación y apertura la cual se divide en familia con hijos escolares y familia con hijos adolescentes.

En la familia con esta edad escolar es trascendental importancia el abordar aspectos como el ingreso de los niños a la escuela; el incremento y la facilitación de la socialización; la estimulación de la responsabilidad y los logros escolares, orientación sobre la sexualidad, drogadicción y alcoholismo, etc. y al llegar a la adolescencia, los padres deben confrontar, la difícil tarea de aceptar la diferenciación de papeles de los hijos mayores, así como la paulatina separación del hogar. Así mismo, los límites familiares deben ser flexibles para permitir al Adolescente moverse dentro y fuera del sistema familiar.

La etapa de dispersión comienza con la separación del primero de los hijos del núcleo familiar y termina cuando el último ha dejado los cónyuges nuevamente solos.

Etapa familiar final. Donde los esposos aprender a ser independientes, es esta etapa adquiere de gran importancia incrementar la convivencia y la comunicación entre la pareja y el medio de la practica de las actividades conjuntas, así como mantener vigentes los vínculos familiares con las generaciones jóvenes y mas viejas, promover los cambios en estilo de vida que prevengan o retarden la aparición de enfermedades crónicas (5).

Dentro de las familias existen eventos críticos los crisis familiares es cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que ocasiona cambios en la funcionalidad de sus miembros y a través de los diversos estímulos provenientes del medio en el que esta incluida.

Las crisis normativas están en relación con las etapas del ciclo vital de la familia y son definidas como situaciones planeadas, esperadas o forman parte de la evolución familiar.

Las crisis dentro de la etapa constitutiva son matrimonio, dependencia económica o afectiva de la pareja de sus familias de origen; cónyuges adolescentes; problemas de adaptación sexual; diferencia socioculturales, intelectuales, económicas, educativas y religiosas de la pareja. En la etapa procreativa diferentes expectativas sobre el embarazo; embarazo, nacimiento, del primer hijo; dificultad para asumir el papel parental; familia con hijos lactantes y preescolares; adolescencia; ingreso y adaptación escolar de los hijos, hijo único, nacimiento de otros hijos, familia numerosa, sobreprotección o rechazo a los hijos, crecimiento y desarrollo de los hijos. En la etapa de dispersión la separación de los hijos por causa escolares y/o laborales, independencia y matrimonio de los hijos. En la etapa familiar final padres nuevamente solos, síndrome del nido vacío, jubilación o retiro, climaterio, muerte de uno de los cónyuges, viudez.

Las crisis paranormativas son experiencias adversas o inesperadas. Incluyen eventos provenientes del exterior, que aunque frecuentes resultan impredecibles para la familia. Las crisis tales como infidelidad, divorcio, alcoholismo y

actividades criminales, habitualmente ocasionan mayor disfunción familiar que cualquier otro de evento crítico (6).

Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentra y en relación con las demandas que perciben de su entorno (7,8). Otros autores han relacionado los acontecimientos vitales y los problemas psicosociales con el origen de crisis y disfunción familiar (9).

Por lo que en la actualidad se cuenta con un sistema de evaluación que es el sistema de Escala de la evaluación de la adaptación y de la cohesión de la familia (FACES III) determina la cohesión y la adaptabilidad de la familia. Se piensa para el uso con todos los miembros de esta. Los factores a evaluar son: Relación emocional, límites, coalición, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, interés, recreación (10).

El modelo circunflejo de Olson es un método de evaluación familiar que considera dos dimensiones para caracterizar a una familia: su grado de cohesión y su adaptabilidad. La primera se refiere al vínculo emocional y al grado de autonomía experimentado por cada miembro y se describen cuatro niveles de cohesión (desligado, separado, conectado, aglutinado). La segunda se refiere a la flexibilidad, control, negociación, reglas y considera cuatro niveles (rígido, estructurado, flexible, caótico). La combinación de estos parámetros permite diferenciar 16 tipos de familia, que se pueden estructurar en tres grupos más generales (balanceadas, mixtas y extremas). La tesis central del modelo plantea

que las familias balanceadas funcionan de modo más adecuado que las extremas (11).

La adolescencia es considerada una fase de desarrollo humano importante y crítica. Su pone el caso del final de la infancia y el inicio de la vida adulta, lo que implica transformación de procesos psicológicos y reorganización de la personalidad. Los cambios mas fuertes son biológicos y la influencia socio-ambientales, que determinan demandas limitaciones específicas en cada cultura, facilitan o dificultan la estabilidad psicológica de los jóvenes (12).

El medico familiar y los padres deben comprender que existen varias razones que explican los cambios normales de estado de ánimo en el adolescente. En la adolescencia temprana la pubertad atrae una nueva percepción de si mismo, y del ambiente, aparece un aumento cualitativo de la presión instintiva que afecta su vida social, además de su capacidad de pensar lo vuelve crítico, generando esto conflicto con los adultos. En la adolescencia media se inicia el proceso natural del duelo, al separarse de sus padres, se comporta rebelde al darse cuenta que las cosas no necesariamente son como adultos dice que son, aparecen manifestaciones emocionales como frustración, celos y envidias que pueden originar actitudes francamente antisociales. En la adolescencia tardía en general tiende a ser más estable (13).

Por lo tanto la enfermedad depresiva en La adolescencia es común, amenaza la vida, es tan crónica y recidivante que puede llegar a ser discapacitante o progresar a un trastorno bipolar o suicidio. El 10% de los adolescentes presentaran un episodio depresivo mayor y además se reconoce la comorbilidad

asociada con otros trastornos psiquiátricos como trastorno de ansiedad, alimentación, conducta y personalidad y abusos de alcohol y sustancias.

La depresión en este grupo de edad afecta las funciones académicas, familiares y sociales, con repercusión en diferentes aspectos: separación del grupo social, declinación en el nivel educacional, repetir año escolar, baja autoestima, confianza en otros, abuso de alcohol y sustancia, alteración en relación de pareja, irregularidad en los empleos (14).

En la fisiopatogenia de la depresión en los adolescentes los factores causales son múltiples según las teorías existentes. Se presentan trastornos afectivos, se ha informado así mismo en los pacientes deprimidos descenso de neurotransmisores, además el cuadro clínico tiende a corregirse con los antidepresivos que mejoran la disponibilidad de estos neurotransmisores. Así mismo se informan alteraciones en pacientes deprimidos, manifestadas por la supresión de la actividad linfocitaria y alteraciones en las diferentes subpoblaciones de linfocitos.

Se ha detectado factores individuales que favorecen la depresión como son: labilidad emocional, formación de una nueva imagen de si mismo, inmadurez en sus juicios, actitud de autodestructiva, falta de logros académicos (14).

El modelo de interacción padre e hijo juega un papel importante en la génesis de la depresión, se señalan algunas de las alteraciones más frecuentes: carácter autoritario o permisivo de los padres, ruptura de lazos familiares, riña continúa de los padres, rechazo de los padres hacia el hijo y falta de comunicación entre padres e hijos.

Depresión en la adolescencia inicial. En esta etapa por el desarrollo propio en la esfera cognitiva el adolescente se vuelve analítico con tendencia a emitir juicios de valor que le generan problemas con los adultos. La separación gradual de los padres trae consigo el debilitamiento consecuente de los valores que repercute en su estructura mental, tornándose cada vez más frágil lo que genera un grado de ansiedad, lo que lo hace propenso a la depresión. La depresión es consecuencia de su interpretación cognitiva de la realidad, aunque esta puede ser errónea.

Depresión en la etapa de la adolescencia media y tardía. La idea del tiempo es determinante en el adolescente, para él todas las acciones y las experiencias son irrevocables, el adolescente deprimido siente que se ha perdido y que ya nada tiene remedio, la falta de moderación en el pensamiento lo lleva a situaciones extremas de todo o nada, reacciona de una manera dramática ante hechos de poca importancia, esto le genera un estado de ánimo conflictivo que lo predispone a la ansiedad y a la depresión. Cuando se ha iniciado un proceso depresivo y este es recurrente, el pronóstico es cada vez más grave. El cuadro clínico es parecido al del adulto expresa irritabilidad, mal humor, pérdida de interés, dificultad para concentrarse, desasosiego, lentitud o agitación psicomotora, anorexia y bulimia, pérdida de peso, trastorno del sueño, dificultad en su rendimiento escolar, negativismo, abandono de actividades sociales, abuso del alcohol u otros tipos de sustancias (15).

El diagnóstico se basa en la historia clínica, con la información del paciente y de los padres, así como los datos que aporten sus maestros y amigos. Existen

escalas para medir la depresión como la escala de Hamilton para la evaluación de la depresión, esta fue creada por Hamilton en 1960, es una escala de heteroevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo. Comprende 17 cuestiones graduadas, algunas de 0 a 3 y otras a 5, niveles de gravedad. Es suficiente sensible como para permitir apreciable cambio de puntuación durante el tratamiento antidepresivo. La puntuación total, obtenida sumando las puntuaciones de todas las cuestiones (de 0 a 52 puntos), expresa la gravedad y la significancia del cuadro clínico, Sin embargo, se comienza a considerarse indicativa de depresión moderada una puntuación total igual a 18. El diagnóstico a veces es pasado por lato por el médico familiar y no recibe tratamiento por lo siguientes factores: la idea de que la confusión en el adolescente es necesaria para el desarrollo de salud; la opinión de que el esfuerzo para superar la depresión; los problemas de los adolescente son triviales a diferencia de los adultos, rechazo del adolescente para aceptar la ayuda de figuras autoritarias, tiempo del médico para valorar adecuadamente, falta de conocimiento por parte de los padres, maestros y profesionales de salud sobre la depresión y su tratamiento(16).

Se considera mal pronóstico cuando el cuadro de depresión se inicia en edad muy temprana y se acompaña de otras patologías de como: enfermedad crónica, trastorno por déficit de atención, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y otro trastorno de conducta. La ideación suicida es de mal pronóstico por las características propias de la edad.

La evolución en el tiempo de un episodio depresivo en el adolescente, tiene estas modalidades: duración de seis a ocho meses, 20% consideran deprimidos después de un año, 10% continúan deprimidos durante dos años, un pequeño porcentaje continuaran deprimidos inexorablemente (17).

El tratamiento de primera línea es el psicológico. El tratamiento farmacológico se ha obtenido los mejores resultados con imipramina, grageas de 10 a 25 mg a dosis de 25 a 75 mg/día. Cuando en los adolescentes no responden a la imipramina y al tratamiento psicológico se pueden utilizar los antidepresivos inhibidores selectivos de serotonina o selectivos de la MAO.

Apoyo y asesoramiento a la familia acerca de las características del cuadro que presenta el hijo, mejorar la comunicación y la respuesta eficaz ante la conducta del hijo.

Promover educación medica en la comunidad, enfatizando una adecuada delación entre padres e hijos, evitando la sobre protección o el rechazo (18).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que la enfermedad depresiva en la adolescencia es muy común, amenaza la vida, y que el 10% de los adolescentes presentan un episodio depresivo mayor y además se le ha relacionada con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad, alimentación, conducta, personalidad, abusos de alcohol y sustancias contando a nivel con una población (14) es importante para estudio ya que a nivel nacional se cuanta con una población adolescente de 21,061144 de habitantes, a nivel estatal se encuentra una población adolescente 432, 220 habitantes, a nivel municipal cuenta con 16,536 adolescentes. En mi comunidad he observado una relación estrecha entre disfunción familiar y depresión en adolescente por lo que nace la necesidad de documentar el problema para hacer estrategias para resolver el problema.

¿Cuándo existe disfuncionalidad en la familia se presenta depresión en los adolescentes?

JUSTIFICACIÓN

Es la alta incidencia de depresión en adolescentes en Europa se realizó un estudio en Bélgica encontrando un 37% de los adolescente que habían presentado un estado depresivo de los cuales el 6.7% presentaban familias disfuncionales, en México se reporta un 30% de episodios depresivos en adolescentes, en Estado de Tabasco oscila una incidencia del 15 al 20% de depresión, con una población adolescente de 441369 habitantes (19, 20, 21,22).

La disfunción familiar se genera cuando las relaciones intrafamiliares son afectadas por una comunicación incoherente, confusa e indirecta, debido a que el sistema familiar se enferma progresivamente. Esta disfunción se convierte en el estilo de vida familiar y produce en muchos casos, el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos. En un estudio realizado en Cuba se encontró que el 52,1 % de disfunción familiar a expensas del mal desempeño de los roles paternas, el mal manejo del divorcio, el alto índice de alcoholismo y enfermedades psiquiátricas, así como las condiciones precarias de vida y la vivencia de pérdida debida a la salida del país de algún miembro (23).

Por lo que con su frecuencia y complejidad, las disfunciones familiares constituyen un verdadero reto para el medico de familia (24). El conocer sobre la vida, las relaciones interpersonales y el funcionamiento de las familias que acuden a la consulta, me motiva a la realización del trabajo, puesto que considero que al tener en nuestras manos el problema que trae cada familia dará mejores resultados en la precisión diagnostica y el mejor manejo para al

paciente. Se desconoce actualmente cual es la situación de depresión en el adolescente y cuanto influye la funcionalidad familiar en la población de Jalpa de Méndez comprobar que existe relación entre depresión del adolescente y disfunción familiar, el presente estudio servirá para brindar apoyo tanto psiquiátrico a esta población y brindar apoyo la familia con terapias familiares para reintegrar a este paciente a sus sistema familiar y a la sociedad.

OBJETIVO GENERAL

Identificar si la disfuncionalidad familiar es causa de depresión en adolescentes de Jalpa de Méndez Tabasco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar disfunción y no disfunción familiar en adolescentes según el FACES III.
- Buscar depresión y no depresión en adolescentes según la Escala de evolución de depresión de Hamilton.
- Identificar el grupo de edad más afectado en que se presenta la depresión.
- Identificar el sexo más afectado en que se presenta la depresión.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula

Si hay disfunción familiar no hay depresión en los adolescentes.

Hipótesis alterna

Si hay disfunción en las familias hay depresión en los adolescentes.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

- Descriptivo.
- Casos y controles
- Transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio

En la presente investigación se estudiaron adolescentes dentro de las edades de 12-19 años de edad, perteneciente a la cabecera municipal del Municipio de Jalpa de Méndez, Tabasco, desde el 1ro. De marzo del 2005 al 28 de febrero del 2006.

Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Se utilizo una muestra de 307 adolescentes calculada con el programa estadístico STAST en donde el tamaño del universo fue 1825 adolescentes con el error máximo aceptable del 5% y con el porcentaje estimado de la muestra es el 40% con un nivel de confianza del 95%.

Diseño de estudio

Se estudiará a los adolescentes a los cuales se aplicara una encuesta bajo los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- Pertenecientes a la cabecera municipal del Municipio de Jalpa de Méndez, Tabasco.
- Adolescentes (12 a 19 años).
- Cursando cualquier etapa del ciclo vital familiar.
- Adolescentes pertenecientes a familias con o sin disfunción familiar.
- Adolescentes de ambos sexos.

Criterios de exclusión

- Adolescentes que no pertenezcan al Municipio de Jalpa de Méndez, Tabasco.
- Adolescentes sin familia.
- Integrantes que tengan retraso mental.
- Pacientes menores a 12 años.
- Pacientes mayores de 19 años.

Criterios de eliminación

- Adolescentes casados.
- Adolescentes que se nieguen a contestar la encuesta.
- Adolescentes con diagnóstico de depresión.

VARIABLES

Variable independiente

- Disfuncionalidad familiar.

Variable dependiente

- Depresión en adolescentes.

VARIABLE	DEFINICIÓN	Tipo de Variable	ESCALA
Edad	Tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.	Cuantitativa	12-19 años
Sexo	Refiera nada más que a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos, i.e. a uno de los dos sexos. La persona es o de sexo femenino o masculino.	cualitativa	Masculino. Femenino.
disfuncionalidad	Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital	cualitativa	<ul style="list-style-type: none">• Disfunción.• Sin disfunción.
Depresión.	La depresión en el adolescente se define como una enfermedad caracterizada por abatimiento del ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo.	Cualitativa.	<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Sin depresión

Método de recolección de datos

Se encuestaron 307 adolescentes de ambos sexos, tomados al azar pertenecientes a la cabecera municipal de Jalpa de Méndez, Tabasco; durante el periodo marzo 2005 al mes de febrero del año 2006, a los cuales se les aplicó la encuesta del FACES III y la escala de Hamilton para evaluación de depresión, en sus domicilios posteriormente se realizaron las evaluaciones y clasificación las cuales se vaciaron en una base de datos.

Consideraciones éticas

1.- La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

2.- Todo proyecto de investigación biomédica que impliquen a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para los terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad

3.- Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

4.- En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

5.- En toda investigación en personas, cada posible participante deber ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio acarrear. Las personas deber ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas preferiblemente por escrito.

Ley General de Salud

1. Artículo 96 fracciones I, II, III, IV, V.
2. Artículo 100 fracciones I, II, III, IV, V, VI.
3. artículo 102 fracciones I, II, III, IV, V.

RESULTADOS

Se seleccionaron 307 familias con hijos adolescentes de municipio de Jalpa de Méndez Tab. Donde las variables fueron, edad, sexo, disfunción familiar, y depresión del adolescente.

En la Tabla (1) se demuestra que el 25.8% de los adolescentes que presentaron depresión fueron dentro de la adolescencia tardía de los 15 años. Según el valor de tendencia central y de dispersión se encontró que la media es 15.5, mediana de 15.0, desviación estándar 1.9, varianza 3.9.

Tabla 1. Edad de adolescentes y depresión

Edad	NO.	%
12	12	7.7
13	18	9.6
14	26	16.7
15	40	25.8
16	20	12.9
17	18	9.6
18	13	8.3
19	8	5.1
Total	155	100

Fuente: Encuesta aplicada Hamilton y FACES III

Donde las variables edad y depresión se encontró una Chi-cuadrado de 8.2 con un grado de libertad, el riesgo relativo es de 1.08, con una fracción etiológica de

7.6%, donde una fracción atribuible a la población es de 3.9%, tiene un nivel de confiabilidad del 95% y una $P= 0.05$.

Tabla 2. Relación de sexo y depresión

SEXO	NO.	%	depresión	S/n depresión
Masculino	153	49	78	74
Femenino	155	51	77	78
Total	307	100	155	152

Fuente:

Encuesta aplicada Hamilton y FACES III

En esta tabla los resultados de las variables disfunción y depresión se encontró una Chi-cuadrada de 5.5 con grado de libertad, se encontró un riesgo relativo de 1.74, una fracción etiológica de 4.2%, una fracción atribuible a la población de de 2.3%, con un grado de confiabilidad del 95%, con una $p= 0.05$

Tabla 3. Relación de disfunción familiar y adolescencia.		
ADOLESCENTE	DEPRESIÓN	SIN DEPRESIÓN
DISFUNCIONAL	104	82
F. FUNCIONAL	51	70
TOTAL	155	152

Fuente: Encuesta aplicada Hamilton y FACES III

DISCUSIÓN

Analizando los resultados los resultados obtenidos, se encuentra baja diferencia en el porcentaje de presentación de depresión entre el sexo masculino y femenino con un 51% de presentación, por lo que los resultados de A Marcas Ávila y Cols., con un resultado de 82% en el sexo femenino, lo que difiere con estudios previos debido a que la muestra del estudio fue tomada al azar y del estudio mencionado fue tomado directamente de la consulta (25, 26, 27, 28,29).

En el presente estudio se encontró que los pacientes que están expuestos a disfunción familiar tienen un riesgo relativo de 1.7 veces de padecer depresión, que los adolescentes que no tienen dicha alteración (X^2 5.5) y con un riesgo 1.05 veces por ser del sexo masculino con una X^2 82, que difiere del estudio N Zdanowicz y cols. Donde la X^2 fue de 69.1 donde la presentación fue en mayormente en mujeres.

En el estudio se encontró una elevada proporción de disfunción familiar en familias con hijos adolescentes alrededor de 60%, que se relaciona con el estudio de N. Zdanowicz y cols. que igualmente presentan el 60% de familias enfermas (30, 31).

Como se ha demostrado en este estudio, hay marcadas diferencias entre el grupo con depresión y el grupo sin depresión los resultados concuerdan y afirman los dos aspectos que se mencionan en estudios. El primer aspecto sería, la independencia del adolescente con depresión que este tenga y recae algunas veces en unas de las áreas descritas por Olson en cuando a la familia disfuncional que son estructurado-desligado y rígido desligado. Y el segundo

aspecto sería que el grupo de adolescente sin depresión se observa una menor cohesión con respecto a la edad.

Por lo que finalmente con respecto del objetivo principal de mi estudio se basa en que existe una relación entre disfunción familiar y depresión, ya que los paciente con depresión presentan una mayor cohesión familiar y lo que los hace faltos de independencia junto con los cambios emocionales que los pacientes presentan en esta etapa de la vida y se relacione adecuadamente con respecto al ambiente externo, la falta de cohesión en los paciente de depresión los hace más independiente afrontando las crisis externas a las que el adolescente esta expuesto y resolver adecuadamente los duelos que presente y capaces de diferenciarlos del sistema.

Aunque también hay otros estudios que mencionan que un sistema con mayor cohesión familiar determina la actitud pro-social del adolescente.

CONCLUSIÓN

- Finalmente el estudio corrobora que se presenta una relación marcada entre disfunción familiar y depresión.
- Se encontró una elevada disfunción en familias con hijos adolescentes.
- Se encontró relación entre sexo y depresión no significativa.
- La depresión fue marcada en la adolescencia tardía.

Por lo que el cuestionario de Olson es un instrumento que nos sirve para valorar la funcionalidad familiar, aunque ésta es cambiante según el ciclo vital de la familia nos orienta hacia el pronóstico y prevención de los adolescentes que se encuentren en dicho sistema familiar como por ejemplo en los cuadrantes extremo e identificar a los adolescentes que adoptan un patrón de conducta de riesgo, mejorando su interacción familiar.

SUGERENCIAS

- La aplicación de instrumentos de evolución de la funcionalidad familiar y de depresión en la consulta externa nos permite tener un pronóstico de salud mental que el adolescente presenta y no pasar desapercibido el diagnóstico y canalizar adecuadamente el tratamiento.
- Al encontrar disfunción familiar intervenir directamente con la familia refiriéndola adecuadamente al servicio de terapia familiar y prevenir la depresión en el adolescente.

- Para nuevos estudios sería importante evaluar adolescentes con familias ya formadas para observar la disfunción familiar que estos tienen valorar y este adolescente se encuentra deprimidos.
- Este estudio nace la posibilidad de mejorar las condiciones de interacción familiar tanto con orientación en la consulta externa familiar, enviar a terapia familiar a las familias con disfunción familiar y mejorar la salud mental del adolescente e incorporarlo a su sistema familiar y a la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ackerman NW. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos aires: Hormé, 1982.
2. Medalie JH. Medicina Familiar. Principios y prácticas. México: LIMUSA, 1987.
3. Minuchin S. familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1979.
4. Satir V. Psicoterapia familiar conjunta. 2ª. De México: La Prensa Medica Mexicana, 1986.
5. Estrada EL. El ciclo vital de la familia. México: Posadas, 1982.
6. Chagoya BL. Dinámica familiar y patología. En: La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 2ª. Ed. México: Ediciones Medicas del Hospital Infantil de México, 1980: 53-66.
7. De la Revilla L. La Disfunción familiar. Aten. Primaria. 1992. 10: 7-8.
8. Bellon Seameño JA. Delgado Sánchez A. Luna del castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. Aten. Primaria 1996; 18: 289-296.
9. Ramsey G. The Physiciansy family function assessment. Fam Syst Med 1984: 4; 262-278.
10. Olson, D., Portner, J., and Lavee, Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. In Camara, K. A. Test Critiques, Vol. VII., Kansas City, Mo., Test Corporation of America, Westport Publishing, 1988.

11. Stinnett, Nick, & De Frain, John. 1985 Secrets of strong families. Boston: Little, Brown & Co.
12. Pinto Herrera F, Livia Segovia J y otros, trastorno de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Facultad de psicología, universidad Federico Villarreal.
13. Bemporad ASJ Psicoterapia de la depresión. Edit Paidos México 1990: 108.
14. Bemporad ASJ Psicoterapia de la depresión. Edit paidos México 1990: 209-14.
15. Mardomingo SMJ. Psiquiatría del niño del adolescente. Edit Diez de Santos S.A. Madrid 1994: 255-273.
16. Polaino-Lorente A. Las depresiones infantiles. Edit Morata S.A. Madrid 1988: 382-387.
17. Polaino-Lorente A. Las depresiones infantiles. Edit Morata S.A. Madrid 1988: 320-329.
18. Walter G. Depresión in adolescente. Aust Fam Physc 1996; 25 (10): 1575-82.
19. Lou S, Magallón R, Orozco F, Arto A, Pons L, Betorz JJ et al Estudio epidemiológico en salud mental en una zona de salud. Aten Primaria 1990; 7: 338-344.
20. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. Gac Sanit 1998; 12: 153-159

21. Baca E, Sáiz J, Agüera LF, Caballero L, Fernández-Liria A, Ramos JA et al Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria* 1999; 23: 275-279.
22. Martínez R, Baylín A, Ortiz MF ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999; 23: 285-288.
23. Muñoz, M; Reyes, Bergara; Cobarrubias y otros: Chile en familia. Un análisis sociodemográfico. Primera Edición. UNICEF. Santiago de Chile, Nueva Editorial Interamericana, 1991:(1-57).
24. De la Revilla L, Aybar R, De los Ríos A, Castro JA Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1997; 19: 133-137.
25. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12: 153-159
26. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85-94.
27. Montalbán J Relación entre ansiedad y disfunción familiar. *Aten Primaria* 1998; 21: 67-76.
28. Rodríguez E, Gea A, Gómez A, García JM Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996; 17: 338-341.

29. Llorente S, López T, García LJ, Alonso M, Alonso P, Muñoz P Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996; 17: 100-106.
30. De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E, Cubillo J La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Aten Primaria* 1990; 7: 710-712.
31. De la Revilla L, De los Ríos AM La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* 1994; 13: 73-76.

ANEXOS

Cuestionario del FACES III

Nombre: _____ Edad _____ Sexo M o F

Domicilio _____

Edo. Civil _____ Ocupación _____

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que elija según el número indicado.

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

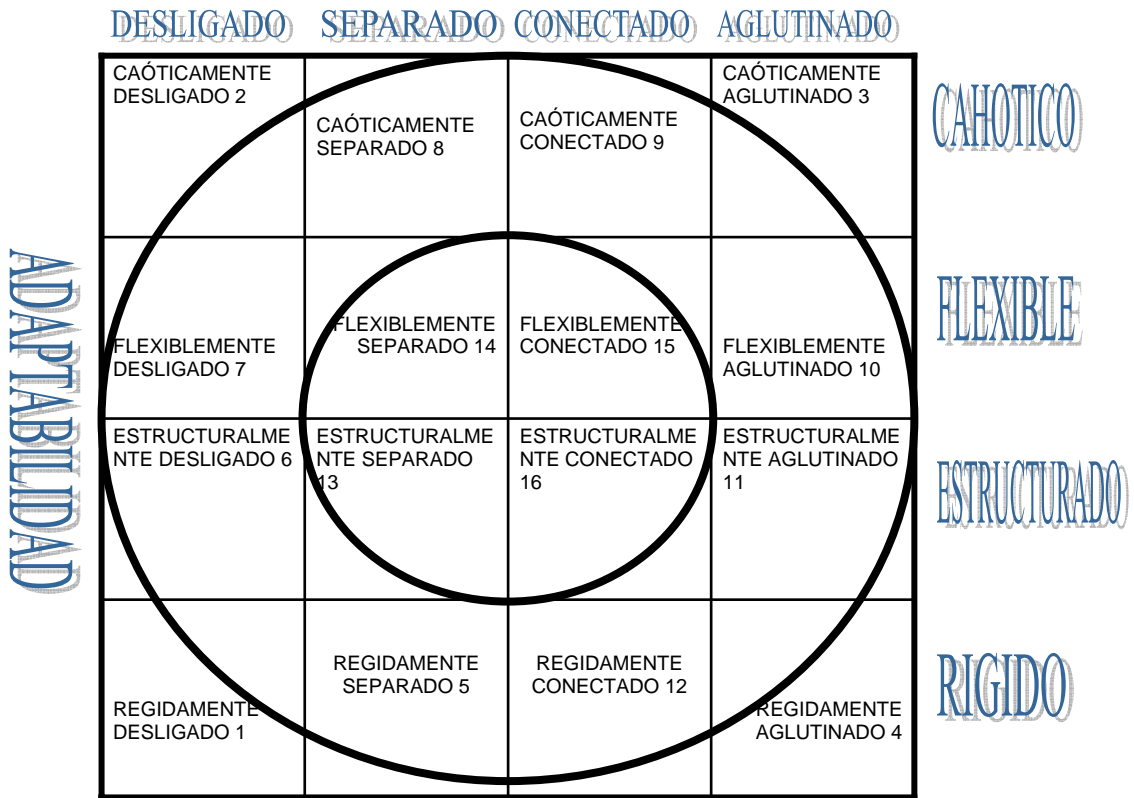
III (D.H. Olson, J. Porther e Y. Lavee).

Versión en español (México): C. Gómez y C. Irigoyen.

CALIFICACIÓN DEL FACES III

COHESIÓN		
8	50	
	48	
7	47	AGLUTINADO
	46	
6	45	
	43	
5	42	CONECTADO
	41	
4	40	
	38	
3	37	SEPARADO
	35	
2	34	
	25	DESLIGADO
1	24	
	10	

ADAPTABILIDAD		
8	50	CAÓTICO
	41	
7	40	
	30	
6	29	FLEXIBLE
	27	
5	26	
	25	
4	24	ESTRUCTURADO
	23	
3	22	
	20	
2	19	RÍGIDO
	15	
1	14	
	10	



ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____

INSTRUCCIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN.

- Rango de puntuación oscila entre 0-52
 - Una puntuación igual o superior a 25 corresponde a una depresión grave.
 - Una puntuación entre 7 y 17 corresponde a una depresión moderada.

1. humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad.

0. ausente.
1. estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente.
2. esta sensación la relata espontáneamente.
3. sensación no comunicada verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).
4. manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.

2. sentimientos de culpa.

0. ausente.
1. se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
3. siente que la enfermedad actual es un castigo.
4. oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. suicidio.

0. ausente.
1. le parece que la vida no vale la pena ser vivida.
2. desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.
3. ideas de suicidio o amenazas.
4. intento de suicidio (cualquier intento serio).

4. insomnio precoz.

0. no tiene dificultad.
1. dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño.
2. dificultad para dormirse cada noche.

5. insomnio intermedio.

- 0. no hay dificultad.
- 1. esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche.
- 2. esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar).

6. insomnio tardío.

- 0. no hay dificultad.
- 1. se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
- 2. no puede volverse a dormir si se levanta de la cama.

7. trabajo y actividades.

- 0. no hay dificultad.
- 1. ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos).
- 2. pérdida de interés de en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación).
- 3. disminución del tiempo actual dedicado a las actividades o disminución de la productividad.
- 4. dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamientos y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora.

- 0. palabras y pensamientos normales.
- 1. ligero retraso en el habla.
- 2. evidente retraso en el habla.
- 3. dificultad para expresarse.
- 4. incapacidad para expresarse.

9. agitación psicomotora.

- 0. ninguna.
- 1. Juega con sus dedos.
- 2. juega con sus manos, cabello, etc.
- 3. no puede quedarse quieto, ni permanecer sentado.
- 4. retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10. Ansiedad psíquica.

- 0. No hay dificultad.
- 1. tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2. preocupaciones por pequeñas cosas.
- 3. actitud aprensiva en la expresión o el habla.
- 4. expresa sus temores sin que se les pregunte.

11. ansiedad somática (signos concomitantes de ansiedad, tales como: gastrointestinales, sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración).

0. ausente.
1. ligera.
2. moderada.
3. severa.
4. incapacitante.

12. síntomas somáticos gastrointestinales.

0. ninguna.
1. pérdida del apetito pero come sin necesidad que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
2. dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13. síntomas somáticos generales.

0. ninguno.
1. pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgia. Cefaleas, algias musculares.
2. pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastorno menstruales.

0. ausente.
1. débil.
2. grave.

15. hipocondría.

0. ausente.
1. preocupado de si mismo (corporalmente).
2. preocupado por su salud.
3. se lamenta constantemente, solicita ayuda.

16. pérdida de peso.

0. pérdida inferior a 500g en una semana.
1. pérdida de mas de 500g en una semana.
2. pérdida de mas de 1kg en una semana.

17. perspicacia.

0. se da cuenta de que esta deprimido y enfermo.
1. se da cuenta de que esta enfermo pero atribuya la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
2. no se da cuenta de que esta enfermo.

Total de puntuación. _____



SECRETARIA DEL ESTADO DE TABASCO

CENTRO DE SALUD URBANO CON HOSPITALIZACIÓN

JALPA DE MÉNDEZ TABASCO

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento le invito a participar en un estudio sobre Disfuncionalidad familiar y depresión en el adolescente en Jalpa de Méndez, tabasco.

En este estudio se evaluara su estado familiar a través de un sistema de evaluación FACES III y la escala de evolución de depresión de Hamilton posteriormente se le dará los resultados obtenidos y se le ofrecerán algunas alternativas que le beneficiaran a nivel familiar.

Agradeciendo su colaboración.

Atentamente

Dra. Gladis Alejo Hernández

Médico investigador