

11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ"

89

**DETECCION DE DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN UN GRUPO
DE ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR.**

S. T. E.
Asociación Médica
Zona Sur, D.F.

★ ABR. 16 2001 ★

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN *Clinica Dr. Ignacio Chávez*

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SARA MORENO CONTRERAS

**ASESOR DE TESIS: DRA. BERTHA BOSCHETTI FENTANES
PSICOLOGA CLINICA Y PSICOTERAPEUTA FAMILIAR**

11226



ISSSTE

MEXICO, D F., FEBRERO DE 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHAVEZ"

**DETECCION DE DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN UN
GRUPO DE ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR.**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. SARA MORENO CONTRERAS

ASESOR DE TESIS: DRA. BERTHA BOSCHETTI FENTANES
PSICOLOGA CLINICA Y PSICOTERAPEUTA FAMILIAR.

MEXICO, D.F. FEBRERO 2001

I. S. S. S. T. E.
Sub-Delegación Médica
Zona Sur, D.F.



ABR. 15 2001



Clinica Dr. Ignacio Chávez

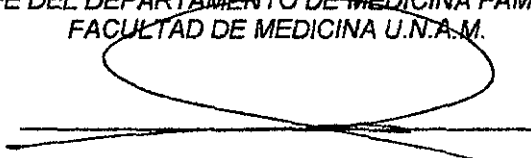
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DETECCION DE DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN UN GRUPO DE
ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. SARA MORENO CONTRERAS.

DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



I. S. S. S. T. E.
Sub'Delegación Médica
Zona Sur, D.F.

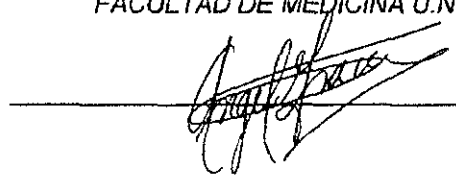
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA. ★
COORDINADOR DE INVESTIGACION ★
DEL DEPERATAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ABR. 16 2001 ★



Clínica Dr. Ignacio Chávez

DR. ANGEL GRACIA RAMIREZ.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



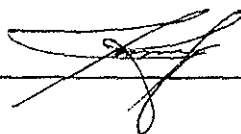
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**DETECCION DE DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN UN GRUPO DE
ADOLESCENTES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. SARA MORENO CONTRERAS

DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR Y JEFA DE ENSEÑANZA
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR
EN CLINICA DR. "IGNACIO CHAVEZ". I. S. S. S. T. E.
Sub'Delegación Médica
ISSSTE Zona Sur, D F.

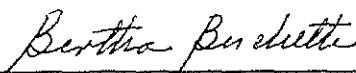


ABR. 16 2001



Clinica Dr. Ignacio Chávez

DRA. BERTHA BOSCHETTI FENTANES.
PSICOLOGA CLINICA Y PSICOTERAPEUTA FAMILIAR
ADSCRITA A LA CLINICA DR. "IGNACIO CHAVEZ" ISSSTE.
ASESORA DE TESIS



A DIOS:

Por haberme dado la vida y permitirme disfrutarla al lado de una hermosa familia, por los logros y triunfos que me ayuda a tener.

A MIS PADRES:

Por hacerme muy placentera mi estancia en esta vida, por el apoyo, amor y entusiasmo que día a día me han dado para lograr terminar mi carrera y ahora mi especialidad.

A FRAK:

Por el inmenso apoyo moral, sentimental y sobre todo profesional que me transmitió los pocos años que con él compartí, porque Dios así lo quiso, y por haber sido el mayor ejemplo en muchos aspectos de mi vida.

A MIS PROFESORES, COMPAÑEROS Y AMIGOS:

De manera muy especial a el **Dr. PEDRO DORANTES B.** Por su valiosa participación en la revisión del presente trabajo de investigación, por sus comentarios, observaciones y sugerencias, por ser la persona ideal que apareció en mi camino en el momento preciso, mil gracias.

El mayor agradecimiento a la Dra. Catalina Monroy Caballero por el ejemplo que me dio de lo que es la Medicina Familiar y por todo su apoyo para tener una mejor visión de la misma.

A la Dra. Bertha Boschetti Fentanés por su apoyo y comprensión en mi formación y realización de esta tesis y al Dr. Eduardo de la Cruz por transmitirme sus conocimientos y forjarme cada día a ser mejor.

A mis compañeros Rosario Najera A. y Andrés Bernal P. por compartir los momentos difíciles durante 3 años de esta especialidad.

A mis amigos Ramiro Díaz J Y Noé Huerta M. por estar siempre presente con su inmenso apoyo moral para la culminación de este estudio.

GRACIAS.....

DEPRESION : EL MAL DE FIN DE SIGLO.

CADA UNO ANTE LA VIDA PUEDE SER UN VENCEDOR O UN DERROTADO. SEGÚN SE DEJE GUIAR POR LA ALEGRIA O POR LA TRISTEZA . (Guibert).

TODOS NECESITAMOS ILUSIONES: EN CUANTO PERDEMOS LAS ESPERANZAS DE QUE EL FUTURO NO NOS GUARDA NADA POSITIVO, EN CUANTO DESESPERAMOS DE QUE EL DOLOR QUE SENTIMOS JAMAS LLEGUE A ALCANZAR CONSUELO, ENTONCES, POR REGLA GENERAL, CAEMOS EN LA DEPRESION.

"CUALQUIER TRASTORNO EMOCIONAL EN UN ADOLESCENTE, MIENTRAS NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO ES DEBIDO A UNA DEPRESION" O MEJOR DICHO, "CUALQUIER ADOLESCENTE QUE ENTRE POR LA PUERTA DE UN CONSULTORIO, ES UN DEPRESIVO A MENOS QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO".

VUELVE A EMPEZAR

**AUNQUE SIENTAS EL CANSANCIO,
AUNQUE EL TRIUNFO TE ABANDONE.
AUNQUE UN ERROR TE LASTIME,
AUNQUE UN NEGOCIO SE QUIEBRE,
AUNQUE UNA TRAICIÓN TE HIERA.
AUNQUE UNA ILUSIÓN SE APAGUE,
AUNQUE EL DOLOR QUEME TUS OJOS,
AUNQUE IGNOREN TUS ESFUERZOS,
AUNQUE LA INGRATITUD SEA LA PAGA,
AUNQUE LA INCOMPRESIÓN CORTE TU RISA,
AUNQUE TODO PAREZCA NADA.....
VUELVE A EMPEZAR.....**

UNA DEPRESION MAYOR PUEDE CONducIR AL SUICIDIO. RECORDEMOS: LA MUERTE ES UN ACONTECIMIENTO IRREVERSIBLE QUE, NO SOLO ELIMINA EL DOLOR, SINO QUE LO TRASMITE A QUIENES NOS RODEAN.

TITULO.

"DETECCION DE DEPRESION Y DISFUNCION FAMILIAR EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE LA ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA NO.5, TURNO MATUTINO, DE MARZO 1 DE 2000 AL 31 DE ENERO DE 2001.

INDICE

	PAGS.
1. INTRODUCCION	1 - 2
2. MARCO TEÓRICO	3 - 23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	25
5. JUSTIFICACION	26
6. OBJETIVOS	27
7. METODOLOGIA	28 - 31
8. RESULTADOS	32 - 33
9. TABLAS Y GRAFICAS	34 - 56
10. ANALISIS DE RESULTADOS	57 - 59
11. CONCLUSIONES	60 - 61
12. PROPUESTAS	62
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63 - 65
14. ANEXOS	65 - 67

INTRODUCCION

Aproximadamente un 40% de la población mexicana, está representada por los adolescentes, siendo un sector de la población que se encuentra olvidada y en constante riesgo, se cree que no enfrentan problemas, sin embargo no es así, los tienen por sus cambios físicos, sociales, psicológicos, propios de esa edad, al relacionarse en el entorno escolar, social y de mayor importancia en su vida familiar, de hecho, el tener un adolescente en casa crea una crisis de estrés conocida como normativa, que la familia debe saber conducir para no entrar en disfunción, y si esta ya existe agrava aún más la situación por las demandas de la sociedad a la que pertenece, estas condiciones intervienen en la aparición de algunos trastornos y principalmente de índole psiquiátrica, los que han aumentado en los últimos años, siendo la más frecuente la depresión, que afecta no sólo al individuo sino al núcleo familiar.

Antes se consideraba a la depresión como una enfermedad de adultos, sin embargo, actualmente afecta cada día más a los adolescentes e incluso a niños. El médico familiar debe estar capacitado para poder diagnosticarla y mediante el uso de algunos instrumentos lograrlo más fácilmente, ya que no debe pasar desapercibida o considerarla como "normal" a esa edad. La falta de atención a este padecimiento en la adolescencia a condicionado que no existan datos estadísticos confiables al respecto. Así mismo, es importante conocer las causas desencadenantes, desde las bioquímicas muy estudiadas actualmente, hasta los factores ambientales o psicosociales, tomando en cuenta los del núcleo familiar, como principales generadores del padecimiento, de acuerdo con múltiples investigaciones.

Estos pacientes deben recibir tratamiento inmediato, tomando en cuenta que las manifestaciones en ellos son diferentes a las de un adulto, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Actualmente se dispone de una gama de medicamentos antidepresivos y es importante mencionar que una gran parte del tratamiento se obtiene con la psicoterapia, donde la familia juega un papel relevante, más que el paciente mismo, participando importantemente para el restablecimiento de estos pacientes. Otros objetivos van encaminados a no permitir la evolución del padecimiento, el paso de un estadio a otro de gravedad, que lleve a la edad adulta y condicione incluso al no ser atendida adecuadamente, una consecuencia más grave y lamentable como lo es el suicidio, con un número alarmante actualmente en esta población.

Esta situación radica en la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, ya que se menciona que sólo un 20% recibe las medidas necesarias.

En la bibliografía se encuentra que un 77% de estos jóvenes con tendencia a la depresión en diferentes grados pertenecen a una familia disfuncional, por lo que se considera importante evaluar la disfuncionalidad de la familia, lo cual nos ayuda en el tratamiento y la recuperación, facilita la intervención y evalúa un mejor pronóstico.

El propósito del presente trabajo es determinar en que grado la depresión en adolescentes está correlacionada con disfunción familiar y probar algunos instrumentos de evaluación y diagnóstico que pueden ser útiles al médico familiar para su detección.

Todos estos elementos unidos a una adecuada relación médico – paciente favorecerán que el tratamiento tenga un mayor éxito.

MARCO TEORICO

La familia es vista como la institución pilar de nuestra sociedad, es la más antigua del mundo y a través del tiempo se ha conceptualizado de diferentes maneras, dependiendo de la disciplina que la estudia, sin embargo, este grupo sigue siendo la unidad básica en la cultura de Occidente (1).

El papel de la familia en la vida del individuo ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas, es un agente socializador y preformador del desarrollo sano y maduro del individuo; inhibidor o desviador de su crecimiento.

Cualquier padecimiento, siendo o no propiamente orgánico, afecta al núcleo familiar de alguna manera (2,3). Noller y Callan hicieron una amplia revisión de la influencia de la familia en la vida del adolescente, y concluyeron que la familia es importante para la mayoría de ellos durante toda su vida ya que su ajuste social y emocional es mejor cuando éstas son cohesivas, expresivas y organizadas y fomentan la independencia de sus miembros, existiendo además una comunicación eficaz para su bienestar. Desajustándose cuando hay conflictos, demasiado control y falta de comunicación y de límites claros. Los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias, presentan problemas de conducta que los demás.

Se ha estudiado mucho acerca del ambiente familiar lo que ha llevado a desarrollar diversos instrumentos de evaluación para las distintas áreas responsables de la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia (comunicación, cohesión, afecto y control, entre otras). En la relación padre-hijo se identifican dos variables que son críticas en la socialización: el control parental de la conducta y el apoyo parental (2).

A través de la historia, la familia ha sido definida de diferentes maneras, desde Wynne quien refiere que es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivos y secundarios (4), así como la definición sistémica de los 60's partiendo de la teoría general de los sistemas donde se dice que es un "sistema compuesto por un grupo de personas que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo en general y viceversa" (5), de igual forma el consenso canadiense la define como el grupo compuesto por un mando, una esposa, con o sin hijos, o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo, y la más actual es del consenso norteamericano donde se define

como "el grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras, por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción" (1).

Actualmente la familia se compone por esposo, esposa e hijos constituyendo la familia moderna nuclear del siglo XXI (6).

Según Geyman, clasifica de la siguiente manera a la familia:

EN BASE A SU ESTRUCTURA:

Según los elementos que la constituyen:

1. NUCLEAR: Modelo de familia formado por padre, madre e hijos.
2. EXTENSA: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos.
3. COMPUESTA: padre, madre e hijos más alguien que no es familiar, no es consanguíneo.
3. EXTENSA COMPUESTA: Además de los que incluye la familia extensa, se adicionan otros miembros sin ningún nexo legal, o no consanguíneos.

EN BASE A SU DESARROLLO:

1. MODERNA: Característica esencial que consiste en la incorporación de la mujer al trabajo en iguales condiciones que el hombre.
2. TRADICIONAL: El subsistema proveedor, lo constituye principalmente el hombre y excepcionalmente la mujer.
3. PRIMITIVA: Se refiere a la familia campesina, cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que elaboran.

EN BASE A SU INTEGRACION:

1. INTEGRADA: En la cual sus cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones.
2. SEMI-INTEGRADA: los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria.
3. DESINTEGRADA: Es aquella en la cual falta alguno de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

EN BASE A SU OCUPACION: De acuerdo a la ocupación y nivel de estudios de quien da el mayor aporte económico

1. PROFESIONAL . Nivel de estudios profesionales.
2. OBRERA: Nivel de estudios técnico o de capacitación laboral. Sin estudios de Licenciatura.
3. CAMPESINA: labores en el trabajo de campo (1).

EN BASE A SU UBICACIÓN O DEMOGRAFIA: Lugar donde residen

1. RURAL
2. URBANA.

La familia es la unidad de apoyo más importante cuando es necesario el cuidado de alguno de los miembros, ya que este y la preocupación surgen de los compromisos sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus integrantes.

El concepto de familia ha ido cambiando así como también han cambiado las actitudes y valores, al imponerse nuevos estilos de vida.

Si hablamos de adolescentes, y estos pertenecen a una familia nuclear según su estructura, a diferencia de familias extensas, por ejemplo, no se dan en ésta roles de cuidado y atención intercambiables (como en el caso que el hijo haga funciones de padre) que sí se dan en familias extensas.

La ubicación de la familia también interfiere, ya que en el medio rural se conservan más los valores y tradiciones sólidas de amor, solidaridad, convivencia y tolerancia a diferencia del medio urbano; por otra parte la incorporación de la mujer al mercado de trabajo para mejorar el ingreso familiar, en donde las condiciones se transforman y exigen su participación total, también interfiere en estas funciones, al permanecer mucho tiempo los hijos sin supervisión.

La desintegración familiar constituye otro punto, sobre todo cuando la mujer es el jefe de familia, ya que ella al ejercer ambos roles, constituye la figura dominante, lo que puede implicar abandono y descuido en la responsabilidad del cuidado directo de los hijos adolescentes.

Cualquier enfermedad en algún integrante, ya sea orgánica o no, altera de algún modo su estructura y dinámica, repercutiendo de manera física y emocional en sus integrantes.

Como todo evento de la vida requiere adaptación, y los cambios que se den en su estructura permitirán sobrevivir y mantener las modificaciones de ajuste necesarios a las circunstancias dadas.

Sin embargo, la capacidad de respuesta para afrontar los grandes cambios de la vida, varía de una familia a otra.

Es importante la identificación de la estructura o composición de cada familia, para conocimiento de sus recursos y manera de optimizarlos, de tal manera que ayude en la solución de problemas y esto repercute en la calidad de vida de sus integrantes (7).

Las funciones básicas que debe cumplir una familia de acuerdo con Henenn son cinco, dando mayor importancia, a la etapa del ciclo vital en que se encuentren:

4. Socialización o desarrollo de habilidades sociales.
5. Atención o aporte de alimentos y protección.
6. Afecto o relación de cariño o amor y suministro de cuidados (apoyo físico y emocional)
7. Reproducción y relaciones sexuales (responsabilidad de proveer nuevos miembros a la sociedad)
8. Estatus o legitimación y transmisión de las características del grupo social de origen (1,8).

En la adolescencia cobra mayor atención el afecto, la aceptación y la ayuda que le proporcione la familia para aceptar los cambios que experimenta, tanto físicos como psicológicos y el nuevo rol sexual y social.

La atención médica familiar, que promueve una atención médica integral del adolescente y su familia, requiere para ello del estudio de la familia y de las alternativas que pueden existir para ir ayudando a sus miembros a una mayor integración y funcionalidad.

La familia del adolescente tiene que ser evaluada en cuanto a su estructura y dinámica familiar, de igual forma, tipo de padecimiento, pronóstico y tratamiento que le está afectando, así como etapa del ciclo vital (9).

Existen para las familias tipos de crisis normativas que tiene que ver con el desarrollo individual de cada uno de sus miembros y con las etapas del desarrollo de la familia y las crisis no normativas que son todos aquellos eventos que la familia no tiene contemplada y que van a incidir sobre la estructura y la dinámica familiar produciendo síntomas o incrementando o dificultando los padecimientos ya existentes.

En México, se utilizan las etapas del ciclo vital, propuestas por Geyman en 1980, y son las siguientes:

1. Fase de Matrimonio.
2. Fase de Expansión.
3. Fase de Dispersión.
4. Fase de Independencia.
5. Fase de Retiro y muerte (1).

A través del ciclo vital familiar se van cumpliendo funciones impuestas por la misma sociedad y necesidad de la familia, en donde en cada etapa la familia presenta crisis de estrés normativo.

En la etapa de dispersión al tener hijos adolescentes la familia puede perder su funcionalidad, y es aquí donde el médico familiar desempeña un papel importante. La

Importancia estratégica de la familia reside en su composición, organización, interacción y en las funciones que desarrolla por ser una entidad biopsicosocial. Todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores en la organización o estructura familiar, pueden provocar alteraciones y, si los mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología.

Decimos que una familia es normofuncional cuando es capaz de cumplir las tareas que le están encomendadas, de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo o entorno. Por tanto cuando una familia no puede ejercer sus funciones, se utiliza el término de disfunción (5,7).

Toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases del ciclo vital. Es por ello, que la familia disfuncional no puede distinguirse de la familia funcional no solo por la presencia de problemas, sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos. En la familia patológica, ante situaciones que generan estrés se responde aumentando la rigidez de sus pautas y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio. En una familia donde los recursos económicos estén disminuidos (familia empobrecida) no tiene porque haber de entrada disfunciones familiares, sin embargo, existe imposibilidad para llevar a término de un modo adecuado sus funciones, afectándose áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional.

Otro ejemplo es la falta de implicación parental, debido a desinterés o ausencia física de uno o ambos padres por motivos laborales o separación, produce un efecto circular en niños y adolescentes, capaz de originar una falta de motivación en la escolarización, lo que se transmite a generaciones posteriores, situando a las familias en desventaja en una sociedad competitiva (10).

Se menciona que la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es de 77%; y que la consulta médica de pacientes con signos y síntomas mal definidos tienen un riesgo de 6.21 veces mayor de presentar una disfunción familiar que el resto de consultantes (11). De acuerdo con un estudio realizado en Colombia (Cali) se reporta en familias estudiadas un 43% de disfunción familiar, quienes solicitaron consulta médica 4 veces más comparando con familias funcionales, presentando bajos niveles de cohesión familiar y mala adaptación ante las situaciones de estrés en familias disfuncionales ($p > 0.05$), generando altos niveles de ansiedad, comunicación negativa con los miembros de la familia, mostrando una prevalencia de 3 veces más que en otras comunidades ($p > 0.05$) (12).

La familia es un sistema y sus integrantes los elementos del mismo (Teoría sistémica), evidenciándose que el sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y desarrollo individual así como por la naturaleza de las relaciones que existen entre ellos. El estudio clínico y sistemático de la familia, ha permitido la identificación de sus funciones básicas y el desarrollo de múltiples modelos que han dado origen a instrumentos cuya finalidad ha sido, la evaluación de la familia como un todo (9).

Estos instrumentos y modelos con sustento teórico, basados en investigaciones que los respaldan, se apoyan en tres elementos fundamentales: el propósito que condujo a su creación, la naturaleza de los elementos que pretenden medir y el grado de confianza que se pueda tener de esta medición, permitiendo la evaluación directa de los patrones de interacción familiar.

Se cuenta con métodos observacionales, los cuales permiten la evaluación directa de los patrones de interacción familiar, con 3 posibilidades de aplicación: entrevista, escalas de evaluación clínica y esquemas de codificación, y los de autoaplicación, que son cuestionarios estandarizados que proveen información individual de los integrantes de una familia, incluyendo percepciones sobre sí mismo y sobre los demás miembros, actitudes, roles, valores, etc. son fáciles de aplicar y permiten coleccionar bastante información en períodos cortos y muestras grandes y diversas.

Se han identificado al menos ocho instrumentos para la evaluación familiar como son :

1. Family Assessment Device (FAD)
2. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)
3. Family Assessment Measure (FAM)
4. Family Environment Scale (FES)
5. Family Functioning Questionnaire (FFQ)
6. Family Functioning Index (FFI)
7. Family Apgar (FAPGAR)
8. Self-report Family Inventory (SFI)

El **Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES)** fue desarrollado a finales de los setenta por Olson y sus colaboradores para hacer operativas dos de las tres dimensiones del modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales el cual tiene el propósito de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. El modelo circunflejo ha sido el más exitoso en propiciar la integración entre la práctica, la teoría y la investigación en la última década y ha servido de guía en una amplia variedad de escenarios de terapia de familias; lo cual ha propiciado su evaluación y comparación con otros modelos e instrumentos.

Integra tres dimensiones de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Las dos primeras son las principales y se estima que la comunicación es una dimensión facilitadora que contribuye a que las otras dos se mantengan en niveles saludables.

ste modelo propone que sus dos dimensiones principales presentan cuatro posibles grados niveles, de los cuales, los dos intermedios son normales o "balanceados" mientras que los niveles más altos y más bajos son "extremos". Se menciona que dio origen al Paquete de valoración Circunfleja (CAP) que incluye once instrumentos dentro de los cuales se encuentra FACES III.

La funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para moverse" dentro del modelo como resultado del efecto de factores de estrés normativo o no normativo. La disfuncionalidad se define como la incapacidad de las familias para moverse modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad (13).

FACES I fue un instrumento inicial con 111 reactivos, posteriormente, FACES II fue el resultado de un riguroso análisis de confiabilidad y constructo, mediante la técnica de análisis factorial se seleccionaron 30 reactivos, el mismo tipo de análisis permitió nuevamente depurarlos para que apareciera FACES III con 20 reactivos solamente (alpha y Chronbach de 0.62 a 0.77), este último, según estudios de comparación para calcular la confiabilidad muestra ventajas, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de 0.694, considerándose alto (13,14).

FACES III es un instrumento fácil de aplicar y calificar, cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores del 1 al 5; 1= nunca, 2= casi nunca, 3= Algunas veces, 4= casi siempre y 5= Siempre, considerando cada aseveración en relación con su familia. El cuestionario se debe contestar de acuerdo a la forma en que la persona considera que su familia reacciona en forma habitual, No se debe contestar de acuerdo a la manera en que se piensa que debería reaccionar. No es válido sugerir respuestas, se pueden resolver dudas de significado de palabras o aseveraciones (15), se recomienda que lo conteste un miembro de la familia mayor de 12 años, o un adulto mayor de 18 años, miembro de una familia con hijos, aunque se dispone de versiones adaptadas y probadas para parejas sin hijos, con hijos, con hijos adolescentes y parejas en etapa de retiro.

El encuestador se abstendrá de dar lectura al cuestionario, permitiendo que la persona seleccionada lo haga por sí misma. Así pues, permite clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones de las dimensiones de cohesión y adaptabilidad (13).

Es un instrumento con excelentes perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación (9). Fue redactado originalmente en inglés; su traducción al español FACES III (instrumento estandarizado en español) asegura una equivalencia conceptual más que lingüística, considerando la importancia de los elementos socioculturales y sustentada en una confiabilidad y validez comprobadas, permite un buen acercamiento a la evaluación clínica de la funcionalidad familiar.

Es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación, comprensión y calificación de las familias de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, validado satisfactoriamente, según el estudio realizado en familias urbanas mexicanas de la Ciudad de México (Centro de Salud de Tlalpan, D.F) cuyo objetivo fue traducir FACES III al idioma español y probarlo (9).

Se entiende por cohesión la unión emocional que tienen los miembros de una familia. Se han identificado 4 niveles en una escala cualitativa ordinal: no relacionada (nivel más bajo), semirrelacionada, relacionada (nivel intermedio) y aglutinada (nivel más alto).

La adaptabilidad se define como la posibilidad de cambio en el liderazgo, relación de roles, y normatización de la relación entre los miembros de una familia. Es el balance entre flexibilidad y estabilidad (cambio – no cambio) y la comunicación clara, abierta y consistente, permite identificar 4 tipos de familias en una escala cualitativa ordinal: rígida (nivel más bajo), estructurada, flexible (nivel intermedio) y caótica (nivel más alto).

La calificación de la cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems *nones*, la calificación en la adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes en los ítems *pares*.

Al sumar las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad, se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase que aparecen en las tablas 1 y 2, con lo cual se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del modelo circunflejo. Siendo lo ideal (funcional) una clasificación Relacionada/Flexible. (15) De acuerdo con los rangos evaluatorios en cada una de estas dimensiones se puede clasificar a las familias como extremas (no relacionada rígida, no relacionada caótica, aglutinada rígida y aglutinada caótica), de rango medio (no relacionada estructurada, no relacionada flexible, semirrelacionada caótica, semirrelacionada rígida, relacionada rígida, relacionada caótica, aglutinada estructurada y aglutinada flexible) y balanceadas (semirrelacionada estructurada, semirrelacionada flexible, relacionada estructurada, y relacionada flexible).

TABLA 1

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34
Semirrelacionada	35-40
Relacionada	41-45
Aglutinada	46-50

TABLA 2

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10-19
Estructurada	20-24
Flexible	25-28
Caótica	29-50

Olson y su equipo se encuentran elaborado FACES IV pero con el propósito de evaluar a las familias extremas únicamente (13).

DEPRESION EN ADOLESCENTES.

La depresión es una de las 10 condiciones más observadas en la práctica de la Medicina Familiar, siendo la entidad psiquiátrica más frecuente en el primer nivel de atención, se presenta en cualquier época de la vida, sin embargo, actualmente se ha incrementado su presencia en adolescentes; y su estudio ha sido de creciente interés en las

últimas décadas donde diversas investigaciones reportan una elevada tasa en este grupo etario, aunque se dispone de escasos datos en cuanto a prevalencia (16).

La adolescencia (adolescere=crecer) es un período de la vida caracterizada por importantes cambios físicos (morfológicas, hormonales y de funcionamiento) para alcanzar la madurez biológica y con ella la terminación de los procesos básicos del crecimiento y la capacidad de procrear, así como cambios psicosociales, de las que derivan cambios vitales en la personalidad, actitudes y comportamiento, tanto en el varón como en la mujer. De acuerdo con la OMS se divide en temprana que abarca de los 10 a los 14 años y la tardía de los 15 a los 19 años.

Durante este tiempo los jóvenes deben desarrollar un sentido de la identidad y clarificar sus valores y creencias. En este proceso se da una "crisis de la adolescencia" donde se encaran con las presiones de otros grupos de personas, los amigos, los problemas del novio (a), la escuela, las relaciones con sus padres y oportunidades de usar alcohol y otras sustancias ilegales. Por su inexperiencia a tratar con estos desafíos, son más vulnerables que los adultos y el desconocimiento de como manejar estos problemas puede producir desilusión y depresión, sin embargo se refiere que puede ser una situación que se considera como "normal" en esta etapa (2).

La Comisión Conjunta sobre Salud Mental Pediátrica indica que 1.4 millones de jóvenes por debajo de los 18 años, necesita de ayuda por presentar depresión, y que un 5% de adolescentes la padece en algún momento, recibiendo atención médica sólo una tercera parte (17,18,19), es por ello que el médico familiar se encuentra en la posición más idónea para su diagnóstico temprano y abordaje (20).

En los últimos años, se perfila una doble corriente que especifica el lugar de la depresión en la adolescencia: la primera, psiquiátrica, que intenta localizar signos de una psicosis bipolar, que es frecuente, y la segunda, psicopatológica, que trata de esclarecer los factores depresógenos específicos de la adolescencia, modalidades de organización de la respuesta depresiva, y su influencia en el porvenir del adolescente (21).

La mayoría de las veces la depresión no es reconocida como una entidad nosológica en sus diferentes formas sino lo que observamos son alteraciones de tipo físico que muchas veces enmascaran el origen y presencia de esta enfermedad, muchos casos pasan desapercibidos, sin embargo la OMS /WHO, la rama Sanitaria de las Naciones Unidas, calcula a nivel general que en 20 años la depresión será la 2da. causa de muerte y de incapacidad en el mundo, debido al conflictivo modo de vida actual (22).

DEFINICIÓN

Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones, de tipo físico, neurovegetativas y otros componentes de tipo psíquico (falta de concentración, dificultad con la memoria, ánimo triste) también con un componente bioquímico cerebral (trastorno de la utilización de los neurotransmisores; catecolaminas y serotonina) y que mejora con el tratamiento pertinente (23), además de presentar dificultad en las relaciones interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorando considerablemente la vida laboral, familiar y social, y si no es tratada con la consecuencia más grave que es el suicidio. (19,24)

Malmquist (1971) señala que se utiliza el término de depresión en 4 acepciones diferentes: como síntoma que refleja un estado emocional interno; como conjunto de respuestas fisiológicas, como síndrome clínico y como una entidad nosológica (21).

EPIDEMIOLOGIA

La depresión en la adolescencia es una entidad muy frecuente, que va en aumento, sin embargo, no se dispone de datos estadísticos apropiados, se calcula que su prevalencia es de 4 a 8%, igualmente se reporta que a nivel mundial, en los últimos 30 años, se ha triplicado el número de casos de suicidio en personas de 15 a 19 años, si

consideramos que esta situación es una complicación, nos da una orientación de la magnitud del problema (24).

En cuanto a sexo y edad estos se correlacionan, prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1, y durante la adolescencia cambia hasta 2:1 (25), siendo más frecuente en las mujeres por su mayor sensibilidad, vulnerabilidad al estrés, niveles elevados de enzima monoaminoxidasa (enzima que degrada los neurotransmisores) cuyos genes se localizan en el cromosoma X y cambios hormonales propios del ciclo reproductivo (menarquia, embarazo), asociación genética con ciertos trastornos y con otros aspectos de índole sociocultural (22). La edad de mayor frecuencia es entre los 15 y 24 años (26).

ETIOLOGIA. FACTORES DE RIESGO

Las actuales aproximaciones al fenómeno depresivo en la adolescencia consideran la multifactoriedad en la génesis y en la manifestación de la enfermedad, la interacción de variables bioquímicas, experienciales, conductuales y psicológicas, han sido tomadas en cuenta en las últimas investigaciones, lo que ha permitido observar los aspectos del desarrollo que intervienen en la psicopatología depresiva del adolescente, estableciéndose algunas teorías como la genética, la cognitiva, de aprendizaje y otras debidas a problemas de autocontrol y estrés (25).

Los factores desencadenantes se sitúan en tres niveles: 1) Factores genéticos y bioquímicos (endógenos); 2) biológicos y físicos y 3) psicosociales y conductuales (exógenos o desencadenantes) que deben ser investigados y tratados en la medida de lo posible, considerando que no es posible separar las causas endógenas de las exógenas (22,23).

En el seno familiar el adolescente establece su relación con el mundo aprende a contender con los problemas y adquiere comportamientos que al reiterarse devienen en rasgos de carácter. Los patrones desviados que se establecen en la infancia tienden a persistir en esta etapa y a lo largo del desarrollo de la vida (28,29).

Actualmente se estudian los factores que influyen en la aparición de este trastorno destacando condiciones como: disfuncionalidad familiar (25) caracterizada por carencias maternas "traumatismos repetitivos de separación", rechazo en la relación madre-hijo, conflictos de pareja, madre depresiva, pérdida de alguno de los padres como factor determinante, por la desestructuración del núcleo familiar, sobre todo la pérdida de la madre antes de los 11 años que afecta más a mujeres

Así como también los conflictos de pareja, madres depresivas (3 veces más probabilidad, tanto por el factor genético como por el ambiental), madres que contraen matrimonio más

de una vez, trabajo de ambos padres, vivir en una familia extremadamente conflictiva (74%), inestables o caóticas, abandonos de hogar, lo que genera mucha tensión en el adolescente (31).

De igual manera, ingresos bajos, cambios en la escuela, utilización de uno o ambos padres con fines narcisistas, el divorcio de los padres, separación de los mismos en el último año, rupturas relacionales precoces que obstaculizan el proceso de individualización, separación de sus amigos, enfermedad durante el último año, y ciertos tóxicos como cafeína o fármacos como corticosteroides.

Son genéticamente propensos los adolescentes (37%) familiares de personas afectadas (37%), *sin embargo, no se ha demostrado una secuencia genómica, y desequilibrios químicos detectados (18,21,22,28,29,31).*

Estas correlaciones se han encontrado desde hace varios años, en estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y los resultados han permitido el diseño de intervenciones que evitan esta disfuncionalidad, dado que sin duda, el camino a un desarrollo psicosocial sano del adolescente atraviesa por un funcionamiento familiar activo y enriquecedor, y este facilita el llegar a un período adulto satisfactorio (31).

BASES BIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Las bases bioquímicas de este trastorno, se han investigado, desde el descubrimiento de la acción antidepresiva de la Imipramina, por Roland Kuhn en 1958. Así, desde 1978 y a través de los trabajos de Joaquín Puig-Antich (Director del Servicio de Investigación Clínica en Psiquiatría Infantil, Columbia University) se comprueba que las depresiones en adolescentes responden a parámetros biológicos similares que los observados en las depresiones de adultos. Participan factores biológicos, de neurotransmisión, que incluyen disfunción en los circuitos de noradrenalina (originados en el locus coeruleus) dopamina y serotonina (originados en el núcleo dorsal del rafe), del sistema nervioso central, las cuales forman parte de circuitos sinápticos originados en neuronas del tallo cerebral, originando cambios en el funcionamiento mismo, emitiendo fibras ascendentes, ejerciendo su actividad a través de receptores post-sinápticos ubicados en corteza prefrontal, la amígdala cerebral, el hipocampo, el tálamo, el hipotálamo y estructuras del sistema límbico, estructuras que participan en la modulación del afecto; niveles donde actúan también las causas ambientales.

Los mecanismos de control para ambos sistemas son similares entre sí, e incluyen autoreceptores inhibidores y procesos de recaptación activa en la terminal presináptica, acompañados por un sistema enzimático que convierte los neurotransmisores.

Puede ser causa de un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción (por las enzimas monoaminooxidasa y/o catecolaminas (orto-metil-transferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores, o un déficit de transmisión de la segunda neurona, (fallo del segundo mediador) Estos mecanismos están involucrados de forma primaria o secundaria, existiendo alteración bioquímica.

En etapas iniciales, aparecen fenómenos de compensación, o mecanismos de adaptación neuronal, con menor actividad de los autorreceptores presinápticos (lo que favorece la liberación de neurotransmisores) e hipersensibilidad de los post-sinápticos (que les permite responder aún a bajos niveles de neurotransmisor). Con el tiempo, estos mecanismos se agotan y aparecen las manifestaciones clínicas (22,23,27).

CLASIFICACION

El DSM-IV sigue el criterio de no efectuar clasificaciones etiopatogénicas (por ej. Depresión endógena, exógena, reactiva, neurótica, etc.) sino simplemente sindrómicas. De esta forma el origen queda sujeto a las circunstancias peculiares de cada caso individual.

CUADRO CLINICO

El comportamiento del adolescente deprimido es diferente al del adulto con depresión, poseen algunas características similares, con síntomas acompañantes peculiares. Según Easson (1977) es un síntoma muy extendido, el adolescente no se queja de que está deprimido, esto supondría confesar una debilidad y reconocer una dependencia, justamente con lo que está tratando de luchar; acepta la angustia con mayor facilidad y contrariamente al adulto, es necesario buscar detrás de la angustia, la reacción depresiva.

En el DSM-IV se señala que en los adolescentes, **la irritabilidad y agresividad** suelen ser los *síntomas predominantes*, más que el desánimo, surgiendo una alta incidencia de estados maníacos mixtos con depresión, con instauración de enfermedad bipolar

La depresión en los adolescentes se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad.

Puede ocultarse tras cualquier síntoma y cualquier trastorno del comportamiento agrupándose en quejas de diferente tipo somáticas, trastornos de conducta o inhibiciones.

En las manifestaciones **neurovegetativas** tenemos insomnio, cambios notables en los patrones de comer con pérdida del apetito, anorexia, pérdida de peso, hasta el sobrepeso; quejas físicas como cefaleas episódicas, dolores abdominales erráticos, preocupaciones **hipocondríacas** agudas.

Los acontecimientos de tipo ansioso se caracterizan por sintomatología dirigida más al corazón, cabeza, funciones fisiológicas: respiración, circulación, no sucediendo así en los adultos donde el trastorno se localiza a nivel del tránsito intestinal; los síntomas **motores** más frecuentes son fatiga intensa y adinamia y síntomas **psíquicos**: tristeza persistente, infelicidad, llanto profuso, incapacidad para concentrarse, pérdida de interés de sus actividades favoritas con inestabilidad para disfrutarlas, desaseo personal, tendencia a recluirse en la propia habitación (aislamiento social), comunicación pobre, sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso, incomprensión, aumento en la dificultad para relacionarse, rechazo a las relaciones amorosas, coraje u hostilidad **aburrimiento** persistente, malas conductas en casa o en la escuela, o ausencias en éstas, bajo rendimiento escolar, pérdida de autoestima, ideas de minusvalía, culpa, desesperanza, ansiedad, hurtos, consumo de alcohol u otras drogas ilegales y hasta un comportamiento autodestructivo caracterizado por pensamientos o ideas suicidas (21,22,23,30).

DIAGNOSTICO:

Generalmente es clínico, basado en síntomas y signos recopilados en el examen médico-psicológico. Es importante mencionar que aproximadamente un tercio de los pacientes deprimidos no son diagnosticados por lo tanto no reciben tratamiento.

Al entrevistar al adolescente es preciso plantearle preguntas acerca de su estado de ánimo y de los síntomas depresivos más relevantes, esto recaba información acerca de asuntos que les preocupan pero que no son capaces de verbalizar, por no encontrar las expresiones adecuadas, o desconfianza a no ser comprendidos por los adultos. El adolescente debe explicar sus inquietudes, temores, síntomas físicos y lo que piensa acerca de ellos, es igualmente importante la valoración acerca de sí mismo y lo que cree que los demás piensan acerca de él, así como las ideas de muerte o pensamientos de suicidio. Además es necesario una exploración psicológica complementaria (pruebas psicológicas) donde se realiza un estudio amplio de los factores que intervienen en cada caso particular (procesos de aprendizaje, capacidades básicas, maduración neuropsicológica, adquisición de conocimientos, lenguaje, hábitos, personalidad) con especial insistencia sobre los signos directos e indirectos de las depresiones (23). Las cuales son útiles para detectar, determinar la intensidad, gravedad de los síntomas y

diagnóstico de la depresión como un síndrome, así como controlar la existencia de cambios en la intensidad de los síntomas y evaluar la eficacia de los regímenes de tratamiento.

Existen varios instrumentos disponibles y se los puede incorporar fácilmente en la práctica clínica diaria, con excelentes beneficios en pacientes con quejas somáticas cuando no puede identificarse una causa orgánica y que sin embargo en el instrumento sugiere factores psicosociales.

Otro método útil en el diagnóstico lo constituyen las técnicas biológicas de determinación de las disfunciones fisiológicas y neuroendocrinas, utilizadas con cierta eficacia en adolescentes, sin embargo poco concluyentes. (Ver Tabla 3) Si se administran antidepresivos a una persona no depresiva se crean evidentes efectos adversos, de tipo colateral, más evidentes en ansiedad primaria, en estos casos los síntomas se agudizan aún a dosis pequeñas.

Tabla 3. Marcadores biológicos más importantes en la depresión.

Prueba	Valoración
DST	Cifras superiores a 5mg/dl expresan supresión de cortisol. Positivo en cuanto a depresión mayor. Índice de buena respuesta al Tratamiento biológico.
GH (Hormona del Crecimiento) Estimulación con TRH	Respuesta pobre es índice de depresión. Menos de 7 UL/ml de aumento sobre el valor inicial: respuesta débil que se asocia a depresión.
Determinación de metabolitos de catecolaminas en LCR u orina	5-HIAA (ácido 5-hidroxi indol acético) bajo en LCR se asocia a conducta violenta o depresión con ideas graves de suicidio. Metabolitos bajos en orina especialmente MHPG (metoxi 4 fenil etilen glicol) se interpretan como signo de depresión.
Polisomnigrafía	Hiposomnía (85% de pacientes) Disminución del sueño de ondas lentas (delta) y estadios 3 y 4 del sueño más cortos. Tiempo de latencia de los REM acortado. Mayor densidad de REM total.

Reflejan disfunción límbico-diencefálica

Dentro de los instrumentos para evaluar la depresión se encuentran: el inventario de Depresión de Beck (IDB), la Escala de Depresión Auto-clasificatoria de Zung (SDS), la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Cuestionario de Salud General (GHQ), Escala de Clasificación de Carroll para la Depresión (CRSD), Inventario de Depresión en Niños (CDI), Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale) (DSRS) para depresión mayor en adolescentes y la Escala de Golberg (25,33).

La Escala de Depresión Auto-clasificatoria de Zung (SDS) es un instrumento de auto-aplicación para el paciente que consiste de 20 ítems que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognoscitivos, conductuales y psicofisiológicos más comunes de la depresión y utiliza una escala de Likert de 4 niveles para evaluar la presencia y seriedad de los síntomas depresivos durante la semana anterior.

La escala se clasifica utilizando una clave (Tabla 4) para obtener el resultado crudo de cada ítem y luego se suman los puntajes de los 20 ítems. La obtención de la máxima calificación en cada uno es indicador de un síntoma grave. El puntaje posible va de 20 a 80. Se considera que un puntaje de 50 o más representa una depresión clínicamente importante.

Realizando la puntuación total del SDS según la tabla de conversión, la intensidad del cuadro depresivo queda así determinada:

Depresión leve = 50 a 59 puntos

Depresión moderada = 60 a 69 puntos

Depresión severa = 70 o más puntos.

Al igual que el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la Escala de Depresión Auto-clasificatoria de Zung (SDS) falla en descartar la aflicción, trastornos orgánicos y psicosis. Sin embargo, su confiabilidad y validez es aceptable. Se considera que una disminución de 12 puntos, constituye una mejoría importante luego de 4 semanas de intervención. La mayoría de los pacientes pueden completar el SDS en 5 a 10 minutos, es aplicable en la consulta, se encuentra disponible en 30 idiomas, por lo que tiene una amplia aplicación en distintos ámbitos culturales (20)

Tabla 4. Clave para la puntuación de la Escala de Depresión Auto Clasificatoria (SDS).

SDS número de ítem	Nunca o poco tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Gran parte o todo el tiempo
1.	1	2	3	4
2	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7.	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10	1	2	3	4
11.	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13.	1	2	3	4
14	4	3	2	1
15.	1	2	3	4
16	4	3	2	1
17.	4	3	2	1
18	4	3	2	1
19.	1	2	3	4
20	4	3	2	1

Adaptado de Zung VWW Escala de depresión auto-clasificatoria
Arch Gen Psychiatry 1965; 12:63-70

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Condiciones médicas subyacentes como: esclerosis múltiple, neoplasias, migraña, trastorno afectivo bipolar, trastornos de la personalidad, desórdenes somatomorfos. Hipotiroidismo, Sx. de fatiga crónica, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, deficiencia de vitamina del complejo B, medicamentos como alfametildopa, beta bloqueadores, clonidina, reserpina, digoxina, opiáceos, metronidazol, tetraciclinas, anticonceptivos orales, esteroides y fármacos antineoplásicos (27).

TRATAMIENTO

Muchos adolescentes deprimidos, se convierten en adultos deprimidos, es por ello necesario tratarlos previamente (26), donde se requiere de ayuda profesional, encaminada a evitar el avance de la misma y sus probables complicaciones como la ideación, intento o suicidio consumado, frecuentes en esta etapa, teniendo en cuenta que algunos jóvenes realizan visitas medicas poco antes de llevarlos a cabo.

Es necesario decidir entre el manejo ambulatorio, a través de la consulta externa en casos leves a moderados, o el hospitalario en casos severos. Los padres de familia juegan un papel importante en el tratamiento, ellos pueden ayudar a que este se lleve a cabo en forma efectiva y pueden cuidar al adolescente para evitar cometa un acto irreflexivo, además darle afecto, comprensión y buscar la posible causa de tipo familiar que este interviniendo en el padecimiento (20).

Al igual que los adultos, los adolescentes responden aproximadamente en un 80 a 90%, a la combinación de dos tipos de tratamiento para mayor eficacia: psicoterapia que incluye terapias individuales y de familia; y tratamiento farmacológico con psicofármacos antidepresivos y/o ansiolíticos, por estar implicados factores tanto bioquímicos como psicológicos.

El efecto farmacológico en niños y adolescentes depresivos surge en 1958 cuando Roland Kuhn y su esposa Verena, descubren el efecto antidepresivo de la imipramina, hasta nuestros días, con gran número de antidepresivos, de eficacia farmacológica similar, que difieren en costos, efectos colaterales e interacciones medicamentosas, cuya función consiste en aumentar la disponibilidad de los transmisores en la sinapsis, por medio de varios mecanismos. Los objetivos del tratamiento son: reducir al máximo las manifestaciones depresivas y reintegrar al enfermo a su nivel de funcionamiento previo.

Los antidepresivos en los que existe mayor bibliografía en tratamientos son la imipramina (Tofranil), la clomipramina y la maprotilina (antidepresivos tricíclicos, por la forma de su molécula), que aumentan la biodisponibilidad de las aminas biógenas noradrenalina y/o serotonina (5-HT), bloqueando la recaptación en la fosa sináptica. Es conveniente iniciar con dosis relativamente bajas (1mg/Kg de peso/24h), para instaurar en un plazo corto, de 5 a 10 días, las dosis terapéuticas. Estas oscilan entre 2 y 3 mg/Kg/24h para imipramina y clomipramina, y hasta 4mg/Kg/24h para la maprotilina. Sus efectos secundarios son anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, midriasis, retención urinaria, hasta cardiotoxicidad en periodos largos o dosis elevadas por lo que es necesario controles con ECG), raros en la adolescencia. Es necesario informar a la familia que pueden aparecer, pero que se irán minimizando a lo largo del tratamiento. Un signo de buen pronóstico en los primeros días es la somnolencia (no aparece en no depresivos) Su efecto terapéutico es en 2 a 3 semanas

Un nuevo grupo terapéutico lo representa los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (descubiertos desde hace 15 años) donde se encuentran la paroxetina (plaxil), sertralina (zoloft), y fluoxetina (prozac), está última es la más empleada desde 1988, con amplio éxito en adultos, poca información en niños, sin embargo, su mayor

actividad metabólica permite dosis mayores, con menos efectos adversos. Efectiva a dosis 10-20mg/24h inicialmente, hasta 40 mg/día si no hay respuestas en 3 semanas. Se metaboliza en hígado, forma un metabolito activo (norfluoxetina) con prolongada hemivida de eliminación, es necesario mantener las dosis terapéuticas durante 6 a 18 meses, con dosis de reducción. Sus efectos secundarios son náuseas, cefalea, pérdida de apetito, sedación y cansancio.

Actualmente existen nuevos agentes antidepresivos de receptores múltiples o de tercera generación como la mirtazapina, venlafaxina, nafazodona y el bupropión, poco estudiados en adolescentes.

Un primer episodio depresivo en la adolescencia debe tratarse durante unos 6 meses, con monoterapia esperando 3 a 6 semanas para evaluar la respuesta clínica, si es grave o es un segundo episodio, hasta 18 meses.

Posibilidades farmacológicas asociadas con antidepresivos son:

1) Benzodiacepinas: se emplean como hipnóticos en caso de un insomnio manifiesto, de vida media intermedia (5-8 hrs) como lormetazepan 1-2 mg./noches, dosis-reducción y retiro en 6 semanas.

2) Neurolépticos antipsicóticos: En casos raros (depresión con síntomas psicóticos o trastornos mixtos depresión-esquizofrenia), se usa haloperidol o trifluoperazina.

Adolescentes con depresión y agresividad, dosis bajas de tioridazina (10 a 60 mg/24h) más su antidepresivo.

3) Carbamazepina: (Tegretol) Funciona bien en depresiones con agresividad o con alteraciones graves de la conducta, iniciar con (5-10mg/Kg/24h) y aumentarlas progresivamente (17-30mg/Kg/24h). Adolescentes y adultos iniciar 200 mg/24 hrs. Dosis máxima 800-1,200mg./24h. Niveles terapéuticos 4-12µg/mL debe mantenerse el tratamiento todo el tiempo que duren los antidepresivos en este caso la fluoxetina. Efectos secundarios: náusea, ataxia, mareos, somnolencia, discrasias hemáticas, leucopenia, fiebre, disfagia.

4) Sales de Litio: en casos de cuadros depresivos bipolares o como coadyuvantes en depresiones resistentes.

5) Otros anticonvulsivantes: los derivados del ac valproico para controlar impulsos con o sin depresión Clonazepam, como coadyuvante del litio (17,20,23,34,35).

El tratamiento actual de la depresión incluye 29 nuevos antidepresivos y tres plantas medicinales (hierba de San Juan, valeriana y kava-kava), de las cuales, la hierba de San Juan o St John's wort (*Hypericum perforatum*) ha sido muy estudiada por investigadores alemanes, en el manejo de la depresión leve y moderada, muy vendido en E.U. y en Europa en el año de 1998, aunque no se conocen con claridad su farmacocinética y

potencial de acción, su mecanismo es similar al de los inhibidores de la recaptura de serotonina, también con actividad inhibitoria débil sobre las enzimas monoaminooxidasa A y B, interfiere en el transporte intestinal por lo que se han publicado interacciones adversas aproximadamente con 50 medicamentos, entre ellos, según la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA): antiretrovirales (metabolizados por la vía de citocromo P450), digoxina, teofilina, warfarina, sertralina, anticonceptivos orales, hipolipemiantes y antiepilépticos, por lo que se atribuye cierto grado de falla (36).

PSICOTERAPIA EN LAS DEPRESIONES DE ADOLESCENTES

Lo primero es detectar los factores desencadenantes, gravedad de los mismos y dificultades que le acarrearán; las acciones se basan ante todo, en favorecer la aceptación del adolescente de lo "pasajero" de su estado psicopatológico. El objetivo fundamental es permitir que el adolescente vuelva a encontrar un papel activo e invista sus posibilidades de elaboración mental, para que la calidad de su vida relacional sea buena, así como también su apoyo familiar. Es importante que se sienta comprendido, aunque el mismo no llegue a comprenderse del todo. No es imprescindible una acción psicoterápica individual más que de comprensión y apoyo, es mucho más importante la acción familiar, si esta se realiza en forma correcta, no será necesaria ningún tipo de acción psicológica directa (psicoterapia) sobre el adolescente. Quizá si sea necesaria una acción psicológica sobre los padres.

La depresión en adolescentes es un trastorno "corrosivo" si no se trata con acciones terapéuticas al confirmar el diagnóstico. La medicación con antidepressivos a mediano plazo, procurará una mejoría para que este manejo sea fácil. Si no se confirma se tendrá que pensar en un trastorno emocional donde sería necesario una psicoterapia individual para poder resolverlo. Como medidas básicas para evitarla se recomienda: proporcionar amor, afecto, aceptación del adolescente en la familia y de él mismo, evitar conflictos en el hogar y demostrar amor entre los padres (34,37).

CONDUCTA A SEGUIR EN DEPRESION EN EL ADOLESCENTE

1. Al evaluar al adolescente los cambios de conducta que aparecen en forma rápida, o todo aquello que signifique un cambio importante en la forma de actuar del mismo, tales como agresividad, ansiedad, malas notas, etc. pueden ser indicios de que existe una depresión
2. Es importante Interrogar acerca del estado de ánimo (depresivo y/o irritable) y acerca de la capacidad para disfrutar, igualmente evaluar la presencia de síntomas principales:

falta de concentración, trastornos del sueño, del apetito, ideas de muerte, cansancio, sensación de incapacidad.

3. Ante la sospecha de depresión, comprobar el cuadro clínico, con la realización de pruebas diagnósticas.

4. Empleo de antidepressivos: (tricíclicos o serotoninérgicos), advirtiendo de los posibles efectos adversos, de la importancia de seguir el tratamiento en la forma indicada y por el tiempo prescrito, señalando que no se observará una mejoría antes de cierto plazo.

5. Tener siempre presente el riesgo de suicidio, en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta al tratamiento, deficiente control terapéutico, complicaciones médicas o psíquicas, es necesaria la ayuda del psiquiatra.

6. Platificar con los padres acerca de la depresión, como un padecimiento que no puede ser controlado a voluntad y por tanto la imposibilidad de animar al depresivo con buenas palabras o de incitarle a que se divierta o a que trabaje. Insistir en el empleo de tácticas para evitar los sentimientos de culpa en el adolescente que pueden condicionar ideas suicidas.

7. La atención que el médico familiar debe brindar a este padecimiento específico como a otros propios de su área de atención, debe tener un enfoque biopsicosocial, atendiendo al individuo, su familia y buscando los recursos y apoyo necesarios dentro de la comunidad.

El éxito del tratamiento depende de un diagnóstico temprano, un tratamiento oportuno y eficaz, de una adecuada relación médico-paciente y familia, y de un seguimiento y control continuo (23,29,32).

PRONOSTICO

Se reporta que sólo un 20% de la población adolescente con este tipo de padecimiento recibe tratamiento, es una enfermedad que puede ser grave, pero de razonable buen pronóstico si es atendida en forma correcta (16). Algunos factores de mal pronóstico son: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de pérdidas acompañadas de depresión y mujeres con conflictos con sus padres. Si la enfermedad tiene un curso crónico habrá recaídas en la etapa de adulto joven, llegándose a manifestar trastornos psiquiátricos más importantes en la edad adulta (38).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Es posible detectar depresión y disfunción familiar en adolescentes de 15 a 19 años, en una escuela de nivel medio superior en el período comprendido de marzo 1 de 2000 al 31 de Enero de 2001?

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

Se consideró importante esta investigación porque actualmente un grupo de riesgo son los adolescentes, que día a día presentan mas casos de depresión. Es un grupo de la población que se presenta en un bajo porcentaje a la consulta de primer nivel; y si lo hacen, algunos se niegan a aceptar una enfermedad, o a recibir un tratamiento, o no lo cumplen, hasta que el daño es mayor. En algunos casos pueden presentarse ideas o intentos de suicidio, o un trastorno depresivo mayor, donde el manejo es de urgencia.

En la mayoría de los casos existe una fuerte relación entre el padecimiento y disfunción familiar, es por ello, que se tiene la inquietud de conocer hasta que grado pueden estar relacionadas, así como detectar la frecuencia con que se presentan, con el objeto de encontrar alternativas de tratamiento oportunos y viables por el médico familiar en el primer nivel de atención.

JUSTIFICACION.

Es de gran importancia conocer los factores etiológicos de la depresión en la adolescencia, la bibliografía señala que pueden ser desde bioquímicos hasta psicosociales, en donde los familiares cobran marcada importancia, ya que el primer núcleo de relación temprana es la familia y donde el adolescente va a instrumentar muchas de sus conductas posteriores.

Dentro de la actividad del médico familiar está el realizar el Diagnóstico de Salud del paciente y su familia, que le ayuda no sólo a atender los problemas actuales sino a preveer situaciones que pueden presentarse si no son atendidos.

El conocer estos factores de riesgo, así como los síntomas y signos, nos ayuda a brindar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, siendo importante el estado de salud familiar, como predictor de salud mental en sus integrantes, si están alterados el funcionamiento y la capacidad de adaptación en su contexto familiar, por ende lo estará ante la sociedad.

Para el diagnóstico de depresión y su clasificación, existen varias escalas de autoaplicación, como la de Zung; así como un instrumento útil y reconocido para determinar funcionalidad familiar que es el FACES III (versión al español), el cual no sólo identifica disfunción, sino permite calificar el grado de cohesión y adaptabilidad de las familias, lo que permite saber en que tipo de familias existe mayor frecuencia de esta patología. Para conocer esta relación, estas escalas se aplicarán en un lugar donde se encuentran adolescentes entre 15 y 19 años, como lo es la Escuela Nacional Preparatoria No. 5.

De los resultados obtenidos quizá se pueda normar un criterio que ayude al médico en el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento, facilitando así su práctica médica, disminuyendo los costos de la atención médica, mejorando la calidad de la atención y lo que es más importante que el médico familiar se sienta competente al tratar este padecimiento.

El conocer el tipo de familia a la que pertenece el paciente, puede adelantarle a la aparición de probables patologías, llevar a cabo programas de apoyo familiar, para obtener mayores beneficios, asistencia institucional, disminución de gastos económicos, reducción de tiempos de tratamiento, mejor calidad de atención, continuidad y diagnóstico oportuno, lo que permitirá una mejor calidad de vida al adolescente

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Detectar la presencia de depresión y disfunción familiar en un grupo de adolescentes de 15 a 19 años de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos" en el período de Marzo 1 de 2000 al 31 de Enero de 2001.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Detectar depresión en adolescentes de la Preparatoria No. 5, y su clasificación por grados (Leve, Moderada o Severa)
2. Ordenar los casos de depresión detectada en adolescentes, por grados, en ambos sexos y su relación con edad y disfunción familiar.
3. Clasificar el tipo de familia, de acuerdo a su estructura, desarrollo e integración, en los casos detectados de depresión en adolescentes.
4. Identificar en los casos detectados de depresión la fase del ciclo vital en que se encuentran sus familias.
5. Relacionar los diferentes grados de depresión en los adolescentes, con el tipo de familia a la que pertenecen de acuerdo a la clasificación de disfunción familiar, según su grado de cohesión y adaptabilidad.
6. Conocer que relación puede tener la presencia de depresión con el lugar que ocupa el hijo en la familia.
7. Relacionar el estado civil de los padres, así como la presencia o ausencia de los mismos, con los casos de adolescentes deprimidos.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

POBLACION: Una muestra no probabilística por cuotas representativa de los adolescentes de la Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos" de la Ciudad de México, D.F. en el turno matutino en sus diferentes años (4to.5to y 6to).

LUGAR: Escuela Nacional Preparatoria No.5 "José Vasconcelos" ubicada en Calzada del Hueso No. 729 Villa Coapa Delegación Tlalpan, México, D.F.

TIEMPO DEL ESTUDIO: Se llevó a cabo el estudio en un periodo de Marzo 1de 2000 al 31 de Enero de 2001.

TIPO DE MUESTRA: Una muestra no probabilística por cuotas representativa de adolescentes entre los 15 y 19 años, ambos sexos, turno matutino, de la Escuela Nacional Preparatoria No.5

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se utilizó la fórmula:

$$N = \frac{\frac{Z^2 g}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \frac{Z^2 g - 1}{E^2 p}}$$

Se tomó un nivel de confianza de 95 % con un margen de error del 8% como lo proponen los doctores Gómez-Irigoien-Ponce (39).

Con lo que se tomarán 401 adolescentes, con un total de 134 por cada grado escolar.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- ❖ Todo alumno inscrito en los años escolares 2000-2001
- ❖ Edad comprendida entre los 15 y 19 años.
- ❖ Ambos sexos.
- ❖ Deseo de contestar el cuestionario
- ❖ Presencia en el momento de realización de encuestas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ❖ Tener una edad menor a 15 y mayor de 19 años.
- ❖ Que no sean alumnos del plantel.
- ❖ Que no deseen participar en el estudio.
- ❖ Adolescentes con presencia de enfermedad mental o diagnóstico de depresión en tratamiento.
- ❖ Ausencia en el momento de la encuesta.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- ❖ No haber contestado el cuestionario al 100%.
- ❖ Presencia de respuestas dobles en algún reactivo.
- ❖ No entrega por parte de los adolescentes de los cuestionarios aplicados.

VARIABLES CUANTITATIVAS:

- ❖ **Depresión** en adolescentes de la muestra elegida a estudiar.

Definición: enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo físico, neurovegetativas, y otros componentes de tipo psíquico, además de un componente bioquímico cerebral importante, y que mejora con el tratamiento pertinente, lo que conlleva a dificultades interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorando considerablemente la vida laboral, familiar y social y si no es tratada con la consecuencia más grave que es el suicidio (19,24).

- ❖ **Disfunción familiar:** encontrada en pacientes de la muestra elegida a estudiar.

❖

Definición: Los adolescentes con familias que se encuentran con una cohesión y adaptabilidad que no es clasificada como relacionada/flexible

- ❖ **Adolescencia:** es el período cronológico, que abarca desde la pubertad hasta la madurez (física o mental), según la OMS puede ser temprana (10-14 años) y tardía (15-19 años), en este estudio se tomo la muestra de adolescentes tardíos.

VARIABLES CUALITATIVAS:

- ❖ **Sexo:** característica anatomofisiológica que diferencia al hombre y a la mujer.
- ❖ **Grados de depresión:** son aquellos que se obtienen de los puntajes obtenidos de cada reactivo que conforman la escala para la detección de depresión de Zung (SDS), calificados con una clave establecida y obteniéndose un total al sumar los puntajes, que clasifica a la depresión de la siguiente manera: Menos de 50 puntos = sin depresión. De 50 a 59 = depresión leve. De 60 a 69 = depresión moderada. Más de 70 depresión severa.
Con una categoría de cualitativas ordinales.

- ❖ **Tipología familiar:** Geyman clasifica a la familia de acuerdo a **Estructura:** según los elementos que la constituyen.
Nuclear (padre, madre, hijos).
Extensa (padre, madre , hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos).
Compuesta (padre, madre , hijos más alguien no consanguíneo)
Extensa compuesta (los que incluye la familia extensa, se adicionan otros miembros sin ningún nexo legal, o no consanguíneo).

Reconstruida (formación de una nueva familia después de haber pertenecido a otra, con sus variantes de nuclear, extensa, compuesta, extensa compuesta).

Desarrollo: en función a las actividades laborales de la madre.

Moderna : donde la mujer se encuentra incorporada al trabajo en iguales condiciones que el hombre.

Tradicional : el subsistema proveedor, lo constituye principalmente el hombre y excepcionalmente la mujer

Integración: en base a que padres e hijos cumplan con sus funciones, que estén vivos, y si falta alguno de sus miembros.

Integrada: los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones

Semlintegrada: los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria.

Desintegrada: falta de alguna de los cónyuges, por muerte, divorcio, separación o abandono.

- ❖ **Ciclo vital** en que se encuentra la familia: etapas del desarrollo por las que atraviesa la familia. De acuerdo con Geyman son: matrimonio, Expansión, Dispersión, Independencia, o Retiro y muerte. En este estudio se tomó población en etapa de dispersión.
- ❖ **Grados de disfunción familiar:** son todos aquellos que se obtienen al aplicar el instrumento de evaluación familiar FACES III, donde de acuerdo a los puntajes de los reactivos noes se obtiene la cohesión y los puntajes de los reactivos pares la adaptabilidad, y de acuerdo a los resultados se clasificará según las tablas de respuestas establecidas los grados de disfunción tomando como disfuncional todo lo que se clasifique fuera de relacionada flexible. (Ver tablas 1 y 2 de Marco Teórico).
Con una categoría de cualitativas ordinales
- ❖ **Lugar que ocupa el adolescente en la familia:** número determinado de acuerdo a la secuencia del nacimiento de los hijos en el núcleo familiar, puede ser primero, segundo, tercero, etc.
- ❖ **Estado civil** de los padres: situación de los padres en lo que toca a sus relaciones con la sociedad. Puede ser casado, soltero, viudo, divorciado.

TECNICAS E INSTRUMENTOS: método o procedimiento para captar la información

Se utilizaron dos escalas validadas y con una gran confiabilidad

1. La Escala Auto-clasificatoria de depresión de Zung (SDS), para detectar depresión en los adolescentes, que consta de 20 reactivos y de acuerdo a los resultados califican a la depresión en grados. leve, moderada o severa

2. El Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales .FACES III (versión al español) para la evaluación de la dinámica familiar de los adolescentes (14) (ver Anexos 1,2).

Los cuestionarios se aplicaron a los adolescentes de 15 a 19 años, del turno matutino de la Escuela Nacional Preparatoria No.5, que deseen participar, constan de una cédula de identificación familiar con los siguientes datos: edad, grado escolar, sexo, estado civil, personas que viven bajo el mismo techo, número de hijos en la familia, número de hijo que ocupa el adolescente encuestado, si la madre trabaja, y el estado civil de los padres., así como las escala de depresión de Zung y de funcionalidad familiar FACES III (versión al español). Se contestarán en forma anónima y confidencial, abarcando salón por salón, durante los horarios de clase, hasta obtener el número establecido en la muestra.

Los datos recabados se vaciarán en la sabana de recolección de datos y posteriormente se presentarán en tablas, con el respectivo análisis de los resultados y la elaboración de gráficas más representativas.

CONSIDERACIONES ETICAS:

En esta investigación se emplearon dos escalas validadas y con gran confiabilidad, útiles en múltiples investigaciones, las cuales no conllevan riesgo alguno en la integridad física y mental , de la vida privada de los adolescentes que participarán.

Se solicitó la cooperación previa a las autoridades directivas de la Escuela Nacional Preparatoria No. 5 "José Vasconcelos" mediante oficio dirigido al Lic. José Luis Samano Ochoa, director del plantel, para la aplicación de los 2 instrumentos de trabajo y participación de los adolescentes inscritos en el turno matutino, en este proyecto de investigación.

Se solicitó a los adolescentes entre 15 y 19 años de este plantel , su participación voluntaria y anónima en este proyecto de investigación.

Se respetó la decisión de los adolescentes que no desearon su participación en este proyecto.

Los resultados que se obtuvieron con estas escalas, serán manejados de manera confidencial y únicamente serán empleados para los fines y objetivos determinados en esta investigación.

RESULTADOS

El presente estudio se llevó a cabo en población adolescente entre los 15 y 19 años, aplicándose un total de 401 cuestionarios habiéndose eliminado uno por contar con respuestas dobles.

Se aplicaron 195 cuestionarios a adolescentes del sexo masculino y 205 al sexo femenino con un total de 133 cuestionarios en promedio para cada uno de los diferentes grados escolares (4to.5to y 6to).

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

La población total de adolescentes estuvo constituida por 400 adolescentes de los cuales 91 presentaron depresión lo que representa el 22.8%, detectada mediante la escala de Zung, no presentándola 309 casos (77.2%) según la tabla no. 1

En cuanto a grado de depresión de la población estudiada se encontraron 81 casos (89.0%) con depresión leve y 10 casos (11.0%) con depresión moderada, no detectándose ningún caso con depresión severa, de acuerdo con lo reportado en la tabla no. 2

Se busco de igual manera detectar la relación existente entre los diferentes grados de depresión con el sexo al que pertenecían, encontrándose los siguientes datos: de un total de 91 adolescentes con depresión se encontró que tenían depresión leve 81 casos de los cuales 20 (22.0%) fueron del sexo masculino y 61 (67.0%) femeninos. Con depresión moderada 10 casos , 2 masculinos (2.2%) y 8 femeninos (8.8%) , no detectándose casos de depresión severa. Lo anterior se reporta en la tabla no. 3

Se investigó la frecuencia del grado de depresión que presentaron los adolescentes en relación a edad y sexo, encontrándose que la edad de mayor afección en estos casos según la tabla no. 4 se encuentra en el rango de los 17 años con un total de 42 casos (46.2%), donde la mayor incidencia fue en 34 casos (37.4%) con depresión leve con una mayor afección en mujeres con 26 casos (57.1%) y 8 masculinos (8.8%); para el grado moderado se encontraron 8 casos (8.8%) en el sexo femenino, no reportándose casos en el sexo masculino.

Con respecto a la funcionalidad familiar y depresión está se detectó mediante el FACES III (versión al español) donde se encontró que de los 91 casos de adolescentes deprimidos, 90 de ellos pertenecen a una familia disfuncional (98.1%), 80 casos (87.9%) con depresión leve y 10 casos (11.0%) con depresión moderada.

Solamente se encontró un caso (1.1%) con depresión leve y familia funcional, según lo reportado en la tabla no. 5

En este estudio se clasificaron las familias de adolescentes deprimidos en base a su estructura, desarrollo e integración.

En cuanto a la estructura familiar y su relación con adolescentes deprimidos se encontró de acuerdo con la tabla no. 6, que la mayoría pertenecen a familias nucleares 61 casos (67%), a familias extensas 24 casos (26.4%) a familias

compuestas 4 casos (4.4%) y a familias extensas compuestas sólo 2 casos (2.2%).

De acuerdo al desarrollo de la familia y la presencia de depresión referida en la tabla no. 7 tenemos que 51 casos (56.0%) pertenecen a una familia moderna y 40 casos (44.0%) a una familia tradicional.

Según la integración de la familia y su relación con adolescentes deprimidos se encontró de acuerdo con la tabla no. 8, que 56 casos (61.5%) pertenecen a una familia integrada y en 35 casos (38.5%) su familia se encuentra desintegrada.

En cuanto a la fase del ciclo vital en que se encontraban las familias estudiadas y en las que presentaron casos de depresión según la tabla no. 9 tenemos : 88 casos (96.7%) de familias en fase de dispersión y 3 casos (3.3%) en fase de independencia.

En la tabla no. 10 se encuentran los tipos de familia a la que pertenece el adolescente deprimido encontrándose el mismo número de casos para 2 tipos de familias que fueron la semirelacionada flexible y la no relacionada flexible, con un total de 16 casos para cada tipo, representada por el 17.6% en cada uno, con mayor número para ambos casos en el grado de depresión leve.

11 casos correspondieron al tipo de familia relacionada estructurada, con 9 de ellos (9.9%) para depresión leve y 2 (2.2%) para el grado moderado. El cuarto lugar de tipo de familia fue la relacionada caótica, con un total de 9 casos (9.9%) ubicados todos en depresión leve.

Al referirnos al número total de hijos que conforman las familias de los adolescentes estudiados y de acuerdo con la tabla no. 11 se observa que predominan los núcleos familiares conformados por 3 hijos con un total de 37 casos (40.7%), 32 de ellos (35.2%) se ubicaron en depresión leve y 5 casos (5.5%) en moderada; en segundo lugar se encuentran las familias conformadas por 2 hijos con un total de 23 casos (25.3%), 19 de ellos (20.9%) con depresión leve y 4 casos (4.4%) en moderada.

El lugar que ocupa el adolescente deprimido en su familia se reporta en la tabla no. 12 donde se encuentra que la mayoría de estos adolescentes son los segundos hijos en la familia, o el hijo de en medio, con un total de 38 casos (41.8%), 36 con depresión leve (39.6%) y sólo 2 casos (2.2%) para depresión moderada.

En segundo lugar se encuentran las familias donde el adolescente deprimido es el primer hijo, con un total de 26 casos (28.6%), de estos 21 (23.1%) con depresión leve y 5 (5.5%) con depresión moderada.

Con respecto al estado civil de los padres de los adolescentes deprimidos y de acuerdo con la tabla no. 13, la mayoría se encuentran casados, con un total de 54 casos (59.3%), 49 de ellos (53.8%) en depresión leve y 5 casos (5.5%) para depresión moderada.

El segundo lugar lo representan los padres divorciados con un total de 27 casos (29.7%), 24 de ellos (26.4%) para depresión leve y 3 casos (3.3%) para depresión moderada.

TABLAS

TABLA NO. 1
CASOS DETECTADOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES DE LA
PREPARATORIA NO. 5 TURNO MATUTINO.

PRESENCIA DE DEPRESION	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
CON DEPRESION	91	22.8%
SIN DEPRESION	309	77.2%
POBLACION TOTAL	400	100%

FUENTE. RECOLECCION DE DATOS ESCALA DE ZUNG PARA DETECTAR DEPRESION APLICADA EN PREPARATORIA NO. 5 "JOSÉ VASCONCELOS" AÑO 2000.

TABLA NO. 2
GRADOS DE DEPRESION DETECTADA EN ADOLESCENTES DE LA
PREPARATORIA NO. 5 .

GRADO DE DEPRESION	CASOS	PORCENTAJE
LEVE	81	89.0%
MODERADA	10	11.0%
SEVERA	--	--
TOTAL	91	100%

FUENTE RECOLECCION DE DATOS ESCALA DE ZUNG APLICADA PREPARATORIA NO. 5 "JOSÉ VASCONCELOS" AÑO 2000

TABLA NO. 3
CASOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES POR GRADOS Y SEXO.

GRADO DE DEPRESION	SEXO				TOTAL	PORCENTAJE
	MASC	%	FEM	%		
LEVE	20	22.0	61	67.0	81	89.0%
MODERADA	2	2.2	8	8.8	10	11.0%
TOTAL	22	24.2	69	75.8	91	100%

FUENTE RECOLECCION DE DATOS CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN Y ESCALA DE ZUNG APLICADAS PREPARATORIA NO 5 AÑO 2000

TABLA NO. 4
CASOS DE DEPRESION POR GRADOS EN RELACION A EDAD Y SEXO.

EDAD	GRADOS DE DEPRESION												TOTAL	%
	LEVE						MODERADA							
	M	%	F	%	T	%	M	%	F	%	T	%		
15	5	5.5	15	16.5	20	22.0	1	1.1			1	1.1	21	23.1
16	3	3.3	17	18.7	20	22.0	1	1.1			1	1.1	21	23.1
17	8	8.8	26	57.1	34	37.4			8	8.8	8.8		42	46.2
18	1	1.1	2	2.2	3	3.3							3	3.3
19	3	3.3	1	1.1	4	4.4							4	4.4
TOTAL	20	22.0	61	67.0	81	89.0	2	2.2	8	8.8	11.0		91	100 %

M= MASCULINO

F= FEMENINO

T= TOTAL

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION Y ESCALA DE ZUNG APLICADAS EN PREPARATORIA NO. 5 AÑO 2000.

TABLA NO. 5
GRADOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	GRADOS DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
FUNCIONAL	1	1.1			1	1.1
DISFUNCIONAL	80	87.9	10	11.0	90	98.9
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS ESCALAS DE ZUNG Y FACES III APLICADAS EN PREPARATORIA NO. 5 AÑO 2000.

TABLA NO. 6
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN SU ESTRUCTURA.

CLASIFICACION SEGÚN ESTRUCTURA	GRADO DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
NUCLEAR	54	59.3	7	7.7	61	67.0
EXTENSA	21	23.1	3	3.3	24	26.4
COMPUESTA	4	4.4			4	4.4
EXTENSA COMPUESTA	2	2.2			2	2.2
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA PREPARATORIA NO. 5 TURNO MATUTINO AÑO 2000

TABLA NO. 7
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A
SU DESARROLLO

CLASIFICACION SEGÚN DESARROLLO	GRADO DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
TRADICIONAL	38	41.8	2	2.2	40	44.0
MODERNA	43	47.3	8	8.8	51	56.0
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA PREPARATORIA NO. 5
 TURNO MATUTINO AÑO 2000.

TABLA NO. 8
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A
SU INTEGRACION

CLASIFICACION SEGÚN INTEGRACION	GRADO DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
INTEGRADA	50	54.9	6	6.6	56	61.5
DESINTEGRADA	31	34.1	4	4.4	35	38.5
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA PREPARATORIA NO. 5
 TURNO MATUTINO AÑO 2000.

TABLA NO.9
CASOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y FASE DEL CICLO VITAL EN
QUE SE ENCUENTRAN SUS FAMILIAS

FASE DE CICLO VITAL	GRADO DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
DISPERSION	79	86.8	9	9.9	88	96.7
INDEPENDENCIA	2	2.2	1	1.1	3	3.3
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA PREPARATORIA NO. 5
 TURNO MATUTINO AÑO 2000.

TABLA NO. 10

CASOS DE DEPRESION POR GRADOS Y TIPO DE FAMILIA A LA PERTENECE EL ADOLESCENTE, SEGÚN SU GRADO DE COHESION Y ADAPTABILIDAD.

TIPO DE FAMILIA	GRADO DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
NO RELACIONADA RIGIDA	3	3.3	3	3.3	6	6.6
NO RELACIONADA ESTRUCTURADA	9	9.9	2	2.2	11	12.1
NO RELACIONADA FLEXIBLE	14	15.4	2	2.2	16	17.6
NO RELACIONADA CAOTICA	6	6.6			6	6.6
SEMIRELACIONADA ESTRUCTURADA	8	8.8			8	8.8
SEMIRELACIONADA FLEXIBLE	16	17.6			16	17.6
SEMIRELACIONADA CAOTICA	2	2.2	3	3.3	5	5.5
RELACIONADA ESTRUCTURADA	2	2.2			2	2.2
RELACIONADA FLEXIBLE	1	1.1			1	1.1
RELACIONADA CAOTICA	9	9.9			9	9.9
AGLUTINADA ESTRUCTURADA	1	1.1			1	1.1
AGLUTINADA FLEXIBLE	7	7.7			7	7.7
AGLUTINADA CAOTICA	3	3.3			3	3.3
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS ESCALA FACES III (VERSION AL ESPAÑOL) APLICADA. PREPARATORIA NO. 5 TURNO MATUTINO AÑO 2000.

TABLA NO. 11

DEPRESION POR GRADOS Y SU RELACION CON EL NO. TOTAL DE HIJOS QUE CONFORMAN SUS FAMILIAS

NO. TOTAL HIJOS EN LA FAMILIA.	GRADOS DE DEPRESION				TOTAL CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
1	2	2.2			2	2.2
2	19	20.9	4	4.4	23	25.3
3	32	35.2	5	5.5	37	40.7
4	14	15.4			14	15.4
5	7	7.7			7	7.7
6	1	1.1			1	1.1
7	4	4.4			4	4.4
8	2	2.2			2	2.2
13			1	1.1	1	1.1
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100%

FUENTE: RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADA PREPARATORIA NO. 5 TURNO MATUTINO AÑO 2000.

TABLA NO. 12
LUGAR QUE OCUPA EL ADOLESCENTE DEPRIMIDO EN SU FAMILIA.

NO. HIJO QUE OCUPA EN LA FAMILIA.	GRADOS DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
PRIMERO	21	23.1	5	5.5	26	28.6
SEGUNDO	36	39.6	2	2.2	38	41.8
TERCERO	11	12.1	2	2.2	13	14.3
CUARTO	10	11.0			10	11.0
SEXTO	1	1.1			1	1.1
SEPTIMO	2	2.2			2	2.2
DECIMO			1	1.1	1	1.1
TERCERO						
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

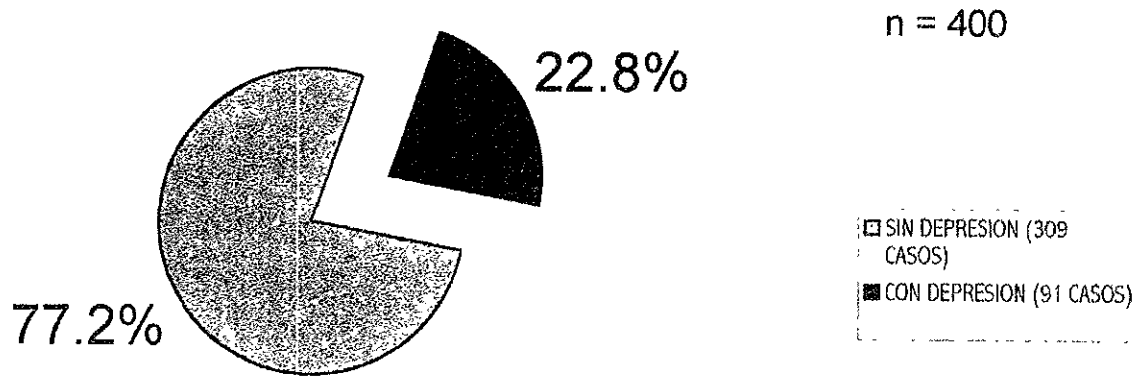
FUENTE. RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR PREPARATORIA NO. 5 TURNO MATUTINO AÑO 2000.

TABLA NO. 13
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES DEPRIMIDOS.

ESTADO CIVIL	GRADOS DE DEPRESION				TOTAL DE CASOS	%
	LEVE	%	MODERADA	%		
UNION LIBRE	5	5.5	2	2.2	7	7.7
CASADOS	49	53.8	5	5.5	54	59.3
DIVORCIADOS	24	26.4	3	3.3	27	29.7
VIUDO	3	3.3			3	3.3
TOTAL	81	89.0	10	11.0	91	100 %

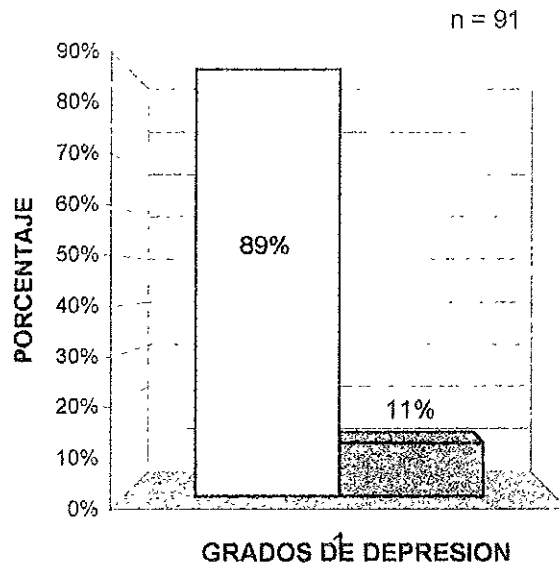
FUENTE. RECOLECCION DE DATOS CEDULA DE IDENTIFICACION FAMILIAR APLICADAS PREPARATORIA NO. 5 TURNO MATUTINO AÑO 2000

GRAFICA NO. 1
CASOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES PREPARATORIA
NO. 5 TURNO MATUTINO.



Fuente. Recolección de datos escala de Zung aplicada Preparatoria No.5 turno matutino año 2000.

GRAFICA NO. 2
GRADOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES
PREPARATORIA NO.5

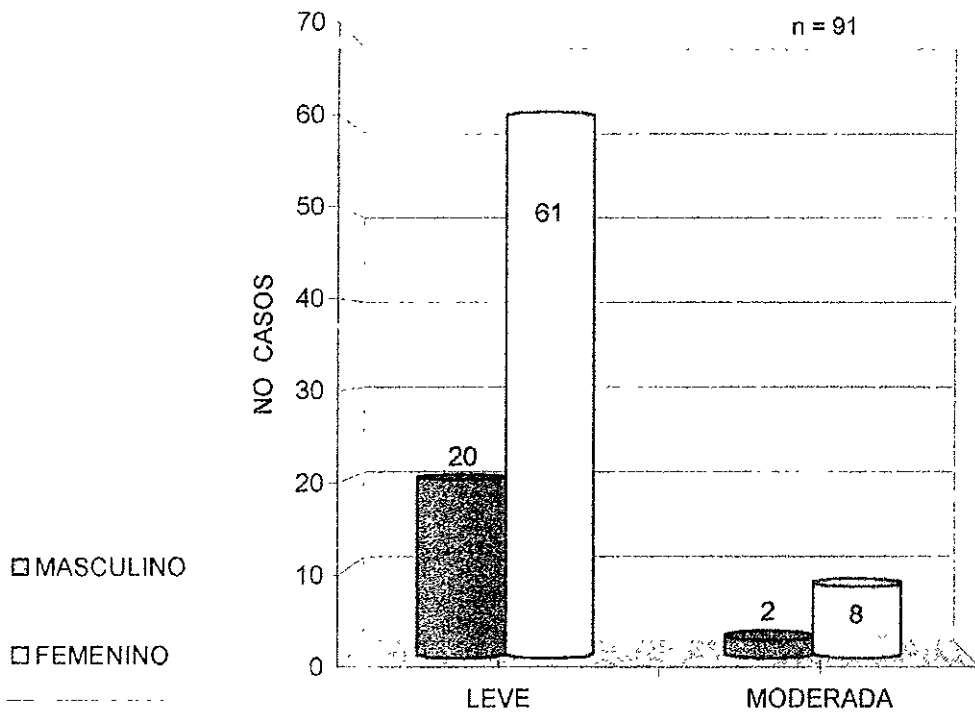


□ LEVE (81 CASOS)

▒ MODERADA (10 CASOS)

Fuente: Recopilación de datos Escala de Zung aplicada en Preparatoria no. 5 turno matutino Año 2000.

GRAFICA NO. 3
CASOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES POR GRADOS Y SEXO.



Fuente: datos cedula de identificación y Escala de Zuno. Preparatoria No 5 Año 2000

GRAFICO NO.4.
CASOS DE DEPRESION POR GRADOS EN RELACION A EDAD Y SEXO.

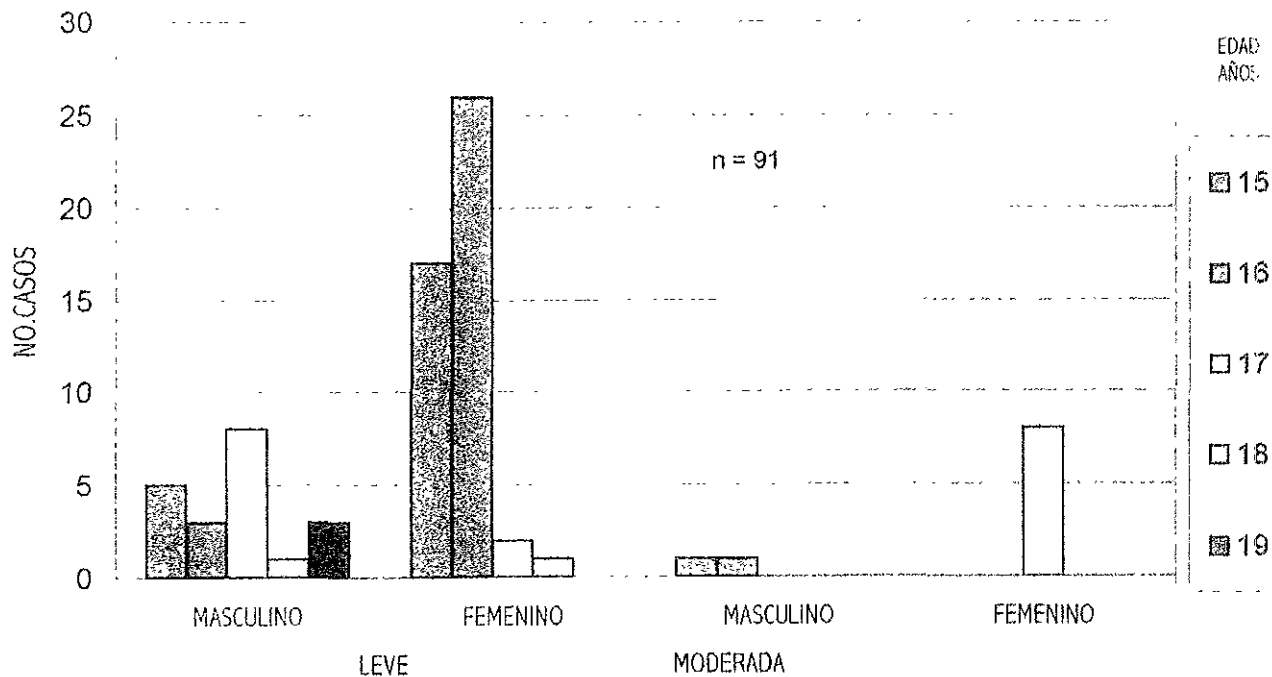
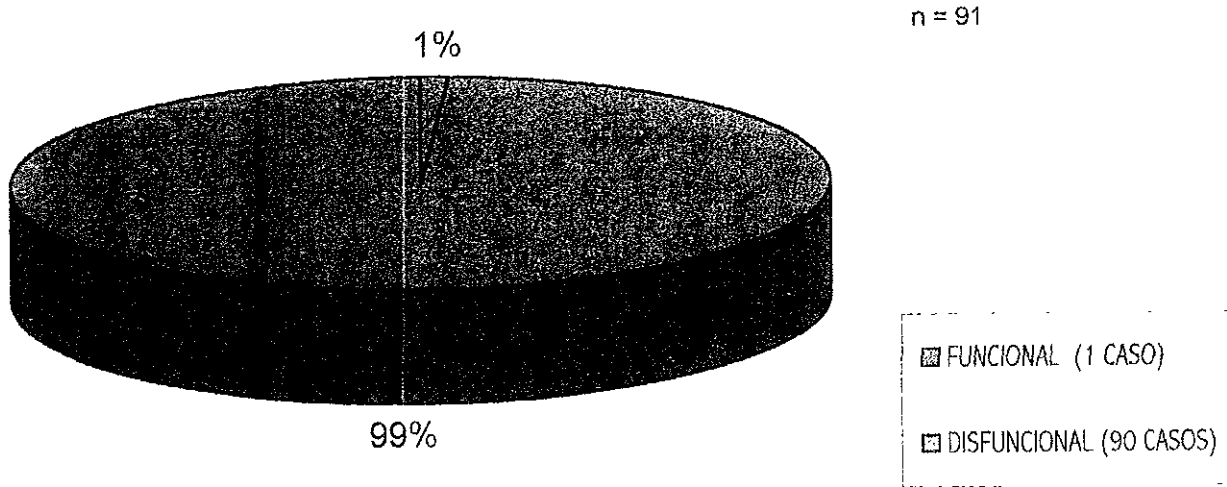


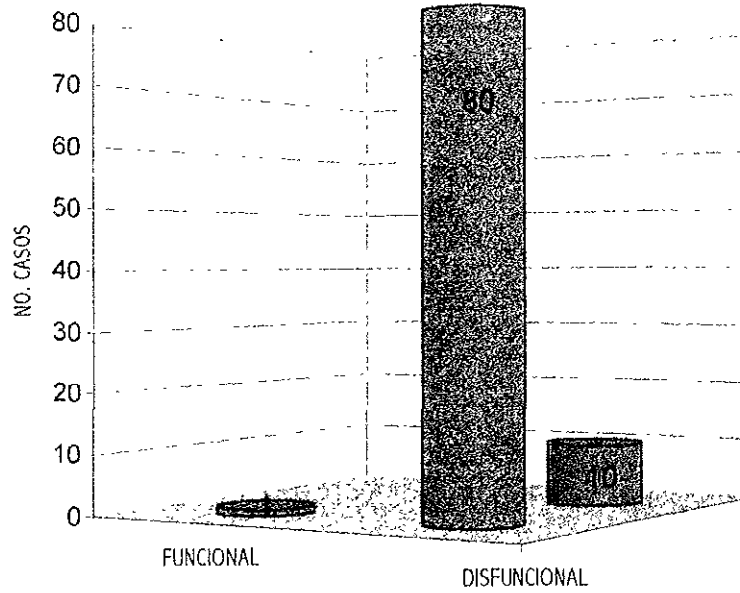
GRAFICO NO. 5 CASOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: Recolección de datos Escalas de Zung y Faces III Preparatoria No. 5 Año 2000

GRAFICO NO. 5 (A)
GRADOS DE DEPRESION EN ADOLESCENTES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

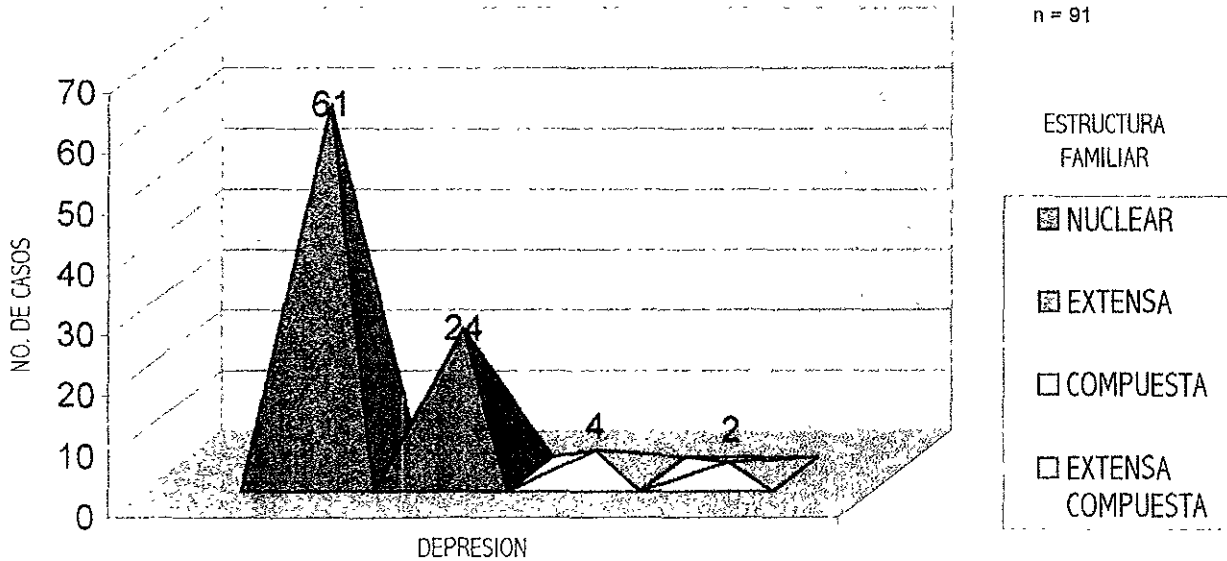
n = 91



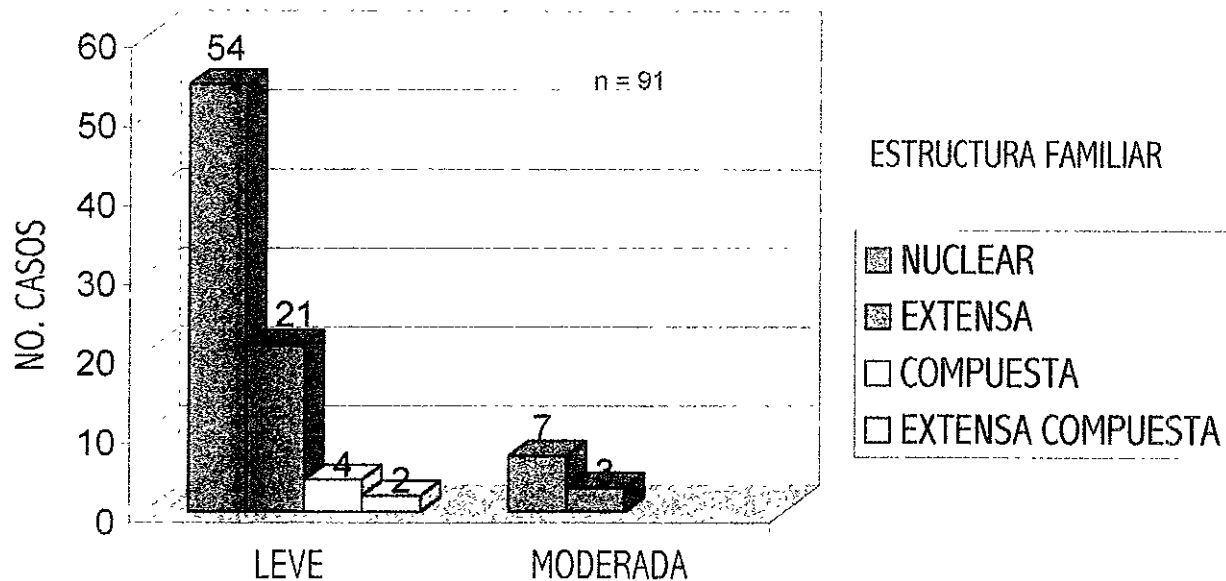
▣ LEVE

▣ MODERADA

GRAFICA NO. 6 DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR SEGÚN SU ESTRUCTURA.



GRAFICA NO. 6 (A)
 DEPRESION POR GRADOS Y CLASIFICACION FAMILIAR SEGUN SU
 ESTRUCTURA

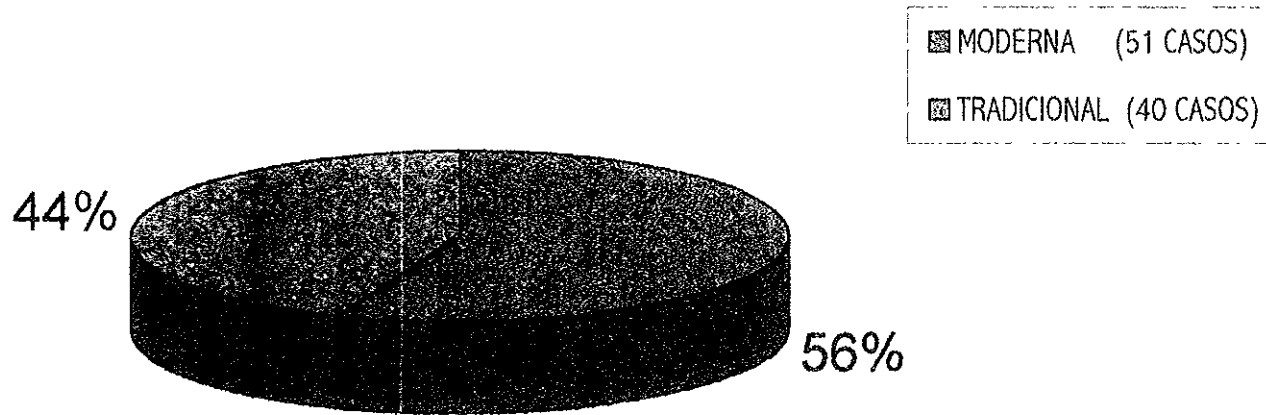


Fuente: Recopilación de datos Cédula de Identificación familiar aplicada Preparatona No. 5 Año 2000

GRAFICA NO. 7

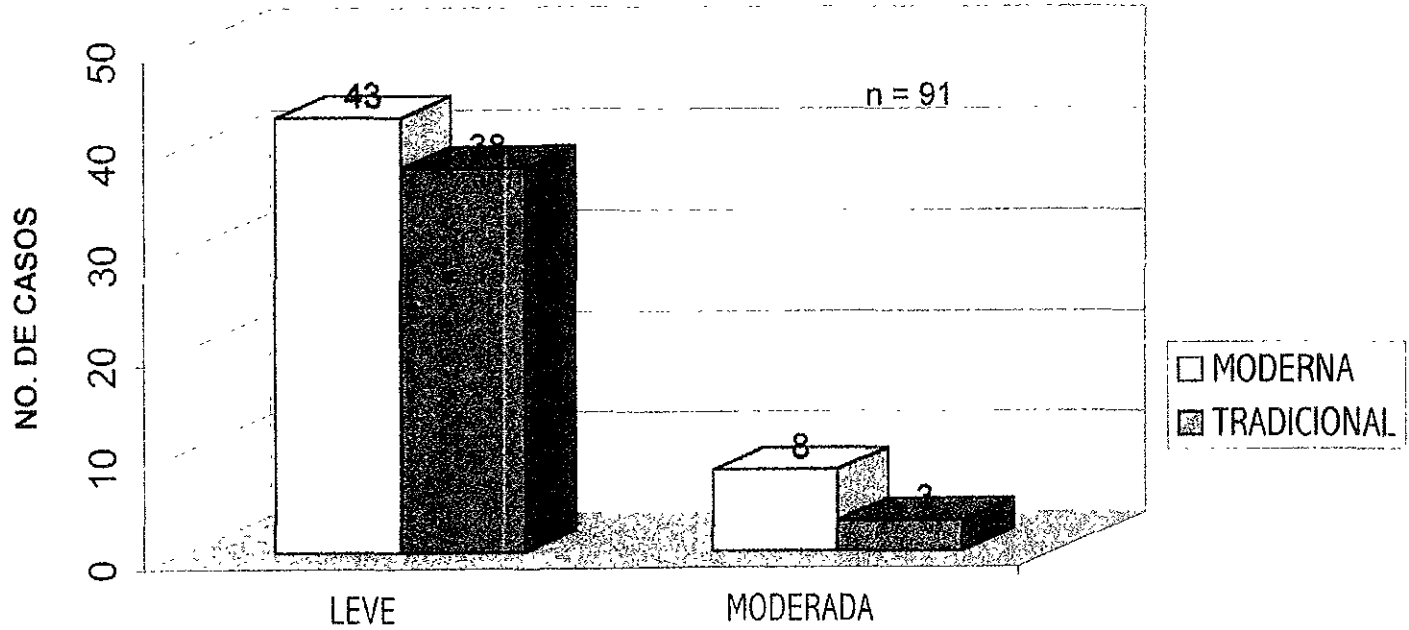
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A SU DESARROLLO

n = 91



Fuente: Datos cédula de identificación familiar aplicada a preparatoria No. 5 Turno Matutino. Año 2000

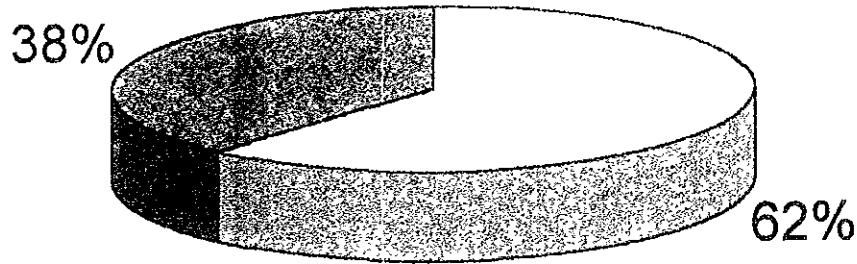
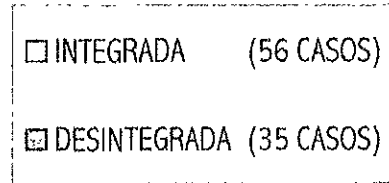
GRAFICA NO. 7 (A)
GRADOS DE DEPRESION Y CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A SU
DESARROLLO.



Fuente: Datos de encuesta de identificación familiar. Preparatoria no. 5 turno matutino año 2000.

GRAFICA NO. 8 DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A INTEGRACION

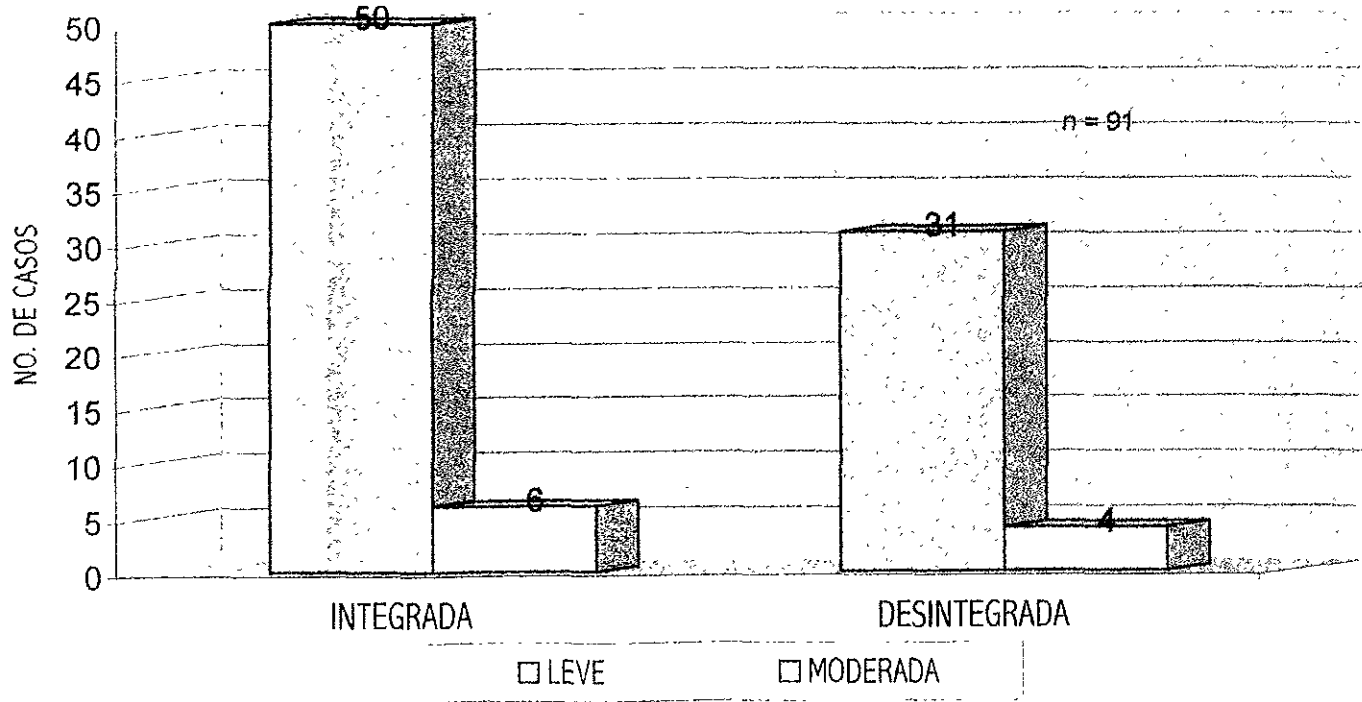
n = 91



Fuente: Datos cédula de Identificación familiar aplicada a Preparatoria No.5 Turno Matutino. Año 2000

GRAFICA NO. 8 (A)

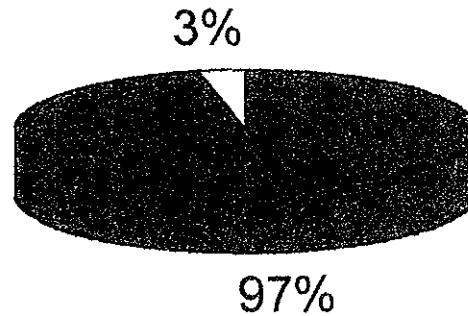
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y CLASIFICACION FAMILIAR EN BASE A INTEGRACION.



Fuente: Censo escolar de identificación familiar aplicada a Preparatoria No. 5 Turno matutino Año 2000.

GRAFICA NO. 9
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y FASE DE CICLO VITAL DE SUS
FAMILIAS

n = 91

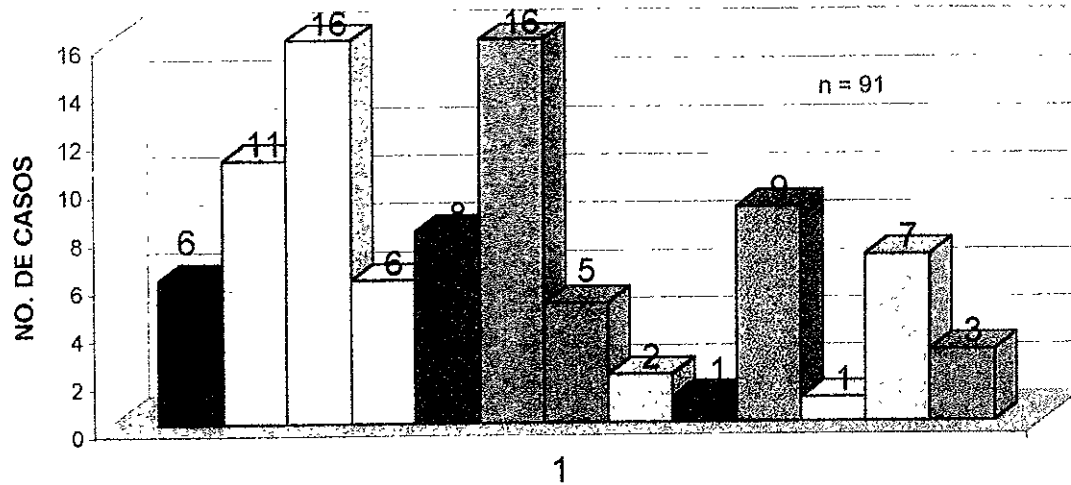


- DISPERSION (88 CASOS)
- INDEPENDENCIA (3 CASOS)

Fuente: Datos cédula de identificación familiar aplicada a Preparatoria No. 5 Año 2000

GRAFICA NO. 10

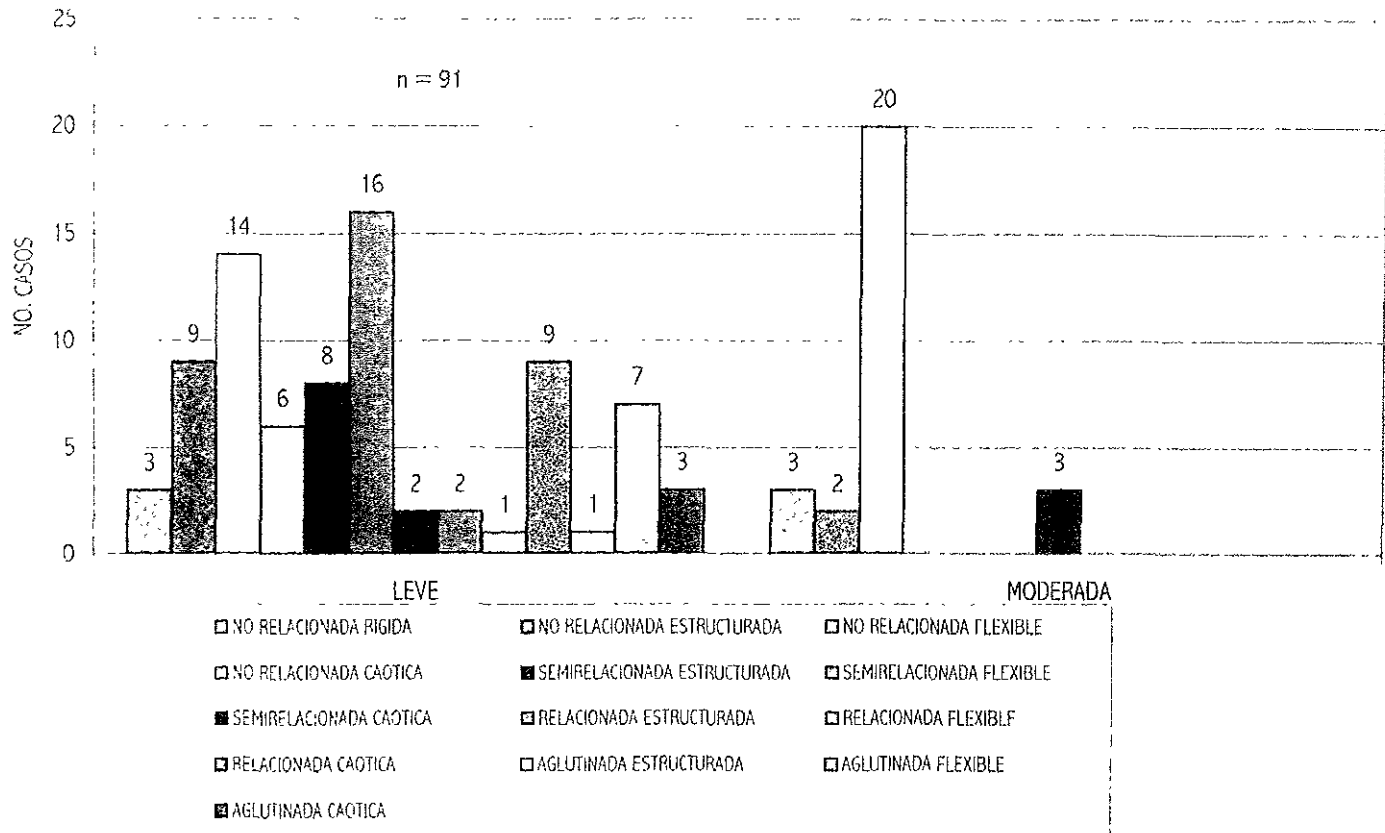
DEPRESION EN ADOLESCENTES Y TIPO DE FAMILIA LA QUE PERTENECE SEGÚN GRADO DE COHESION Y ADAPTABILIDAD.



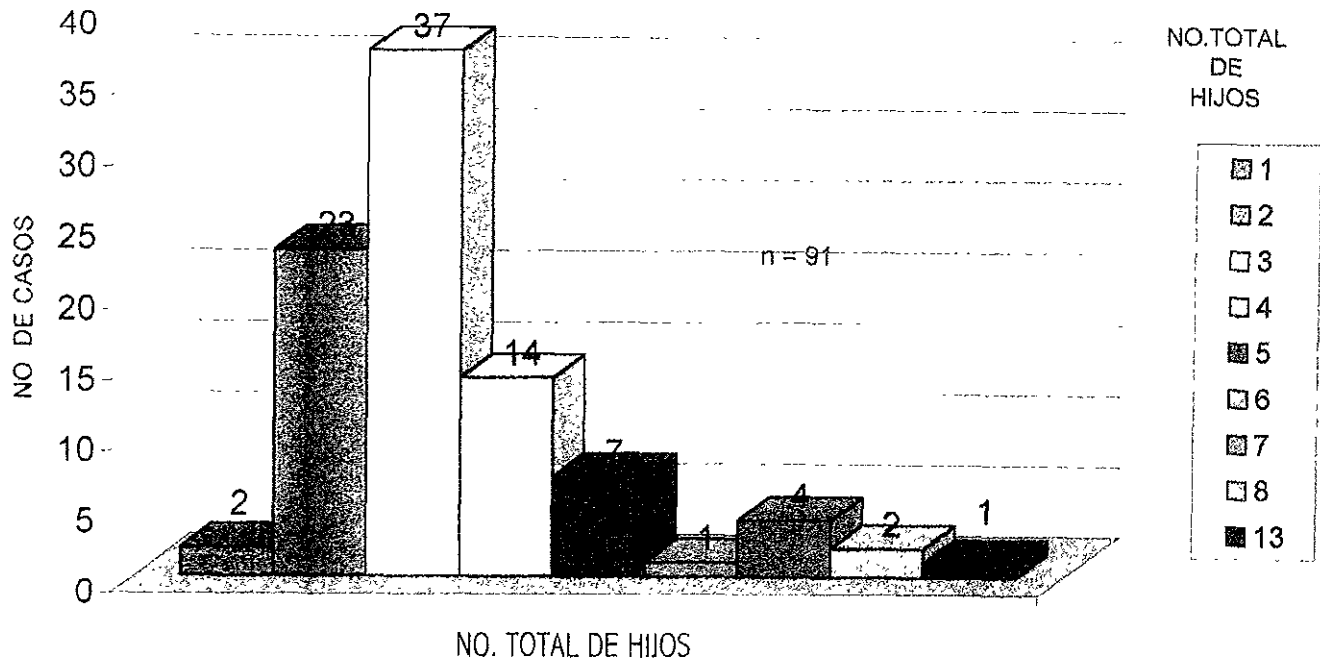
TIPOS DE FAMILIAS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| ■ NO RELACIONADA RIGIDA | □ NO RELACIONADA ESTRUCTURADA |
| □ NO RELACIONADA FLEXIBLE | □ NO RELACIONADA CAOTICA |
| ▣ SEMIRELACIONADA ESTRUCTURADA | □ SEMIRELACIONADA FLEXIBLE |
| ▣ SEMIRELACIONADA CAOTICA | □ RELACIONADA ESTRUCTURADA |
| ▣ RELACIONADA FLEXIBLE | ▣ RELACIONADA CAOTICA |
| □ AGLUTINADA ESTRUCTURADA | □ AGLUTINADA FLEXIBLE |
| ▣ AGLUTINADA CAOTICA | |

GRAFICA NO. 10 (A)
 GRADOS DE DEPRESION Y TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECE, SEGÚN GRADO DE COHESION Y
 ADAPTABILIDAD.

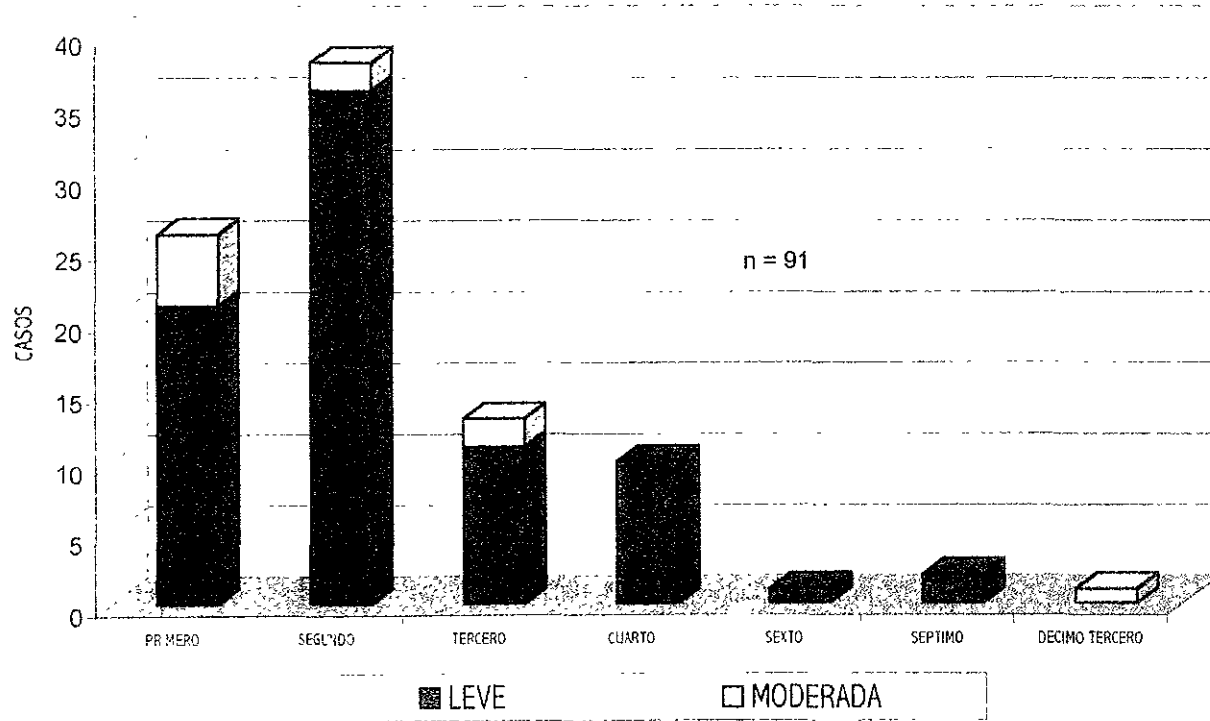


GRAFICA NO. 11
 NUMERO TOTAL DE HIJOS QUE CONFORMAN LAS FAMILIAS DE ADOLESCENTES
 DEPRIMIDOS.



GRAFICA NO. 12

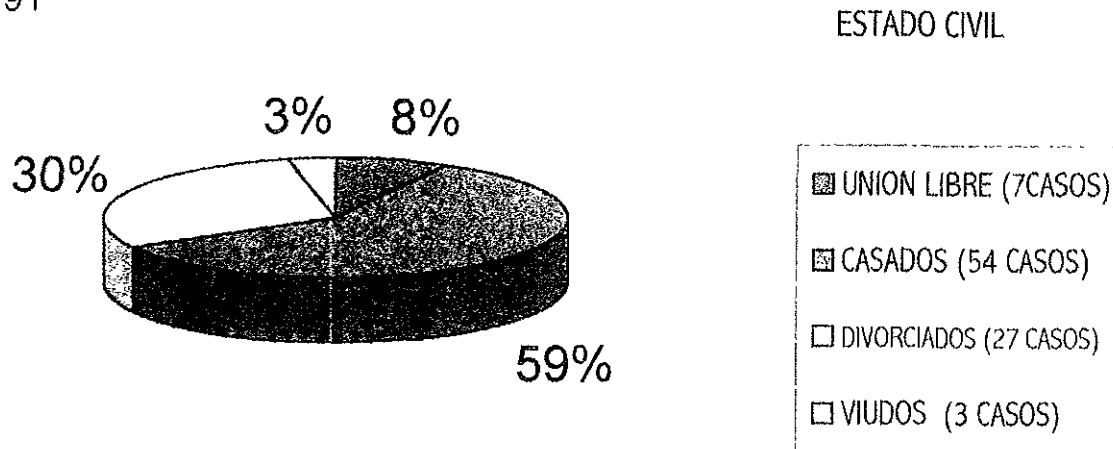
DEPRESION EN EL ADOLESCENTE Y SU RELACION CON EL NO. DE HIJO QUE OCUPA EN SU FAMILIA.



Fuente: Datos Cedula de Identificacion familiar aplicados en Preparatoria No 5 Año 2000

GRAFICA NO. 13
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE ADOLESCENTES
DEPRIMIDOS.

n = 91



fuente: Datos cedula de Identificación familiar aplicada a Preparatoria No. 5 Año 2000.

ANALISIS DE RESULTADOS.

En el estudio realizado que tuvo por objeto detectar depresión, así como su clasificación por grados en un grupo de adolescentes correlacionándola con disfunción familiar y otras variables ya antes mencionadas, se detectó que la depresión sí es un trastorno frecuente en los adolescentes, abarcando un 22.8%, (Tabla no. 1), lo que corrobora que es una población en riesgo, donde los casos cada vez van en aumento, rebasando a los datos reportados por algunos autores como Deuber, Salín y Jiménez, que mencionan que un 5% los jóvenes la padece en algún momento, y que su prevalencia es de 4 a 8% (17,18,19,24).

Al clasificar a la depresión por grados se observó que la mayoría de estos adolescentes se encuentra ubicada en el grado leve, abarcando un 89% (Tabla no. 2). Esta clasificación que se realizó mediante la escala de Zung, nos da un panorama de la situación de una manera rápida por lo cual es de gran utilidad al ofrecer también la posibilidad de ver como evoluciona este padecimiento a otro grado y nos puede permitir anteponer si alguno de esos casos puede evolucionar a un grado mayor con el riesgo de sufrir consecuencias mayores dentro de ellas ideación suicida, como lo menciona Jiménez Genchi, si no son atendidos (24).

Se encontró que en cuanto al género, sigue siendo mayor el número de mujeres afectadas 75.8% (Tabla no. 3) lo que corresponde con lo reportado en la bibliografía por múltiples autores y recopilado por el centro Ildiba, por los múltiples factores especificados, donde figuran la vulnerabilidad y sensibilidad así como factores socioculturales y por la participación de la mujer en nuestra sociedad tanto en la vida productiva como en la familiar, lo cual impone mayor carga de trabajo y responsabilidad (22).

La edad de mayor afección se encuentra en los 17 años, 46.2%, (Tabla No. 4) siendo mayor en casos de depresión leve y aunque en la bibliografía se reporta con mayor frecuencia este padecimiento en un rango de edad entre los 15 y 24 años, según Roxana Ilczyczyn (26), no mencionan un año de edad específico, como el que se encontró en esta investigación, donde se observa que a mayor edad mayor número de casos de depresión.

En cuanto a la funcionalidad familiar y depresión se encontró que la mayoría pertenecen a una familia disfuncional en un 98.1% (Tabla no. 5). De acuerdo con los autores Penkower y De la Revilla la posibilidad de pertenecer a una familia disfuncional es de aproximadamente un 77%, lo que en esta investigación se supera llegando casi a un 100% (10,11).

La clasificación de estas familias de adolescentes deprimidos, se basó en su estructura, desarrollo e integración. Según la estructura, se encontró que la mayoría son familias nucleares en un 67% abarcando ambos grados de depresión, y en segundo lugar se encuentran las familias extensas 26.4% (Tabla no. 6) Corroborándose estos datos con lo mencionado por Taylor y Gómez Clavelina (7,9).

En base al desarrollo y de acuerdo con Taylor, se encontró que son familias modernas representado por el 56% abarcando ambos grados de depresión (Tabla no. 7), y aunque no es un porcentaje muy elevado en comparación al tradicional, si representa que el hecho de que la madre en estas familias trabaje y sea económicamente activa implique un cierto abandono e interés por los adolescentes, contribuyendo en gran medida a la aparición de la enfermedad (7).

Estas familias se encuentran integradas en un 61.5% (Tabla no. 8). En este rubro es importante mencionar que no porque una familia sea integrada necesariamente tiene que ser funcional y de acuerdo con los datos recabados con FACES III no concuerda esta situación, este dato puede ser muy subjetivo para el adolescente ya que se esperaba encontrar un mayor número de casos de familias desintegradas, aunque sabemos que existen otros factores intrafamiliares que habría que indagar a excepción de los aquí mencionados, como generadores de depresión.

Los adolescentes estudiados en esta investigación y que fueron detectados con depresión se ubicaron en 2 etapas del ciclo vital fase de dispersión e independencia (1,9). Es por ello que en este estudio la mayor parte corresponde a la fase de dispersión (96.7%) y era lo esperado encontrar, sin embargo únicamente en 3 casos los adolescentes trabajan y son independientes económicamente, detectándose que pertenecen a familias desintegradas, teniendo que contribuir con el gasto familiar ya que se encuentran aún dentro de sus familias al cuidado del resto de sus hermanos, siendo un condicionante en la aparición de depresión en estos 3 casos (Tabla no. 9).

De acuerdo con las variables de cohesión y adaptabilidad se puede pertenecer a 16 tipos de familias diferentes donde fuera de la relacionada flexible, el resto se considera como disfuncional, por lo que es importante conocer el tipo de familia a la que pertenece el adolescente deprimido, ya que esto nos da una gran pauta para un mejor manejo, y lo más importante la participación de su núcleo familiar, que si se individualizara en cada caso, existirían diferencias o mayores posibilidades en unos que en otros, y si hablamos de familias extremas estas tienen una mayor dificultad de abordaje.

Los tipos de familias a las que pertenecen estos adolescentes y de acuerdo a su clasificación por categorías, según Dickinson Barnack et al, en su mayor parte se ubicaron en rangos balanceados y rango medio, estos datos traducen que habría mayor facilidad de tratamiento con los núcleos familiares en estos adolescentes. Únicamente 15 casos (16.5%) se ubican en familias consideradas como extremas (no relacionada rígida, no relacionada caótica y aglutinada caótica) estos casos implican mayor gravedad, más aún los 3 casos de depresión moderada que se ubican en las familias no relacionadas rígidas, ya que al ser casos moderados y no recibir tratamiento, pueden evolucionar a un grado severo o una consecuencia mayor como ideación, intento o suicidio consumado (15,24).

Al referirnos al número total de hijos que conforman las familias de los adolescentes estudiados (Tabla no. 11) se observa que predominan los núcleos familiares conformados por 3 hijos (40 7%), en segundo lugar se encuentran las

familias conformadas por 2 hijos (25.3%) y en tercero las familias de 4 hijos (15.4%).

Con estos resultados se observa que la depresión no sólo se encuentra en familias numerosas sino al contrario, el pertenecer a familias "pequeñas" no es un factor determinante, pero si influyente.

Si nos referimos al lugar que ocupa el adolescente deprimido en su núcleo familiar (Tabla no. 12) predomina más en los que ocupan el hijo número 2 (41.8%) . Si tomamos como referencia que la mayoría de familias se conformó de 3 hijos, encontramos que el ser el hijo de en medio "sandwich" tienen mayor riesgo de desarrollar depresión, esto quizás se debe a que los hijos de los extremos reciben mayor atención y apoyo por la condición que representan en sus familias y al de en medio se descuide por pensar que el resto de la familia se encargará de atenderlo o ayudarlo, desligándose los padres, de sus funciones.

Con respecto al estado civil de los padres de los adolescentes deprimidos en ambos grados, se encuentran en su mayoría casados (59.3%), el segundo lugar lo ocupan los padres divorciados (29.7%). En este rubro se observó que aunque se reporta un número superior de casados muchos de ellos no viven en pareja y los hijos se encuentran con sólo uno de ellos, este dato quizás hubiera sido más preciso si se hubiera contemplado el rubro de separados, ya que existen padres que no viven juntos bajo el mismo techo, están casados pero no divorciados.

Este importante número de divorciados, y los casos de separados, según Penkower L. Dew, que son contemplados como casados, representa un factor de riesgo para la depresión en los adolescentes ya que no se cumplen con los roles y funciones propias de la familia (10).

Por último, cabe destacar que se realizó estudio de funcionalidad familiar, en todas las familias de los adolescentes, se encontraran o no con depresión, observando la misma disfunción en ambos grupos de adolescentes: el total de adolescentes sin depresión fueron 309 (77.2%) (Tabla no. 1). Donde las familias funcionales únicamente abarcaron el 27.7% y las disfuncionales el 72.2%, en estos últimos sería conveniente realizar estudios a futuro en cuanto a depresión se refiere ya que tienen riesgo de poder llegar a desarrollarla.

Por lo que pienso que la disfunción no es un factor exclusivo para depresión, sin embargo y de acuerdo con los resultados de este estudio si es un factor que influye de manera importante (25).

ESTA TESIS NO SE HA
 DEPOSITADO EN LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

A través de la investigación realizada se cumplieron los objetivos propuestos, que eran detectar depresión y disfunción familiar en un grupo de adolescentes de educación media superior, la relación que existe entre estas, así como evaluar la relación que existe entre depresión y funcionalidad familiar y la estructura, desarrollo, integración y el ciclo vital de sus familias.

Con los resultados obtenidos en el presente estudio se concluye lo siguiente:

1. Que la depresión en adolescentes es frecuente y se encontró que en la población estudiada el 22.75% de casos la presentaron y aunque no se tienen datos estadísticos confiables, en la bibliografía se menciona que 5% la padece en algún momento.
2. Que el grado de depresión que afecta más a los adolescentes es el leve.
3. Que el sexo más afectado son las mujeres y la edad de mayor frecuencia es en el rango de los 17 años.
4. Que el 98.1% de los adolescentes deprimidos pertenecen a una familia disfuncional.
5. Que de acuerdo a la tipología familiar, en base a estructura, desarrollo e integración, el adolescente deprimido pertenece a familias nucleares, modernas e integradas.
6. Que la fase de ciclo vital en que se encuentran es la de dispersión.
7. Que en cuanto a funcionalidad familiar, con variables de cohesión y adaptabilidad y de acuerdo con la escala de FACES III al clasificar el tipo de familia, el mayor número de adolescentes deprimidos se encuentran en la categoría de familias balanceadas y las restantes en el rubro de rango medio.
8. Que los adolescentes pertenecen en promedio a familias conformadas por un total de 3 hijos, donde el adolescente deprimido es el segundo hijo .
9. Que el estado civil de los padres de los adolescentes deprimidos son casados en un 59.3% , con un 29.7% de divorciados.
10. Se detectó que la población adolescente, esta en riesgo de desarrollar esta patología debido a aspectos antes mencionados. Por lo cual debe atenderse en forma específica.

En cuanto a los adolescentes, es importante primero considerarla una población en riesgo para lo cual deben implementarse programas de atención y grupos de autoayuda donde el adolescente pueda, al compartir con iguales, expresar sus inquietudes y dificultades propias de esta edad.

En cuanto a los padres, a través de programas de educación, se fomentará una actitud positiva, de verdadero amor, comprensión, y tolerancia hacia las inquietudes propias de esa edad, que no implica sobreprotección, consistencia que no debe confundirse con rigidez y auténtico interés por el hijo, esto es, actitudes que ayuden a su desarrollo y así lo preparen para que sea capaz de vivir como individuo autónomo. Lo anterior se logra con un ambiente familiar adecuado, buena comunicación, tolerancia, explicación previa de los cambios que sufrirá, responsabilidad, trato como a una persona mayor y evitación de continuas críticas y reproches.

De igual manera, es importante hacer notar que los instrumentos de autoaplicación (Zung, FACES III versión al español) que fueron utilizados en esta investigación, constituyen un elemento muy útil de detección en esta patología en el primer nivel de atención, ya que permite detectar, en forma oportuna, la presencia y grado de depresión en los adolescentes, así como también el grado de disfunción familiar.

Estos instrumentos son de aplicación sencilla, rápida, de bajo costo, con cierto grado de seguridad o valor predictivo en la población abierta.

Corresponde al médico familiar la labor de prevención, detección oportuna, orientación y tratamiento temprano de esta patología en el primer nivel de atención, con el objeto de evitar la presencia de depresión con sus posibles complicaciones, biológicas, psicológicas y sociales en mayor grado, así como su importante relación con disfunción familiar, difícil de tratar.

Es más fácil lograr lo anterior si se efectúa el diagnóstico de salud familiar de manera cotidiana, lo cual ayudará al médico familiar a prever eventos que de presentarse vendrían a alterar la salud del grupo familiar.

Aunque en los últimos años, la depresión ha sido muy estudiada, bajo diferentes enfoques, específicamente la depresión en la adolescencia, parece ser un área relevante, ya que en ella intervienen no sólo los factores neurobiológicos sino en forma muy importante los factores familiares y sociales.

PROPUESTAS

El médico familiar se encarga de atender a todos los grupos de la población dando un manejo integral, los adolescentes no son la excepción, son una población en riesgo que pueden desarrollar problemas diversos, dentro de ellos la depresión.

Existe una dificultad en el tratamiento del adolescente debido a que este grupo de la población difícilmente acude a consulta con su médico familiar, cuando lo hace generalmente es llevado por sus padres, y no por voluntad propia, lo que dificulta en ocasiones la relación médico-paciente. Es poco frecuente que el adolescente hable abiertamente de sus inquietudes o problemas ante el médico, porque lo ve como figura de autoridad dentro del consultorio, por lo cual me parece que sería más conveniente establecer más comunicación en el lugar donde se desenvuelve por ejemplo en las escuelas o centros de recreación.

Sería conveniente implementar programas de prevención y apoyo a esta población llevados a cabo por el equipo multidisciplinario de salud y en el cual también se involucrará a los padres y profesores, manejándose aquellos tópicos de salud que corresponden a esta etapa específica del desarrollo: alcoholismo, uso y abuso de sustancias ilegales, depresión, relaciones sexuales prematuras, embarazos no deseados, trastornos de la alimentación, ideación suicida o suicidios consumados, enfermedades de transmisión sexual incluyendo SIDA y otros.

Generalmente cuando se presenta depresión esta es reactiva a una situación que el adolescente no puede manejar, la cual puede ser escolar, familiar o del medio que le rodea.

Es necesario realizar más estudios relacionados con la depresión en el adolescente para conocer mejor sus características clínicas, estrategias de detección temprana y esquemas terapéuticos efectivos, por las consecuencias que pueden desarrollar en la etapa adulta si no resuelve bien sus tareas y responsabilidades encomendadas en esta etapa.

En investigación realizada por el Dr. Irigoyen Coria, publicada en 1989 (41), se encontró que menos del 10% de los médicos familiares realizan el diagnóstico de salud familiar de manera cotidiana, en su actividad clínica, en base a esto recomiendo la conveniencia de usar este instrumento de trabajo que nos permite brindar una atención integral y continua con mayor facilidad.

Una de las limitantes que tiene el médico familiar en su consulta a nivel institucional es el tiempo que se le proporciona para la misma y las dificultades que a veces enfrenta para poder brindar una atención continua.

Igualmente me parece importante difundir entre los médicos familiares el conocimiento e importancia de los diferentes instrumentos existentes para evaluar a la familia dados los beneficios que esto puede redituarse a su práctica diaria. Por lo que es necesario implementar cursos de capacitación continua para así orientar y derivar a el adolescente a otros servicios si así lo requiera.

Lo mejor para el adolescente es "darle una familia funcional y con un buen subsistema conyugal"

Por último, recordemos el significado de la palabra: "Asistir" (asistiré) es "estar al lado del otro" razón fundamental y vocacional de la profesión y misión que los médicos hemos elegido.

BIBLIOGRAFIA:

1. Irigoyen Coria A, et al. Fundamentos de Medicina Familiar. 5ª ed. Ed. Medicina Familiar Mexicana, 1998.
2. Villatorio Velázquez Jorge A, et al. La relación padres-hijos: una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. Salud Mental V. 20, No.2 Junio de 1997.
3. Forcada Casanovas José María. <http://www.medicina.htm>. Médico de Familia: humanización de la medicina. Marzo, 1982.
4. Slukic, Berenstein I. Patología y terapéutica del grupo familiar. En: Wunne C. Los Esquizofrénicos y su familia. Orientaciones, hallazgos e investigaciones. Buenos Aires. Ed. Prensa Médica 1970: 234-242.
5. Stirling M. Simón FB; Wynne L.C. Vocabulario de terapia familiar. Ed. Gedesa. Buenos Aires, 1998: 210-220
6. Engels Marx. El origen de la Familia de la Propiedad Privada y el estado. 4ª. Ed. Ed. Epoca. Junio 1891.
7. Taylor Robert B: Medicina Familiar. Principios y Práctica. Ed. Doyma. Barcelona, 1991: 31-37
8. De la Revilla L. La disfunción familiar. Atención Médica. Vol. 10 No. 2 Julio/Agosto, 1992.
9. Gómez Clavelina FJ. et al. Versión al español y adaptación transcultural de FACES III (Family Adaptability and Cohesion. Evaluation Scales) Arch. Med. Fam. Depto. De Med. Fam. Facultad de Med. UNAM. 1999 Vol. 1 Num (3)
10. Penkower L. Dew D.A. and Bromet E.U. Effects of unemployment on mental health in the contemporary family. *Behavior Modification*, 1991. 15: 501-544.
11. De la Revilla L; De los Ríos A.M. La utilización de los servicios de Salud y los motivos de la consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención Primaria Vol. 13 No. 12. 15 de Feb. de 1994.
12. Anónimo. Colombia Médica. Vol. 26 No. 2, 1995. pp 51-54.
13. Gómez Clavelina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de Medicina Familiar Vol. 1 No.2 Abril-Junio, 1999.
14. Ponce Rosas E.R, et al Análisis de la Confiabilidad de FACES III (versión en español). Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina UNAM. Atención Primaria. Vol. 23 Num.8 15 Mayo, 1999.
15. Gómez Clavelina Fco J Dr., Irigoyen Coria A. Aplicación de FACES III. Depto. De Medicina Familiar Facultad de Medicina. UNAM. Atención Primaria. Vol. 23 Num 8 , 15 Mayo 1999.
16. Richter Paul, et al Prevalencia de trastornos depresivos en los adolescentes Revista de Psicología Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales Vol VI, 1997

17. El niño Deprimido htm. Información para la familia @ No.4 (revisado 9/98) American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 1998.
18. Deuber CM: Depression the school-aged child: implications for primary care. Nurse Practitioner 7 (8): 26-30, 68, 1982.
19. Salín-Pascual Rafael J. Descripción de las principales familias de antidepresivos. Psiquis (México) Vol. 5 Num. 3, 1996.
20. Kavan Michael G, et al. Detección de la depresión: el uso de cuestionarios para pacientes. MF Revista Internacional de Medicina Familiar. Vol. 3 Num 2 Junio/1991.
21. Jeammet Philippe. La depresión en el niño (Cap. XII). La depresión en el adolescente (Cap. XIII). Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente, 1996 pp. 373-389, 391-417.
22. [http:// www.iladiba.com/centros/htm CEPEC1,2,3 htm](http://www.iladiba.com/centros/htm_CEPEC1,2,3.htm). Todo sobre depresión. American Journal of Psychiatry 156: Junio 1999. British Medical Journal 318: Mayo 1999, 1188-1190; JAMA 281: Mayo 1999, 1707-1713; Lancet 353: 1397-1400 Abril 24, 1999.
23. File:///A:psiaqui4.htm.Depresniños-adolesc.htm. Depresión en la infancia y en la adolescencia, 1999.
24. Jiménez Genchi Alejandro; Díaz Ceballos Moreno MA; Suicidio e intento suicida: Aspectos epidemiológicos. Psiquis (México) Vol. 4 Num. 5, 1995 pp.85-88.
25. De la Peña Francisco, et al. Traducción al español y validez de la escala de Birtleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Salud Mental V. 19 Suplemento. Octubre de 1996, pp.17-23
26. Roxana Illiczyzyn, Guri Juan Carlos. Depresión en Adolescentes. Journal Of American Medical Association. Psicología 6 Novedades. Num. 1 Vol. 7 , 1999.
27. File:///A:/depre4.htm. Conceptos contemporáneos en depresión. Programas Educativos Especiales. Presencia UPR en la Reforma de Salud y Educación Continua para el médico primario No.6 1997.
28. Caraveo A. Jorge; et al. La depresión en el adulto como factor de riesgo en la Salud Mental de los niños. Salud Mental V, 17 No 2 Junio de 1994 pp.56-59.
29. Buitrago Ramirez Francisco y Vergeles Blanca José María. Antecedentes de Enfermedad Psiquiátrica en los padres. Grupo de Trabajo sobre salud Mental en Atención Primaria del PAPPs-semFYC. 1999.
30. Andrew G. Renouf; p.H.D, et al. Relationship of Depressive Conduct and Comorbial disorders and social functioning in childhood. J.Am.Acad.Child Adolesc Psychiatry; 36:7, July 1997 pp. 998-1004
31. Florenzano V Ramón Adolescentes y Familia-Chile. La familia como factor de riesgo. Creces (Santiago, Chile) No 7 , 1997 Pp. 24-28 .
32. De la Góndora Martin J J. Manejo de la depresión y ansiedad en Atención Primaria Vol 20 Num 7 31 Octubre 1997.

33. Montón C.M, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. Vol.12 Num. 16 , 15 Oct. de 1993.
34. RappLisa A and Wodarski Johns. The comorbidity of conduct Disorder and Depression in adolescents: A comprehensive interpersonal treatment technology. Family therapy, vol. 24 Number 2, 1997.
35. Weller EB, Weller R.A. Treatment options in the manahement of adolescent depression. J. Affect Disord 2000 Dec; 61 Suppl 1: 23-8
36. File:///A:/dic13-4htm. Nueva información sobre los efectos de la hierba de San Juan en el manejo de depresión ILADIBA Centro de depresión. Sep. 2000. British Medical Journal. Nuevos datos sobre las interacciones de Medicamentos de la hierba de San Juan. Lancet Diciembre 11, 1999.
37. Harrington Richard, Whittaker and Shoebridge. Psychological Treatment of depression in children and adolescents. British Jomal of Psychiatry, 1998; 173.pp.291-298.
38. Le Haye T. Salesman E. Prosnóstico dde la depresión en el Adolescente. American Jomal of Psychiatry No. 157 Oct. 2000.
39. Gómez Clavelina, et al. Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. Bases para la investigación en las Especialidades Médicas. Ed. Medicina Familiar Mexicana, México, 1999.
40. Méndez Ramírez Ignacio, et al. El protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª. Ed. Ed. Trillas, Julio, 1990.
41. Irigoyen Coria A. Diagnóstico familiar 5ª ed. Ed. Medicina Familiar Mexicana, México, 1996.

ANEXO 1

FOLIO: _____

ESTOS CUESTIONARIOS SON CON FINES DE INVESTIGACION, SON ANONIMOS, Y AGRADEZCO DE ANTEMANO TU PARTICIPACION EN ELLOS

CEDULA DE IDENTIFICACION. (FAMILIAR)

EDAD: _____ GRADO QUE CURSAS : _____
 RESPONDE CON UNA (X) EN EL O LOS PARENTESIS CORRESPONDIENTES:
 SEXO: MASC () FEM ()
 EDO. CIVIL · SOLTERO () CASADO () U LIBRE () MADRE O PADRE SOLTEROS ()
 ¿QUIÉNES VIVEN EN TU CASA. BAJO EL MISMO TECHO?
 PADRE () MADRE () HERMANOS () ABUELOS () TIOS () PRIMOS ()
 OTROS () ¿QUIÉNES? · PADRASTRO () MADRASTRA () MEDIOS HERMANOS ()
 AMIGOS () ESPOSA (O) E HIJOS ()
 EN TU FAMILIA, CONTANDOTE TU, CUANTOS HIJOS SON · _____
 ¿CONSIDERAS QUE EN TU FAMILIA, PADRES E HIJOS CUMPLEN CON SUS FUNCIONES? SI ()
 NO () . SI TU RESPUESTA ES NO : ¿QUIÉNES? PADRE () MADRE () HIJOS ()
 TU QUE NUMERO DE HIJO OCUPAS _____
 TRABAJAS Y PERCIBES UN SUELDO QUE APORTAS A TU FAMILIA? SI () NO ()
 TU MAMA TIENE UN TRABAJO REMUNERADO ECONOMICAMENTE SI () NO ()
 TUS PAPAS ESTAN EN UNION LIBRE () CASADOS () DIVORCIADOS () VIUDOS ()

33. Montón C.M, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención Primaria. Vol.12 Num. 16, 15 Oct. de 1993.
34. RappLisa A and Wodarski Johns. The comorbidity of conduct Disorder and Depression in adolescents: A comprehensive interpersonal treatment technology. Family therapy, vol. 24 Number 2, 1997.
35. Weller EB, Weller R.A. Treatment options in the manahement of adolescent depression. J. Affect Disord 2000 Dec; 61 Suppl 1: 23-8
36. File:///A:/dic13-4htm. Nueva información sobre los efectos de la hierba de San Juan en el manejo de depresión !LADIBA Centro de depresión. Sep. 2000. British Medical Journal. Nuevos datos sobre las interacciones de Medicamentos de la hierba de San Juan. Lancet Diciembre 11, 1999.
37. Harrington Richard, Whittaker and Shoebridge. Psychological Treatment of depression in children and adolescents. British Journal of Psychiatry, 1998; 173.pp.291-298.
38. Le Haye T. Salesman E. Prosnóstico dde la depresión en el Adolescente. American Journal of Psychiatry No. 157 Oct. 2000.
39. Gómez Clavelina, et al. Guía para el Seminario de Investigación del PUEM. Bases para la investigación en las Especialidades Médicas. Ed. Medicina Familiar Mexicana, México, 1999.
40. Méndez Ramírez Ignacio, et al. El protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª. Ed. Ed. Trillas, Julio, 1990.
41. Irigoyen Coria A. Diagnóstico familiar 5ª ed. Ed. Medicina Familiar Mexicana, México, 1996.

ANEXO 1

FOLIO: _____

ESTOS CUESTIONARIOS SON CON FINES DE INVESTIGACION, SON ANONIMOS, Y AGRADEZCO DE ANTEMANO TU PARTICIPACION EN ELLOS.

CEDULA DE IDENTIFICACION. (FAMILIAR)

EDAD: _____ GRADO QUE CURSAS : _____
 RESPONDE CON UNA (X) EN EL O LOS PARENTESIS CORRESPONDIENTES:
 SEXO: MASC () FEM ()
 EDO. CIVIL : SOLTERO () CASADO () U LIBRE () MADRE O PADRE SOLTEROS ()
 ¿QUIÉNES VIVEN EN TU CASA, BAJO EL MISMO TECHO?
 PADRE () MADRE () HERMANOS () ABUELOS () TIOS () PRIMOS ()
 OTROS () ¿QUIÉNES? PADRASTRO () MADRASTRA () MEDIOS HERMANOS ()
 AMIGOS () ESPOSA (O) E HIJOS ()
 EN TU FAMILIA. CONTÁNDOTE TU. CUANTOS HIJOS SON : _____
 ¿CONSIDERAS QUE EN TU FAMILIA. PADRES E HIJOS CUMPLEN CON SUS FUNCIONES? SI ()
 NO () , SI TU RESPUESTA ES NO ¿QUIÉNES? PADRE () MADRE () HIJOS ()
 TU QUE NUMERO DE HIJO OCUPAS : _____
 TRABAJAS Y PERCIBES UN SUELDO QUE APORTAS A TU FAMILIA? SI () NO ()
 TU MAMA TIENE UN TRABAJO REMUNERADO ECONOMICAMENTE? SI () NO ()
 TUS PAPAS ESTAN EN UNION LIBRE () CASADOS () DIVORCIADOS () VIUDOS ()

CONTINUA.....

ANEXO 1 TEST DE ZUNG

INSTRUCCIONES: LEE CUIDADOSAMENTE Y RESPONDE CON UNA (X) EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A COMO TE SIENTES DE DOS SEMANAS A LA FECHA.

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA MENTE
1. Me siento abatido y triste				
2. En la mañana me siento mejor				
3. Tengo accesos de llanto y deseos de llorar				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5. Como igual que antes solía hacerlo				
6. Disfruto al mirar y conversar con mujeres u hombres atractivos				
7. Noto que estoy perdiendo peso				
8. Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10. Me canso sin hacer nada				
11. Tengo el ambiente tan claro como antes				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14. Tengo esperanzas en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo usual				
16. Me resulta fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y necesario				
18. Mi vida tiene bastante interés				
19. Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20. Todavía disfruto de las mismas cosas.				

Con esta escala se valora si te encuentras deprimido (a), pero esta se cura. Si sientes que lo esias o deseas conocer el resultado de este cuestionario, anota tu folio y te invitamos a que acudas al módulo del adolescente de la Clínica Dr Ignacio Chávez del ISSSTE (Oriental No. 10 Col Alianza Popular Revolucionaria) donde se te dará atención gratuita y se te ayudará.

ANEXO 2. FACES III

Olson DH, Portner J Laavee Y.

Versión al español : Gómez C. - Irigoyen C.

INSTRUCCIONES: COLOCA EN EL CUADRO DE LA DERECHA EL NUMERO QUE CORRESPONDE SEGUN SE ACTUA EN TU FAMILIA EN LOS CASOS QUE SE EXPONEN. CONTESTA CON LA VERDAD. RECUERDA QUE ES SECRETO

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