



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“Disfunción Familiar y Trastorno Distímico en
Adolescentes Adscritos a la UMF 15 Prado Churubusco”**

TESIS

Para Obtener el Título de Médico Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Johan Indalecio Martínez

DIRECTORES DE TESIS:

E. M. F. Dra. Ana Gloria Toro Fontanell

U. M. Q. Dr. Alberto Moctezuma Cobos

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Ciudad De México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TITULO

“DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO”

PROPUESTA DE ANTEPROYECTO PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Nombre completo: Indalecio Martínez Johan

Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar

Matricula: 97380750

Lugar de Trabajo: Consulta Externa de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar Número 15. Delegación 4 Sur

Teléfono: 5522558331 (móvil) Fax: sin fax.

e-mail: spidey_jim@live.com.mx

ASESOR CLINICO:

Nombre completo: Dr. Alberto Moctezuma Cobos

Medicina de Urgencias Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar

Matricula: 98376101

Lugar de Trabajo: Atención Médica Continua

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar número 15. Delegación 4 Sur

Teléfono: 55 48115344 (móvil) Fax: sin fax.

e-mail: Alberto.mc.urg@gmail.com

ASESOR METODOLOGICO:

Nombre completo: Dra. Ana Gloria Toro Fontanell

Médico Jefe de Servicio de Medicina familiar

Matricula: 99379059

Lugar de Trabajo: Coordinación Médica de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar número 15. Delegación 4 Sur

Teléfono: 5544907941 (móvil) Fax: sin fax.

e-mail: anafontanell@hotmail.com

INDICE	PAGINA
1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCION	4
2.1 Marco Teórico	6
2.1.1 Trastorno Distímico	6
2.1.2 Adolescencia y Animo	11
2.1.3 Funcionalidad y Disfunción Familiar	13
2.1.4 Distimia y Disfunción Familiar	15
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
5. OBJETIVOS	21
5.1 Objetivo General	21
5.2 Objetivo Especifico	21
6. HIPÓTESIS	22
7. MATERIAL Y METODOS	23
7.1 Tipo de estudio	23
7.2 Diseño de la Investigación	24
7.3 Operalización de variables	26
7.3.1 Definición conceptual de variables	26
7.3.2 Definición operacional conceptual de variables	27
7.4 Universo del Trabajo y Muestra	28
7.4.1 Calculo de la muestra	28
7.5 Criterios de selección	29
7.5.1 Criterios de inclusión	29
7.5.2 Criterios de exclusión	29
7.5.3 Criterios de eliminación	29
7.6 Diseño estadístico	29
7.7 Instrumentos de Investigación	30
7.7.1 MINI	30
7.7.2 FF-SIL	31
7.8 Desarrollo del proyecto	33
7.9 Limite de espacio	33
7.10 Limite de tiempo	33
8. RESULTADOS	34
9. CUADROS Y GRAFICAS	36
10. DISCUSION	44
11. CONCLUSIONES	52
12. RECOMENDACIONES	54
13. IMPLICACIONES ÉTICAS	56
14. ORGANIZACIÓN Y CRONOGRAMA	57
14.1 Cronograma	58
15. BIBLIOGRAFÍA	59
16. ANEXOS	65
16.1 MINI	66
16.2 FF SIL	67
16.3 Consentimiento y asentimiento informado	68

“DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO”

Indalecio Martínez Johan¹, Toro Fontanell Ana Gloria², Moctezuma Cobos Alberto³

1. Residente de Tercer Año Medicina Familiar, UMF 15 IMSS.
2. Investigador Responsable. Médico Especialista en Medicina Familiar, UMF 15 IMSS.
3. Investigador responsable. Médico Especialista en Medicina de Urgencias, UMF 15, IMSS.

RESUMEN: Los problemas de salud mental se han incrementado y contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades. Los trastornos del ánimo son más frecuentes en adolescentes. Se estima que para el 2020 la distimia ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante. **OBJETIVO:** Se identificará la asociación entre Disfunción Familiar y Trastorno Distímico en Adolescentes adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco. **MATERIAL Y METODO:** Se realizará de un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo, que será aplicado a un grupo de adolescentes que estén adscritos a la UMF 15, en el periodo de 2018 a 2019. **RESULTADOS:** Se buscará si existe algún grado de disfunción familiar o de trastorno distímico, y la relación entre ambos procesos. **CONCLUSIONES:** Se valorarán los resultados obtenidos y se compararán con los resultados obtenidos en otros estudios realizados a cerca de tema.

Palabras clave: Trastorno Distímico, Disfunción Familiar, Adolescencia.

INTRODUCCION

Los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas y contribuyen, importantemente, a la carga global de enfermedades y discapacidades. En el caso de niños y adolescentes según los reportes epidemiológicos mundiales, la prevalencia de enfermedad mental es del 20 % del cual un 4 a 6 % requiere intervención clínica.¹

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes realizada en 2016 en sujetos de 12 a 17 años de edad, hay escasez de datos epidemiológicos en población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo. Un porcentaje del 6.4 % de la población mexicana ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia aproximada del 6% en la población en general, se presenta en igual porcentaje en ambos sexos en niños y adolescentes.²

En base a estos datos se puede estimar la importancia de estudiar este tipo de trastorno, pues tienen un gran peso en la etiología de varias patologías. Los niños y adolescentes constituyen un grupo que vive en condiciones o circunstancias difíciles, lo que condiciona riesgos de ser afectados por algún trastorno mental. En esta etapa de la vida generan un gran costo no solo por el sufrimiento, sino también por las secuelas que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta como un menor alcance educativo, laboral y económico, menor productividad laboral, embarazos no deseados, accidentes automovilísticos y relaciones interpersonales y familiares disfuncionales.³

Dentro del espectro de Trastornos Afectivos, se estima que para el año 2020 la distimia ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante. Diferentes estudios longitudinales en niños y adolescentes con trastorno de distimia sugieren un riesgo elevado de episodios depresivos recurrentes, vinculados con suicidios y otros comportamientos autodestructivos que inician en esta etapa y pueden prolongarse hasta la edad adulta.⁴

Se reporta que la depresión, los intentos suicidas, las conductas alimenticias de riesgo y la ansiedad se encuentran entre los trastornos más frecuentes en estos grupos; un posible factor causal de la depresión y distimia está relacionado con las disfunciones familiares como se ve en los adolescentes con padres separados o divorciados.⁵

MARCO TEORICO

En México, la prevalencia del Trastorno Distímico en el 2010 era del 6%, donde al menos una vez en la vida se había presentado un episodio de distimia con una mediana de edad de inicio de 21 años. A partir de esta edad se menciona ser de inicio tardío o antes de esta fecha como inicio temprano, por lo cual nos referimos a niños y adolescentes como Distimia de inicio temprano. Se presenta igual en sexo femenino y masculino. Cabe mencionar que el tratamiento deberá durar de 6 a 12 meses, pero cerca del 20% abandonan el tratamiento en el primer mes, 44% en los 3 meses, y 60% dentro de los 6 primeros meses. El primer episodio persiste alrededor de 31 meses (comparado con 16 meses en la etapa adulta), durante los cuales, por lo general, no reciben tratamiento.⁶

1. TRASTORNO DISTIMICO

El trastorno distímico o distimia es un trastorno afectivo parecido a la depresión en la cual los síntomas tienen una duración mayor que en la depresión, es decir son crónicos se pueden llegar a presentar de forma continua por un periodo mínimo de 2 años; sin embargo la severidad e intensidad de los síntomas es menor, asociado con estrategias inadecuadas a situaciones de estrés.⁷

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud en su Decima revisión (CIE-10) incluye a la distimia en los trastornos persistentes del humor, y considera a la depresión crónica que no corresponde con la descripción para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios; se puede encontrar con la clave F 34.1.⁸

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

De acuerdo al “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Edition Fourth” (DSM-IV-TR) (Manual de Diagnóstico y Estadística de Enfermedades Mentales en su Cuarta edición), la Distimia cuenta con los siguientes Criterios Diagnósticos:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años; en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser al menos de 1 año.

- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - 1. Pérdida o aumento de apetito
 - 2. Insomnio o hipersomnias
 - 3. Falta de energía o fatiga
 - 4. Baja autoestima
 - 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - 6. Sentimientos de desesperanza

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

- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración, por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

- E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga o medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo⁹.

Dependiendo de la edad de inicio se puede dividir en 2 subclases: Distimia de inicio temprano: cuando inicia antes de los 21 años, llamada distimia de inicio temprano y Distimia de inicio tardío: cuando inicia después de los 21 años¹⁰.

ETIOLOGIA

Es multifactorial, aunque desde el antecedente genético se reconoce una heredabilidad de los síntomas depresivos, en los parientes de primer grado de niños y adolescentes. Así como factores programados biológicamente (temperamento difícil, inhibición social, afectividad negativa). Dentro de los factores psicosociales: Disfuncionalidad familiar, ya que entre más pequeño es el individuo depende en su totalidad de la familiar para cubrir sus necesidades y verse afectado por los factores existentes en su núcleo familiar; así como las afecciones que se pueden presentar en su círculo escolar (tipo de educación, relaciones entre compañeros) y/o social (bajas condiciones socioeconómicas, culturales y educativas)¹¹.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia calculada a lo largo de la vida del trastorno distímico es aproximadamente 4-17% (media ponderada: 12.1%). En España y otros países europeos la prevalencia es inferior, aunque una de las características más notables es que se presenta una edad de inicio más temprano con altas tasas de comorbilidad y cronicidad. En México, la prevalencia mencionada en 2015 del trastorno depresivo mayor es del 7.9% (donde se incluye la distimia), del cual un 5.3% corresponde al sexo femenino y un 2.5% para el sexo masculino. Pero como ya se mencionó anteriormente la prevalencia en adolescentes era del

6%, presentándose un porcentaje equitativo en ambos sexos de niños y adolescentes, a diferencia de los adultos en donde predomina el sexo femenino¹².

En el año 2017 en la Unidad de Medicina Familiar número 15 del Instituto Mexicano del Seguro Social se brindaron un total de 164 atenciones en ambos turnos por Distimia, de las cuales un 82.31% correspondieron a pacientes del sexo femenino, un 17.68% correspondieron al sexo masculino; un 0.6 % del total correspondieron a pacientes adolescentes y el 99.4% fueron pacientes adultos, esto indicaría una prevalencia inferior a la mostrada en los datos nacionales, siendo importante la realización de un diagnóstico temprano de esta patología en los adolescentes. La evaluación dirigida hacia este tipo de trastornos afectivos no es rutinaria por lo que se puede estar omitiendo su diagnóstico en los adolescentes, siendo más evidente en pacientes adultos; su diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno en adolescentes podría prevenir la cronicidad y reduciría sus secuelas en la edad adulta.¹³

DIAGNÓSTICO.

Para diagnosticar este trastorno debe existir la presencia de un ánimo deprimido la mayoría del tiempo al menos durante dos años en adultos, y uno en niños y adolescentes. El paciente no debe presentar síntomas que permitan diagnosticar un trastorno depresivo mayor y no haber sufrido ningún episodio maníaco o hipomaníaco. Aunque cabe mencionar que tanto el episodio depresivo mayor y la distimia son catalogados como trastornos del ánimo dentro del DSM V, lo que puede condicionar confusión al momento de realizar su diagnóstico.¹⁴

SÍNTOMAS.

Los síntomas de este trastorno son estables aunque pueden experimentar variaciones temporales en la gravedad de los mismos. Los pacientes con trastorno distímico pueden ser a menudo sarcásticos, nihilistas, sórdidos, exigentes y quejarse constantemente; pueden mostrarse tensos, rígidos e incluso resistirse a la intervención terapéutica aunque acudan regularmente a las consultas; pueden quejarse del mundo y de que son maltratados por sus

familiares, hijos, padres, amigos, y por el sistema. La sintomatología puede producirse de los 15 a los 45 años, la sintomatología puede ser distinta con la edad, los jóvenes son datos más del comportamiento y los adultos tienen más sintomatología somática. El DSM V no introduce cambios significativos con respecto a los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor.¹⁵

TRATAMIENTO.

La combinación de terapia cognoscitiva o conductual y farmacoterapia puede ser el tratamiento más efectivo para este trastorno. El objetivo general de la terapia cognitiva es mejorar el control emocional así como la reducción de las emociones negativas (reducción del estrés, mejora de la autoestima, aprender la solución de problemas y la toma de decisiones). Dependiendo de la severidad de la sintomatología el número de sesiones puede ser variable, además de mencionar que por lo complejo de la sintomatología, los cuadros suelen tender hacia la cronicidad.¹⁶

PRONÓSTICO.

Es variable, y se menciona que debe utilizarse para los episodios moderados a severos, se debe mencionar que inicialmente la remisión de los síntomas suele verse reflejada a partir de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento por lo cual se debe mencionar el apego al tratamiento; algunos estudios favorecen el uso del Escitalopram, Mirtazapina, Sertralina y Venlafaxina. Aunque la duración final del tratamiento debe ser de 6 a 12 meses posteriores a la remisión de la sintomatología para evitar las recaídas. Las tasas de respuesta y remisión sintomática son evidentes, aunque un tercio de los pacientes no logran la remisión tras múltiples tratamientos.¹⁷

2. ADOLESCENCIA Y ÁNIMO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.

No es un proceso continuo o uniforme, ya que en los diferentes aspectos: biológico, intelectual, psicológico, emocional y social puede no llevar el mismo ritmo de maduración y ocurrir estancamientos o mesetas de su desarrollo en donde se relacionan a periodos de estrés. Aunque suele ser un periodo de la vida difícil, la mayoría de los jóvenes y los padres la superan sin conflictos.¹⁸

El perfil psicológico generalmente es transitorio e inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá de los aspectos hereditarios, de la estructura familiar, experiencias de la etapa infantil (preescolar y escolar) así como de las condiciones sociales y ambientales en las que se desenvuelva el adolescente. Por la misma inestabilidad emocional es una etapa en donde son susceptibles a tomar una conducta inadecuada como lo son los trastornos alimenticios, trastornos del ánimo (distimia, depresión) o conductas nocivas (tabaco, alcohol o droga).¹⁹

Es justo en esta etapa en donde con mayor frecuencia el adolescente tiene una mayor influencia del medio que lo rodea, y tener como resultado afectaciones en su estado de ánimo y en su salud mental. Pese a ello existen pocos estudios donde se relacionen los factores de riesgo con la aparición o no afectación de su estado de ánimo. Pero con la ayuda de sus padres y de los profesionales estos pueden madurar y convertirse en adultos competentes. Es importante ayudar a los adolescentes a aprender los mecanismos de adaptación que les permita relacionarse con el medio externo de manera satisfactoria y proteger su salud mental.²⁰

México cuenta con un total de 21.9 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad en 2015 (18.3% de la población total), de los cuales 49.5 son mujeres y 50.5% son hombres. El 13.1% de los adolescentes mexicanos son económicamente activos, lo que significa que

tienen un empleo `por el cual obtienen una remuneración económica para lo cual pueden estar aportando a la economía familiar, lo que nos habla que los ingresos familiares y personales son muy bajos. Cifras que son importantes para entender el impacto que tienen los trastornos del ánimo sobre los adolescentes, ya que estos son un componente importante de la sociedad.²¹

Si bien es sabido, la etapa de la adolescencia es caótica y con un gran desequilibrio emocional, Existe labilidad emocional (con rápida y fluctuantes variaciones del estado de ánimo y de la conducta), una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. Aumenta la expresión verbal y el surgimiento del pensamiento abstracto o formal, lo que será importante para el desarrollo de la identidad, pero esta tipo de pensamiento es muy oscilante por lo cual el pensamiento concreto predomina.²²

Los objetivos psicosociales de la adolescencia son adquirir la independencia, la aceptación de la imagen corporal, establecer relaciones con amigos y lograr la identidad. Con lo que respecta a la independencia, los adolescentes tienden a tener menor interés en las cosas que realizan los padres, lo que va generando conflicto con los mismos, por lo cual buscan más tiempo de estancia con los amigos. Van buscando mayor aceptación de su imagen personal, llegando a tener inseguridad de ellos mismo; la relaciones interpersonales son principalmente con amigos del mismo sexo, ya que se enfocan en la ternura hacia sus iguales. Los modelos vinculares que hayan adquirido durante la infancia van a guiar su búsqueda de vinculo y afecto con el sexo opuesto. La evaluación completa del paciente deberá realizarse examinando su funcionamiento familiar, su desenvolvimiento en la escuela y con los amigos, y su desarrollo en apoyo de su entorno.²³

El de la angustia existencial se refiere al proceso de autoconocimiento personal. ¿Quién soy? ¿A dónde voy? Esto se presenta porque el adolescente busca éstas respuestas y habitualmente nadie le responde y por lo tanto la angustia crece; por ello no quiere que sus padres o maestros le ayuden; sin embargo, necesita la participación de la familia, escuela y entornos primordiales en la superación de la crisis y así encontrar su identidad; por lo

cual el profesional debe corregir la falta de seguridad del adolescente, evitando y reconociendo problemas de salud mental lo antes posible, con el fin de dirigirlos a programas preventivos específicos. Pues sus proyecciones al exterior pueden cubrir el sentir de algo tan natural como es el proceso de cambio, de reajuste y de la búsqueda de la propia identidad.²⁴

3. FUNCIONALIDAD Y DISFUNCION FAMILIAR

La familia es considerada la unidad básica de la sociedad, por lo que su cuidado es de primordial importancia para mantener una sociedad funcional, ya que mediante está: los individuos crean, recrean, aprenden y transmiten símbolos, tradiciones, valores y formas de comportamiento; además de cuidar a sus miembros mediante lazos de parentesco (consanguíneo, afines o ficticios).²⁵

La familia tiene un contexto ligado a la sexualidad y a la procreación formando una organización social, que regula, canaliza y confiere una estructura social y cultural; inmersa en una red de relaciones de parentesco guiado por reglas y pautas sociales establecidas, por ello, la familia es considerado como el núcleo primario o unidad domestica; algunas definiciones argumentan el que vivan en el mismo techo, lo que conlleva actualmente a redefinir el concepto: Hogar se haría referencia al conjunto de individuos que comparten una misma unidad de residencia emparentados o no; la familia es una institución constituida a partir de relaciones de parentesco socialmente establecidas.²⁶

La familia juega un papel importante en el fomento del reconocimiento de las emociones, sentimientos y el manejo de las relaciones sociales en la infancia y la adolescencia, los cuales se van adquiriendo desde el hogar para la construcción de los rasgos para la interacción y desarrollo en la comunidad; por ello la formación de los menores es uno los factores que más influyen en el desarrollo humano. Y dentro de esto va inmersa la funcionalidad de la familia con situaciones tales como: el desarrollo de los roles familiares (funciones intrafamiliares basadas en el apoyo interno de sus miembros), la comunicación

(en función de sus relaciones intra y extra familiares) y algunas otras funciones múltiples (educación, orientación, comportamiento, estatus económico) que pretenden mantener coherente la relación persona-familia-sociedad.²⁷

Minuchin define a la Familia Funcional como el “Sistema que anima a la socialización dando a sus miembros todo su apoyo, toda la regulación y todas las satisfacciones que son necesarias para su desarrollo personal y relacional”. Por lo cual las familias funcionales son aquellas capaces de crear un entorno que facilite el desarrollo personal de sus miembros; está asociada a características familiares como: el nivel de cohesión, flexibilidad, comunicación, estrés, conflictos, emociones y vínculos. Además el sistema familiar se considera funcional cuando logra a través de sus recursos, resolver las crisis tanto normativas como no normativas en su desarrollo familiar. Todo esto nos deja ver lo cual complejo es la estructura de una familia y lo difícil que suele ser mantener la funcionalidad en ella.²⁸

La disfunción familiar se refiere a “todos aquellos estilos de relación familiar que pueden llegar a causar en uno o todos los miembros algún tipo de síntoma o malestar psicológico asociado al modo en que el sistema familiar interactúa, caracterizado por el fracaso los papeles parentales y confusión de roles. Los conflictos son continuos y cíclicos, existe resistencia al cambio y amenazas continuas de separación, ausencia de reglas, límites confusos y mal funcionamiento social. Para el adolescente inmerso en este ambiente le condiciona una vida más difícil.²⁹

La relación de la Familia para determinar la competencia y la confianza de los adolescentes es muy importante para su ajuste psicosocial, aun cuando ellos muestran un interés creciente por la relaciones con los iguales y de pareja; por lo tanto la existencia de: canales efectivos de afecto y apoyo, la atención de los padres a la creciente autonomía que experimentan los hijos, la comunicación abierta y positiva, así como la socialización adecuada generará que los adolescentes respeten los límites y aprendan a controlar su propia conducta.³⁰

4. DISTIMIA Y DISFUNCION FAMILIAR

Los trastornos mentales en la adolescencia es variable de acuerdo a diversos autores, en lo que respecta a distimia lo asocian hasta en un 6.4% en escolares, de 2 a 5% en adolescentes y un 16% ha experimentado algún trastorno depresivo a los 16 años; esto es un problema significativo ya que está asociado a impedimento funcional y un mayor riesgo de trastorno depresivo en edades posteriores. Esta alteración con el tiempo se vuelve un problema de salud pública mundial, ya que ocupa el cuarto lugar de enfermedad discapacitante.³¹

Con exactitud no existen datos precisos sobre la distimia y su relación con la disfuncionalidad familiar, pero se ha reportado que adolescentes con percepción de disfunción familiar, han estado relacionados con algún grado de depresión, además que algunos estudios lo han relacionado con ideas suicidas, por lo cual el desarrollo para una adecuada detección, prevención y tratamiento favorecerá evitar estos eventos en edades posteriores.³²

La disfuncionalidad familiar está relacionada con la aparición de trastornos depresivos, de entre estos se incluye a la distimia de acuerdo a lo que ya se mencionó en la DSM IV-TR, algunos autores si relacionan como factor de riesgo a la disfunción familiar para la aparición de trastornos depresivos. Por lo cual sería adecuada la formación de programas preventivos que identifiquen las conductas depresivas de dichos trastornos de salud mental, desde edades tempranas, evitando la cronicidad y las acciones relacionadas con estas conductas que presentan algunos individuos, como lo serían las conductas suicidas.³³

Es frecuente encontrar adolescentes con dificultades psicosociales en donde se encuentre involucrada la familia, donde puedan desarrollar alguna sintomatología relacionada a su salud mental; por lo que el funcionamiento familiar puede guardar alguna relación con la aparición de depresión en los miembros de la familia. Hay que tomar en cuenta que los síntomas y/o las afectaciones depresivas son multifactoriales; por lo tanto los factores relacionados con la familia podrían ser causantes o desencadenantes en los trastornos depresivos. Sin embargo el impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado a otros factores psicosociales.³⁴

JUSTIFICACION

I. ACADEMICA

El presente estudio está diseñado para identificar la asociación entre el Trastorno Distímico y la Disfunción Familiar en el adolescente, y con ello tener una visión aproximada de la magnitud de esta patología en nuestra unidad, así como el grado de relación o asociación con la dinámica familiar.

II. CIENTIFICA

Hasta antes de la década de los setenta del siglo pasado, la distimia en niños y adolescentes fue un tema controversial, sin embargo, investigaciones en las dos últimas décadas dejaron claro que también se presenta en esos grupos etarios, asociada incluso con mayor comorbilidad que cuando inicia en la edad adulta, antes de los 18 años hay mayor riesgo de desarrollar agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas.

Este trastorno comúnmente pasa inadvertido por lo que muchos pacientes no son llevados al médico inmediatamente, ya que por los constantes cambios vividos durante esta etapa los padres interpretan la sintomatología como algo normal y parte habitual de su forma de ser, por lo que son tardíamente diagnosticados y tratados, generando que el trastorno gire hacia la cronicidad y con baja funcionalidad de los afectados.

III. SOCIAL

Ante esta problemática, los menores, se aíslan, complican sus relaciones interpersonales, se vuelven irritables y explosivos fácilmente, lo que puede llevarlos a un episodio depresivo más severo. La familia juega una pieza clave ante esta situación. Es un error considerar que los síntomas de la distimia son parte de la personalidad y carácter del niño, porque en realidad el menor sufre más entre los 12 y 14 años de edad, etapa en la que difícilmente los jóvenes reconocen estar deprimidos.

Como ya se mencionó con anterioridad, la prevalencia que se tiene para la distimia en México es de un 6%, aproximadamente con porcentajes equitativos para el sexo femenino y masculino, lo que la hace una patología que debe tomarse en cuenta, ya que dichas cifras son para adolescentes que a la brevedad se volverán adultos productivos laboralmente hablando y lo que condicionará que dicho porcentaje será parte del ausentismo laboral sino no reciben un adecuado manejo terapéutico.

IV. ECONOMICA

Se trata de una enfermedad en la que la probabilidad de recuperación se incrementa lentamente durante los primeros 35 meses de seguimiento y luego se estabiliza. Incluso después de 5 años, sólo la mitad de los pacientes se recuperaron. En una muestra de pacientes no hospitalizados se encontró que la tasa estimada de recuperación de la distimia era del 73,9%; sin embargo, la media del tiempo de recuperación fue 52 meses y se estimó un 71,4% de recaída. Por lo que se puede observar que el gasto en el tratamiento de esta entidad va en aumento debido a la prolongación de su recuperación.

En este contexto un Informe del 2017 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre la Salud Mental plantea que se debe promover e invertir en la introducción de programas que promuevan la buena Salud Mental y la prevención de la enfermedad mental. El establecer acciones que prevengan los trastornos depresivos (incluida la distimia) conlleva beneficios económicos para las familias y los lugares de trabajo lo que podría reducir en más de un tercio el costo de la baja productividad.³⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I. Argumentación.

Durante los últimos años la Disfunción Familiar ha ido incrementando según varios estudios relacionados con el tema y con ello se han ido realizando estudios acerca de algunos factores predisponentes de la misma.

Dentro de dichos factores, actualmente el Trastorno Distímico no ha sido ampliamente estudiado en asociación a la familia, por lo que surge la inquietud acerca de la relación entre Disfunción Familiar y aparición de Trastorno Distímico.

Observándose que existen varios estudios de Distimia, estadísticamente está establecido que la población que más presenta este trastorno han sido adolescentes, motivo por el cual se decidió estudiar esta relación en este grupo poblacional.³⁶

El Médico Familiar es el único especialista que estudia de forma global a todos los integrantes de la Familia puesto que esta es su unidad de estudio, por lo que varias patologías; su aparición o bien su evolución, dependen de la relación que exista entre los integrantes familiares, siendo los trastornos afectivos tales como la Distimia, de los poco estudiados, lo que hace que este trastorno sea poco diagnosticado.

Conllevando a la formación de un círculo vicioso entre la aparición de Disfunción Familiar y Distimia, modificando la interrelación entre los diferentes subsistemas de la Familia.

Este grupo de población que llega a la consulta de Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), es referido por el médico familiar, informado por la madre o el padre del menor acerca de conflictos escolares, bajo rendimiento y problemas de conducta, sin

embargo, en estos casos descritos no se ha realizado estudio familiar para diagnosticar Disfunción Familiar y de igual forma no se ha estudiado la asociación entre estas dos variables.

Teniendo en cuenta lo anterior es de importancia clínica para el investigador lo siguiente:

1. El diagnóstico oportuno de la Distimia, para su derivación temprana a la especialidad de Psicología o Psiquiatría.
2. Establecer la aparición de Disfunción familiar en aquellas familias en las que uno de sus integrantes presenten Distimia. Lo ideal sería comenzar un tratamiento basado en Terapia Familiar, lo cual a nivel institucional no es posible ya que no se cuenta con dicho servicio, como ya se menciona puede ser enviado a los servicios antes mencionados donde se puede otorgar manejo.
3. Proponer diferentes métodos de diagnóstico y abordaje a los Médicos Familiares que durante su consulta diaria se enfrenten a este problema.

II. Pregunta de Investigación.

¿CUÁL SERÁ LA ASOCIACIÓN DEL TRASTORNOS DISTÍMICO Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15, PRADO CHURUBUSCO?

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la asociación entre Disfunción Familiar y Trastorno Distímico en Adolescentes adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Se identificará a la población de estudio correspondiente a adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

Se identificará la existencia de Trastorno Distímico en Adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

Se evaluará la Distimia a través de la MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para la valoración del Trastorno Distímico en adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

Se establecerá la aparición de Disfunción familiar en las familias de los adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

Se evaluará la Disfunción Familiar a través del instrumento FF-SIL en los adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

Se realizará la asociación del trastorno distímico y de las familias disfuncionales obtenidas de los adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

HIPOTESIS

La Disfunción Familiar estará asociada al Trastorno Distímico en Adolescentes adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.

H0: La Disfunción Familiar está asociada al Trastorno Distímico en los adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, prado Churubusco.

H1: La Disfunción Familiar no está asociada al Trastorno Distímico en los adolescentes de 12 a 15 años de edad adscritos a la UMF 15, prado Churubusco.

MATERIAL Y METODOS

1. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un Estudio Observacional, Prospectivo, Transversal y Analítico³⁷.

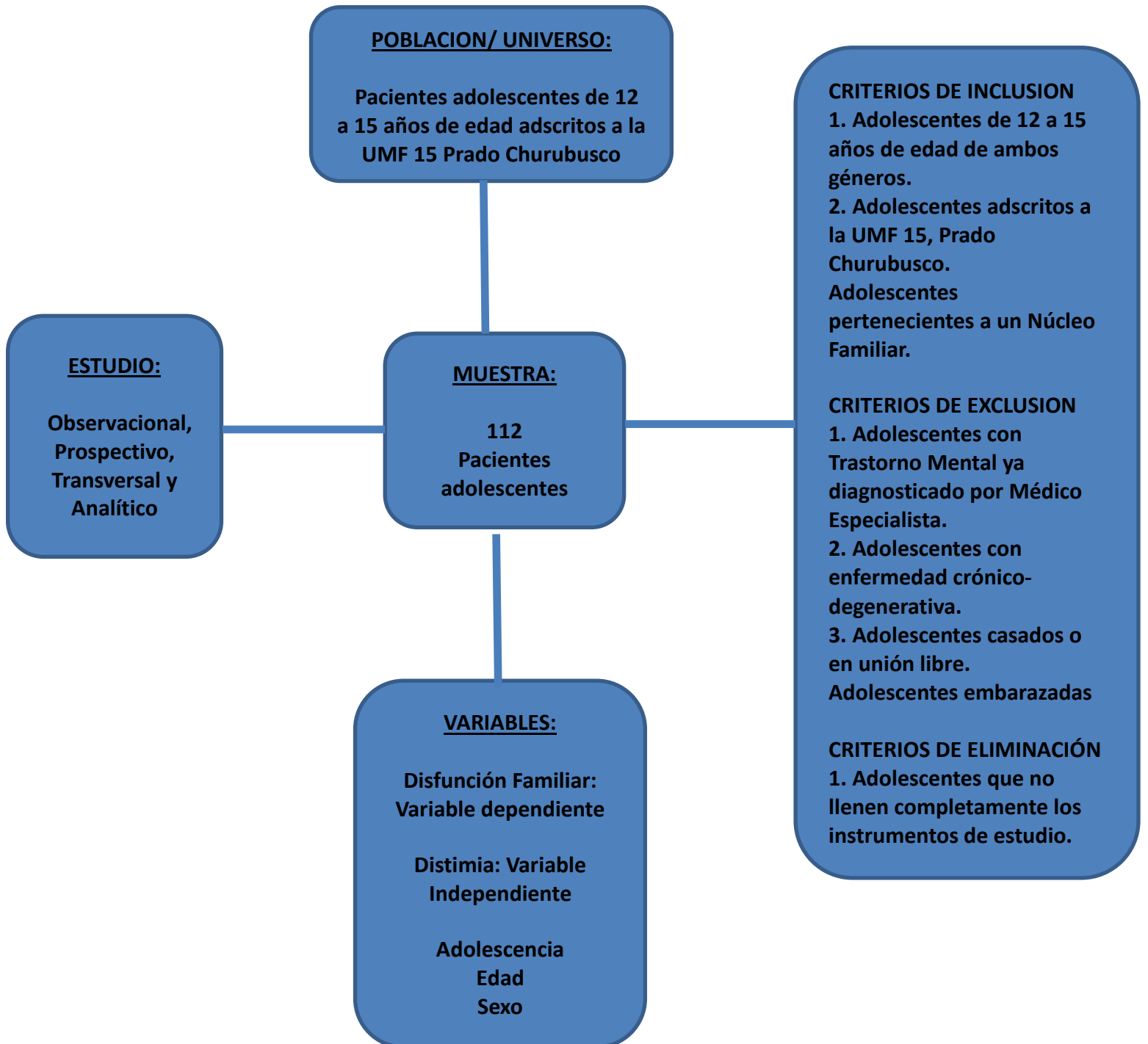
Es un Estudio Observacional ya que no se tiene control del evento de estudio sin que el investigador realice ninguna intervención del mismo, solo se observó y midió adquiriéndose información de modo directo mediante cuestionario directo.

Se realizó un estudio Prospectivo ya que el inicio del estudio fue posterior a los hechos estudiados, los datos se fueron recabando a medida que fueron sucediendo.

Se realizó un estudio Transversal ya que solo se hizo una sola evaluación del evento a estudiar, con esto se desea realizar una estimación de la prevalencia de la distimia y de la disfunción familiar a partir de la muestra evaluada.

Es un estudio Analítico ya que se realizó una asociación entre ambas variables: a los pacientes con distimia y su relación al nivel de disfunción familiar que dichos pacientes presentaron.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACION



Se realizó un plan de trabajo con el Jefe de Enseñanza de la unidad, junto con la colaboración del Coordinador de Residencia Medica y Jefe de Departamento Clínico con la siguiente secuencia:

- 1.- Se acudió al servicio de ARIMAC de la unidad de medicina familiar con la finalidad de obtener el número total de adolescentes adscritos a la UMF en ambos turnos.
- 2.- Una vez obtenido este dato, se procedió a realizar el cálculo de adolescentes entre las edades de 12 y 15 años adscritos a la UMF
- 3.- Al obtenerse dicha cifra de adolescentes en este grupo de edad, se tomó la cifra como población total de estudio y se realizó la medición de muestra a través de la fórmula para números finitos, y con ello, tener el tamaño de muestra de adolescentes que se estudiaron, tomando en cuenta que la población estimada para trastorno distímico es del 8%.
- 4.- Se dispuso de un tiempo establecido para la recolección de datos en la sala de espera mediante muestreo no probabilístico en ambos turnos, en el que se realizaron las encuestas mediante el Consentimiento Informado y Asentimiento Informado.
- 5.- La primera encuesta que se realizó los adolescentes será el cuestionario para funcionalidad familiar FF- SIL para reconocer a los adolescentes que presentan funcionalidad familiar y los que tienen disfunción familiar, posteriormente se aplicó la MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para determinar la existencia de Trastorno Distímico en adolescentes para obtener aquellos que presentan distimia y los que no la presentan.
- 6.- Una vez reconocidos los grupos de adolescentes se realizó la asociación entre los casos y los que no lo son.

3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
DISFUNCION FAMILIAR	CUALITATIVA	ORDINAL POLICOTOMICA	1. FAMILIA FUNCIONAL 2. FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL 3. FAMILIAR DISFUNCIONAL 4. FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL
DISTIMIA	CUALITATIVA	DICOTOMICA NOMINAL	1. CON DISTIMIA 2. SIN DISTIMIA
ADOLESCENCIA	CUANTITATIVA	CONTINUA DICOTOMICA	1. 10 – 12 AÑOS 2. 13 – 15 AÑOS
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA POLICOTOMICA	1. 12 AÑOS 2. 13 AÑOS 3. 14 AÑOS 4. 15 AÑOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTOMICA	1. FEMENINO 2. MASCULINO

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Disfunción Familiar. Sera la variable dependiente. Es definida como: **Aquella familia que no cumple con todas sus funciones, generando un inadecuado desarrollo de sus integrantes y que no enfrenta correctamente sus problemas de relación ni sus crisis familiares.**³⁸

Distimia. Es la Variable Independiente. Se define: Es un tipo de depresión en la cual los síntomas tienen una mayor duración que en la depresión, es decir son crónicos, se pueden llegar a presentar de forma continua por un periodo mínimo de 2 años, sin embargo, la severidad e intensidad de los síntomas es menor. Para niños y adolescentes el tiempo de evolución es de mínimo un año.³⁹

Adolescencia: Es una etapa de cambio biológico, social y mental, una crisis personal en el desarrollo del ser humano que va de los 10 a los 19 años. Se puede dividir en varios periodos manejándose como Adolescencia temprana y tardía⁴⁰

Edad: Tiempo transcurrido o vivido a partir del nacimiento de una persona o individuo.⁴¹

Sexo: Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.⁴²

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Disfunción familiar: Evento que ocurre por un desequilibrio entre los componentes del sistema familiar para enfrentar cada una de las crisis por las que se atraviesa, la cual se valorara por medio del cuestionario FF-SIL, del cual se profundizara más adelante.

Distimia: Trastorno del ánimo, que puede confundirse con un estado depresivo a diferencia de que la distimia presenta síntomas depresivos leves con una duración de al menos 1 año que afecta a los adolescentes pertenecientes o no a familias disfuncionales. Se evaluara su aparición mediante la aplicación del Mini International Neuropsychiatric Interview MINI-Entrevista Neuropsiquiatria Internacional, para mayor información se abordara sobre su realización más adelante

Adolescencia: Etapa de la vida en la cual los individuos entre 10 y 19 años con diagnóstico de Trastorno Distímico presentan múltiples cambios biopsicosociales con especial énfasis en su función familiar. Este grupo de edad será el estudiado en este estudio.

Edad: Número de años cumplidos partiendo desde el nacimiento en los individuos entre 12 y 15 años con o sin trastorno distímico. Datos que expresaran los participantes al anotar su edad en las encuestas.

Sexo: Conjunto de características físicas y genéticas que dividen a los adolescentes con o sin distimia, en hombres y mujeres. Datos que expresaran los participantes al anotar su edad en las encuestas.

4. UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

Se trabajó con una población finita de 9680 Adolescentes de 12 a 15 años de edad, adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco que se encuentren en las áreas de espera de la UMF. Ubicada en Avenida Ermita Iztapalapa No. 411, Colonia Prado Churubusco, CP 04230, Coyoacán, Ciudad de México.

Utilizaremos un Intervalo de Confianza del 95%

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se obtuvo en base a la siguiente fórmula:

Total: 112

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población. (9,680 adolescentes⁴³).

Z_α = Coeficiente del Nivel de confianza. (95% de confianza equivale a 1.96).

d = Nivel de Precisión Absoluta. Referido a la amplitud del nivel de confianza deseado (3-5%) = se utilizara una precisión del 5% = 0.05

p = Proporción aproximada del fenómeno de estudio en la población de referencia (Distimia 8%) = (0.08)

q = Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (q=1-p) (92%) = 0.92⁴⁴

5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Adolescentes de 12 a 15 años de edad de ambos géneros.
- Adolescentes adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco.
- Adolescentes pertenecientes a un Núcleo Familiar.

5.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Adolescentes con Trastorno Mental ya diagnosticado por Médico Especialista.
- Adolescentes con enfermedad crónico-degenerativa.
- Adolescentes casados o en unión libre.
- Adolescentes embarazadas

5.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Adolescentes que no llenen completamente los instrumentos de estudio.

6. DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS versión 22. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) frecuencias, porcentajes y de dispersión.

PRUEBA NO PARAMETRICA: Se utilizara la Prueba de Correlación de Pearson, lo cual nos determinó si las variables parecen correlacionadas o no; indica la fuerza de la aparente relación entre ambas; así como si dicha relación es positiva o negativa. La escala va de 0 a 1 tanto positivo como negativo. El valor de "0" nos indica que no existe una relación lineal entre variables, El valor de "1" o "-1", indicara la correlación positiva perfecta o negativa perfecta.

El coeficiente de Pearson de correlación.

Valor del Coeficiente de Pearson	Grado de Correlación entre las Variables
$r = 0$	Ninguna correlación
$r = 1$	Correlación positiva perfecta
$0 < r < 1$	Correlación positiva
$r = -1$	Correlación negativa perfecta
$-1 < r < 0$	Correlación negativa

7. INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

7.1 MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del EJE I del DSM-IV y la CIE-10 que puede ser administrada en un periodo de tiempo breve, con promedio de 18.7 a 11.6 minutos con una media de 15 minutos. Se concibió como una herramienta para evaluar trastornos psiquiátricos en menos tiempo que el CIDI O SCAN.⁴⁵

La entrevista está dividida en 14 apartados diagnósticos que evalúan de forma aislada los diferentes trastornos psiquiátricos. Para fines de este estudio se utilizara el apartado B correspondiente al trastorno distímico, el cual consta de 4 incisos enumerados con letras que van desde la B1 a la B4.

Al comienzo de cada módulo cuenta con varias preguntas que constituyen los criterios diagnósticos para dicha entidad, al final de cada módulo una o varias casillas diagnósticas permiten indicar si cumplen los criterios.

El diagnóstico se realiza en base a los criterios de la DSM- IV, en el que al presentar dos o más signos se realiza el diagnóstico de Trastorno Distímico.⁴⁶

Este instrumento fue validado por D. Sheehan, J Janavs y cols. En la University of South Florida, Tampa en el año de 1992 resultando con un Índice alfa de Cronbach de .97 y con una sensibilidad y especificidad de 89 %, aunque estudios recientes mencionan una especificidad y sensibilidad del 85%, así como un valor predictivo positivo del 75%.⁴⁷

Ver Anexo 1

7.2 CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Instrumento construido por Master en Psicología de Salud y validado en Cuba por Isabel Louro - Bernal y colaboradores, en la década de los 90.

Evalúa la funcionalidad familiar, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad; teniendo como definición para cada uno de ellos, lo siguiente:

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a otros.
- Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.⁴⁸

Es una escala que consta de 14 ítems los cuales evaluarán los siguientes aspectos:

- 1 y 8.....Cohesión.
- 2 y 13.....Armonía.
- 5 y 11.....Comunicación.
- 7 y 12.....Permeabilidad
- 4 y 14.....Afectividad.

- 3 y 9.....Roles.
- 6 y 10.....Adaptabilidad.⁴⁹

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas, que a su vez tienen una escala de puntos.

- Casi nunca.....1 punto.
- Pocas veces.....2 puntos.
- A veces.....3 puntos.
- Muchas veces.....4 puntos.
- Casi siempre.....5 puntos.

Se señalará por medio de una X la respuesta elegida y una vez contestado el test, se realiza una suma de todos los puntos y se obtiene uno de los siguientes resultados:

- De 70 a 57 puntos.....Familia funcional.
- De 56 a 43 puntos.....Familia moderadamente funcional.
- De 42 a 28 puntos.....Familia disfuncional.
- De 27 a 14 puntos.....Familia severamente disfuncional.⁵⁰

La prueba de confiabilidad del instrumento fue a través del Alfa de Cronbach, que arrojó una confiabilidad de 0.89, en todos los casos, aunque en algunos casos se reportó confiabilidad del 85 al 94%.⁵¹

Ver Anexo 2.

8. DESARROLLO DEL PROYECTO (METODO DE RECOLECCION)

Se realizaron los dos instrumentos necesarios para el estudio; FF-SIL para funcionamiento familiar y MINI para evaluación de trastorno distímico. Previamente se firmaron los consentimientos informados, tanto para el padre de familia o tutor como para el adolescente. Ambos consentimientos con formatos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Las encuestas fueron realizadas en la sala de espera de la UMF 15, Prado Churubusco.

9. LIMITE DE ESPACIO

Unidad de Medicina Familiar Número 15, Prado Churubusco del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), localizada en Avenida Ermita Iztapalapa Número 411, Colonia Prado Churubusco, Coyoacán, Ciudad de México.

10. LÍMITE DE TIEMPO

Durante el periodo del 1 de marzo del 2018 al 31 de junio de 2019.

RESULTADOS

Se realizó un estudio en adolescentes de 12 a 15 años con el propósito de identificar la asociación entre el Trastorno Distímico y la Disfunción Familiar, que están adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco, encuestando a una población total de 112 adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión a los que se les aplicaron dos instrumentos; el primero fue el Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL y segundo, la MINI International Neuropsychiatric Interview para trastorno distímico, ambas se realizaron previo consentimiento informado para los padres de familia o tutores el menor y consentimiento informado para el adolescente.

Los resultados fueron los siguientes:

Del total de la población estudiada (112) para el grupo de edades encuestadas fue de 12 años 35%, 13 años 25%, 14 años 14% y 15 años 26% (tabla y grafica 1).

Del total de la población de adolescentes encuestados el porcentaje para el género masculino fue de 53% y para el género femenino fue de 47%. (Tabla y grafica 2).

El porcentaje de adolescentes que no presentaron trastorno distímico fue de 40% y adolescentes que presentaron trastorno distímico fue de 60% de acuerdo a la MINI, instrumento de medición para el trastorno distímico. (Tabla y Grafica 3).

Para la medición de Funcionalidad Familiar se aplicó el cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL el cual tiene por resultado cuatro grados de funcionalidad familiar, del cual se obtuvo para la población total; Familia Funcional el 14%, Familia Moderadamente Funcional 37%, Familia Disfuncional 38% y Familia Severamente Disfuncional 11%. Para fines del estudio los adolescentes de interés son aquellos que presentan algún grado de disfunción familiar, teniéndose entonces; para el resultado de familia disfuncional 43 adolescentes (38%) y para familia severamente disfuncional 12 adolescentes (11%). Por lo

que de la muestra total, solo 187 adolescentes presentan algún grado de disfunción familiar. (Tabla y Grafica 4).

En cuanto a la relación de Disfunción Familiar y Distimia se tuvieron de la población total (112) solo se tomaron aquellos que presentaron algún grado de disfunción familiar (55) de los cuales el 18% no presentaron Distimia y el 82% presento Distimia.(Tabla y Grafica 5).

De los adolescentes que presentaron disfunción familiar sin distimia fueron el 16; familia severamente disfuncional sin distimia 2%, familia disfuncional con distimia 62% y familia severamente disfuncional con distimia 20% (Tabla y Grafica 5).

En cuanto al porcentaje total de Disfunción Familiar y Distimia de la población total, el trastorno distímico estuvo ausente en el 60% mientras que estuvo presente en el 40% de los adolescentes (Tabla y Grafica 6).

De aquellos adolescentes que presentaron trastorno distímico se evaluaron las variables del instrumento FF-SIL para conocer cuál de ellas predominaba en la disfunción familiar que presentaron estos adolescentes, encontrándose para la variable de cohesión el 13% de alteración, para armonía el 11%, comunicación 13%, permeabilidad 15%, afectividad 14%, roles 17% y adaptabilidad 17%. Estos resultados nos demuestran alteración principalmente en las variables permeabilidad, roles y adaptabilidad. (Tabla y Grafica 7)

Para determinar la asociación entre las variables de estudio se realiza la prueba estadística P de Pearson la cual resulta significativa con un valor de 0.01. (Tabla 8)

CUADROS Y GRAFICAS

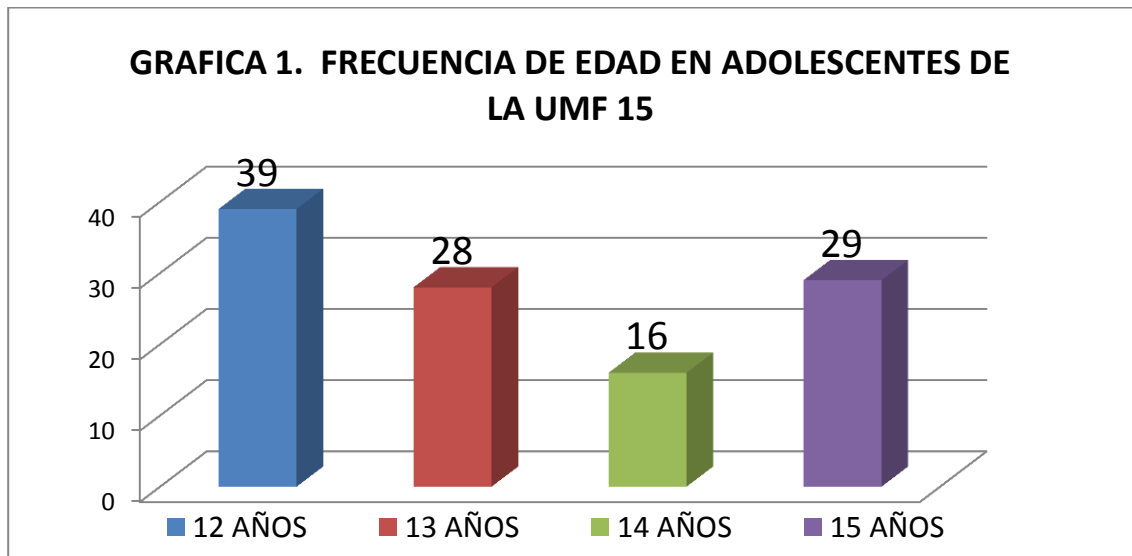
TABLA 1.

FRECUENCIA DE EDAD EN ADOLESCENTES DE LA UMF 15

EDAD EN AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	39	35
13	28	25
14	16	14
15	29	26
TOTAL	112	100

Fuente: Ficha de Identificación, MINI International Neuropsychiatric Interview y Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. 2019

GRAFICA I.



Fuente: Tabla 1

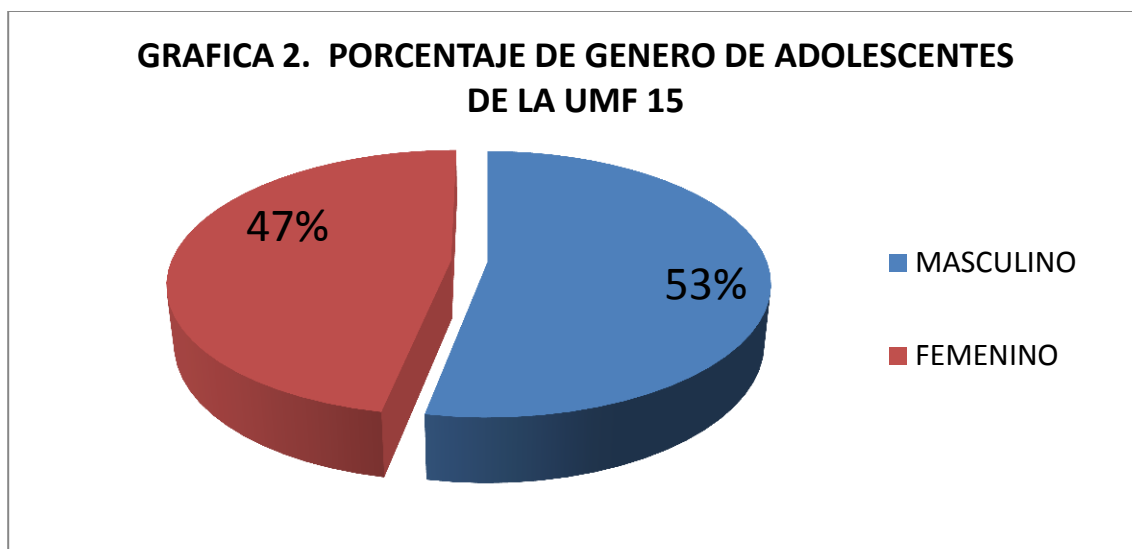
TABLA 2.

PORCENTAJE DE GENERO DE ADOLESCENTES DE LA UMF 15

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	59	53
FEMENINO	53	47
TOTAL	112	100

Fuente: Ficha de Identificación, MINI International Neuropsychiatric Interview y Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. 2019

GRAFICA II.



Fuente: Tabla 2

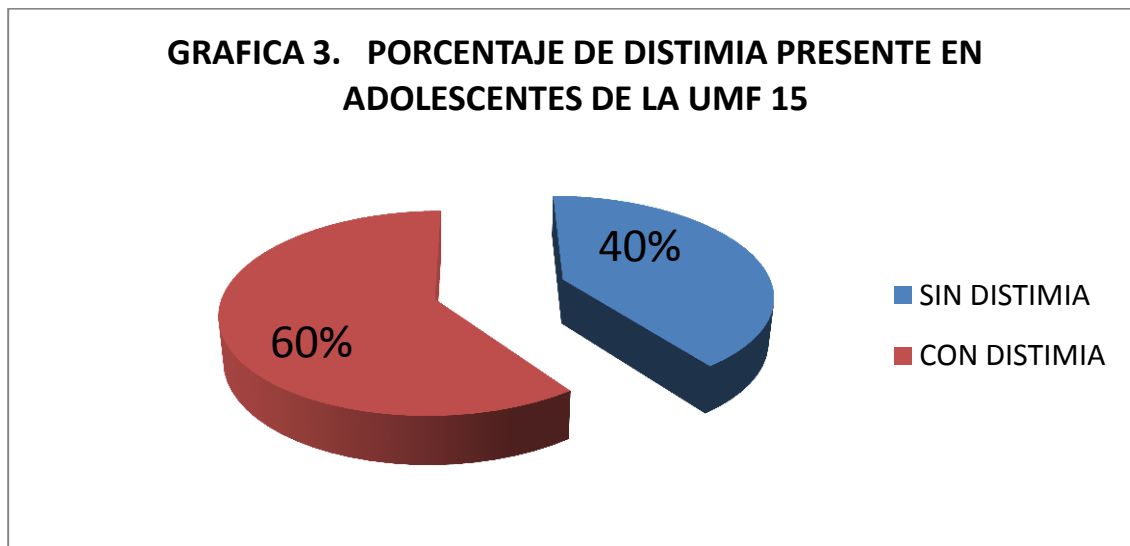
TABLA 3.

**PORCENTAJE DE DISTIMIA PRESENTE EN
ADOLESCENTES DE LA UMF 15**

DISTIMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIN DISTIMIA	45	40
CON DISTIMIA	67	60
TOTAL	112	100

Fuente: MINI International Neuropsychiatric Interview. 2019

GRAFICA III.



Fuente: Tabla 3

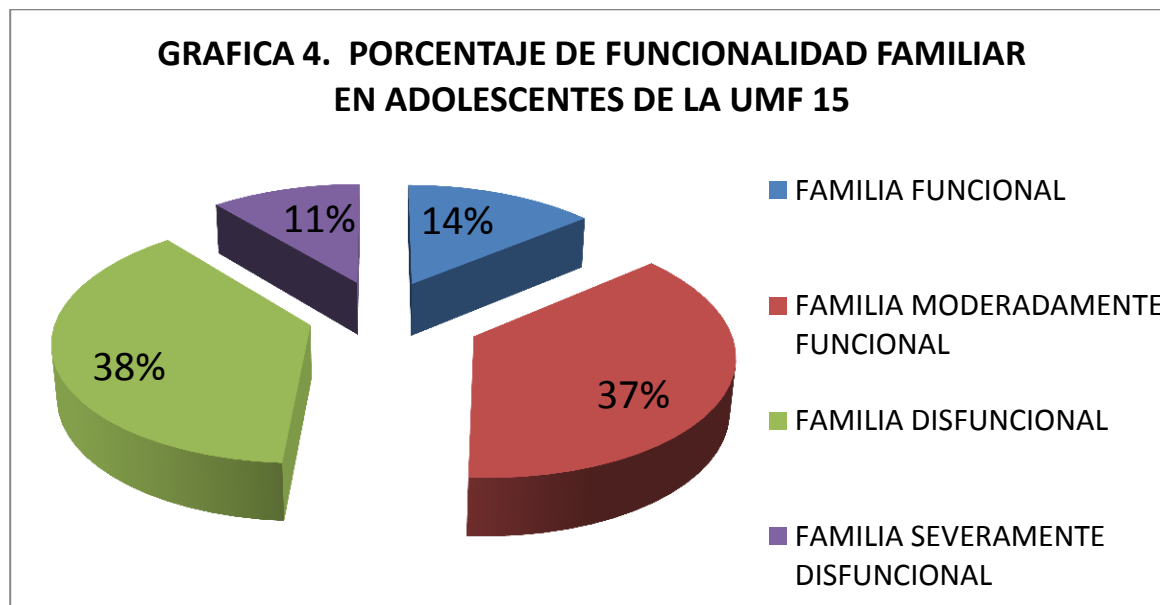
TABLA 4.

PORCENTAJE DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE LA UMF 15

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA FUNCIONAL	16	14
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	41	37
FAMILIA DISFUNCIONAL	43	38
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	12	11
TOTAL	112	100

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. 2019

GRAFICA IV.



Fuente: Tabla 4

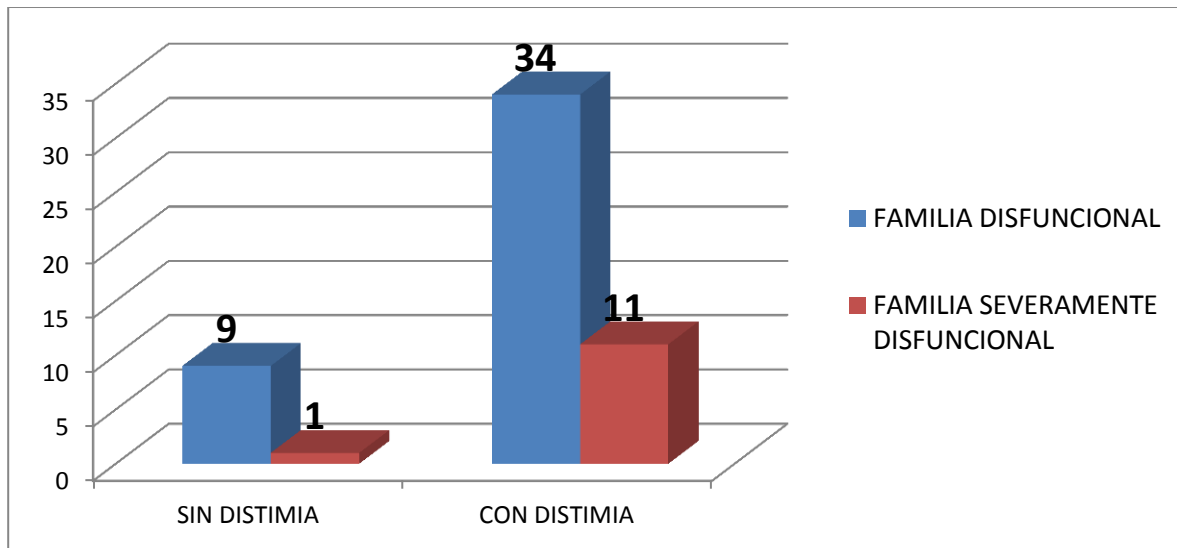
TABLA 5.

RELACION DE DISFUNCION FAMILIAR Y DISTIMIA

DISF. FAM/DISTIMIA	SIN DISTIMIA	PORCENTAJE	CON DISTIMIA	PORCENTAJE
FAMILIA DISFUNCIONAL	9	16	34	62
FAMILIA SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	1	2	11	20

Fuente: MINI International Neuropsychiatric Interview y Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. 2019

GRAFICA 5 RELACION DE DISFUNCION FAMILIAR Y DISTIMIA



Fuente: Tabla 5

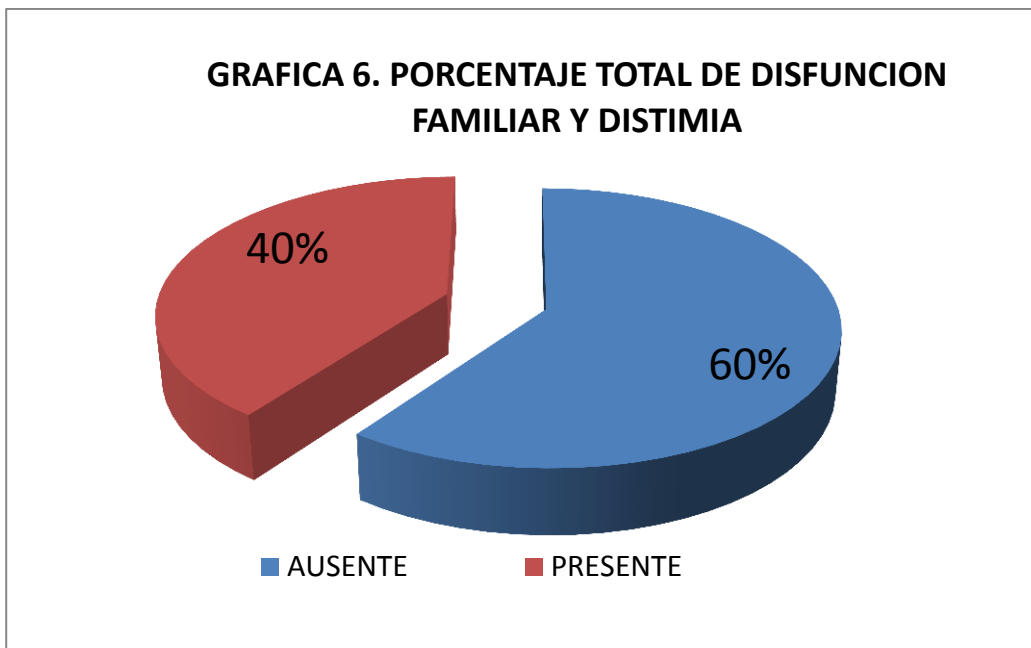
TABLA 6.

PORCENTAJE TOTAL DE DISFUNCION FAMILIAR Y DISTIMIA

DISF. FAM /DISTIMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	67	60
PRESENTE	45	40

Fuente: MINI International Neuropsychiatric Interview y Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. 2019

GRAFICA VI.



Fuente: Tabla 6

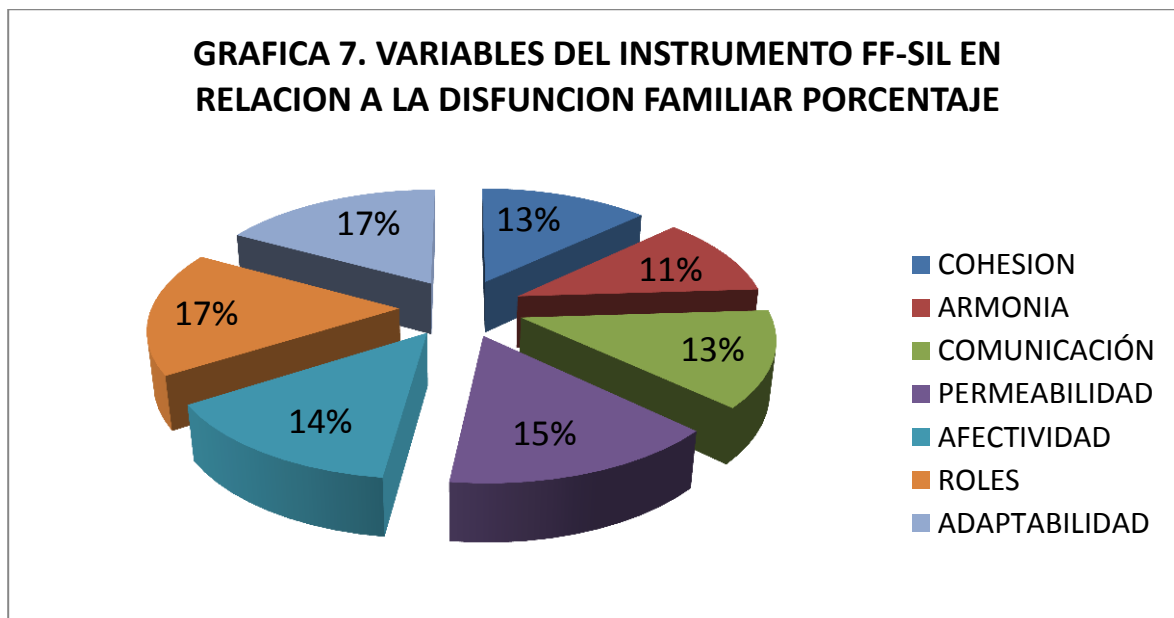
TABLA 7.

VARIABLES DEL INSTRUMENTO FF-SIL EN RELACION A LA DISFUNCION FAMILIAR

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COHESION	770	13
ARMONIA	650	11
COMUNICACIÓN	770	13
PERMEABILIDAD	860	15
AFECTIVIDAD	840	14
ROLES	1000	17
ADAPTABILIDAD	980	17

Fuente: Cuestionario de Funcionalidad Familiar FF-SIL. 2019

GRAFICA VII



Fuente: Tabla 7

TABLA 8.

CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES DISFUCION FAMILIAR Y DISTIMIA

		DISTIMIA	DISFUNCION.FAMILIAR
DISTIMIA	Correlación de Pearson	1	,623**
	Sig. (bilateral)		0
	N	112	112
DISFUNCION FAMILIAR	Correlación de Pearson	,623**	1
	Sig. (bilateral)	0	
	N	112	112
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).			

Fuente: Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 22

DISCUSION

El presente estudio fue realizado en adolescentes de 12 a 15 años adscritos a la UMF 15, Prado Churubusco, con la finalidad de identificar la asociación del trastorno distímico y la disfuncionalidad familiar.

A pesar de no contar con estudios específicos en el tema, se pudieron encontrar los siguientes estudios para compararlos con los resultados obtenidos. Primero mencionaremos los resultados obtenidos de la literatura para posteriormente compararlos con nuestros resultados.

Mantilla-Falcón et al. Utilizaron 60 alumnos, la encuesta realizada fue la escala de Beck para los eventos depresivos y utilizo el FF SIL; valorando edad, síntomas depresivos y funcionalidad familiar, la edad de los alumnos fue de 15 a 18 años de edad, en ambos sexos. La prevalencia de síntomas depresivos del 40 al 50%. La función familiar se percibió moderadamente funcional en el 42%, con 27% de disfunción leve y 28% disfunción severa). De acuerdo al estudio la percepción de la funcionalidad familiar va cambiando conforme a la edad; a menor edad la promoción de la dinámica familiar es lo más importante para la adolescencia.⁵²

Garibay-Ramírez, et al. Mencionan en su estudio que la depresión infantil y la disfunción familiar en niños y adolescentes de 8 a 12 años; en una muestra de 326 niños de ambos géneros, utilizaron la escala modificada de CDI (basada en la escala de Beck) y para valorar la funcionalidad familiar se aplica la Escala de reajuste Social de Tomas Holmes, donde los factores de estrés impactan directamente a la funcionalidad familiar. De acuerdo a su resultados un 34.1% resultaron con algún grado de disfuncionalidad y de ellos solo 11.7% desarrollaron síntomas de depresión y de estos solo un 8.7% provenían de familias disfuncionales.⁵³

Veytia-Lopez M, et al. En su estudio con 2292 adolescentes con una edad de 15 a 19 años, con una media de 16 años, 46% fueron hombres y 54% mujeres; utilizando la escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos en su versión CES D-R, así como el cuestionario de sucesos vitales de Sandin y Chorot, donde mostraron que un 15.6% presentaron síntomas depresivos, de dicha muestra reportaban un 90.7% reportaron algún evento estresante de los cuales el 80.4% era relacionado con la familia. Encontrando una correlación de 0.32 entre la depresión y los factores estresantes familiares.⁵⁴

González-Forteza, et al. Realizaron una revisión de varios estudios en donde se obtuvo una prevalencia en un rango del 8 al 40%, con una media del 17%. Todos estos estudios realizados en la Ciudad de Mexico, Sonora, Michoacan, en adolescentes de 12 a 17 años, aunque se refieren estudiantes de bachillerato sin rango de edad y solo una poblacion adulta.⁵⁵

Rivera-C R, et al utilizaron una muestra de 1225 estudiantes con un 39.2% de poblacion femenina y un 60.8% de poblacion masculina. Utilizaron el cuestionario de Beck (BDI-II) y un cuestionario sobre aspectos familiares. En donde se observa un porcentaje depresivo de acuerdo a su estructura familiar reconstituida del 29.3%, nuclear del 21.2%, parenteral del 21.2% y sin nucleo del 40.5%.⁵⁶

Villa, et al estudiaron la magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio, con la finalidad de identificar factores de riesgo personal y familiar. La muestra estuvo conformada por pacientes atendidos en un centro especializado en toxicología por intento de suicidio, mediante una encuesta estructurada se investigaron características personales, familiares y redes de apoyo. De los 25 casos y 25 controles incidentes, los factores asociados ajustados por edad, ser estudiante y tabaquismo fueron violencia intrafamiliar, desintegración familiar, eventos críticos, baja autoestima, ansiedad y disfunción familiar; siendo los principales factores de riesgo para intento de suicidio, la disfunción familiar (violencia intrafamiliar, desintegradas, disfuncionales) y los rasgos psicopatológicos (depresión, ansiedad, baja autoestima). Esta investigación permite

observar de forma clara cómo la dinámica familiar es un factor clave para la presencia de algunas complicaciones del comportamiento y ánimo como el intento de suicidio.⁵⁷

Mendoza, et al realizaron análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en el primer nivel de atención. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación, del subsistema conyugal y el FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa – México, durante marzo del 2003 y diciembre del 2004. La muestra fue de 103 diagnósticos de salud familia incluidos en el estudio encontrando resultados por cada instrumento aplicado. De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, se encontró un 52% de parejas funcionales, un 39% de parejas moderadamente disfuncionales y un 9% de parejas severamente disfuncionales, mientras que los resultados del FACES III, revelaron que el 43% de las familias eran de rango medio, el 41% de las familias eran balanceadas y el 16% eran extremas. En este estudio se observó que tanto la comunicación como los límites inadecuados entre los integrantes concurren en las familias disfuncionales con diferencias estadísticamente significativas.⁵⁸

Álvarez, et al. Realizaron un estudio sobre la relación entre la depresión y los conflictos familiares en adolescentes que habitan en comunidades rurales y urbanas del Estado de Tlaxcala en la República Mexicana. Se empleó la escala de clima familiar (FES), tomando sólo 3 reactivos de cada una de las 3 sub escalas (Relaciones, Desarrollo y Estabilidad) para evaluar la cohesión familiar, la cual permite tener información sobre las relaciones que mantienen los miembros de la familia, así como el grado de comunicación y el nivel de conflicto, a un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.86$, así mismo utilizó el inventario de Depresión de Beck (BDI) para evaluar la intensidad sintomática de la depresión. La muestra se seleccionó de escuelas secundarias de Tlaxcala – México, quedando 244 adolescentes finalmente y la media de edad fue de 13.43 años. Los resultados de la investigación indican existe una relación inversamente proporcional entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares, lo que sugiere que, a mayor índice de depresión existe menos cohesión familiar, demostrando que la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del adolescente afecta en su proceso psicosocial.⁵⁹

Cogollo, et al. Establecieron la asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en adolescentes estudiantes de un colegio de un sector de estrato bajo en Cartagena, Colombia. Diseñaron un estudio transversal en el que participaron estudiantes de secundaria. Usaron la disfuncionalidad familiar con el cuestionario de APGAR familiar y síntomas depresivos con importancia clínica con la escala de Zung para depresión. Participaron 424 estudiantes de séptimo a undécimo grado con edad promedio de 14.7 años. Informaron disfuncionalidad familiar 253 adolescentes (59%) y sólo 174 (41%) tenían síntomas depresivos con importancia clínica. Los autores concluyeron que, en la muestra estudiada, la presencia de disfuncionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica no guardan asociación significativa. Los autores de esta investigación refieren que coinciden con el estudio descrito a continuación.⁶⁰

Zapata, et al. Hicieron una investigación sobre la depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. Se realizó una encuesta prospectiva a 747 adolescentes de 10 a 19 años de edad, de una escuela secundaria federal de Irapuato, Guanajuato - México. Para evaluar la depresión se aplicó el test de Zung y para detectar la disfunción familiar el APGAR familiar. Se consideró con disfunción familiar a aquellos con puntaje menor a 7 en el test de Apgar familiar y con depresión a aquellos con puntaje menor de 50 en el de Zung. El resultado dio que, el 33% de los encuestados fueron diagnosticados con disfunción familiar, clasificándose como moderada en 203 adolescentes (27.2%) y grave en adolescentes (5.9%). Treinta sujetos (6%) fueron diagnosticados con depresión y en 43.3% de los casos estuvo asociada a disfunción familiar. Al aplicar el *test* de Apgar familiar a la muestra de adolescentes de la escuela federal dio como resultado que más de la mitad tenía disfunción familiar, a pesar de ello no se asocia significativamente con la presencia de depresión porque la población evaluada no tenía evidencia de problemas o trastornos psicológicos precisamente, eran adolescentes con una vida aparentemente normal. Por ello el autor concluye que puede existir un rasgo de resiliencia en los adolescentes dado que afrontan positivamente los inconvenientes familiares que se le presenten.⁶¹

Leyva, et al. En el Instituto Mexicano del Seguro Social realizaron una investigación de depresión en adolescentes y funcionamiento familiar, se incluyeron 252 estudiantes, 134 sexo masculino y 118 del sexo femenino, con edad promedio de 16 años. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo y transversal efectuado durante marzo de 2006. Se utilizó la escala de Birleson y el instrumento FACES III teniendo como resultados que la frecuencia de depresión fue de 29.8% siendo mayor en las mujeres (42.2%). En los adolescentes con depresión se observó con más frecuencia la familia rígidamente dispersa mientras que en los adolescentes sin depresión fueron más comunes las familias flexiblemente aglutinadas, las estructuralmente aglutinadas y las rígidamente aglutinadas. Los autores afirman que existe una asociación entre el tipo de familia rígidamente dispersa y la depresión, por la calidad del estudio no se puede encontrar una relación causa- efecto.⁶²

De acuerdo con nuestros resultados podemos mencionar lo siguiente:

Nuestra población de estudio fue 12 a 15 años, teniendo como el grupo predominante el de 12 años con un 35%; dependiendo del tipo de muestra o del tipo estudio realizado no existe una cantidad exacta de adolescentes y con grupos de edad variados; los autores, como Veytia⁵⁴ utilizo un grupo de 15 a 19 años con media de 16 años; Leyva⁶² el promedio fue 16 años; los autores más cercanos a nuestra media de edad fueron González⁵⁵ con 13.7 años y Álvarez⁵⁹ con 13.4 años; cómo podemos observar cada grupo estudiado fue variado a los márgenes de edad que nosotros estudiamos. Dentro de nuestra población el género masculino fue el predominante con el 53%, aunque como mencionábamos no existe una cantidad específica de género para otros grupos estudiados, se hace la mención como dato estadístico que algunos autores como Veytia⁵⁴ que dentro de su población estudiada la predominante en frecuencia de trastorno depresivo fue el género femenino con un 54% de su población.

El 40 % de adolescentes estudiados, no presentaron trastorno distímico, mientras que Mantilla⁵² obtuvo un 60%; Garibay⁵³ obtuvo 88%, Gonzalez⁵⁵ en su revisión fue del 83%; Cogollo⁶⁰ su resultado fue de 59% y Leyva⁶² encontró un 70.2% sin rasgos de depresión. Debemos recordar que al menos en la bibliografía utilizada en la presente discusión no

enuncia como tal un trastorno distímico, la mayoría de los autores relaciona síntomas depresivos o con depresión, sin embargo a la fecha nuestro estudio es pionero en el enfoque específico hacia la distimia, aunque se utilizaron como referencia dichos estudios al no existir como comparar nuestros resultados.

Por lo tanto, nuestra población con trastorno distímico fue del 60%, de acuerdo a los resultados obtenidos del MINI. Tomando en cuenta a los autores previamente descritos, tendríamos los siguientes resultados: Mantilla⁵² con 40%, Gariby⁵³ con el 12 %; Zapata⁶¹ con 6 %; Cogollo⁶⁰ con 41% y Leyva⁶² con 29.8%, como se puede observar en la mayoría de los resultados es baja la prevalencia de los trastornos depresivos en los adolescente, aunque Cogollo⁶⁰ y Leyva⁶² tuvieron una mayor prevalencia de adolescentes con dichas afectaciones. Nuevamente recordemos que los diversos autores utilizaron otro tipo de instrumentos para la determinación del trastorno distímico, nuestro estudio utilizo el cuestionario MINI más específicamente para el trastorno distímico, lo que hace que la frecuencia de dicho trastorno afectivo haya aumentado; Veytia⁵⁴ hace una mención de que los trastornos depresivos son frecuentes en la adolescencia, pero son poco los que se diagnostican.

Para la funcionalidad familiar obtenida mediante el cuestionario FF-SIL tenemos los siguientes resultados: familia funcional 14%, familia moderadamente funcional 37%, familia disfuncional 38% y severamente disfuncional 11%. Mantilla⁵² manejo los siguientes porcentajes: familia normal con 42%, ligeramente disfuncional 27%, y severamente disfuncional 28%; Zapata⁶¹ encontró en 67% de familias funcionales, 27.2% de disfunción leve y 5.9% de disfunción severa; Mendoza⁵⁸ aunque uso una evaluación de diagnósticos de familia y no solo de adolescentes, encontró 52% de familias funcionales, 39% de disfunción leve y 9 % de disfunción severa. Hay que hacer la observación de que dichas cifras no fueron obtenidas mediante el instrumento FF-SIL; los 3 autores solo el primero utilizo el FF-SIL y los otros 2 coinciden en la utilización de la escala FACES III y a pesar de utilizar un instrumento diferente al empleado por nosotros, alcanzan una cifra promedio de 34% aprox. de familias disfuncionales.

La relación de la disfunción familiar y la distimia se tuvo una población total de 112 adolescentes, sólo el 18% no presentó ningún grado de distimia, mientras que el 82% presentó un grado de distimia. De los adolescentes estudiados, el 16% presentaron familia disfuncional y el 2% familia severamente disfuncional. Los adolescentes con distimia y con familia disfuncional fueron del 62% y con familia severamente disfuncional y con distimia fue del 20%; estos resultados ya no pudieron ser relacionados con otros estudios ya que no existe literatura respecto al tema estudiado. De los autores utilizados en esta discusión ninguno relaciona la presencia de distimia con disfuncionalidad familiar. Por lo que es importante continuar con un análisis de dichas variables en diversas poblaciones para tener nuevos datos con los cuales poder comparar nuestros resultados.

Se realizó la prueba estadística de Pearson resultando en una significancia de 0.01 la cual revela según las tablas de resultados para esta prueba, que existe asociación entre las variables. Zapata⁶¹ en su estudio mostro que existía un 43.3% de adolescentes que se les asociaba a síntomas depresivos con disfunción familiar, siendo este autor el único que se enfocaba en demostrar la presencia de este tipo de patologías en adolescentes con cierto grado de disfunción familiar. Y como ellos mismos mencionan que a pesar del valor obtenido en su población no asociaban directamente a la disfunción familiar con la depresión. Cogollo⁶⁰ es otro autor que menciona que no existe una asociación significativa entre la aparición de síntomas depresivos con la presencia de disfunción familiar. Ambos autores utilizaron Apgar familiar y test de Zung; por nuestra parte utilizamos los instrumentos más adecuados para la obtención de distimia y funcionalidad familiar. Por lo cual creemos que es muy importante continuar buscando este tipo de asociaciones en este grupo de edad ya que como se mencionó previamente no existen estudios concretos que asocien la distimia con la funcionalidad familiar.

De acuerdo al instrumento FF-SIL y a sus variables se obtuvieron: cohesión 15%, armonía 13%, comunicación 15%, permeabilidad 17%, afectividad 14%. Cova⁴³ observa que a mayor comunicación existe una mayor autoestima siendo esta inversamente proporcional a un ánimo depresivo: “entre mayor autoestima (comunicación) menor ánimo depresivo existía y viceversa: a menor autoestima mayores ánimos depresivos se desarrollaban”;

González⁵⁵ hacia una mención parecida al autor anterior en cuanto a la relación de cohesión familiar y depresión: “a mayor depresión existía menor cohesión familiar”.

Tanto en la investigación de Zapata⁶¹ y Cogollo⁶⁰, ambos indican que no se encontró relación significativa en las variables depresión y disfunción familiar; no obstante, en las investigaciones dadas por Álvarez⁵⁹ y Leyva⁶², si se encuentra cierta asociación entre ellas de acuerdo a cada tipo de investigación. Asimismo, en investigaciones que tratan el tema de depresión en adolescentes suelen informar que uno de los factores a tomar en cuenta es la funcionalidad familiar; por otro lado, cuando se estudia la disfuncionalidad familiar en adolescentes, también se tiende a mencionar conductas asociadas con rasgos depresivos en ellos sin llegar a definir una asociación directa sino resaltando que ambas variables siguen siendo de interés para el contexto en que el adolescente se desarrolla. Villa⁵⁷ por su parte menciona la relación de la depresión con los intentos suicidas en adolescentes, mencionando como factor agregado a estas ideas de suicidio a la disfunción familiar y la depresión. González hace la mención de que la falta de una adecuada comunicación con los adolescentes generara problemas de funcionalidad familiar.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos del presente estudio se concluye lo siguiente.

Del total de adolescentes que participaron en el estudio el 35% fueron adolescentes de 12 años de edad y el 26% fueron de 15 años de edad y el 53% del total de la población fueron del género masculino y el 47% fueron del género femenino.

Del total de adolescentes estudiados el 60% cumplieron criterios para diagnóstico de Distimia basándose en la encuesta MINI International Neuropsychiatric Interview hecho que es alarmante ya que esta cifra constituye más de la mitad de la población estudiada lo que quiere decir que estos adolescentes tienen una sintomatología caracterizada por algún trastorno del apetito, alteración del sueño, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones o sentimientos de desesperanza y solo el 40% del total de la población no presentó criterios para trastorno distímico.

El Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), muestra que el 49% de los adolescentes evaluados se encuentran en un nivel de disfuncionalidad, lo que resulta preocupante debido a que la familia constituye la base fundamental para el desarrollo de cada uno de sus miembros, por otro lado el 37% corresponde a las familias moderadamente funcionales las cuales presentan deterioros mínimos en su funcionalidad, sin embargo ante un evento estresante se puede desequilibrar el sistema, el 14% restante pertenece a las familias funcionales las cuales no presentan problemas para sobre llevar los dificultades que se presentan.

Ahora bien, para la relación entre las dos variables de estudio; Disfunción Familiar y Distimia, se reportaron 45 adolescentes que presentaron algún grado de disfunción familiar, de estos se encontró que el 62% de los adolescentes encuestados presentaron Familia Disfuncional y Trastorno distímico, lo que significa que estos adolescentes perciben a sus familias con alguna deficiencia en las funciones básicas de la familia tales como la

comunicación, afectividad, armonía, etc. y que además estos adolescentes tienen alguna sintomatología del trastorno distímico.

El 20% presento un resultado de Familia Severamente Disfuncional y Trastorno distímico lo que resulta alarmante ya que estos adolescentes manifiestan que en sus familias tienen afectación de todas las categorías del funcionamiento familiar (cohesión, armonía, adaptabilidad, comunicación, afectividad, roles y permeabilidad) con una inadecuada o nula expresión de afecto y una comunicación q no es clara y directa y que además presenta algún criterio diagnóstico de distimia. Mientras que el 16% y 2% no presentaron Distimia y presentaron Familia Disfuncional y Severamente Disfuncional respectivamente.

De acuerdo al estudio de correlación obtenida mediante la P de Pearson con un valor de 0.62, p de 0.01 ($0 < p < 1$), si se obtuvo una correlación positiva de las variables estudiadas, lo cual demuestra que existe una relación positiva entre los adolescentes con disfunción familiar y que además presentaron distimia en nuestra muestra estudiada, con lo que se afirma nuestra hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

En base al estudio realizado se recomienda lo siguiente.

Para el Especialista en Medicina Familiar:

La familia juega un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento del trastorno distímico en los adolescentes, por lo tanto siempre se debe evaluar el funcionamiento familiar y la red de apoyo que representa para el adolescente, en caso necesario recomendar oportunamente la intervención familiar, pues de no hacerlo no se observara la mejoría esperada en el paciente. Incluir en la evaluación la exposición a eventos negativos recientes o pasados, el ambiente en que se desarrolla el adolescente, el apoyo su alrededor y la historia familiar de trastornos psiquiátricos.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de un trastorno distímico y la disfunción familiar, se debe brindar la información sobre el trastorno tanto al adolescente como a la familia o bien de igual forma a otro integrante de la familia para fortalecer las redes de apoyo. Incluir siempre en el tratamiento de estos adolescentes: psicoeducación, apoyo al menor e involucrar a la familia y a la escuela.

Trabajar con terapia familiar basada en el modelo estructural de Salvador Minuchin, ya que el foco del problema es la familia debido a que las áreas que lo conforman se encuentran deterioradas y de nada nos serviría tratar la distimia si el sistema familiar se encuentra inestable y es el causante de la aparición de la distimia en los adolescentes. Dicha terapia ayudara a mejorar la comunicación entre padres e hijos, creando un ambiente favorable en el que el adolescente experimente confianza en sí mismo y logre un avance significativo tanto personal como social, permitiéndole realizar cambios benéficos en la salud de la familia y alcanzando formas de vida más satisfactorias.

Para la Unidad de Medicina Familiar:

En las unidades de medicina familiar se debe implementar la detección oportuna de distimia, ya que en ocasiones las manifestaciones de esta enfermedad solo salen a flote si

el médico pregunta al paciente de forma intencionada. Se sugiere favorecer el acceso a los servicios de salud a los adolescentes, con la finalidad de que reciban tratamiento oportuno para este padecimiento, el cual muchas veces no se detecta a nivel familiar o comunitario. Trabajar con la familia de los adolescentes en un proyecto de escuela para padres capacitando al vínculo familiar para así generar un cambio fortaleciendo de esta manera la comunicación y concientizar sobre cómo influye la disfuncionalidad de los hogares en los adolescentes con distimia.

Realizar talleres de orientación a adolescentes acerca de la importancia de la familia como red de apoyo principal sobre todo en aquellos pacientes en los que se haya realizado detección oportuna de trastorno distímico.

Integrar al programa JuvenIMSS pláticas otorgadas por el Médico Familiar con la finalidad de instruir a la familia acerca de las funciones básicas de la familia y de cómo enfrenar las crisis paranormativas que se pueden presentar tales como la aparición de distimia en alguno de sus integrantes adolescentes.

Para la familia:

Promover mediante talleres o pláticas la convivencia de la familia, realizar actividades en el hogar o al aire libre en el que estén involucrados todos los miembros de la familia.

Dedicar un espacio del día a la comunicación entre la familia en donde se permita conocer las actividades del día y las metas o logros que se hayan conseguido así como dar orientación a los adolescentes de la familia de cómo enfrentar los problemas que surjan en su vida cotidiana

Acudir como familia a las diferentes redes de apoyo con las que se cuente en la comunidad para aprender juntos a integrarse como familia y a la detección oportuna del trastorno distímico en los adolescentes, con la finalidad de dar apoyo a las familias que ya tengan un integrante con diagnóstico de distimia.

IMPLICACIONES ÉTICAS

En el área de salud, el contemplar los aspectos éticos, es de suma importancia para llevar a cabo un óptimo desempeño del ejercicio profesional para otorgar respeto y compromiso a los participantes menores de edad.

El presente estudio estará sujeto al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en su apartado correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (art. 20, 21 y 22), así como a los principios éticos de la Declaración de Helsinki, de la cual se obtienen los siguientes:

El respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. (Ver Anexo 4)

El deber del investigador es solamente hacia el paciente (Artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (Artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (Artículo 25).por tal motivo es de suma importancia el otorgar al menor un carta de Asentimiento Informado en el cual de su permiso, una vez conocidas las características del estudio. (Ver Anexo 3)

ORGANIZACIÓN

Las personas que intervendrán en la investigación son:

- Selección del tema de investigación: Residente de tercer año.
- Búsqueda de la bibliografía: Residente de tercer año.
- Elaboración del protocolo de investigación: Residente de tercer año con supervisión y asesoramiento de los Asesores de Tesis Dra. Ana Gloria Toro Fontanell y Alberto Moctezuma Cobos.
- Solicitud de registro del proyecto de investigación al Comité Local de Investigación de la UMF 15, Prado Churubusco: Asesor de Tesis Dr. Alberto Moctezuma Cobos.
- Trabajo de campo: integración de la muestra por residente de tercer año.
- Recolección de los resultados: Residente de tercer año.
- Vaciado de la información en programa SPSS: Residente de tercer año con supervisión y asesoramiento de Asesores de Tesis Dra. Ana Gloria Toro Fontanell y Dr. Alberto Moctezuma Cobos.
- Análisis de los datos y elaboración de resultados: Residente de tercer año con supervisión y asesoramiento de Asesores de Tesis Dra. Ana Gloria Toro Fontanell y Dr. Alberto Moctezuma Cobos.
- Elaboración de cuadros y graficas: Residente de tercer año.
- Elaboración de conclusiones y sugerencias: Residente de tercer año con supervisión y asesoramiento de Asesores de Tesis Dra. Ana Gloria Toro Fontanell y Dr. Alberto Moctezuma Cobos.
- Presentación para revisión del trabajo terminado por el Comité Local de Investigación así como revisores en UNAM: Residente de Tercer año.
- Impresión de trabajo final y discusión de trabajo: Residente de Tercer año.



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
“CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR”**

“DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO”

“DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO”				
FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL ASESOR	PROGRAMADO	REALIZADO	PENDIENTE
MARZO 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Portada, Índice, resumen, Planteamiento del Problema- Pregunta de Investigación	X	
ABRIL 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Justificación	X	
MAYO 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Objetivos, hipótesis	X	
JUNIO 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Marco Teórico, conceptual y contextual	X	
JULIO 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Material y Método (Periodo y sitio, universo de trabajo, población de estudio)	X	
AGOSTO 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Diseño de Investigación	X	
SEPTIEMBRE 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación, muestreo	X	
OCTUBRE 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Operacionalización de variables	X	
NOVIEMBRE 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Análisis Estadístico	X	
DICIEMBRE 2018	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Consideraciones éticas	X	
ENERO 2019	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Cronograma	X	
FEBRERO 2019	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Bibliografía	X	
MARZO - ABRIL 2019	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Anexos (Carta de consentimiento Informado, Hoja de datos socio-demográficos, cronograma de Actividades, etc.)	X	
MAYO 2019	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Trabajo de Campo	X	
JUNIO 2019	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Resultados, conclusiones, Discusión	X	
OCTUBRE 2019	Dr. Alberto Moctezuma Cobos Dra. Ana Gloria Toro Fontanell	Programación de Examen		X

Elaborado: Johan Indalecio Martínez. Médico Residente de Medicina Familiar

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción en Salud Mental 2014-2020. Washington D. C. 2014.
- 2.- Cárdenas EM, et al. Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales), 2010. México.
3. Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes, Instituto Nacional de Psiquiatría 2016 México.
4. Carreón Nieto C. H. et al. Síntomas depresivos y estructura familiar en adolescentes. Atención Familiar 2012; 19 (1): 12-15.
5. Buitrago, J., Pulido, L. & Güichá-Duitama, Á. Relación entre sintomatología depresiva y cohesión familiar en adolescentes de una institución educativa de Boyacá. Psicogente, 2017; 20(38) Julio – Diciembre: 296-307.
6. Cárdenas G. E, et. al. Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en Niños y Adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010. México.
7. Gallardo-Moreno G, et al. La distimia como entidad nosológica. Algunas consideraciones clínicas, epidemiológicas, etiológicas y de utilidad diagnóstica. Revista Mexicana de Neurociencias. 2013; 14(4) Julio – Agosto: 215-222.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. — 10a. revisión. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 1995. Vol. 1. Edición 2008.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 1995. Barcelona: Masson, Edición 2003.
10. Jiménez-Maldonado ME, et al. La distimia en el contexto clínico. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013; 42 (4): 212-218.
11. García-Sancho M, et al. Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud. Murcia España. 2013.

12. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2 de diciembre de 2015.
13. Base de Datos de Pacientes con Diagnostico en Distimia en 2017, Sistema de Información de Atención Integral de la Salud. Dirección General de Prestaciones de la Unidad de Medicina Familiar Numero 15. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017.
14. González-Forteza, C. et al. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2015; 72(2):149 -155.
15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
16. Carro de Francisco, C. y Sanz-Blasco, R. Intervención cognitivo conductual en un caso de distimia con componentes de ansiedad de evaluación: análisis de un caso clínico. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental (2015) 1: 43-59. Madrid, España.
17. Pérez-Esparza, R. Tratamiento farmacológico de la depresión: Actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2017; 60 (5) Septiembre - Octubre: 7-16.
18. Güemes–Hidalgo M, et al. Pubertad y Adolescencia. ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2017; V (1): 7-22
19. Iglesias-Diz J L. Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatría Integral. 2013; XVII (2): 88-93
20. Vazquez - Fernández M. E., et al. Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. Revista Pediatría de Atención Primaria. 2013; 15(59): 219.e75- e84.
21. Encuesta Intercensal (2015). Encuesta Intercensal 2015: marco conceptual/Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, 2018.
22. Gaete V. Desarrollo Psicosocial del Adolescente. Revista Chilena de Pediatría. 2015; 86(6):436---443

23. Güemes-Hidalgo M, et al. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos Físicos, Psicológicos y Sociales. *Pediatría Integral* 2017; XXI (4): 233–244.
24. Dirinó - Lesvia. Adolescencia, Tiempo de crisis y de transiciones. *Revista Ciencias de la Educación*. 2016; 26(47, Enero – Junio): 258 – 270.
25. Gutiérrez-Capulín, R., et al. El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *CIENCIA ergo-sum: Revista Científica Multidisciplinaria de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 2016; 23(3), 219-228.
26. Román, R.P., et al. Familia, migración y políticas públicas. Una relación compleja. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*. 2014; 6, 32-57.
27. Suárez, P., Vélez, M. El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*. 2018; 12(20): 173- 198,
28. Juárez-Montoya CL, et al. Clasificación clínica de la familia en estadios funcionales: propuesta de un instrumento para su estudio. *Archivos de Medicina Familiar*. 2016; 18(3). 65-75.
29. Barrios-Hernández Y. Verdecía-Machado MR. Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista Adicción y Ciencia*. 2016; 4(1): 1-8.
30. Iglesias Diz, JL. Adolescente y Familia. *ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. 2016; 4 (3): 45-52.
31. Perales-Blum MTL, Loredó L. Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor. *Salud Mental* 2015; 38(3):195-200
32. Mantilla-Falcón LM, Alomaliza C. La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en Adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *Revista ENIAC Pesquisa, Guarulhos (SP)*, 2017; 6 (2): 315-324.
33. Hernández-Benítez CT, et al. Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2014; 52(5):574-579
34. Vargas H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*. 2014; 25:57-59.
35. Moral M, et al. La Medicina Familiar y Comunitaria como fuente de cuidados de Salud Mental. *Revista Brasileña de Medicina Familiar y de Comunidad*. 2018; 13 (Suplemento 1): 54-68.

36. Ruiz-Rodríguez AV, Rivas- Gómez AM. Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas. *Salud Pública de México*. 2017; 59 (3): 209-210.
37. Yohannessen-Vásquez K, et al. Diseños de estudio clínico-epidemiológicos *Revista Pediatría Electrónica*. 2016; 13 (1): 61-70.
38. Cuba M. et al. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Médica Herediana*. 2013; 24:12-16
39. Nogales-Imaca AI, et al. Guía Clínica para Depresión en Niños y Adolescentes. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” Secretaria de Salud, México, 2018.
40. Urgiles-Leon SJ, Fernández NY. Adolescencia y disfuncionalidad familiar: análisis desde la migración de los padres. *Revista Killkana Sociales*. 2018; 2 (3): 197-202.
41. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 2018; 23 (versión electrónica). Consultado en <http://www.rae.es/>
42. González-Escobar S. et al. Significado Psicológico de Sexo, Sexualidad, Hombre y Mujer en estudiantes universitarios. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México. 2016; 21 (3): 274-281.
43. Sistema de Información y Atención Integral para la Salud (SIAIS). Unidad de Medicina Familiar No. 15. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2017
44. Aguilar-Barojas, S Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Revista Salud en Tabasco*, Secretaria de salud del Estado de Tabasco. 2005; 11(1, 2): 333 – 338.
45. Pettersson et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed-methods study. *BMC Family Practice*. 2018; 19(19): 1-13.
46. Sheehan D, et al. (Ferrando L, et al versión en español) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Entrevista Neuropsiquiatría Internacional). Versión en español 5.0.0. Instrumentos de detección y orientación diagnóstica. 2000

47. Barrios I, et al. Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2015; 48 (1): 59-66.
48. Louro-Bernal I., Matriz de salud del grupo familiar: Un recurso para diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Revista Cubana de Medicina General e Integral*. Ciudad de La Habana, Cuba 2004; 20 (3): 1-10.
49. Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF – SIL) en adultos angolanos. [Revista Cubana de Medicina General e Integral](#) 2017; 35(4): 1- 6.
50. Funcionalidad familiar y afrontamiento en pacientes con incapacidad permanente. Horizonte sanitario de la Revista de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2017; 16 (2): 127-137.
51. Pérez-González E, et al. Funcionamiento familiar. Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la Salud Humana ERGO-SUM*. 1997; 4 (1): 63-66.
52. Mantilla-Falcón LM, et al. La Disfuncionalidad Familiar y los Niveles de depresión en Adolescentes de Una Unidad Educativa Rural en Ambato, Ecuador. *Revista ENIAC*. Ambato Ecuador. 2017; 6(2): 315-324.
53. Garibay- Ramírez J, et al. Disfunción familiar y depresión en niños de 8 a 12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*. 2014; 2(2):107-111.
54. Veytia - López M, et al. Depresión en Adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Revista Salud Mental*. 2012; 35: 37-43.
55. González-Forteza, et al. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Medico del Hospital Infantil de Mexico*. 2015; 72(2):149-155.
56. Rivera R, et al. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 2018; 56(2): 111-126.
- 57.- Villa, A., et al. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social* 2009; 47: (3); 643– 646.
- 58.- Mendoza L., et al. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos de Medicina Familiar* 2006; 8(1): 27–32.

- 59.- Álvarez, M., et al. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009; 9:(12), 205 – 216.
- 60.- Cogollo, Z., et al. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena- Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2009; 38(4): 637 – 344.
- 61.- Zapata, J., et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Boletín Médico Hospital Infantil de México Federico Gómez Instituto Nacional de Salud* 2007; 64: 295 – 301.
- 62.- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista médica Instituto Mexicano Seguro Social* 2007; 45: 225–232.

ANEXOS

Anexo 1

Nombre: _____ Edad: _____

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

Anexo 2

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

Nombre: _____ Edad: _____

ITEM	INDICACIONES A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique, según la frecuencia en que ocurre la situación. Marque con una X donde corresponda.	1	2	3	4	5
		C A S I N U N C A	P O C A S V E C E S	A V E C E S	M U C H A S V E C E S	C A S I S I E M P R E
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					
	Suma total		Sume las columnas			

Calificación.

De 57 a 70 Familia funcional

De 43 a 56 Familia moderadamente funcional

De 28 a 42 Familia disfuncional.

De 14 a 27 Familia severamente disfuncional



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 15 PRADO CHURUBUSCO, 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El presente estudio está diseñado para identificar a la disfunción familiar en asociación al trastorno distímico en el adolescente, y con ello lograr una adecuada identificación del problema durante la consulta de primer nivel y realizar una prevención de los trastornos afectivos para obtener una pronta referencia al servicio correspondiente. Objetivo: Atribuir el trastorno distímico en el adolescente a la presencia de disfunción familiar.
Procedimientos:	Se aplicaran dos encuestas al adolescente; la primera consiste en una evaluación de la funcionalidad familiar llamado FF-SIL con el propósito de evaluar a la familia a través del punto de vista del adolescente; y la segunda correspondiente para la evaluación Distimia actual en el adolescente con la aplicación del MINI en el rubro de Trastorno Distímico. Ambas escalas han sido validadas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, ocasionalmente pudiese generar incertidumbre, malestar o tristeza al tener que responder preguntas a cerca de mis emociones y su relación con mi familia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno, solamente, que contribuiré a obtener conocimientos que puedan ayudar en el futuro a personas con este tipo de padecimientos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	No es de carácter obligatorio la participación del adolescente y si fuese necesario por cualquier causa, el padre, tutor o adolescente puede solicitar su retiro del estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	El presente estudio será un documento de uso exclusivo para el IMSS con finalidades académicas y estadísticas, por lo que sus encuestas y resultados de las mismas no serán publicados y se protegerá la identidad de cada participante

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Ninguno

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Alberto Moctezuma Cobos. Mat 98376101 UMF 15 Tel. 5548115344
Dra. Ana Gloria Toro Fontanell. Mat 99379059 UMF 15 Tel. 5544907941

Colaboradores:

Dr. Johan Indalecio Martínez. Mat. 97380750 UMF 15, Tel 5522558331

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Johan Indalecio Martínez

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 15 Prado Churubusco, 2019
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El presente estudio está diseñado para identificar a la disfunción familiar en asociación al trastorno distímico en el adolescente, y con ello lograr una adecuada identificación del problema durante la consulta de primer nivel y realizar una prevención de los trastornos afectivos para obtener una pronta referencia al servicio correspondiente. Objetivo: Atribuir el trastorno distímico en el adolescente a la presencia de disfunción familiar.
Procedimientos:	Se aplicaran dos encuestas al adolescente; la primera consiste en una evaluación de la funcionalidad familiar llamado FF-SIL con el propósito de evaluar a la familia a través del punto de vista del adolescente; y la segunda correspondiente para la evaluación Distimia actual en el adolescente con la aplicación del MINI en el rubro de Trastorno Distímico. Ambas escalas han sido validadas.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, ocasionalmente pudiese generar incertidumbre, malestar o tristeza al tener que responder preguntas a cerca de mis emociones y su relación con mi familia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ninguno, solamente, que contribuiré a obtener conocimientos que puedan ayudar en el futuro a personas con este tipo de padecimientos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica
Participación o retiro:	No es de carácter obligatorio la participación del adolescente y si fuese necesario por cualquier causa, el padre, tutor o adolescente puede solicitar su retiro del estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	El presente estudio será un documento de uso exclusivo para el IMSS con finalidades académicas y estadísticas, por lo que sus encuestas y resultados de las mismas no serán publicados y se protegerá la identidad de cada participante

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Alberto Moctezuma Cobos. Mat 98376101 UMF 15 Tel. 5548115344

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell. Mat 99379059 UMF 15 Tel. 5544907941

Colaboradores:

Dr. Johan Indalecio Martínez. Mat. 97380750 UMF 15, Tel 5522558331

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Johan Indalecio Martínez

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZACION DE PROTOCOLO: “DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO“

Por medio del presente documento, yo Indalecio Martínez Johan Residente de Tercer grado de medicina familiar, me permito informarle que el protocolo de Investigación: “DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO“, se desarrollará con población adolescente de 12 a 15 años adscrita a la Unidad de Medicina Familiar número 15, a la cual se elegirá de acuerdo a los criterios de inclusión, acepten la integración a participar en el presente estudio; previa firma de Carta de Consentimiento Informado y de Asentimiento Informado; se aplicarán dos cuestionarios: el inicial será para valorar la presencia de funcionalidad familiar o disfuncionalidad mediante la aplicación del FF- SIL; posteriormente se aplicará la MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW en su apartado para Trastorno Distímico, donde se obtendrán adolescentes que presentan distimia y los que no la presentan. Posteriormente una vez reconocidos ambos grupos de adolescentes se realizará la asociación entre los mismos.

El siguiente protocolo de estudio es de tipo Observacional, Prospectivo, Transversal y Analítico.

Es un estudio prospectivo ya que sigue la línea de tiempo, Transversal que solo se realizará una sola medición para cada uno de los adolescentes estudiados; Analítico ya que se realizara la asociación entre los pacientes con disfunción familiar y los que presentan trastorno distímico.

El presente estudio estará sujeto al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en su apartado correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (art. 20, 21 y 22), así como a los principios éticos de la Declaración de Helsinki, de la cual se obtienen los siguientes:

El respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección Regional Centro
Delegación Sur
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas



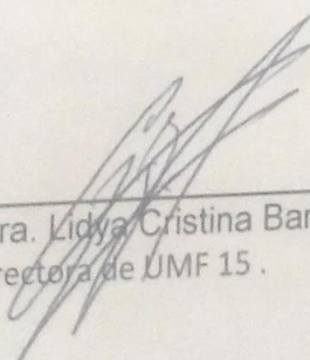
Ciudad de México, a 13 de mayo del 2019.

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Delegación D.F. Sur
Presente

Por medio del presente, manifiesto que **no existe inconveniente** en que se lleve a cabo el proyecto "DISFUNCION FAMILIAR Y TRASTORNO DISTIMICO EN ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UMF 15 PRADO CHURUBUSCO" en la Unidad a mi cargo bajo la responsabilidad del investigador Dra. Toro Fontanell Ana Gloria.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

Atentamente.



Dra. Lidya Cristina Barrios Domínguez.
Directora de UMF 15 .