



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
(UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45
SAN LUIS POTOSI, SLP)

TITULO

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NO. 4 EL NARANJO SLP Y SUS TIPOS DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANA BERTHA DECILOS MARTÍNEZ
NOMBRE DEL ALUMNO

Incluir: SELLO DE LA
SEDE ACADÉMICA
(que diga "IMSS", la
Ciudad y Estado)



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.

TITULO DEL PROYECTO

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NO. 4 EL NARANJO SLP Y SUS TIPOS DE DISFUNCIÓN FAMILIAR**

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

PRESENTA:

**ANA BERTHA DECILOS MARTÍNEZ
NOMBRE DEL ALUMNO**

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR CARLOS VICENTE RODRIGUEZ PEREZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
(SEDE UMF 45)

MPS. JOSÉ DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
COORDINADOR DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA Y COORDINADOR DE
ORIENTACIÓN EDUCATIVA EN UNIVERSIDAD MARISTA DE SAN LUIS POTOSÍ

MPS. JOSÉ DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADOR DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA Y COORDINADOR DE
ORIENTACIÓN EDUCATIVA EN UNIVERSIDAD MARISTA DE SAN LUIS POTOSÍ

Dr. JOSE FERNANDO VELASCO CHAVEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 45

TITULO DEL PROYECTO
LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
GENERAL DE ZONA NO. 4 EL NARANJO SLP Y SUS TIPOS DE DISFUNCIÓN
FAMILIAR

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

ANA BERTHA DECILOS MARTÍNEZ
NOMBRE DEL ALUMNO

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

INDICE

INDICE	4
MARCO TEORICO	5
ANTECEDENTES	36
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
JUSTIFICACION	40
OBJETIVOS	41
METODOLOGIA	42
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	66
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	72

INTRODUCCIÓN.

En nuestro país, como en otras naciones del orbe, los problemas asociados a la salud mental se han convertido en un problema actual de salud pública ya que son hoy en día una substancial causa de enfermedad, discapacidad o muerte.¹

Uno de estos problemas que aquejan cada vez más es la depresión. Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en el 2002 demuestran que en promedio el 3.3% de la población adulta ha manifestado esta enfermedad. Por su parte el estudio de Prevalencia y Diagnóstico de depresión en población adulta en México llevado a cabo en 2004 indica un aumento en comparación al estudio anterior ya que arroja un resultado del 4.5% de la población con problemas de depresión.^{2,3}

La mayor parte de la literatura sobre el tema se centra principalmente en adultos, pues la depresión en los niños y los adolescentes fue un tema muy poco tomado en cuenta y polémico hasta antes de la década de los años setenta del siglo XX. Afortunadamente en las dos últimas décadas del siglo pasado varias investigaciones dejaron claro que la depresión no es exclusiva de los adultos, sino que, también se presenta en estos grupos erarios. Asimismo, se logró establecer una relación de mayor comorbilidad cuando la depresión inicia en la edad adulta, pues si la depresión se presentaba antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas.⁴

Se ha revelado que existen factores que influyen en la presencia de depresión en los jóvenes, éstos se clasifican en cuatro rubros principalmente: 1. Genéticos; 2. Biológicos (descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina); 3. Individuales (labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros

académicos); 4. Sociales (la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales) ⁵.

Concerniente al cuarto factor, lo social, existe una extensa gama de literatura que documenta la asociación entre alteraciones en la relación familiar y una amplia variedad de problemas de salud mental, entre ellos la depresión. Los conflictos familiares han sido asociados con la externalización de problemas como son la agresividad y el comportamiento antisocial, al igual que con su interiorización, resultando en problemas tales como ansiedad, depresión y baja autoestima ^{6,7}.

Desde el punto de vista epidemiológico, se ha visto previamente que las características de las familias de adolescentes deprimidos son apreciadas de manera diferente según los autores. El medio ambiente familiar es uno de los factores protectores identificados en estudios en adolescentes expuestos a marcado estrés; el ambiente familiar, particularmente la calidez parental y la calidad del vínculo han demostrado que reducen los efectos deletéreos del estrés y promueven un funcionamiento adaptativo ⁸.

Siendo la depresión un problema cada vez más frecuente en nuestra sociedad y que esta afectando cada día a más jóvenes, los médicos familiares debemos de estar alertas para detectar este trastorno y su relación con la disfunción familiar. Es por ello que para poder identificar la frecuencia de los síntomas depresivos en los derechohabientes adolescentes de la comunidad se realizó la presente investigación.

MARCO TEÓRICO.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

La Salud Familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo ³.

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 las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida ⁹.

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cuál se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional, y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma mas simple de organización en la que dos o mas individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones ¹⁰.

De acuerdo con lo anterior las funciones específicas de la familia son las siguientes ¹⁰:

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus 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.

Ejemplos de situaciones que traducen deficiencias en el cumplimiento de la función del cuidado son: esquema de inmunizaciones incompletas, deficientes hábitos alimentarios, detecciones incompletas o no efectuadas (Papanicolaou,

diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer mamario, etc.), mala higiene personal, violencia intrafamiliar.

- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.

Algunos hechos que indican deficiente cumplimiento de la función del afecto son: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos y dependencia emocional de la pareja de sus familias de origen.

- A través de la socialización, es posible:

Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que se asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias.

Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, para favorecer la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.

Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los de los miembros de la familia en forma individualizada.

Una familia enfrenta problemas en la socialización cuando hay por ejemplo: ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo inestabilidad laboral, delincuencia, problemas legales, conflictos con las familias de origen, prostitución, huida del hogar o retraso escolar entre otros.

- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, con el fin de garantizar la supervivencia de la especie.

Las situaciones que indican problemas en el cumplimiento de ésta función son: entre otros pareja en edad reproductiva sin empleo de método de planificación familiar, embarazo no deseado o no planeado, abortos espontáneos o provocados, disfunción sexual, infertilidad, embarazo en adolescentes, excesivo número de hijos.

- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros mas viejos para transmitirlos a los jóvenes.

Las disfunciones en ésta área pueden ocurrir cuando hay inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral, cambios repentinos en el nivel económico, diferentes perspectivas entre padres e hijos, cambios frecuentes de domicilio o de ciudad, etc. ¹⁰.

Las familias deben satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo ¹⁰.

DISFUNCIÓN FAMILIAR

Para determinar el grado de funcionalidad de una familia, Virginia Satir (citada por Huerta González ¹⁰) emplea los siguientes criterios:

- **Comunicación:** en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.

- **Individualidad:** la autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- **Toma de decisiones:** la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder. En las familias disfuncionales importa más ver quien va a “salirse con la suya” y, consecuentemente, los problemas tienden a perpetuarse porque nadie quiere perder.
- **Reacción a los eventos críticos:** una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan con romper el equilibrio.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo, el conflicto estimado no resuelto entre la pareja o padres e hijos, se puede presentar al médico familiar como depresión de un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en los adultos o los niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes

10.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen:

- Utilizar muy frecuentemente los servicios de salud.
- Denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas.
- En caso de pacientes adultos, hacerse acompañar innecesariamente por un familiar.
- Difícilmente encontrarle sentido a su problema actual.

- Consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación, o por manifestaciones somatoformes o trastornos por ansiedad.

En una elevada proporción, estas situaciones no son detectadas ni tratadas médicamente en forma adecuada ¹⁰.

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera. Las interacciones entre los miembros de la familia pueden ser negativas o positivas; cuando se dan las segundas proveen sensación de bienestar y el apoyo que permite mantener el soporte emocional como vehículo de socialización. En su conjunto determinan las características de la dinámica familiar e influyen directamente en los cuidados que se otorgan al enfermo ⁹.

Por lo anterior, el diagnóstico del grado de salud psicodinámica y familiar por medio de la evaluación de funciones familiares permite dar orientación para conservar la integridad familiar, la salud física, la coherencia y el afecto, con el fin de mantener en lo posible el núcleo familiar en una homeostasis biológica y psicoafectiva para generar acciones tendentes a cumplir las funciones sociales que se esperan de ella; entre dichas funciones se mencionan ^{11, 12}:

- a) Equidad generacional: adecuado desempeño de las funciones entre los distintos miembros de la familia.
- b) Transmisión cultural: aprendizaje del sentido de pertenencia, de la lengua, higiene, costumbres y formas de relación.
- c) Socialización y control social: compromiso para evitar la proliferación de conductas socialmente no aceptadas.

Raymundo Macías ⁽¹²⁾ considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento, y en rehabilitación.

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

DEPRESIÓN

Para entrar en materia, es importante señalar que toda definición de la depresión debería asentarse sobre un doble pilar: el del afecto y el de las ideas. La depresión puede ser un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas, o bien, puede aparecer como síntoma asociado en otra entidad o trastorno, por ejemplo, como consecuencia de una enfermedad ¹³.

Desde una perspectiva clínica, la depresión consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes. También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida ¹³.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la depresión es básicamente la elaboración de un duelo. Un duelo por algo que se perdió, algo que se tenía y

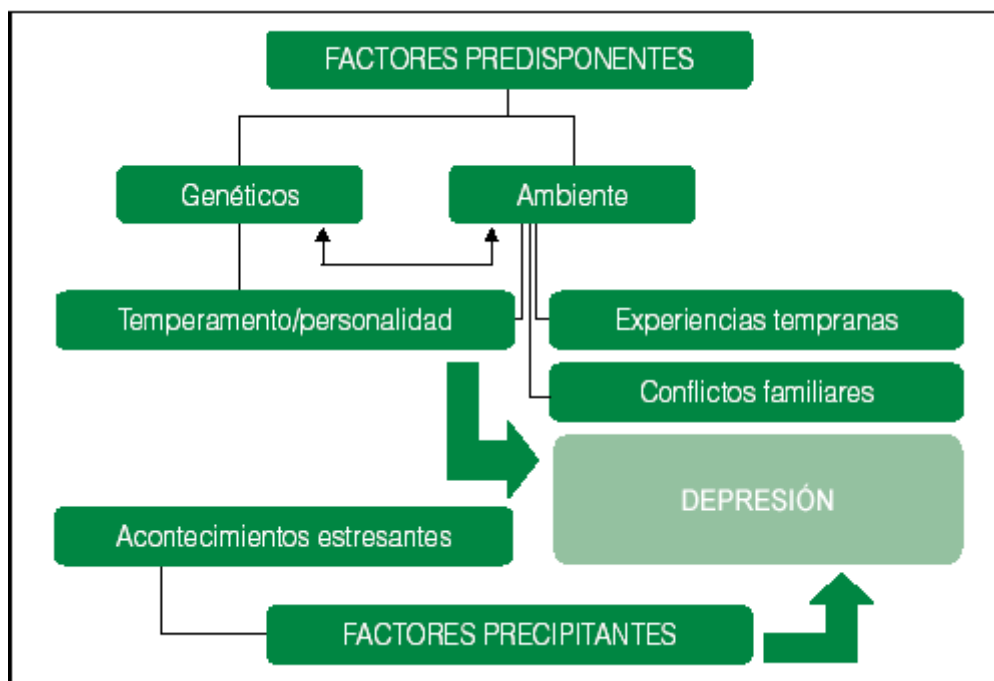
que ya no se tiene. En todas las situaciones algo se está viviendo como inalcanzable, algo se desea tener y no se ha conseguido ¹³.

De lo anterior se concluye que el *núcleo* de la depresión, en tanto estado, no lo podemos buscar ni en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, pues todos estos estados pueden o no estar presentes en la persona deprimida ¹³.

Sin embargo, algo que sí está presente es el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros en los cuales por lo menos una de estas manifestaciones está presente. La no realizabilidad de un deseo mediante el cual alcanzaría un ideal, o la consecución de un logro menor que provoca que se sienta arruinado, fracasado, inferior, culpable. Es decir, el núcleo de la depresión lo van a constituir estas ideas de inferioridad, autorreproche, fracaso, e incluso, en algunos casos, ideas de muerte. Otra característica de la depresión es que los afectos están entrecruzados con las ideas aunque se trata de entidades separables. Es importante señalar que, por todo lo anterior, la depresión forma parte de los trastornos del humor o de la afectividad ¹³.

Etiología: como en todas las diferentes formas de la conducta, al tratar de entender la etiología de la depresión tenemos dos grandes vertientes: por un lado la cuestión endógena (orgánica) y por otro lado la explicación psicológica (inconsciente). Es importante recordar la idea de las series complementarias de Freud, donde nos indica que ambas irán de la mano siempre, es decir, por un lado tenemos aquello con lo que el sujeto nace, ya sea de orden fisiológico o emocional (por ejemplo, si nace con cierta tendencia depresiva o no) y por otro lado tenemos el impacto que provocará lo ambiental y las circunstancias particulares que rodean a esa persona. ¹³

Etiopatogenia de la depresión en niños/adolescentes.



Es posible que se herede la vulnerabilidad a padecer trastornos del estado de ánimo, pero que sean necesarios factores ambientales concurrentes y/o precipitantes para su manifestación ¹⁴.

Es importante mencionar el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV), por su peso dentro de las concepciones médicas. En este manual, la depresión se divide en depresión mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado, clasificación que se basa sobre todo en la presentación y duración de síntomas. Además, en todas las clasificaciones se dividen los trastornos en leve, moderado y grave ¹⁵.

TRASTORNOS DEPRESIVOS ¹⁵

- 1.-Trastorno depresivo mayor, episodio único
- 2.-Trastorno depresivo mayor, recidivante
- 3.-Trastorno distímico
- 4.-Trastorno depresivo no especificado

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

1.-Trastorno depresivo mayor, episodio único

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial/en remisión total
- No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

2.-Trastorno depresivo mayor, recidivante ¹⁵

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- Leve
- Moderado
- Grave sin síntomas psicóticos
- Grave con síntomas psicóticos
- En remisión parcial/en remisión total
- No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

3.- Trastorno distímico¹⁵

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de

trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor¹⁵.

- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años
- Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos¹⁵

LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN PARA USO ESPECÍFICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES, PARTIENDO DEL DSM-IV, SON LOS SIGUIENTES¹⁶:

1. Estado de ánimo deprimido. Se requiere que esté presente, sea objetiva o subjetivamente la mayor parte del día y casi todos los días. En las y los adolescentes deprimidos, el estado de ánimo se puede describir como un sentimiento inespecífico como sentirse malo, malhumorado, e irritable, y no necesariamente triste. En las niñas y niños puede ser un estado de ánimo irritable. El estado de ánimo y el afecto pudieran ser

mas influenciados por el medio ambiente en adolescentes que en adultos(as).

2. Anhedonia. Se define como el interés o placer disminuido en todas o casi todas las actividades, la mayor parte el tiempo. En los y las adolescentes, la anhedonia se manifiesta por la deserción de actividades usuales, tales como el deporte y las actividades creativas, así como en el cambio de relaciones interpersonales con sus pares. Es muy frecuente que las y los adolescentes sean capaces de decir que antes disfrutaban de ciertas actividades específicas, pero no lo logran hacerlo ahora. Un anhedonia total es muy difícil encontrar en un adolescente, pero si reportan con frecuencia el cambio de intereses y de placer. En relación a la interacción social, las y los adolescentes pueden no aislarse socialmente, pero pueden cambiar los grupos de amigos(as) a grupos menos aceptados por las madres y padres.
3. Pérdida o ganancia de peso. Cambios en el apetito y peso son reportados menos frecuentemente en adolescentes que en adultos(as), y puede confundirse con los cambios evolutivos alrededor de la pubertad. Muchos adolescentes y sus madres y padres desconocen que el aumento de peso debe ir en conjunto con el aumento de la estatura. En las niñas y los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperados.
4. Insomnio o hipersomnio. Para entender los cambios en los patrones de sueño de las y los adolescentes, es importante conocer sobre los patrones de sueño de las y los adolescentes normales. Éstos tienden a dormir menos de lo necesario durante la semana, y duermen mas de la cuenta durante los fines de semana.

Se ha comprobado que este tipo de patrón de sueño puede disminuir su conocimiento cognitivo. El insomnio medial y terminal son poco frecuentes en los adolescentes, aunque el insomnio inicial y problemas para despertarse se reportan con frecuencia.

5. Agitación o retardo psicomotor. Este síntoma requiere ser valorado por otras personas, no solo un sentimiento subjetivo del o la joven. En ellos y ellas, ésta información es difícil de obtener si uno no conoce al o la adolescente en su estado no depresivo, y si la madre o el padre tienen dificultad para atribuir el cambio a algo más, que ser algo normal.
6. Fatiga o pérdida de energía. Las y los adolescentes pueden confundir la fatiga y pérdida de energía con otros síntomas de depresión y de sueño. Debe establecerse una diferencia entre la “pereza” de realizar los quehaceres domésticos vs las actividades placenteras, y no se deben confundir entre sí la fatiga con la pérdida de energía. La fatiga es un síntoma subjetivo de sentirse cansado o teniendo baja energía la mayor parte del tiempo, aun con suficiente sueño. Una queja constante de las y los adolescentes es “estoy aburrido”, que incluye a ambas o a cualquiera de las dos.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada: casi todo el día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). Los adolescentes frecuentemente externalizan sus sentimientos con expresiones como que los tienen de encargo.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o indecisión, casi cada día. Esta es una de las medidas más confiables de la depresión en adolescentes por su habilidad para hacer preguntas sobre el rendimiento escolar, cuando el paciente no es capaz de reportar lentificación de su pensamiento, cavilaciones o síntomas semejantes. Las clases proveen un espacio finito de tiempo en el cual hacer las tareas. Una o un adolescente quien previamente era capaz de terminar su trabajo durante el periodo de clase permitido, cuando está deprimido(a) es incapaz de completar sus trabajos, llevándolo a aumentar las tareas a llevar a casa por el trabajo incompleto de la clase. Puede durar horas largas haciendo una tarea con resultados mínimos. Sus notas pueden reflejar una caída.

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Como en las y los adultos, cuando se les pregunta, directamente admiten los deseos de morirse y articulan planes e ideación suicida específicas. El peligro de las y los adolescentes es que su relativamente reciente adquisición del pensamiento abstracto tiende a llevarlos a decidir como una mayor catástrofe lo que un adulto o adulta llame un evento menor. Más difícil para evaluar en adolescentes es la preocupación con la muerte y los temas mórbidos. Algunas madres y padres pueden mostrar preocupación con la música y el arte relacionado con temas de muerte, pero también otros lo pueden considerar propio de adolescentes.

El diagnóstico de depresión mayor requiere de al menos cinco de éstos síntomas presentes durante un periodo de dos semanas, con al menos uno de los síntomas sea humor depresivo o pérdida de placer o interés. El primer fracaso en diagnosticar la depresión en las y los adolescentes es la falta en directamente entrevistar a las o los adolescentes sobre la presencia o ausencia de tales síntomas específicos y la tendencia de tomar el valor externo de las racionalizaciones superficiales para los síntomas ¹⁶.

Diagnóstico

Para la formulación diagnóstica nos basaremos principalmente en la elaboración de un historial clínico detallado, tratando de identificar los factores de riesgo. El uso de escalas de evaluación estandarizadas puede ayudarnos ¹⁷.

Identificar los problemas psicosociales usando cuestionarios de screening y entrevistas ¹⁷.

Escalas de evaluación: Las escalas de evaluación de la depresión tienen el objetivo de establecer una cuantificación psicométrica estandarizada y bien controlada de determinadas conductas manifiestas o intrapsíquicas. Su mayor

aplicación en la clínica está en la comprobación de las modificaciones del cuadro clínico a través de la observación del curso evolutivo de un determinado enfermo. Como siempre, el resultado de la valoración de las distintas escalas nunca debe sustituir al juicio del clínico, sino ser consideradas como elementos de ayuda para el diagnóstico y constatar la evolución del paciente. Las más utilizadas en la depresión del niño y del adolescente son las siguientes.

1. El Inventario de Depresión de Niños (CDI) es un cuestionario de 27 ítem para niños y adolescentes entre 7 y 16 años, que se realiza en 10 minutos. El CDI tiene validez aceptable ¹⁸.

2. Inventario de depresión de Beck (BDI): Es la medida de autoinforme de la depresión más extendida y utilizada. Consta de un diseño alternativo de cuatro respuestas múltiples:

Valoración:

0-13.....No deprimidos

14-19.....Ligeramente deprimidos

20-28.....Moderadamente deprimidos

29-63.....Gravemente deprimidos

El BDI ha sido ampliamente estudiado y se considera un instrumento válido y el más difundido en la práctica clínica para el diagnóstico de la depresión ^{17, 19}.

El Inventario para la Depresión de Beck (IDB) consta de 21 ítems con respuestas graduadas de 0 a 3, según la intensidad sintomatológica. Cada nivel de respuesta está definido por una frase que permite al paciente identificar su propia situación. Tiene varias versiones que difieren en el número de ítems. Tiene un promedio de validez concurrente de $r=0.52$. Se usa como instrumento de criba para diagnóstico de depresión en varios colectivos.

En la actualidad existen varios instrumentos que permiten medir o indicar la presencia de depresión en una persona. Debido a la edad de los sujetos que se analizaron en este trabajo, adolescentes, no se consideró apropiado emplear el

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), autocumplimentable, validado en su adaptación española para su aplicación individual y colectiva; como lo hizo Escribá y otros en España. En vez de ello, se decidió emplear el Inventario para la Depresión de Beck o conocido por sus siglas IBD. La razón del porqué se optó por este cuestionario es que es una de las pruebas más recurridas a nivel mundial por investigadores y profesionales de la salud mental en el mundo ²⁰. Y es esta validez su principal ventaja en comparación con otros instrumentos.

Este instrumento permite la medición clínica de síntomas de depresión. El mismo a su vez proporciona el siguiente diagnóstico de depresión: Ausente o mínimo (0), leve (1), moderada (2) y grave (3).

El cuestionario BECK (Anexo 3) contiene los siguientes factores de los cuales se desprenden las preguntas del mismo:

	<ol style="list-style-type: none">1. Tristeza2. Pesimismo3. Sentimiento de fracaso4. Insatisfacción5. Culpabilidad6. Expectativa de daño7. Aversión hacia uno mismo8. Autoacusación.9. Ideas de suicidio.10. Episodios de llanto11. Irritabilidad12. Aislamiento social13. Indecisión.514. Cambios en la imagen corporal.15. Enlentecimiento (retraso para trabajar)16. Insomnio	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	17. Fatiga 18. Pérdida de apetito 19. Pérdida de peso. 20. Preocupación somática. 21. Pérdida de la libido.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

3. Escala de Valoración de Hamilton para la Depresión: La valoración de esta escala se hace a través de un observador externo convenientemente entrenado y familiarizado en su utilización. Se considera que puntuaciones superiores a 18 son indicativas de patología depresiva¹⁸.

TRATAMIENTO

El tipo de tratamiento depende de la gravedad del cuadro, así los cuadros leves se podrán atender en la consulta de atención primaria y los moderados y graves se derivarán a consulta especializada. El tratamiento incluye psicoterapia y medicamentos antidepresivos, así como:

1. Educación: El adolescente y sus padres deben ser educados de que la depresión es una condición biológica y que no está bajo el control del adolescente, así como de la importancia de la nutrición, el sueño y el ejercicio²¹.
2. Apoyo y tranquilidad. La anergia, el desinterés, en combinación con los sentimientos de desesperanza, conducen a evitar responsabilidades sociales y académicas, lo cual conduce al empeoramiento de la depresión, así como al desarrollo de trastornos comórbidos como la fobia al colegio. Los adolescentes con depresión deben ser estimulados para participar en sus actividades normales de la vida diaria. Se les debe enseñar habilidades efectivas de resolución de problemas²¹.

3. Intervenciones en el colegio. Las modificaciones de las actividades relacionadas en el colegio se deberían dirigir para ayudar al adolescente a experimentar éxito e incluir reducción temporal de la carga de trabajo y disminución del número de horas en el colegio ²¹.
4. Psicoterapia. Las intervenciones psicológicas son una parte integral del tratamiento de la depresión en los adolescentes ^{17, 22}.
 - a. Terapia del comportamiento cognitiva. Se usa la terapia del comportamiento cognitiva a causa del papel de la distorsión cognitiva en el establecimiento de la depresión y su objetivo es reemplazar las distorsiones cognitivas con creencias más saludables. Es de uso limitado en adolescentes, ya que ellos aún no han desarrollado las habilidades cognitivas necesarias para participar en esta forma de tratamiento ²¹.
 - b. Psicoterapia individual. Ayuda al paciente a desarrollar habilidades para la resolución de problemas interpersonales ²¹.
 - c. Terapia de grupo. La terapia de grupo promueve el desarrollo de habilidades sociales y es útil para reducir el aislamiento social del adolescente deprimido ²¹.
 - d. Intervenciones familiares. Las intervenciones familiares son parte integral del tratamiento de la depresión en adolescente. La terapia familiar del comportamiento sistémico es una combinación de aproximación de 2 tratamientos que han sido usados efectivamente en las familias disfuncionales de los adolescentes . El médico debería determinar nivel premórbido del funcionamiento familiar, el impacto que la depresión del adolescente ha tenido

en la familia y cómo han respondido los miembros de la familia a este estresor²¹.

Tratamiento Psicofarmacológico.

Casi todos los ensayos de tratamiento publicados en los adolescentes referidos clínicamente con depresión mayor se ha centrado en los tratamientos psicofarmacológicos ²³.

La aparición de nuevos antidepresivos, principalmente, los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS), con un perfil de tolerabilidad y de seguridad mayor frente a los antidepresivos clásicos, como los antidepresivos tricíclicos (ADT) y los inhibidores de la MAO (IMAO), ha permitido la ampliación del uso clínico y la investigación del tratamiento psicofarmacológico en la depresión pediátrica ²¹.

Conclusión: Se recomienda comenzar la administración del fármaco a la mitad de la dosis recomendada en adultos, porque tanto los niños como los adolescentes responden a dosis más pequeñas que los adultos y dosis mayores se asocian con un alto riesgo de efectos adversos inducidos por el tratamiento ²¹.

Guías para la prescripción de los antidepresivos más modernos en niños y adolescentes ²¹:

1. Iniciar tratamiento a la mitad de la dosis del adulto. adolescentes deprimidos.
2. Monitorizar cuidadosamente al paciente por la aparición de efectos adversos relacionados con la enfermedad o con cualquier fármaco.
3. Los aumentos de la dosis no se deberían hacer con una frecuencia superior de una vez a la semana.
4. Considerar usar aumentos de dosis más pequeños que los recomendados en adultos.
5. Usar guías del adulto para la dosis diaria máxima.
6. Los niños y adolescentes no necesitan una administración más frecuente que los adultos.

7. No hay datos que apoyen una relación entre las concentraciones farmacológicas séricas y la respuesta del tratamiento.

Tabla V. Dosis pediátricas de los ISRS ²⁴.

ISRS	Dosis pediátrica (diaria)
Fluoxetina	5-40 mg (60 mg) q AM
Sertralina	25-125 mg (150 mg) q AM
Paroxetina	5-40 mg (60 mg) q AM
Fluvoxamina	25-125 mg (150 mg) bid

El rango de dosis es para los preadoslescentes. Dosis = límites superiores para los adolescentes.

PRONÓSTICO

El curso de la depresión es diferente en la niñez y en la adolescencia, con niños y adolescentes que tienen tiempo de remisión más corta de los episodios iniciales que los adultos ². La existencia de dos o más trastornos al mismo tiempo es la regla más que la excepción en la depresión de la niñez. Los diagnósticos comórbidos comunes incluyen los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, el déficit de atención y los trastornos del comportamiento ⁷. Según Harrington et al y Rao et al todos los datos relacionados con la depresión del adolescente sugiere continuidad con la depresión en el joven adulto ²¹.

La depresión, es una de los más comunes y más serias problemáticas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. De acuerdo al Servicio de Salud Mental de la Secretaría de Salud (SERSAME), la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia

coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI ²⁵.

Es importante destacar que la edad de aparición está bajando notablemente en las nuevas generaciones. Esto puede deberse al aumento de estresores y a las mejoras en los procedimientos diagnósticos, que permiten un mejor acercamiento a la dimensión del problema ²⁶.

La depresión en la adolescencia se define como un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales. Ésta puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso normal de maduración, del estrés asociado con éste, de la influencia de las hormonas sexuales y de los conflictos de independencia con los padres ²⁷.

Este padecimiento en los jóvenes puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. Los adolescentes que presentan baja autoestima, que son muy autocríticos o que perciben poco sentido de control sobre los eventos negativos presentan un riesgo particular de deprimirse cuando experimentan eventos generadores de estrés ²⁷.

A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo, con períodos alternos de "el mundo es un sitio maravilloso" y

"la vida apesta". Estos estados de ánimo pueden alternar en períodos de horas o días ²⁸.

Por otra parte, la depresión persistente, el rendimiento escolar inestable, las relaciones caóticas con familiares y amigos, el abuso de sustancias y otros comportamientos negativos pueden indicar un episodio depresivo serio. Estos síntomas pueden ser fáciles de reconocer pero la depresión en los adolescentes, con frecuencia, se manifiesta de formas muy diferentes a los síntomas clásicos ²⁷.

Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o los años de adulto joven. Alrededor del 15 al 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión, que es similar a la proporción de adultos que sufren de depresión ²⁸.

ADOLESCENCIA

Para definir la depresión en adolescentes es importante definir la depresión pero también definir y entender en qué consiste esta etapa por la que están pasando los adolescentes ¹³.

SINDROME NORMAL DE LA ADOLESCENCIA

En general, el adolescente atraviesa por tres duelos importantes que son:

1. El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
2. El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.

3. El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que uno miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones ¹³.

El adolescente en general atraviesa una búsqueda de sí mismo y de su identidad; va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca uniformidad y una contención a tantos cambios; tiene necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre crisis de actitudes sociales reivindicatorias y religiosas; presenta una clara denuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, pasando por todas las formas de sexualidad polimorfa. Vive una separación progresiva de los padres; tiene muchas contradicciones en todas las manifestaciones de la conducta y del pensamiento y sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor ¹³.

Está en un proceso de adaptación a cambios físicos, intelectuales, sociales y emocionales, intentando desarrollar un concepto positivo de sí mismo, así como experimentar y crecer hasta conseguir su independencia. También está concentrado en desarrollar un concepto de identidad y de valores personales y sociales, así como en experimentar la aceptación social, la identificación y el afecto entre sus pares. El desarrollar enfoques positivos respecto de la sexualidad, que incluyan valores, consideración, placer, emoción y deseo dentro del contexto de unas relaciones cariñosas y responsables es otra de sus tareas en esta etapa de la vida, para finalmente llegar a ser plenamente conscientes del mundo social y político que les rodea, así como de su habilidad para afrontarlo y de su capacidad para responder de forma constructiva al mismo y poder establecer relaciones con adultos, en las que puedan tener lugar dichos procesos de crecimiento. A todo esto se le conoce como el síndrome normal de la adolescencia ¹³.

La definición de la adolescencia presenta algunas disparidades por la gran cantidad de información y fuentes así como los diferentes puntos de vista que se tienen de la misma por las ciencias tanto naturales como sociales.

Partiendo de una definición puramente lingüística, la Real Academia de la Lengua Española especifica que el término proviene del vocablo latino *adolescencia* y que es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo²⁹.

Fue a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando se comenzó a utilizar este término y por lo general se le ligo a los cambios económicos, culturales, al desarrollo industrial de la sociedad, educacional y al papel de la mujer también al enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social según información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³⁰.

Según la OPS, la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social³⁰.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, por ello es que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere³¹.

Se clasifica a la población adolescente de 10 a 19 años de edad; como juventud, al grupo de 15 a 24 años. Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y en consecuencia, por las distintas necesidades y percepciones es conveniente subdividir el grupo de 10 a 19 años en los subgrupos de 10 a

14 (adolescencia temprana) y de 15 a 19 (adolescencia tardía), y juventud propiamente dicha se considerará al grupo de 20 a 24 años ³¹.

Independientemente de influencias sociales, culturales y étnicas, la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, donde hay aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva ³¹.

Los aspectos psicológicos son dados fundamentalmente por:

- Búsqueda de sí mismos, de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.
- Relación conflictiva con los padres.

- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida ³².

ANTECEDENTES

Por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Gracias a estudios como los de Harrington se puede ver que debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno ³³.

La depresión en la adolescencia o edades tempranas se ha estudiado en diferentes naciones. Por ejemplo en referencias de estudios realizados en Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% para 1995 ³⁴.

La importancia de la depresión como un problema de salud pública es reciente según se observa en el estudio de Corina, uno de los primeros estudios en México que hablan sobre los problemas mentales. Sin embargo en dicha investigación se pronostica que para el 2020 la depresión ocupará el segundo lugar a nivel mundial en la carga de la enfermedad donde actualmente ocupa el cuarto ¹.

Corina y colaboradores presentan en su trabajo una prevalencia del 27.5% del total de la población con alguna padecimiento de depresión mayor presentada antes de los 18 años de edad. Una de las principales aportaciones de Corina, aparte de los datos revelados acerca de la población mexicana, fue que

confirmaron lo establecido por Harrington, ya que demostraron que el 64% de aquellos que presentaron depresión en la adolescencia reincidieron en su edad adulta y que el 50% de los mismos tuvieron oportunidad de cometer suicidio ¹.

Antes de Corina, en 1999, De la Peña indica en su estudio comparativo que el 90% de los adolescentes que presentaron depresión mayor experimento algún trastorno comórbido. Además deja claro que los deprimidos con inicio temprano tuvieron mayor probabilidad de presentar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas, que los deprimidos con inicio en la etapa adulta ³⁵.

El gobierno Mexicano ha reparado en las consecuencias que este mal puede acarrear a la salud pública y durante el 2001 y 2002 se llevo a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP). Esta encuesta proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Si bien la ENEP mostró una mediana de 24 años los estudios en otros países como Noruega se muestra una tendencia de inicio a edades más tempranas ^{2, 36, 37}.

Casi paralelo a la aplicación del ENEP, Cantoral y Méndez llevaron a cabo un estudio exploratorio en los Altos de Chiapas sobre la presencia de la depresión en los adolescentes y la diferencia por género. Ellas encontraron una prevalencia del 62.7% de las y los adolescentes con algún tipo de depresión. Las investigadoras mostraron una diferencia marcada por el sexo donde 7 de cada 10 mujeres presentaban depresión en contra de 5 de cada 10 hombres ³⁸.

Como se puede observar el estudio de la depresión en la adolescencia es importante no solo por el mal que le confiere al joven sino también por las implicaciones que esta enfermedad pueda tener en el funcionamiento de su vida adulta. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual

implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico³⁹.

Si bien la presencia de la depresión es grave como lo indican los trabajos anteriores no debemos pasar por alto que ésta incide en el ambiente familiar y en su funcionamiento. Los padecimientos mentales y la funcionalidad familiar presentan una dicotomía donde si bien el funcionamiento familiar incide en la salud mental o bien la salud mental incide en el funcionamiento familiar. Louro explica este punto de la siguiente manera: “Como se puede apreciar el mal Funcionamiento Familiar influye en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, en la aparición y descompensación de las enfermedades, en las conductas de riesgo de la salud, pudiéndose decir que de ellas dependen la estabilidad y el equilibrio del proceso Salud-Enfermedad y es probable que también ocurra a la inversa”⁴⁰.

En el trabajo anterior también se menciona que el grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos³⁶.

Por lo anterior se pretende con el presente trabajo indagar si la tendencia y las estadísticas arriba mencionadas sobre la presencia de depresión en edades tempranas y la repercusión en la funcionalidad de la familia forman parte de la población adolescente atendida en el Hospital General de Zona del Municipio El Naranjo en el estado de San Luis Potosí, para así poder presentar y tomar medidas encaminadas a una mejor atención de los jóvenes y sus familias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dar atención de salud al adolescente es un reto lleno de sorpresas interesantes y a veces frustrantes por lo impredecible de sus respuestas. Las crisis del joven pueden tener un resultado positivo en lo que a adaptación a la fase del ciclo de vida familiar se refiere. Esto por lo general es reflejo de modificaciones que pasan dentro de la dinámica familiar ⁴¹.

En nuestro país, como en muchos otros países, los adolescentes componen un grupo etario bajo el cuidado de los médicos de atención primaria, de allí que los médicos familiares y generales deban estar preparados para ofrecer cuidados de calidad, sobre todo de orden preventivo. Especial cuidado se debe poner cuando hay síntomas graves de depresión o enfermedades crónicas en los jóvenes.

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés. La depresión en la adolescencia se empezó a reconocer hace sólo dos décadas. El adolescente deprimido puede simular estar enfermo, rehúsa a ir a la escuela, no quiere separarse de los padres o tiene miedo a que uno de ellos muera. El adolescente más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportándose como niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido ⁴².

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la adolescencia a otra. Es a veces difícil establecer si un adolescente está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si esta verdaderamente padeciendo de depresión. A veces el adolescente tiene un cambio de comportamiento marcado que preocupa a los padres o el maestro menciona que el “adolescente no parece ser él mismo”. En estos casos, después de descartar problemas físicos, el pediatra puede sugerir que el niño sea

evaluado, perfectamente por un psiquiatra o por un psicólogo especializado en niños. De ser necesario se debe seguir un tratamiento ⁴².

Tomando en cuenta todos los factores anteriores los médicos familiares debemos de estar prevenidos e informados acerca de la depresión en este grupo edad. Y es en base a este conocimiento y prevención que podemos atender de una mejor manera a nuestros pacientes cuando estas situaciones aparezcan.

Dentro de mi práctica profesional en el Hospital General de Zona del Municipio el Naranjo en el estado de San Luis Potosí, me he enfrentado a situaciones donde al atender a jóvenes adolescentes ellos me hacen comentarios sobre problemas familiares y manifiestan sentirse solos o mal físicamente. En varias ocasiones al enfrentar estas situaciones he podido apreciar que muchos de ellos exteriorizan rasgos de depresión. Por ello es que, tratando de conocer la frecuencia de la depresión en los adolescentes atendidos en el mencionado hospital y su relación con la disfunción familiar surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión y los tipos de disfunción familiar que presentan los adolescentes atendidos en el Hospital General de Zona del Municipio El Naranjo en el estado de San Luis Potosí?

JUSTIFICACIÓN

La depresión está considerada como un serio problema de la Salud Pública, debido a la alta incidencia y prevalencia, a la gravedad y a las consecuencias de sus manifestaciones, que incluso cobra muchas vidas ⁴¹.

En la actualidad no se cuenta con ningún estudio que aborde el tema, por lo que el presente trabajo representa la oportunidad de plantear un diagnóstico que nos oriente sobre dicha problemática.

La depresión se caracteriza por la presencia de sentimientos de tristeza, desesperanza, minusvaloración, pérdida de interés que conlleva a una disminución del ritmo habitual de actividades en todos los órdenes, produciendo un importante malestar emocional. En el caso de los(as) adolescentes, la depresión se manifiesta además de los aspectos señalados en: trastornos del sueño y de la alimentación, irritabilidad, problemas académicos y en la interacción con pares, ideas y actos suicidas, entre otros. El número e intensidad de los síntomas está en dependencia de la gravedad de los episodios.

En la práctica diaria del médico familiar nos encontramos con evidencia clínica de algún tipo de trastorno de carácter depresivo así como alteraciones que sugieren algún tipo de disfunción familiar.

Es importante que como médicos familiares estemos conscientes del grave daño que no solo les ocasiona este mal a los jóvenes, sino también, a su seno familiar atentando contra el buen funcionamiento del mismo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia de la depresión en adolescentes atendidos en el Hospital General de Zona del Municipio El Naranjo en el estado de San Luis Potosí y, establecer los tipos de disfunción familiar presentes en esos pacientes deprimidos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Determinar la frecuencia de depresión en la población de adolescentes atendidos en el Hospital General de Zona No 4 del Municipio El Naranjo, San Luis Potosí.
- ❖ Determinar los tipos de depresión presentes en esta población de pacientes adolescentes.
- ❖ Identificar los tipos de disfunción familiar presente en los adolescentes deprimidos del Hospital General de Zona No 4 del Municipio El Naranjo, San Luis Potosí.
- ❖ Determinar el estadio de adolescencia en que se presenta la depresión en esta población.
- ❖ Determinar la frecuencia de depresión, por género, en la población objeto de estudio.

METODOLOGÍA.

El material a utilizar en esta investigación será en primera instancia las fichas de identificación del expediente clínico para recabar información general en base al criterio de selección de la muestra.

En segunda instancia para recabar la información referente a la depresión se empleará el Cuestionario de Depresión de Beck.

Una tercera instancia del proyecto consistirá en la aplicación del Cuestionario de Percepción del Funcionamiento Familiar, mejor conocido como APGAR Familiar (Anexo 4) donde cada uno de los 5 aspectos que se evalúan en el APGAR Familiar se categoriza bajo cinco opciones (4, 3, 2, 1, 0). Así, al sumar los cinco parámetros, el puntaje oscila de 0 a 20, para indicar baja o alta satisfacción con el funcionamiento de la familia. La validación inicial del APGAR Familiar se efectuó para establecer correlaciones con un instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index), e igualmente con estimativos de funcionamiento familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostró un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR/Pless-Satterwhite y de 0.64 entre APGAR/estimación de psicólogos. Este mismo estudio observó cómo los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24) eran significativamente más altos que los puntajes observados en las familias no profesionales (promedio = 5.89).

La metodología a seguir durante el curso de este trabajo será la selección de 170 pacientes adolescentes atendidos en el Hospital General de Zona c/ Medicina Familiar # 4 del Naranjo, San Luis Potosí, en base a los criterios de selección de la misma. El número establecido representa el 10% del total de jóvenes atendido en el hospital. Una vez que se haya seleccionado la muestra

se procederá a la implementación de los cuestionarios y el recabado de la información.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo; aunque no se realizará cruzamiento de variables con el uso de la estadística inferencial, sino sólo la descriptiva, el presente estudio servirá de base para futuros estudios de correlación y explicativos.

Diseño de estudio

Transversal: Se realiza una sola determinación en el tiempo a través de la aplicación del test

Población de estudio

Adolescentes entre 10 y 19 años de El Naranjo, San Luis Potosí

Universo de Estudio

El Naranjo, San Luis Potosí

Tiempo de estudio

Diez meses, desde el 1° de octubre del 2006 hasta el 31 de julio del 2007.

TIPO DE MUESTRA.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó como referencia la pirámide poblacional emanada del IMSS que arroja un total de 1770 pacientes de los cuales 1200 son de 10 a 14 años y 570 de 15 a 19 años. Para la selección de la muestra se usó el sistema aleatorio simple, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño de muestra

El tamaño de la muestra representa el 10% del universo. La obtención de la muestra por conveniencia

El cálculo del tamaño de la muestra se realiza en base a paquete estadístico STAT 2 con los siguientes valores:

Población de estudio: 1770

Error máximo: 5%

Nivel de confianza: 95%

% estimado de la muestra 85%

N: 176

Se aplicó encuesta a 184 adolescentes (aumentando el 5% del valor de N por encuestas perdidas)

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

En el proceso de selección de la muestra se seguirán los siguientes parámetros.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Aquellos pacientes que acepten colaborar en el estudio.
- b) Pacientes de ambos sexos.
- c) Pacientes mayores de 10 años.
- d) Pacientes menores de 19 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a) Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- b) Pacientes menores de 10 años de edad.
- c) Pacientes mayores de 19 años de edad.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- a) Pacientes con cambio de domicilio o ciudad.
- b) Pacientes dados de baja por vigencia.
- c) Pacientes que fallezcan durante el estudio.

LAS VARIABLES DE ESTUDIO SON:

- a) Edad
- b) Sexo
- d) Funcionalidad Familiar
- e) Depresión en Adolescentes

Definición operacional de las variables:

Los parámetros de la **depresión** tendrán los valores estipulados en el Cuestionario de Depresión de Beck.

La variable **funcionalidad familiar** tendrá los valores enmarcados en el cuestionario APGAR (familiar y amigos).

La variable **edad** tendrá dos parámetros solamente, los cuales corresponden a la adolescencia temprana y a la adolescencia tardía. Para la primera se tomará en cuenta entre los 10 y 14 años. Para el segundo estadio se considerarán adolescentes entre los 15 y 19 años de edad. Esta variable tendrá los siguientes rangos:

- I. Etapa 1 de 10 a 14 años.
- II. Etapa 2 de 15 a 19 años.

La segunda variable en este estudio es el **género** con sus rangos fisiológicos mujer y hombre.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

VARIABLE EN ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Depresión en Adolescentes	Un trastorno que se presenta durante los años de la adolescencia y se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desanimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales.	De acuerdo al puntaje de la encuesta Beck	Ordinal	Nula Leve Moderada Grave	Encuesta
Funcionalidad Familiar	Problema de interrelación consigo mismo y con la estructura social y sus integrantes	Funcionalidad -Disfuncionalidad Familiar - Leve - Moderada - Severa	Ordinal	1.Funcionalidad Familiar 2.Disfunción Leve 3.Disfunción Moderada 4.Disfunción Severa	Encuesta
Género	Distinción biológica que distingue a los individuos en hombres y mujeres.	El que emite el participante al contestar la encuesta	Nominal	1) Femenino 2) Masculino	Encuesta
Edad	Tiempo en que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista en años.	Antecedente Ordinal	Adolescencia temprana Adolescencia tardía	Encuesta

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Tomando en cuenta las características del presente trabajo se considera pertinente usar la estadística descriptiva pues resulta más útil según los objetivos establecidos con anterioridad.

Para realizar lo anterior se empleara el programa estadístico SPSS 13, el cual resulta muy útil para este tipo de tratamiento estadístico aplicando las siguientes técnicas:

- ❖ Medidas de tendencia central; media
- ❖ Frecuencias absolutas y relativas

Los datos se presentarán en diagramas de barras y de sectores, para una mejor ilustración de los mismos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Respetando los criterios éticos de la declaración de Helsinki de Junio de 1964, y enmendada por la 52ª Asamblea General de Edimburgo Escocia en Octubre del 2000 (principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos). Con un riesgo de 0. La correlación será tomada de los datos obtenidos en las encuestas explicando a los pacientes en que consiste dicho estudio y por lo que se necesita una carta de consentimiento informado para que sea firmada por el paciente de aceptación (Hoja de consentimiento informado anexo V) ⁴⁴.

Se les pedirá a los participantes su colaboración mediante la Hoja de Consentimiento Informado, siguiendo los parámetros de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Artículo 13), que a la letra dice: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto de su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar ⁴⁴.

RESULTADOS

Referente al género se encuestó al mismo número de mujeres que de hombres a razón de 92 pacientes cada uno, tal como se muestra en la gráfica 1. A cantidades similares, con una diferencia del 2.2%, se puede notar para la variable edad, que las mujeres representan el 51.1% del total (Gráfica 2).

Los resultados indican que el 93.5% de los jóvenes tienen algún grado de depresión. El 34.8% presenta depresión moderada, el 34.2% depresión leve y el 24.5% depresión grave (Gráfica 2).

DISFUNCIÓN FAMILIAR

Al respecto se puede observar en la gráfica 4 del Anexo I que, con una desviación estándar de 1.19 y una varianza del 1.41, que sólo el 30.4% presentan una buena funcionalidad familiar. El resto muestran una disfunción grave con el 27.7%, disfunción leve 22.8% y disfunción moderada en un 19%.

Parte de la funcionalidad familiar es el círculo de amistades de los jóvenes, factor medido en trabajo y que se puede observar en la gráfica 5 del Anexo I, donde el 52.7% de los jóvenes destacan tener muy buen apoyo de sus amigos. El resto se ubica en apoyo bueno con el 20.7%, apoyo malo 16.3% y los jóvenes sin apoyo representan solamente el 10.3% de la muestra.

De acuerdo al género más afectado por la depresión, como se representa en la gráfica 2 del Anexo II, los hombres manifiestan un 9% sin depresión, 42% muestran depresión leve, 30% con signos de depresión moderada y sólo el 19% presentan depresión grave. Por su parte, de las mujeres sólo el 4% no

tiene depresión, 25% depresión leve, 39% depresión moderada y el 32% depresión grave.

De acuerdo a resultados en el género y la funcionalidad familiar, se observó lo siguiente: los hombres presentan una funcionalidad familiar en un 32%, de los cuales, 23% muestran disfunción leve e igual cantidad disfunción moderada y el 22% restante tiene disfuncional severa. Por su parte las mujeres en un 30% presentan funcionalidad familiar, 21% tiene disfunción leve, 14% disfunción moderada y el 35% restante tiene disfunción familiar grave (Gráfica 3, Anexo II).

Respecto al apoyo de los amigos, las mujeres presentan en un 59% un nivel de apoyo muy bueno, 20% apoyo bueno, 14% apoyo malo y el 7% restante no tienen apoyo de los amigos. Los hombres por su parte exhiben en un 48% apoyo muy bueno de sus amigos, apoyo bueno en un 21%, apoyo malo en un 19% y el 12% restante no tiene apoyo de amigos (Gráfica 4, Anexo I).

En cuanto a edad y depresión: los jóvenes de 10 a 14 años tienen depresión leve en un 36%, depresión moderada en un 32%, depresión grave en un 19% y solamente el 13% no tienen depresión. En relación a los adolescentes entre los 15 y 19 años 36% tiene depresión moderada, 32% tiene depresión leve, 30% depresión grave y el 2% no tiene depresión (Gráfica 5)

DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

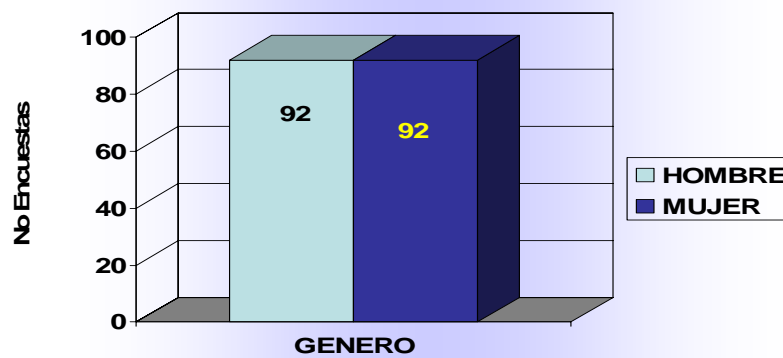
Esta relación se contempla en la gráfica 8. En la misma se puede observar que el 67% de la muestra presenta algún tipo de disfunción familiar y al mismo tiempo tiene padece depresión. Mientras que un 48% de los jóvenes que presentan depresión presentan falta de apoyo de parte de sus amigos (gráfica 9, Anexo II). Al cruzar la disfunción familiar con el apoyo de los amigos se

puede apreciar que el 38% de los que tiene alguna clase de disfunción presentan apoyo de los amigos de bueno a nulo (gráfica 10, Anexo II).

TABLAS Y GRÁFICOS

GRAFICO 1

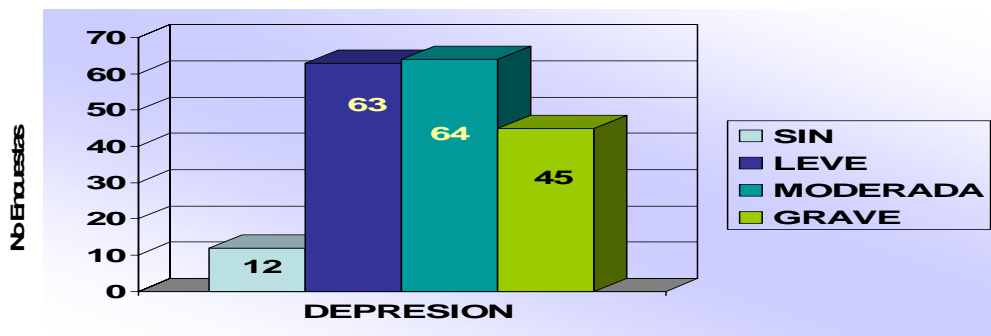
FRECUENCIA DE GENERO



N: 184 Fuente: Encuesta

GRAFICO 2

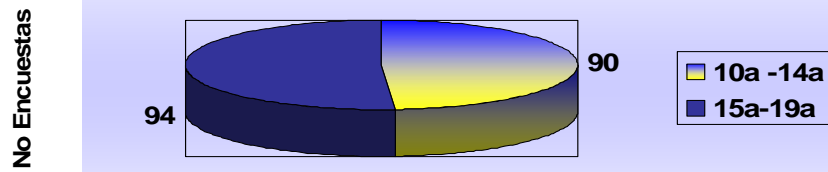
NIVEL DE DEPRESION



N: 184 Fuente: Encuesta

GRAFICO 3

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

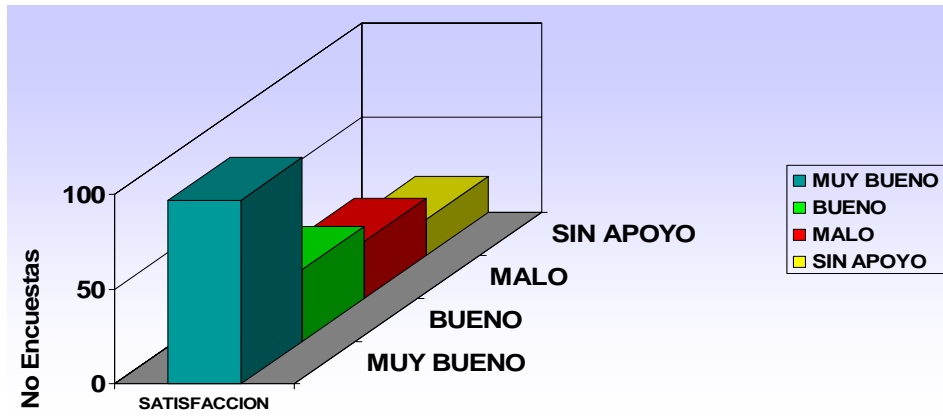


N: 184

Fuente: Encuesta

GRAFICO 4

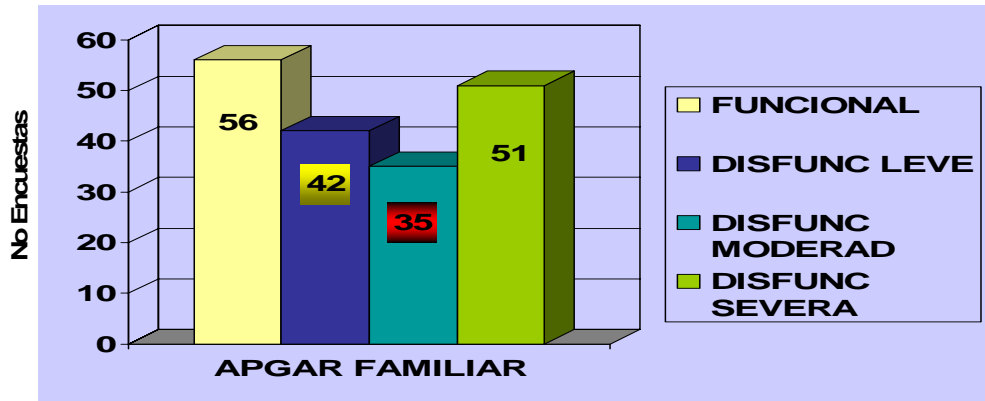
SATISFACCION EN EL INDICADOR APOYO EN LOS AMIGOS (APGAR)



N: 184 Fuente: Encuesta

GRAFICO 5

FUNCIONALIDAD FAMILIAR



N: 184 Fuente: Encuesta

GRAFICO 6

Bar Chart

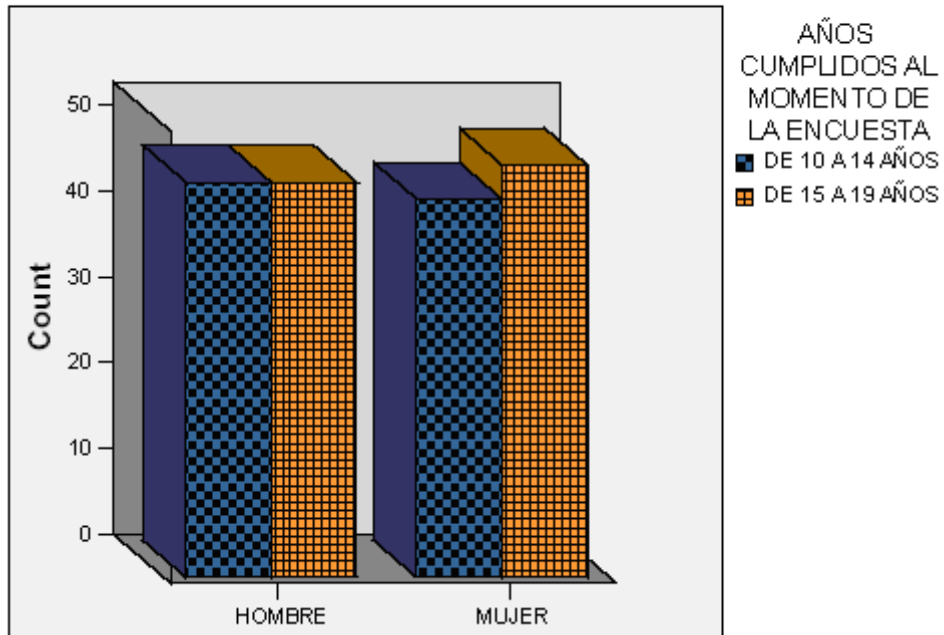
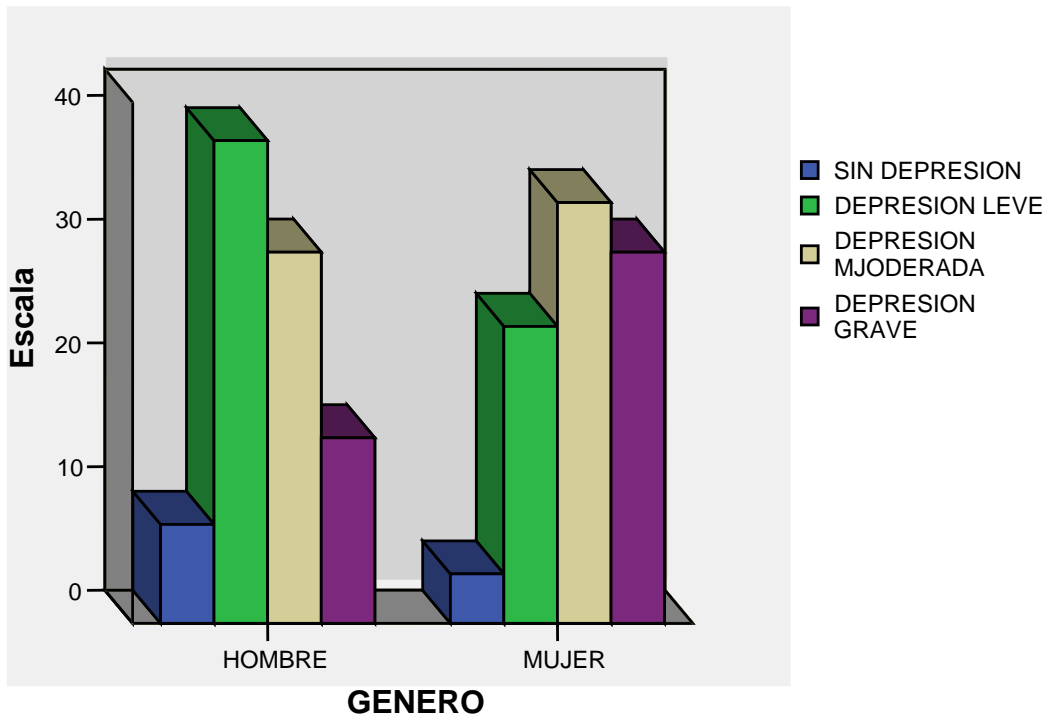


GRAFICO 7

GÉNERO Y DEPRESIÓN
N: 184 FUENTE: ENCUESTA

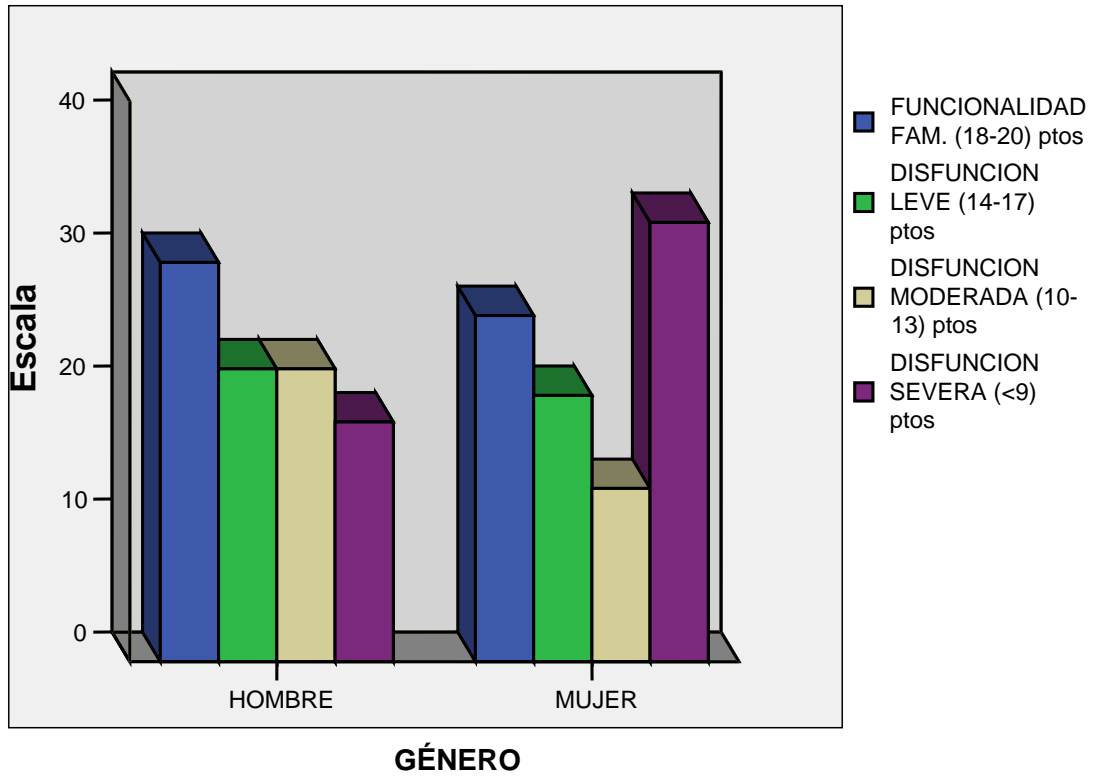


N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 8

GÉNERO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RESULTADOS APGAR FAMILIA

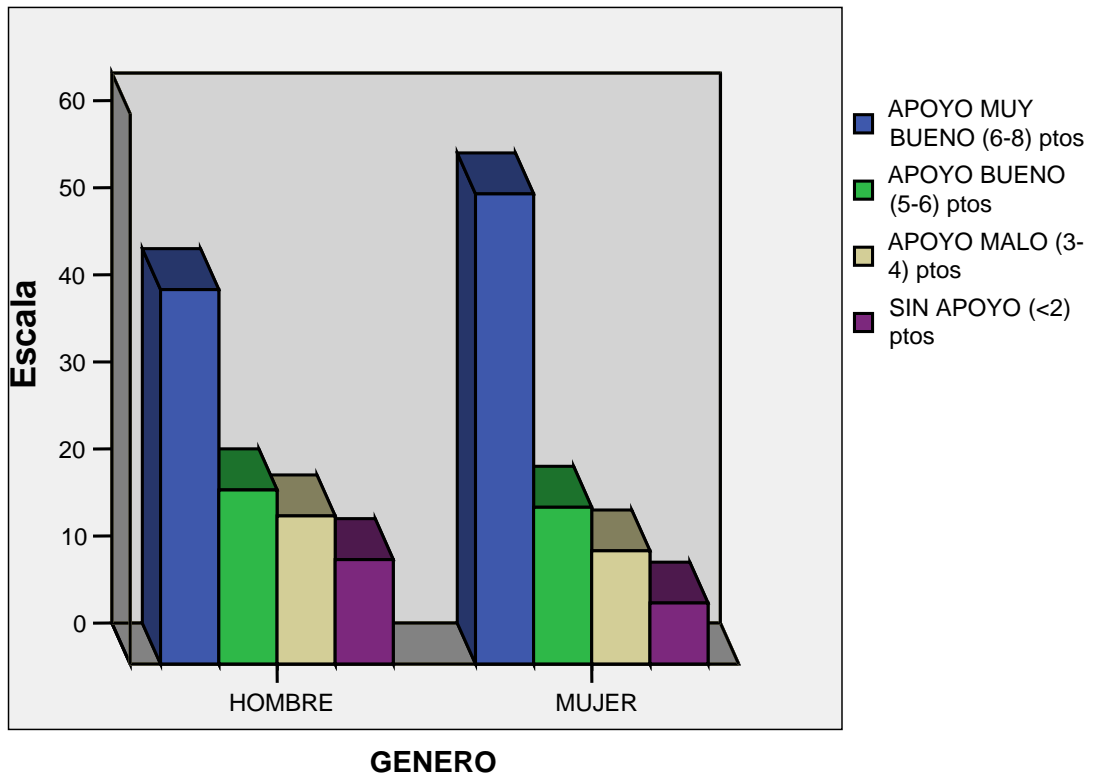


N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 9

GÉNERO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RESULTADOS APGAR AMIGOS

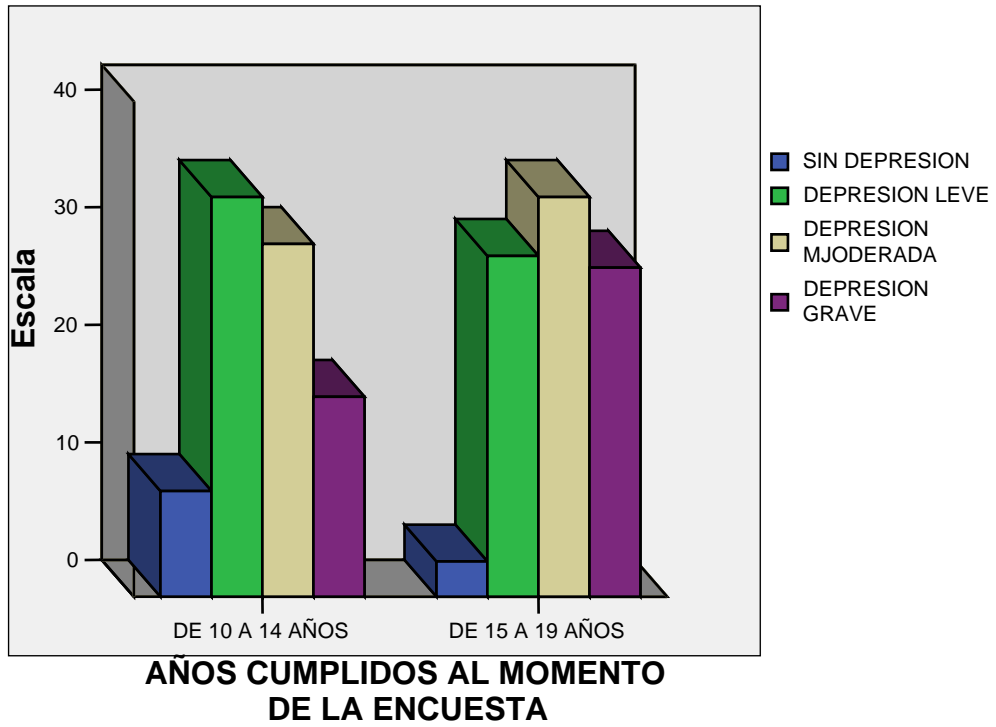


N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 10

EDAD Y DEPRESION

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO BECK

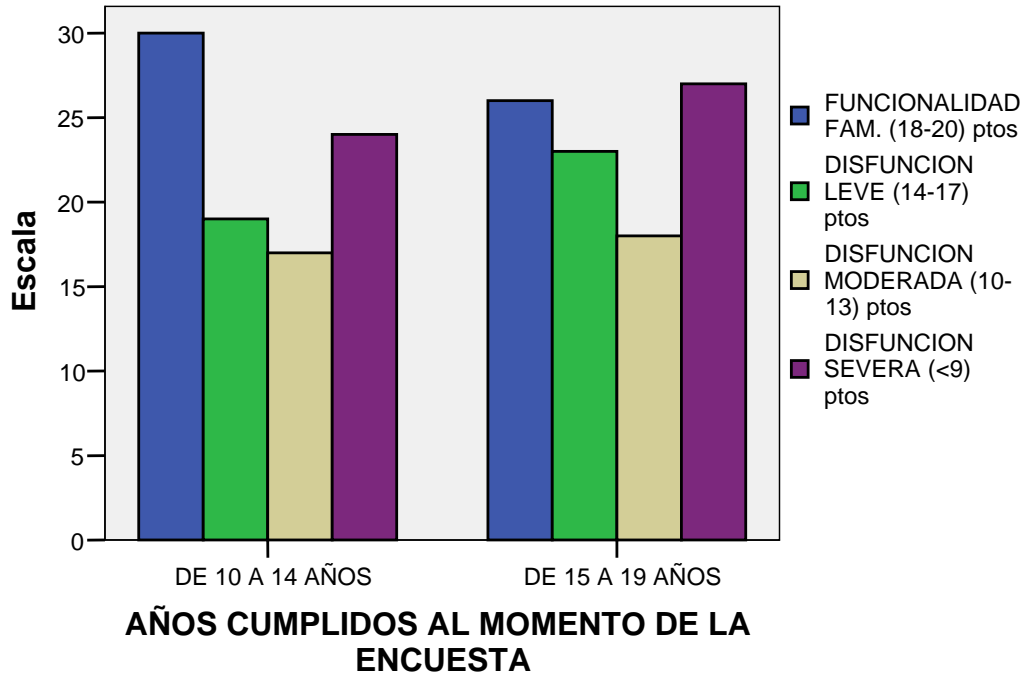


N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 11

EDAD Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

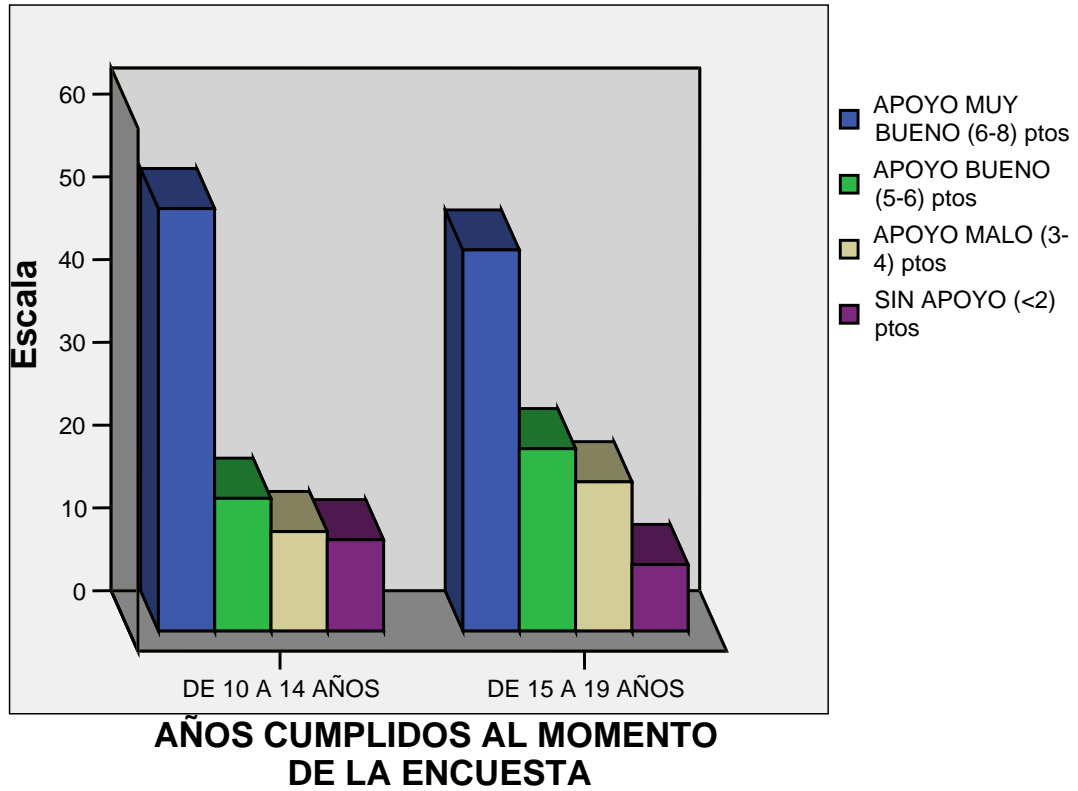
**RESULTADOS APGAR FAMILIA
EDAD**



N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 12

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR
RESULTADOS APGAR AMIGOS
EDAD**

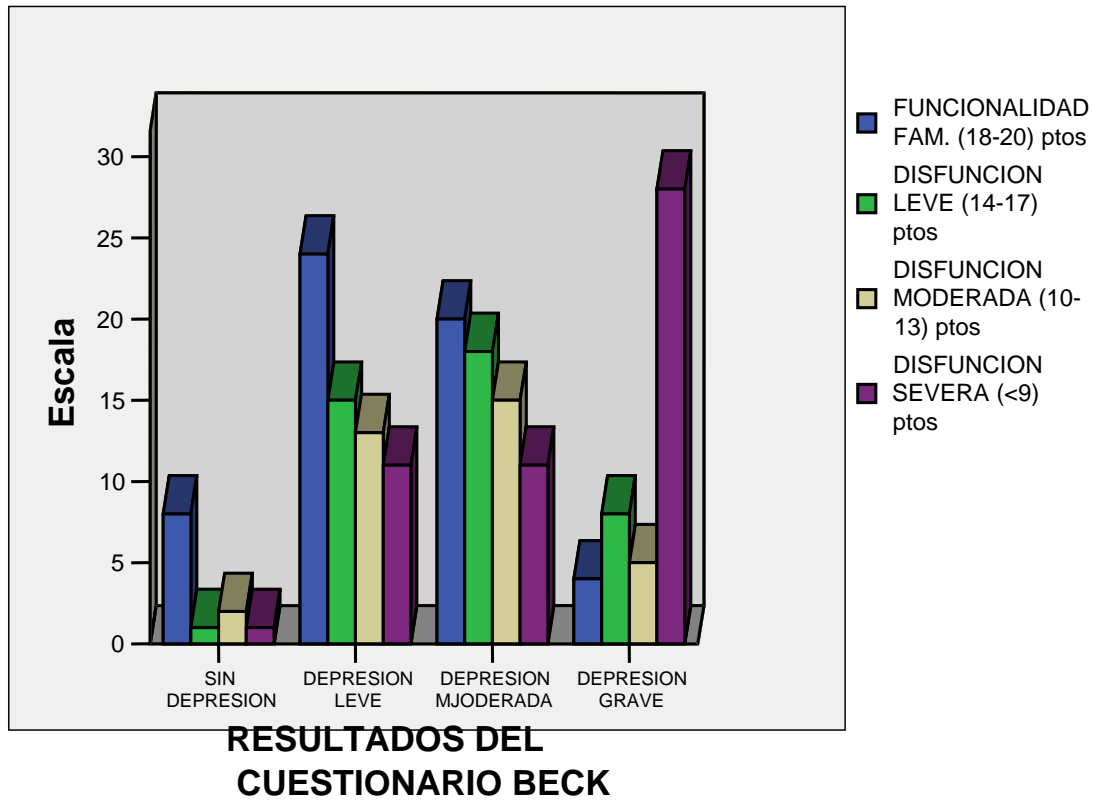


N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 13

DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RESULTADOS APGAR FAMILIA FUNCIONALIDAD

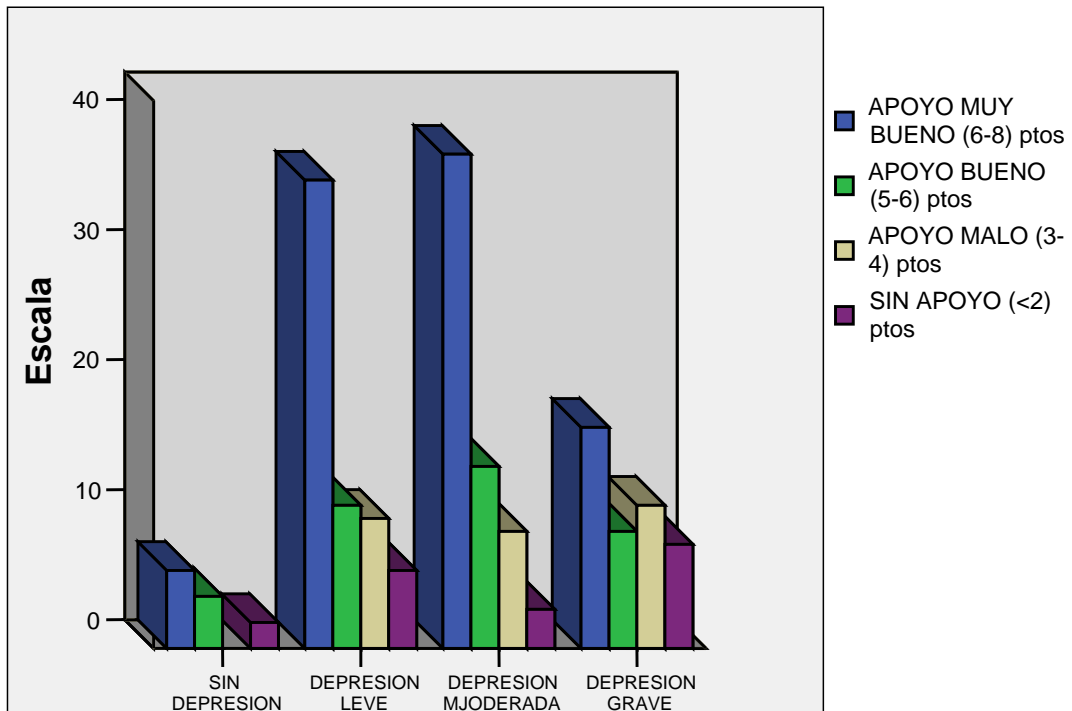


N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 14

DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

RESULTADOS APGAR AMIGOS / DEPRESION



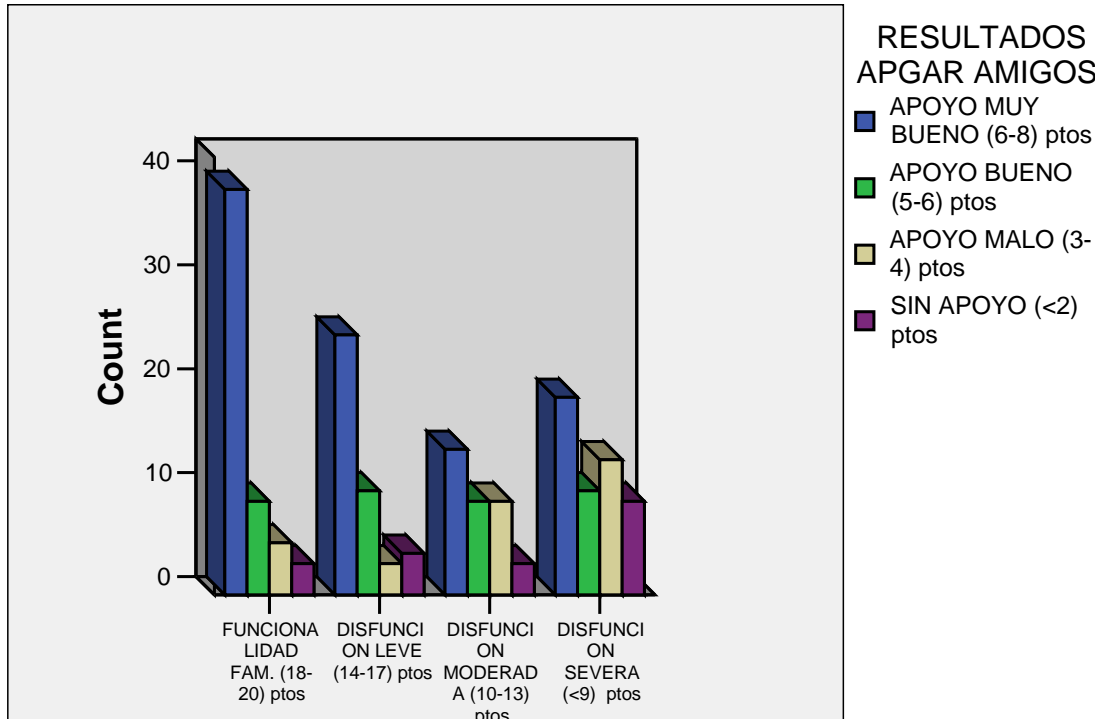
RESULTADOS DEL CUESTIONARIO BECK

N: 184 FUENTE: ENCUESTA

GRAFICO 15

PERCEPCIÓN DE APOYO DE AMIGOS

Bar Chart



N: 184 FUENTE: ENCUESTA

DISCUSIÓN

Durante la presente investigación se comprobaron diversos datos. Primero, se puede apreciar que el 93.5% de los jóvenes atendidos en el HGSZ No. 4 El Naranja SLP sí presentan depresión. Esto dista mucho de los hallazgos de Shaffer (1996) alrededor del 5%. De Corina (2002) del 27.5% y sobre todo del ENEP (2002) con el 8%. Este estudio se acerca más al de Cantoral y Méndez en Chiapas donde hallaron un 67% de depresión en los jóvenes^{33, 1, 39}.

El parecido y la tendencia con el trabajo de Cantoral y Méndez se puede explicar por la relación en la población analizada. En Cantoral y Méndez fue población rural al igual que en este trabajo, sólo que a diferencia de los primeros, el rango de edad en este trabajo fue más amplio ya que incluyó a jóvenes hasta los 19 años. Cantoral y Méndez se basaron en una población uniforme ya que fueron estudiantes de secundaria mientras que aquí, aparte de ampliar la edad, también se amplió la variedad en la población. Asimismo, en el presente trabajo se aplicó a una muestra muy por encima de lo estipulado como mínimo para alcanzar un nivel de confiabilidad del 95%³⁹.

Así mismo se confirma en este trabajo lo expresado por Cantoral en relación al sexo como un factor que incide en la presencia de depresión donde las mujeres presentan mayor índice y grado de depresión. En esta investigación se encontró que el 48% de los hombres tiene depresión moderada y grave contra el 69% de las mujeres que tienen el mismo tipo de depresión. La diferencia alcanzada del 21% entre uno y otro es casi idéntica al de Cantoral del 20% entre hombres y mujeres³⁹.

Al igual que el sexo la edad también es un factor que influye en la presencia de depresión avanzada pues a menor edad menor el tipo de depresión y a mayor edad mayor es la depresión presente en los jóvenes. Esta tendencia confirma

la tendencia de Medina-Mora donde dice que los estados depresivos graves se acercan a la edad media de 24 años ³⁶.

En esta investigación se puede confirmar lo expresado por los teóricos (Rogers, Stochowiak J y Pérez-Adán J, acerca de la funcionalidad familiar, al indicar que sí existe una relación entre la presencia de la depresión y la disfunción familiar. A pesar de que no localizar estudios que midieran la relación entre ambas la relación alcanzada del 67% es muy alta por lo que sólo se puede comprobar la incidencia de la una sobre la otra ^{8, 9, 11}.

CONCLUSIONES.

En este estudio se demuestra que el índice de depresión grave alcanzado es alto en los adolescentes (55%) y que la disfunción familiar alta también está presente en la mayoría de los mismos (46%).

Por su parte se confirma también que el sexo es un factor que predispone la presencia de depresión en los adolescentes siendo mayor en las mujeres en estados graves y mayor en los hombres en estados leves o nulos. Y por su parte el sexo no es un factor que denote una diferencia clara en la presencia de disfunción familiar.

Además del sexo, la edad también demostró ser un factor que incide en la presencia de depresión en los jóvenes de la región. Se expresa que, a mayor edad, mayor el tipo de depresión y, a menor edad, menor la depresión en los jóvenes. Sin embargo en relación con la disfunción familiar, la edad no presenta una diferencia clara entre la presencia de disfunción familiar como lo hace con la manifestación de depresión.

Por su parte la depresión en los jóvenes manifiesta una estrecha relación con la presencia de disfunción familiar de los mismos. La relación encontrada del 67% es alta y esto es un dato que convendría analizar más a futuro para determinar si existen más factores que predispongan esta relación o bien ver qué repercusiones pueden tener en las vidas adultas de los ahora adolescentes.

Queda a futuros estudios el identificar si existen algunos factores asociados a la presencia de depresión mayor que predispongan o afecten más a las mujeres que a los hombres como se observa en el presente trabajo. Y también identificar si existe algún factor o combinación de los mismos que se relacionen con la depresión mayor encontrada a mayor edad en los adolescentes. Por otra parte, sería conveniente observar si la depresión incide en la disfunción familiar o, si esta última lo hace en la depresión, ya que supuestamente hay una fuerte relación entre ambas en el presente estudio, mismo donde no se pretendió realizar un estudio correlacional y que valdría la pena realizarlo a futuro.

Si bien queda demostrado que el mal de la depresión avanza cada vez más en edades menores se puede comprobar que los pronósticos de alcanzar el segundo lugar mundial como causa de incapacidad, no están del todo lejos. Lo que nos queda a nosotros como médicos es comenzar a tomar medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los hoy jóvenes y mañana adultos. Y es en la detección temprana de este mal donde se puede incidir con más fuerza. Debemos tomar conciencia de que este mal avanza y que tarde o temprano nos vamos a encontrar con éste y con los padecimientos asociados y debemos estar preparados para ello.

Este trabajo de investigación se presentó a las autoridades del Hospital para que se dé seguimiento al mismo y con ello contribuir a la mejora continua en la atención a nuestros pacientes, hoy jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Publica Mex* 2004;46:451-463.
2. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 26:1-16.
3. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005; 47(Suppl 1):4-11.
4. Borges Guilherme, Corina Benjet, Dra en Psicol, Dr en C, Ma Elena Medina-Mora, Dra en Psicol Soc, Clara Fleiz-Bautista, Psicol, Joaquín Zambrano-Ruiz, Actuario La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Méx* 2004; Vol. 46(5):417-424.
5. Gutiérrez-Castillo AJ, Barrera-Párraga J, Cuevas A, Serdán-Sánchez L. Formas clínicas de depresión. En: Colegio Mexicano de Medicina Familiar, editor. Programa de actualización continua en medicina familiar. Libro 2. Distrito Federal, México: Intersistemas; 2000. p. 5-44.
6. Formoso D, González N, Aiken L. Family conflict and children`s internalizing and externalizing behavior: Protective factors. In: *American Journal of Community Psychology* 2000; 28(2): 175-99 (MEDLINE).
7. Marcelli D. Contexto ambiental e hipótesis psicopatológicas. En: *Adolescencia y Depresión*. Barcelona, Masson, 1992.
8. Rogers GR. The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality. *J Health Soc Behav* 1996;37:326-338.
9. Stochowiak J, Galvin KM, Brommel BJ. Family communication, cohesion and change. USA: Scott Foresman and Co.; 1982. p. 175-193.
- 10.- José Luis Huerta González. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1a ed., 2005; II:34-40.
11. Pérez-Adán J. Salud social y función familiar. *Humana*. 1997; 1:19-26.

12. Macías R. Antología de la sexualidad humana II. 1 ed. México. Editora Migunicosel Porrúa, 1994:163-5.

[13.-Cobo Ocejo P. Revista Mexicana de Orientación Educativa: México, 2006: No. 8, Marzo-Junio](#)

[14.-Otero Cuesta S. Depresión y suicidio en niños y adolescentes. Pediatr Integral, 2004;VIII: 635-641](#)

15.-López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002), *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*, Barcelona: Editorial Masson.

[16](#) Manual de Atención Integral a la depresión y suicidio del adolescente, del Programa Atención Integral a la Adolescencia de la Caja Costarricense de Seguro Social (2005):10-11. Documento bajado de internet el día 11 de enero de 2008 y disponible en: www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualdepresionsuicidio.pdf

17. Beasley PJ & Beardslee WR. Depression in the adolescent patient. *Adolescent Medicine* 1998; 9: 351-362.

18. Cassidy LJ & Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1037-1052.

19. Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M et al. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 877-855.

20. R. Escribá Quijada; C. Maestre Montoya; P. Amores Laserna; A. Pastor Toledo; E. Miralles Marco; F. Escobar Rabadán. *Prevalencia de depresión en adolescentes*. En ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA. 2005 SEP; 33(5):pp. 298-302

21.-Rosa M^a Sánchez¹, Jaime J. Cuervo², Teresa Martínez Rey³ Niños, Adolescentes y Depresión Mayor. Detección y Tratamiento. Foro Pediátrico. Vol. II: Sep. 2005 Centro de Salud Urbano I Mérida

22. Ryan N & Varma D. Child and adolescent mood disorders-Experience with serotonin-based therapies. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 336-340.

23. Nobile M, Bellotti B, Marino C, Molteni M & Battaglia M. An open trial of Paroxetine in the treatment of children and adolescents diagnosed with dysthymia. *J Child and adolescents Psychopharmacology* 2000; 10: 103-109.

24. Walkup JT, Cruz K, Kane S & Geller B. The future of pediatric psychopharmacology. *Ped Clin N Am* 1998; 45: 1265-1278.

25. SERSAME programa de Acción Salud Mental, Secretaria de Salud del Gobierno Mexicano. Documento disponible en www.salud.gob.mx/unidades/conadic/depre_index.htm. Accesado en Septiembre 2005.
26. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la [American Psychiatric Association](http://www.psychiatry.org). DSM-IV, Pág, 348
27. Enciclopedia Médica en Español, Documento encontrado en <http://www.MEDLINE.com>. Accesado en Septiembre 2005.
28. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D et al. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997; 42:9-22.
29. Real Academia de la Lengua Española, Documento encontrado en <http://www.rae.es/> Accesada el 15 de Septiembre del 2005.
30. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente. OPS/OMS Washington. 1995. Resumen 2000;13(3):130-5.
31. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. pp.199.
32. Nelson, V: Tratado de Pediatría, Salvat Editores S.A. 1995. pp 743-62..
33. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Versión 2.3 (DISC.2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:865-877.
34. De la Peña F, Ulloa RE, Páez F. Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Ment* 1999; 22:88-92.
35. Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:570-579.
36. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: Cohort effects. *J Affect Disord* 1994; 30:15-26.
37. Cantoral Guadalupe, Mendez Martha Victoria; Depresión en adolescentes, "Un análisis desde la perspectiva de género; pp, 3-5.

38. Kandel DB, Davis M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. Arch Gen Psychiatry 1986; 43:255-262.
39. Louro I. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso Salud-Enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4):439-45
40. Características epidemiológicas de la conducta suicida en niños y adolescentes. Rev Panam Salud Pública. [online]. Dez. 1997, vol.2, no.6 [citado 17 Abril 2006], p.418-419. Disponible na World Wide Web: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997001200012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1020-4989.
41. [Arrieche Bonilla, Carlos Enrique, Impacto en la funcionalidad familiar del adolescente y sus padres con crisis familiar después de su participación en los talleres para los adolescentes y escuela para padres en el Ambulatorio Urbano tipo III La Carucieña. Marzo-Noviembre 2000](#)
42. National Institute of Mental Health. www.nimh.nih.gov
43. Lori Heise. Et al (1994). Cuestionario adaptado de "Muestra de evaluación de Peligro de Campbell, 1986.
44. México. Secretaria de salud. Ley General de Salud, art. 13. Criterios para la Investigación médica, 1999.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Te pedimos tu colaboración para la realización de un estudio con fines estadísticos. Por lo cual agradeceremos que contestes el siguiente cuestionario **marcando la respuesta que mejor te parezca.**

Género H___ M___	Edad () 10 a 14 () 15 a 19		No. ____	
Durante la Semana pasada	Raramente Nunca Menos de un día	Algo Poco Entre 1 y 2 días	A veces Bastante Entre 3 y 4 días	Mucho Siempre Entre 5 y 7 días
He sentido que no me podía librar de la tristeza ni con la ayuda de mis familiares o amigos	()	()	()	()
Me he sentido pesimista	()	()	()	()
Sentía que era tan bueno como para realizar cualquier cosa*	()	()	()	()
Disfrutaba de la vida*	()	()	()	()
He sentido que cuando algo sale mal es debido a mí	()	()	()	()
Me he sentido castigado	()	()	()	()
He sentido que la gente me tenía antipatía	()	()	()	()
Cuando hubo un problema pensé que es mi culpa	()	()	()	()
Llegue a considerar que el suicidio sería la solución a mis problemas	()	()	()	()
He llorado a ratos	()	()	()	()

Me enfade por cosas que habitualmente no me molestan	()	()	()	()
Me enfade por cosas que habitualmente no me molestan	()	()	()	()
He sentido falta de interés por la cosas	()	()	()	()
Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hacia	()	()	()	()
He descuidado mi imagen personal	()	()	()	()
Me costaba esfuerzo hacer las cosas	()	()	()	()
Mi sueño ha sido inquieto o he tenido problemas para dormir	()	()	()	()
Mis rutinas diaria me provocaban mas cansancio de lo normal	()	()	()	()
No he tenido ganas de comer ni apetito	()	()	()	()
Note que había bajado de peso	()	()	()	()
Me preocupe más de lo habitual	()	()	()	()
Note una baja en la atracción sentida hacia mi compañero (a) u otra persona del otro sexo	()	()	()	()

ANEXO II

Escala de recursos APGAR Familiar de amigos.

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. La Familia se define como el o los individuos con quienes usted usualmente convive. En caso de vivir solo consiste en las o la persona con quien sostenga vínculos afectivos más fuertes.

Instrucciones:

Para cada pregunta marque una x en la opción que mas se acerque a su realidad.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nueva actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: A) El tiempo para estar juntos. B) Los espacios en la casa. C) El dinero					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos (as).					
Tiene usted algún (a) amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda.					

ANEXO III

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "FRECUENCIA DE LA DEPRESION Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN FAMILIAR EN LOS ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL H.G.S.Z. No. 4 EL NARANJO S.L.P.", que se llevará a efecto en dicha unidad.

El objetivo de este estudio es conocer las frecuencias de la depresión en la población adolescente adscrita al H.G.S.Z. No. 4 del Naranjo S.L.P.

Entiendo que puedo negarme a participar en este proyecto, sin que eso pueda afectar mis derechos como paciente, en el IMSS.

El investigador se ha comprometido y me ha asegurado que mi nombre, no aparecerá en ninguno de sus reportes, y que se mantendrá la confidencialidad de la información descrita en este proyecto. Y que mi participación solo consiste en permitir se me apliquen dos cuestionario dentro de las instalaciones del H.G.S.Z No. 4 del IMSS en el Naranjo S. L. P.

Al aceptar, entiendo que lo hago libremente y habiendo recibido la información suficiente.

San Luis Potosí, S.L.P. a _____ de _____ del 2006

Nombre y firma del Paciente

Nombre y firma del Investigador

Nombre y firma del 1er. Testigo

Nombre y firma del 2º. Testigo