



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11, CAMPECHE, SAN
FRANCISCO DE CAMPECHE.

**DEPRESIÓN DEL ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL MEDIO RURAL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA LIDIA RIVERO HAAS

CAMPECHE, SAN FRANCISCO DE CAMPECHE.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

A ti

Que me diste tu vida, tu amor y tu espacio

A ti rosa fresca de abril,

A ti mi mas fiel querubín,

A ti te dedico mi vida, mi amor, mis victorias

Esta mujer de quien hablo, es linda, mi amiga,

Su nombre es mi madre.

A mi esposo, hijos y hermanos

Sin su comprensión y apoyo incondicional

Esto no sería posible.

A ti Roxana,

Maestra y titular de este curso,

Pero sobre todo: amiga,

Gracias por tu valiosa ayuda,

Gracias por creer en mí,

Pero sobre todo gracias por estar ahí

En los momentos más difíciles.

A Ana Luisa, Guadalupe, Fernando,

Silvia, Teresa, Xotchil, Amor y Micaela

Mis compañeros y amigos,

Sin sus palabras de aliento,

No alcanzaría la meta

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Dedicatorias.....	5
Índice.....	6
Marco teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos.....	15
Hipótesis de trabajo.....	16
Metodología.....	17
Consideraciones éticas.....	19
Resultados.....	22
Discusión.....	31
Conclusión.....	34
Referencias bibliográficas.....	36
Anexos.....	41

RESUMEN

Objetivo: Asociar la depresión con la disfunción familiar del adolescente que acude a la Unidad Medica Rural: Carlos Salinas de Gortari.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal y correlacional , cuyo universo de trabajo se formo con la población etárea de los adolescentes y cuyo tamaño de la muestra se obtuvo con la formula de estimación de proporción esperada del 5% para el evento, (según estudios realizados en México,) con un nivel de confianza de 99% (Un alfa 0.005 y $Z_{\alpha} = 2.33$) y una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de $\pm 4\%$ lo que nos da una muestra de 196 Adolescentes. La depresión fue medida a través del Test de ZUNG y la funcionalidad familiar a través del APGAR familiar.

Resultados: En los adolescentes encuestados se pudo encontrar depresion en un 8.6% , siendo la depresión leve el tipo mas frecuente. Se evidenció que el sexo femenino fue el mas afectado, con una representación del 5.6% del total de casos. Con respecto a la escolaridad el mayor numero de casos fue en en la educación media básica con el 45.4% de la población estudiada. Se identificó que el 20.9 % de los adolescentes encuestados, presentò algun grado de disfunción familiar; predominando la disfunción familiar leve en el 12.2% de los casos.

Conclusión: En el presente estudio queda demostrado que la depresión es muy frecuente en el en adolescente y que la disfunción familiar juega un rol muy importante para la aparición de la misma; ya que en el 100 % de los adolescentes con depresión se encontró algún grado de disfunción familiar.

SUMMARY

Objective: To associate depression with family dysfunction adolescent unit goes to the doctor: Carlos Salinas de Gortari.

Methodology: Descriptive and cross-correlation, whose universe was formed by the working age population of adolescents, whose sample size was obtained with the formula for estimating proportion of 5% expected for the event (according to studies conducted in Mexico,) with a confidence level of 99% (A alpha $Z\alpha = 0.005$ and 2.33) and an accepted variation of the expected proportion of the phenomenon of $\pm 4\%$ which gives a sample of 196 adolescents. Depression was measured by the Zung and test the functionality through the familiar APGAR familiar.

Results: Among adolescents surveyed were able to find a depression in 8.6%, and mild depression the most frequent type. It was evident that females were more affected, with one representing 5.6% of all cases. With regard to schooling the greater number of cases was in the basic education with 45.4% of the population studied. Identified that 20.9% of adolescents surveyed had some degree of family dysfunction, family dysfunction prevails in mild 12.2% of cases.

Conclusion: This study demonstrated that depression is very common in the adolescent and family dysfunction plays an important role for the appearance of it, as in 100% of adolescents with depression was found some of family dysfunction.

MARCO TEORICO

Depresión.-

La depresión es una enfermedad grave y común, que provoca el deseo de alejarnos de nuestra familia, de los amigos, del trabajo, de la escuela y falta o poco interés por realizar las actividades cotidianas. Es un estado de depresión en el que predominan los sentimientos de tristeza, rechazo, baja autoestima y de vacío. La depresión los lleva a sentirse inútiles, sin esperanza; lo cual no solo afecta a quienes la padecen, sino también a quienes los rodean. ⁽⁸⁾ Asimismo, muchos problemas físicos genuinos como dolor pre-cordial, indigestión, dolores de cabeza, frecuentemente van de la mano con la depresión. ⁽⁹⁾

La depresión es una enfermedad que ha existido desde tiempos remotos, pues ya los griegos e Hipócrates la describían como un estado de ánimo que se caracterizaba por aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza y se la atribuían a la influencia del planeta saturno. ⁽⁸⁾

Periodos breves de tristeza son normales, pero cuando se presentan síntomas tales como; falta de interés por las cosas, alteración del sueño, alteración del apetito, falta de energía, falta de concentración y humor depresivo, además si estos síntomas persisten por 2 ó más semanas, puede estar indicando que existe depresión. ⁽¹⁰⁾

Las causas de la depresión son complejas, es una combinación de factores biológicos (incluyendo genéticos), sociales y psicológicos. ^(11, 12, 12,14)

La depresión no solo debe ser diagnosticada, sino también tratada adecuadamente, para evitar recaídas y complicaciones, es importante el correcto diagnóstico médico, para la administración adecuada del medicamento. ^(15, 16,17) Ya que uno de los mayores peligros es el abandono al tratamiento. ⁽¹⁸⁾

El investigador Oscar Galicia Castillo, quien trabaja en el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana; afirma que en México, las estadísticas señalan que una de cada 5 personas ha sufrido de depresión por lo menos una vez en su vida; y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, en el 2001 unos 450 millones de personas en el mundo sufría de algún trastorno mental. ^(2, 19) esto equivale del 3 al 5 % de la población mundial. ⁽²⁰⁾ Y en nuestro país más de 4 millones de habitantes sufren de depresión. ⁽¹⁾

Según el Programa de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, el síndrome depresivo ocupó el primer lugar de todos los diagnósticos con un porcentaje del 48%. ⁽¹⁾

Tipos de Depresión.-

Existen tres tipos de trastornos depresivos:

- I) Depresión Severa o Trastorno Depresivo Mayor**
- II) Distimia**
- III) Trastorno Bipolar, también llamado, Enfermedad Maniaco-depresiva. (Bempodad, 1981). ^(5,8)**

La Depresión Severa o Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por dificultad para estudiar, dormir, comer y disfrutar actividades que antes eran placenteras, es muy incapacitante, se presenta por periodos no muy largos una o varias veces en el transcurso de la vida. ⁽⁴⁾

En la Distimia los síntomas son los mismos pero menor en número y gravedad, por lo general es crónica, puede durar varios años, el individuo sigue realizando sus actividades cotidianas pero con cierto descontento. ⁽⁴⁾

El Trastorno Bipolar o Enfermedad Maniaco-depresiva, es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, quienes la padecen pasan alternativamente de la euforia o “manía” a la depresión, llegando a necesitar en ocasiones de hospitalización. ⁽⁴⁹⁾

Adolescencia y depresión.-

Juventud y depresión es una asociación peligrosa y así lo demuestran Estudios Epidemiológicos realizados que ponen de manifiesto que la *prevalencia de depresión en adolescentes a nivel mundial es del 5 al 8 %*; ⁽²¹⁾ y en México se reportan tasas de prevalencia de 0.4 a 8.3 en adolescentes. Esto la convierte en un problema de Salud Pública ya que por lo menos el 15% de los adolescentes son potencialmente vulnerables a la enfermedad. ⁽⁶⁾ Además los suicidios e intentos de suicidio son un número significativamente mayor en los jóvenes en relación con los adultos. ⁽¹⁾

Este peligro se incrementa debido a que la adolescencia es una etapa de transición y ajuste emocional, así como de cambios drásticos en el ser humano; es una etapa vulnerable y difícil, pues comprende un periodo de la infancia y otro de la edad adulta, a los adolescentes se les exige como si fueran adultos, pero no se les da la libertad de estos. ^(6,22)

En México la población adolescente representa el 21.26% de la población total del país (INEGI, 2005). ⁽²³⁾ El presente estudio está planeado desarrollarse en la población adolescente cuyo rango de edad oscila entre los 10 a 19 años, que es el grupo de edad que se beneficia con el Centro de Atención al Adolescente Rural (CARA) del Programa IMSS-Oportunidades; ⁽²⁴⁾ así como también es el grupo de edad beneficiario de la cartilla azul del PREVENIMSS. ⁽²⁵⁾

Depresión, adolescencia y familia.-

Los adolescentes son un sector de la población que se encuentra en riesgo de presentar diversos grados de depresión; debido fundamentalmente a deficiencias de la comunicación al interior de la familia y si consideramos al suicidio como la complicación más grave de la misma, y que en los últimos años el número de casos a nivel mundial se ha triplicado, podemos tener un amplio panorama de la magnitud del problema. ⁽²⁶⁾

Las crisis depresivas en los adolescentes igualan en severidad a las de la edad

adulta, sin embargo las sobrepasan en autodestructividad.⁽²²⁾ El adolescente actúa en forma impulsiva después de una contrariedad, siente una angustia insoportable y reclama apoyo, pretende escapar a través del suicidio y de esta manera castigar a sus padres.⁽²⁷⁾

Se han estudiado los factores que en el núcleo familiar influyen en la aparición de la depresión, destacando entre estas la disfunción familiar.⁽²⁶⁾

La estructura familiar puede ser clasificada como.

Nuclear: Formada por padre, madre e hijos.

Familia Extensa: Formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos, de adopción o bien de afinidad.

Familia Extensa Compuesta: Además de los que incluyen la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y "compadres".⁽²⁸⁾

La integración familiar puede ser clasificada en:

Integrada: En la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.

Semi-integrada: Los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones.

Desintegrada: Existe ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, separación, abandono o en desmembramiento total de la familia.⁽²⁸⁾

Estudios relacionados.-

Por otra parte la depresión es un padecimiento más frecuente en la mujer. En una revisión realizada por M. Weissman y G. Klerrnan en más de 30 investigaciones llevadas a cabo a lo largo de 40 años se encontró que este trastorno se presentaba en 1.6 a 2.4 mujeres por cada hombre.⁽¹⁾ En México de los enfermos con trastornos depresivos el 30% corresponde a mujeres y el 12.6 % a hombres.^(2,7) Y la incidencia (casos nuevos por año) es de 10.7% en mujeres y de 3.1 % en hombres.⁽²⁹⁾

En relación a la edad se ha pensado tradicionalmente que el riesgo de depresión se incrementa con el tiempo de vida de un sujeto, sin embargo resultados de varios estudios han mostrado una prevalencia considerablemente más alta en personas jóvenes que en ancianos, sugiriendo que en esta centuria

la depresión se ha incrementado y la edad de inicio de la misma ha decrecido.
(1)

Instrumentos de Medición:

Escala Autoaplicada de Depresión de ZUNG (Self-Rating Depression Scale, SDS) 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. Es una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.
(30)

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad de ellas 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, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros 2 a síntomas psicomotores. (31)

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos; aunque se considera como si tuviera 5 alternativas, ya que la ausencia de respuesta se toma como una respuesta neutra. (31)

1. (Nunca o muy pocas veces)
2. (Algunas veces)
3. (Con cierta frecuencia)
4. (Siempre).

El marco temporal no está claramente establecido y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como:

- 1 Recientemente 1
- 2 En otras se hace referencia a “su situación actual”2
- 3 En la “semana previa”3· (30)

Para su interpretación la escala de Likert se puntualiza de 1 a 4 puntos para los de sentido negativo o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20-80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de la puntuación de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. ⁽³⁰⁾

En la bibliografía anglosajona se utiliza la puntuación normalizada con los siguientes puntos de corte:

- 1 No depresión: Menor o igual a 50 puntos.
- 2 Depresión leve: 51-59 puntos.
- 3 Depresión moderada: 60-69 puntos.
- 4 Depresión grave: >69 puntos. ⁽³⁰⁾

Los índices de confiabilidad de esta escala corresponde a índices de 0.70-0.80 en la fiabilidad de dos mitades, índice Alpha de Cronbach entre 0.79 y 0.92. De acuerdo a la validez, los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, Inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico, ni inteligencia. Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos índices aceptables de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) cuando se aplica para la detección de casos o en población general ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad. ⁽³⁰⁾

APGAR familiar publicado por Smilkstein en 1978. Para valorar la funcionalidad familiar, consta de 5 preguntas, cada una con puntuaciones entre 0-2, que valoran la relación de convivencia entre padres e hijos en el seno familiar. Se considera disfunción familiar moderada la puntuación entre 4-6 y disfunción grave la puntuación igual o < 3. ⁽³²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La realización del presente estudio surge de la inquietud que se me presenta al encontrar de manera muy frecuente, en el ejercicio diario de la consulta, un número realmente significativo de adolescentes que al momento de realizar el interrogatorio, sin importar el motivo de consulta, dejan al descubierto sintomatología muy compatible con depresión. Situación no alarmante para padres, maestros y personas vinculadas con el adolescente, pues existe poco conocimiento de este padecimiento; y además a que en el medio rural el comportamiento agresivo, retraído o rebelde de los jóvenes son considerados hasta cierto punto normal "propio de la edad" esto trae como consecuencia que el adolescente sea visto como una persona poco útil y digna de confianza, al adolescente no se les toma en cuenta sus propuestas, sus inquietudes, tal vez por la poca comunicación familiar. Como consecuencia, esto genera en el adolescente inseguridad, baja autoestima, que se traduce en deserción escolar, alcoholismo, drogadicción y practicas sexuales de alto riesgo. En torno a este panorama surge la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación entre la Disfunción Familiar y la Depresión del Adolescente que acude a la Unidad Medica Rural Carlos Salinas de Gortari?

JUSTIFICACION

En los últimos años las cifras de depresión han aumentado en forma notable. ⁽¹⁾ Pues uno de cada 5 mexicanos ha presentado por lo menos un episodio de depresión a lo largo de su vida. ^(2,3) Lo que además no solamente afecta a los adultos, sino que también a los adolescentes y los niños. ⁽¹⁾

Se puede definir a la depresión como una enfermedad que afecta al organismo, el animo y la manera de pensar, perturba la forma en que una persona duerme; afecta la autoestima (Grimberg 1983), ⁽⁴⁾ y puede presentarse de 3 maneras: Depresión Severa o Trastorno Depresivo Mayor, Distimia y Trastorno Bipolar también llamado Enfermedad Maniaco-Depresiva.(Bempodad, 1981). ⁽⁵⁾

Adolescencia y depresión son una mancuerna peligrosa, sobre todo si tomamos en cuenta que la adolescencia es una etapa de transición y ajuste emocional, así como de cambios drásticos en el ser humano; es una etapa vulnerable y difícil pues comprende una etapa de la infancia y otra de la edad adulta; a los adolescentes se les exige como si fueran adultos, pero no se les da las libertades de estos. ⁽⁶⁾

Desafortunadamente a los adolescentes no se les ha prestado ni dado la atención necesaria, ya que aunque los síntomas y signos que presentan los adolescentes con depresión saltan a la vista, por lo general la gente adulta los considera como síntomas propios de su edad, lo que ha ocasionado un aumento en el número de adolescentes con depresión sin tratamiento adecuado que a su vez incrementa la deserción escolar, la delincuencia y la drogadicción, las practicas sexuales de alto riesgo y finalmente el suicidio. ⁽⁶⁾

Es por eso que se considera importante la realización del presente estudio, ya que sus resultados permitirán tomar, adoptar las medidas y estrategias necesarias para abatir y disminuir dicha enfermedad; así mismo evitar su consecuencia mas grave: el suicidio. En otras palabras, permitir a los adolescentes vivir una vida plena. ⁽⁷⁾

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Asociar la depresión con la disfunción familiar del adolescente que acude a la Unidad Medica Rural: Carlos Salinas de Gortari.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Establecer la frecuencia de depresión en adolescentes del medio rural.
2. Determinar el tipo de depresión mas frecuente de los adolescentes
3. Decretar en que genero y en que grupo de edad es mas frecuente la depresión
4. Identificar que categoría de disfunción familiar es mas frecuente en el adolescente con depresión
5. Señalar que grado de escolaridad es mas frecuente en los adolescentes con depresión

HIPOTESIS DE TRABAJO

La depresión del adolescente del medio rural se asocia a la disfunción familiar

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Descriptivo, transversal y correlacional.

Población, lugar y tiempo:

Este estudio se llevo a cabo en la población etarea de Adolescentes que acuden a consulta en la Unidad Medica Rural de Carlos Salinas de Gortari del Programa IMSS Oportunidades, durante el período mayo-junio del 2007.

Muestra Probabilística

El tamaño de muestra se obtuvo con la formula de estimación de proporción esperada del 5% para el evento, (según estudios realizados en México,) con un nivel de confianza de 99% (Un alfa 0.005 y $Z\alpha= 2.33$) y una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de + - 4% lo que nos da una muestra de 196 Adolescentes

Criterios de selección

1 Criterios de inclusión

- Adolescentes de 10 a 19 años de edad
- Ser residente de la comunidad
- De ambos sexos
- Solteros
- Que acepten participar en el estudio

2 Criterios de exclusión

- Adolescentes casados o con pareja
- Adolescentes con alguna enfermedad agregada (Diabetes tipo 1 o 2, Epilepsia, Trastornos mentales)
- Adolescentes analfabetos
- Adolescentes con hijos

3 Criterios de eliminación

- Adolescentes que dejen de radicar en la comunidad

Plan de Recolección de la información

Previa explicación a los tutores de los adolescentes, y con la autorización de los mismos, a través de la Carta de Consentimiento informado, se procedió a la Aplicación de la Escala de Zung, el cuestionario de APGAR familiar y una encuesta con datos de estructura e integración familiar, misma que se aplicó a los adolescentes de 10-19 años del universo de trabajo de la Unidad Medica Rural de Carlos Salinas de Gortari, que aceptaron participar y que cumplieron con los criterios de inclusión. Los cuestionarios fueron aplicados de manera personal por el investigador y para ello se acudió a las escuelas y domicilios de los participantes, posteriormente se realizó una base de datos.

Plan de análisis

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS versión 11.5, para la obtención de frecuencias, medidas de tendencia central, desviación estándar y análisis de correlación r de Spearman, (Análisis de asociación para una variable de escala nominal con otra de escala ordinal)

Consideraciones éticas

Titulo segundo

De acuerdo a los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen

estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocéntesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

ARTÍCULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, sus representantes legales deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

RESULTADOS

Para este estudio, se reunió una muestra de 196 adolescentes mismos que cumplieron con los criterios de inclusión, en los que se pudo observar la depresión en un 8.6%; lo que corresponde a 17 de los 196 adolescentes encuestados. ^{Gráfica 1}

Con respecto a los tipos de depresión, encontramos que la depresión leve es la más frecuente, estableciéndose en el 100% de los casos. ^{Tabla 1}

Así mismo se evidencio que el sexo femenino fue el más afectado por la depresión; lo que represento el 5.6% de los casos ^{Gráfica 2} y el grupo de edad más afectado fue el de 15-19 años, con el 52.9% de los casos. ^{Gráfica 3}

En lo tocante a la disfunción familiar, se identificó que el 20.9% de los adolescentes encuestados presentó algún grado de disfunción familiar, predominando la disfunción leve en un 12.2%. ^{Tabla 2}

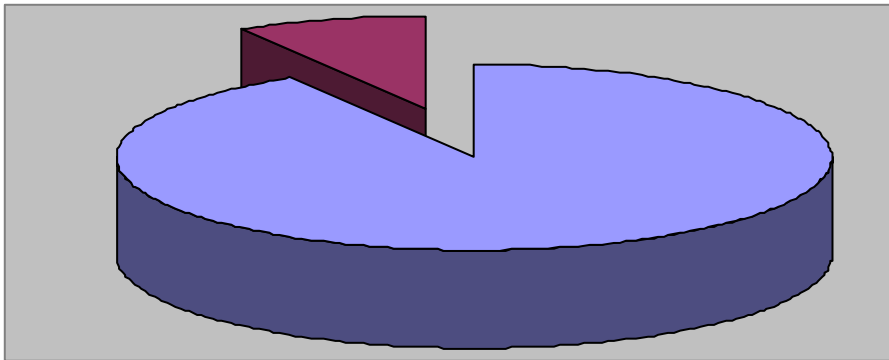
El 100% de los adolescentes con depresión, presentó algún grado de disfunción familiar. ^{Gráfica 4}

En relación a la escolaridad, el mayor número de casos de depresión, fue en la educación media básica con un total de 89 pacientes, que corresponde al 45.4 % del total de la población estudiada, de estos 8 presentaron depresión leve lo que indica el 47 % del total de casos. Muy cercana a la educación básica con un 35.2% (6) y en contraste con el nivel superior que presentó el 17.6% (3). ^{Gráfica 5}

Finalmente en lo que respecta a la asociación entre la depresión y disfunción familiar esta fue significativamente estadística, a pesar de ser negativa. ^{Tabla 3}

Gráfica 1

Adolescentes con depresión



■ Sin depresión ■ Con depresión

GRAFICA 1: Muestra de 196 adolescentes de los cuales 17 presentaron algún grado de depresión.

Fuente: Encuestas aplicadas del Test de Zung.-

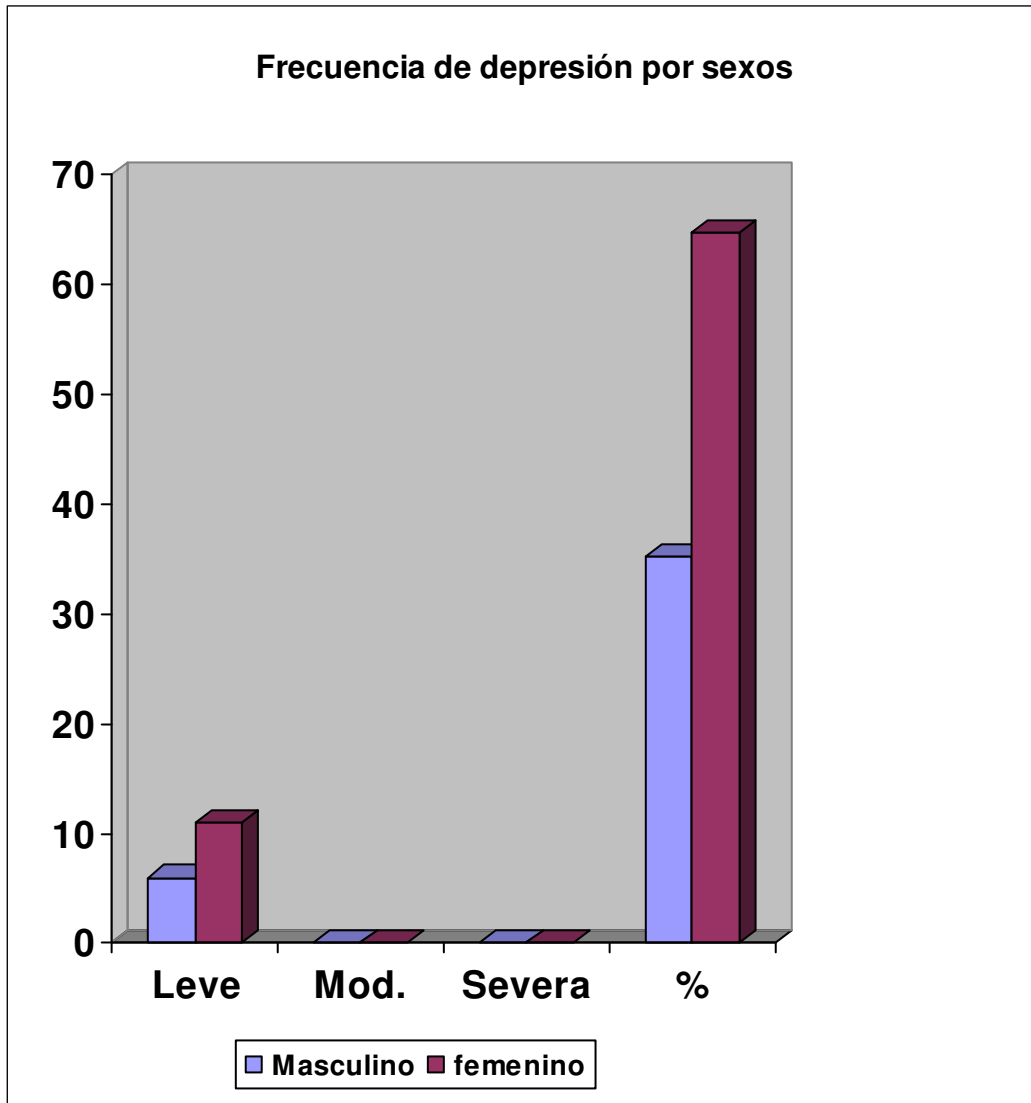
Tabla 1

Total de casos de depresión en adolescentes				
Depresión	Leve	Moderada	Severa	%
Casos	17	0	0	100%
Total	17	0	0	100%

TABLA 1: El 100% de los casos fue de depresión leve.

Fuente. Encuestas aplicadas del Test de Zung.

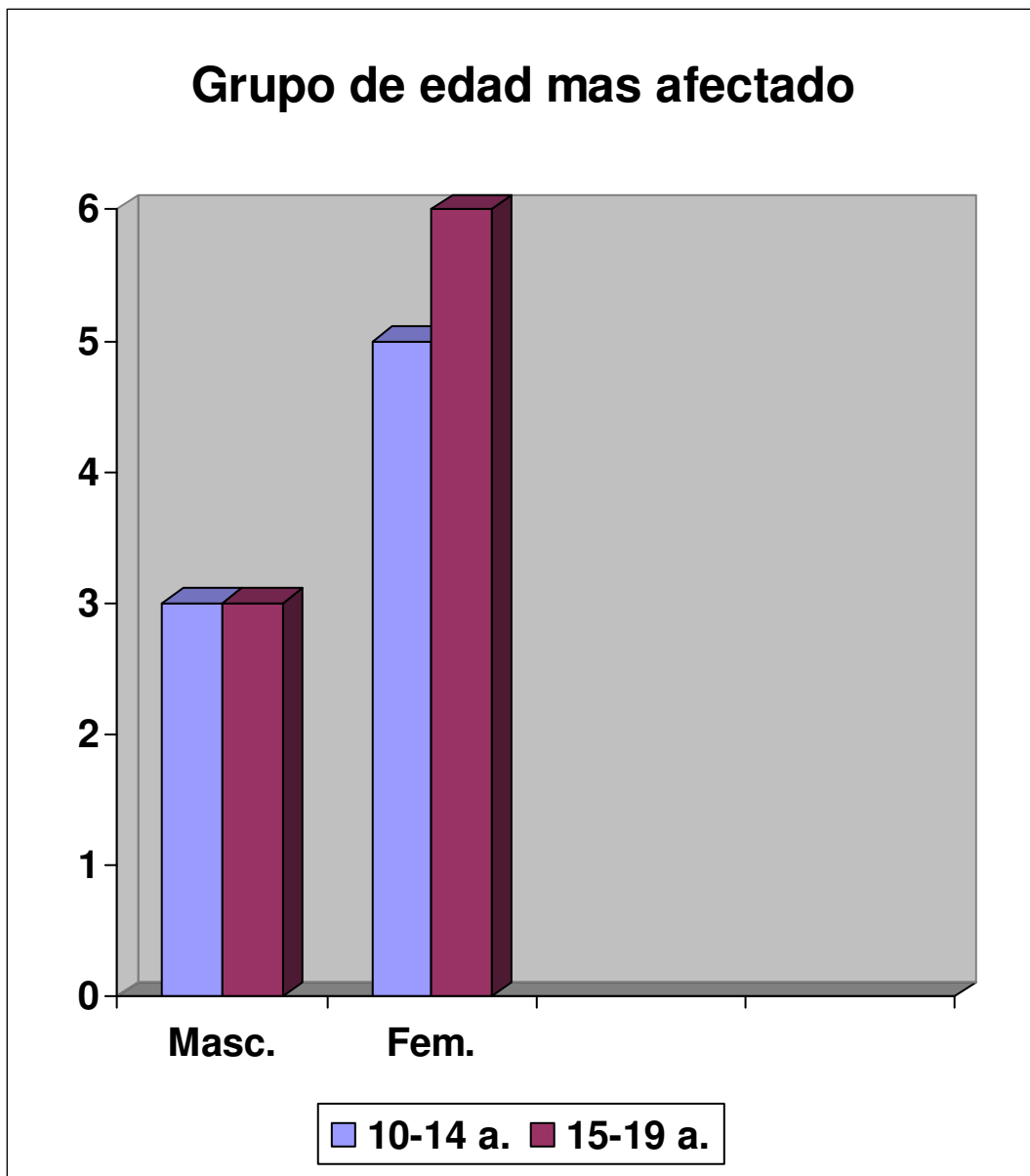
Grafica 2



GRAFICA 2: El sexo más afectado fue el femenino, con un porcentaje del 64.7% del total de casos con depresión.

Fuente: Encuestas aplicadas del test de Zung

Grafica 3



GRAFICA 3: El grupo etáreo más afectado fue el de 15 a 19 años.

Fuente: Encuestas aplicadas de estructuración familiar.

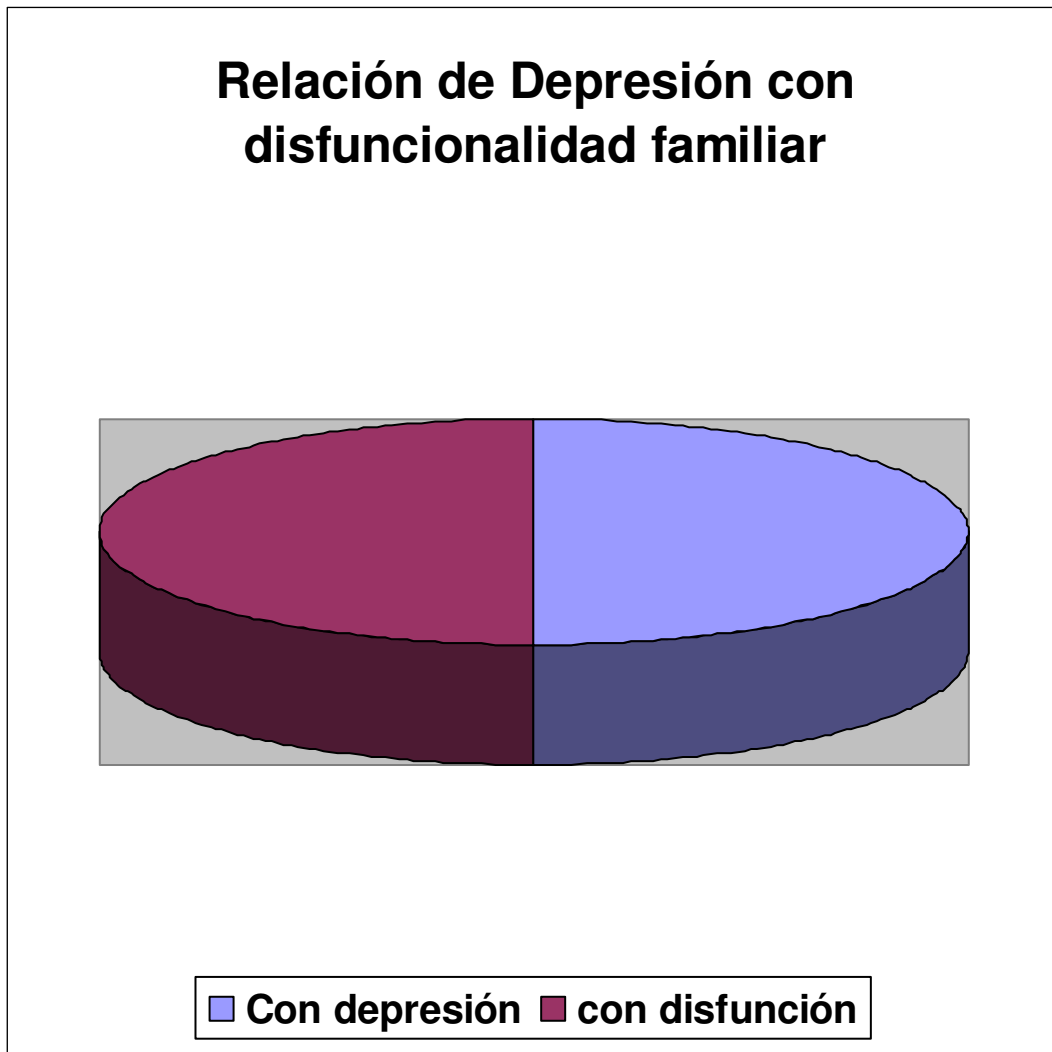
Tabla 2

Total de adolescentes con disfunción		
Con disfunción	No. adolescentes	%
Leve	24	12.2
Moderada	17	8.6
Severa	0	0
Total	41	20.9

TABLA 2: El 20.9% del total de adolescentes presentó disfunción familiar, con predominio de la disfunción leve.

Fuente: Encuestas aplicadas del Apgar Familiar.

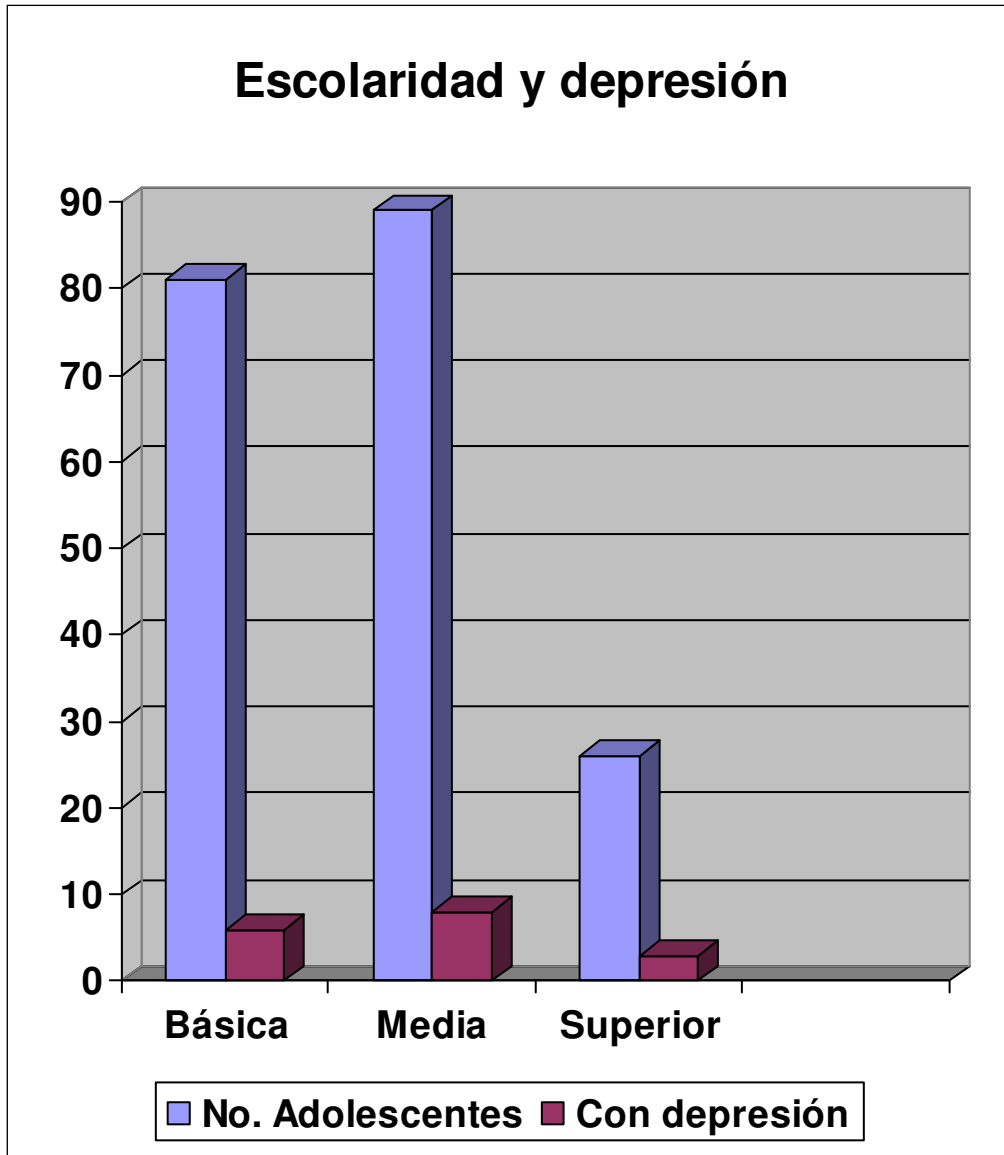
Grafica 4



GRAFICA 4: El total de los adolescentes con depresión, presentó algún grado de disfunción familiar.

Fuente: Encuestas aplicadas del Apgar familiar.

GRAFICA 5



GRAFICA 5: La depresión fue mas frecuente en la enseñanza Media básica.

Fuente: Encuestas aplicadas de estructuración familiar.

Tabla 3

Correlations

	Funcionalidad familiar	depression
Spearman's rho: Funcionalidad familiar	1.000	-.559**
Correlation Coefficient		
Sig. (1-tailed)	.	.000
N	196	196
depression	-.559**	1.000
Correlation Coefficient		
Sig. (1-tailed)	.000	.
N	196	196

** .Correlation is significant at the .01 level (1-tailed).

Fuente: Análisis de correlación r de Spearman.

DISCUSION

El objetivo de este estudio fue asociar la depresión con la disfunción familiar, resultado que fue significativamente estadístico, de acuerdo a lo señalado por Moreno Contreras S. y Boshetti – Fentanes en, 2003. ⁽²⁶⁾

Se realizaron 196 encuestas, de las cuales 83 corresponden al sexo masculino (42.3%) y 113 al sexo femenino (57.6%), de estos 17 encuestas presentaron depresión, lo que nos da una frecuencia del 8.6 % cifras muy cercanas a las mencionadas por De la fuente en 1994. ⁽³⁴⁾

También pudo corroborarse que la depresión leve fue la más frecuente, en el 100% de los casos (17 casos), lo que se ve reforzado con los resultados obtenidos por Moreno Contreras S. en 2003. ⁽²⁶⁾

Al realizarse el análisis de resultados obtenidos quedo demostrado que la diferencia entre sexos es clara; con una distribución del 64.7%(11) en el sexo femenino y 35.2%(6) en los varones; esto equivale a una proporción de prácticamente 2:1 a favor del sexo femenino; muy similar a la que menciona Boschetti-Fentanes. ⁽³⁵⁾ Además Que el grupo etáreo más afectado fue el de 15-19 años, como lo señalan Santacruz, Gómez, Posada & Viracacha en 1995. ⁽³⁶⁾ Esto es de particular importancia, ya que según la OMS, 2006, el sector con mayor incremento de esta problemática es el de los niños y en especial los adolescentes. ⁽³⁷⁾

Se identificó que la disfunción familiar es un factor muy importante para la presencia de la depresión, en este caso corresponde al 20.9%(41) del total de pacientes encuestados, como lo señala Wagner (1999).⁽³⁸⁾

Así mismo se comprobó que la disfunción leve, fue la predominante, con un 12.2%(24)

La relación entre depresión y disfunción familiar es muy estrecha axial quedo expuesto en el presente estudio en donde el 100%(17) de los casos de depresión presentó algún grado de disfuncionalidad familiar. Las relaciones familiares de los niños y adolescentes deprimidos suelen caracterizarse por la existencia de conflictos, maltrato, rechazo, y problemas de comunicación con pobre expresión de afecto positivo y apoyo; como lo expresa J. Royo.⁽³⁹⁾

También se ubicó al 62.2%(122) de los encuestados con familia nuclear el 28%(55) con familia extensa: el 9.11%(18) con familia monoparental y 0.5%(1) con familia extensa compuesta, destacando el mayor número de casos de depresión; 6 para cada una (35.2%); en las familias nucleares y monoparentales.

Solamente 10 de los adolescentes encuestados (5,1%), 5 hombres y 5 mujeres revelaron consumir bebidas alcohólicas, Sin embargo, 102 adolescentes (52.04%) mencionaron que en su familia existe el consumo de alcohol, de estos el 63.7%(65) señalaron al padre como el consumidor. Lo que traduce al alcoholismo como un factor favorecedor de la depresión, como lo mencionan Vargas, Heinze, Fernández y Dickinson en 2004⁽⁴⁰⁾ así como también, Morla Boroña en 2006.⁽⁴¹⁾

Conforme se incrementa la escolaridad, disminuye la prevalencia de la depresión. ⁽⁴²⁾ Tal y como se esperaba, a que a menor escolaridad mayor riesgo a depresión, los resultados de este estudio confirmaron que el 47%(8) de los casos de depresión cursaron o cursaba la enseñanza media básica, el 35.2%(6) en educación básica y el 17.6%(3) en enseñanza superior

CONCLUSION

Al concluir el presente estudio, se alcanzaron también los objetivos planteados que fueron asociar la depresión con la disfuncionalidad familiar con los adolescentes del medio rural, así como determinar, si existe relación con el sexo, grupo de edad, escolaridad, adicciones y tipo de familia. Con los resultados derivados de las encuestas aplicadas se concluye lo siguiente:

1. Que la presencia de depresión en los adolescentes es frecuente y que en la población estudiada el 8.6% de los adolescentes presentaron depresión.
- 2.- Que el tipo de depresión con más frecuencia hallada fue la depresión leve y en la población del estudio realizado fue en el 100% de los casos.
- 3.- Quedo demostrado que el sexo femenino es el más afectado con una relación 2:1 con respecto a los varones, y el grupo de edad de mayor frecuencia es el de 15-19 años.
- 4.- La disfunción familiar se presento en el 20.9% de los casos, y de acuerdo a su clasificación la de tipo leve predominó con un 12.2%. Además que en el 100% de los casos de depresión existe algún grado de disfunción familiar.
- 5.- De acuerdo al grado de escolaridad, se concluyó que a más baja escolaridad, mayor riesgo de presentar depresión, predominando la educación media básica con el 47% y la educación básica con el 35.2%.
- 6.- Se puso en evidencia que el alcoholismo en el hogar, es factor predominante para la presencia de depresión, el 52.04%, reveló

que existe consumo y de estos el 63.7%, reveló al padre como el principal consumidor.

7.- Quedo expuesto que las familias nucleares y monoparentales son las de mayor riesgo con el 35.2% para cada una.

Con todo lo anterior expuesto, es de gran relevancia considerar a los adolescentes, como una población de alto riesgo para depresión, en especial porque el 10% al 15% de los casos con depresión terminan en suicidio. ⁽⁴³⁾

Lo que se debe ser tomado en cuenta para la efectiva realización de programas destinados a brindar atención, orientación, grupos de autoayuda y como punto esencial la prevención; no solamente dirigida a los adolescentes, sino también a los padres y a la familia de manera integral.

De igual importancia es la detección, diagnóstico, y tratamiento oportunos por parte del médico familiar, ya que es el que tiene el primer contacto con el paciente adolescente; para esto de gran ayuda sería la implementación de la aplicación del Test de Zung, ya que es un instrumento de rápida y sencilla aplicación, así como de bajo costo y altos índices de sensibilidad y especificidad.

Esto ayudaría a lograr una detección temprana de la depresión y una prevención oportuna de su consecuencia más grave: el suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.- Ruiz Armenta Saúl: Depresión. Revista Postgrado Universidad Autónoma de Guadalajara, 1-3.

Recuperado el 10 de noviembre del 2005.

<http://genesis.uag.mx/posgrado/revistaelect/salud/sal003.htm>

2.- Ibarra, A. S.: Estadísticas, Jóvenes y Alcohol.

Recuperado el 10 de noviembre del 2005.

http://www.alcoholinformate.org.mx/portal_jovenes/home.cfm?estadisticas=6&pag=estadisticas

3.- ¿Qué es la depresión?

Recuperado el 25 de agosto del 2005.

<http://www.kundaliniyoga.com.mx/nectar/depresion.htm>

4- Rozados, R. Trastorno, depresivo mayor, Distimia y trastorno bipolar.

Recuperado el 22 de noviembre del 2005.

http://www.depresion.psicomag.com/nines_adoles_y_juv.php

5.- Jordana, Ordoñez, Strausz, Arredondo, Lara, Bermúdez, Coronado, López, Miranda. Estudio de las diferencias en la depresión de adolescentes que viven en la calle y los que viven con una familia. Episteme no.1 agosto 2004.

Recuperado el 22 de noviembre del 2005.

http://www.uvnet.edu/investigacion/episteme/numero1-04/impresiones/a_estudio.asp

6.- Depresión, riesgo de adolescentes.

Recuperado el 11 de agosto del 2005.

<http://www.kundaliniyoga.com.mx/nectar/depresion.htm>

7.- Foro de depresión, niñez, adolescencia y juventud.

Recuperado el 22 de noviembre del 2005.

http://www.depresion.psicomag.com/nines_adoles_y_juv.php

8.- Valdivia, M. J. Comida y depresión. A tu Salud no. 19 septiembre 2005; 58-60.

9.- Síntomas de la depresión. Recuperado el 25 de agosto del 2005.

http://www.depresión.psicomag.com/esc_estres.php , a

10.- ¿Que es la depresión?
Recuperado el 25 de agosto del 2005.

http://www.depresioon.psicomag.com/esc_estrés.php , b

11.- ¿Que causa la depresión?
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/causas01.html>

12.- Neurotransmisores de la depresión.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/causas02.html>

13.- Causantes externos de la depresión.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/causas03.html>

14.- Factores genéticos de la depresión.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/causas04.html>

15.- ¿Quienes tratan la depresión?
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/que03.html>

16.- El inicio.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/tratamiento01.html>

17.- El cumplimiento de la terapia de la depresión.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/tratamiento04-1.html>

18.- Más ayuda para la depresión.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.depresion.cl/que04.html>

19.- Valdés S. R. Salgado de S. N. ESP, una escala breve para identificar malestar en la practica de primer nivel; características psicométrías. Recuperado EL 10 de noviembre del 2005.

http://genesis.uag.mx/posgrado/revista_elect/salus/sal003.htm

20.- Castells P.: La depresión: triste epidemia del siglo XXI. Revista universitaria. Universitat Abad Oliva CEU, Edición electrónica no. 9; 1. Recuperado el 22de noviembre del 2005.

[http://revista.abatoliba.edu/?id=8 depresion](http://revista.abatoliba.edu/?id=8_depresion)

21.- R. Escriba Quijada, C. Maestre Montoya, P. Amores Laserna, A. Pastor Toledo, E. Miralles Marco, f. Escobar Rabadán. Prevalencia de depresión en adolescentes. Actas Especialidad Psiquiatría 2005; 33 (5):298-302

22.- Rivero C. Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia. Recuperado el 3 de noviembre del 2005,

<http://www.herrerros.com.ar/melanco/rivero.htm>

23.- Censo Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI 2005). Recuperado el 22 de junio del 2006.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/default.asp?c=6224>

24.- Guía operativa para la reactivación del CARA. Mayo 2005

25.- Guía para el cuidado de la salud. Adolescentes de 10-19 años, PREVENIMSS

26.- Moreno-Contreras S, Boschetti-Fentanes B, Monroy-Caballero, Irigoyen-Coria A, Dorantes-Barríos P. Perfil familiar de un grupo de adolescentes mexicanos con riesgo de depresión. Archivos de Medicina Familiar 2003,5(3): 89-91.

27.- Vázquez-Pizaña E, Fonseca-Chon I, Padilla-Villarreal J, Pèrez-Hernández M, Gómez –Rivera N. Diagnóstico de depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intento de suicidio y sanos. Boletín Clínico del Hospital Infantil Estado Sonora 2005, 22(2): 107-118.

28.- Irigoyen CA. Diagnostico familiar. 5ª edición. Ed. México. Medicina Familiar Mexicana, México, 1996

29.- Terapias innovadoras para tratar la depresión y la psicosis.
Recuperado el 26 de febrero del 2006.

<http://www.organon.com.mx/products/mental/index.asp>

30.- Escala de Zung.
Recuperado el 25 de agosto del 2005.

http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php

31.- Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud, 6ª edición (325-326) Ed. McgrawGill. México, 2000

32.- Bellón JA, Delgado A, Luna de Castillo. La validez y fiabilidad del cuestionario de la función familiar Apgar-familiar. Aten primaria 1996; 1996; 18 (6): 118.125.

33.- Adolescencia. Psicología. Definición.
Recuperado el 8 de marzo del 2006.

<http://html.rincondelvago.com/adolescencia.html>

34.- De la Fuente, Ramón. (1994). Papel de la depresión en la patología humana, "Revista Psicología", No. 14, febrero de 1994, UNAM, México, D. F.

35.- Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. Septiembre-diciembre 2004, vol. 6, Num. 3, pp 61-63

36.-Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de psicología. 2004, No. 13, 13-24

37.- Montaña Fraire R. Depresión, cultura y adicciones
Etiología psicosocial de un agudo malestar característico de Nuestro tiempo y su vínculo con las adicciones.
Recuperado el 05 de septiembre del 2007

<http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?id=210>

38.- Barcelata BE, Eguiarte^{***} E, Gómez-Maqueo L. Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes [Revista Mexicana de Orientación Educativa](#). N° 8, Marzo-Junio de 2006.

39.- Royo J. Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. Revista Anales. Suplemento 3.

40.-Vargas BE, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinson ME. La capacidad del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Revista Facultad de Medicina UNAM Vol. 47 No. Septiembre-octubre, 2004 pp 187-191

41.- Morla Boloña R, Saad de Janon E, Saad J. Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador: rev.colomb.psiquiater. vol.35 no.2 Bogotá Apr. /June 2006.

42.-Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex 2005; 47 supl 1 S4-S11.

43.-Montaño Fraire R. Depresión, cultura y adicciones
Etiología psicosocial de un agudo malestar característico de Nuestro tiempo y su vínculo con las adicciones
Recuperado el 28 de agosto el 2007, en:

<http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?id=210>

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE ESTRUCTURACION FAMILIAR

LUGAR Y FECHA: _____

ENTREVISTA No: _____

EDAD: _____ SEXO: HOMBRE: _____ MUJER: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

¿TRABAJAS? SI _____ ¿EN QUE? _____

NO _____

¿QUE HACES PARA DIVERTIRTE? _____

REALIZAS ALGUNA ACTIVIDAD DEPORTIVA SI _____ NO _____

FUMAS SI _____ NO _____

INGIERES BEBIDAS ALCOHOLICAS SI _____ NO _____

ALGUIEN EN TU FAMILIA INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS

SI _____ ¿QUIEN? _____

NO _____

DE LA SIGUIENTE LISTA MARCA CON UNA X TODAS LAS QUE VIVAN

EN TU HOGAR:

PADRE: _____ MADRE: _____ HERMANOS: _____ ABUELO(A): _____

TÍOS (A): _____ SOBRINOS: _____

CUÑADOS(A): _____ SUEGRO (A): _____ OTROS _____

2.- COOPERAS CON EL GASTO ECONOMICO DE LA FAMILIA

MARQUE UNA X:

SI _____ NO _____

**ANEXO 2
TEST DE ZUNG**

Cuestionario de ZUNG para Depresión	Tiempo			
	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Con cierta frecuencia	Siempre
PREGUNTAS				
1.- Me siento descorazonado, melancólico y triste.	1	2	3	4
2.- Me siento mejor en la mañana.	4	3	2	1
3.- Tengo crisis de llanto o deseos de llorar.	1	2	3	4
4.- Tengo problemas para dormir en la noche.	1	2	3	4
5.- Como la cantidad usual.	4	3	2	1
6.- Disfruto ver, conversar y estar con mujeres/hombres.	4	3	2	1
7.- Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8.- Tengo problemas de constipación (estreñimiento).	1	2	3	4
9.- Mi latido cardíaco es más rápido que lo usual.	1	2	3	4
10.- Me siento cansado sin razón.	1	2	3	4
11.- Mi mente es tan clara como de costumbre.	4	3	2	1
12.- Desarrollo mis actividades con facilidad.	4	3	2	1
13.- Estoy inquieto y no logro sosegar-me.	1	2	3	4
14.- Me siento optimista acerca del futuro.	4	3	2	1
15.- Estoy más irritable de lo usual.	1	2	3	4
16.- Es fácil para mí tomar decisiones.	4	3	2	1
17.- Pienso que soy útil y necesario.	4	3	2	1
18.- Mi vida es bastante completa.	4	3	2	1
19.- Pienso que los demás estarían mejor si yo muero.	1	2	3	4
20.- Aún disfruto las mismas cosas.	4	3	2	1

Tabla de Resultados del Test de Zung.-

<u>Índice de SDS</u>	<u>Impresión Clínica Equivalente</u>
Menor de 50	Dentro del rango normal, sin psicopatología
51 - 59	Depresión mínima a leve
61 - 69	Depresión moderada a notoria
70 y +	Depresión severa

INTERPRETACION

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona 1, 4-5 se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

No depresión: Menor o igual a 50 puntos.

Depresión leve 51-59 puntos.

Depresión moderada 60-69 puntos.

Depresión grave > 69 puntos.

**ANEXO 3
APGAR FAMILIAR**

Item	casi siempre	Algunas veces	Casi nunca
Me satisface que yo puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba. Comentarios:			
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas. Comentario:			
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones. Comentarios:			
Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, pena, amor, etc.). Comentarios:			
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo. Comentarios:			

Casi siempre (2) Algunas veces (1) Casi nunca (0)

INTERPRETACION:

SIN DISFUNCION FAMILIAR: 10-9 PUNTOS

DISFUNCION FAMILIAR LEVE: 8-7 PUNTOS

DISFUNCION FAMILIAR MODERADA: 6-4 PUNTOS

DISFUNCION FAMILIAR GRAVE: < 3 PUNTOS

ANEXO 4

Carta de consentimiento informado

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

Titulado: Depresión del Adolescente y su relación con la Funcionalidad Familiar en el Medio Rural

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número _____ El objetivo de este estudio es: *Asociar la depresión con la disfuncionalidad familiar del adolescente de la comunidad Carlos Salinas de Gortari.* Se me ha explicado que mi participación consistirá en: *Contestar de manera clara, correcta, honesta y respetuosa, los cuestionarios que se me apliquen.*

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto. El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma anónima, confidencial y profesional.

Nombre y firma del paciente

Nombre del investigador principal

Testigo

Testigo