

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 43

VILLAHERMOSA, TABASCO

“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN
MUJERES DE 15 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 15, CD. PEMEX, TABASCO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

EDUARDO CONTRERAS PEREZ

VILLAHERMOSA, TABASCO

2008



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.

“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN
MUJERES DE 15 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 15, CD. PEMEX, TABASCO”

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDUARDO CONTRERAS PEREZ

AUTORIZACIONES

DRA. NORMA O. ZAVALETA VARGAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DE BASE
DEL IMSS, MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA TABASCO.

ASESOR DE TESIS
DRA. IVONE BROWN GOMEZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD DE LA UMF 43
VILLAHERMOSA TABASCO

M EN C. CONCEPCION LÓPEZ RAMÓN
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
VILLAHERMOSA TABASCO

VILLAHERMOSA, TABASCO.

2008

“COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESION EN
MUJERES DE 15 A 59 AÑOS ADSCRITAS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 15, CD. PEMEX, TABASCO”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDUARDO CONTRERAS PEREZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER F. GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DEDICATORIAS

A Dios: Por amarme y bendecirme todos los días.

A mi Madre: Por su presencia constante en mi vida, por su amor y aliento.

A mis Hermanas y Sobrinos: María Dolores, Sheila, Guillermina, Darío, María José, Reyna, Marshall y Maya, por ser el motivo de mi superación. Los amo.

A mis Maestras: Dra. Sahara de León Almeida, Dra. Rosario Zapata Vázquez, Dra. Norma O. Zavaleta Vargas, por su entrega, enseñanza y apoyo.

Mi agradecimiento siempre, a quien formo parte de este trabajo, por su tiempo, dedicación y experiencia. Dra. Ivone Brown Gómez.

A ti, que has vuelto a despertar en mí un bello sentimiento.

A mis amigos que recorrimos juntos esta Residencia: Guadalupe, Jesús Ignacio, Susana y Jacqueline, que con su afecto hicieron mucho más fácil el camino.

A mis amigas que en todo momento de alguna u otra forma siempre me apoyaron para cumplir esta meta: Elisa, Sagrario, Luz, Lili, Mary y Temy

A las Autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Tabasco, muy especialmente a la Unidad de Medicina Familiar No. 43 por darme la oportunidad de ser parte de la formación de Médicos Familiares.

Al Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social por todo el apoyo otorgado como trabajador activo.

A todas y cada una de las mujeres que aceptaron participar este estudio de investigación.

CONTENIDO

RESUMEN-----	i
GLOSARIO-----	ii
MARCO TEORICO -----	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	13
JUSTIFICACION -----	15
OBJETIVOS -----	20
MATERIAL Y METODOS	
• TIPO DE ESTUDIO -----	21
• POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO -----	21
• TIPO DE MUESTRA -----	21
• TAMAÑO DE MUESTRA -----	21
• CRITERIOS DE INCLUSION -----	22
• CRITERIOS DE EXCLUSION -----	23
• CRITERIOS DE ELIMINACION -----	23
• VARIABLES -----	23
• OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES -----	24
• PROCEDIMIENTO -----	26
CONSIDERACIONES ETICAS -----	27
RESULTADOS-----	28
DISCUSION-----	39
ANALISIS ESTADISTICO -----	42
CONCLUSIONES-----	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS -----	48
ANEXOS -----	54

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de afección familiar como causa de depresión en mujeres.

Material y Métodos: Es un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo que se aplicó a 163 mujeres de 15 a 59 años, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 15 en Cd. Pemex, Tabasco entre el periodo de Septiembre del 2007 a Enero del 2008, para evaluar la Cohesión y Adaptabilidad familiar y la Depresión utilizando el instrumento FACES III y la escala de Zung respectivamente.

Resultados: En relación a la escolaridad 156 (96%) tiene un nivel de estudios, en su estado civil 127 (78%) están unidas (casadas o unión libre), 36 (22%) no unidas (solteras, viudas o divorciadas), en cuanto a la ocupación 108 (66%) se dedica a labores del hogar y 55 (34%) a diferentes áreas. Un total de 107 (66%) presentaron depresión, de las cuales 95 (58%) presentaron disfunción familiar, el 37% (58) presentaron disfunción familiar y depresión, en la clasificación de las familias según el FACES III las más frecuentes fueron: Conectado-Flexible 21 (12.8%), Desligado-Estructurado 22 (13.4%) y Desligado-Rígido 14 (8.5%). La χ^2 resultó con una $p > 0.05$ concluyéndose que no existió diferencia significativa entre la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar y depresión en las mujeres estudiadas.

Conclusiones: La depresión en sus diversos grados, no modificó la funcionalidad familiar observándose una cohesión y adaptabilidad familiar adecuada, no obstante se deberá continuar con las detecciones en el primer nivel de atención para evitar consecuencias que propicien disfunción familiar.

Palabras Claves: Depresión, Cohesión, Adaptabilidad, Funcionalidad Familiar.

SUMMARY

Objective: To determine the degree of familiar affection like cause of depression in women.

Material and Methods: It is prospective, cross-sectional, observational and descriptive a study that I am applied to 163 women of 15 to 59 years, assigned the Familiar Medicine Unit No. 15 in CD. PEMEX, Tabasco between the period of September of the 2007 to January of the 2008, to evaluate the Cohesion and adaptability respectively and the Depression using the instrument FACES III and the scale of Zung.

Results: In relation to schooling 156 (96%) it has a level of studies, in its state civilian 127 (78%) is united (married or free union), 36 (22%) not united (unmarried, widows or divorced), as soon as occupation 108 (66%) dedicates a workings of home and 55 (34%) to different areas. A total of 107 (66%) I present/display depression, of which 95 (58%) I present/display familiar disfuncion, 37% (58) I present/display familiar disfuncion and depression, in the classification of the families according to the FACES III but the frequent ones was: Connect-Flexible 21 (12.8%), Loose-Structure 22 (13.4%) and Loose-Rigid 14 (8.5%). The X2 I am with one $p > 0.05$ concluding that it did not exist significant difference between the evaluation of the cohesion and familiar adaptability and depression in the studied women.

Conclusions: The depression in its diverse degrees, I do not modify the familiar functionality being observed a cohesion and suitable familiar adaptability, despite will be due to continue with the detections in the first level of attention to avoid consequences that cause familiar disfuncion.

Key words: Depression, Cohesion, Adaptability, Familiar Functionality.

GLOSARIO:

Cohesión: Es el lazo emocional que los miembros tienen cada uno respecto del otro y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar.

Adaptabilidad: Se define como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y sus reglas de relaciones en respuesta a estrés de desarrollo o situacional.

Comunicación Familiar: Es el proceso que permite intercambiar información y delinear los límites entre cada individualidad y cada identidad que conforman el todo del sistema y a la vez resolver situaciones y problemas comunes.

Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, desánimo, con llanto fácil y sensación de vacío con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo.

Funcionalidad Familiar: Se establece cuando la familia alcanza los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridad económica, afectiva, social y de los modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar nuevos individuos a la sociedad) en una homeostasis sin tensión, mediante una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares.

Disfunción Familiar: La disfuncionalidad puede estar dada en la perturbación severa del tipo de intercambios establecidos (dobles mensajes, bloqueos, desplazamientos, doble vínculo).

FACES III: Family adaptability and cohesion evaluation Scales (Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar), se compone de 20 ítems, 10 de ellos evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones las cuales sirven para evaluar cómo la familia es percibida en ese momento.

Test de Zung: Self-Rating depression scale (Escala Autoaplicada de Depresión de Zung). Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, teniendo gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos.

MARCO TEORICO

Se define a la familia sana como aquella que desempeña adecuadamente sus funciones y es por tanto normofuncional. Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Este equilibrio funcional de la familia puede alterarse en determinadas circunstancias produciendo manifestaciones patológicas en algún miembro de la familia, ante lo cual se ha recomendado recoger información que sirva de apoyo para el conocimiento y comprensión de las crisis familiares. ⁽¹⁾

Olson sostiene que el comportamiento familiar puede describirse desde tres dimensiones centrales, la cohesión, la adaptabilidad y la comunicación y con base en ellas construyó un modelo circunflejo, dicho autor define la cohesión como el vínculo emocional que los miembros de la familia se tienen entre sí y la adaptabilidad como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de relaciones, en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo y considera que la comunicación facilita el movimiento de las otras dos dimensiones. Puede colegirse de todo lo anterior que una mejor funcionalidad familiar, es decir, una cohesión, adaptabilidad y comunicación más adecuadas en las familias de una comunidad, conllevarían lógicamente a una disminución en las causas de violencia la poca cohesión del tejido social y la intolerancia al conflicto. ⁽²⁾

La evaluación familiar por parte de los médicos de familia comprende actividades de carácter clínico que se vinculan con una visión integradora de elementos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan para dar como resultado uno o varios daños a la salud, sin embargo por su gran importancia los aspectos psicológicos y sociales son motivo de una exploración que requiere de la aplicación de diversas metodologías científicas, las cuales el profesional

de la salud debe conocer en grado suficiente para evaluar en su justa dimensión, el efecto de estos elementos sobre el proceso salud-enfermedad.⁽²⁾

Las “Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar”, *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. (FACES III)*, diseñada por David Olson que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto el modelo circunflejo de los sistemas familiares; traducido al español en el 2001, validado y aplicado en el 2003 en México por Gómez-Clavelina e Irigoyen.⁽³⁾

Cohesión: Hace referencia al grado de unión emocional percibida por el sujeto respecto a su familia, considerando entre otros aspectos la unión emocional, las relaciones Padre e Hijo y las fronteras internas y externas de la familia.

Adaptabilidad: Hace referencia al grado de plasticidad que el sujeto considera que posee su familia para adecuarse a estresores tanto internos como externos, manifestándose en aspectos como el liderazgo, la disciplina, los roles y las decisiones. ⁽⁴⁾

Integrada por tres dimensiones de la vida familiar, cohesión, adaptabilidad y comunicación, la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tiene las familias para moverse dentro del modelo, como resultado de factores de estrés normativo y no normativo. Fácil de aplicar, cuenta con una escala de 5 opciones con valores del 1 al 5, (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre) puede ser contestado por mayores de 12 años, permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (rígidamente dispersa, rígidamente separada, rígidamente conectada, rígidamente aglutinada,, estructuralmente dispersa, estructuralmente separada, estructuralmente conectada, estructuralmente aglutinada, flexiblemente dispersa, flexiblemente separada, flexiblemente conectada, flexiblemente aglutinada, caóticamente dispersa, caóticamente separada, caóticamente conectada y caóticamente aglutinada) la

calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones, la calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los ítems pares, siendo en la cohesión los siguientes resultados: No relacionada, semirelacionada, relacionada y aglutinada. Y en la adaptabilidad rígida, estructurada, flexible y caótica. ⁽⁴⁾

El FACES III, es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio con el rigor metodológico que confiere a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad familiar en el momento de aplicar el instrumento. La clasificación de familias mediante este instrumento permite señalar que ante una evaluación extrema se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio de otros profesionales de la salud como de otros instrumentos, la manera en que los factores de estrés afectan a estas familias, así como las diversas formas en que estas afrontan los daños a la salud, pueden favorecer el riesgo de disfunción. ⁽⁴⁾

Niveles de cohesión:

No relacionada o dispersa: Extrema separación emocional, falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, la correspondencia afectiva es infrecuente entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan tiempo juntos, necesidad y preferencia por los espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.

Semirrelacionada o separada: Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, algunas veces se demuestra la

correspondencia afectiva, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales rara vez son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo mas separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la interacción compartida mas que la individual.

Aglutinada: Cercanía emocional extrema, se demanda lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros, se expresa de dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones parento-filiales, hay falta de límites generacionales, hay falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia mas que los personales, los intereses conjuntos se dan por mandato. ⁽⁵⁾

Niveles de Adaptabilidad:

Rígida: El liderazgo es autoritario, existe fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente no existiendo la posibilidad de cambio.

Estructurada: En principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Flexible: El liderazgo es igualitario, permite cambios, la disciplina es algo severa, negociándose sus consecuencias, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Caótica: Liderazgo limitado y/o ineficaz, las disciplinas son muy poco severas habiendo inconsistencias en sus consecuencias, las decisiones parentales son muy impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente. ⁽⁵⁾

El estudio de la divergencia en la percepción de la vida familiar entre los miembros de cada familia constituye un área de especial interés para conocer los cambios evolutivos de la familia y el nivel de funcionalidad familiar.

En un trabajo de investigación que analizó la divergencia en la percepción familiar de padres, madres e hijos adolescentes en una muestra de 185 familias de la comunidad de Valencia, España. Donde se aplicó cuestionarios de funcionalidad y dificultades familiares a sus integrantes Encontrando que las preguntas correspondientes, indican que entre los progenitores no existen diferencias significativas, pero sí se identificaron entre las dadas

madre-hijo y padre-hijo siendo los progenitores quienes perciben valores más altos en funcionalidad familiar y más bajos en dificultades familiares. ⁽⁶⁾

En un análisis de la prevalencia de la hiper-frecuentación por mujeres a la consulta externa del médico familiar, para lo cual, se utilizó los datos registrados en un Centro de Salud de Sevilla, España; hallando que un 64.8% presentó disfunción familiar y 46% malestar psíquico. ⁽⁷⁾

En un estudio realizado en un consultorio del área II del municipio de Cienfuegos, Cuba; se seleccionaron a 57 familias aplicándose el APGAR familiar para conocer el criterio individual acerca del funcionamiento familiar. De 155 encuestados, 101 (65.2%) aprecian que su familia es disfuncional. Los signos de alarma estudiados fueron señalados 90 veces (83.3%) siendo los siguientes: ansiedad crónica con síntomas difusos 42 (38.8%) y la depresión crónica de difícil manejo 2 (1.9%). ⁽⁸⁾

En Colombia en 1996 se realizaron estudios para medir funcionalidad familiar, encontrando disfunción en el 54% del grupo estudiado ⁽⁹⁾. Mientras que Huerta-Martínez y cols. En su estudio Frecuencia de Disfunción Familiar en una clínica de medicina familiar reportan que la familia disfuncional tiene un 77% de ocurrencia ⁽¹⁰⁾.

En un estudio realizado a través de instrumentos de evaluación del subsistema conyugal y FACES III a familias adscritas a la UMF 66 del IMSS de Xalapa, Ver. Durante Marzo del 2003 a Diciembre del 2004, el análisis comparativo se realizó a través de X^2 , los resultados de FACES III revelaron 43% de familias de rango medio, 41% familias balanceadas y 16% familias extremas. La comunicación directa predominó entre las familias balanceadas, mientras que enmascaradas en las de rango medio y desplazada en las extremas, en cuanto a los límites estos fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y

rígidos en las familias extremas, conclusiones, la comunicación directa y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas.⁽¹¹⁾

Por su parte Blanco encontró que el mayor número de individuos ubicados dentro de la categoría de disfunciones familiares y de pareja, evidenció un alto porcentaje de familias categorizadas como desligadas con relaciones distantes o ausentes entre sus miembros y con extrema individualidad. Lo anterior coincide con los principales factores de riesgo encontrados en pacientes estudiados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1996 y 1998, se plantea entonces que la depresión mayor se presenta usualmente debido a la reducción de intereses vitales y la presencia generalizada de frustración, soledad, pérdida del sentido de vida, relaciones interpersonales pobres, familias separadas emocionalmente o desintegradas.⁽¹²⁾

Diversos trabajos resaltan que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones, signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar.⁽¹³⁾

Otros autores han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de la crisis y la disfunción familiar.⁽¹⁴⁾

Durante el transcurso del tiempo, el término de depresión, ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo VI A. de C., cuando el filósofo Hipócrates hace la descripción de una enfermedad que llamó melancolía, era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: Sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la

melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis, con diversa sintomatología, principalmente somática.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto; si bien en ese entonces no se conocía con exactitud lo que era la depresión o la melancolía, los síntomas descritos eran acertados en comparación con lo que en la actualidad conocemos.

Esta se caracterizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio, somnolencia o como la describe Caelius, los pacientes melancólicos presentan síntomas de ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia, en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, llantos y quejas sin sentidos, etc., pero estas podrían no presentar síntomas reales que preceden a la melancolía y tampoco se aproximan a la sicopatología de las depresiones, tal como hoy la conocemos y mucho menos llegan a implicar una matización del tipo etiológico sobre la depresión; en cierto modo tiene razón pero también hay que tomar en cuenta que los términos utilizados en ese tiempo, por la época en que se encontraba, son muy buenos y su aproximación es muy acertada. ⁽¹⁵⁾

La palabra depresión, deriva de la palabra latina *depressio* que significa hundimiento, concavidad. Definimos el síndrome depresivo como una enfermedad caracterizada por abatimiento del estado del ánimo, persistente y con suficiente intensidad para interferir con las actividades habituales del individuo.

La depresión es una enfermedad frecuente que enfrenta el médico familiar en las unidades de atención primaria, en su abordaje toma en cuenta factores como la edad, enfermedades médicas, y psiquiátricas.

La prevalencia de la enfermedad depresiva en la población general es del 5%, sin embargo, en México, la población médica general oscila entre el 10 al 15 % y en los pacientes con

enfermedad crónica entre 25 a 50%, en nuestra comunidad se ha encontrado que la enfermedad depresiva es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres siendo los grupos de 24 a 44 años los más frecuentes. Los depresivos representan entre el 10 a 20% de la consulta general de los cuales pocos son diagnosticados y el 40 al 60% en la consulta psiquiátrica, según las diferentes culturas en el mundo se ha llegado a encontrar que entre el 45 a 90% de los pacientes con depresión mayor han manifestado únicamente cefalea, estreñimiento, debilidad y dolor de espalda baja. ⁽¹⁶⁾

La clasificación de las depresiones primarias según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000) en el sistema DSM IV:

Depresión Mayor (episodio único y recurrente) existen diferentes subtipos según la gravedad y la presencia de síntomas melancólicos y/o síntomas psicóticos, se manifiesta de forma cíclica pudiendo darse una recuperación total o parcial entre los diferentes episodios.

Distimia: Se trata de una depresión crónica de al menos 2 años de evolución de intensidad leve o moderada y de curso fluctuante, hay que distinguirlo de un episodio mayor no resuelto convenientemente ya que algunos pacientes a lo largo de la evolución de su distimia pueden presentar episodios de depresión mayor simultáneamente.

Depresión no modificable o moderada: Es una categoría residual que no cumple con los criterios de una depresión mayor, una distimia o un trastorno bipolar. Suelen ser pacientes con una respuesta patológica a las situaciones o estados estresantes, los estados adaptativos se suelen incluir dentro de este grupo.

Depresión posparto: Es aquella depresión que ocurre en las mujeres entre 4 a 6 semanas posteriores al parto. ⁽¹⁷⁾

Self-Rating Depresión Scale, Eds. (Escala autoaplicada de Depresión de Zung), desarrollada por Zung, en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada

en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país por Conde y cols; en 1970, teniendo una amplia difusión. ⁽¹⁸⁾

Es una escala autoaplicada formada por veinte frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, complementándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

La escala de Zung cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, estos van a estar representados por las siguientes respuestas: Muy pocas veces (1), Algunas veces (2), Muchas veces (3), La mayoría de las veces (4), se sumaran los puntos obtenidos de todas y cada una de las preguntas, según los resultados obtenidos se clasificaran en:

Menos de 50 puntos = Sin depresión

50 – 59 puntos = Depresión mínima

60 – 69 puntos = Depresión moderada

70 o mas puntos = Depresión severa. ⁽¹⁸⁾

La depresión es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, constituye una enfermedad tratable y curable, cuyo diagnóstico oportuno, seguimiento adecuado, rehabilitación y reinserción social del paciente deprimido, iniciado precozmente, disminuye las posibilidades de recaídas, recidivas y tendencias a la cronicidad. Según datos de la OMS, hay 100 millones de nuevos casos cada año en el mundo con predominio en al adulto con tendencia notable en las mujeres entre los 18 y 45 años de edad, y entre la tercera y cuarta

parte del total de consultas realizadas al nivel primario de atención, tiene como causa los trastornos depresivos. ⁽¹⁹⁾

Por otro lado los elementos coadyuvantes identificados por las adolescentes como los más importantes en la aparición de crisis depresivas son: Disfunción familiar en un 53.22%. ⁽²⁰⁾

En la mayoría de los casos el problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos psíquicos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial, a veces la falta de conocimiento para identificar los episodios depresivos se puede atribuir a las características y formación del médico de atención primaria, basada en conceptos biomédicos tradicionales, otras se pueden atribuir a la actitud del paciente que no considera adecuado consultar con su médico este tipo de problemas. ⁽²¹⁾

Se realizó un estudio donde se entrevistaron 110 universitarias con edad promedio de 22 años, se les aplicó la escala de Zung obteniéndose entre 29 y 78 puntos con una media de 49 puntos; el 43.6% (48 estudiantes) presentaron síntomas severos depresivos con importancia clínica, en la entrevista se confirmó que el 17.3% (19 estudiantes) reunían criterios para un episodio depresivo mayor, teniendo como conclusiones que la escala de Zung es útil como instrumento de tamizaje con alta sensibilidad y aceptable especificidad en la identificación de posibles casos de episodios depresivo mayor en mujeres universitarias en Colombia. ⁽²²⁾

Así mismo, en se realizó un trabajo epidemiológico en el Hospital Samper Mendoza de Colombia para precisar la prevalencia de síntomas de depresión y de ansiedad a la consulta externa no psiquiátrica durante el periodo del 11 de Octubre al 10 de Noviembre de 1995, aplicándose un total de 1442 encuestas empleando una escala abreviada mediante la metodología del riesgo latente. Las personas que reconocieron conflicto familiar mostraron

una alta prevalencia para síntomas de depresión (94%), esta prevalencia se ha explicado en la literatura como la expresión individual de la disfunción familiar. ⁽²³⁾

En Cádiz, España con una muestra de 124 pacientes, se realizó un estudio descriptivo, transversal en un centro de salud de ámbito rural, utilizando instrumentos de medida para el estudio de la familia de la OMS modificado por De La Revilla, donde el 58% de la muestra estudiada refirió presentar algún trastorno psicológico (los más frecuentes fueron episodio depresivo mayor, distimia, trastorno de angustia y ansiedad generalizada). ⁽²⁴⁾

En un estudio realizado en una unidad de medicina familiar de la ciudad de México de Marzo a Diciembre del 2004, donde se determinó la prevalencia de síntomas depresivos en la mujer, concluyeron que dentro de las variables analizadas como probables factores de riesgo para la depresión, solo la Disfunción Familiar, se encontró una asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, únicamente se observó en las mujeres menores de 40 años.

Por otro lado, se sabe que existe alta prevalencia de síntomas depresivos en la mujer adulta, aunque el diagnóstico frecuentemente se omite. Los factores asociados a la depresión son diferentes de acuerdo con la edad cronológica, en las mujeres más jóvenes el principal factor de riesgo es la disfunción familiar. ⁽²⁵⁾

La formación de especialistas en Medicina Familiar busca dotar de herramientas teóricas y metodológicas idóneas a los médicos para que ofrezcan una atención integral a la familia. Una de estas herramientas tiene que ver con la identificación de la disfunción familiar, que facilite la identificación de problemas no solo de orden biomédico sino también psicosocial.

⁽²⁶⁾

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Los problemas de salud mental, en particular los trastornos depresivos, son un gran problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, por su alta prevalencia y el grado de discapacidad que producen.

En todo el mundo los trastornos de salud mental representan 4 de las 10 causas principales de discapacidad en las economías del mercado. Un 9% de las mujeres sufren depresión, casi tres veces más que los hombres, en cada ciclo reproductivo aumenta el riesgo de padecer trastornos depresivos, por otro lado entre las causas de género responsables de que la depresión sea más frecuente en la población femenina destaca el estrés, responsabilidades primordiales en el hogar, el trabajo, ser madre soltera, cuidados de los hijos y de padres ancianos etc. La incidencia de depresión es mayor en las mujeres separadas o divorciadas o con problemas maritales, también en mujeres que han sufrido histerectomía, osteoporosis, problemas cardiovasculares o cuando los hijos abandonan el hogar. ⁽²⁷⁾

El rango de mayor riesgo se sitúa entre los 25 y 45 años, siendo más susceptibles de sufrir estos trastornos las mujeres en edad fértil y con hijos menores de 3 años a su cargo, estudios recientes han confirmado que el embarazo, el posparto, y la menopausia son periodos de riesgo para el desarrollo y/o recurrencia de ciertos estados psicopatológicos. Lo anterior repercute en varios factores de su funcionalidad familiar, esto es importante ya que si su entorno familiar está afectado, sus repercusiones personales van a estar deterioradas, en la falta de interés de todo lo que realice, esto se refleja en frecuentar la consulta, que su sintomatología se acentúe o no cedan con el tratamiento médico establecido, ocasionando que dentro de su núcleo familiar presente una funcionalidad deficiente. ⁽²⁷⁾

Es necesario que los Médicos Familiares identifiquen oportunamente la disfunción familiar y la depresión. Estos especialistas deben de estar preparados para interpretar las dificultades

potenciales de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de estas, desde una perspectiva integradora. Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los posibles signos y síntomas de la enfermedad depresiva que presente uno o más integrantes de una familia y que se relacione con ella o reflejen una alteración en la dinámica de la misma.

El indicador de indagación alude a la capacidad del Médico Familiar para sondear, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas, los factores que intervienen en la disfunción familiar.

(26)

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Es la alteración de la cohesión y la adaptabilidad familiar causa de depresión en las mujeres de 15 a 59 años de edad de la unidad de medicina familiar No. 15 de CD. PEMEX, Tabasco?

JUSTIFICACIÓN:

La organización mundial de la salud (OMS), en su reporte de salud mental en el mundo, elaborado en el 2001, indica que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de alteración mental o neurológica, sin embargo solo una minoría recibe atención profesional para sus problemas. La depresión es el 4to trastorno en cuanto al peso de la enfermedad medida y es la causa de pérdida de uno de cada diez años de vida saludable sobre todo en las mujeres entre las cuales la depresión es la causa primordial del peso de la enfermedad. ^(27, 28)

En América Latina se han llevado a cabo varias investigaciones sobre este tema, como las realizadas en Chile, Brasil, y México, que han aportado una valiosa información para la realización de investigaciones epidemiológicas a gran escala en la región. Las prevalencias encontradas en personas mayores de 18 años, medidas en un periodo de 12 meses en Chile, Brasil y México, varían entre 4.5% y 7.1%. En Brasil, la prevalencia de episodios depresivos en el último mes fue de 4.5%, mientras que en Chile la prevalencia en los últimos 6 meses fue de 4.6%. En el estudio mexicano se encontró una incidencia de 1.3% en los 12 meses previos al estudio. Los factores asociados con depresión en Brasil y Chile fueron ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltera o separada y tener bajo nivel educacional. ⁽⁴⁸⁾

En Colombia se han realizado diversos análisis de la prevalencia de la depresión a partir de los datos obtenidos en la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas aplicada a 25,135 personas en todo el país en 1993. En 1997 se procesaron los datos obtenidos mediante la aplicación de la Escala de Zung para la depresión y se demostró que el 11.8% de la población encuestada mostraba depresión leve y que 4% sufría de depresión mayor (moderada o grave), lo que indicaba que en Colombia

había una elevada prevalencia de síndrome depresivo en 1993. También se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el sexo femenino, al igual que entre la ansiedad, los intentos de suicidio, y los antecedentes de problemas mentales en la familia. Al evaluar la relación de la depresión con algunos aspectos socioeconómicos, las condiciones físicas de la vivienda, se evidencio un leve aumento de la depresión cuando la persona consideraba su espacio físico desfavorable. Otros elementos como la poca *Cohesión Familiar*, ingresos insuficientes, el mal estado de salud, y la poca satisfacción de logros alcanzados, se percibían desfavorablemente en la medida en que aumentaba la gravedad de la depresión. Finalmente se observo un ligero aumento en la proporción de personas con elevado consumo de alcohol que presentaban síndrome depresivo. ⁽⁴⁸⁾

El Instituto Nacional de Salud Mental reporta que alrededor de uno de cada cinco adultos, o más de 44 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental, muchos sufren más de un padecimiento mental a la vez y tienden a presentarse junto con el abuso de drogas y trastornos de ansiedad. (Depresión grave llamada también depresión clínica, trastorno maniaco depresivo también llamado trastorno bipolar, y la esquizofrenia y el trastorno obsesivo compulsivo). ^(27, 28)

Mas del 90% de los suicidas presentan un trastorno mental diagnosticable siendo los más comunes la depresión y el abuso de drogas. ⁽²⁸⁾

En la mayoría de los casos la esquizofrenia aparece por primera vez en las mujeres entre los 20 y 35 años y de 18 a 54 años padecen cada año algún trastorno de ansiedad como el pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias (fobia social, agorafobia y fobias específicas) lo anterior ocasionando problemas de identidad, relación y socialización con las demás personas e integrantes de su familia, trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia. ^(27, 28)

En México de acuerdo con datos recientes en la población adulta, la depresión es el trastorno mental para la cual se solicita mas frecuentemente ayuda en los centros de primer nivel de atención, resultados similares se han reportado en nuestro país, donde la depresión afecta con mayor frecuencia y gravedad a las mujeres y su entorno familiar, de este modo la identificación de posibles casos de depresión es una acción de prevención importante ya que permite llevar a cabo intervenciones tempranas en casos de cuadros subclínicos que si no se detectan a tiempo pudieran evolucionar a cuadros mayores. ^(27, 28)

Por la gravedad y repercusión del problema de depresión y disfuncionalidad familiar y de todos los problemas psicosociales que esto conlleva, la Secretaria de Salud implementó una serie de análisis psicometricos para determinar la utilidad de la Escala de Salud Personal (ESP) a fin de identificar posibles casos de malestar emocional y sintomatología depresiva en mujeres usuarias de los servicios de salud en clínicas de primer nivel de atención en las tres dependencias de salud mas importantes SSA, IMSS y el ISSSTE. A partir de los hallazgos de estudio reportaron que la ESP es sencilla, de fácil comprensión, rápida y eficiente para identificar la presencia de malestar psicológico generalizado, trastornos en el afecto, problemas de relaciones interpersonales y de somatización en las mujeres usuarias de los servicios del sector salud, resultando oportuno proponer la utilización de la ESP de manera rutinaria en la consulta externa de Medicina Familiar en las tres instituciones mas importantes del sector salud. ⁽²⁸⁾

En nuestro país, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. ⁽²⁹⁾. En 2003 en el sexo masculino ocuparon el noveno lugar de las enfermedades no trasmisibles causante de egresos hospitalarios mientras que en el femenino ocupó el sexto lugar. ⁽³⁰⁾

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1% de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2% en mujeres y 6.7% en hombres. En la misma encuesta la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue 3.3% y de la distimia 0.9%.⁽³¹⁾ En un estudio nacional de 2005 se encontró 4.5% de depresión en adultos.⁽³²⁾

Considerando la mortalidad y el número de días vividos con discapacidad, los trastornos mentales se colocan entre los padecimientos que más carga representa a escala mundial, atribuyéndoles actualmente 10% de la global y estimando que para el 2020 aumentara a 15% y que la depresión será el segundo motivo de incapacidad y ausentismo laboral.^(29, 32, 34)

En un estudio realizado en el estado de Tabasco de Factores de Riesgo Suicida cuyo objetivo principal de la investigación era determinar los factores psicosociales predisponentes del suicidio en el estado de Tabasco, en su gran mayoría estas muertes están íntimamente relacionadas con el consumo de alcohol y drogas ilícitas, teniendo como antecedentes un contexto familiar con problemas de comunicación o la existencia de una atmósfera familiar disfuncional, pues en una cantidad importante por lo menos algún familiar se dio cuenta de que la persona no estaba bien, sin embargo no detectaron si hubo algún cambio importante en la conducta del individuo. En relación del estado de ánimo y mental que presentó el occiso un mes antes de morir el 67% estuvo triste o deprimido.⁽³³⁾

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilos de vida y de relación con la estructura social y familiar. Existe evidencia suficiente que los trastornos depresivos poseen una base familiar parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza, de esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo.⁽³⁴⁾

La causa de la depresión es generalmente multifactorial y en su aparición pueden estar implicados uno o varios factores que se citan a continuación sean endógenos o reactivos, factores genéticos o familiares entre los que se encuentran acontecimientos vitales estresantes, problemas de pareja, rupturas afectivas y dificultades en la relación interpersonal en el ámbito familiar. ⁽³⁵⁾

La familia como sistema juega un papel importante no solo en el proceso generador de enfermedad sino en el de rehabilitación de la misma y en la medida en que cumpla sus funciones básicas servirá para mejorar o empeorar el pronóstico de este grupo de estudio y El FACES III es un instrumento que evalúa el funcionamiento sistémico de esta estructura social y es útil para identificar familias en riesgo.

La depresión es una enfermedad que tiene consecuencias de aspecto económico y en la dinámica familiar, por lo que es importante conocer la relación existente entre la funcionalidad familiar y la depresión, esto evaluará el impacto de estos en las mujeres de 15-59 años, si así lo demuestran los resultados del estudio y con ello la posibilidad de implantar programas que puedan mejorar el panorama así como la posibilidad de intervenir y fomentar las condiciones para tener familias sanas por medio de la educación.

El estudio nos dará la posibilidad de abordar el problema de la disfunción familiar y de la depresión y de modificar este fenómeno. Se puede abordar (Vulnerable) y es factible llevarlo a cabo ya que para realizarlo se involucra población de la unidad y personal que tiene la disposición para llevar a cabo el proyecto. Es viable dado que los programas nacionales están enfocados a la prevención de la enfermedad y a la limitación del daño así como la investigación de las causas primarias y encaja en las políticas estratégicas de investigación en salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de afección familiar como causa de depresión en mujeres de 15 a 59 años de edad, en la Unidad de Medicina Familiar No. 15 de CD. PEMEX, Tabasco.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- 1.- Identificar el grupo de edad de mujeres en que es más frecuente la depresión.
- 2.- Conocer el grado de cohesión y adaptación en las familias de mujeres con depresión.
- 3.- Identificar el tipo de depresión que presentan las mujeres en estudio.

MATERIAL Y METODOS:

TIPO DE ESTUDIO:

Prospectivo, transversal, observacional, descriptivo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo se realizó en pacientes mujeres mayores de 15 años y menores de 60 años, adscritas al consultorio de la unidad de medicina familiar No.15. De CD. PEMEX, Tabasco. Entre los meses de Septiembre del 2007 a Enero del 2008

TIPO DE MUESTRA:

Aleatoria sin reemplazo, muestra finita

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinara una población finita sin reemplazo, se trata de una estimación y el parámetro a emplear es una proporción, la formula para este caso es:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2}$$

$$d^2(N-1) + Z^2pq$$

Donde:

n = Es el tamaño de la muestra

N = Población total

Z^2 = Constante (1.96)

p = Es el valor que establece el investigador en base a la literatura, experiencia personal o prueba piloto previa.

q = Es la contraparte del porcentaje de observaciones en una categoría de una variable nominal.

d^2 = Nivel de significancia.

$$280 \times 3.84 \times .50 \times .50 = 268.8 = 163$$

$$0.0025 \times 279 + 0.96 = 1.65$$

CRITERIOS DE INCLUSION:

Mujeres mayores de 15 años y menores de 60 años

Vigentes en la UMF 15 de CD. PEMEX, Tabasco

Que firmen el consentimiento informado

Que contesten la encuesta

Que sepan leer y escribir

Sin discapacidad mental.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Mujeres menores de 15 años o mayores de 60 años

Que no estén vigentes en la unidad

Que no firmen el consentimiento informado

Que no contesten la encuesta

Que no sepan leer ni escribir

Que tengan discapacidad mental.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Test mal contestados

Test Incompletos

Diferentes escalas de medición

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD, OCUPACION

ESTADO DE ANIMO

APOYO FAMILIAR

CONVIVENCIA FAMILIAR

AUTORIDAD FAMILIAR

VARIABLES DEPENDIENTES:

DEPRESION

DISFUNCION FAMILIAR

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	FUENTE
FUNCION FAMILIAR	Una familia disfuncional es aquella que no cumple sus funciones de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre en relación con las demandas que percibe de su entorno	Familia que presenta incapacidad para moverse dentro del modelo como resultado de factores de estrés normativos y no normativos	Cohesión suma de los ítems nones, adaptabilidad suma de los ítems pares: Nunca (1), Casi nunca (2), Algunas veces (3), Casi siempre (4), Siempre (5).	Cualitativo todas las familias que al contestar el FACES III caigan en los ítems 1 al 4 tendrán disfunción severa las familias en los ítems 5 al 12 tendrán disfunción leve y las familias en los ítems del 13 al 16 serán funcionales	FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES (FACES III), ESCALAS EVALUATIVAS DE COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

DEPRESION	Enfermedad caracterizada por abatimiento del estado de animo, persistente que interfiere con las actividades habituales del individuo	Enfermedad frecuente, relacionada con factores como la edad, enfermedades médicas y psiquiatritas que modifican la vida del individuo.	Muy pocas veces (1), algunas veces (2), muchas veces (3), La mayoría de las veces (4)	Cualitativo Menos de 50 puntos= sin depresión 50-59 puntos= depresión mínima 60-69 puntos= depresión moderada Mas de 70 puntos= depresión severa	SELF-RATING DEPRESION SCALE, (ESCALA AUTOAPLICA DA DE DEPRESION DE ZUNG)
-----------	---	--	---	--	--

PROCEDIMIENTO:

Se integró una muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, y se entrevistaron a las pacientes de 15 a 59 años de edad, con una muestra que se calculó para un muestreo sin reemplazo y muestra finita de 163 mujeres que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 15 en un periodo de Septiembre del 2007 a Enero del 2008, a las cuales se le aplicó un instrumento de medición que evaluó la funcionalidad familiar denominado FACES III, así mismo se aplicó la escala de Zung la cual mide depresión.

Se utilizó la prueba estadística de la χ^2 (Chi cuadrada) para valorar la fuerza de asociación entre la funcionalidad y disfunción familiar y la depresión en mujeres de 15-59 años, así como el RR (Riesgo Relativo) para conocer el riesgo de presentar disfunción familiar en las mujeres con depresión y en las que no presentaron depresión, y los resultados se presentaron en tablas y graficas, realizando la recolección de datos en programa Word 2003 y graficando con el programa Exel 2003.

CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente estudio es probable que pueda afectar el área psico-emocional de las mujeres encuestadas, cuando se reconoce algún problema familiar como causa de depresión que afecte la funcionalidad de su familia.

Esta investigación se ajustara de acuerdo a lo establecido por el Título Primero, Capítulo Único, Artículos de 1º al 6º, Título Segundo Capítulo I, Artículos 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, Capítulo II, Artículo 28, 31, 32, 33, Título sexto, Capítulo Único, Artículo 113 al 10 de la Ley General de Salud. Así como a los puntos 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 27, 28 y 31 de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de la 52º Asamblea General realizada en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000, a los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la enmienda de Tokio, el informe de Belmont y el Código de Reglamentos Federales de los Estados Unidos. Además cumple con las normas 3 instructivos de esta Institución en materia de Investigación Científica por lo cual se realizara hasta que sea aprobado por el Comité de Ética e Investigación Local

Lo anterior se realizará con absoluta confidencialidad y respeto con cada una de las mujeres cuestionadas, previa información y firma del consentimiento informado puntualizando en la integridad y la no repercusión de su salud, de igual manera se informa a las mujeres encuestadas que de querer retirarse del estudio, pueden hacerlo sin tomarse represalias en todos los servicios que brinda la unidad de medicina familiar. Teniendo como resultado en estudio veraz y confiable. (Ver carta de consentimiento informado)

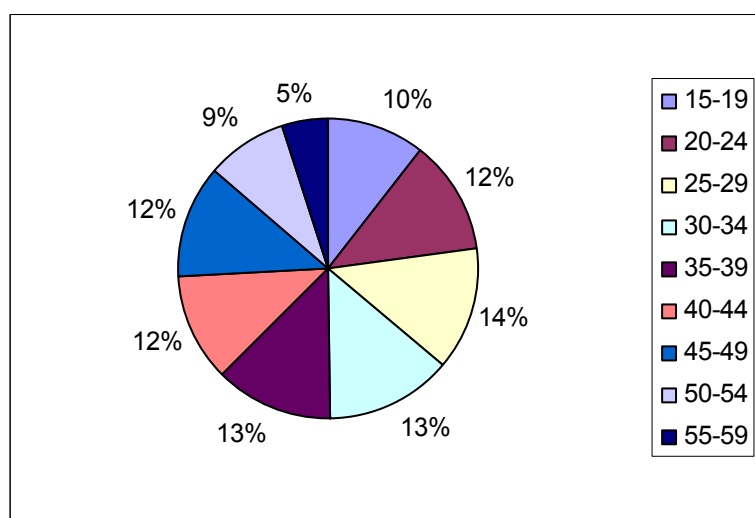
RESULTADOS

Se aplicaron 3 encuestas la primera fue para recabar los datos generales, la segunda fue el Test de Zung para detectar Depresión y la tercera fue FACES III para detectar funcionalidad familiar, a 163 mujeres de 15 a 59 años de edad que acudieron a consulta externa de la unidad de Medicina Familiar No. 15 de CD. PEMEX, Tabasco. Los rangos de edad se clasificaron por grupos etáreos para facilitar el registro de cada una de las mujeres que accedieron a contestar las encuestas. Tabla y Grafica1

Tabla 1. GRUPOS DE EDAD

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
15 - 19	17	10
20 - 24	20	12
25 - 29	22	14
30 - 34	22	13
35 - 39	21	13
40 - 44	19	12
45 - 49	20	12
50 - 54	14	09
55 - 59	08	05
TOTAL	163	100%

Grafica 1. GRUPOS DE EDAD



Fuente: Hoja de recolección de datos generales.

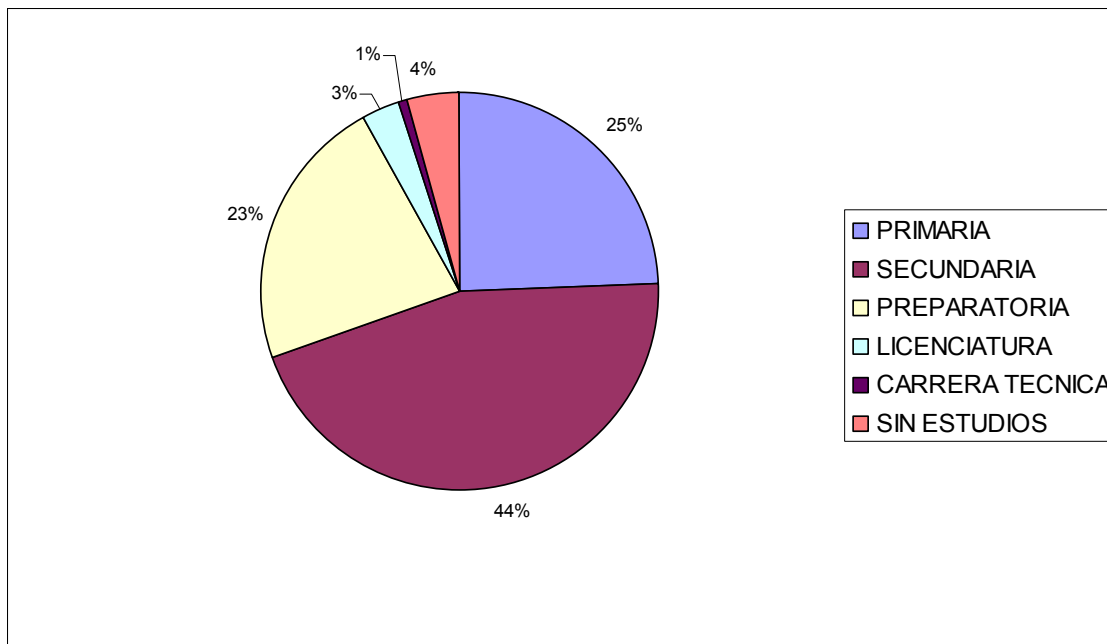
ESCOLARIDAD

En relación a la escolaridad de las mujeres estudiadas se encontraron 40 (25%) tenían educación primaria, 73 (44%) con secundaria, 37 (23%) con preparatoria, 5 (3%) con nivel licenciatura, 1 (1%) con carrera técnica, 7 (4%) no tenían estudios. Tabla y Grafica 2

Tabla 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	40	25%
SECUNDARIA	73	44%
PREPARATORIA	37	23%
LICENCIATURA	05	03%
CARRERA TECNICA	01	01%
SIN ESTUDIOS	07	04%
TOTAL	163	100%

Grafica 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Hoja de recolección de datos generales.

ESTADO CIVIL

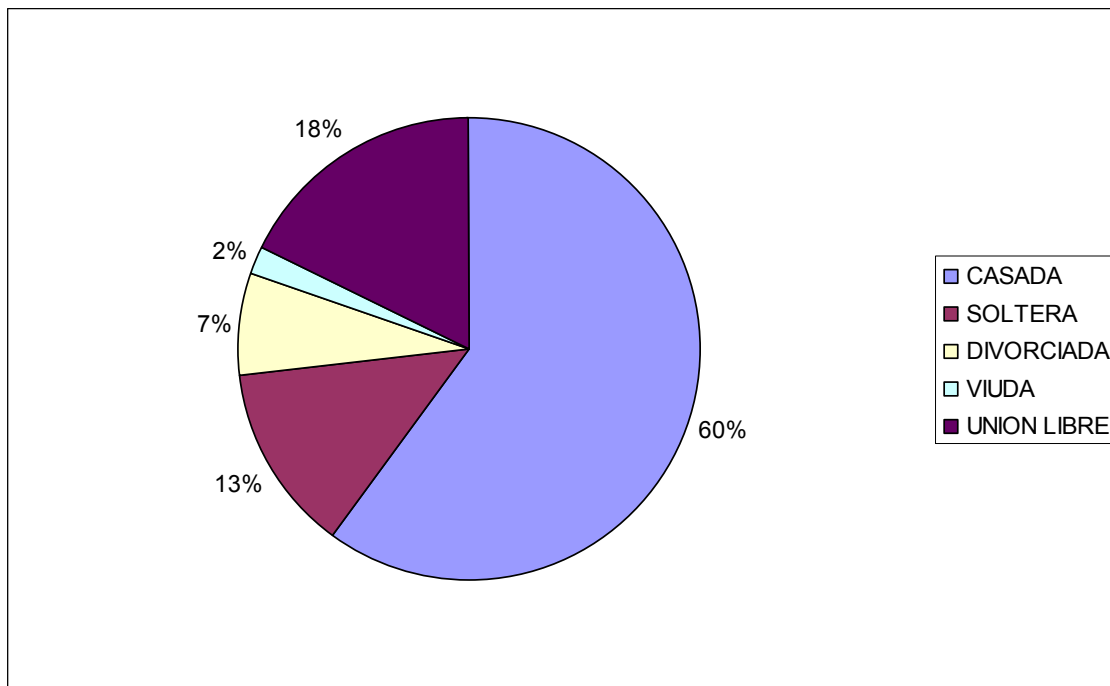
En cuanto a su estado civil 98 (60%) de las mujeres encuestadas fueron casadas, 21 (13%) son solteras, 12 (7%) son divorciadas, 3 (2%) son viudas y 29 (18%) están en unión libre.

Tabla y Grafica 3

Tabla 3. ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
CASADA	98	60%
SOLTERA	21	13%
DIVORCIADA	12	07%
VIUDA	03	02%
UNION LIBRE	29	18%
TOTAL	163	100%

Grafica 3. ESTADO CIVIL



Fuente: Hoja de recolección de datos generales.

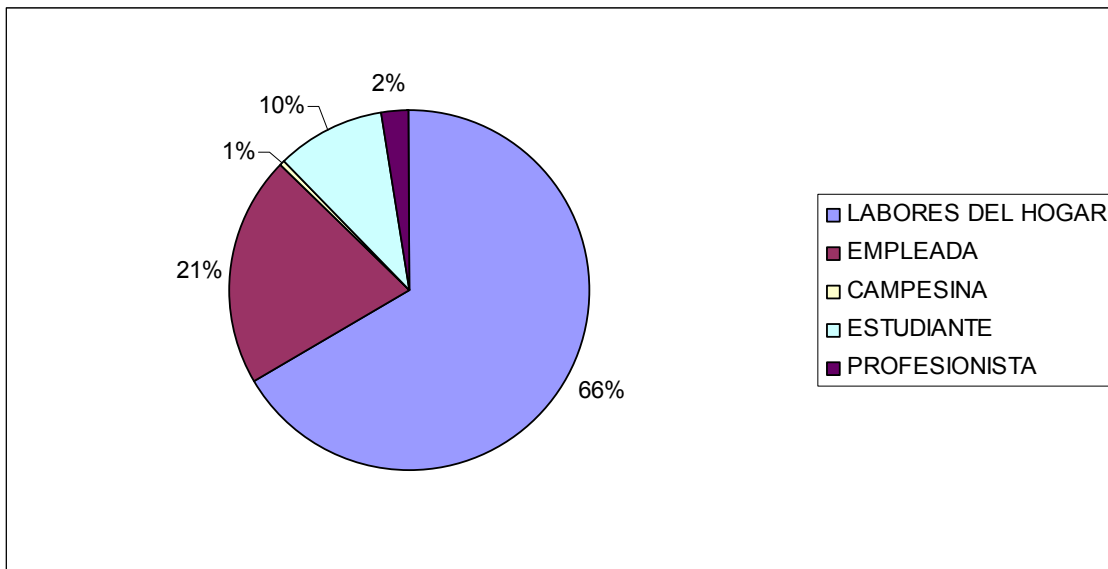
OCUPACION

Según su ocupación 108 (66%) se dedica a Labores del Hogar, 34 (21%) trabajan como empleadas, solo 1 (1%) se dedica al campo, 16 (10%) son estudiantes y 4 (2%) son profesionistas. Tabla y Grafica 4

Tabla 4. OCUPACION

OCUPACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
LABORES DEL HOGAR	108	66%
EMPLEADA	34	21%
CAMPESINA	01	01%
ESTUDIANTE	16	10%
PROFESIONISTA	04	02%
TOTAL	163	100%

Grafica 4. OCUPACION



Fuente: Hoja de recolección de datos generales

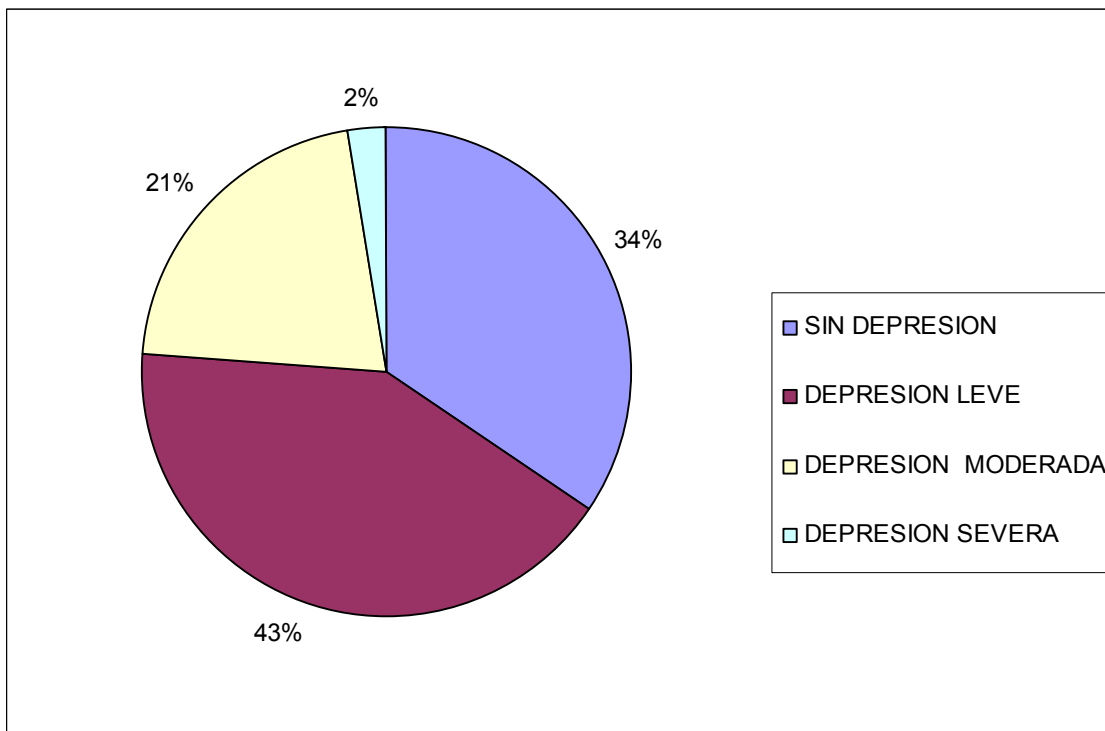
TIPO DE DEPRESION

Se implemento la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung donde se obtuvieron los siguientes resultados, de las 163 mujeres encuestadas 56 (34%) no presentaron ningún tipo de depresión, 68 (43%) reportaron depresión leve, 35 (21%) depresión moderada y 4 (2%) depresión severa. Tabla y Grafica 5

Tabla 5. TIPO DE DEPRESION

DEPRESION	CANTIDAD	PORCENTAJE
SIN DEPRESION	56	34%
DEPRESION LEVE	68	43%
DEPRESION MODERADA	35	21%
DEPRESION SEVERA	04	02%
TOTAL	163	100%

Grafica 5. TIPO DE DEPRESION



Fuente: Escala autoaplicada de depresión de Zung validada en nuestro país por Conde y Cols.

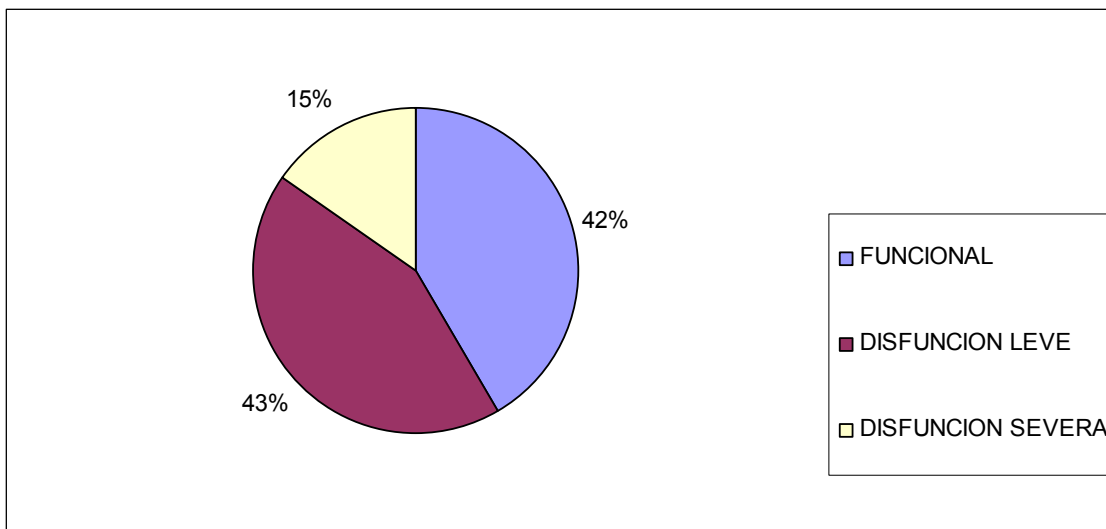
TIPO DE DISFUNCION

Para obtener el grado de disfunción familiar se aplicó el FACES III (Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad Familiar) donde se obtuvieron los siguientes resultados: 68 (42%) fueron funcionales, 70 (43%) cursaron con disfunción leve y las que mostraron disfunción severa fueron 25 (15%). Tabla y Grafica 6

Tabla 6. TIPO DE DISFUNCION

TIPO DE DISFUNCION	CANTIDAD	PORCENTAJE
FUNCIONALES	68	42%
DISFUNCION LEVE	70	43%
DISFUNCION SEVERA	25	15%
TOTAL	163	100%

Grafica 6. TIPO DE DISFUNCION



Fuente: Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad FACES III versión en español validada por Gómez-Clavelina e Irigoyen

CLASIFICACION DE DEPRESION Y DISFUNCION

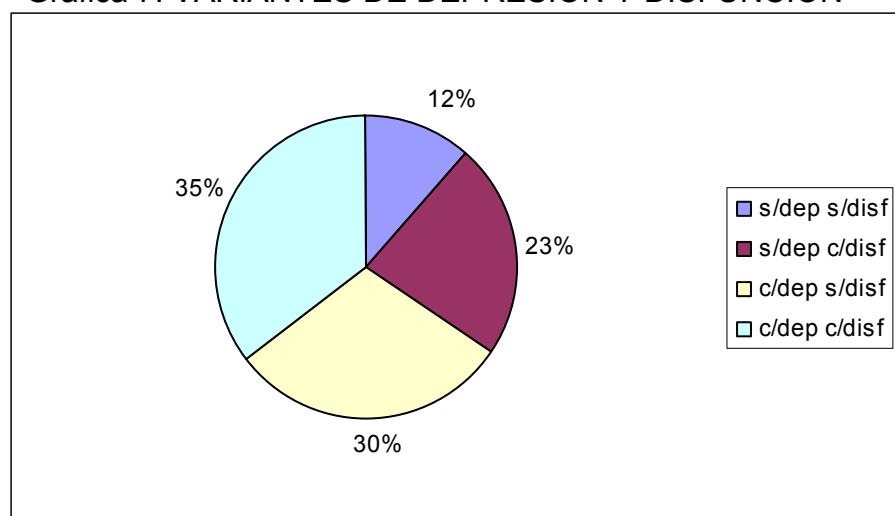
Al aplicar los instrumentos de evaluación test de Zung y FACES II se observó que presentaron variantes las cuales se clasificaron de la siguiente manera obteniéndose los presentes resultados, sin depresión y sin disfunción 19 (12%), sin depresión con disfunción 37 (23%), con depresión sin disfunción 49 (30%) y con depresión con disfunción 58 (35%).

Tabla y Grafica 7

Tabla 7. VARIANTES DE DEPRESION Y DISFUNCION

VARIANTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
S/DEPRESION S/DISF	19	12%
S/DEPRESION C/DISF	37	23%
C/DEPRESION S/DISF	49	30%
C/DEPRESION C/DISF	58	35%
TOTAL	163	100%

Grafica 7. VARIANTES DE DEPRESION Y DISFUNCION



Fuente: Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad FACES III versión en español validada por Gómez-Clavelina e Irigoyen

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGÚN EL FACES III

Al aplicar las Escalas Evaluativas de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad siendo de la siguiente manera: Tabla 8

Tabla 8. CLASIFICACION DE LOS 16 TIPOS DE FAMILIA SEGÚN FACES III

CLASIFICACION FAMILIAR	NUMERO DE FAMILIAS	PORCENTAJE
FUNCIONALES		
SEPARADO ESTRUCTURADO	19	11.6%
SEPARADO -FLEXIBLE	18	11.0%
CONECTADO-FLEXIBLE	21	12.8%
CONECTADO ESTRUCTURADO	10	06.1%
DISFUNCION LEVE		
SEPARADO RIGIDO	02	01.2%
DESLIGADO ESTRUCTURADO	22	13.4%
DESLIGADO FLEXIBLE	15	09.2%
SEPARADO CAHOTICO	06	03.6%
CONECTADO CAHOTICO	12	07.3%
AGLUTINADO FLEXIBLE	10	06.1%
AGLUTINADO ESTRUCTURADO	00	00.0%
CONECTADO RIGIDO	3	01.8%
DISFUNCION SEVERA		
DESLIGADO RIGIDO	14	08.5%
DESLIGADO CAHOTICO	01	00.6%
AGLUTINADO CAHOTICO	09	05.5%
AGLUTINADO RIGIDO	01	00.6%
TOTAL	163	100%

Fuente: Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad FACES III versión en español validada por Gómez-Clavelina e Irigoyen.

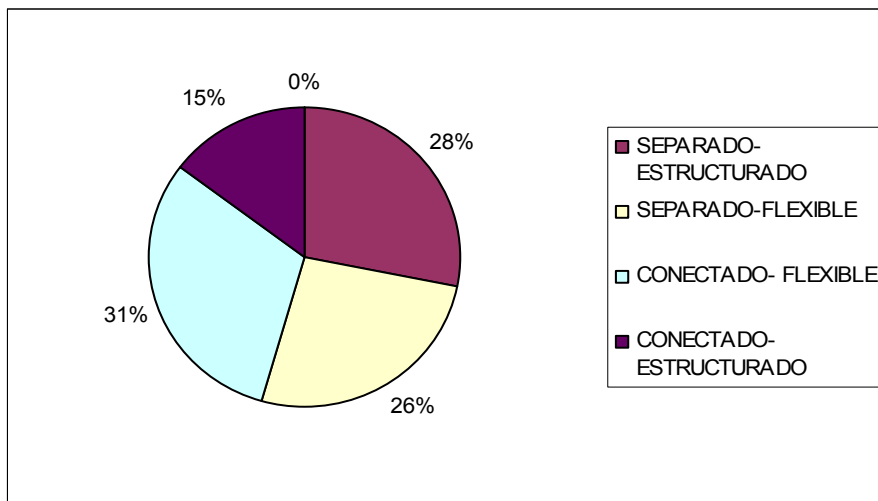
FAMILIAS FUNCIONALES

Del total de las familias 68 resultaron funcionales las cuales se clasificaron de la siguiente manera, 19 (28%) Separado-Estructurado, 18 (26%) Separado-Flexible, 21 (31%) Conectado-Flexible y 10 (15%) Conectado-Estructurado. Tabla y Grafica 9

Tabla 9. FAMILIAS FUNCIONALES

FAMILIA FUNCIONAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEPARADO ESTRUCTURADO	19	28%
SEPARADO FLEXIBLE	18	26%
CONECTADO FLEXIBLE	21	31%
CONECTADO ESTRUCTURADO	10	15%
TOTAL	68	100%

Grafica 9. FAMILIAS FUNCIONALES



Fuente: Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad FACES III versión en español validada por Gómez-Clavelina e Irigoyen.

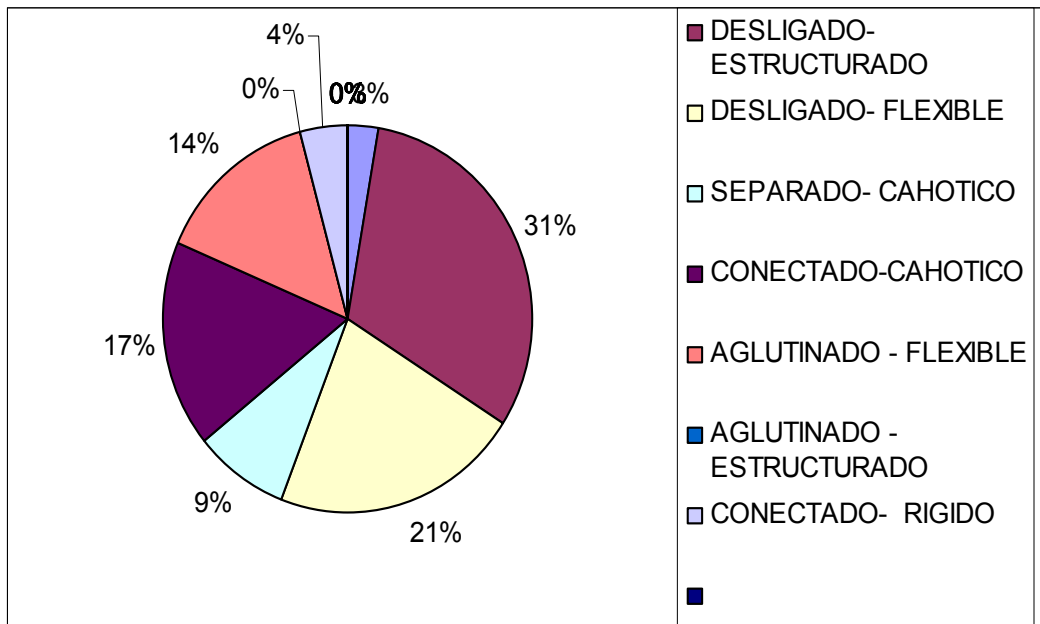
DISFUNCION LEVE

Un total de 70 familias resultaron dentro de la disfunción leve, siendo su clasificación de la siguiente manera. 2 (3%) Separado-Rígido, 22 (31%) Desligado-Estructurado, 15 (21%) Desligado-Flexible, 6 (9%) Separado-Cahótico, 12 (17%) Conectado-Cahótico, 10 (14%) Aglutinado-Flexible, Aglutinado-Estructurado no se registro ninguna familia en este tipo de clasificación, 3 (4%) Conectado-Rígido. Tabla y Grafica 10

Tabla 10. FAMILIAS CON DISFUNCION LEVE

DISFUNCION LEVE	CANTIDAD	PORCENTAJE
SEPARADO RIGIDO	02	03%
DESLIGADO ESTRUCTURADO	22	31%
DESLIGADO FLEXIBLE	15	21%
SEPARADO CAHOTICO	06	09%
CONECTADO CAHOTICO	12	17%
AGLUTINADO FLEXIBLE	10	14%
AGLUTINADO ESTRUCTURADO	00	00%
CONECTADO RIGIDO	03	04%
TOTAL	70	100%

Grafica 10. FAMILIAS CON DISFUNCIÓN



Fuente: Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad FACES III versión en español validada por Gómez-Clavelina e Irigoyen

DISFUNCION SEVERA

Resultaron 25 familias con depresión severa las cuales se describen a continuación 14 (56%)

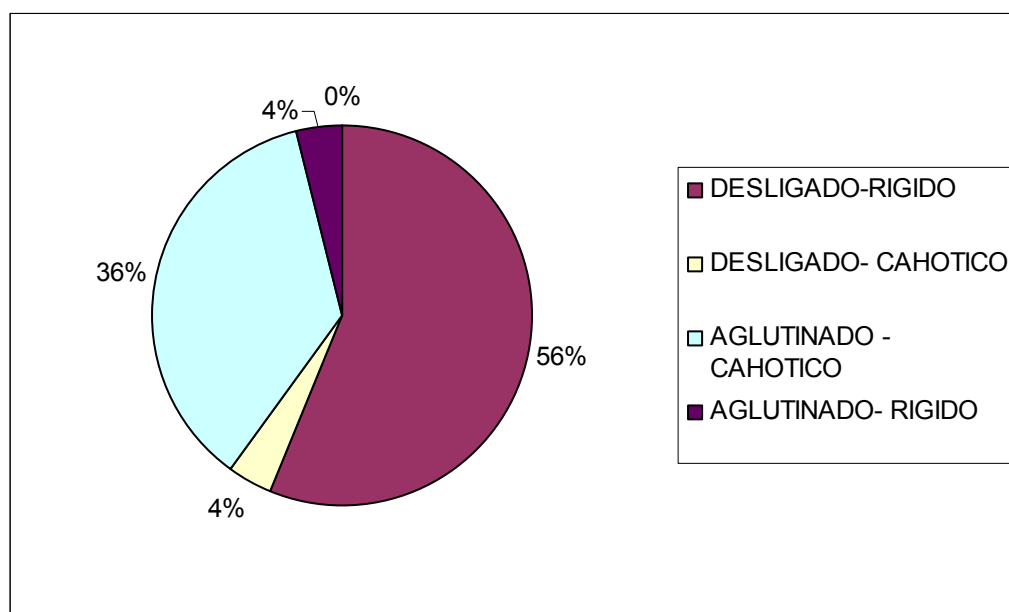
Desligado-Rígido, 1 (4%) Desligado-Cahotico 9 (36%) Aglutinado-Cahotico, 1 (4%)

Aglutinado-Rígido. Tabla y Grafica 11

Tabla 11. FAMILIAS CON DISFUNCION SEVERA

DISFUNCION SEVERA	CANTIDAD	PORCENTAJE
DESLIGADO RIGIDO	14	56%
DESLIGADO COHOTICO	01	04%
AGLUTINADO CAHOTICO	09	36%
AGLUTINADO RIGIDO	01	04%
TOTAL	25	100%

Grafica 11. FAMILIAS CON DISFUNCION SEVERA



Fuente: Escala Evaluativa de Cohesión y Adaptabilidad FACES III versión en español validada por Gómez-Clavelina e Irigoyen.

DISCUSION

Al Medico Familiar le resulta difícil diagnosticar si estos trastornos (angustia, depresión) corresponden a un cuadro nosológico o si se encuentran ante manifestaciones de otro tipo de problemas y por lo tanto existe la posibilidad de no brindar una atención adecuada, este escenario puede ocasionar insatisfacción de los pacientes, no resolución de los problemas de salud, sobrecarga de consulta para el medico familiar, y gasto excesivo de recursos. ⁽³⁶⁾

Con este tipo de atención se pierde la oportunidad de investigar sobre otros factores desencadenantes que podrían conducir al origen del problema de salud, este hecho es importante tomar en cuenta ya que como lo indica Good y Reger referidos por De La Revilla en el 30 y 60% de los motivos de consulta en atención primaria se deben a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis repercutiendo en la funcionalidad familiar. ⁽¹³⁾

Existen motivos de consulta que escapan a patrones preestablecidos, en muchas de estas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través de la entrevista clínica en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema conyugal. ⁽³⁷⁾

Múltiples estudios han confirmado la influencia de la familia en la presencia de la depresión por lo que la funcionalidad de la familia se ha estudiado desde diferentes tópicos, diseñándose diferentes instrumentos de evaluación, entre ellos el FACES III, que aunque tiene el inconveniente de que solo registra el punto de vista de un solo miembro de la familia continua vigente y de fácil comprensión. En este estudio se utilizo para determinar la Funcionalidad Familiar en mujeres de 15 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 15 en Ciudad Pemex, Tabasco, donde en forma conjunta se analizo las variables socioeconómicas como la edad, la escolaridad, el estado civil y su ocupación.

Fueron aplicadas 163 encuestas y el rango de edad mas frecuente fue de 25 a 34 años con un total de 44 que representa un 26.98%.

1.- El total de mujeres que presentaron depresión en cualquiera de sus grados, fue de 107 (66%), porcentaje ligeramente por encima de los resultados de Soriano-Fuentes de Cádiz España en cuyo estudio reporta el 58%.⁽²⁴⁾ Lo cual puede ser debido a que se encuestó a un grupo considerado de riesgo para depresión.

2.-De las mujeres estudiadas el 58% presento disfunción familiar al calificar el FACES III aplicado, porcentaje muy similar (54%) a los resultados que se reportan en el documento de violencia intrafamiliar: Factores de riesgo asociados a la disfunción familiar, en Barrio Ciudad Colombia y mas bajos que los que reporta Huerta Martínez y colaboradores en su estudio de "Frecuencia de disfunción familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en México que fue de 77%.^(8,9) Existen motivos de consulta que escapan a patrones preestablecidos, en muchas de estas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través de la entrevista clínica; en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema conyugal.⁽³⁷⁾

3.-De la muestra estudiada el 10.42 %(17) eran adolescentes de las cuales el 58.82% (10) presentaron depresión y la calificación del FACES III arrojó disfunción familiar en 12 de las encuestadas (70.58 %) y el 47.0% (8) correspondió a adolescentes con ambas entidades, resultados inferiores a los que reporta Camacho-Cantillano en su estudio en el Hospital Rafael Ángel Calderón G. en Costa Rica, donde refiere que la disfunción familiar se presento en las adolescentes depresivas en un 53.22%. (20). Los factores asociados a la depresión difieren de acuerdo a la edad cronológica, en las mujeres más jóvenes el principal factor es la percepción de disfunción familiar. (25), y Dos Santos aporta que la depresión también es frecuente en la adolescencia (25.5%), pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir

atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso del alcohol y drogas a trastornos alimenticios o conductas de riesgo, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad, lo que tiene un alto costo social por las repercusiones comunitarias ⁽³⁸⁾. Corresponde al Médico Familiar detectar oportunamente, orientar, iniciar tratamiento y en su caso derivar a la atención especializada a los adolescentes con riesgo de depresión y evitar la presencia de complicaciones como el suicidio. ⁽³⁹⁾

4.-De las mujeres encuestadas el 35%(58) presento disfunción familiar y depresión muy por debajo de los resultados del Hospital Samper Mendoza de Colombia que refiere el 94 % de síntomas depresivos con disfunción familiar. ⁽²³⁾. Aunque no existió diferencia significativa entre la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar y la depresión en sus diversos grados en este estudio, es importante la detección de la depresión por parte del Médico Familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y de la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que mas utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas. Los pacientes que son subdiagnosticados con mayor frecuencia son las mujeres, las viudas, divorciadas, jubiladas, las que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y las que acuden a consulta con mayor frecuencia. ⁽⁴⁰⁾

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Chi cuadrada entre disfunción familiar y depresión

Valores Observados

	Severo	Moderado	Leve	No. depresión	Totales
Disfunción severa	29	60	93	81	263
Disfunción leve	74	105	138	126	443
Funcional	72	103	136	124	435
TOTALES	175	268	367	331	1141

Valores Esperados

Valores esperados	40.337	61.773	84.593	76.295
	67.944	104.052	142.489	128.512
	66.717	102.173	139.916	126.191

Observados	Esperados	O-E	O-E ₂	$\frac{O-E}{E}$
29	40.337	-11.337	128.52	-3.18
74	67.944	6.056	36.67	0.53
72	66.717	5.2282	27.90	0.41
60	61.773	1.773	3.14	-0.05
105	104.052	0.948	0.898	0.00
103	102.173	0.826	0.682	0.00
93	84.593	8.407	70.67	0.83
138	142.489	-4.489	20.15	-0.14
136	139.916	-3.916	-15.33	-0.10
81	76.295	4.705	22.13	0.29
126	128.512	-2.512	-6.31	-0.04
124	126.191	-2.191	-4.38	-0.03

Resultado de la Chi cuadrada= 4.993

En la tabla 6 Grados de libertad =12.59

Interpretación

La X^2 calculada fue menor que la de las tablas, con una $p > 0.05$, por lo que se concluye que no existió diferencia significativa entre la evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar y la depresión en mujeres de 15 -49 años, es decir la depresión en sus diversos grados, no modificó la funcionalidad familiar observándose una cohesión y adaptabilidad adecuadas en las familias estudiadas.

$$\text{Riesgo relativo} = \frac{\text{Incidencia de expuestos}}{\text{Incidencia de no expuestos}} = \frac{a/a+b}{c/c+d}$$

$$\frac{58/58+37=5510}{49/49+19=3332} = 1.6$$

Interpretación

Con un RR de 1.6 la presencia de depresión en mujeres de 15-59 años de edad de la UMF

No. 15 de Cd. Pemex Tabasco es de 1.6 veces el riesgo de disfunción familiar.

CONCLUSIONES

La depresión es uno de los motivos de consulta mas frecuentes en Medicina Familiar, debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la Salud Mental, el reconocimiento temprano por parte de los Médicos Familiares, así como de su oportuna intervención son esenciales. La Unidades de Medicina Familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no solo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención. ^(41, 42, 43)

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza de este manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. ⁽⁴⁴⁾

En la literatura actual sugiere que el Medico Familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo subdiagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos. Se explica esta evidencia con base en las características de los pacientes, del medico familiar y de la infraestructura o disponibilidad de medios en el área de la salud. ⁽⁴⁰⁾

En cuanto a las pacientes Illescas menciona que se dificulta el diagnostico por la pluripatologia por la que consultan, que engloba múltiples síntomas somáticos que también se incluyen en los criterios diagnósticos de la depresión, son pacientes que consultan por síntomas físicos y no mencionan los síntomas psicológicos. Quieren evitar así que las somatizaciones percibidas como una amenaza a su integridad sean consideradas como producto de su imaginación, se niegan a admitir la posibilidad de depresión e incluso ocultan

los síntomas depresivos por temor a ser catalogados como “enfermos mentales” o “débiles de carácter”.⁽⁴⁵⁾

En cuanto a los médicos, Kavan menciona que no suelen reconocer la depresión debido a su formación que enfatiza los aspectos biológicos en detrimento de los psicológicos, también por no considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial, o por falta de conocimientos sobre el tratamiento de la misma y cuando llegan a reconocer los síntomas depresivos estos son leves y de mayor tiempo de evolución y difícilmente pueden catalogarlos dentro de los criterios diagnósticos de depresión. Institucionalmente puede mencionarse escases de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes y por no contar con los medicamentos adecuados para tratar este padecimiento.⁽⁴⁶⁾

La cohesión y adaptación familiar de las familias estudiadas no se modificó con la presencia de la depresión en grados variables en mujeres estudiadas.

1.- Aunque la frecuencia de depresión en mujeres de 15 a 59 años de edad, en nuestro estudio es baja en comparación con otros países, es importante que en las diferentes instituciones del sector salud, existan programas enfocados no solo a la prevención de enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas, sino también dar importancia a las enfermedades mentales, dado que dichos padecimientos también son un problema de salud pública que debemos atender, es por eso que en el primer nivel de atención debemos tener la habilidad para detectar oportunamente este tipo de trastornos, (angustia, depresión, etc.) ya que en muchas ocasiones la sintomatología de esta enfermedad solo se maneja si el Médico Familiar aborda al paciente en forma intencionada.

2.- El grupo de edad donde es más frecuente la depresión es en el de 25 a 29 y de 30 a 34 años con un 14.1%. Reconociendo que esos grupos de edad son donde la mujer está activa en todos sentidos, los Médicos familiares deben abordar a las pacientes con el fin de

investigar la base del problema y con apoyo de la familia, ayudarlos a encontrar soluciones viables y de ser necesario, cuando esa valido, solicitar el apoyo de otras áreas.

Para obtener beneficio en el diagnóstico y tratamiento de la depresión se recomienda la capacitación en este tema para reconocer y adquirir habilidades de los signos de esta enfermedad, aunque la depresión puede ser diagnosticada y tratada por el Medico Familiar, muchas veces el medico refiere al paciente a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social clínico u otro profesional de la salud mental. Recordando que un médico bien informado y capacitado conoce las opciones de tratamiento y sobre todo adquiere la confianza de su paciente, reconociendo cuando tiene limitantes solicitando apoyo a otro profesional de la salud.

3.- El grado de disfunción familiar predominante fue la disfunción leve, estando presente también la disfunción severa en un porcentaje considerable, por lo que el medico familiar debería ante las evidencias sobre la relación existente entre depresión y disfunción familiar en la atención primaria, manejar con habilidad los instrumentos que miden disfunción familiar para detectar las causas de ello, pues mas de la mitad de los afectados no son detectados, ello puede deberse a causas relacionadas con la formación y motivación de los Medico Familiares, a las características de los pacientes o a la infraestructura o disponibilidad en el sistema de salud.

4.-La depresión leve fue la que predomino en este estudio seguida de la moderada y en menor grado la severa.

Estos casos de depresión leve son los mas frecuentes pero de larga duración y a veces difíciles de diagnosticar por encontrarse enmascarados por síntomas somáticos, por lo tanto el Medico Familiar no debe olvidar que estos pacientes representan un riesgo para su persona y para la sociedad con quien conviven, por lo que en caso de duda diagnostica o

falta de respuesta al tratamiento establecido debe solicitar el apoyo a instancias correspondientes, aunque conviene tener en cuenta que el seguimiento del caso por el Medico Familiar es necesario y además es muy bien aceptado por el paciente y su familia.

Por todo lo anterior se recomienda que los Medico Familiares utilicen recursos y herramientas importantes como el genograma o la aplicación de otros instrumentos de evaluación familiar que involucre a toda la familia como por ejemplo el APGAR familiar, esto les permitirá conocer la estructura familiar y visualizar los enfoques de riesgo, evitando eventos adversos o estresantes.

Para tratar adecuadamente este importante problema el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo, el Medico Familiar debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación al tratamiento y pronostico. Se debe orientar al paciente y a sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras. ⁽⁴⁷⁾

Los objetivos del estudio se cumplieron en base a que se identificaron a las mujeres de 25-29 y 30-34 años como las que más frecuentemente se deprimen y que el grado de depresión y disfunción que predomina es la leve.

El estudio aporta a la medicina familiar la utilidad de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar y la depresión que son de fácil aplicación y comprensión. Ante la evidencia de que casi la mitad de las depresiones vistas en atención primaria inicialmente se acompañan de síntomas somáticos y en muchas ocasiones no son reconocidas, diagnosticadas, ni tratadas, se aporta la importancia de la búsqueda intencionada de la presencia de síntomas depresivos para confirmar el diagnostico y tratar la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.- Olson D, Gorall DM, Circumplex Model of Marital and Family Systems, Chapter 19 in: Normal Family Processes: Growing Diversity and Complexity, Edited by Froma Walsh, 3ª. ED Guilford Press, New York 2003:514-547.
2. - Olson D, Inventarios Sobre Familias. Traducción de, Hernández Ángela. Bogota: Universidad Santo Tomas, 1989: 47-53.
- 3.- Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas R, Mazon-Ramírez J, Dickinson-Bannack E, Sánchez González E y Cols. Versión al español y adaptación transcultural del FACES III, Archivos de Medicina Familiar 1999; 1 (3): 73-79.
4. - Ponce-Rosas R, Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria a, Terán-Trujillo M, Hernández-Gómez A y Cols. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español) Atención primaria 1999; 23 (8): 484-579.
- 5.- Tueros-Cárdenas RV. Cohesión y adaptabilidad familiar y su relación con el rendimiento académico, tesis para optar el grado académico de Magister en Psicología, 2004. Disponible en <http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sisbi>.
- 6.- Cerviño C, Gimeno M, Córdova I, Divergencias en la percepción de la funcionalidad familiar entre padres, madres e hijos adolescentes, Revista Latinoamericana de Psicología, ISSN 0120-0534, Valencia, España 2004;36 (3): 459-470.
- 7.- Varela FJ, Disfunción familiar en Hiperfrecuentadores de atención primaria, Medicina de Familia. 2000; 2: 141-144.
- 8.- Ortega-Alvelay A, Fernández-Vidal AT, Osorio-Pagola MF, Funcionamiento familiar, su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. Revista Cubana de Medicina General Integral, Ciudad de la Habana Julio-Agosto ISSN 0864-2125 2003; 11 (4):0-0.

- 9.-** Carcedo B. ML, Jiménez S. K, Estudio descriptivo exploratorio del trastorno depresivo mayor, aproximaciones psicológicas y socio demográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005; 34 (4): 515-528.
- 10.-** Huerta-Martínez N, Valdez-Rivas b, Sánchez-Escobar L, Frecuencia de Disfunción Familiar en una clínica de medicina familiar del ISSSTE en la Ciudad de México. Archivos de Medicina Familiar. 2001; 3 (4):95-98.
- 11.-** Mendoza-Solís LA, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza. Sánchez MF, Pérez-Hernández. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria, Archivos de Medicina Familiar, 2006; 8 (1):27-32.
- 12.-** Blanco G, Sánchez C, Valencia A, Estudio de seguimiento a pacientes que consultaron el Hospital Regional de Kennedy por Intento de suicidio, Bogota, Colombia: Hospital Regional de Kennedy.
- 13.-** De la Revilla L, De Los Ríos AM, La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención Primaria 1994; 13: 73-76.
- 14.-** De La Revilla L, Aybar R, De Los Ríos AM, Castro JA, Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del medico de familia. Atención Primaria 1997; 19: 133-137.
- 15.-** Vallejo-Nájera JA, Ante la Depresión. Editorial Panamericana 1999: 29.
- 16.-** Calderón NG, Depresión, sufrimiento y liberación, Editorial Edamex, México 1998: 26.
- 17.-** Gutiérrez-Castillo AJ, Barrera PJ, Cuevas A, Serdan SL, Formas Clínicas de Depresión, Programa de actualización continua en Medicina Familiar 1, Libro 2, Editorial Intersistemas SA de CV , Primera Edición, México 2000; 7-45.

- 18.** - Zung WW. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory, Sartorius Eds. Assessment Of. Depression, Berlín: Springer-Verlag W.H.O., 1986; 221-231.
- 19.-** Josué-Díaz L, Torres-Lio-Coo V, Font- Darías I, Cardona-Monteagudo M, Sánchez-Arrastia D, Depresión oculta en la consulta externa. Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay. Ciudad de la Habana. Revista Cubana Medico Militar. 2006; 35 (4): 35-41.
- 20.-** Camacho-Cantillano EM, Carmona-Suárez M, León-Rojas M, Perfil de los casos referidos por depresión a la clínica de adolescentes. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, Costa Rica Junio 2002 a Mayo del 2003.
- 21.-** Varela-Ruiz FJ, Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria, Medicina de Familia, Sevilla, España 2000; (2): 141-144.
- 22.-** Campo-Arias A, Díaz-Martínez I, Rueda Jaimes G, Barros-Bermúdez J, Validación de la Escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia, Revista Colombiana Psiquiatría 2005; 34 (1): 54-62.
- 23.-** Rodríguez-Angarita CE, Puerta-Baptiste G, Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1997; 26 (4): 273-288.
- 24.-** Soriano-Fuentes S, De la Torre-Rodríguez R, Soriano-Fuentes L, Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar, Mayo 2003; 4 (2): 130-135.
- 25.-** Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sanchez-Marquez O, Lemus-Rocha R, Martinez-Garcia MC. Prevalencia de Depresión y Factores de riesgo en mujeres atendidas en Medicina Familiar Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2006; 44 (5): 409-414.
- 26.-** Cabrera-Pivaral CE, Rodríguez-Pérez I, González-Pérez G, Ocampo-Barrios P, Amaya-López C, Aptitud Clínica de los Médicos Familiares en la Identificación de la Disfunción

Familiar en Unidades de Medicina Familiar de Guadalajara, Salud Mental. 2006; 29 (4): 40-46.

27.- Estadísticas relacionadas con los trastornos de la salud mental, Instituto Nacional de la Salud Mental, (National Institute Of. Mental Health, NIMH) the University Of. Chicago Medical Center 5841 S. Maryland Avenue Chicago, IL 60637.

28.- Nelly-Salgado V, Rosario Valdez, Escala de Salud Personal (ESP) Escala breve para identificar malestar emocional en la práctica medica del primer nivel: características psicometrías. Salud Mental, ISSN 0185-3325, 2006; 27 (4): 55-62.

29.- Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Pública México. 2004; 46:451-463.

30.- Sistema Nacional de Salud. Estadísticas de egresos hospitalarios del sector publico del Sistema Nacional de Salud, 2003. Salud Pública Mex. 2004; 46(5):464-487.

31.- Almanza-Muñoz JJ. Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. Revista de Sanidad Militar Mex. 2004; 58(3):209-222.

32.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex. 2005; 47 (1): 4-11.

33.- Ortiz Maldonado E, Cornelio Dionisio A, Reynoso Órnelas C, Toledo Hernández T, de la Torre Trujillo P. Factores de riesgo suicida en los Municipios de Cárdenas, Comalcalco y Centro del Estado de Tabasco. Salud en Tabasco, Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, 2002; 8(3): 107-114.

34.- Boschetiti-Fentanes B, La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar. Septiembre a Diciembre 2004; 6 (3): 61-63.

- 35.-** Alarcón R, Antón CG, Anula M, Arenas MS, Carratala M, Fernández-Yáñez A, Quince F, Server L, Simón-Talero M, Tratamiento farmacológico de la depresión en atención primaria. Boletín farmacológico Valenciano. Noviembre 2000; 1 (7): 29.
- 36.-** De La Revilla. Conceptos e instrumentos de la Atención Familiar. España: Doyma; 1994: 1-25.
- 37.-** Chávez AV, Velazco OA, Disfunción Familiar en el Subsistema Conyugal. Revista Medica, IMSS, México. 1994; 32: 39-43.
- 38.-** Dos Santos PL, Beria JU, Fernández FA, Tomasi E. Depresión en la Adolescencia en Centros de Atención Primaria. Atención Primaria 2001; 28 (8): 543-549.
- 39.-** Moreno Contreras S, Boshetti Fentanes B, Monrroy Caballero C, Irigoyen Coria A, Dorantes Barrios P. Perfil Familiar de un grupo de Adolescentes Mexicanos con Riesgo de Depresión. Archivos de Medicina Familiar 2003; 5 (3): 89-91.
- 40.-** Gabarrón HE, Vidal RJM, Haro AJM, Boix SI, Jover BA, Arenas PM. Prevalencia y Detección de los Trastornos Depresivos en Atención Primaria. Atención Primaria 2002; 29(6): 329-337.
- 41.-** De La Gándara MJJ. Manejo de la Depresión y Ansiedad en Atención Primaria. Atención Primaria 1997; 20 (7): 389-394.
- 42.-** Magill MK, Garrett RW. Problemas Psiquiátricos y Conductuales En: Taylor RB (Director). Medicina de Familia: Principios y Práctica. Doyma Tercera Edición, España 1991: 585-615.
- 43.-** Moreno LME, Clemente LE, Piñero AMJ, Martínez MMR, Alonso GF, Rodríguez AFJ. Influencia del Genero del Paciente en el manejo de cuadros ansioso depresivos. Atención Primaria 2000; 26 (8): 554-558.

- 44.-** Boschetti Fentanes B. La Depresión y su Manejo en el Ámbito de la Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar. 2004; 6 (3): 61-63.
- 45.-** Illescas RR. Diagnostico del Trastorno Depresivo Mayor. Segunda Parte. Atención Médica 1999; 12 (2): 51-57.
- 46.-** Kavan MG, Pace TM, Ponterotto JG, Barone EJ. Detección de la Depresión: El uso de cuestionarios para pacientes. Revista Internacional de Medicina Familiar 1991; 3 (2): 84-89.
- 47. -** Shelton RC, Simon GE, Stahl SM, Treisman GJ, Williams JWT. Tratamiento de la Depresión. Atención Médica 2000; 13 (3): 51-60.
- 48.-** Gómez Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz Granados N. Prevalencia de Depresión y Factores Asociados con ella en la Población Colombiana. Revista Panamericana de Salud Pública ISSN 1020-4989, 2004; 16 (6): 1-10.

ANEXOS.**ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG PARA DEPRESIÓN**

Nombre del paciente: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Señale una respuesta en cada uno de los 20 Rubros	Muy pocas veces (1)	Algunas veces (2)	Muchas veces (3)	La mayoría de las veces (4)
1.- Me siento abatido, desanimado y triste				
2.- Por la mañana es cuando mejor me siento				
3.- Tengo ataques de llanto o deseo llorar				
4.- Tengo problemas de sueño durante la noche				
5.- Como igual que antes				
6.- Disfruta al mirar, conversar y estar con mujeres/hombres atractivos				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo problemas de estreñimiento				
9.- Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado				
10.- Me canso sin motivo				
11.- Mi mente esta tan despejada como siempre				
12.- Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13.- Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto				
14.- Tengo esperanzas en el futuro				
15.- Soy más irritable que de costumbre				
16.- Tomo las decisiones fácilmente				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Siento que mi vida esta llena				
19.- Siento que los demás estarían mejor sin mí, mejor estuviese muerto				
20.- Sigo disfrutando con lo que hacia				

Debajo de 50 puntos.: Normal

50-59 puntos: Depresión mínima

60-69 puntos: Depresión moderada

70 o más puntos: Depresión severa

Fuente: Self-Rating Depression Scale, Eds. (Escala autoaplicada de Depresión de Zung), desarrollada por Zung en 1965, validada en México por Conde y Cols. en 1970.

FACES III

Nombre _____ Edad _____ Sexo M o F _____

Domicilio _____

Estado civil _____ Ocupación _____

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

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

Fuente: FACESIII (D. H. Olson, J. Portner E, Y. Lavee
Versión en español, (México): C. Gómez y C. Irigoyen

TABLA DE CALIFICACION FACES III

COHESION			ADAPTABILIDAD		
8	50	AGLUTINADO	8	50	CAÓTICO
	48			41	
7	47			40	
	46			30	
6	45	CONECTADO	6	29	FLEXIBLE
	43			27	
5	42		5	26	
	41			25	
4	40	SEPARADO	4	24	ESTRUCTURADO
	38			23	
3	37		3	22	
	35			20	
2	34	DESLIGADO	2	19	RÍGIDO
	25			15	
1	24		1	14	
	10			10	

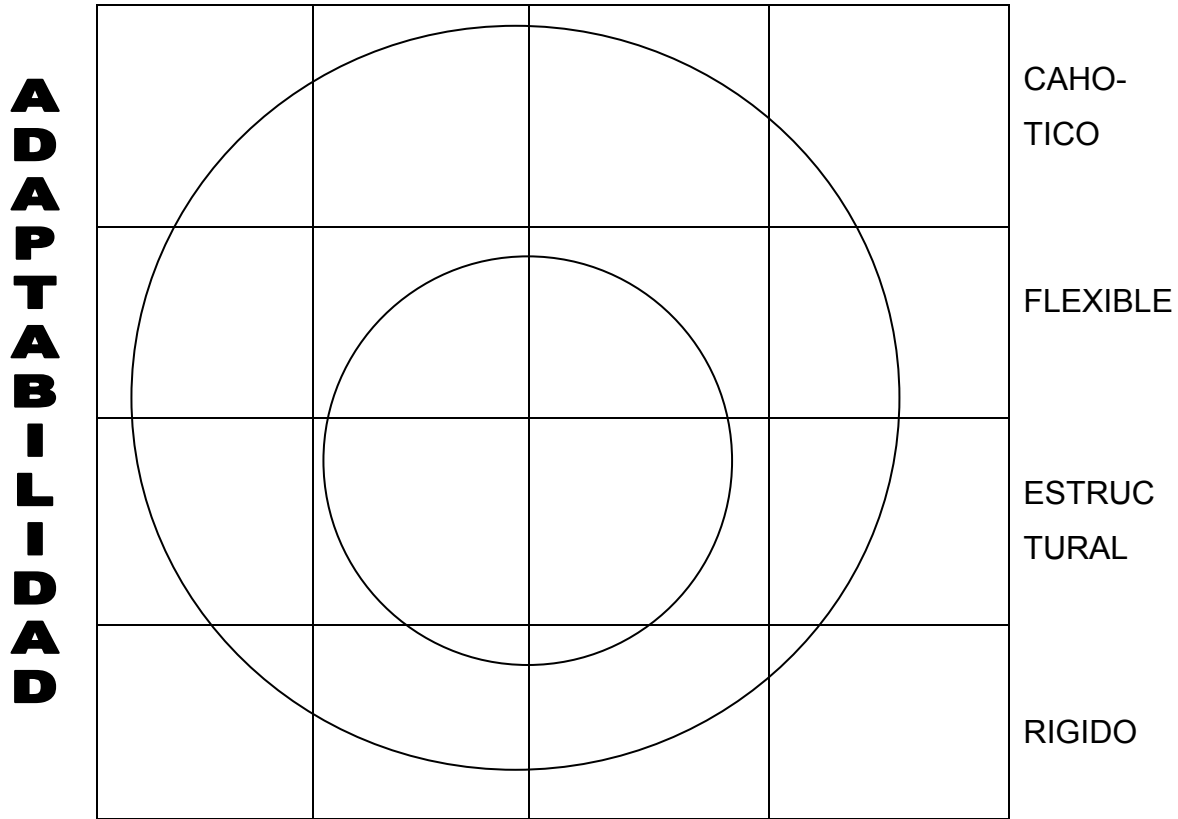
Fuente: Modelo circunflejo de D. H. Olson, J. Portner E, Y. Lavee

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

INSTRUMENTO DE CALIFICACION DEL FACES III

COHESION

DESLIGADO SEPARADO CONECTADO AGLUTINADO



Fuente: Modelo circunflejo de D. H. Olson, J. Portner E, Y. Lavee

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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACION

Por medio de este conducto de manera conciente y por voluntad propia acepto participar en el proyecto de investigación titulado “LA DISFUNCION FAMILIAR COMO CAUSA DE DEPRESION EN MUJERES DE 15 A 59 AÑOS DE EDAD ADSCRITAS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 15 DE CD. PEMEX, TABASCO”, que esta registrado en el Comité Local de Investigación No 2702 del Hospital General de Zona No 46, con el numero de registro: _____

El objetivo de este estudio de investigación es determinar la frecuencia de depresión en mujeres de 15 a 59 años que presenten disfunción familiar, adscritas a la U.M.F. 15 de CD, PEMEX, Tabasco.

Se me ha explicado e informado a mi plena satisfacción que mi participación consistirá en contestar tres diferentes formatos de 20 preguntas aproximadamente cada uno siendo los siguientes; Escala de Zung y Escala de FACES III.

También se me ha informado que la información obtenida de dichas encuestas será para uso exclusivo con fines de investigación.

El investigador responsable se compromete a proporcionarme información, amplia y oportuna sobre el uso de mis respuestas en dichas evaluaciones y autorizo que los resultados obtenidos podrán ser empleados para dicho protocolo de investigación y para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

De igual manera se me ha explicado que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento que lo decida, sin que esto afecte la atención médica que recibo dentro del instituto. También se me ha asegurado que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
O DEL FAMILIAR TUTOR.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVEST.

TESTIGO

TESTIGO

HOJA DE REGISTRO DE DATOS GENERALES

1.- Edad _____ años

Marque con una X la respuesta correspondiente.

2.- Escolaridad:

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Preparatoria ()
- Licenciatura ()
- Carrera Técnica ()
- No realizo estudios ()

3.- Estado Civil:

- Casada ()
- Soltera ()
- Divorciada ()
- Viuda ()
- Unión Libre ()

4.- Ocupación:

- Labores del Hogar ()
- Empleada ()
- Campesina ()
- Estudiante ()
- Profesionista ()