



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 28 GABRIEL MANCERA

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

**EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR
A TRAVÉS DE LA ESCALA DE
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
LOS PACIENTES CON SINDROME
DEPRESIVO DE LA UMF No. 28 DEL
IMSS.**

DR. GUSTAVO VICENTE VELAZQUEZ GRANADOS
AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

ASESORES

DRA. EMMA ESPEJEL ACO

Coordinadora del Centro de Estudios e Investigación de la Familia Instituto de la
Familia A.C.

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

MEXICO, D. F.
No. DE REGISTRO: F-2008-3607-1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR A TRAVÉS DE LA ESCALA DE
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON SINDROME
DEPRESIVO DE LA UMF No. 28 DEL IMSS”**

AUTORIDADES DEL IMSS

DR. JUVENAL OCAMPO HERNANDEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS.

DR. IGNACIO ARROYO MORENO

ENCARG. COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD Y TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.

DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”. IMSS.

**“EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR A TRAVÉS DE LA ESCALA DE
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON SINDROME
DEPRESIVO DE LA UMF No. 28 DEL IMSS”**

ASESORES DE TESIS

DRA. EMMA ESPEJEL ACO

Coordinadora del Centro de Estudios e Investigación de la Familia Instituto de la
Familia A.C.

DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 26. IMSS.

Agradecimiento

Gracias a DIOS por haberme dado la oportunidad vivir, por guiar mis pasos en este mundo y por regalarme la felicidad que siente mi alma.

Gracias a mi MADRE, que con su infinito amor y cariño, así como dedicación y trabajo logro formarnos como hombres y mujeres de bien.

Gracias infinitas a mis queridas HERMANAS, PATRICIA, MARTHA Y KARINA, ya que sin su apoyo me hubiera resultado muy escabroso este camino de mi vida, cada uno de ellos en algún momento aportó y sigue aportando algo importante a mi existencia.

Gracias a mi pequeño que ha alegrado mi vida con sus ganas de vivir, con su amor, con sus inquietudes y su distinta forma de ser, gracias mi pequeño LUIS GUSTAVO.

Gracias a ti....ser especial, a ti que desde el momento que te conocí me hiciste una mejor persona, gracias a tu paciencia y dedicación, por cada una de las experiencias, gracias por compartir tu vida junto a la mía. Gracias a ti, ALEJANDRA.

INDICE

PRESENTACION DE TESIS.....	1
HOJA DE FIRMAS.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	4
REUMEN.....	5
INDICE.....	6
MARCO TEORICO.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
JUSTIFICACIÓN.....	25
HIPÓTESIS.....	26
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	27
MATERIAL Y METODOS.....	28
TIPO DE ESTUDIO	29
METODO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	30
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES.....	31
MUESTRA	32
DISEÑO ESTADISTICO	33
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	34
VARIABLES DE ESTUDIO	35
DISEÑO DE INVESTIGACION	37
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO...	39
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40
RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIONES.....	54
ANEXOS.....	56
BIBLIOGRAFIAS.....	73

RESUMEN

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR A TRAVÉS DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO DE LA UMF No. 28 DEL IMSS

AUTORES: Dr. Velázquez Granados Gustavo V., Dra. Espejel Aco Emma, Dr. Apolinar Membrillo Luna. Unidad de Medicina Familiar No 28. Col. Del Valle. México D. F.

OBJETIVO: Conocer el Funcionamiento Familiar en pacientes con síndrome depresivo.

MATERIAL Y METODOS: Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Familias de Pacientes con síndrome depresivo, sin distinción de sexo y edad. Criterios de exclusión: que padezcan otra patología psiquiátrica. Tamaño de muestra: obtenida por teoría del límite inferior 30 familias. Selección por conveniencia. Variables: (VD) funcionamiento familiar y depresión (VI). Se utilizó Escala de Funcionamiento Familiar de Emma Espejel Aco.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO. Estadística descriptiva para cada una de las variables, con medidas de tendencia central, siendo esta de tipo probabilística.

RESULTADOS: 30 familias de pacientes con síndrome depresivo 17 mujeres (56.6) y 13 hombres (43.4), entre 18 a 52 años. Familias funcionales 33%, y familias disfuncionales 67%.

Palabras Claves: Funcionamiento Familiar, Familia Funcional, Familia Disfuncional, Depresión, Escala de Funcionamiento Familiar.

No. De Registro: F-2008-3607-1

1. MARCO TEORICO

Aspectos generales de la familia:

Definición:

La familia es la mas antigua de las instituciones sociales, no se tiene ningún testimonio sobre los tipos de organización familiar. El pensamiento científico del siglo XIX, analizó que la primera familia humana era patriarcal, compuesta por mujeres y jóvenes dominada por un varón de mayor edad¹.

El término familia se aplica a dos unidades sociales de diferente composición y de posibilidades funcionales, la familia conyugal y la familia consanguínea. La familia conyugal es una unidad funcional y la familia consanguínea la más antigua, la cual es considerada como una formación artificial. La familia moderna es divergente, constituye una institución viva, multifacético, es el foco de impacto de la cultura ambiental sobre la persona, personalidad, formación del ser humano, productor-consumidos².

La Familia. Proviene del latín famulus que significa sirviente o esclavo doméstico regido por el pater quien condensaba todos los poderes. Otras Definiciones como La OMS: miembros del hogar emparentados entre sí, determinado por sangre, adopción y matrimonio. Bottomore: la define como asociación caracterizada por una relación sexual duradera para la procreación y crianza de los hijos. Con 2 elementos: Matrimonio y filiación. El primero establece reglas entre marido y mujer y el segundo determina, deberes y derechos de padres a hijos. Ackerman: unidad básica de desarrollo, experiencia, realización y fracaso, de enfermedad y salud. Es el nombre de una institución tan antigua como la especie humana.

Minuchin (1989) "la familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas estableces pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse, esas pautas apuntalan el sistema, su organización y estructura, tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia. Refiere cuando el individuo desarrolla sentimientos de identidad e independencia; el primero por sentirse miembro de una familia y el segundo para pertenecer a diferentes subsistemas².

Familia es: la estructura social básica con un interjuego diferenciado de roles integrada por la personas que conviven en forma prolongada en interacción con la cultura y la sociedad. (Zilbach, 1989)³.

La familia grupo social organizado como un sistema abierto constituido por un numero variable de miembros, que conviven en el mismo lugar vinculados por lazos ya sea consanguíneos, legales o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto que se ubique³.

Von Bertalanffy (1968) considera a la familia como una unidad sistémica, inserta y relacionada con otros sistemas humanos de mayor o menor jerarquía o complejidad, que realiza funciones específicas para la satisfacción de las necesidades de los miembros que la integran como una unidad vital de desarrollo.⁴¹

Macias refiere a la familia como un grupo (dos o más) de adscripción natural de seres humanos, con o sin lazos de consanguinidad de pertenencia primaria y convivencia, bajo el mismo techo, que compartan la escasez o abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios que al menos en alguna etapa de la vida incluya 2 o más generaciones y que tiene 4 elementos básicos.

1. Que sea un grupo mínimo 2 personas ó un grupo amplio y numeroso.
2. Adscripción natural y pertenencia primaria
3. Convivencia bajo el mismo techo compartiendo abundancia y escasez de recursos de subsistencia y servicios.
4. En al menos una etapa de su ciclo vital sea mínimo de 2 miembros, unioparental, o nuclear conyugal, o amplio, extensa, incluya individuos de 2 o más generaciones.

Familia extensa es aquella que incluye por lo menos dos o más troncos generacionales completos, y familia semiextensa cuando convive bajo el mismo techo de una familia nuclear otros miembros con o sin lazos de consanguinidad.⁴¹

Estructura y tipos de familia: familias condescendencia patrilineal, si queda el recién nacido adscrito a la familia del padre. Matrilínea, si esta adscrito a la familia de la madre. Desde la perspectiva socioeconómica existe el tipo patriarcal o matriarcal, Y desde la importancia psicodinámica existen familias matri o patricéntricas. Por o antes expuesto todos tenemos una familia de origen y/o de orientación que es dentro de la cual nacemos ,formamos y desarrollamos y que posteriormente estaremos en condiciones de desarrollar una familia de procreación.⁴¹

Conjunto de patrones de comportamiento de sistema familia que rigen el estilo de vida y promueven la funcionalidad y disfuncionalidad³.

Función:

La función social de la familia es la de preparar al individuo para la sociedad. La educación y la vida familiar son importantes para moldear al individuo⁴.

La familia es propulsora de dos aspectos asegura la supervivencia y construye lo esencialmente humano del hombre lo cual perdura a lo largo de su vida (Ackerman 1982)⁴

Además de los fines básicos con grupo primaria, es importante que la familia constituya un orden específico capaz de estar en conflicto y desarmonía con sus fines ya establecidos de la familia. Por lo que cada miembro de la familia tiene varias familias durante el transcurso de su vida con incompatibilidades, lo que marcara su actitud social en forma definida, basta destacar que la familia crece. Madura, decae y muere y que su estructura varia en cada una de esas etapas⁴.

Las principales funciones de la familia mencionadas por la mayor parte de los autores son: socialización, reproducción, cuidado, afecto, estado socioeconómico⁴

La familia como una institución social realiza una serie de funciones psicosociales efectuadas con base a la complementariedad y potencialidades por sus miembros en función de sus roles que les son asignados, y en ella es donde se establecen los vínculos afectivos primarios que son modelo para la forma en que se relacionan con las demás personas.⁴¹

El ser humano es una entidad biológica, psicológica y social por lo que realiza diversas funciones, así como cubrir diversas necesidades biológicas que utiliza para satisfacer sus necesidades más elementales, Fromm (1965) las denominó "específicamente humanas". Macias (1990,1993) las agrupo en un ordenamiento evolutivo, estableciendo una relación con el conjunto anterior las cuales son:

Conjunto de necesidades de relación-vinculación, es importante un relación vincular, afectiva para el desarrollo de seguridad, confianza del niño en un vinculo emocional afectivo con las figuras materna y paterna, de no ser así el daño puede ser grave.

Segundo el conjunto de necesidades de aceptación y pertenencia esta aceptación necesita ser estable y permanente, siendo importante la constancia objetal permitiendo al niño tener un sentido de pertenencia, sentir seguridad, sentir que pertenece a una familia y a otros grupos de adscripción secundaria.⁴¹

Tercero la necesidad de identidad individual. El primer elemento de identidad que tenemos a en una identidad grupal, antes que individual, pero se sabe cual es el gruido de pertenencia primaria, de familia, mi identidad familiar y posteriormente se añadirá la identidad individual, iniciando con el nombre propio que me sea asignado y el de ser yo mismo.

Cuarto conjunto de necesidades de marco de referencia sistema de valores. El ser humano necesita contar con un marco de referencia para entender las reglas para pertenecer y mantener su estatus, que actitudes y conductas determinan su rechazo o expulsión en los gruidos primarios o secundarios, definiendo su sistema de valores personal.⁴¹

Quinto el de significado y transcendencia, el hombre tienen que buscar el significadote a su existencia, Lintos y Levi-Strauss comentan que donde hay hombre hay familia por lo que es indispensable a pertenencia de un ser a un gripo de adscripción primario y natural para garantizar su subsistencia y el desarrollo de sus potencialidades.

La familia es un sistema o conjunto de elementos que interactúan entre sí y que constituyen un todo unitario. Con el paso del tiempo estos sistemas conservan una estructura que tiende a mantenerse estable a través de cambios adaptativos en su proceso de evolución-desarrollo.⁴¹

Las funciones de la familia incluyen:

- a) Socialización: actividades que favorecen el desarrollo biosicosocial de una persona.
- b) Afecto: interacción de sentimientos y emociones en la familia propiciando cohesión y desarrollo psicológico personal.
- c) Cuidado: protección y asistencia de manera respetuosa para afrontar necesidades.
- d) Estatus: transmisión de características sociales que otorgan una posición en la sociedad.
- e) Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- f) Desarrollo: y ejercicio de la sexualidad⁵.

Funciones psicosociales de la familia

1. Provee satisfacción a las necesidades biológicas del subsistencia. La familia se encarga de proveer de forma abundante o escasa recursos, satisfacción de necesidades alimentarias, techo, abrigo y protección.
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales. Es en el seno de la familia donde establece las primeras relaciones interpersonales y vínculos afectivos primarios.
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar. Desde el nacimiento se busca la identidad asignándole un nombre propio. Y posteriormente a grupos más ampliados cuya identificación es el sobre nombre.
4. Provee los primeros modelos de identificación psicosexual. Motivo por el cual se identifica a través de la figura adultas de ambos sexos siendo muy importante como modelos de identificación de género.
5. Inicia en el entrenamiento de los role sociales, además el rol masculino y femenino dentro de la familia es importante por contar con una estructura jerágica en cuanto a la toma de desiciones y responsabilidades.
6. Estimula el aprendizaje y la creatividad.
7. Transmite valores, ideología y cultura.⁴¹

Es por eso que las funciones de la familia se dividen en función a maternaje y paternaje. En virtud de que no son exclusivas sino que son propias en base a las distintas circunstancias y por diferentes razones pueden compartirlas o realizarlas en forma complementaria.⁴¹

Ciclo evolutivo:

Los elementos que se utilizan para estudiar la familia son: Ciclo de vida familiar, estructura y dinámica de la familia, tipología familiar, funciones de la familia, teoría general de la

comunicación, teoría general de sistemas, teoría general de grupos, relaciones entre médico y paciente y entre médico y familia, fenómenos de transferencia y contra transferencia y técnica de la entrevista⁶.

El ciclo de vida de la familia analiza la historia natural de esta, desde su formación hasta su disolución. Dentro de estos ciclos contamos con las clasificaciones de Geyman y Duvall⁶.

Geyman la clasifica:

- Fase de Matrimonio: inicia con la consolidación del matrimonio, termina en la llegada del primer hijo.
- Fase de expansión: en el momento que se incorporan nuevos miembros en la familia, inicia con el nacimiento del primer hijo y termina cuando el primer hijo alcanza la madurez.
- Fase de dispersión: inicia cuando el primer hijo alcanza la madurez y termina cuando todos los hijos alcanzan la madurez y se van del hogar.
- Fase de independencia: inicia cuando todos los hijos alcanzan la madurez y se van del hogar y termina cuando los padres se retiran del trabajo o se separan.
- Retiro y, muerte inicia cuando los padres se retiran del trabajo o se separan y termina cuando los dos mueren.

Estructura familiar:

Para Pick algunas variables que afectan a la estructura familiar son la integración conyugal y la comunicación entre padres e hijos. Actualmente se presenta dos tipos amalgamado cuyos límites entre sus miembros son poco claros, los roles no se encuentran preestablecidos, hay poca privacidad, provocando baja autonomía y poca capacidad de resolver problemas. Así cualquier situación que pasa en un miembro de la familia repercute en todo el sistema. El tipo difuso cuyos límites son impermeables y la comunicación es difícil. Los miembros funcionan independientemente con autonomía y poca lealtad familiar⁶

Ciclo vital de la familia. La familia como unidad sistémica tiene un ciclo vital, origen y desarrollo y un final, donde se distinguen fases evolutivas.

Etapas de antecedentes: donde existen tres etapas que inicia con el desprendimiento de la familia de origen para alcanzar la autonomía emocional y de autosuficiencia para la toma de decisiones con verdadera libertad y responsabilidad, lográndose identificar:

La etapa inicial: presenta un inicio claro y definido, marcado por el ritual del matrimonio con un compromiso de vida, el convivir formalmente tendrá la oportunidad de irse integrando y adaptando a la forma inicial de sus vidas juntas. Al término de esta fase la pareja decide ser familia, que es incluir a una nueva generación.

Etapa de desarrollo donde inicia las primeras funciones psicosociales, y es en la etapa escolar donde constituye la casi totalidad del mundo interaccional de los hijos, adquiriendo seguridad emocional, autoestima y sentido de pertenencia familiar.

Etapa de declinación o involución, inicia con la fase de desprendimiento considerada por algunos autores como el nido vacío. Pudiendo presentar crisis u oportunidad de crecimiento y enriquecimiento con la pareja. ⁴¹

Funcionalidad familiar:

Para Lewis (1976), una familia funciona cuando los miembros respetan la autonomía y toleran la individualidad viviendo sin perder la sensación de pertenencia a la familia. Los miembros son activos y realizan actividades juntos se encuentran cerca pero están bien diferenciados, existen límites con un gran valor de pertenencia a la individualidad. Los miembros de familias disfuncionales se encuentran a la defensiva, aislados, distantes, hostiles, resolviendo de manera pasiva y débil controlada a las necesidades y actividades familiares.

Minuchin menciona que para la evaluación de la funcionalidad familiar es importante definir conceptos como roles, jerarquía, demarcación de límites. Adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como proximidad versus distancia y estilo de comunicación. La cohesión es importante para demostrar la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad cuya habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes se complementa con valores durables, tradiciones y normas⁷.

Jerarquía: son niveles de autoridad que varía con la etapa del ciclo familiar. Cada individuo pertenece a un subsistema y adopta niveles de autoridad como reglas claras y predecibles⁸.

Las Alianzas son asociaciones abiertas entre dos ó más integrantes de la familia de la misma generación o mismo género.

Cuando son inadecuadas se llaman coaliciones, los acuerdos pueden ser:

- 1) Triangulación se busca la alianza del hijo o se lucha por ella originando lucha por poder.
- 2) coalición estable: hijo aliado con uno de los padres.
- 3) desviación de ataque: el conflicto conyugal no resuelto se desvía a un hijo (chivo espiratorio).
- 4) desviación de apoyo: para resolver el problema se vuelca sobre el hijo como motivo de unión⁸.

Espejel en 1997 llama alianza a la asociación abierta y encubierta entre dos o más miembros de la familia.

Límites: alude a la cercanía, distancia entre los subsistemas, son fronteras que regulan el contacto en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía. En ocasiones la relación familiar es amalgamada que genera problemas, en otras son tan rígidos que anulan la comunicación, y forman relaciones desvinculadas⁸.

Roles: son conductas repetitivas que originan actividades recíprocas que haga un individuo y deben ser aceptados⁸.

Redes de apoyo: son acciones de solidaridad que faciliten el cuidado y crianza de los hijos y compensen las deficiencias del sistema familiar, formados por miembros de la familia, amigos y vecinos⁸.

Comunicación: deben existir mensajes claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición para evitar distorsiones⁸.

Flexibilidad: Esta relacionada con la anterior y permea toda la estructura familiar para respetar las diferencias individuales⁹

Macias 1990-1993 menciona que la funcionalidad y evaluación familiar, requiere de una serie de modificaciones y ajustes al ocurrir en forma satisfactoria de acuerdo a las necesidades de sus integrantes predomina un clima de bienestar por lo que se hablaría de una funcionalidad familiar los aspectos que evalúa son límites, roles ya mencionados con anterioridad más Significancia que es el grado de importancia que tiene un miembro de la familia por su participación o pasiva y activa, ocurriendo en familias matricéntricas, o un hijo grave.

Jerarquías: o bien el ejercicio formal de la autoridad y responsabilidad para la toma de decisiones.⁴¹

Modelos psicosexuales: Los adultos hombre y mujer ofrecen modelos primarios de identificación psicosexual.

Involucramiento emocional: es la intensidad del vínculo afectivo que existe entre los miembros de la familia y conlleva el concepto de cohesividad.

Alianzas: cuando se unen dos miembros de la familia para apoyo y otras acciones se menciona una alianza positiva, pero al tener un sentido negativo contra otro miembro se le llama coalición.

Comunicación de la familia: se debe evaluar mensajes verbales y no verbales, en el cual se distinguen dos aspectos uno el contenido que se dice y el racional como se expresa. En el área familiar consideramos 2 áreas la instrumental y la afectiva.⁴¹

Expresión de afecto: expresar sentimientos de bienestar y de malestar. Por lo que es necesario identificar el clima afectivo predominante en el grupo familiar, el clima afectivo y los tipos de sentimientos.

Modos de control: modo que la familia utiliza para manejar los impulsos en condiciones normales, riesgo o peligro y controlar el comportamiento interpersonal y de socialización hay 4 estilos:

1. Rígido.
2. Flexible.
3. Laxo.
4. Caótico.

Los modos de control son las formas en que se aplican las normas a la familia, detectando las reglas que rigen el funcionamiento familiar.⁴¹

Las funciones familiares son tareas que le corresponde a los integrantes de la familia como un todo, el cumplimiento permite interacción con otros sistemas sociales, esto hace que al evaluar la norma función o disfunción de un sistema familiar, no exista técnica o instrumento que permita catalogar su función de forma absoluta midiendo aspectos parciales de la función¹⁰.

Características genéricas de una familia funcional

- Son dialécticas: Por que promuevan el crecimiento individual y grupal, apareciendo en diversos momentos de la crisis, sus integrantes cambian para un continuo desarrollo. Ninguna familia permanece estática dado que su historia es un permanente acontecer¹¹.
- Son dinámicas: La acción por cada uno de sus integrantes influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de las personas. Y es que la conjunción y la interacción entre ellos integran sucesos familiares¹¹.
- Ser relativas: Toda familia brinda a sus integrantes protección, seguridad, afecto, expectativas para su desarrollo¹¹.
- Estar en una situación relacional y compatible: Las características psicoculturales donde el sistema familiar se inserta, influyen en su estructura, funcionabilidad, sistema ideático y viceversa¹¹.

Modelos para evaluar la funcionalidad familiar

Existen diversas formas de evaluar funcionamiento familiar, para conocer se esta manejando adecuadamente permitiendo con ello una satisfacción de sus integrantes a fin de favorecer y estimular su maduración.⁴¹

Modelo sistémico de familias de Baevers: propone un modelo basado en dos dimensiones. La estructura, flexibilidad y competencia de la familia y la segunda el estilo familiar, este modelo presenta a la familia en un momento y espacio determinado. En 1981 Baevers describe 13 variables que cubren 5 áreas del comportamiento familias: 1. estructura, 2. mitología 3. Negociación dirigida al logro de metas, 4. Enfrentar la autonomía individual y 5. Expresión afectiva¹².

La estructura se basa en 3 escalas: 1) poder abierto o encubrimiento, 2) calidad de la coalición parental, 3) cercanía familiar¹³.

Mitología: es el mito compartido de cualidades y capacidad de los miembros de la familia.

Negociación orientada al logro de metas. Eficiencia de la familia en tomar decisiones asegurando la participación de sus miembros¹³.

Promoción de la autonomía: con claridad en la comunicación, asumir las responsabilidades personales y ser receptivo.

Afectividad evaluada como expresividad estado de ánimo y empatía.

El estilo familiar tiene 2 características la familia centrípeta y centrífuga. Las familias sanas se dividen en óptimas ya adecuadas. Las de rango medio en: rango medio centrípeta, rango medio centrífugo y rango de medio mixto¹⁴.

Familias severamente disfuncionales clasifican en severamente disfuncionales centrípeta y familias severamente disfuncionales centrífugas.

Modelo de funcionamiento familiar de Mc Master: marco basado en el enfoque sistémico donde la familia se conceptualiza en un sistema abierto, compuesto de sistemas dentro de sistemas (individuo, marital, hermanos) y relacionados con otros sistemas (escuela, trabajo): donde identifica 6 áreas: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas, control de conducta¹⁴.

Las familias desarrollan 4 patrones de control para la conducta: 1. control de la conducta rígido, 2. control de la conducta flexible, 3. control de la conducta laissez-faire, 4. control de la conducta caótico¹⁵.

Modelo de ambiente familiar de Moos: Enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, constituida con 10 escalas: cohesión, expresividad, conflicto, independencia, orientación al logro, orientación intelectual-cultural,

orientación recreativa-activa, énfasis moral-religioso, organización y control. También comenta que la orientación hacia la expresividad y la independencia con características de familias pequeñas, en cambio las familias grandes están orientadas hacia la religiosidad y el conflicto¹⁶.

Modelo complejo marital y sistémico familiar: tiene dos dimensiones cohesión y adaptabilidad, ubicadas en un modelo circunflejo que identifica 16 tipos de familias maritales y familiares¹⁷.

Modelo circunflejo de la conducta: a fin de realizar una descripción de parejas y familias, donde existe una relación de cohesión y adaptabilidad.

Las variables que se han relacionado con el funcionamiento familiar son la estructura familiar, la cual es planteada como variable independiente debido al desarrollo infantil, relaciones familiares, satisfacción conyugal, y funcionamiento familiar¹⁸.

Aspecto socioeducativo y socioeconómicos: los cuales influyen en el clima familiar en roles, mando, expresividad y patrones de comunicación.

Familia de origen es considerada como variable determinante en el funcionamiento que forma un individuo en cuanto a valores, actitudes y creencias¹⁸.

Evaluación de funcionalidad familiar.

El funcionamiento de la familia en México

Diversos estudios describen a la familia indígena basada en la cooperación, cohesión, autosuficiencia y solidaridad, el mestizaje establece diferencias entre roles y jerarquías, marcando al hombre como jefe de familia proveedor y a la mujer se le asigna el deber respeto y obediencia a su marido y la función de procreación.

Leñero menciona que se tienen 2 estereotipos tradicionales y modernos. Masour y Soni (1980) menciona que los mexicanos consideran que el varón es superior a la mujer es quien debe obedecer servir y cuidar a los hijos, ya que el padre aparece como figura distante, por lo que muchos mexicanos se sienten impotentes para resolver problemas y establecer su seguridad a partir de figuras de autoridad y fuentes de control externa provocando ansiedad y baja aspiración al logro. La madre transmite a los hijos su desconfianza producida por los abandonos y las pérdidas, influyendo en generar confusión, apatía, pasividad y culpa¹⁹.

Evaluación del funcionamiento familiar.

Existen varias escalas que miden la funcionalidad familiar dentro de ellas contamos con la escala de evaluación de la adaptabilidad de cohesión familiar FACES los últimos como el faces

III que cuenta con 20 ítems y faces IV. Con una confiabilidad de .71 en adaptabilidad y .83 en cohesión¹⁹.

Escala de ambiente familiar de Moos (FES): CON 90 ítems el cual al realizarse en México no se encontró válido.

Cuestionario de evaluación del funcionamiento familia de Mc Master (MMFF). Muestra la percepción del individuo acerca de su familia y distingue entre familia sana e insana, con una confiabilidad de .70.

Family concept O-SORT. Cuenta con 80 ítems y describe a la familia real y la ideal. Con un resultado de .54 y .71 para Q-SORT real y .64 a .80 en ideal.

DSM-III-R: diagnostica y clasifica familias¹⁹.

Las escalas de funcionamiento familiar que se utiliza en este trabajo, es la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel Aco, el cual es un instrumento de alta confiabilidad que discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son, y el cual consta de 40 reactivos que exploran las áreas de la estructura familiar, autoridad, orden, supervisión, afecto, apoyo, conducta disruptiva, comunicación, afecto negativo y recursos en la entrevista abierta y dirigida²⁰.

La escala de funcionamiento familiar es un instrumento mexicano para evaluar familias, el cual surge en 1981 como una entrevista abierta para tratar de evaluar familias, nace como un cuestionario que constaba de 62 preguntas abarcando 12 áreas correspondientes a la estructura y a la dinámica familiar. Con una confiabilidad de 0.75 con alpha Cronbach²¹.

Los resultados se modifican a 40 ítems.

La consistencia interna Alpha de Cronbach + 0.91

El análisis factorial generó 9 factores representando el 56.10% constituyendo lo que hoy se llama ESCALA DE EVALUACION FAMILIAR²¹.

La aplicación de la escala se puede realizar en su mismo domicilio por 2 terapeutas entrenadas, la entrevista es abierta y las preguntas son el detonante para que las familias interactúen y muestren su verdadera estructura y dinámica y que a los ojos de los observadores ubican las conductas en cada una de las casillas del reactivo. Dicha escala responde al paradigma sistémico, dinámico-integrativo-relacional por lo cual es utilizado²¹.

La investigación cualitativa considera el escenario como fuente directa de datos, siendo el investigador el instrumento clave para recolectar palabras, escenas, sentimientos emociones y conductas. Se cuenta con 3 parámetros fundamentales, tipo de familia, etapa del ciclo familiar y contexto socioeconómico y cultural.

Una vez codificado cada uno de los reactivos se hace la sumatoria se obtiene puntaje global que se transfiere a una escala diagnóstica de funcionalidad y a un puntaje por áreas²².

Por lo que este estudio trata de hacer notar la importancia de la dinámica familiar en la depresión en familias de la Ciudad de México, en el que alguno de sus miembros padezca depresión como afecta la dinámica familiar evaluados con la escala de funcionamiento familiar²³.

Instrumento.

1984 Espejel realizó estudio a 80 familias en la delegación Coyoacán, a fin de investigar la disfunción familiar, 1997 la Dra. Emma Espejel, Raquel Liberman y Alejandra Esquivel realizaron una investigación preliminar con cincuenta familias mexicanas en el Distrito Federal y áreas conurbanas sin patología aparente, cuyo objetivo era describir la estructura y dinámica de la familia mexicana "funcional", para ello elaboraron la Escala de Funcionamiento Familiar.

La cual se publicó en 1997 debido a la imperiosa necesidad de evaluar con un instrumento a la población, por lo que se realiza la guía de evaluación familiar (1985), posteriormente se realizó el cuestionario de evaluación familiar donde se contó con 10 investigadores.

Una vez evaluado y comprobando su confiabilidad como instrumento de detección comunitaria para evaluar familiar (en colaboración con la Dra. Isabel Reyes Lagunes y el Ingeniero J. Francisco Cortes), fue utilizado en diversas investigaciones y en diversas instituciones, por mencionar algunas como la UNAM, Universidad Iberoamericana, Instituto de Salud Mental, Universidad Metropolitana, Hospital Psiquiátrico "Samuel Ramírez Moreno", en la Habana Cuba en el policlínico primero de enero²⁴.

Se le han realizado cinco investigaciones para perfeccionarlo, primero en 1985 donde nace el cuestionario de evaluación familiar, en la segunda ocasión en 1995 donde se adaptan las preguntas a la población cubana, la tercera en "características estructurales y funcionales de las familias con un adolescente deprimido sin realizar adaptaciones siendo útil lo que permitió eliminar 12 ítems. En la cuarta investigación se le denomina "escala de estructura y dinámica familiar a familias clínicas y no clínicas, originando la escala de funcionamiento familiar (Espejel E. y Cols., 1997) la cual está conformada por 40 ítems que investigan nueve áreas que conforman el funcionamiento dinámico sistémico y estructura de la familia las cuales son²⁵:

- Autoridad: evalúa eficiencia de la autoridad, es funcional cuando la autoridad reside en el subsistema parenteral²⁵.
- Control: evalúa límites y control de conducta. Es funcional en familias con límites repartidos y respetados.
- Supervisión: evalúa la vigilancia de normas y comportamientos y capacidad de organización del sistema familiar.
- Afecto: evalúa las manifestaciones verbales y no verbales de sentimientos y emociones de bienestar en la familia.
- Apoyo: evalúa la proporción de soporte social dentro y fuera del grupo familiar.
- Conducta disruptiva: evalúa conductas no aceptadas como adicciones, problemas e autoridad.
- Comunicación: evalúa la relación verbal y no verbal de la familia.
- Afecto negativo: evalúa las manifestaciones verbales y no verbales de sentimientos y emociones de malestar en la familia.
- Recursos: esta en relación a la posibilidad de enfrentar crisis y problemas resolviéndolos adaptativamente²⁵.

En el año de 1998, Espejel, E.; Cortés, J., y Ruiz Velazco V., presentan una última revisión a fin de desarrollar un modelo de funcionamiento familiar, diseñando estrategias de intervención, tanto en el ámbito preventivo como terapéutico.

Las áreas que valoran son:

- a) reconocimiento y centralidad.
- b) Organización instrumental.
- c) Comunicación instrumental.
- d) Comunicación afectiva.
- e) Manejo de conflictos.
- f) Ausencia de patología²⁵.

Las preguntas deben ser contestadas en pleno, posteriormente el evaluador asigna un puntaje del uno al cuatro²⁵.

Síndrome Depresivo

Definición: La depresión es un estado emocional patológico con sentimientos exagerado de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima y desesperanza, y síntomas somáticos como cefalea, constipación, debilidad dolor de espalda²⁶.

Se considero como un desorden del talante²⁶.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimaba que para el año 2000, habría 400 millones de personas en el mundo con algún trastorno mental o neurológico, o problema psico-social relacionado con el consumo de alcohol o drogas. Estableciendo que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria. Determino que uno de cada cuatro adultos que acuden a consulta padecía trastorno mental, y sólo 1% recibía atención especializada. En el mundo existen 340 millones de personas con trastorno depresivo, y para el año 2020 se incrementarán en 10.5%, llegando a constituir cerca de 15% de la carga total de discapacidad²⁷.

La depresión es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento, afecta dos veces más a mujeres que a hombres, y el riesgo de enfermar es de 2 a 3 veces mayor cuando hay historia familiar de depresión. En grupos más jóvenes, incrementa el riesgo de alcoholismo, drogas y suicidio; y los adultos mayores aumenta el riesgo de mortalidad por a una enfermedad clínica preexistente²⁷. En México se registró un 3.7% de la población ha presentado cuadros depresivos y en la ciudad de México es del 8.7% en el curso de la vida y de 5.3% en los últimos doce meses²⁷.

La depresión es un desorden mental que afecta a las personas integralmente. Principalmente en sus sentimientos, pensamientos y acciones. Causada por combinación de factores biológicos, genéticos, sociales y psicológicos²⁸. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas en 1994, señaló la prevalencia de trastornos mentales entre 15 y 18% de la población, mas frecuente en hombres como en mujeres²⁸.

Es una enfermedad orgánica con manifestaciones neurovegetativas, psicológicas y sociales, involucrando un componente bioquímico cerebral mejorando con tratamiento adecuado. El 50% de los casos de depresión no se detectan en primer nivel de atención con tendencia al incremento y una relación hombre - mujer del 8 al 12% y 20 al 26%, respectivamente, en una proporción de 2 mujeres a 1 varón²⁸. Las mujeres son doblemente susceptibles de sufrir depresión y los síntomas se incrementan con la edad pero a pesar de ello más hombres mueren por suicidio⁴. La detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada con una mejor evolución del padecimiento²⁹.

De acuerdo con las investigaciones la respuesta al tratamiento de los pacientes es positiva, la cual concuerda con el uso de antidepresivos, ya que entre 65 y 80% de los pacientes deprimidos presentan una mejoría significativa, los médicos familiares prescriben 43% del total de antidepresivos. Al comparar la prescripción de antidepresivos entre los años 1999 y 2000, se observó que los psiquiatras disminuyeron en 2% mientras que los médicos generales y familiares los aumentaron en 14%. Lo que demuestra la importancia que tiene el médico familiar, por lo que es necesario que conozca los principales signos y síntomas de la depresión, en las diferentes etapas de la vida, y también el esquema de tratamiento farmacológico³⁰.

Los grupos de edad más afectados son edad adulta, adulta mayor, enfermos ambulatorios, adulta joven. La depresión mayor *con* síntomas sicóticos se presentan en edad adulta, aunque es mas frecuente encontrarlo sin síntomas sicóticos. A la vejez se le denomina depresión involutiva en la clasificación de Kielholz, debido al inicio de los trastornos depresivos, sin antecedentes de trastornos depresivos previos, y en los adultos jóvenes se llama neurosis depresiva.

La tercera parte de deprimidos en la edad adulta mayor se relaciona con el climaterio.

Podemos encontrar varios síndromes depresivos; en menores de edad, en adultos jóvenes, en la edad madura y senilidad, lo que permite la presentación de tres subtipos dentro de depresión mayor:

- La de individuos jóvenes, con características neuróticas.
- En adultos mayores, con síntomas de la depresión similar en niños, adolescentes.
- Y los datos de depresión son similares en los adultos y ancianos

Se debe realizar un diagnóstico diferencial de depresión con las alteraciones neuropsiquiaticas por insuficiencia de riego sanguíneo cerebral, siendo importante, para el empleo de fármacos antidepresivos, psicoterapia, tratamiento sustitutivo hormonal, vasodilatadores cerebrales³¹.

La prevalencia en áreas rurales es igual que en zonas urbanas en el caso de las mujeres y más alta en los hombres. Las mujeres menos afectadas son las más jóvenes, de mayor escolaridad o estudiantes. Hay asociación entre condiciones de marginación y prevalencia de depresión, y el bajo porcentaje de individuos diagnosticados en este tipo de comunidades³¹.

Los trastornos afectivos se caracterizan por tristeza excesiva o excitación frenética en un lapso de 6 meses, con un estado más intenso y persistente, algunos pacientes se refieren pasivos y letárgicos y otros inquietos y agitados, sus comentarios son críticas hacia ellos mismos, plagados de culpa, pausan cuando hablan y se concentran de manera excesiva en las personas, recuerdan menos y con problemas de aprendizaje, y pueden presentar síntomas sicóticos. El trastorno distimico o depresión neurótica se acompaña de desgano crónico. Algunas depresiones se desvanecen sin terapia y otras continúan sin responder a tratamiento, algunas duran meses y otras hasta 2 o más años³².

Clasificación de la Depresión

Los principales tipos de depresión abarcan:

- Depresión grave; presentar 5 o más síntomas de los mencionados anteriormente, durante por lo menos dos semanas, continuando por al menos 6 meses (la depresión

es menor al presentar menos de 5 de estos síntomas durante al menos dos semanas)³³.

- Distimia: forma de depresión crónica, más leve, con duración hasta 2 años³³.
- Depresión atípica: depresión acompañada de alucinaciones (escuchar voces que realmente no están allí) o delirios (pensamientos irracionales)³³.

Los hombres con menor frecuencia buscan ayuda en relación a la depresión que las mujeres; siendo estas quien tienen más casos *documentados* de depresión.

Se debe tomar tres puntos para formar la base de la depresión:

- 1.- La depresión es una enfermedad médica
- 2.- La depresión no es culpa del paciente o de su grupo familiar
- 3.- La depresión puede ser tratada³⁴.

La entrevista donde se esclarece la depresión se efectúa entre el médico y el grupo familiar, e incluye la misma información en una entrevista entre el médico y el paciente³⁵.

Los síntomas varían de una persona a otra, ya que dos personas deprimidas pueden tener muy poco en común. Aunque es común que la depresión comience luego de un acontecimiento estresante, a veces ocurre sin causa aparente³⁵.

Cuadro clínico:

Categorías diagnósticas:

Incluyen al **trastorno depresivo mayor**, distimia y trastorno depresivo no especificado. En el depresivo mayor existe un estado de ánimo deprimido, hay disminución del interés, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, por dos semanas. Puede ir precedido por un trastorno distímico, y el 10% de pacientes iniciarán un primer episodio depresivo mayor³⁶.

Trastorno distímico. Estado de ánimo crónicamente depresivo durante la mayor parte del día por dos años. Esta triste o “desanimado”. En niños, irritable con duración mínima de un año. Se agrega pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Tiene pérdida de intereses y aumento de la autocrítica³⁷.

Trastorno depresivo no especificado. Pacientes que no cumplen criterios para trastorno depresivo mayor o trastorno distímico. Son episodios de al menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de cinco criterios exigidos para trastorno depresivo mayor.

Factores asociados: historia familiar de depresión, síntomas de melancolía o depresión de inicio temprano (antes de los 20 años). Una fase prodrómica de ansiedad y depresión moderada precede a episodios de depresión mayor³⁷.

Tratamiento:

Psicoterapia (tratamiento hablado). El simple hecho de hablar sobre sus sentimientos puede ayudar. Es difícil expresar sentimientos reales. El hablar con un consejero entrenado o psicoterapeuta, suministra alivio. El hablar del propio duelo es efectivo si la depresión está causada por la no superación de la muerte de alguien cercano³⁸.

Antidepresivos. En depresión grave se inicia con fármacos antidepresivos que ayudan a sentirse menos ansioso, siendo efectivos para normalizar el estado deprimido, y son necesarios durante algunos meses. Los antidepresivos no tienen un efecto inmediato, su acción es lenta y aparecen mejoría en la primera y segunda semanas. Debe evitar el consumo de alcohol ya que se puede potenciar su efecto depresor del Sistema Nervioso Central.

En un estudio se evaluó la eficacia y la seguridad de la imipramina y la sertralina, un inhibidor de la recaptura de serotonina, como tratamiento de la depresión mayor se observa mejoría en ambos grupos, pero en pacientes que recibieron sertralina, estos mostraron respuestas más rápidas. El promedio de las dosis administradas fue, en la sertralina de 134.5 mg/día, y imipramina, de 149.0 mg/día.

Los pacientes tratados con imipramina presentaron efectos adversos como constipación, xerostomía, temblor, somnolencia y transpiración excesiva. En el tratamiento con sertralina, los eventos adversos, son náuseas, mareos, gastritis y temblor³⁸.

La sertralina, en comparación con la imipramina, se relacionó con una mejor tolerancia y un menor número de efectos adversos. La calidad de vida de los pacientes, mejoró con la sertralina y con la imipramina en forma similar. Sin embargo, los que recibieron sertralina mostraron cambios en las sub escalas que miden energía, vitalidad y conducta alerta³⁹.

La respuesta a la venlafaxina XR se presentó a la cuarta semana con reducción de 50 % en la sintomatología depresiva la remisión de los síntomas depresivos, el nuevo estándar de oro del tratamiento antidepresivo, se obtuvo en la décima quinta semana, la dosificación de la venlafaxina XR, se inicio con 75 mg e incrementara hasta 225 mg si estaba indicado³⁹.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un estado emocional patológico con sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima y desesperanza, y síntomas somáticos, de origen multifactorial, incapacitante para el paciente, y que puede repercutir en el funcionamiento familiar del mismo, por otro lado, la familia es un apoyo importante para el paciente deprimido y además es la entidad institucional en la cual se repercute la enfermedad individual, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

1.3 JUSTIFICACION

La depresión es un estado emocional con sentimientos exagerado de tristeza, disminución de la autoestima y síntomas somáticos. Se estima que en el mundo existen 340 millones de personas con trastorno depresivo, y para el año 2020 se incrementarán en 10.5%, llegando a constituir cerca de 15% de la carga total de discapacidad. La depresión es un trastorno común, extenuante y con posibilidades de tratamiento, afecta dos veces más a mujeres que a hombres, y el riesgo de enfermar es de 2 a 3 veces mayor cuando hay historia familiar de depresión. En México se tiene un 3.7% de la población con cuadros depresivos.

El presente estudio tiene la finalidad de conocer las alteraciones en la funcionalidad familiar, que repercute a toda la familia, sociedad, siendo un problema de salud. Se aplicará la escala de funcionamiento familiar y conocer la funcionalidad o disfuncionalidad en la familia.

1.4 HIPOTESIS

De acuerdo al tipo de estudio que se realiza, no se requiere de una hipótesis, sin embargo y para fines educativos y didácticos a petición del comité de investigación, se realizan las siguientes Hipótesis.

H1.- El Funcionamiento Familiar es disfuncional cuando un integrante de la familia padece depresión.

H0.- No se presentan alteraciones en el Funcionamiento Familiar cuando se tiene un integrante en la familia con diagnostico de depresión.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar en los pacientes con depresión su funcionamiento familiar a través de la aplicación de la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel Aco.
- Conocer el funcionamiento familiar de los pacientes deprimidos por medio de la escala de funcionamiento familiar de la Dra. Emma Espejel Aco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer el funcionamiento familiar a través de la escala seleccionada para lo anteriormente citado en los pacientes con síndrome depresivo de la U. M. F. No. 28 del I. M. S. S.
- Identificar qué áreas en base a la Escala de Funcionamiento Familiar de la Dra. Emma Espejel y Cols., se encuentran disfuncionales en las familias de los pacientes que padecen depresión.

2. MATERIAL Y METODOS:

Se realizara estudio a un numero aproximado de 30 familias con diagnostico de depresión de la unidad de medicina familiar núm. 28. Donde se aplicara la escala de Funcionamiento familiar, cuyo instrumento cuenta con una confiabilidad del 0.91 y que discrimina sensiblemente las familias funcionales y las disfuncionales. (Agregar validez interna y externa)

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

Investigación cuantitativa:

Según el proceso de causalidad o el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información: **Prospectivo.**

Según el número de mediciones de una misma variable o el período y secuencia del estudio: **Transversal.** Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de uno o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades.

No comparativo Según la intención comparativa (estadística) de los resultados del grupo o grupos estudiados:

Descriptiva: Según control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:

2.2 METODO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

La aplicación del instrumento se puede efectuar en el domicilio del paciente a través de 2 investigadores o terapeutas, ya que la entrevista que se realiza es de tipo abierto, lo cual propicia la interacción de los miembros de la familia y ayuda a conocer la verdadera estructura de la familia, además de corroborar el tipo de dinámica que presentan, además de que esto favorece que la observaciones realizadas puedan anotarse en la casilla correspondiente de la escala de funcionamiento familiar.

2.3 VARIABLES

Variable dependiente

Funcionalidad Familiar

Capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por las que atraviesa, además es un conjunto de pautas que relacionan a cada miembro de la familia y establece cuando y con quien cada miembro se relaciona en un momento determinado.

Disfuncionalidad familiar

Es la incapacidad del sistema para enfrentar adecuadamente y superar cada una de las etapas del ciclo evolutivo y las crisis por la que atraviesa.

Variable independiente

Pacientes con diagnóstico de depresión.

Selección de la población

Las familias a estudiar son aquellas con algún integrante mayor de 18 años de edad, ambos sexos y con diagnóstico de depresión tratados en la Unidad de Medicina Familiar N. 28 del IMSS.

2.4 MUESTRA.

La muestra de la población de estudio será: **De tipo No probabilística**. Considerando que el tamaño de la muestra para el estudio de "El Funcionamiento familiar en los integrantes de las familias con pacientes con depresión atendidos en la UMF No.28" es de 30 familias, esto de acuerdo a la muestra mínima para estudios estadísticos.

2.5 DISEÑO ESTADISTICO

Para dar claridad y nitidez al diseño de la investigación, se debe de responder adecuadamente al análisis del diseño estadístico:

2.5.1 El propósito de ésta investigación es conocer si la Familia es Funcional o Disfuncional, partiendo de que un integrante de la familia padezca depresión.

2.5.2 La Población de estudio es un solo grupo, de la Consulta Externa de la UMF No.28.

2.5.3 Sólo se hará una encuesta, aplicando la Escala de Funcionamiento Familiar.

2.5.4 Se tomarán variables dependientes (Funcionamiento Familiar: Familia Funcional y Familia Disfuncional, Dinámica Familiar) e Independientes (depresión, género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, ciclo vital familiar, tipo de familia).

2.5.5 La muestra que se investiga es aleatoria, representativa.

2.6 CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Familia con pacientes que tengan diagnostico de depresión, de ambos sexos y mayores de 18 años de edad.
- Familias con pacientes con diagnostico de depresión a los cuales acepten participar en el protocolo y firmen carta de consentimiento informado para la aplicación de escala de funcionamiento familiar.
- Familias con pacientes con depresión que sean capaces de contestar la encuesta de escala de funcionalidad.
- Familias con pacientes con depresión que pertenezcan o no aun grupo de autoayuda
- Familias con pacientes con depresión que sean atendidos en el Instituto Nacional del seguro social.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Familias que no quieran participar en el estudio

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Familias que abandonen el estudio
- Pacientes que abandonen el estudio antes mencionado

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	CATEGORIA	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALORES DE VARIABLE O CODIGO	INSTRUMENTO
Depresión	Cualitativa	Nominal	Independiente	1)Depresión mayor 2)Distimia 3)Depresión menor	Expediente Criterios del DMS-IV
Funcionamiento Familiar	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1)Familia Funcional 2)Familia Disfuncional	Escala de Funcionamiento Familiar

Tener numero de folio	cuantitativa	continua	Numero consecutivo de 1 a n
sexo	Cualitativa	nominal	1= masculino 2=femenino
Nombre del paciente	Cualitativa	nominal	Nombre del paciente
edad	Cuantitativa	continua	Numero entero y fracciones.
Estado civil	Cualitativa	nominal	1= soltero 2= casado 3= divorciado 4= viudo 5= unión libre
Escolaridad	Cuantitativa	continua	Años total de estudio
Ocupación	Cualitativa	nominal	Textual
Autoridad	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Orden	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Supervisión	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
afecto	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Apoyo	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Conducta Disruptiva	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Comunicación	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
afecto negativo	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
recursos	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Tipo de familia	Cualitativa	nominal	1= nuclear 2= extensa 3= extensa-compuesta
Etapa del ciclo de vida de la familia	Cualitativa	nominal	1= matrimonio 2=expansión 3=dispersión 4=independencia 5=retiro
Numero de integrantes de la familia	Cuantitativa	discontinua	2-3 4-5 5-6

DISEÑO DE INVESTIGACION

UNIVERSO

Familiares de Pacientes con Depresión
atendidos en la UMF No.28 Asesoría en el
Instituto de la Familia A.C.

Estudio:
Prospectivo
Descriptivo
No comparativo
Transversal

Tamaño de la Muestra:
30 Familias

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes sin diagnóstico de depresión
- Familiares con patología psiquiátrica.
- Familiares que no quieran participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Población en estudio que no termine de contestar el cuestionario.
- Familiares que presenten algún accidente que les condicione incapacidad para contestar o la muerte.
- Familiares que no acudan a contestar el cuestionario con previo aviso.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Qué los pacientes depresivos tengan expediente en la UMF No.28
- Familiares ambos sexos y mayores de 18 años de edad.
- Familiares que autoricen y firmen el Consentimiento informado.
- Familiares que contesten la Escala de Funcionamiento Familiar

VARIABLES DE ESTUDIO:

Dependiente:
Funcionamiento Familiar
Independiente:
Depresión

- Firma de Consentimiento Informado
- Hoja de Recolección de datos
- Aplicación de Escala de Funcionamiento Familiar

ANALISIS ESTADISTICO Y RESULTADOS
CONCLUSIONES

2.7 FORMAS DE SEGUIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS.

Se cuenta con formato de consentimiento informado (anexo 1), otro para la recolección de datos personales la cual contiene datos de identificación del paciente de forma personalizada así como identificación de los integrantes del a familia (anexo 2), agregando además el cuestionario de la estructura dinámica familiar, (anexo 3), y la escala de funcionamiento familiar (anexo 4).

2.8 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

La aplicación de la escala fue aplicada por 2 personas capacitadas en la utilización de la escala de funcionamiento familiar, a cada una de las familias, utilizando criterios de inclusión y exclusión ya comentados.

Los recursos materiales que se tuvieron accesos fueron documentación como consentimiento informado, recolección de datos, cuestionario de la estructura dinámica familiar, y la escala de funcionamiento familiar, para cada una de las familias que aceptaron realizar la aplicación del instrumento. Lápices, bolígrafos, borradores, tabla de apoyo.

Computadora donde se instaló la información y se almacenó toda la información recabada y validada.

El resto de gastos de la investigación fueron absorbidos por el propio investigador.

2.9. CONSIDERACIONES ETICAS

Los procedimientos del presente protocolo de investigación están dentro de las normas de ética que marca el comité institucional y según la declaratoria de Helsinki de 1975, en su versión de 1983, y, también apegado al reglamento de la Ley General de Salud en materia de inestimación para la salud vigente en los Estados Unidos Mexicanos. Se anexa carta de consentimiento informado.

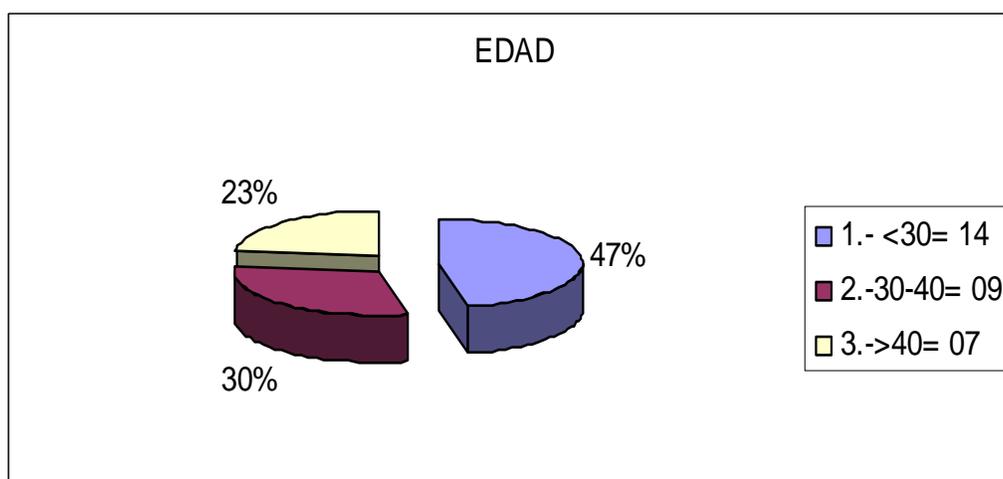
RESULTADOS

La investigación constó con la aplicación de 30 encuestas de escala de funcionamiento familiar en los meses de noviembre 2006 al mes de agosto del 2007, a pacientes derechohabientes a la Unidad Médica Familiar Número 28 “Gabriel Mancera”.

A continuación se describen los resultados obtenidos en base a las variables previamente establecidas.

EDAD DEL PACIENTE

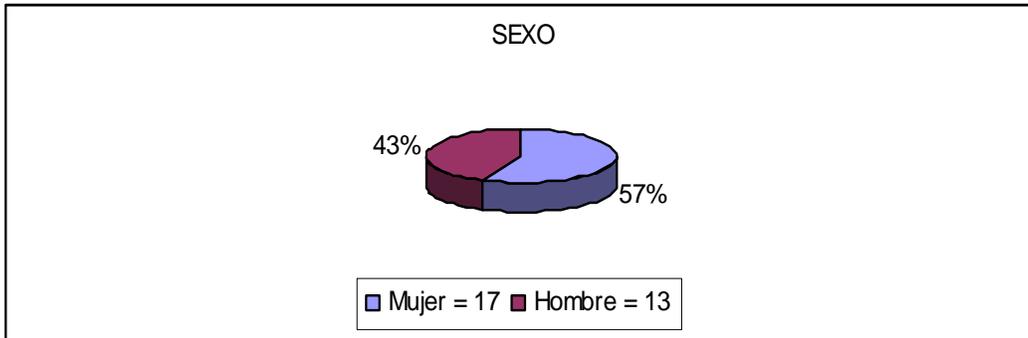
De la muestra de pacientes que se captaron en este estudio se encontró con una edad promedio de 32.2, y una media de 9.77 años de edad y una desviación estándar, con edad mínima de 18 años y una máxima de 52 años de edad. En la gráfica se representa la frecuencia encontrada en los diferentes grupos etéreos.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

SEXO DEL PACIENTE

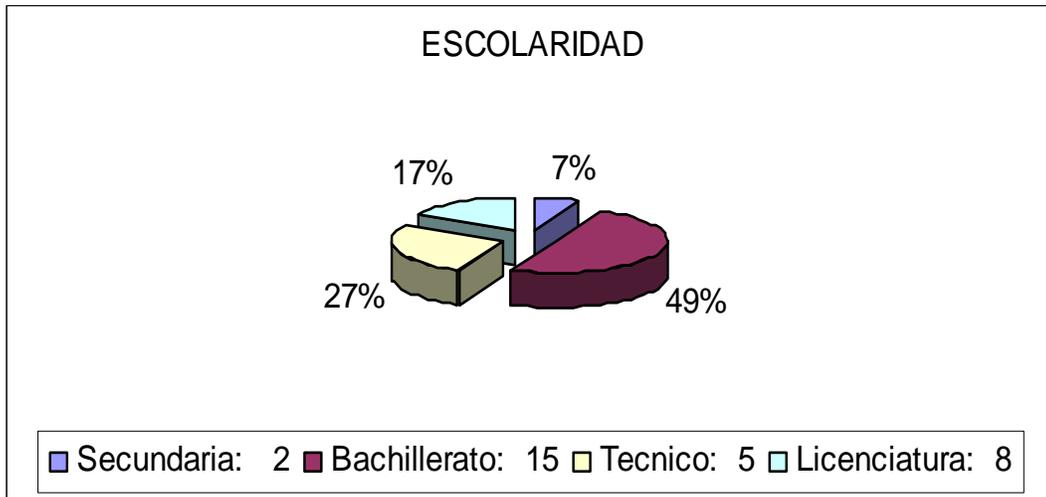
El sexo que predominó en el presente estudio fue el sexo femenino, con una frecuencia de 17 casos que representa un 57%, mientras que del sexo masculino se encontró con un número de 13 casos un 43%, como se representa en el siguiente esquema:



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

ESCOLARIDAD

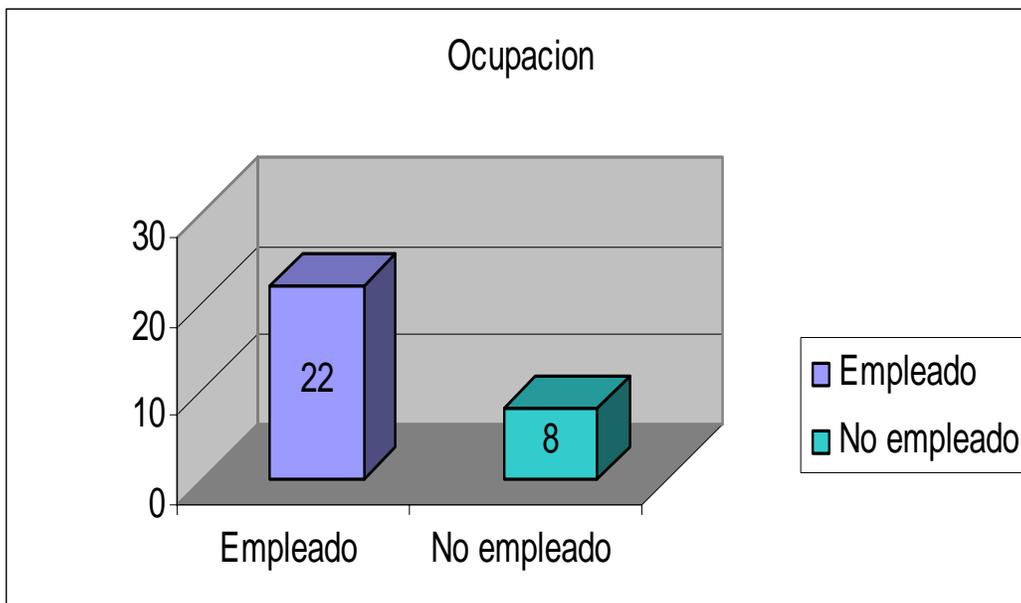
En esta grafica se describe la escolaridad que corresponde encontrando que se presenta predominio en el grado de escolaridad de bachillerato con 15 pacientes con un 49%, seguidos por educación técnica (27%), secundaria (17%) y licenciatura (7%).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

OCUPACION DEL PACIENTE

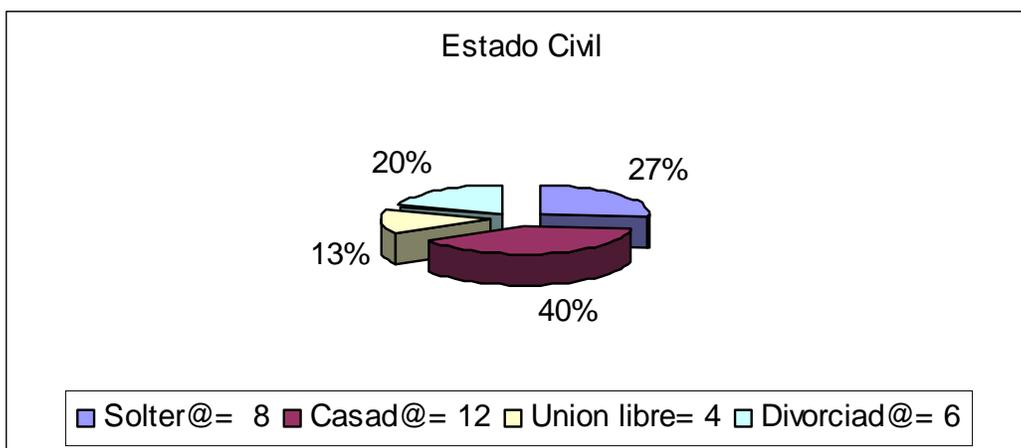
En este trabajo también se consideró la actividad ocupacional del paciente, siendo la de mayor predominancia, el estar empleado con 22 pacientes con alguna actividad ocupacional, correspondiendo un 73.3% y en segundo lugar pacientes no empleados encontrando a 8 pacientes los cuales o están estudiando o son amas de casa, lo que corresponde un 26.7%.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

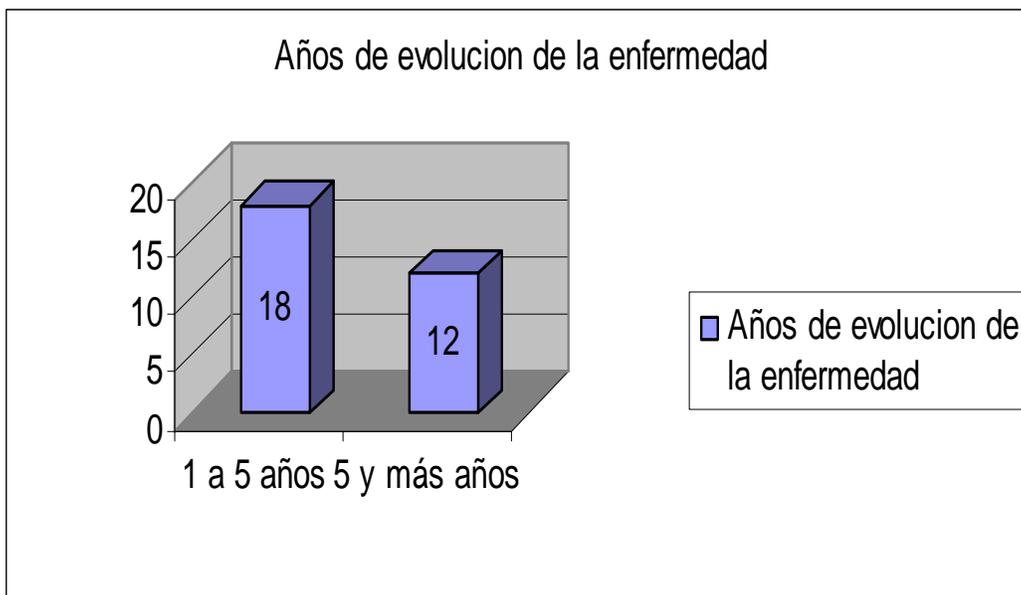
Con respecto al estado civil los pacientes casados son 12 (40%), solteros con 8 pacientes un 27%, divorciado 6 (20%) y en unión libre 4(13%).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

AÑOS DE EVOLUCION DE DEPRESION

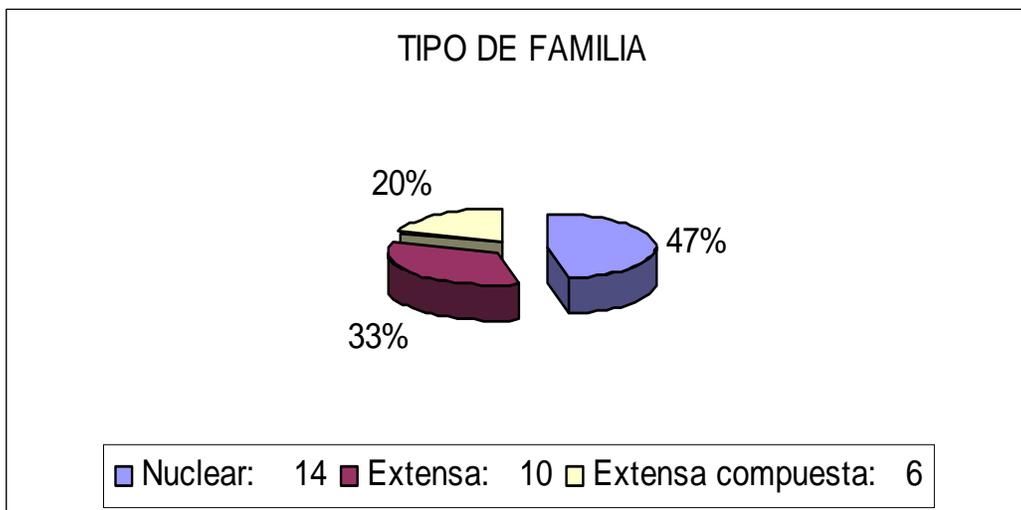
Respecto al número de años de diagnóstico de Depresión al momento de la entrevista se observó una media de 3.48 años y una desviación estándar de 1.77. En la siguiente gráfica se demuestra el predominio en el grupo de edad de menor de 5 años de evolución con diagnóstico de depresión.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

TIPO DE FAMILIA:

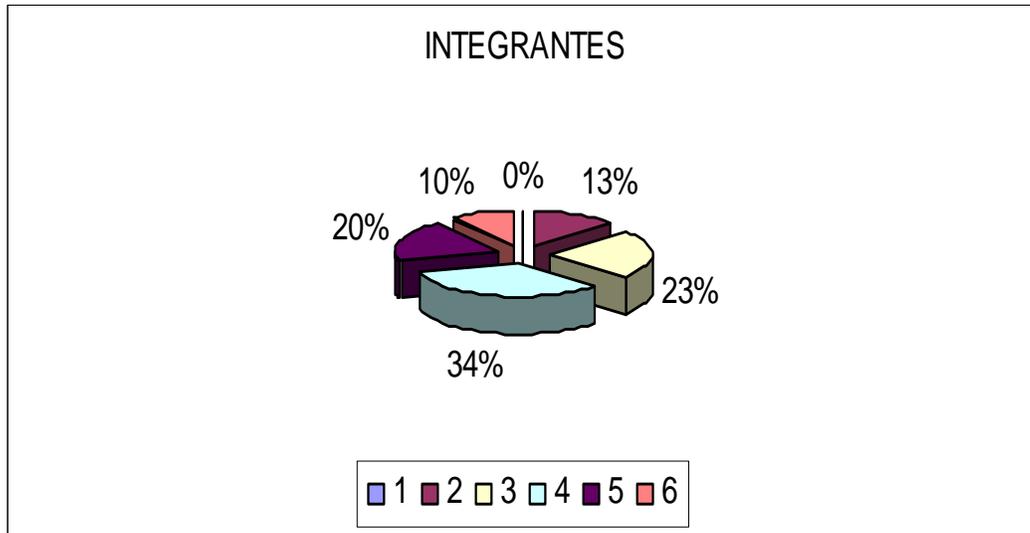
Respecto al tipo de familia que se presentaron en este trabajo se puede observar la presencia de e tipos de familia nuclear con 14 familias que corresponde un 47% donde se encontraron a una pareja de adultos que comprende padres o esposos complementada con hijos, familia extensa agregándose a los abuelos con 10 familias un 44% y por ultimó familia extensa compuesta con 6 familias y un 20%, donde se encuentra otro familiar.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Las familias se encuentran integradas desde un integrantes hasta 6 y más integrantes, encontrando que el número de familias que predomina es de 4 integrantes con un porcentaje de 34%, seguidos de 3 integrantes (23%), 5 (20%), 2 (13%), 6 (10%) y de un solo integrante no se encontraron ninguna familia.

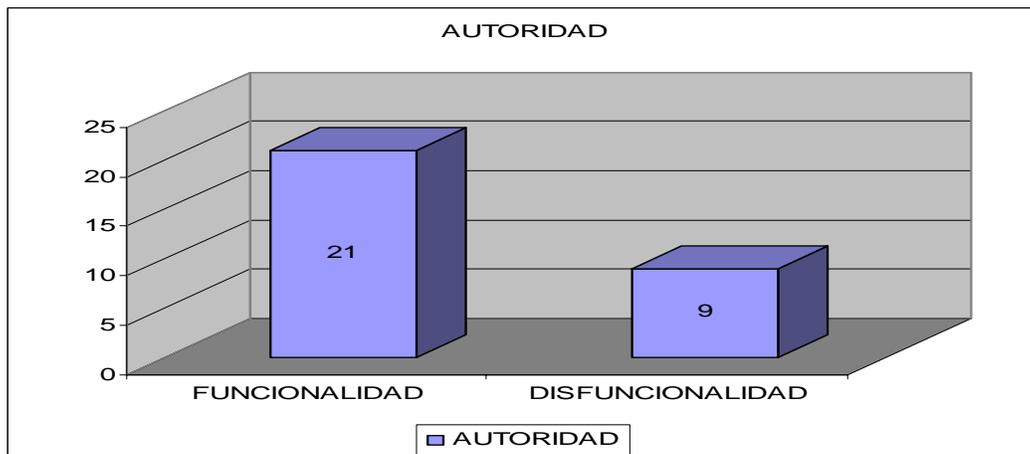


Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

En lo que respecta a la aplicación de la escala de funcionalidad familiar se encontraron los siguientes resultados;

AUTORIDAD

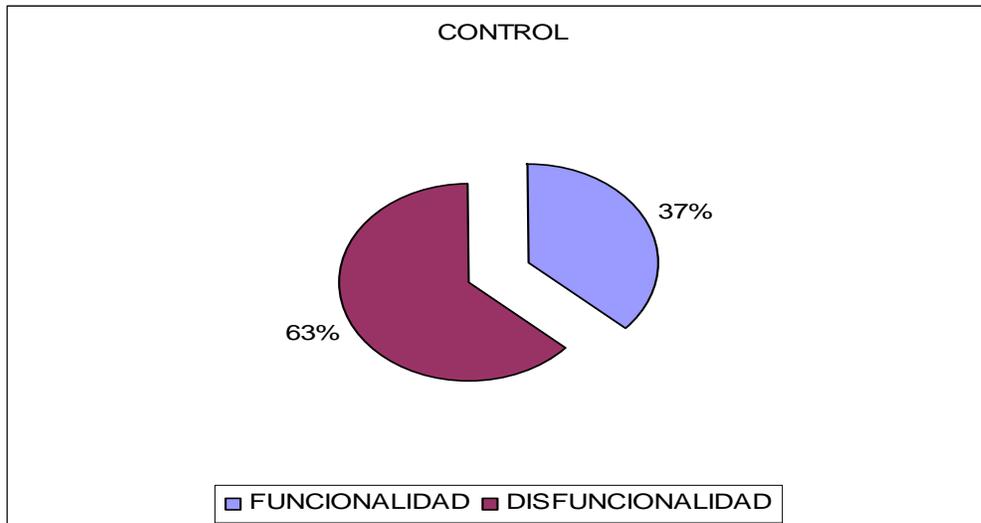
Evaluando la autoridad dentro de la familia y que residen en el subsistema parental siendo compartida por ambos padres. En dicha gráfica se observa una funcionalidad en 21 familias un 70% y una disfuncionalidad en 9 familias un 30%



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

CONTROL

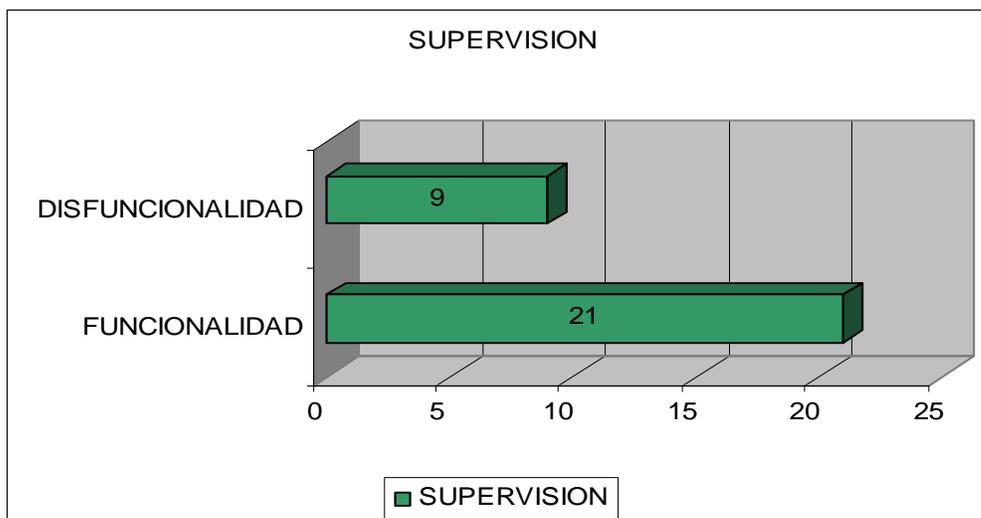
Esta gráfica ilustra como se están manejando los límites y control de conducta, encontrando una funcionalidad en familias con límites bien establecidos y respetados. En la siguiente grafica se encuentra que se tiene una prevalencia en la disfunción en un total de 19 familias con un 63% y una funcionalidad presente en 11 familias con un 37%.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

SUPERVISION

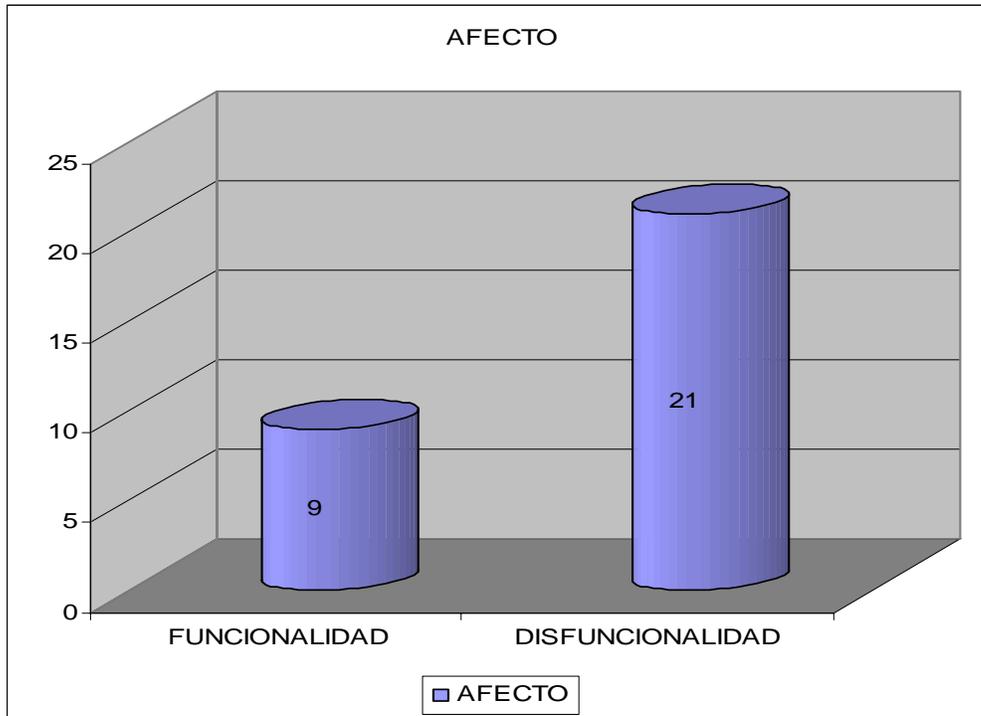
Se evalúa la aplicación de normas y comportamiento así como la capacidad de organización de la familia en general presenta en este rubro una funcionalidad en 21 familias con un 70% y 9 familias con disfunción (30%).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

AFECTO

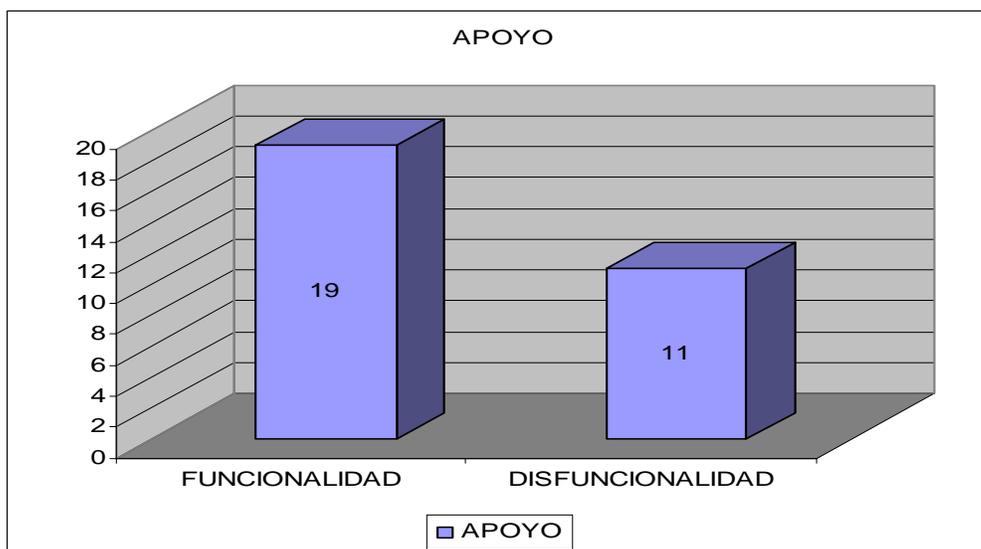
En este esquema muestra el número de familias que proporcionan soporte SOCIAL dentro y fuera del grupo familiar. Encontrado que en 9 familias funcionalidad (30%) y disfunción en 21 familias (70%)



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

APOYO

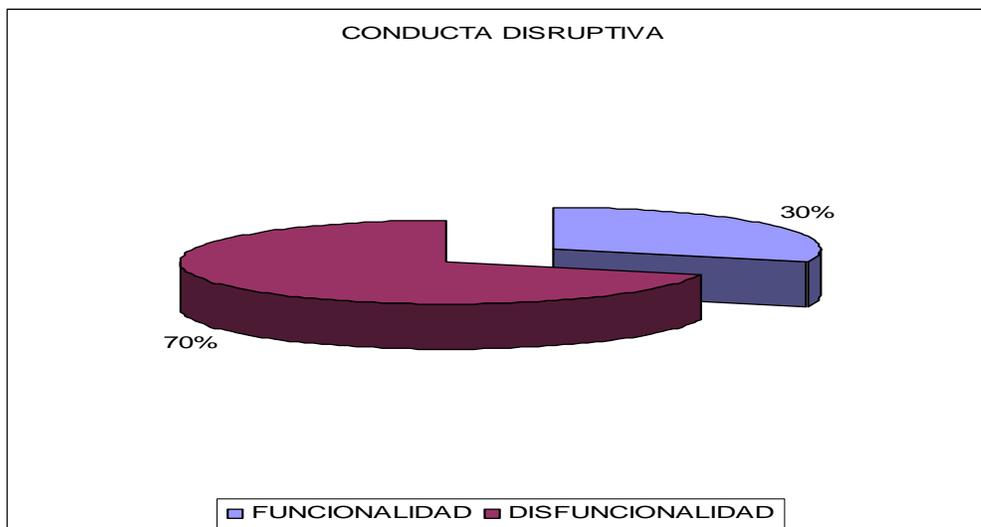
Se evalúa el soporte social dentro y fuera del grupo familiar, encontrando en el grupo de estudio con una funcionalidad en 19 familias (63%) y disfunción en 11 familias (37%).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

CONDUCTA DISRUPTIVA

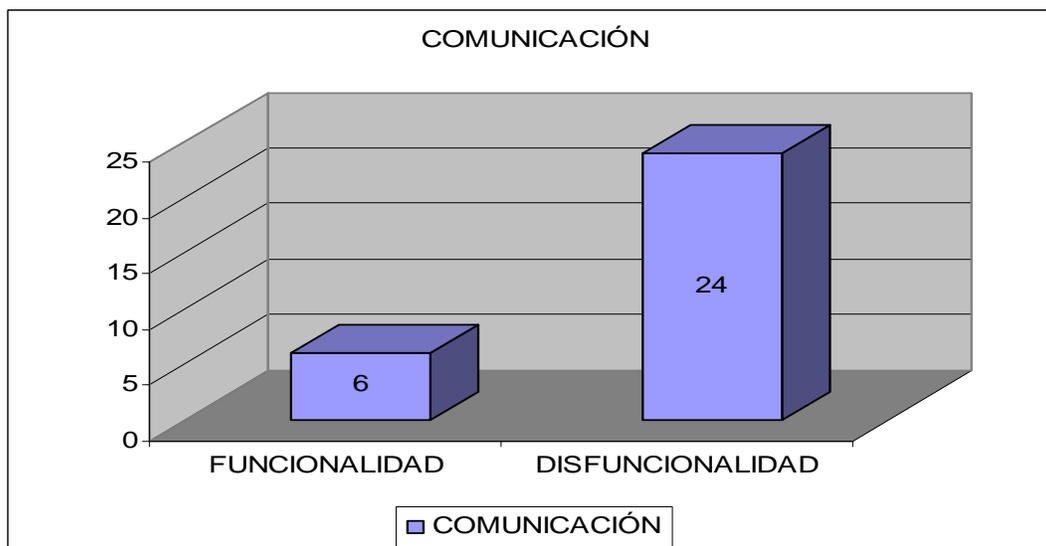
Se muestra el manejo de conductas no aceptadas socialmente, problemas de autoridad, encontrando un 70% de disfunción familiar (21 familias), en relación con un 30% de funcionalidad familiar (9 familias).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

COMUNICACIÓN

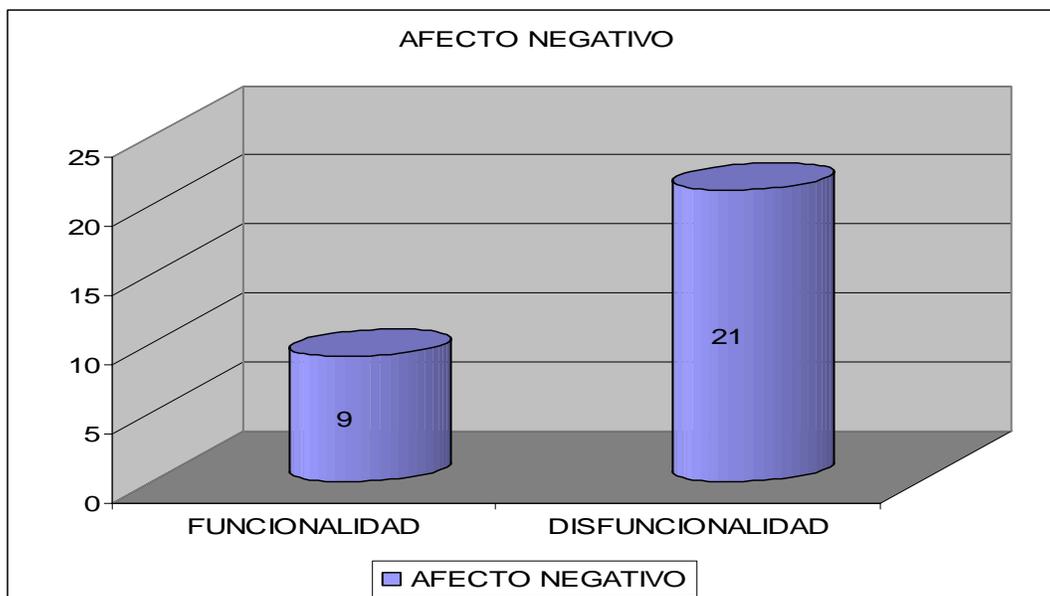
Se evalúa la forma en como se relacionan en forma verbal o no verbal, los miembros de la familia. Se encontró una disfunción en 24 familias un 80 % y, funcionalidad en 6 familias 20%.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

AFECTO NEGATIVO

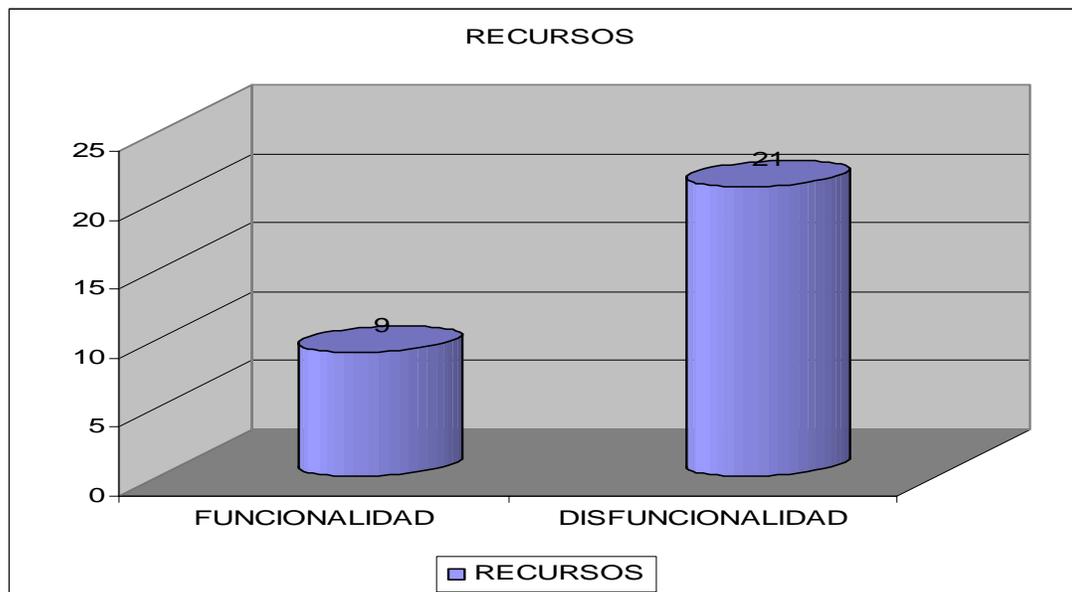
Se puede observar que en este rubro se observa las manifestaciones verbales y no verbales de sentimientos y emociones de malestar ente los miembros de la familia. Encontrando una funcionalidad en 9 familias (30%) y una disfunción en 21 familias (70%).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

RECURSOS

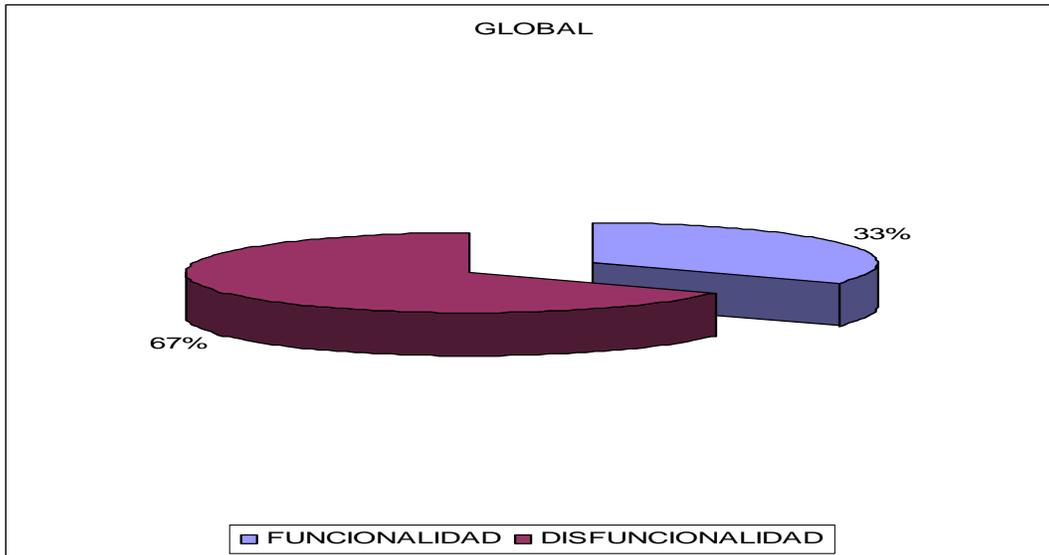
Lo cual refiere los potenciales instrumentales y afectivas para enfrentar las crisis resolviéndolas adaptativamente. Encontrando una funcionalidad en 9 familias (30%) y una disfunción familiar en 21 familias (70%).



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

GLOBAL

Al analizar el total de familias estudiadas se llegó a la conclusión que existe disfunción familiar en diversas áreas las cuales se puede abordar en forma independiente. Encontrando en 20 familias con disfunción familiar con un 67% y encontrado solo en 10 familias con resultados de funcionalidad un 33%.



Fuente: Encuesta aplicada durante la ejecución del proyecto de investigación, obtenidas en la escala de funcionamiento familiar.

DISCUSION:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estimaba que para el año 2000, habría 400 millones de personas en el mundo con algún trastorno mental o neurológico. En el mundo existen 340 millones de personas con trastorno depresivo, y para el año 2020 se incrementarán en 10.5%, llegando a constituir cerca de 15% de la carga total de discapacidad. La depresión es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento, afecta dos veces más a mujeres que a hombres, y el riesgo de enfermar es de 2 a 3 veces mayor cuando hay historia familiar de depresión. En México se registró un 3.7% de la población ha presentado cuadros depresivos y en la ciudad de México es del 8.7% en el curso de la vida y de 5.3% en los últimos doce meses.

En relación a los resultados que se obtuvieron en este trabajo se observan factores importantes que influyen en la dinámica de las familias estudiadas.

En relación a las características sociodemográficas, se puede apreciar que el 47% de las familias que se les aplicó la encuesta son familias nucleares, lo que se proyectaría que en la Unidad de Medicina Familiar número 28, con presencia de familias extensas y disminución de familias compuestas, siendo lo anterior una variable que no influye en forma determinante en la funcionalidad del sistema.

Cabe destacar que un 47 % de las familias son nucleares y el 33% es extensa presentando un incremento en las familias nucleares con una vía de extinción de familias extensas y compuestas, haciendo pensar que pudiera ser mas funcional, teniendo que discrepar en esta idea debido a que en este estudio se muestra que no es una variable que influya en la funcionalidad familiar.

La mayoría de las familias que se muestran están favorecidas en el área de reconocimiento y centralidad debido a que la calidad de gobierno y responsabilidad es repartida equitativamente en el subsistema parental.

Así mismo también se encontró que la mayoría presenta buena organización instrumental, lo que evalúa valores, normas de comportamiento y distribución de tareas permitiendo por tanto un funcionamiento básico para la supervivencia de la familia.

Se presenta también incremento en los síntomas de síndrome depresivo en domicilios donde se puede observar la presencia de alcoholismo en padres, dando lugar a lo que menciona Jonson en 1991, que refiere la presencia de incremento en los riesgos de niños de padres alcohólicos, de desordenes como ansiedad o depresión, dichos trastornos están relacionados en la disfunción de la dinámica familiar. De tal manera que en los hogares de un paciente con depresión el ambiente en donde se desarrolla lo deprime más.

Por tanto se ve afectado directamente en las áreas de comunicación instrumental, por lo tanto se ve afectada la capacidad en la familia de crear normas de comportamiento y distribución de tareas, para el funcionamiento de supervivencia familiar. También se ve lesionada el afecto viéndose disminuida la capacidad de comunicar e interpretar el afecto unos y otros, afectando las necesidades afectivas que cada uno tiene. Debido a lo anterior la familia no tiene la capacidad de adaptarse al cambio de nuevas situaciones.

La funcionalidad familiar se ve afectada tanto por la relación del subsistema parental y muy importante lo que es el rubro de comunicación intrafamiliar. Siendo el subsistema parental la piedra angular de la familia y si esta no funciona como debiere entonces se vera afectada la familia en todas sus áreas.

La comunicación que se presenta en este tipo de familias es carente de afecto, indirecta, con dobles mensajes, ambigua, sin lograr acuerdos, a fin de satisfacer las necesidades de la familia.

Según Herrera Santí 1997. Para que exista un funcionamiento eficaz recomienda que se observe un cumplimiento de las funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual). Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros". Que haya flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos. Analiza la jerarquía que puede darse de una manera horizontal o vertical. Hay disfunción cuando no se respeta la distancia generacional, se invierte la jerarquía, y la jerarquía se confunde con el autoritarismo. En el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas. Sin dobles mensajes o mensajes incongruentes. Sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograrlo modifica sus límites, sistemas jerárquicos, roles y reglas.

El hablar de funcionalidad familiar no como algo estable y fijo, sino como un proceso que se reajusta constantemente.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros.

Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

Emma Espejel y Col. 1997 comenta que In la familia mexicana es el padre el cual se encuentra periférico o ausente físicamente o en la dinámica y la madre se encarga del gobierno de la familia.

CONCLUSIONES

Recopilando la información obtenida en el presente trabajo, se concluye, que existe una relación estrecha entre el diagnóstico de depresión de los pacientes encuestados, y, la presencia de disfunción familiares. De las diferentes áreas que se enmarcan en la escala de evaluación Familiar de la Dra. Emma Espeje y Cols., las que tienen una relación estrecha son: comunicación instrumental, comunicación afectiva, manejo de conflicto y ausencia patológica.

Encontrando que la mayoría de las familias son nucleares, siendo esto un punto importante, ya que se ven favorecidos los puntos asignados como las funciones sobre toma de decisiones y manejo de la economía.

Se observa también que existe mayor centralidad influyendo en una organización instrumental, y en el manejo de conflictos así como en la comunicación afectiva. Un buen gobierno influye en el establecimiento de normas de comportamiento, valores y distribución de tareas necesarias para el funcionamiento familiar y en la habilidad del sistema a fin de crear formas de comportamiento y distribución de tareas adaptándose a situaciones nuevas influyendo esto en el manejo de conflicto.

Las familias de los pacientes mostraron una inmadurez emocional, con impresiones egocéntricas, e incapaces de satisfacer necesidades afectivas de otros, dificultando establecer relaciones interpersonales. Por lo anterior las familias muestran una fuerte dependencia de las relaciones establecidas, presentaban también poca tolerancia a la frustración, irritabilidad, anhedonia, sentimientos de tristeza, baja autoestima, sintomatología congruente al diagnóstico de distimia.

La comunicación que ahí presentan era indirecta y con doble mensaje, tendiente a manipular al resto de la familia por medio de somatizaciones, así como exageración de sus limitaciones y situaciones adversas, colocándose en papel de víctima. Proyectando en otros la causa de su sufrimiento negado su responsabilidad. Estas personas se encuentran inconstantes en el

reforzamiento como castigo, establecer límites, normas y valores. Por otro lado las familias se escudaban en exageración de la problemática para no otorgar afecto, guía, protección.

Las redes de apoyo con que cuentan los pacientes de este estudio es de apoyo emocional, seguido del apoyo afectivo. Los apoyos de servicios de salud y de interacción se ven limitados por la subjetividad con la que ve el paciente estas redes.

En general encontramos que es bueno sin llegar a ser suficiente el apoyo emocional y el afectivo, por lo que nos damos cuenta que influyen en gran medida para que los pacientes no se sientan tan desvalidos en su padecimiento. Sobre todo los pacientes que tienen más tiempo en tratamiento, se vio que presentan un índice global bajo en comparación con los demás pacientes.

Por lo que concluimos que este tipo de estudios son fundamentales, no solo para pacientes con padecimiento como depresión, ya que nos ayuda a entender su entorno social y de esta forma logramos conjuntar esfuerzos para beneficio de los derechohabientes y de sus familiares, considerados estos esfuerzos dentro de las actividades que puede realizar el Médico especialista en Medicina Familiar, empezando desde la prevención, tratamiento oportuno, apoyo psicológico, vigilancia de funcionalidad familiar y en un momento determinado dando seguimiento a la evolución de la enfermedad hasta la conclusión de la misma, preparando a los familiares para el desenlace y en ocasiones al mismo paciente para mejorar su calidad de vida.

ANEXOS



Folio _____

Fecha: _____

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO.

Consentimiento para participar en la Escala de Funcionamiento Familiar.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad, la información que USTED proporcione, mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria y sin presión alguna.

Si USTED siente que alguna de las preguntas le causa incomodidad o molestia. Tiene la libertad de no contestarla(s), respetando su pensamiento y desición. También si usted se siente en un momento herido(a), lastimado(a) o agredido(a), en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted. Terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación, que permita obtener información útil para mejorar la atención del paciente y de la familia que lo integra.

El cuestionario no existen respuestas buenas o malas, solo se le pide que sus respuestas sean honestas y sinceras. El encuestado se podrá retirar en el momento que lo desee y sin ninguna represalia

Acepto contestar el cuestionario _____
(Paciente)

Familiar

Familiar

Familiar

Familiar

Familiar

Familiar

Medico encargado _____

Muchas Gracias por su participación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Folio: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Religión	Edo, Civil	Teléfono

DR. GUSTAVO VICENTE VELAZQUEZ GRANADOS
RESIDENTE SEGUNDO AÑO MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Instrucciones para el examinador, marque con una X el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia al que se refiera la respuesta expresada por lo entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los mas trabajadores?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

2. ¿Quién organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, decir los menús, etc.)

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

3. En su familia ¿hay alguna o algunas personas que sean mas reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

4. Si se reúne la familia para ver televisión ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

5. ¿Quién o quienes de la familia tienen mas obligaciones?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

6. ¿Quién o quienes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre sí?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

7. En los problemas e los hijos, ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen alguna falta?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

9. Si en casa existen horarios para comer o para llegar, ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

10. Si uno de los padres castiga a un hijo ¿Quién interviene?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explore todos lo indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia, marque las celdas necesarias.

11 Cuando hay invitados en la casa, ¿a quién se le avisa?

¿Quién invita?
Padre
Madre
Hijos
Hijas
Otro Familiar
Otro no Familiar

Padre	Madre	hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	No avisa

Nunca invitan

Funcionalidad

12. ¿Quiénes participan y quiénes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Responsable	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

No existen obligaciones definidas

14. En las ediciones familiares importantes ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de la casa ¿quien le avisa o pide permiso a quien?
A quien se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

No existen obligaciones definidas
Funcionalidad

16. Cuando alguien comete una falta ¿Quién y como castiga?
Como castiga

¿Quién castiga?	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga
Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre permisos y castigos ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿Quién pide ayuda?

A quien se pide ayuda

Pide Ayuda	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie Ayuda a Nadie

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie acostumbra salir

20. En Esta Familia. ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Funcionalidad

Nadie protege a nadie

21. Si conversan ustedes unos con otros, ¿quién con quién lo hace?

¿Quién conversa?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nadie conversa con la familia Funcionalidad

22. Si consideran que expresan libremente sus opiniones, ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. Cuando ustedes toman alguna decisión o se llega a algún acuerdo, ¿a quiénes se les hace saber con claridad?

¿Quiénes acuerdan?	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Subsistema parental					
Subsistema hijos					
Otro Familiar					
Otro no Familiar					

No hay acuerdos en la familia Funcionalidad

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿quién se ha responsabilizado de la transmisión y vigencia?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿quién organiza su reparación?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quiénes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

31. En esta familia ¿Quiénes son los más alegres o los que más se divierten más?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en esta familia se abrazan espontáneamente?

¿Quién se abraza?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nadie se abraza en la familia Funcionalidad

34. Cuando se enojan en esta familia, ¿Quiénes son los que lo hacen y con quiénes?

¿Quién se enoja?	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nadie se enoja en la familia Funcionalidad

35. Ha habido peleas con golpes en la familia, ¿quiénes con quién o quiénes?

	Padre	Madre	hijos	hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro Familiar							
Otro no Familiar							

Nadie se ha golpeado en la familia

Funcionalidad

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con la que se presentan los eventos cuestionados.

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulante?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela, el trabajo o con los demás?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

38. Si en esta familia han tenido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera)

¿Quién los ha tenido?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

40. ¿Quién de la familia se aísla?

	Frecuencia			
	Muy Frecuente	Algunas veces	Muy raro	Nunca
Padre				
Madre				
Hijos				
Hijas				
Otro Familiar				
Otro no familiar				

Funcionalidad

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados

Residente de Primer Año de Medicina Familiar

Aplicadores: Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados y Dr. Santiago Hernández
Mozón

Asesor y supervisor: Dra. Emma Espejel Aco

Instituto de la Familia A.C.

Formato de Calificación:

Cada cuadro tiene el número de ítem que le corresponde. Escribir el puntaje de funcionamiento en los cuadros según el ítem que le corresponda. Un mismo ítem puede aparecer en varios conceptos (por ejemplo 40) después de haber hecho el vaciado sumar cada escala. El puntaje global se obtiene sumando todos los puntos de los 40 ítems, debido a la repetición de ítems en diferentes escalas no se puede hacer la suma por escalas.

FUNCION											SUMA
Autoridad	1	3	4	5	11	12	14	28	39	40	
Control	8	10	17	26	31	34	35	40			
Supervisión	16	25	26	28	30						
Afecto	22	23	24	27	31	32	33				
Apoyo	7	16	18	20	39	40					
Conducta Disruptiva	5	9	36	37	38	39	40				
Comunicación	4	10	15	18	19	21	22	36	38		
Afecto Negativo	6	15	29	34							
Recurso	2	12	13	14	17	40					
PUNTAJE GLOBAL											

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velásquez Granados
 Asesor y supervisor: Dra. Emma Espejel Aco
 Instituto de la Familia A.C.

PERFIL DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Familia: _____ Fecha de Aplicación: _____

Tiempo de formada: _____ Años Etapa del Ciclo Vital:

Nivel socioeconómico: _____ No. De Miembros: Adultos _____

Adolescentes _____ Niños _____ Tipo de familia:

Investigador Dr. Gustavo Vicente Velázquez Granados
Asesor y supervisor: Dra. Emma Espejel Aco
Instituto de la Familia A.C.

Tener numero de folio	cuantitativa	continua	Numero consecutivo de 1 a n
sexo	cualitativa	nominal	1= masculino 2=femenino
Nombre del paciente	Cualitativa	nominal	Nombre del paciente
edad	Cuantitativa	continua	Numero entero y fracciones.
Estado civil	cualitativa	nominal	1= soltero 2= casado 3= divorciado 4= viudo 5= unión libre
Escolaridad	Cuantitativa	continua	Años total de estudio
Ocupación	cualitativa	nominal	Textual
Autoridad	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Orden	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Supervisión	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
afecto	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Apoyo	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Conducta Disruptiva	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Comunicación	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
afecto negativo	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
recursos	Cualitativa	Nominal	1=Funcional 2=Disfuncional
Tipo de familia	cualitativa	nominal	1= nuclear 2= extensa 3= extensa-compuesta
Etapas del ciclo de vida de la familia	cualitativa	nominal	1= matrimonio 2=expansión 3=dispersión 4=independencia 5=retiro
Numero de integrantes de la familia	Cuantitativa	discontinua	2-3 4-5 5-6

BIBLIOGRAFIA:

1. Funcionamiento familiar y calidad de vida. Joaquina Palomar Lever. UNAM Méx. 1998.
2. La familia como unidad de análisis. Javier Santacruz Varela. Rev. Mex. IMSS, 1985, 21:348
3. Retos actuales del tratamiento de la depresión: venlafaxina retard y datos de remisión en la práctica clínica habitual S. Ros Montalbán¹ R. Mora Ripoll² M. García-García³ por el Grupo del Estudio DAFNE* Actas esp. Psiquiatra 2005;33(3):165-172
4. Depresión, angustia y bipolaridad: Guía para pacientes y sus familiares. Dr., Fidel de la Garza Gutiérrez, editorial trillas, México 2004
5. Elementos esenciales de la medicina familiar conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar. 1ra reunión del consejo académico de medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. 15-17 junio 2005.
6. Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención: mayor M.C. José de Jesús Almansa Muñoz, Director General de Sanidad. Ciudad de México. Rev. Sanid milit Méx. 2004; 58(3) May-jun: 209-222
7. [El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976 - 1997](#), de Adriana López Ramírez. CONAPO, 2001
8. *TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA FASE DEPRESIVA DEL TRASTORNO BIPOLAR (DEPRESIÓN BIPOLAR). PRIMERA PARTE** Enrique Chávez-León** Salud Mental, Vol. 27, No. 5, octubre 2004 Lauro Estrada-Inda, en *El ciclo vital de la familia* (Editorial Posada, 1987).
9. Revisión medica del hospital general de México, vol. 62, num. 3 jul-sep-1999 pp 191-197. La familia y el adolescente. Jose Arturo Mendizábal Rodriguez, Beatriz Anzures López.
10. [El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976 - 1997](#), de Adriana López Ramírez. CONAPO, 2001
11. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE AFECTIVO DE LA DEPRESIÓN: ANÁLISIS FACTORIAL DEL ST/DEP REVISADO Diana Agudelo*, Hugo arretero-Dios*, Alfonso Blanco Picabia**, Carmen Pitti***, Charles Spielberger****, Gualberto Buela-Casal* Salud Mental, Vol. 28, No. 3, junio 2005
12. *TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA FASE DEPRESIVA DEL TRASTORNO BIPOLAR (DEPRESIÓN BIPOLAR). PRIMERA PARTE** Enrique Chávez-León** Salud Mental, Vol. 27, No. 5, octubre 2004 Lauro Estrada-Inda, en *El ciclo vital de la familia* (Editorial Posada, 1987).
13. Psicología de la vida en familia. Juan Manuel Saucedo García. Rev. Med. IMSS 1991; 29:61.
14. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE AFECTIVO DE LA DEPRESIÓN: ANÁLISIS FACTORIAL DEL ST/DEP REVISADO Diana Agudelo*, Hugo arretero-Dios*, Alfonso Blanco Picabia**, Carmen Pitti***, Charles Spielberger****, Gualberto Buela-Casal* Salud Mental, Vol. 28, No. 3, junio 2005
15. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios de evaluación. Víctor Chávez Aguilar y Rubén Velazco Orellana. Rev. Med. IMSS 1994; 32:39-43.

16. La familia funcional y disfuncional un indicador de salud. Rev. Cubana med. Gen inter 1997; 13(6): 591-6.
17. La disfunción familiar, un reto diagnóstico y terapéutico. Rubén Velazco Orellana y Víctor Chávez Aguilar. Rev. Med. IMSS 1994; 32: 271-275.
18. Bases Neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión Leyla Guadarrama, Alfonso Escobar, Limei Zhang, Rev, Fac. Med. UNAM Vol. 49 No. 2 Marzo-Abril, 2005.
19. La familia medio propiciadora o inhibidor del desarrollo humano. 3era edición 1985. Enrique Dulanto Gutiérrez.
20. La escala de funcionamiento familiar. Una aproximación a la investigación cuanti y cualitativa, Dra., Emma Espejel Aco. Asociación mexicana de terapia familiar, A. C. Instituto de la familia A. C. y Universidad Autónoma de Tlaxcala, Pág. 241 – 248.
21. Normal Family Processes: conceptualizations of normal family functioning. Frima Walsh. 2002
22. La familia medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 3era edición 1985. Enrique Dulanto Gutiérrez.
23. Elementos esenciales de la medicina familiar conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar. 1ra reunión del consejo académico de medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. 15-17 junio 2005.
24. Depresión y Cefalea, Dr.: Guillermo Calderón Narváez, Dra., María Teresa Cantoral Díaz, Dra. María José Sánchez Lira, Dr. Diego Fabián Valencia Rodríguez, Dra. Paola Vidal Rojo. Psiquis (México) Vol. 14 num., 4 2005
25. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Leyla Guadarrama, 1,2 Alfonso Escobar, 3 Limei Zhang1. 1 Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, UNAM. 2 Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas, UNAM. 3 Departamento de biología Celular y Fisiología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM. Rev Fac Med UNAM Vol.49 No.2 Marzo-Abril, 2006
26. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión Blanca Estela Vargas, 1 Gerardo Heinze,1 José García,1 Miguel Ángel Fernández,2 María Eloisa Dickinson2 Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.5 Septiembre- Octubre, 2004
27. Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años Dr. Héctor Lara Tapia*
28. Servicio de Psiquiatría. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" y Facultad de Psicología, UNAM. Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de un sistema de seguid
29. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar Depression and Its Management in Family Practice Archivos en Medicina Familiar Vol. 6 Núm. 3 septiembre-diciembre 2004 pp 61-63
30. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EFICACIA DE LA SERTRALINA CON LA DE LA IMIPRAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LA Alfonso Ontivero, Xavier Urquiaga Artículo publicado: 27 de Abril del 2006
31. La Depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en medicina familiar. Vol. 6 núm. 3 sep.-dic. 2004 pp 61-63. Boschetti-Fentanes B.

32. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México Mariana Bello, lic. en Psic,(1) Esteban Puentes-Rosas, M en C,(1) María Elena Medina-Mora, Dra. en Psic,(2)Rafael Lozano, MC, M en C.(3) *salud pública de México / vol.47, suplemento 1 de 2005*
33. Illescas-Rico R, Páez-Agraz F, Arreola-Chávez F, Verduzco-Fragoso W, García-Rosas FA, Luna-Soria F Efectividad y seguridad de la venlafaxina XR en el tratamiento de la depresión mayor Rev Med IMSS 2005; 43 (6): 473-478
34. Elementos esenciales de la medicina familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias. 1ra. Reunión de consejo académico en medicina familiar e organismos e instituciones educativas y salud. Vol . 7 supl.1 2005.
35. Psiquis num. 1 enero-febrero, vol. 15, 2006, Variables demográficas asociadas con la depresión, diferencia entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. Shashana Berenzan Gam, Marcela Tiburcio Sainz, Maria Elena Medina Mora Icaza. Salud Mental, vol. 28, num. 6 diciembre 2005.
36. LA DEPRESIÓN Y LA SALUD DE NUESTROS PUEBLOS* Ricardo F. Muñoz** Salud Mental, Vol. 28, No. 4, agosto 2005
37. Colombia Médica Vol. 36 N° 3, 2005 (Julio-Septiembre) *Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión* Luis Alfonso Díaz, M.D., M.Sc.1, Adalberto Campo, M.D.2, German Eduardo Rueda, M.D.3, Jaider Alfonso Barros, M.D.4 2005 *Corporación Editora Médica del Valle Colomb Med 2005; 36: 168-172*
38. Relación entre ansiedad y depresión con quejas somáticas de tipo doloroso en mujeres mayores de 60 años de edad. David Eduardo Saucedo Martínez,* Danelia Mendieta Cabrera,** Abraham Vázquez García,* Ricardo Salinas Martínez* Medicina Universitaria Volumen 7, Núm. 28, julio-septiembre, 2005
39. EVALUACIÓN DEL COMPONENTE AFECTIVO DE LA DEPRESIÓN: ANÁLISIS FACTORIAL DEL ST/DEP REVISADO Diana Agudelo*, Hugo arretero-Dios*, Alfonso Blanco Picabia**, Carmen Pitti***, Charles Spielberger****, Gualberto Buela-Casal* Salud Mental, Vol. 28, No. 3, junio 2005
40. Bases Neuroquímicos y neuroanatómicas de la depresión Leyla Guadarrama, Alfonso Escobar, Limei Zhang, Rev, Fac. Med. UNAM Vol. 49 No. 2 Marzo-Abril, 2005.
41. Antología de la sexualidad humana II. Dr. Macias, pag. 165-198.