



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 222
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON EL CICLO VITAL FAMILIAR EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS ADSCRITAS A LA UMF 235 DEL IMSS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ARMANDO MARTINEZ PASTOR
DRA. MARIA ESTHER REYES RUIZ
DIRECTORA DE TESIS

DR. LUIS SERGIO PONCE GUADARRAMA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



TOLUCA, MEXICO

2010



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.

**RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON EL CICLO VITAL FAMILIAR
EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS ADSCRITAS A LA UMF 235 DEL IMSS**

PRESENTA:

ARMANDO MARTÍNEZ PASTOR

AUTORIZACIONES

DRA. MARIA ESTHER REYES RUIZ
DIRECTORA DE TESIS

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ
PROFESOR DE DEPARTAMENTO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. LUIS SERGIO PONCE GUADARRAMA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. GUILLERMO A. ESPINOSA FUENTES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
222; TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

DRA. FLOR DE MARIA ELIZABETH CEBALLOS SALGADO
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TOLUCA, EDO. DE MÉX.

2010.

**RELACIÓN DE DEPRESIÓN CON EL CICLO VITAL FAMILIAR
EN MUJERES DE 20 A 49 AÑOS ADSCRITAS A LA UMF 235 DEL IMSS**

PRESENTA:

ARMANDO MARTÍNEZ PASTOR

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FLUVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

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

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

TOLUCA, EDO. DE MÉX.

2010

AGRADECIMIENTO

A dios por haberme dado fuerzas y valor para terminar estos estudios.

A la Dra. María Esther Reyes Ruiz por el apoyo brindado para realizar esta investigación y por la paciencia mostrada en las constantes revisiones.

A la Dra. Silvia landgrave Ibáñez por el apoyo profesional y desinteresado que tuvo para la culminación este documento.

A mis compañeros por sus comentarios y observaciones para el mejoramiento de los contenidos, sin la participación de todos ellos el resultado no habría sido el mismo.

DEDICATORIA

Con agradecimiento infinito:

A mi padre⁺

A mi madre y hermanos

Con amor para:

María Guadalupe

José Armando

Carlos Emanuel

Por su comprensión y apoyo.

Con cariño y aprecio.

A mis profesores

INTRODUCCIÓN

Se reconoce que la depresión a nivel mundial ocupa el cuarto lugar de morbilidad y es responsable de uno de cada diez años de vida perdidos por la población. Para el año 2020 se espera ocupe el segundo lugar después de los problemas cardiacos. Siendo un cálculo similar en México sobre la discapacidad y muerte prematura (AVIS). En los trastornos depresivos mayores se indica una tasa de 74.6 en los varones y 148.6 en las mujeres por cada 100,000 habitantes.

La depresión se entiende como una alteración en el estado de ánimo, ha sido reconocida en países de diversas culturas como un problema de salud mental, con un mayor grado de incidencia en la población femenina. Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales, coinciden en señalar que la prevalencia de la depresión, es de dos mujeres por un hombre. En México la Encuesta Nacional de Salud Mental (1988) mostró una prevalencia de los trastornos depresivos más severos en 3.9 % de las mujeres y 2.2 % de los varones. El reconocimiento de la magnitud y el costo de la depresión, así como su tendencia a aumentar, ha llevado a que en algunos países se tomen medidas para mejorar la detección, la prevención y el tratamiento de este mal. En México no ha habido una respuesta en los servicios para la atención de la salud mental.

La presencia de depresión en la mujer tiene relación con la etapa del ciclo vital en que se encuentre, se manifiesta en los ajustes o reajustes a los que se somete la familia en el desarrollo de una etapa a otra, estas transiciones requieren cambios en los papeles, tareas, conductas a las que no todas las familias se llegan adaptar, ocasionando crisis familiares. Tal situación compromete al médico familiar a realizar un estudio integral del individuo y su familia, permitiéndose implementar medidas de prevención y diagnóstico oportuno de riesgo, así como diseñar programas de atención de salud integral de manera oportuna.

INDICE GENERAL

	paginas
Introducción	VI
Índice de contenido	VII
1. Marco teórico	6
1.1. Definición	6
1.1.1. Depresión	6
1.1.2. Epidemiología	8
1.1.3. Etiología	9
1.1.4. Modelo fisiopatológico	12
1.1.5. Clasificación	14
1.2. Familia	20
1.2.1. Ciclo vital	21
1.2.2. Funciones de la familia	25
1.2.3. Dinámica familiar	26
1.3. Planteamiento del problema	27
1.4. Justificación	28
1.5. Objetivos	30
1.5.1. General	30
1.5.2. Específicos	30
1.6. Hipótesis	31
2. Metodología	32
2.1. Tipo de estudio	32
2.2. Población, lugar y tiempo	32
2.3. Tipo de muestra	33
2.3.1. Tamaño de muestra	33
2.4. Criterios de selección	34
2.4.1. Criterios de inclusión	34
2.4.2. Criterios de exclusión	34
2.4.3. Criterios de eliminación	34
2.5. Información a recolectar	35
2.6. Análisis estadístico	37
2.6.1. Estadística descriptiva	37
2.6.2. Estadística inferencial	37
2.7. Método o procedimiento para capturar la información	38
2.8. Consideraciones éticas.	40
3. Resultados	41
3.1. Descripción de resultados	41
3.2. Tablas y graficas	43
4. Discusión	55
5. Conclusiones	56
6. Sugerencias	57
7. Referencias bibliográficas	58
8. anexos	61

1.- MARCO TEORICO

1.1- Definición.

1.1.1- Depresión

Deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Aunque inicialmente en la medicina occidental se formuló el concepto de enfermedad de los desordenes del afecto llamada *Melancolía* del griego clásico μέλας “negro” y χολή “bilis”, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene memoria, considerada como perturbación de la mente y caracterizada por tristeza sin causa aparente, atribuyéndola a un exceso de bilis negra (teoría Hipocrática). En esta época griega se explicaban todas las enfermedades y los cambios de “humor” a partir de la influencia de los cuatro líquidos corporales que ellos llamaban “humores”: la sangre, la linfa la bilis negra y la bilis amarilla. Este padecimiento es tan antiguo como la humanidad, que durante esa época fue manejada y tratada por sacerdotes y brujos.^{1,2}

Para definir a la depresión existen diversos conceptos entre ellos los siguientes:

Mariano Arnal rescata el concepto de Hipócrates donde explica que la salud y la enfermedad son por la acción equilibrada o desequilibrada de estos humores del cuerpo.¹

Los escritos de Celso en su obra de Medicina (año 30 d c.) en latín la define como *atrabilis*¹.

Galeno en sus trabajos en Roma entre los años 131 al 201 d c. definió el concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral.²

Kraepelin en 1880 la denominó *locura maniaco depresiva*.¹

Bretón en 1908 la describe como un trastorno anímico o afectivo.¹

Márquez en 1900 la define como la falta o el déficit de energía psíquica.¹

Freud consideraba que en el centro de la psique existía una fuerza llamada *libido* que era lo que mantenía la felicidad o el equilibrio.¹

Samuel Jonson luchó por cambiar el término de melancolía por el de depresión al cual se le debe dicha popularidad del término y a partir de allí otros términos como el bazo, la enfermedad inglesa, los vapores, y la locura fueron desplazados.²

El británico Sir Richard Blackmore en 1725 rebautiza el término actual de depresión.¹

La depresión deriva del latín *depressus* que significa “abatido, derribado.”^{4, 5,6}
^{3,4,5} Es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, es un paciente derribado, socavado en su potencialidad, debilitada su base de sustentación afectiva, desplazando su eje de acción usual, desgastado e hipoérgico.⁶

La organización mundial de la salud (OMS) la describe como una psicosis afectiva en el que el ánimo se ve afectado por tristeza e infelicidad.

Según el DSM IV describe la sintomatología de la depresión grave y especifica cinco síndromes depresivos:

- Episodio depresivo mayor.
- Trastorno del ánimo secundario a otra condición.
- Trastorno depresivo menor.
- Distimia.
- Trastorno depresivo de la personalidad.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad.²

1.1.2- EPIDEMIOLOGIA

La depresión es una de las formas más comunes de enfermedad mental entre la población en general la prevalencia es de 15 %, la morbilidad y mortalidad es sustancial e impone una gran carga en todo el planeta. De acuerdo a datos recientes la depresión es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y 4% de la carga total de enfermedades en el mundo,^{7,8} los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% de mujeres y 12 % de hombres en algún momento de su vida, las mujeres son doblemente más susceptibles a sufrir depresión y los síntomas incrementan con la edad; la tasa mas alta para enfermedad depresiva comprende el grupo de 25 a 44 años.^{8, 9,10}

La OMS refiere que actualmente 121-150 millones sufren depresión en el mundo, y es el trastorno de salud mental más frecuente en la atención primaria, se estima que 1 de cada 5 pacientes que se atienden en la consulta de atención primaria presentará un trastorno depresivo, la mayor parte de ellos asociado con otros trastornos psiquiátricos.

Para el 2020 será la segunda causa de discapacidad mundial y la primera para los países desarrollados.^{11, 12, 13,14}

La encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México (ENEPM 2002) concluyó que entre la población urbana de 18 a 65 años los trastornos afectivos ocupan el tercer lugar, de ellos el trastorno de ansiedad con un 14.2% fue el más frecuente, le sigue el trastorno por uso de sustancias con el 9.2%, depresión con el 9.1%, depresión alguna vez de su vida 3.3%. La ENEPM en el 2003 indico 5.8% de prevalencia poblacional de síntomas depresivos en sexo femenino, teniendo una relación en un año de 2.5% en la incidencia de esta enfermedad proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de trastornos mentales, estimó que el 8.4 % de la población sufría depresión una vez en su vida con una media de 24 años de edad; según los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de la asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV).^{15, 16}

En el 2004 en el IMSS se realizo un estudio para determinar la frecuencia de síntomas depresivos en la mujer de 20 a 59 años de edad que se atendió en la unidad de medicina familiar, este rango de edad se tomo por ser una etapa de mayor productividad laboral, los síntomas fueron comunes en las mujeres que acudieron a consulta y con frecuencia no fueron identificados por el médico tratante; Los factores asociados con estos síntomas fueron diferentes de acuerdo con la edad y en quienes se establecía otro diagnóstico en realidad presentaban depresión enmascarada.¹⁰

1.1.3- ETIOLOGIA

Es una enfermedad que afecta al cerebro, el ánimo y manera de pensar; considerándose un desorden del talante, es una forma común de sufrimiento mental, a pesar de ello, algunos mecanismos de la fisiopatología permanecen desconocidos. En los estudios de depresión que se han hecho a largo plazo se han encontrado dos formas básicas de depresión: la exógena y endógena, en las causas pueden influir factores: genéticos, químicos y psicosociales.

Después de 2500 años ha despertado un interés de salud pública; aunque fue una patología reconocida por los antiguos griegos; fue a mediados del siglo XX, donde iniciaron estudios sobre los neurotransmisores involucrados, aportando exitosos conocimientos para los tratamientos de la depresión. A través de los años sigue la interrogante si la depresión es un trastorno biológico o es una respuesta al estrés psicosocial.

La depresión exógena o reactiva obedece siempre a una causa externa bien definida (pérdida de un familiar, de un ser amado, pérdida monetaria o enfermedad invalidante).

La depresión endógena no lleva causa externa manifiesta; sino que se debe atribuir a una alteración biológica (psicosis bipolar, maníaco depresivo o unipolar depresiva); generalmente los estímulos que nos llevan a generar depresión son multifactoriales, teniendo un denominador común, constituir estresores con valor afectivo para el afectado, esta dependerá de la experiencia de cada individuo.

El estrés es un factor importante para el estado depresivo reactivo, se genera y no se puede separar de los cambios biológicos (fisiológicos-hormonales) asociado todo esto al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

Las causas que influyen en la depresión son:

1. Factores psicosociales.

Experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables, red social limitada, baja autoestima, disminución del placer al realizar actividades.

2. Biológicos.

Factores hormonales y endocrinos, como cortisol, hormona del crecimiento, la secreción de la hormona estimulante de la tiroides y la desregulación de los neuroquímicos sinápticos.

3. Factores familiares

La separación de los padres; rupturas de las relaciones; cambios de escuela, trabajo, hogar, desarmonía familiar y marital; dificultades en el grupo social; enfermedad crónica, obstáculo escolar y obstáculos para lograr las metas de la vida.

4. Factores genéticos:

Se habla de influencia genética en pacientes con formas graves de depresión y síntomas de depresión endógena, el riesgo de morbilidad aumenta en parientes de primer grado. Dentro de los marcadores genéticos

potenciales para los trastornos del talante, han sido localizados en los cromosomas X 4, 5, 11,18 y 21.

En estudios recientes se encontró un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT), que modula los eventos estresantes cotidianos. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos

5. Factores químicos:

Intervienen en alteraciones de los neurotransmisores: hay evidencias de niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en neuronas del SNC, siendo importantes en la fisiopatología de la depresión. La primera hipótesis neuroquímica de los trastornos depresivos se desprende del mecanismo de acción de los primeros antidepresivos

En 1985 Siever y Davis propusieron la hipótesis de la disregulación en la cual hay una alteración de la homeostasis, que controla a los sistemas de neurotransmisión.

- Serótina:

En 1967, Coopen y Col. emitieron la hipótesis serotoninérgica (resultado de un descenso en la concentración de la serotonina cerebral) esta ejerce acción en el talante, comandando la conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo del sueño-vigilia. Esta serotonina se secreta en los núcleos del raquídeo (en el noveno núcleo), este se produce a partir del aminoácido triptófano transportado por la barrera hematoencefálica hasta las neuronas por el gran transportador de aminoácidos. (LNAA). El triptófano compite con otros aminoácidos. Como tirosina, valina, leucina e isoleucina.

- Noradrenalina (NA):

Shildraut y Bunney en 1965, postulan la hipótesis noradrenergica de la depresión (resultado de un déficit del neurotransmisor noradrenalina en el SNC.). Se genera en el locus coeruleus, está en el núcleo encefálico, en el tallo cerebral, este posee una actividad tónica como marcapaso, aumentando en episodios de vigilia y estrés, alertan al organismo para sobrevivir, y es aceptable pensar que el estrés crónico genera depresión reactiva, la carencia de este neurotransmisor es causante de psicosis depresiva unipolar o bipolar.

- Tirosina:

Es el precursor para la síntesis de noradrenalina; convertida primero en dopa por la tirosina-hidrolasa. La dopa es convertida en NA por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa. La serótina y noradrenalina tienen influencia en patrones de la conducta y función mental. Blier et al. En 1994 propusieron otra de las alteraciones en la sensibilidad a los receptores noradrenergicos y serotoninérgicos.

- Dopamina:

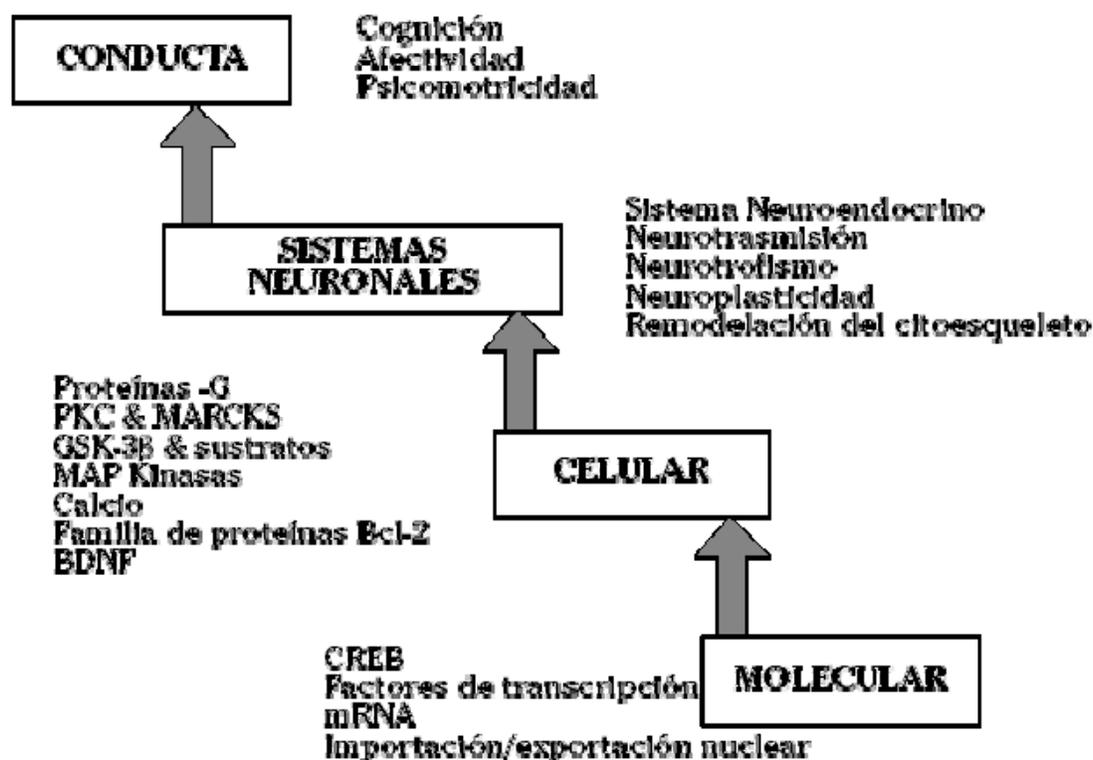
Catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la pars compactada del locus Níger, en neuronas ventrales del tegmento mesencefálico y una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del tuber de la hipófisis a la adenohipofisis (vía tuberohipofisiaria) aunque esta sólo participa en síntesis de prolactina; es un neurotransmisor inhibitorio, este participa en las vías mesocortical y mesolímbica en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es igual que la NA. Tiene influencia en la función motriz.

La serotonina, NA y dopamina, son fundamentales para el funcionamiento normal del cerebro, la interacción de estos 3 neurotransmisores, desde hace 50 años, son llamados la “Hipótesis de las monoaminas en la depresión”: esta hipótesis propuso que la depresión era causada por el déficit de éstas en sitios claves del cerebro y la manía era por el exceso de estas tres. Existen evidencias experimentales de que no sólo la noradrenalina, la serotonina, y la dopamina se encuentran implicados en el síndrome depresivo, sino también se involucran sistemas colinérgicos, gabaérgicos, glutamatérgicos y peptidérgicos.¹⁷

1.1.4- MODELO FISIOPATOLOGICO

Este modelo explica las estructuras cerebrales implicadas en la sintomatología depresiva, los niveles implicados van desde las alteraciones moleculares, pasando por la disregulación de la neurotransmisión neuroendocrinológica y neuroinmune, hasta las manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de la enfermedad, estos diferentes niveles neurofisiológicos interactúan y conforman un complejo sistema; que permitirá explicar de una forma integral, la fisiopatología de los trastornos afectivos.

El esquema refleja de manera gráfica uno de los modelos fisiopatológicos más estudiados de los trastornos afectivos propuesto por Manji y Col.^{17, 18,19}



CREB: cAMP response element binding protein (elemento unido a proteína en la respuesta AMPc/celica), mRNA: RNA mensajero, PKC: proteinquinasa C, GSK3β: enzima glicogeno sintasa quinasa 3β, BDNF: brain-derived neurotrophic factor (factor neurotrófico derivado del cerebro)

Figura 1. Modelo fisiopatológico (modificado de Manji y col, 2000).

Uno de los estudios recientes de neuroimagenología funcional (tomografía por emisión de positrones) permite la visualización del funcionamiento cerebral in vivo, se han implicado algunas estructuras cerebrales en la fisiopatología de la depresión.

Buchsbaum, Baxter y el equipo de Wayne Dresvers de la Universidad de Washington mostraron que había:

- Aumento en el flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo frontal izquierdo.
- Disminución del flujo en el lóbulo parietal derecho y temporal posterior.

- Aumento del flujo en amígdalas y en el núcleo dorsal del tálamo.
- Disminución del flujo sanguíneo cerebral en el núcleo caudado y la corteza òrbito frontal.

En pacientes estudiados con trastornos unipolares; pensando que intervienen neurocircuitos como: orbito-frontal, dorsoprofrontal, estriado, talamito y mesolímbico.

Desde el punto de vista cognitivo es la disminución en las capacidades atentas, memoria de trabajo, disminución de amplitud perceptiva con distorsiones, pensamiento lento, monótono o cavilativo, modificación en el ritmo de la alimentación, vigilia-sueño y secreción de cortisol.

Si bien las teorías sobre la depresión continúan cambiando a largo de la historia; pasando de la magia a lo religioso, de la química a la mecánica, del animismo a lo orgánico, del humor a la electricidad, de lo ambiental a lo genético, de lo espiritual a lo vital, del espíritu animal a los neurotransmisores; aunque el cuadro clínico y lo descriptivo permanece estable; es así como el viejo aforismo hipocrático permanece vigente: *“Si el miedo y la tristeza se prolongan, es melancolía”*. En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos son por combinaciones de factores familiares , biológicos , psicológicos y sociales , los cuales operan a través del tiempo y progresivamente aumentan su capacidad patogénica que pueden traerles graves consecuencias sociales, desde la pérdida de horas laborables hasta el suicidio.

La depresión en la mujer se da con una frecuencia casi al doble que en el hombre; los factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer; en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por las responsabilidades del cuidado de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo; algunas mujeres tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.²⁰⁻²¹

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental en EUA (NIMH sigla en inglés) demostró que las mujeres probables a padecer el síndrome premenstrual (SPM) severo, se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación, si se deja de dar dicha medicación, las hormonas se reactivan y al poco tiempo los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

Muchas mujeres tienen un riesgo alto de deprimirse después del nacimiento de un bebé, debido a los cambios hormonales y físicos, así como la responsabilidad de una nueva vida pueden llevar a una depresión de posparto. Aunque las madres nuevas comúnmente tienen periodos pasajeros de tristeza, un episodio depresivo severo no es normal y requiere tratamiento.^{21, 22,23}

1.1.5- CLASIFICACIÓN

En cuanto a su clasificación el DSM IV describe 12 subtipos de enfermedad efectiva, tres son de particular interés en la atención de médicos familiares en las unidades de atención primaria:

1. Trastorno depresivo mayor episodio único.
2. Trastorno depresivo mayor recidivante.
3. Trastorno distímico.²⁴

Por lo regular cuando se cumplen los criterios diagnósticos se podrán especificar grados de gravedad: Leve, Moderado y grave; si no se cumplen todos los criterios, podemos especificar si está en remisión parcial, total o historia anterior.

Para motivo del estudio se tomará como referencia la clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).

Los trastornos depresivos son los siguientes:

F 32.- Episodios depresivos.

F 32.0.- episodio depresivo leve.

F32.00.- sin síndrome somático.

F32.01.- sin síndrome somático.

F32.1.- Episodio depresivo moderado.

F32.10.- sin síndrome somático.

F32.11.- con síndrome somático.

F32.2.- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

F32.3.- episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F32.8.- otros episodios depresivos.

F32.9.- Episodio depresivo sin especificación.

F33.- trastorno depresivo recurrente.

F33.0 trastorno depresivo recurrente. Episodio actual leve.

F33.00.- sin síndrome somático.

F33.01.- con síndrome somático.

F33.1.- trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado.

F33.10.- sin síndrome somático.

F33.11.- con síndrome somático.

F33.2.- trastorno depresivo recurrente; episodio actual grave sin síntomas psicóticos.

F33.3.- trastorno depresivo episodio actual grave, con síntomas psicóticos.

F33.4.- trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

F33.8.- otros trastornos recurrentes.

F33.9.- trastorno depresivo recurrente sin especificación.

Episodios depresivos (F32).

El enfermo depresivo típico sufre humor depresivo, pérdidas de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad llevándolo a

una reducción en su nivel de actitud y a un cansancio exagerado, que aparece tras un esfuerzo mínimo; mas las siguientes manifestaciones:

1. Disminución de la atención y concentración.
2. Pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Ideas de culpa y de ser inútil (episodios leves).
4. Perspectiva sombría del futuro.
5. Pensamientos y actos suicidas o auto agresiones.
6. Trastorno del sueño.
7. Pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía poco de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales; aunque hay variaciones circadianas características.

El enfermo depresivo atípico se presenta más en adolescentes; la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz, en ocasiones, predominan sobre la depresión. En algunos casos la alteración del ánimo se enmascara con algunos otros síntomas como la irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes (hipocondría).

Para el diagnóstico de episodio depresivo en cualquiera de los tres niveles de gravedad (leve, moderada y severa) se requiere una duración de, al menos, dos semanas; pero se aceptan periodos cortos cuando los síntomas son graves o de comienzo brusco.

Algunos síntomas pueden destacar y adquirir un significado especial; pero estos síndromes somáticos generalmente no se consideran presentes al menos que cuatro o más de los anteriores estén presentes e incluyen:

1. Episodios aislados y de reacción depresiva.
2. Depresión psicógena (F 32.0, F32. 1 o F32.2)
3. Depresión reactiva (F 32.0, F32. 1, o F 32.2).
4. Depresión mayor (sin síntomas psicógenos).

Episodio depresivo leve (f32.0)

Este episodio se caracteriza por el estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y fatiga importante, al menos dos de estos tres deberán estar presentes para realizar diagnóstico (ninguno de estos deben estar presentes en un grado intenso).

¿Periodo que debe durar al menos dos semanas?, se encuentra afectado por los síntomas, hay dificultad para realizar su actividad laboral y social; aunque no las deja por completo.

Se refiere que se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

- a).- Sin síntomas somáticos (F 32.00) contiene todas las pautas de episodio leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.
- b).- Con síndrome somático (F32.01), contiene todas las pautas de episodio leve y están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (pero si hay 2 o 3 pero con gravedad se justifica utilizar esta categoría).

Episodio depresivo moderado (f32.1)

Es característico que al menos 2 de los 3 síntomas típicos del episodio leve estén presentes así como al menos tres de cuatro de los demás síntomas y es posible que estos síntomas sean intensos aunque no es esencial si hay muchos síntomas. Este episodio debe durar al menos dos semanas, en este episodio el paciente tiene dificultad para continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se utiliza un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático.

a.- Sin síndrome somático (F32.10), hay depresión moderada sin síndrome somático.

b.- Con síndrome somático (F32.11), episodio depresivo moderado y la presencia de 4 o más de los síndromes somáticos (si hay 2 o 3, pero de gravedad, se consideran en este episodio).

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (f32.2)

En este episodio presentan angustia considerable o agitación o al menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación por sí mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes y el riesgo de suicidarse es importante en los casos graves y se presume que los síntomas somáticos estén presentes casi siempre en un episodio grave.

El diagnóstico se realizará con tres síntomas típicos del episodio leve y moderado y 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Es importante considerar que si está presente la agitación o la inhibición psicomotriz, el paciente puede estar poco dispuesto o incapaz de describir más síntomas a detalle, estará justificada una evaluación global de la gravedad. Este episodio debe durar normalmente mínimo dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápidos, puede hacerse el diagnóstico con una duración de dos semanas. Durante este episodio el enfermo es probable que sea incapaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica incluye además:

1. Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
2. Melancolía.
3. Depresión vital sin síntomas psicóticos.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (f32.3)

Episodio depresivo grave que cumple lo establecido en F32.2 en el cual están presentes ideas delirantes, alucinaciones, o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, ruina, catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable.

Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en formas de voces difamatorias o acusatorias, de olores a podrido o carne en descomposición.

La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor.

Las alucinaciones o ideas delirantes se especifican en congruentes o no congruentes en el estado de ánimo. Incluyendo:

1. Depresión mayor con síntomas psicóticos.
2. Depresión psicótica.
3. Psicosis depresiva psicógena.

4. Psicosis depresiva reactiva.

Otros episodios depresivos (f 32.8)

Son los que no reúnen las características de los episodios depresivos (F32.0-F 32.3) por la impresión diagnóstica indican naturaleza depresiva (pueden ser mezclas fluctuantes de síntomas depresivos con otros síntomas como tensión, preocupación, malestar, dolor persistente o cansancio).

Incluyen:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión en mascarada sin especificación.

Episodios depresivos sin especificación.

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

Trastorno depresivo recurrente (f33).

Es el trastorno que presenta episodios repetidos de depresión; presentando episodios leves, moderados y graves, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía.

La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de episodios depresivos, pueden ser muy variables teniendo como edad media de comienzo en la quinta década de la vida, una duración de 3 a 12 meses (una media de 6 meses) con recaídas menos frecuentes.

La recuperación suele ser completa, un número pequeño queda crónicamente deprimido, especialmente en personas de edad avanzada, conllevan:

1. Episodio recurrente de reacción depresiva.
2. Depresión psicógena.
3. Depresión reactiva.
4. Trastorno afectivo estacional (F33.00 o F 33.1)
5. Episodios recurrentes (depresión endógena).
6. Depresión mayor.
7. Psicosis maniaco-depresiva (tipo agresivo).
8. Depresión psicótica psicógena o reactiva(depresión psicótica)
9. Depresión vital(f33.2 o F 33.3)

Excluyendo:

Episodios depresivos breves recurrentes (F30.1).

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0).

El diagnostico se realiza:

- a.- Con pautas de trastorno depresivo recurrente y el episodio actual debe cumplir las pautas de episodio depresivo leve.

b.- Por lo menos dos episodios deben durar un mínimo de dos semanas y entre ellos debe haber un intervalo libre de alteración del humor de varios meses de duración.

Se podrá utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos en el episodio actual:

1. Sin síndrome somático (F33.00)
2. Con síndrome somático (F33.01) se podrá especificar si el tipo de episodio leve, moderado o grave o incierto.
- 3.

Trastorno depresivo recurrente episodio actual moderado (f33.1).

El diagnostico se realizara.

1. Con pautas de trastornos depresivo recurrente (f33) y el episodio actual debe tener pautas de episodio depresivo moderado.
- 2.- Por lo menos dos episodios debe haber durado un mínimo de 2 semanas y estar separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Agregándose un quinto carácter para especificar síntomas somáticos, en el episodio actual:

-Sin síntomas somáticos (F33.10)

-Con síndrome somático (F 33.11) y se deberá especificar si los episodios previos (leve, moderado, grave o incierto).

Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave sin síntomas psicóticos (f 33.2)

Su diagnostico se realizará con:

1. Pautas de trastorno depresivo recurrente (f33). Y el episodio actual cumplir con pautas depresivas graves sin síntomas psicóticos (F32.2).
2. Por lo menos dos episodios de haber durado un mínimo de 2 semanas y haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.
- 3.

Trastorno depresivo recurrente episodio actual grave con síntomas psicóticos (f33.3)

El diagnostico se realizara:

1. Con pautas de trastorno depresivo recurrente(F33) y el episodio actual debe tener las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos(F33.3).
2. Dos episodios de duración mínima de 2 semanas y haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteración significativa del humor.

Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión (f33.4)

El diagnóstico se realizará:

1. Satisfacer pautas de trastornos depresivos recurrentes (f33) el estado actual no satisface episodios depresivos de cualquier gravedad u otro trastorno (f30-39).
2. Dos episodios deben haber durado un mínimo de 2 semanas y haber estado separados por un periodo de varios meses libres de alteraciones significativas del humor.
3. Otros trastornos depresivos recurrentes
4. Otros trastornos recurrentes sin especificación incluyen monopolar sin especificación.²⁵

1.2- LA FAMILIA.

La familia se considera el ambiente más importante en el que el hombre ha evolucionado y que por años se ha referido como la institución social más antigua; ha demostrado resistencia a catástrofes que sucumben a las sociedades, se ha adaptado ante estas exigencias. Autores como Morgan, McLennan y Bachofen la han considerado como una institución social que en base a su estructura y función son determinantes para el desarrollo de la sociedad global.²⁶

La palabra familia deriva de la raíz latina *famulus* que significa siervo. La cual proviene del primitivo *famul* que se origina de la voz osca *famel*, esclavo doméstico.^{26, 27}

Actualmente el concepto familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones.²⁶

El término familia tiene variadas definiciones:

Según la OMS es la unidad básica de la organización social y la más accesible para efectuar medidas preventivas y terapéuticas de sus miembros, para el desarrollo natural y realización personal de todos los que la forman; conceptuándola como los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.²⁶

La Real Academia Española: señala que es el grupo de personas que viven juntas bajo autoridad de una de ellas.²⁷

El censo Canadiense la define como esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo un mismo techo.^{26, 28}

The United Status Census Bureau: la define como cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados unos con otros por lazos sanguíneos de matrimonio o adopción.²⁶

Según Le Play-Proudhon la familia es un grupo primario, sus características son las de un sistema natural, el individuo es un subsistema de la familia y la familia de la sociedad, sus acciones de cada miembro producen reacciones y contra reacciones que deben ser entendidas en función de la personalidad de los integrantes; es la célula básica de la sociedad; el sistema familiar se desempeña a través de las funciones de sus subsistemas (conyugal, paterno-filial y fraterno) organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones.²⁶

Ackerman la define como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, por ser un grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio que interactúan y conviven permanentemente manteniendo relaciones directas, con formas de organización y acciones económicas y afectivas con el propósito de satisfacer necesidades mutuas y de crianza compartiendo factores biológicos, psicológicos, sociales, y culturales; y referida como la unidad básica de la enfermedad y la salud.^{26, 28}

1.2.1- CICLO VITAL FAMILIAR

El concepto de ciclo vital familiar se formuló por primera vez en sociología, desde principios del decenio de 1970-1979, muchos terapeutas familiares lo han usado para realizar un adecuado diagnóstico de la problemática familiar y para planificar su tratamiento.²⁹

Ciclo vital solo se puede definir por el grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de la vida que va desde el nacimiento hasta alcanzar la madurez y termina en su muerte, siendo semejante en la familia. En el desarrollo o madurez de la familia, existen etapas de transición predecibles y no predecibles que pueden afectar la salud de sus miembros, la evolución secuencial de las familias y las crisis que atraviesan en función de crecimiento y desarrollo de sus miembros, uno de sus principales valores se encuentra en la identificación de tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, teniendo en cuenta que si alguna no se realiza surgirán problemas de funcionamiento.⁶

Es importante mencionar que diversos autores describen las etapas del ciclo vital familiar en relación con la presencia de hijos o sin ella (Rodger, 1960, Salomón 1973, Duvall, 1977); otros como Haley 1973 realizan una revisión desde el punto de vista de la terapia familiar para comprender los cambios de las familias.

Geyman al igual que otros autores han analizado las etapas de la vida de la pareja con hijos o sin ellos, quienes dan sus características propias a sus modelos, utilizando como referencia su metodología y el análisis.

La evolución de la especie humana tiene un recorrido de particularidades por las que atraviesa un individuo desde la concepción hasta su muerte; refiriéndolo como un ciclo en la vida del ser humano que se repite, influido por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, la especie humana pasa por una serie de etapas que se repiten por generaciones.³⁰

En 1950 en la psiquiatría aparece la familia como causa de los problemas del individuo y a mediados de los 50 el psiquiatra hipólogo Milton Erikson toma en cuenta el ciclo vital familiar, y centra su terapéutica en los síntomas aunque su objetivo más importante era la resolución de los problemas de la familia para que el ciclo vital se pusiera en movimiento.²⁹

Las teorías sistemáticas describen a la familia como un sistema organizado interdependiente, regulado por normas y reglas en la cual las crisis aparecen en momentos de mayor transición del ciclo evolutivo, de ahí que los hechos estresantes sean relevantes desde el punto de vista dinámico y se considera discontinuo porque pasa de una etapa a otra con modificaciones.

El concepto de ciclo vital familiar se define como "ciclo" del latín *cylcus* y del griego *kyklos* círculo. Considerando a la familia un periodo que acaba desde su formación hasta su disolución y de nuevo inicia otro proceso pero con los hijos. Y "vital" del latín *vitalis* significando de suma importancia o trascendencia.⁴

En la actualidad no existe modelo único aplicable a todos los sistemas familiares, ya que en su evolución han existido una gran variación en sus conceptos (Ivinger-Snoek 1972; Murtein 1976; Barragán 1986; Duvall 1977; Estrada 1982; Argyle y Anderson 1985; Haley 1986; Tzeng 1992, Lemaire 1995; Sánchez 1995, Díaz 1996). Existe un modelo utilizado desde el punto

de vista clínico propuesto por Mcgoldrich (1980-1988) donde lo divide en 6 etapas y destaca la naturaleza multigeneracional²⁸

El Modelo propuesto por la OMS lo define en 6 etapas (inicia con la formación del matrimonio y se caracteriza por las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento o disminución; el modelo define bien los límites de las fases facilitando la clasificación, tanto el punto de vista clínico como demográfico.

El modelo de la OMS centrado en la mujer; es aquel donde la mujer va estar presente no solo en la formación de una nueva familia por parte de su hija, sino también en la de su nieta, llegando a vivir hasta que su biznieta alcanza la edad escolar prevaleciendo la familia multigeneracional que en el aspecto histórico se considera una rara excepción.

El modelo de Medalie propone seis etapas teniendo la ventaja de una atención individualizada y el inconveniente de que no fija bien los límites de las etapas dejándolas muy separadas.

Desde el punto de vista de la Sociología; Reuben Hill y Evelyn Duball en 1942 observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia tienen sus propias tareas evolutivas y que el logro de estas depende de cada uno de sus miembros y contribuye al logro exitoso de las tareas de los demás; Duvall en 1957 dividió el ciclo vital en 8 etapas todas ellas relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza. Una generación se apoya sobre otra en una espiral generacional en mutua interdependencia. Este modelo es uno de los más conocidos y utilizados en sociología, comenzando la primera etapa en el nido sin usar o pareja sin hijos, progresando hasta la cuarta fase basándose en la carrera del hijo mayor, avanzando su proceso de socialización, nuevamente se encuentra la pareja sola en la etapa de nido vacío y se llega a la séptima etapa cuando el último hijo se desprende del hogar hasta que otro hecho social la jubilación, marca la entrada en la fase de familias ancianas que termina con el fallecimiento de ambos esposos⁽²⁹⁾ (ver cuadro 1).

Representación del modelo de Duvall.

Cuadro: 1.

Etapa	Características
I	Comienzo de la familia (nido sin usar)
II	Familias con hijos (hijo mayor hasta 30 meses)
III	Familias con hijos preescolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
IV	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
V	Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
VI	Familias como plataforma de colocación desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último)
VII	Familias maduras (desde el nido vacío hasta la jubilación)
VIII	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

Duvall describe el ciclo vital en las ocho etapas siguientes:

I.- comienzo de la familia: cuando el joven está en condiciones de formar una nueva familia, llevando un proceso de independencia de la familia de origen, ocasionando un adulto joven independiente, esto se ve reflejado en un desempeño de un trabajo, que lo hace competente de formar una familia para convivir con otra persona, y asumir una relación armónica con parientes y amigos de ambos miembros de la pareja, asumir roles de marido o mujer, formar una identidad en pareja, si la asignación de roles se realiza convenientemente se llega a un estilo de vida con convenios diferenciales, una de las causas frecuentes de separación y divorcio en esta época es la dificultad de negociar un equilibrio diferente de roles entre la pareja.

II.- familias con hijos lactantes: se inicia con el nacimiento del primer hijo, existe una redistribución de roles en la pareja, la adopción de roles paternos, así como una adecuada atención al niño, que requiere de recursos, así como espacio, tiempo, afecto, etc.

Esta llegada de el primer hijo modifica la estructura que crea tensiones propias de las relaciones triangulares, las relaciones empáticas con la madre y el hijo siendo importante para que el niño enfrente su mundo con una vivencia de confianza,, en este periodo habrá una estabilidad, apoyo de la familia; las posibilidades de distorsión en el desarrollo psicológico posterior de los hijos se da en la transición típica de esta etapa en la cual no se acepta ser adulto y que tienen a quien cuidar, surgiendo descuidos de los hijos, la vida domestica es confusa y caótica, esto lleva a la depresión de alguno de los miembros de la pareja, disfunciones sexuales o ruptura de la relación.

III.- Familia con hijos en edad preescolar: en esta edad aparece en el niño la capacidad iniciativa y de autonomía, los padres deben reconocer y tolerar esta autonomía, velar por su protección de peligros, los padres y el niño centran su intención alrededor de temas de control, recompensas y limitar, reconocimiento de normas impuestas al niño, etapa donde se termina de definir y tipificar los roles sexuales, los padres construyen modelos para orientar conductas sexuales, son objeto de atracción para los hijos del sexo opuesto y de competencia para los del mismo sexo, siendo decisivos para su funcionamiento sexual y de género posteriores, hay tensión en relación de los roles laborales, el hombre está en plena actividad, corre riesgos de descuidar roles, así como su desarrollo personal. La mujer se centra en la maternidad y descuida aspiraciones intelectuales, laborales y su físico.

IV.- familias con hijos de edad escolar: centrada en la educación y adaptación social de los hijos a su entorno van adquiriendo mayor nivel de independencia en su aseo personal, al salir parcialmente de la familia la escuela es un evaluador de su crianza y socialización, el niño inicia a reconocer lo permitido y prohibido socialmente, si esto no se lograra surgirán sentimientos de inseguridad.

Esta etapa puede ser un periodo generativo y productivo tanto para niños como para padres.

V.- familia con hijos adolescentes: Es una etapa de cambios marcados en el tipo de relación entre padres e hijos, donde la autoridad de padres deja de ser imperativa y pasa a ser razonada, los límites de la estructura familiar son

más permeables, los adolescentes sienten que pueden volver ser dependientes de la familia y volver a ella . El choque generacional es decir que tanto adultos como los hijos adolescentes están llegando al final de una etapa donde se revisan logros personales ,profesionales y maritales, así como expectativas insatisfechas y fracasos, muchos matrimonios entran en crisis, habiendo un gran número de rupturas conyugales.

Los padres deben aceptar el desarrollo físico, el derecho a tomar decisiones personales, si se apoya al adolescente, el lanzamiento a vivir independiente será exitoso.

En caso contrario se altera la dinámica familiar con un sin número de factores de riesgo: tabaco, alcohol, drogas, accidentes, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y desnutrición.

VI.- familia de hijos independientes: La etapa de plataforma de lanzamiento, hoy en día prolongada, crea dificultades para los padres centrados en la labor de crianza, en esta etapa se exige redistribución de roles y una nueva reorganización familiar, siendo fundamental el respeto y establecimiento de límites a la nueva familia formada por los hijos.

VII.- familia en edad madura: Cronológicamente corresponde la segunda mitad de vida de la pareja, existiendo mayor número de mitos y perjuicios, el síndrome del nido vacío, afecta más a las mujeres que se esmeraron a la crianza de los hijos. Requiere mayor disponibilidad de tiempo y de recursos en la pareja; momento para planificar la jubilación; se dedica tiempo al cuerpo para mantener el desarrollo físico, intelectual.

VIII.-familia anciana: se inicia con la jubilación y finaliza con la muerte de la pareja, aparecen limitaciones de salud, aumentan los niveles de dependencia, aparecen problemas financieros.²⁹

1.2.2- FUNCIONES DE LA FAMILIA

La familia tiene una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones; al reconocerla como institución social básica en la cual se determina el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones de la comunidad, se constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas y funciones en común.

El comportamiento humano está influido por una jerarquía de necesidades según Maslow y son:

1. Fisiológicas
2. De seguridad.
3. Sociales.
4. De estima.
5. De realización personal.

Resultando esencial la satisfacción de estas necesidades por lo que de ello depende el desarrollo biológico del individuo en su ciclo vital familiar. La homeostasis familiar depende del bienestar biológico, psicológico y social de sus integrantes²⁶

Las funciones de la familia pueden variar según el eje del estudio; Saucedo agrupa 5 funciones básicas donde hace partícipe a la pareja conyugal:

1. Funciones de comunicación.
2. Adjudicación y aceptación de roles.
3. Función de satisfacción sexual.
4. Función afectiva.
5. Función de toma de decisiones.²⁸

Es así como la familia está destinada a preservar, transmitir, determinar rasgos y aptitudes; así como pautas de la vida en los miembros que la componen, una de las funciones sería conservar y transmitir la cultura, la protección de todos y cada uno de sus miembros de los peligros internos y externos.

La familia moderna presenta dentro de sus funciones las siguientes:

1. Cuidado: cubrir necesidades físicas de los miembros.
2. Afecto: cubrir necesidades afectivas de los miembros de la familia porque la respuesta afectiva de un miembro a otro proporciona la recompensa básica de la vida familiar.
3. Expresión de la sexualidad y regulación de la fecundidad: regula y controla el ambiente sexual y de reproducción.
4. Socialización: interacción mediante la cual el individuo aprende normas sociales y los valores culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y por lo tanto de la sociedad.
5. Estatus o nivel social: proveer la necesaria socialización y experiencias educacionales, que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupo que sean consistentes en sus expectativas.^{28,29}

1.2.3- DINAMICA FAMILIAR

Un buen funcionamiento de la familia es primordial que se conserve la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros; en base al cumplimiento de las funciones se determinara si es una familia funcional o disfuncional. Los factores culturales, sociales, los cambios históricos y los conflictos de valores han jugado un papel importante en el modo en que la familia ha vivido y experimentado su evolución de vida.

La dinámica familiar se entiende como motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que utilizan los miembros de una familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares.²⁶

Jackson define a la dinámica familiar como “el conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia y hace que esta funcione bien o mal.”²⁸

Chagoya refiere a una familia normal como “una mezcla de sentimientos comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo que permite a cada uno desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y contar con el apoyo de los demás.”²⁸

De la Revilla menciona que la familia funcional, “es aquella que es capaz de cumplir con las tareas encomendadas según la etapa de su ciclo de vida familiar y en relación con las demandas del exterior.”³¹

Satir opina que la dinámica “es un conjunto de pautas transaccionales que establecen cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia.”⁽²⁸⁾

Olson la describe como un sistema de intercambio en las interacciones familiares, específicamente a través de los lazos emocionales.”²⁸

Los elementos de la dinámica familiar son:

- 1.- La familia como sistema.
- 2.- La familia como grupo.
- 3.- La comunicación en la familia.

Para comprender estos elementos es importante conocer el papel individual de cada miembro de la familia a través de:

- Roles familiares; básicos y fundamentales para saber el papel de cada individuo, determinando el tipo de familias y sus características
- Crisis familiares: principales crisis por las que atraviesa la familia en su desarrollo y que tienen que ver en su funcionamiento familiar.
- Liderazgo: es el rol principal del líder familiar y sus características.^{26,28}

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en la mujer es reflejo de la interacción de factores predisponentes que afectan el rol que desempeña dentro de la familia. Entre estos factores se encuentran los biológicos, que son los cambios hormonales propios de la pubertad, posparto, perimenopausia y menopausia; aunado a factores psicosociales que la hacen más susceptible, tales como el bajo nivel escolar, nivel socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social, sus creencias y valores culturales inmersos en el contexto en que se desarrolla. Siendo la familia la principal red de apoyo social; en este ámbito la mujer es quien tradicionalmente cumple con las funciones de cuidado y afecto acorde con su ciclo vital en que se encuentra la familia, cada etapa del ciclo conlleva situaciones que alteran la dinámica familiar, la cual requiere ajustes para mantener su homeostasis, esto puede repercutir en el equilibrio emocional de la mujer y predisponer a la depresión.

Por tal motivo surge la pregunta de investigación:

¿Existe relación entre la depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad, adscritas a la U.M.F 235 Atlacomulco, Estado de México; con su ciclo vital familiar?

1.4 JUSTIFICACION

La depresión es el trastorno de salud mental más frecuente en la atención primaria, actualmente 120 millones de personas sufren depresión en el mundo, la OMS estima que 1 de cada 5 pacientes que se atienden en la consulta de atención primaria presentará un trastorno depresivo, la mayor parte de ellos se presentará asociado con otros trastornos psiquiátricos. Es la cuarta causa de discapacidad en el mundo y se estima para el 2020 la segunda causa de discapacidad mundial y la primera para los países desarrollados, la prevalencia es 2 a 1 más frecuente en mujeres, y la tasa más alta para enfermedad depresiva comprende el grupo de 25 a 44 años. En otros países, la prevalencia de depresión es de 10 a 20% ^{7, 8,13}

La encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica en México (ENEPM 2002) concluyó que en la población urbana de 18 a 65 años los trastornos afectivos ocupaban el tercer lugar, de ellos el trastorno de ansiedad 14.2% fue el más frecuente; el trastorno por uso de sustancias 9.2%, depresión 9.1%, y depresión alguna vez en su vida 3.3%. La ENEPM 2003 indico 5.8% de prevalencia poblacional de síntomas depresivos en sexo femenino, teniendo una relación en un año de 2.5% en la incidencia de esta enfermedad.¹⁵

En 2004 el IMSS se realizo un estudio para determinar la frecuencia de síntomas depresivos en la mujer de 20 a 59 años de edad atendida en la unidad de medicina familiar, el rango de edad se tomo por ser una etapa de mayor productividad laboral, los síntomas fueron comunes y con frecuencia no fueron identificados por el médico tratante; Los factores fueron diferentes de acuerdo con la edad y en quienes se establecía otro diagnóstico en realidad presentaban depresión enmascarada.¹⁰

Estado de México poniente censo del 2006. Clave CIE 10(f32) registró un total de 3662 casos, con mayor frecuencia en mujeres y una relación de 4 a 1 en relación con el hombre.

El escuchar a las mujeres que acuden a consulta fue suficiente para valorar la importancia que tiene la depresión en la mujer y que en una gran mayoría no se le da la importancia porque va enmascarada con otra patología. Omitiendo su diagnostico y registro.

La depresión ha sido centro de atención de profesionales de la salud, investigadores; pues estiman que afectará a millares de personas. Aunado a la afectación no sólo de la persona enferma sino de la familia, provocando alteraciones en la dinámica personal, en su aspecto emocional, económico y social, tanto a nivel familiar como institucional, trascendiendo así a un grave problema de salud pública.

La repercusión de la depresión en la mujer en relación a su ciclo vital familiar se ve favorecido por los cambios y adaptaciones esperados al pasar de una etapa a otra en donde las interacciones de la familia cambian, provocando en el sistema familiar situaciones adversas que provocan alteraciones en la dinámica familiar de mayor o menor intensidad.

El detectar oportunamente la depresión en la mujer de 20 a 49 años. Permitirá disminuir el subregistro y establecer tratamiento no farmacológico (abordaje psicoterapéutico), farmacológico o combinado al paciente y a la familia, tendiente a prevenir sus complicaciones (desintegración familiar o suicidio) desde la primera consulta con el médico familiar.

1.5.OBJETIVOS

1.5.1. General:

1. Determinar si existe relación entre la depresión con la etapa del ciclo vital familiar en las mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235, Atlacomulco; Estado de México.

1.5.2. Específicos:

1. Determinar la frecuencia de depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad en la UMF 235 Atlacomulco, México.
2. Determinar el grado de depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad según su estado civil
3. Identificar el grado de depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad según su escolaridad.
4. Identificar el grado de depresión en mujeres de 20 a 49 años de edad según su ocupación.
5. Identificar la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentren las mujeres de 20 a 49 años de edad en la UMF 235; Atlacomulco, México.
6. Determinar la relación de la edad con el grado de depresión.
7. Identificar el grado de depresión según el número de hijos que viven en casa.

1.6. HIPOTESIS

No necesaria por ser un estudio descriptivo.

“La depresión en mujeres de 20 a 49 años es más frecuente en la etapa V del ciclo vital familiar”

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudio (diseño) fue:

- Observacional.
- Transversal.
- Prospectivo.

2.2- Población, lugar y tiempo:

La investigación se realizó con una población de 5076 mujeres de 20 a 49 años de edad adscrita en la U. M. F 235 de Atlacomulco; México. En el mes de febrero a marzo del 2009.

2.3- Tipo de muestra

No probabilístico casos consecutivos.³²

2.3.1- Tamaño de muestra

De acuerdo al censo del 2007 en la U.M.F 235 de Atlacomulco se registraron 5076 mujeres de 20 a 49 años de edad; y el cálculo del tamaño de la muestra se llevo a cabo con una p .75, una q .25, con un nivel de confianza de 95% y un nivel de precisión de .10% (según curva estándar del alemán Carl Friedric gauss), el tamaño de la muestra fue de 125 pacientes + 10% por perdidas de pacientes con un total de 137 pacientes³²

2.4- CRITERIOS DE SELECCIÓN

1.4.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 49 años de edad.
- Que vivan en pareja.
- Turno matutino y vespertino, adscritas en la UMF 235 de Atacomulco.

1.4.2 Criterios de no inclusión:

- Mujeres que se negaron a participar.
- Mujeres que padecían alguna enfermedad crónica en etapa terminal (cáncer, insuficiencia renal).
- Mujeres que padecían alguna enfermedad crónico-degenerativa: (hipotiroidismo, esquizofrenia, Diabetes, Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades de la tiroides, artritis reumatoide etc.) o pacientes con diagnóstico de depresión y con tratamiento establecido.

1.4.3 Criterios de eliminación:

- No hubo.

2.5. INFORMACIÓN A RECOLECTAR (VARIABLES)

Cuadro: 2.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Depresión (CIE 10)	Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente	Calificación obtenida en el cuestionario clínico del Dr. Guillermo Calderón Narváez para diagnosticar la depresión y su estratificación en intensidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Normal. Cuando esté entre el rango de 20 a 35. -Reacción de ansiedad; entre 36 a 39. -Depresión incipiente; de 40 a 45. -Depresión media; de 46 a 65 -Depresión severa; de 66 a 80 	Cualitativa + ordinal
Ciclo vital familiar	Concepto ordenador, para entender la evolución que atraviesan todas las familias y las crisis transicionales que pasan debido a su crecimiento y desarrollo de sus miembros, que permite entender los retos, cambios y mecanismos adaptativos	Estratificación de fases y etapas de cómo se forma y evoluciona una familia. A través del modelo de Evelyn Duvall modificado, dividiendo el ciclo vital familiar en 8 etapas.	<p>Etapa I:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comienzo de la familia “nido sin usar”. <p>Etapa II:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias con hijos (hijo mayor hasta 30 meses). <p>Etapa III:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia. Con hijos escolares (hijo mayor entre 30 meses y 6 años). <p>Etapa IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia. Con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años). <p>Etapa V:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia Con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años). <p>Etapa VI:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia como plataforma (desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último). <p>Etapa VII:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia. Madura desde el nido vacío hasta la jubilación. <p>Etapa VIII:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familias Ancianas “desde la jubilación hasta la muerte de uno de los esposos”. 	Cualitativa + nominal

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació	Grupo por edad de mujeres en decenios	- 20 a 25 años - 26 a 30 años - 31 a 35 años - 36 a 40 años - 41 a 45 años - 46 a 50 años	Cuantitativa + intervalo
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Años alcanzados en el Sistema Escolar	Numero natural.	Cuantitativa. +ordinal
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Situación de convivencia que tiene la mujer con su pareja.	- casada. - Unión libre. - viuda.	Cualitativa + Nominal
Ocupación	Acción y resultado de ocuparse u ocupar.	Identificación de la ocupación que desempeña la mujer.	- Ama de casa. - Obrera. - Empleada. - Profesionista - Técnica. - Comerciante. - Secretaria. - Estilista.	Cualitativa +Nominal
Número de hijos	Número de hijos que procreo la mujer	Número de hijos que conviven con la mujer	- Sin hijos - 1 a 2 hijos. - 3 a 4 hijos - más de 5 hijos	Cuantitativa+ De razón

2.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

2.6.1 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

- Para variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión, variables cualitativas frecuencias y porcentajes.

2.6.2 ESTADÍSTICA INFERENCIAL

- Para analizar la relación de la variable grado de depresión y ciclo vital de la familia; se hizo mediante la prueba Chi cuadrada.
- Para la presentación de los resultados, se utilizaron gráficas de barra, gráficas de pastel y finalmente, cuadro de frecuencias.

2.7.METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION

Se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar 235 del IMSS Atacomulco Estado de México, con una población de mujeres adscritas a los 8 consultorios de consulta externa, 4 del turno matutino y 4 del turno vespertino, que acudieron a consulta o acompañaron a algún familiar; fueron entrevistadas por el médico familiar quien analizo a las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión y no inclusión, para su envío a la Asistente Médica asignada por el investigador quien proporcione una cita con el investigador.

Durante la entrevista directa de la mujer con el investigador, se le informo el tipo de investigación y en qué consistiría su participación, al aceptar se le dio a firmar la carta de consentimiento informado (anexo 1). Posterior a ello, se procedió al llenado del Instrumento de Medición, el cual contenía el Cuestionario Clínico para Diagnóstico de Cuadros Depresivos de Calderón Narváez. (33-35) Y el modelo de Duvall para la estratificación de la etapa del ciclo vital familiar (29). Se llevo a cabo en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para recabar las respuestas.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

GRADO DE DEPRESION

El Cuestionario clínico para diagnostico de cuadros depresivos de Calderón Narváez (1992) validado en el hospital general de zona No. 6 del IMSS; con análisis estadístico de medidas de tendencia central, alfa de Crombach, regresión lineal simple y múltiple; correlación de Pearson (34-35) (anexo 2) con 20 reactivos, que correspondieron a los síntomas más frecuentes de trastornos del humor.

La forma de contestar a la pregunta fue no o si; al contestar si se valoro su intensidad como: poco, regular o mucho. La calificación total se obtuvo al sumar las respuestas contestadas por cada columna y se multiplicaron por el valor asignado según la intensidad: no por 1, si poco por 2, si regular por 3 y si mucho por 4. (Ver cuadro 3)

Cuadro: 3

CALIFICACION	VALOR
Preguntas contestadas en la primera columna (No) x 1=	
Preguntas contestadas en la primera columna Si (Poco) x 2=	
Preguntas contestadas en la primera columna Si (Regular) x 3=	
Preguntas contestadas en la primera columna Si (Mucho) x 4=	
Total	

La cual permitió valorar el grado de depresión:

Calificación:

- Normal; de 20 a 35.
- Reacción de ansiedad; de 36 a 39.
- Depresión incipiente; de 40 a 45.
- Depresión media; de 46 a 65
- Depresión severa; de 66 a 80

CICLO VITAL FAMILIAR (DUVALL)

Para clasificar la etapa del ciclo vital familiar, se usó el modelo de Duvall (1957) que es uno de los más conocidos y usados en la sociología actual, en la población mexicana, dividiéndolo en 8 etapas:

- Etapa I.- Es el comienzo de la familia “el nido sin usar o pareja sin hijos”.
- Etapa II.- Son las familias con hijos (el primer hijo mayor hasta los 30 meses).
- Etapa III.- Son familias con hijos preescolares (el hijo mayor está entre 30 meses y 6 años).
- Etapa IV.- Son las familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años de edad).
- Etapa V.- Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años).
- Etapa VI.- Familias como <<< plataforma de colocación>>>> desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el último.
- Etapa VII.- Son familias maduras (que va desde el >>> nido vacío <<< hasta la jubilación).
- Etapa VIII.- Son familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de alguno de ambos esposos).

Para calificar las etapas del ciclo vital familiar se realizaron las siguientes interrogantes ²⁹ (ver cuadro 4):

Cuadro: 4.

<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo? 2. ¿Cuál es la edad del hijo mayor? 3. ¿A qué edad se fue de la casa el primer hijo? 4. ¿Cuántos hijos viven con los padres? 5. ¿La pareja o la mujer se encuentra laborando o jubilada? 6. ¿Vive su pareja?

2.8. CONSIDERACIONES ETICAS

Se solicito la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

1.- La declaración de Helsinki (1964) según modificaciones establecidas en:

- 18.ª Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Helsinki, Finlandia), en junio de 1964
- 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, Octubre 1975
- 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, Octubre 1983
- 41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, Septiembre 1989
- 48ª Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996
- 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.

Nota aclaratoria al párrafo 29, añadida en la 54.ª Asamblea general de la Asociación Médica Mundial (Washington, Estados Unidos), en octubre de 2002

2.- El acuerdo que al respecto emitió la secretaria de salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 26 de enero de 1982, en sus páginas 16 y 17. Y a las normas institucionales establecidas.

Este trabajo de investigación no genero lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos fueron utilizados para el logro del objeto de esta investigación por lo que fue estrictamente confidencial; previa autorización por consentimiento informado del paciente.

3. RESULTADOS

3.1. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Variables sociodemográficas.

El universo de trabajo fue de 137 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión; en donde el rango de edad que más predominó fue de 36 a 40 años con 32, (23,35%), 31 a 35 años 31 (22.62%), 41 a 45 años 26 (18.97%), 26 a 30 años 23 (16.67%), 20 a 25 años 16 (11.67%) y 46 a 50 años 9 (6.56%). Con edad mínima de 20 años, máxima de 49 años y una media de 34.97 años y una desviación estándar de 7.148. (Ver cuadro 1,2; gráfico 1).

En relación a su escolaridad se observó una media de 9.10 años cursados, una mínima de cero; máxima de 17 años cursados y una desviación estándar de 3,723. (Ver cuadro 3, gráfico 2).

Respecto a su estado civil la categoría más frecuente fueron casadas 121 (88.3%), unión libre 14 (10.2%) y viudas 2 (1.5%). (Ver cuadro 4 y gráfico 3).

En relación a su ocupación las de mayor frecuencia fueron amas de casa 92 (67.2%), empleadas 21 (15.3%), obrera 16 (11.7%), Comerciante 3 (2.2%), profesionista 2 (1.5%), técnica 1 (.7%), secretaria 1 (.7%), estilista 1 (.7%). (Ver cuadro 5 y gráfico 4).

En relación al número de hijos que viven en casa se presentó una frecuencia mayor en el rango de 1 a 2 hijos 65 (47.45%), de 3 a 4 hijos 62 (45.26%), más de 5 hijos 7 (5.10%) y sin hijos 3 (2.19%). (Ver cuadro 6 y gráfico 5).

Según la etapa del ciclo vital se encontró una mayor frecuencia en la etapa V con 43 (31.4%), en la etapa IV con 41 (29%), la etapa VI con 23 (16.8%), la etapa III con 15 (10.9 %), la etapa II con 12 (8.8%) y la etapa I con 3 (2.2%) (Ver cuadro 7 y gráfico 6).

Respecto al grado de depresión se encontró normal a 74 (54%), reacción de ansiedad 16 (11.2%) y depresión 47 (34.3%) de la cual la depresión incipiente 17 (12.4 %), depresión media 27(19.7%) y una depresión severa en 3 (2.2%) (Ver cuadro 8 y gráfico 7).

La relación de depresión con el ciclo vital familiar en mujeres de 20 a 49 años, se observó que en la etapa I hubo 3 pacientes normales (2.2%), en la etapa II hubo 5 normales (3.6%), 2 con reacción de ansiedad (1.4%), 5 con depresión media (3.6%), en la etapa III hubo 10 con normalidad (7.3%), 5 con depresión media (3.6%), en la etapa IV se observaron 21 normales (15.3%), 3 con reacción de ansiedad (2.2%), 6 con depresión incipiente (4.4%), 8 con depresión media (5.8%) y 3 con depresión severa (2.1%), en la etapa V se observaron 25 pacientes normales (18.2%), reacción de ansiedad 6 pacientes (4.4%), depresión incipiente 7 pacientes (5.1%), depresión media 5 pacientes (3.6%), en la etapa VI se observaron 10 pacientes normales (7.3%), reacción

de ansiedad 5 pacientes (3.6%), depresión incipiente 4 pacientes (2.9%), depresión media 4 pacientes (2.9%) (Ver cuadro 9 y grafico 8).

De acuerdo al grado de depresión con su estado civil; normales 74 (54%): 64 casadas (47.7), unión libre 9 (6.6) y viuda 1 (.7); con reacción de ansiedad 16 (11.6%): casadas 15 (10.9%) y 1 unión libre (.7%); con depresión incipiente 17 (12.4%): casadas 16 (11.8%) y 1 unión libre (.7); 27 con depresión media 27 (19.7%): casadas 24 (17.5), unión libre 2 (1.4%), y 1 viuda (.7), y depresión severa: casadas 2 (1.4%) y 1 unión libre.1 (.7) (Ver cuadro 10 y grafico 9).

La frecuencia de depresión según la edad fue en los quinquenios del 31 a 35 años normales 16 (11.6%) reacción de ansiedad 4 (2,9%), depresión incipiente 5 (3.7%), depresión severa 1 (.7%), y en el quinquenio de 36 a 40 años normales 16 (11.6%), reacción de ansiedad 3 (2.2%), depresión incipiente 5 (3,7%), depresión media 6 (4.4%) y depresión severa 2 (1.4%) (Ver cuadro 11 y grafico 10).

El grado de depresión según su ocupación se presento en su gran mayoría en amas de casa, con un estado normal 9 (6.6%), reacción de ansiedad 11 (8%), depresión incipiente 12 (8.7%), depresión media 19 (13.9%) y depresión severa 3(2,1%). (Ver cuadro 12 y grafico11).

La frecuencia de depresión según su escolaridad la mayoría fue en promedio de 9 años cursados, observándose estado normal en 26 mujeres , reacción de ansiedad 6, depresión incipiente 5, depresión media 12 y depresión severa 1 (36.49%) (Ver cuadro 13 y grafico 12).

Con respecto al grado de depresión según al número de hijos en el hogar se observo una similitud en ambos rangos; de 1 a 2 hijos 33 mujeres fueron normales (24%), con reacción de ansiedad 9 (6.6%), depresión insipiente 5 (3,6%), depresión media 16 (11.7%), depresión severa 2 (1,4%); en el rango de 3 a4 hijos 33 mujeres fueron normales (24%), con reacción de ansiedad 7 (5.1%), depresión incipiente 11 (8%), depresión media 10 (7.3%), y depresión severa 1 (.7%) (Ver cuadro 14 y grafico 13).

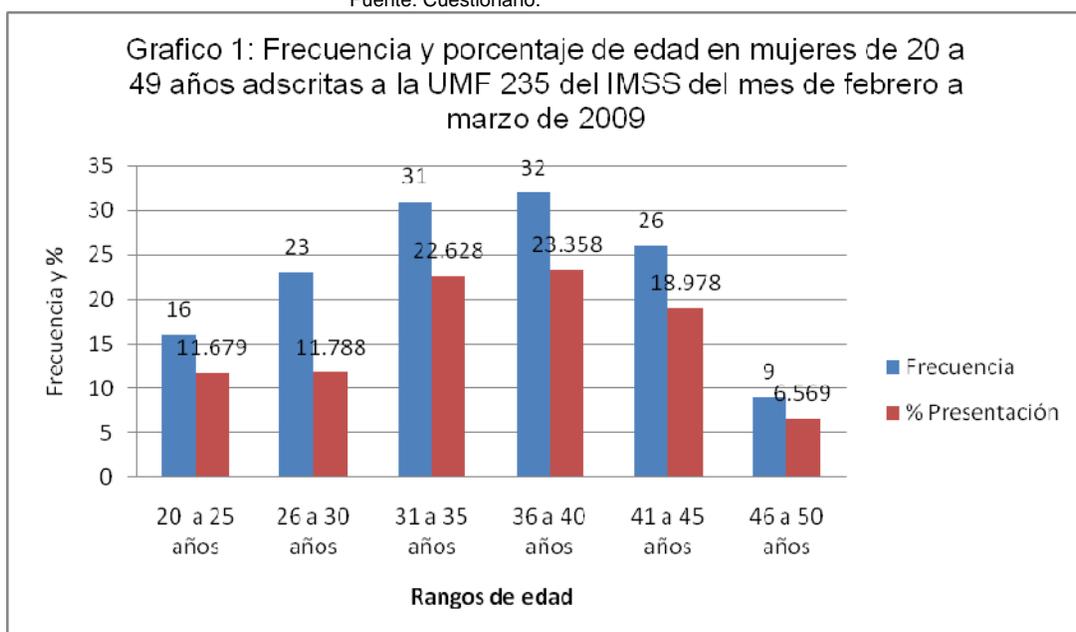
Se realizó chi cuadrado de Pearson para determinar si había relación entre depresión y el ciclo vital familiar de las mujeres, la cual resulto sin significancia estadística con 0.161.

3.2. TABLAS Y GRAFICAS

Cuadro 1. Frecuencia y porcentaje de edad en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Rangos de edad	Frecuencia	% de presentación
20 a 25 años	16	11.679
26 a 30 años	23	16.788
31 a 35 años	31	22.628
36 a 40 años	32	23.358
41 a 45 años	26	18.978
46 a 50 años	9	6.569
total	137	100

Fuente: Cuestionario.



Fuente: Cuestionario.

Cuadro 2: Promedio de edad en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Valor.	Edad.
Máximo	49
Media	34.97
Mínima.	20
Desviación estándar.	7.148

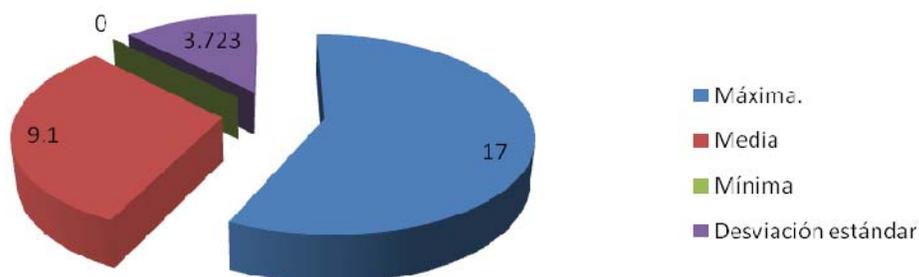
Fuente: Cuestionario.

Cuadro 3: Promedio de escolaridad en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Valor.	Escolaridad.
Máxima.	17
Media.	9.10
Mínima.	0
Desviación estándar.	3.723

Fuente: Cuestionario.

Grafico:2 Promedio de escolaridad en mujeres de 20 a 49 años de edad adscritas en la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.



Fuente: Cuestionario.

Cuadro 4: Frecuencia y porcentaje del estado civil de mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Estado civil.	Frecuencia	Porcentaje
casada	121	88
unión libre	14	10
viuda	2	2
Total	137	100.0

Fuente: Cuestionario.

Grafico 3 . frecuencia y porcentaje del estado civil de mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

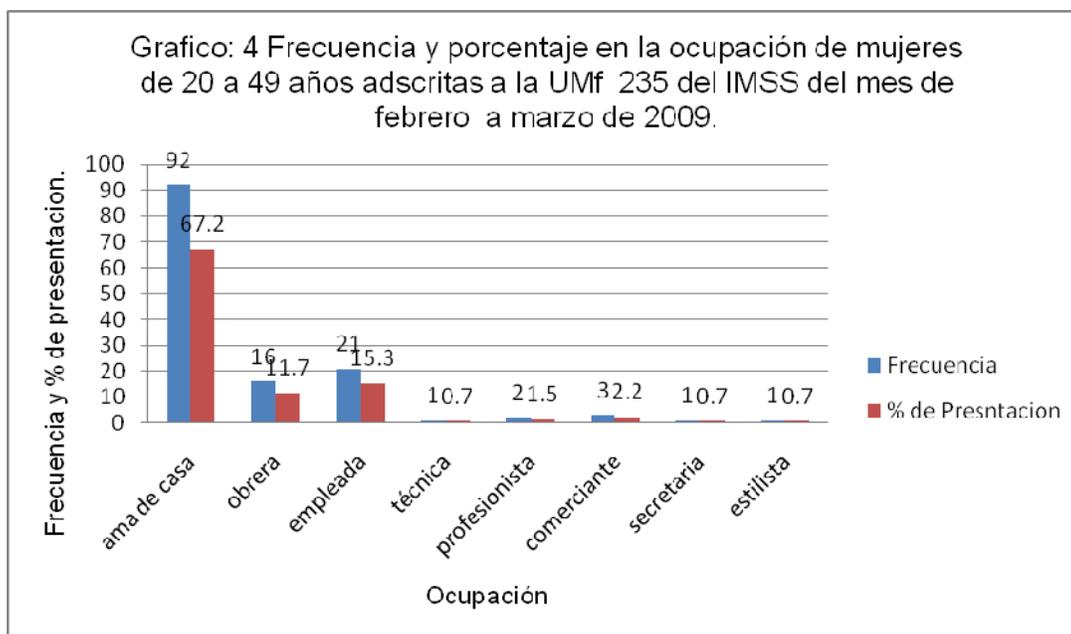


Fuente: Cuestionario.

Cuadro 5. Frecuencia y porcentaje en la ocupación de mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	92	67.2
obrera	16	11.7
empleada	21	15.3
técnica	1	.7
profesionista	2	1.5
comerciante	3	2.2
secretaria	1	.7
estilista	1	.7
Total	137	100.0

Fuente: Cuestionario.



Fuente: Cuestionario.

Cuadro 6. Frecuencia y porcentaje de hijos que viven en hogares de mujeres de 20 a 49 años de edad adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009

No. de hijos en casa	Frecuencia	% de presentación
Sin hijos	3	2.19
1 a 2 hijos.	65	47.45
3 a 4 hijos.	62	45.26
Más de 5 hijos.	7	5.10
total	137	100

Fuente: Cuestionario.

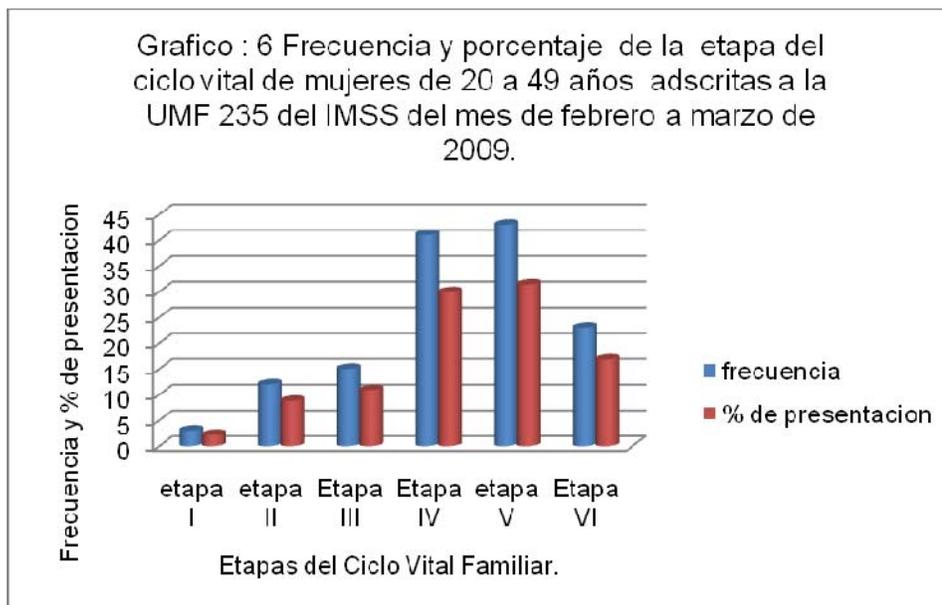


Fuente: Cuestionario.

Cuadro 7. Frecuencia y porcentaje de etapas del ciclo vital familiar en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Etapas del ciclo vital familiar	Frecuencia	Porcentaje
Etapa I.	3	2.2
Etapa II.	12	8.8
Etapa III.	15	10.9
Etapa IV.	41	29.9
Etapa V.	43	31.4
Etapa VII.	23	16.8
Total	137	100.0

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

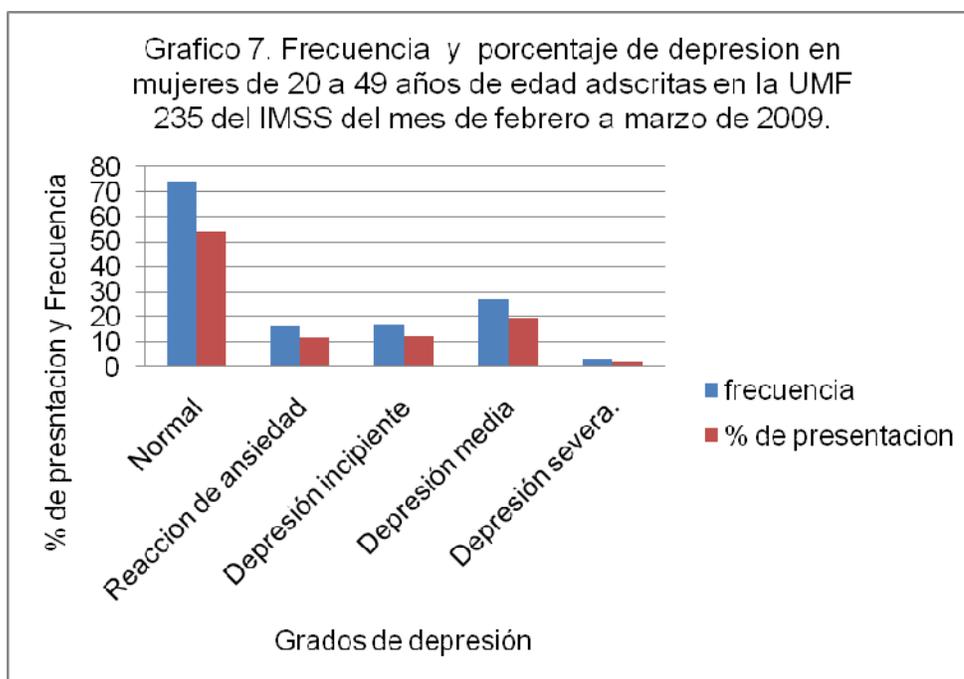


Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 8. Frecuencia y porcentaje de depresión en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Grado de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal: 20 a 35.	74	54.0
Reacción de ansiedad: 36 a 39.	16	11.7
Depresión incipiente: 40 a 45.	17	12.4
Depresión media: 46 a 65.	27	19.7
Depresión severa: 66 a 80.	3	2.2
Total	137	100.0

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

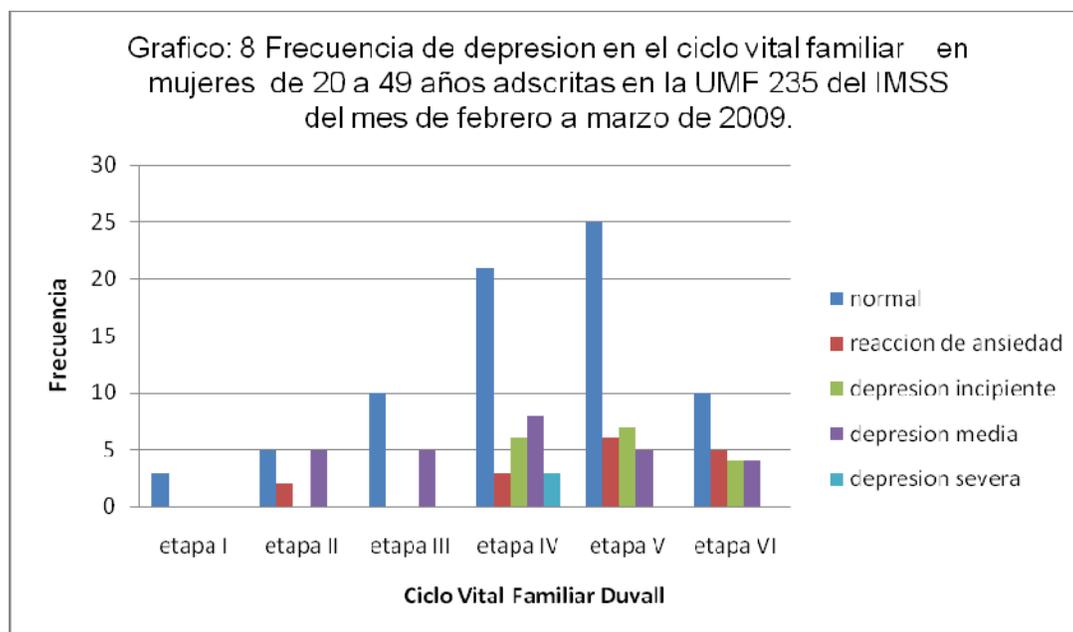


Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 9: Frecuencia de depresión en el ciclo vital familiar en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Etapas C VF	Grado de depresión										total
	Normal		Reacción de ansiedad		Depresión incipiente		Depresión medio		Depresión severa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Etapa I.	3	2.2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Etapa II.	5	3.6	2	1.4	0	0	5	3.6	0	0	12
Etapa III.	10	7.3	0	0	0	0	5	3.6	0	0	15
Etapa IV.	21	15.3	3	2.2	6	4.4	8	5.8	3	2.1	41
Etapa V.	25	18.2	6	4.4	7	5.1	5	3.6	0	0	43
Etapa VI.	10	7.3	5	3.6	4	2.9	4	2.9	0	0	23
Total	74	54	16	11.6	17	12.4	27	19.7	3	2.2	137

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

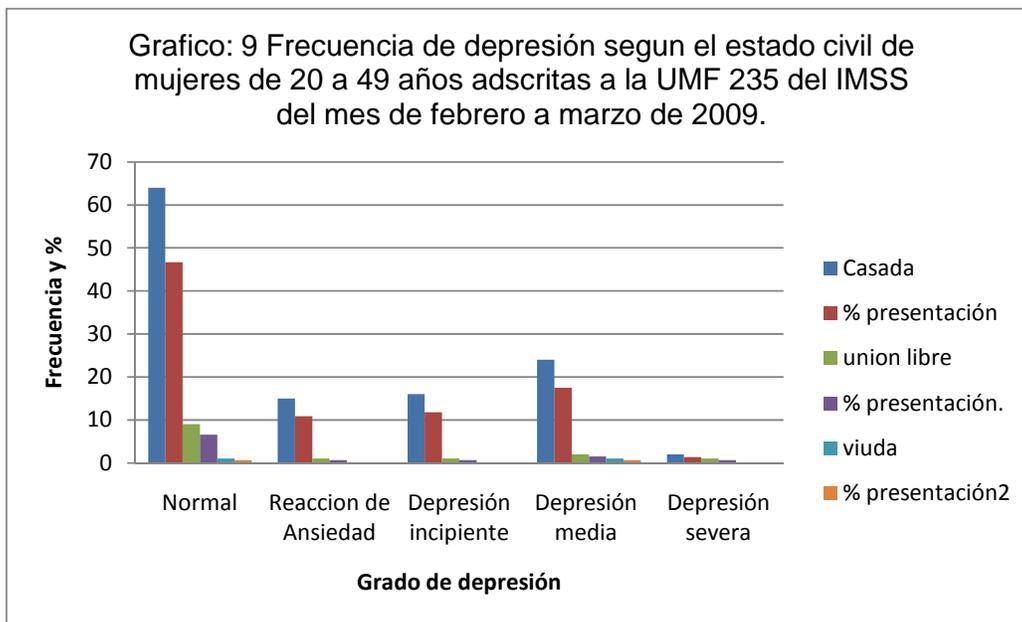


Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 10: Frecuencia de depresión según el estado civil de mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Grado de depresión	Estado civil						Total	
	Casada		Unión libre		viuda			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	64	46.7	9	6.6	1	.7	74	54
Reacción de ansiedad	15	10.9	1	.7	0	0	16	11.6
Depresión incipiente	16	11.8	1	.7	0	0	17	12.4
Depresión media	24	17.5	2	1.4	1	.7	27	19.7
Depresión severa	2	1.4	1	.7	0	0	3	2.2
Total.	121	88.3	14	10.2	2	1.4	137	100

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall/ y el cuestionario de Calderon NG,

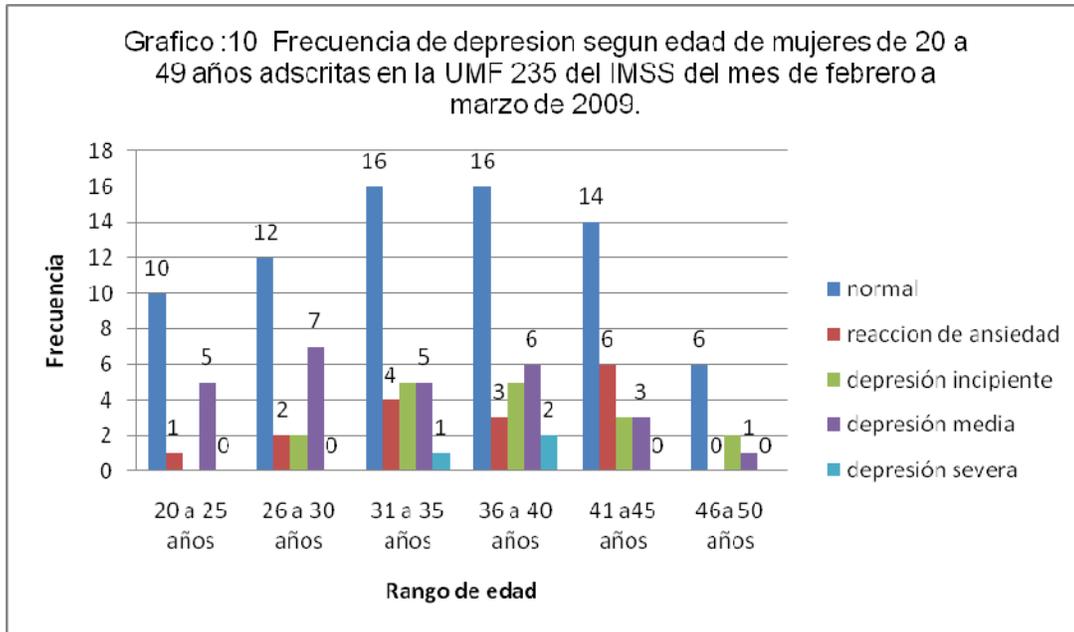


Fuente: Cuestionario del ciclo vital familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 11: Frecuencia de depresión según la edad en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Edad en años	Grado de depresión										total
	normal		Reacción de ansiedad		Depresión incipiente		Depresión media		Depresión severa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
20 a 25 años	10	7.3	1	.7	0	0	5	3.7	0	0	16
26 a 30 años	12	8.9	2	1.4	2	1.4	7	5	0	0	23
31 a 35 años	16	11.6	4	2.9	5	3.7	5	3.7	1	.7	31
36 a 40 años	16	11.6	3	2.2	5	3.7	6	4.4	2	1.4	32
41 a 45 años	14	10.2	6	4.4	3	2.2	3	2.2	0	0	26
46 a 50 años	6	4.4	0	0	2	1.4	1	.7	0	0	9
total	74	54	16	11.6	17	12.4	27	19.7	3	2.1	137

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

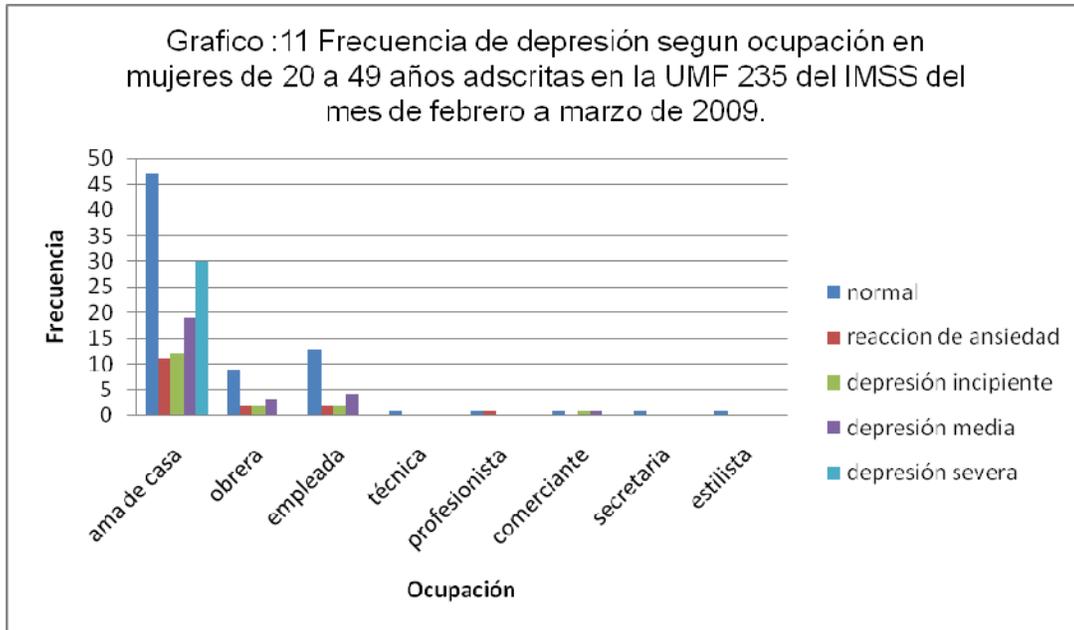


Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 12: Frecuencia de depresión según ocupación en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Ocupación	Depresión										total
	Normal.		Reacción de ansiedad		Depresión incipiente		Depresión media		Depresión Severa.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ama de casa	47	34.3	11	8	12	8.7	19	13.9	3	2.1	92
Obrera	9	6.6	2	1.4	2	1.4	3	2.1	0	0	16
Empleada	13	9.5	2	1.4	2	1.4	4	2.9	0	0	21
Técnica	1	.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Profesionista	1	.7	1	.7	0	0	0	0	0	0	2
Comerciante	1	.7	0	0	1	.7	1	.7	0	0	3
Secretaria	1	.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Estilista	1	.7	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	74	54	16	11.6	17	12.4	27	19.7	3	3	137

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

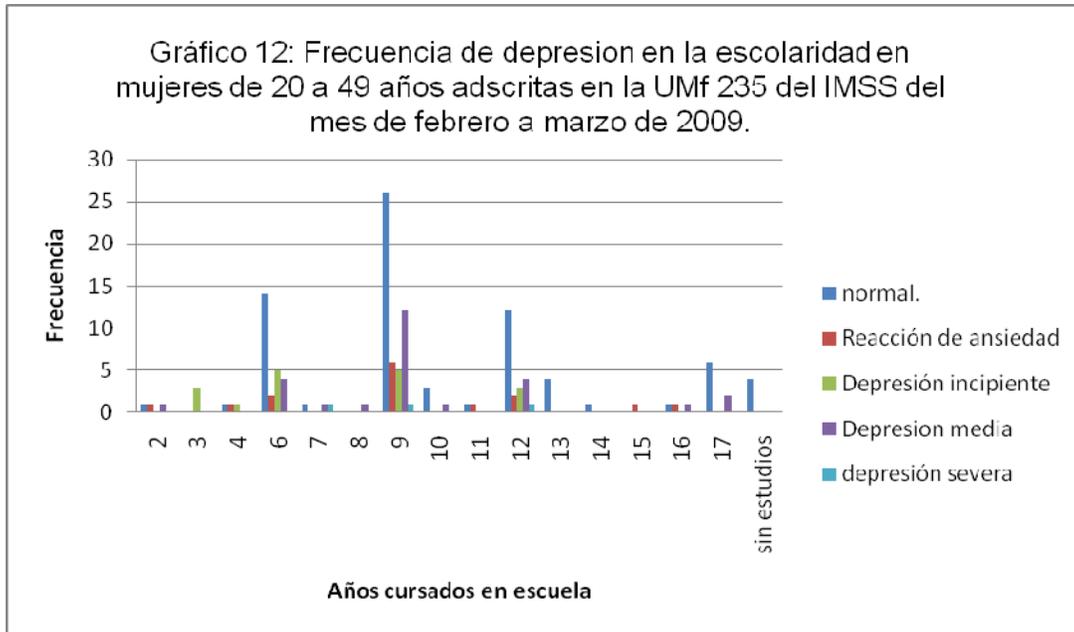


Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 13: Frecuencia de depresión según escolaridad en mujeres de 20 a 49 años adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009.

Escolaridad (años cursados)	depresión					total
	Normal (n)	Reacción de ansiedad(n)	Depresión incipiente(n)	Depresión media(n)	Depresión severa(n)	
2	1	1	0	1	0	3
3	0	0	3	0	0	3
4	1	1	1	0	0	3
6	14	2	5	4	0	25
7	1	0	0	1	1	3
8	0	0	0	1	0	1
9	26	6	5	12	1	50
10	3	0	0	1	0	4
11	1	1	0	0	0	2
12	12	2	3	4	1	22
13	4	0	0	0	0	4
14	1	0	0	0	0	1
15	0	1	0	0	0	1
16	1	1	0	1	0	3
17	6	0	0	2	0	8
Sin estudios	4	0	0	0	0	4
total	7	15	17	27	3	137

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG:



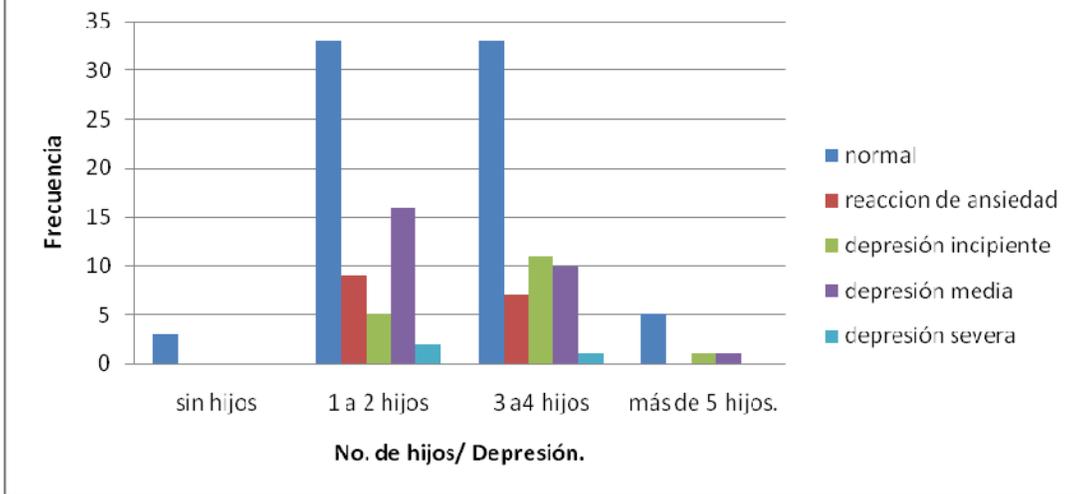
Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Cuadro 14: Frecuencia de depresión de acuerdo al número de hijos en el hogar de mujeres de 20 a 49 años de edad adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero a marzo de 2009

Hijos que viven en casa.	depresión										total	
	normal		Reacción de ansiedad		Depresión Incipiente		Depresión media		Depresión Severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin hijos.	3	2.2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2.2
1 a 2 hijos.	33	24	9	6.6	5	3.6	16	11.7	2	1.4	65	47.4
3 a 4 hijos	33	24	7	5.1	11	8	10	7.3	1	.7	62	45.3
Más de 5 hijos	5	3.6	0	0	1	.7	1	.7	0	0	7	5.1
total	74	54	16	11.7	17	12.4	27	19.7	3	2.1	137	100

Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

Grafico 13: Frecuencia de depresion de acuerdo al numero de hijos en el hogar de mujeres de 20 a49 años de edad adscritas a la UMF 235 del IMSS del mes de febrero de marzo de 2009.



Fuente: Cuestionario del Ciclo Vital Familiar E. Duvall / Cuestionario de Calderon NG.

4. DISCUSION

La depresión sigue siendo una de las enfermedades que con mayor frecuencia se presenta; siendo las mujeres las más afectadas en una relación de 2:1. La cual se incrementa conforme avanza la edad íntimamente ligada a la etapa del ciclo vital familiar derivado de los ajustes que en ella se presentan para mantener su homeostasis. En nuestro estudio se encontró un 34.3% de depresión en la población estudiada, cifra superior a la reportada por la OMS 10 a 20% ^{7,8}En cuanto a la edad el rango de mayor frecuencia fue de 36 a 40 años con un 9.5%, estando dentro del rango que menciona la OMS (25 a 44) ⁸. En lo que respecta a la etapa del ciclo vital familiar prevaleció el 12.3% en la etapa IV y 8.7% en la etapa V, lo que no concuerda con las observaciones de E. Duvall quien refiere predominio de depresión en la etapa II. En cuanto a la escolaridad la media fue de 9.10 años, que corresponde a un nivel medio, lo cual concuerda con el tipo de población sub-urbana, en donde habitualmente se encuentra en un nivel bajo de escolaridad. La mayoría fue casada con un 88.3% y de estas 30.4% resulto con depresión, contrario a lo que refiere Matud ^{36,37}, que sufren más las viudas que las casadas. Brazelton, Greene y Gynther (1996) encontró que las mujeres que trabajaban en el hogar tenían menor nivel de estrés pero mayor depresión y las que tomaban roles fuera de casa tenían mayor estrés. En relación al número de hijos quien presento mayor frecuencia fue de 1 a 2 hijos con un 47.4% de los cuales hubo depresión en la mujer en un 16.7%. Es relevante la notoria disminución del número de hijos por familia, lo cual se explica entre otros factores por la inserción de la mujer en actividades laborales fuera de la casa, lo que condiciona estrés con repercusión en las funciones dentro de la familia.

5. CONCLUSIONES

En el trabajo realizado puedo concluir que:

Es importante comentar la relevancia de los resultados, ya que la población estudiada no se conocía portadora de algún trastorno de ánimo, lo cual se explica por la baja información que se tiene de este padecimiento, tanto por el paciente como por el médico, esto nos lleva a un subregistro y a la falta de estrategias dirigidas a limitar el daño. La etapa del ciclo vital IV y V que contempla la adolescencia es un factor de riesgo psicosocial para manifestar depresión en la mujer; lo que pone en riesgo para que surja una disfunción familiar. Requiriendo aplicar instrumentos de evaluación de funcionalidad familiar que nos permitan identificar la repercusión de la depresión dentro de la familia.

Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas, por lo que se sugiere continuar esta línea de investigación que permita indagar profundamente sobre los factores que influyen para valorar su impacto en la vida del paciente y su familia.

6. SUGERENCIAS

Es necesario establecer estrategias educativas dirigidas a mejorar la competencia clínica del médico familiar, que permita el diagnóstico y tratamiento adecuado e integral de los diferentes trastornos del ánimo, así mismo pláticas y talleres a las mujeres con la finalidad de identificar síntomas y signos de los trastornos del ánimo que le permitan buscar orientación médica en forma oportuna.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Stanley W; Jackson; Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna; Turner, Madrid, 1989.
2. Díaz LJ., Torres Lio-Coo V., Urrutia Zerquera E., Moreno Puebla R., Font Darías I., Cardona Monteagudo M., Factores Psicosociales de la depresión Rev Cubana Med Milit 2006; 35(3):1-8.
3. Laín Entralgo P., Historia de la medicina, Masson. Barcelona, 2006.
4. Diccionario Lengua Española, Espasa Calpe S.A; Madrid; 2005.
5. Diccionario de Medicina Océano mosby, grupo océano, España.
6. Gutiérrez Castillo AJ., Barrera Párraga J., Cuevas A., Serdán Sánchez L. Formas Clínicas de Depresión, En: PAC-MF-1; 7, Programa de Actualización Continua de Medicina Familiar, 2000 (2) Intersistemas; 1-48.
7. Ayuso Mateos JL.; Depresión: Una prioridad en Salud pública; Med. Clin: Barcelona, 2004: 132(5) 181-6.
8. World Health Organization; The world health report 2001 mental health; New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
9. Pinccinelli M. Gender, Differences in depression. Br J. Psychiatry, 2000, 177; 486-492.
10. Peralta pedrero ML.; Mercado Castelazo E; Cruz Avelar A; Sánchez Márquez O; Lemus Rocha R; Martínez García MC; Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar; Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc., 2006; 44(5): 409-414.
11. Valencia Collazos M., Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día mundial de la salud mental 2007 Salud Mental, 2007; 30(2): 75-80.
12. Bello M., Puentes Rosas E., Medina Mora ME., Lozano R., Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México; Salud Publica de México, 2005; supl. 47. S4-S11.
13. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: globalburden of disease study, Lancet 1997,349:1498-1504
14. Boschett - Fentanes B., La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar; Archivos en Medicina Familiar México, 2004,6(3); 61-63.
15. Medina Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JB, Fleiz BC., et al; Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios; Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment. 2003; 26, 1-16.
16. Benjet C., Borges G., Medina-mora ME., Fleiz- Bautista C., Zambrano-Ruiz J., La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento, salud pública de México, 2004; 46,417-424.

17. Guadarrama L., Escobar A., Zhang L., Monografías: Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión; Rev. Fac. Med. UNAM, 2006,49 (2); 66-72.
18. Zandio M., Ferrin M., Cuesta MJ., Neurobiología de la depresión; ANALES Sis San Navarra, 2002; 25 (supl.3):43-62.
19. Manji.HK, Lenox HR., Signaling; cellular insights into pathophysiology of bipolar disorder, Biol. Psychiatry, 2000; 48:518-527.
20. Cassano P., Fava M. Depression and Public Health. An Overview. J Psychosom Res 2002; 53:849-853
21. Rubinow DR., Schmidt PS., Roca CA., Interactions Estrogen-Serotonin: Implications for Affective regulation. Biological Psychiatry.1998, 44(9):839-850.
22. Schmidt PJ., Neiman LK., Danaceau MA., Adams LF., Rubinow DR., Differential behavioural effects of gonadal steroids in women with and in those without Premenstrual syndrome. Journal of the American Medical Association, 1998; 338; 209-216.
23. Burti VK., Stein K., Epidemiology of depression throughout the female life cycle, J.Clin Psychiatry, 2002: 63: 9-15.
24. López Ibor Aliño JJ., Valdez Millar M; DSM-IV-TR., Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales; Barcelona; Masson, ed. 2002.
25. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). 10ª edición, 2003; Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) Ginebra 1992.
26. Huerta González. JL, Estudio de la salud familiar, En Programa de Actualización Continua en Medicina Familiar PAC MF-1(4) 1ra ed.; México, Intersistemas, 1999 p. 05-38
27. Diccionario Esencial de la Lengua Española, España, Espasa, Calpe.2006.
28. Membrillo Luna A., Fernández Ortega MA, Quiroz Pérez JR, Rodríguez López JL; Familia: Introducción al estudio de sus elementos, 1ra ed. México, Editores de Textos Mexicanos, 2008.
29. Barrancos A., Cantale CR., Ciclo vital familiar: Curso Básico de la Medicina Familiar 2003; Centro Privado de Medicina Familiar de la Universidad del Sur de California (USC); USA 1-13.
30. Huerta JL., Medicina Familiar: la familia en el proceso salud enfermedad; 1ra ed., México, editorial Alfil, 2005.
31. De la Revilla AL., La disfunción familiar, aten prim., 1992(10)2:582-583.
32. Ponce Rosas ER, Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A; El tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones Mayores de 10000 elementos; En: Temas de Interés, Aten Fam. 2007 ,14(2): 44-53.
33. Calderón N.G., Cuestionario clínico para diagnostico de cuadros depresivos. Rev. Med. IMSS (México) 1992; 30:377-80.

34. Morales. RM., Ocampo AVM, Alvarado CR., Validez y confiabilidad del cuestionario clínico de síndrome depresivo. Arch. Neurocién 1996; 1(1):11-15.
35. Almanza Muñoz J.J., Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención; Rev. Sanid. Milit., Méx; 2004,58(3); 209-222.
36. Matud M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. Relevancia de las variables Sociodemográficas en las diferencias de género en depresión International Journal of Clinical and Health Psychology, 2006, 6(1), 7-21.
37. Olmedilla Zafra, A.; Ortega Toro, E. y Madrid Garrido, J. Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres: Un estudio correlacional. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte 2008 vol. 8 (31) pp. 224-243.

8. ANEXOS:

Anexo 01

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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 en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable:

Anexo 02:

Edad _____ Escolaridad _____ Estado civil _____ Ocupación _____ fecha _____

MODELO DEL CICLO VITAL FAMILIAR (DUVALL).

Preguntas	respuestas	Etapa del CVF
1.- ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo?		
2.- ¿Cual es la edad del hijo mayor?		
3.- ¿A qué edad se fue de la casa el primer hijo?		
4.- ¿Cuántos hijos viven con los padres?		
5.- ¿La pareja o la mujer se encuentra laborando o jubilada?		
6.- ¿Vive su pareja?		

CUESTIONARIO CLINICO DEL DR. GUILLERMO CALDERÓN NARVÁEZ.

pregunta	no	si		
		poco	regular	mucho
1.- ¿Se siente triste o afligida?				
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3.- ¿Duerme mal de noche?				
4.- ¿En la mañana se siente peor?				
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito?				
7.- ¿Se siente obsesiva o repetitiva?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10.- ¿Siente presión en el pecho?				
11.- ¿Se siente nerviosa, angustiada o ansiosa?				
12.- ¿Se siente cansada o decaída?				
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.- ¿Le duele la cabeza o la nuca con frecuencia?				
15.- ¿Esta mas irritable o enojona que antes?				
16.- ¿Se siente insegura, con falta de confianza en usted misma?				
17.- ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18.- ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19.- ¿Siente deseos de morir?				
20.- ¿Se siente apática, sin interés en las cosas?				

