

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

**TESIS**

QUE PRESENTA:  
**RUTH VERGIN LOPEZ**  
Mat. 99171851  
CURP. VELR751121MJCROT00

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

**TITULO**

**“Impacto de la terapia breve grupal en la dinámica familiar en mujeres  
con diagnóstico de depresión”**

ASESOR:  
**Dr. RAFAEL VILLA BARAJAS**  
Especialista en Medicina Familiar.  
Matricula: 2848554

COASESOR:  
**MARICARMEN PADRÓN DE GARCIA**  
Lic. en Psicología.  
Maestría en Terapia familiar

No. DE REGISTRO DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN:  
2004. 296.0036

Morelia, Michoacán 2004.



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.


ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA


  
**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
**COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

  
**DR BENIGNO FIGUEROA NUÑEZ**  
**COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD**

  
**DR JOSE CORONA GUILLEN**  
**DIRECTOR DE LA UMF 80 MORELIA, MICHOACÁN**



  
**DR JAVIER RUÍZ GARCIA**  
**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**  
**UMF 80 MORELIA, MICHOACÁN**

  
**DR. VALENTIN ROA SANCHEZ**  
**PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION**  
**EN MEDICINA FAMILIAR UMF 80 MORELIA, MICHOACÁN**

  
**DR RAFAEL VILLA BARAJAS**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE**  
**MEDICINA FAMILIAR**



## COLABORADORES

**DR JAVIER RUÍZ GARCIA**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UMF 80 MORELIA, MICHOACÁN

**CARLOS GÓMEZ ALONSO**  
MATEMÁTICO. ANALISTA COORDINADOR A.  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MICHOACÁN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ruth Jergin  
Lopez

FECHA: 30 Septiembre 04

FIRMA: [Firma]

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Que me ha prestado vida y ha permitido que llegue al aquí y ahora.

### **A MIS PADRES**

Denis (finado) y Margarita, quienes con su ejemplo y apoyo espiritual han sabido guiarme en todas las etapas de mi vida y a quienes debo lo que soy.

### **A MIS HERMANOS**

Gracias, porque siempre he recibido su apoyo incondicional, en especial a Aida que siempre está en mis pensamientos y siempre me motiva a seguir.

### **A MI ESPOSO**

De quien he recibido ejemplo de fortaleza, perseverancia y dedicación.  
Por todo tu amor y por creer en mi a pesar de la distancia, gracias.

### **A MI BEBÉ**

Que se gesta en mi vientre y que ha sido el motor de mi existencia en esta nueva etapa de mi vida personal y profesional.

### **A MIS ASESORES**

#### **DR. RAFAEL VILLA BARAJAS**

Por su apoyo y dirección, lo que hizo posible la culminación de éste estudio de investigación.

#### **A MARICARMEN PADRÓN**

Gracias por tu dedicación, apoyo incondicional, disponibilidad y confianza cuando más lo necesité.

### **A MIS COLABORADORES**

Siempre entusiastas y disponibles para contribuir a la realización de este proyecto de investigación.

### **A MIS PACIENTES**

Mil gracias por su participación, colaboración, disposición y confianza para trabajar en este proyecto.

## **ÍNDICE.**

<b>I.- RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>II.- SUMMARY</b>	<b>7</b>
<b>III.- INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>IV.- ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
<b>V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>19</b>
<b>VI.- JUSTIFICACIÓN</b>	<b>20</b>
<b>VII.- OBJETIVOS</b>	<b>21</b>
<b>VIII.- HIPÓTESIS</b>	<b>21</b>
<b>IX.- MATERIAL Y METODOS</b>	<b>22</b>
<b>X.- ANÁLISIS DE ESTADÍSTICO</b>	<b>24</b>
<b>XI.- RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>XII.- DISCUSIÓN</b>	<b>35</b>
<b>XIII.- CONCLUSIONES</b>	<b>36</b>
<b>XIV.- SUGERENCIAS</b>	<b>37</b>
<b>XV.- BIBLIOGRAFIA</b>	<b>38</b>
<b>XVI.- ANEXOS</b>	<b>41</b>



## I. RESUMEN

### INTRODUCCIÓN.

El climaterio es el periodo de transición del estado reproductivo al no reproductivo. Los perfiles clínicos para su diagnóstico se dividen en dos: trastornos somáticos y psicológicos, estos últimos comprenden: depresión y ansiedad. Los cambios de ambiente y las circunstancias familiares de las mujeres en climaterio pueden ser mecanismos importantes que actúan positiva o negativamente sobre el ambiente bioquímico y hormonal, cada vez más susceptible de provocar depresión y cambios en el estado de ánimo en estas pacientes, lo que representa estrés familiar y repercute así en la dinámica familiar y aparición concomitante de disfunción familiar. La terapia breve grupal es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y poco dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora".

### OBJETIVO.

Evaluar el impacto de la terapia breve grupal en la dinámica familiar en mujeres con diagnóstico de depresión.

### MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO: Cuasiexperimental.

Se realizó en la UMF 80 del IMSS en Morelia, Michoacán. Se incluyeron al azar a 50 mujeres de 35 a 55 años de edad, con diagnóstico de climaterio, se dividieron en dos grupos: el grupo 1 recibió 8 sesiones de terapia breve grupal, y el grupo 2 sin terapia, a ambos grupos se les aplicó el APGAR FAMILIAR para determinar el grado de disfunción familiar, se clasificó como disfunción grave 0 a 03 puntos, disfunción moderada 04 a 06 puntos y funcional 07 a 10 puntos, posteriormente se les aplicó el test de Calderón Narváez para conocer el grado de depresión, se clasificó como normal de 20 a 35 puntos, ansiedad o depresión incipiente 36 a 45 puntos, depresión media de 46 a 65 puntos, y como depresión severa de 66 a 80 puntos, ambos instrumentos fueron aplicados al inicio y al término de la intervención. Para la evaluación de la intervención en los subgrupos de depresión, se analizó con T Wilcoxon para muestras relacionadas. Para la comparación de muestras independientes se utilizó la U de Mann Whitney.

### RESULTADOS.

En la pre-evaluación del grupo 1 (con terapia) el 64% de las pacientes presentaron depresión incipiente o ansiedad y disfunción moderada en el 80%. En el grupo 2 (sin terapia), en la pre-evaluación el 80% de las pacientes presentaron depresión incipiente o ansiedad y el 92% disfunción moderada.

En la post-evaluación el grupo 1 (con terapia) disminuyó en el grado de depresión, el 56% presentó depresión incipiente o ansiedad ( $p = .000$ ) y disfunción moderada el 44% ( $p = .000$ ). En el grupo 2 (sin terapia) el 72% de las pacientes presentaron depresión incipiente o ansiedad ( $p = .062$ ) y 88% disfunción moderada ( $p = .206$ ).

### CONCLUSIONES.

En nuestro estudio la terapia breve grupal mejoró el grado de depresión, la dinámica familiar y el grado de disfunción familiar.



## II. SUMMARY

### INTRODUCTION:

The climacteric is the transitional period from the reproductive to non reproductive stage. The clinic profiles for diagnosis are classify in: somatic and psychological disorders. The last one includes: depression and anxiety. The changes on environment and family circumstances on climacteric women can be important mechanisms of positive o negative influences on the susceptible biochemical and hormonal environment than may cause depression and changes on mood on these patients, than cause family stress, and influences on family dynamic and appears dysfunctional families. The group brief therapy is a new therapy model than solves problems quickly, efficient and less painful way. Its looking for attack the problem that patient indicates the cause of his conflict "Here and Now".

### OBJETIVE:

To evaluate the impact of group brief therapy on family dynamic on women with depression diagnosis.

### MATERIAL AND METHODS:

TYPE OF STUDY: Cuasiexperimental.

It was made on UMF 80, IMSS, in Morelia, Michoacan. It was included 50 women, 35 to 55 aged with diagnosis of climacteric and depression, who was divided in two groups: group 1 received 8 group brief therapy sessions, and group 2 without therapy, we applied both groups FAMILY APGAR test to know family dysfunction grade, we classified with serious dysfunction 00 to 03 points, moderate dysfunction 04 to 06 points and functional 07 to 10 points, after that, we applied Calderón Narvaez test to know depression grade, we classified with Normal 20 to 35 points, Anxiety or incipient depression 36 to 45 points, Media depression 46 to 65 points and Serious depression 66 to 80 points, each one was apply at the beginning and at the end of this study. For intervention evaluation on depression subgroups, we used T Wilcoxon for account samples. For independent samples comparison we used U Mann Whitney test.

RESULTS: On pre- evaluation we found group 1 (with therapy) 64% patients with anxiety or incipient depression, and moderate family dysfunction 80%. Group 2 (without therapy) on pre- evaluation 80% patients with anxiety or incipient depression and moderate dysfunction 92%.

On post-evaluation group 1 decreased depression grade, 56% on anxiety ( $p = .000$ ), and moderate dysfunction 44% ( $p = .000$ ). Group 2 (without therapy) 72% patients with anxiety or incipient depression ( $p = .062$ ) and moderate dysfunction ( $p = .206$ ).

### CONCLUTIONS

On our study, group brief therapy decreases depression grade, family dynamic, and family dysfunction grade.

### III. INTRODUCCIÓN.

Los problemas psicológicos representan uno de los trastornos más comunes de la práctica médica y entre los más difíciles de tratar para el médico del primer nivel, además de producir morbi-mortalidad considerables en la población. Desafortunadamente se diagnostican y se tratan de manera errónea ó ineficaz en un ambiente que no es el psiquiátrico. (1).

Los médicos familiares tratan a menudo con pacientes que padecen enfermedades serias en combinación con problemas psicosociales. Estos trastornos crecen rápidamente, por lo que se hace necesario reafirmar conocimientos y habilidades técnicas con un enfoque biopsicosocial en los consultorios de Medicina Familiar, en base a las demandas psicosociales del ejercicio clínico en la atención del primer nivel. (1, 2).

Se ha visto que ciertos trastornos ginecológicos pueden tener un componente emocional. Existen amplios antecedentes sobre la relación entre problemas ginecológicos y psicológicos.

La anatomía y fisiología de la reproducción se consideran aspectos centrales del desarrollo y la psicología de las mujeres de una manera que no sucede en el varón, siendo la depresión más frecuente en la mujer, (se habla de una relación 2:1). Inclusive para la comunidad médica, con frecuencia los trastornos del humor se confunden con los altibajos presentes en las dificultades de la vida cotidiana, por lo que éstas pacientes experimentan frustración y rechazo. (3).

Las mujeres son más proclives a la depresión durante ciertas épocas de sus vidas, menstruación, menopausia y posparto se consideran en gran medida, causas de depresión ó de cambios de la personalidad. Refieren un aumento del nivel de ansiedad e irritabilidad durante el periodo perimenopáusico; por tanto, éstos síntomas se han convertido en parte prominente de lo que se denomina "Climaterio."

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en esta etapa en la vida de la mujer, en ésta situación, la depresión puede considerarse una complicación secundaria de la menopausia. (3, 4, 5).

Los niveles hipoestrogénicos y la disminución del triptófano libre en plasma, (que interviene en el metabolismo de la serotonina) después de la menopausia, proporcionan un marco bioquímico para el posible desarrollo de la depresión. El metabolismo de la dopamina y serotonina también pueden ser modificados por el hipoestrogenismo, esto puede justificar que en algunas ocasiones, el estrógeno sea eficaz en el tratamiento de algunos tipos de depresión en la menopausia. (6, 7).

Sin embargo se sugiere que muchos trastornos psiquiátricos que ocurren durante éste periodo pueden estar más relacionados con sucesos psicosociales, como cambios en las relaciones con los hijos, estado matrimonial y otras circunstancias familiares como la partida

de los hijos, ó un esposo dedicado al trabajo alejado de los problemas que ocurren en el seno familiar. (8-9).

Conforme las mujeres pasan por los cambios de sus concentraciones hormonales y de sus cuerpos, experimentan preocupación con relación a la falta de fertilidad y de la función menstrual que puede tener un impacto negativo sobre su propio sentido de bienestar, pueden considerar a la menopausia como una transición entre la madurez y la senectud, además de la incapacidad para tener hijos y criarlos, produciendo tensión.

Los trastornos de adaptación durante la menopausia deben considerarse dentro de sus contextos social, cultural y psicológico. (10, 11).

A causa del estigma de los trastornos psiquiátricos, las confusiones entre los estados de tristeza ordinarios y transitorios y el trastorno clínico llamado depresión, además de la tendencia de las pacientes a culparse a si mismas por el trastorno, favorece que éste ciclo normal en la vida de la mujer se traduzca en estrés y por consiguiente modificaciones en la dinámica familiar resultando en disfunción familiar y desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, haciendo primordial la información sobre éste estadio reproductivo. (12, 13, 14).

Se ha demostrado la efectividad de las intervenciones terapéuticas para reducir el sufrimiento de una familia disfuncional, correlacionando a ésta con la estrategia de manejo o tratamiento para corregirla. (15, 16).

La psicoterapia breve, por medio de una participación activa y a través de la utilización de un lenguaje teórico específico, favorece la génesis de cambios significativos en los patrones disfuncionales, con el fin de reconstruir la homeostasis familiar en forma perdurable al alivio o supresión de la angustia, ansiedad o síntomas psicológicos adversos provocados por una situación específica, (en este caso el climaterio) no bien identificada que ha desequilibrado la disfunción familiar. (17, 18).

## IV. ANTECEDENTES

La historia natural de la menopausia y el climaterio, como periodo de transición del estado reproductivo al no reproductivo, conlleva la finalización de las funciones reproductora y endocrina de los ovarios. (1, 2, 3).

La edad media de la menopausia se sitúa aproximadamente en los 50 años. (3). El climaterio corresponde al periodo de declinación de la función ovárica, anuncia básicamente la menopausia con manifestaciones de atrofia tisular y envejecimiento. (2). Los cambios del climaterio pueden comenzar a los 35 años y con frecuencia se prolongan durante más de una década después de la menopausia. (3).

Para muchas mujeres este periodo de vida se asocia a la aparición de síntomas y molestias. La pérdida de la función reproductora con frecuencia se vive como un motivo de duelo, muchas pueden sentir que están perdiendo su feminidad durante ese “cambio de vida”. (3).

Los ovarios sufren grandes cambios durante el climaterio: existen menos folículos ováricos disponibles, y los que existen responden en menor medida a las gonadotropinas. Se produce una disminución de los niveles de estradiol, que es el estrógeno predominante producido antes de la menopausia por los folículos ováricos. (3)

La ovulación, y por lo tanto, la producción de progesterona en el cuerpo lúteo, se vuelve irregular y finalmente desaparece. Se produce un aumento de los niveles de hormona foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) hasta que alcanzan los niveles marcadamente más elevados propios del estado posmenopáusico. (3, 4).

Después de la menopausia las células del estroma ovárico y las células de las glándulas suprarrenales producen androstendiona, un andrógeno débil, produciéndose, además una pequeña cantidad de testosterona en los ovarios. La androstendiona se transforma en los tejidos periféricos (especialmente en el tejido adiposo) en estrona, un estrógeno relativamente débil. La estrona es el principal estrógeno de la mujer posmenopausiaca, y su producción tiende a aumentar en las mujeres obesas. Por ello, las mujeres posmenopáusicas, especialmente las obesas, no presentan un déficit uniforme de estrógenos. (3).

La privación de los estrógenos es la responsable de la aparición de los bochornos que presentan aproximadamente el 85% de las pacientes. Se caracterizan por una sensación de calor en la mitad superior del cuerpo, con enrojecimiento y sudoración, aparecen durante los 2 primeros años después de la interrupción de las menstruaciones. Se deben a supresión brusca de los centros termorreguladores hipotalámicos anteriores, lo que produce una vasodilatación brusca con taquicardia y aumento de la temperatura cutánea, que habitualmente dura varios minutos. Con frecuencia los accesos nocturnos de calor interfieren con el sueño, afectando la memoria, al temperamento, al humor y a la concentración. Existe una estrecha relación entre la oleada de calor (bochornos) y episodios de vigilia. (3).

El insomnio y la fatiga afectan a 30 a 40% de todas las mujeres posmenopáusicas, estos síntomas pueden relacionarse con la deficiencia de estrógenos. (5).

El epitelio vaginal se vuelve más fino y seco y disminuye su rugosidad. Aparecen síntomas de vaginitis atrófica, con hemorragias, quemazón, secreción, prurito y dispareunia. Los tejidos vulvares disminuyen de tamaño, provocando algunas veces prurito y dolor.

Los tejidos pélvicos pierden elasticidad, lo que puede provocar un prolapso uterino, cistocele, ó rectocele. Las mamas tienden a disminuir de tamaño y elasticidad. (3). La uretra y la vejiga tiene receptores estrogénicos y también se atrofian ante la disminución de los niveles de estrógenos, pueden aparecer síntomas de disuria, urgencia e incontinencia. La incontinencia de esfuerzo puede empeorar o precipitarse durante la menopausia. (3).

Además algunos aspectos de la respuesta sexual se modifican , disminuye la tensión muscular, el rubor y la intensidad del orgasmo, la excitación es más lenta, la erección del pezón es menos intensa, (6, 7), la deficiencia de estrógenos inducen cambios en la percepción sensitiva, incluyendo la presencia disminuida de receptores táctiles, olfatorios y a la vibración, baja respuesta a la estimulación directa sobre zonas erógenas, lentitud en el estímulo a la presión, pérdida progresiva de la sensibilidad fina en el clitoris y desvanecimiento de la capacidad orgásmica, con lo que se ha demostrado su influencia sobre diversas áreas que intervienen en la sexualidad y emotividad en la mujer. (8, 9).

El contenido de colágeno en la piel y de las estructuras de soporte disminuye, y la piel se hace más fina y frágil, pérdida del cabello y aparición del vello facial, quizás sea como consecuencia del predominio relativo de los andrógenos circulantes.

La disminución de los niveles de estrógenos se asocia al aumento de la tasa de resorción ósea que tiene lugar después de la menopausia. La osteoporosis posmenopáusica es frecuente hasta en el 25% de las mujeres mayores de 70 años que presentan signos de aplastamiento vertebral. (3, 9).

Después de la menopausia el riesgo de las mujeres de padecer enfermedad coronaria aumenta en relación a los hombres ya que es la causa principal de muerte en mujeres ancianas. Los cambios de las lipoproteínas asociadas al aumento del riesgo de enfermedad coronaria parecen ser secundarios a la disminución del nivel de estrógenos.(3, 10). El colesterol total y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) tienden a aumentar, mientras que desciende el colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (HDL). (3), relacionando a la menopausia indirectamente con los cambios cardiovasculares. (3, 10).

Dado que la menopausia se relaciona con la finalización de las menstruaciones, habitualmente el diagnóstico es retrospectivo después de un año de ausencia de hemorragia menstrual. Se puede determinar la FSH sérica para confirmar que existen niveles posmenopáusicos (elevados).

La menopausia prematura se diagnostica cuando existe amenorrea hipoestrogénica persistente y niveles elevados de gonadotropinas antes de los 40 años. (3,10).



De acuerdo a parámetros oficiales los perfiles clínicos para el diagnóstico del síndrome climatérico se dividen en dos: trastornos somáticos y psicológicos, los primeros a su vez se subdividen en:

1. Vasomotores: bochornos, sudores nocturnos.
2. Menstruales: Amenorrea ó alteración en la frecuencia, cantidad y duración de la menstruación.
3. Genitourinarios: incontinencia urinaria, resequedad vaginal, dispareunia.

Los psicológicos comprenden, depresión, ansiedad disminución de la libido.

Se sustenta diagnóstico de síndrome climatérico con 4 ó más signos y síntomas previamente descritos, así como si sólo se presentan síntomas vasomotores. En ausencia de síntomas vasomotores y menstruales, más la presencia de 1 de los signos y síntomas de cualquiera de los grupos genitourinario y psicológico no sustenta el diagnóstico, así como tampoco se realiza diagnóstico solamente con la presencia de trastornos menstruales.

Por otro lado, casi la mitad de las consultas médicas que se diagnostican como trastornos psicológicos son consultas realizadas por el Médico de Familia en la atención del primer nivel, y de éstos los más frecuentes son los trastornos afectivos, (depresión mayor, distimia, ciclotimia, trastorno bipolar y otros trastornos depresivos sin especificar). (3).

Las presiones externas pueden desencadenar un trastorno depresivo mayor. Aunque estas crisis pueden ser circunstanciales, otras veces anuncian la iniciación del problema. La teoría cognitivo conductual sostiene que las distorsiones del pensamiento inducidas por algún factor estresante llevan a algunos individuos a una visión no realista y degradante sobre ellos mismos, el mundo y el futuro. (3).

Los familiares directos de un paciente que padece un trastorno afectivo tienen aproximadamente el 25 al 30% de posibilidades de padecer una depresión mayor. (3).

En base a los criterios diagnósticos de la D.S.M. IV: la depresión mayor se caracteriza por:

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indica el propio sujeto (p. ej. tristeza, llanto). En el caso de los niños y los adolescentes irritabilidad.
- 2) Disminución del interés ó de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades durante la mayor parte del día casi cada día.
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida ó aumento de apetito casi cada día.
- 4) Insomnio ó hiperinsomnio casi cada día.
- 5) Agitación ó enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- 6) Fatiga ó pérdida de la energía casi cada día.
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día.



- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solamente miedo a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio ó un plan específico para suicidarse.

La paciente que presenta 5 ó más de los signos y síntomas de depresión antes mencionados a lo largo de una parte importante del día por dos semanas ó más se diagnostica depresión mayor. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo ó deterioro social, laboral ó de otras áreas importantes de la actividad del individuo, no son debidos a efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga ó medicamento) ó una enfermedad médica, no se explican por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido). (3).

Una vez hecho el diagnóstico, debe determinarse si es leve, moderada ó severa. La gravedad de la depresión depende del dolor emocional subjetivo experimentado por la paciente y el grado de interferencia con sus actividades normales. La depresión es una enfermedad sumamente dolorosa. (3).

Con el objeto de simplificar el diagnóstico del cuadro se han elaborado un gran número de escalas, la más sencilla y conocida es la Escala de Autoevaluación de Zung; sin embargo, el Dr. Guillermo Calderón Narváez, en base a estudios realizados con la escala de Zung, determinó que ésta presenta varios inconvenientes para su aplicación clínica en México, por lo que el Dr. Calderón propuso modificaciones de la escala para futuras investigaciones: la aplicación de la escala por el médico tratante, la adicción de la opción NO para que los pacientes indiquen si poseen o no los síntomas de depresión que se les cuestiona; así como cambios en la redacción de los reactivos utilizando palabras adecuadas a nuestro medio, para adaptarlos a la población mexicana. (11).

La validez y confiabilidad del cuestionario del Dr. Calderón fue motivo de investigación por Morales, Ocampo y cols. concluyendo que presenta alta confiabilidad en la modalidad de autoaplicación en la población abierta con sujetos de diferentes niveles de educación y edad.

El test de Calderón Narváez es un método rápido y sencillo para evaluar la depresión de aplicación cuantitativa, abarca síntomas de alteraciones del afecto, equivalentes fisiológicos, psicológicos e ideacionales, de acuerdo a nuestra realidad sociocultural. La calificación se realiza anotándole a cada síntoma de cada una de las 4 columnas la escala de 1 a 4, pudiendo obtenerse un puntaje mínimo de 20 y máximo de 80. Es útil en programas de investigación y es buen auxiliar clínico para el diagnóstico de depresión.(12).

Se cree que la depresión tiene una etiología bioquímica y biológica subyacente, lo mismo que a un componente de conducta. Se acompaña de una regulación anormal de noradrenalina y disminución de la actividad de la serotonina. (1, 13).

Los niveles hipoestrogénicos después de la menopausia proporcionan un marco bioquímico para el posible desarrollo de la depresión, que es uno de los trastornos más frecuentes en ésta etapa de la vida de la mujer. (14, 15, 16, 17, 18, 19).

El triptófano libre en el plasma (fracción unida a las proteínas séricas) está reducida en las mujeres posmenopáusicas, a pesar de los niveles de triptófano plasmático total (fracciones unida y no unida) que permanece sin variaciones, este es un ácido que interviene en el metabolismo de la serotonina. Las alteraciones de los niveles de serotonina en el cerebro fueron considerados como un mecanismo para el desarrollo de la depresión endógena. Por consiguiente las alteraciones de los niveles de triptófano libre secundario al descenso de estrógenos en la menopausia pueden predisponer bioquímicamente a la mujer posmenopáusica a la depresión. (1, 19).

Se demostró que los niveles plasmáticos de estrógenos se relacionan directamente con los niveles plasmáticos de triptófano libre. El tratamiento con estrógenos exógenos aumenta los niveles de estrógenos plasmáticos, con un incremento concomitante de los niveles plasmáticos de triptófano libre, dopamina y serotonina lo que podría constituir la razón de la mejoría del grado de depresión. (1, 3, 19, 20).

El estrógeno puede combatir la depresión a través de sus efectos sobre el metabolismo de las catecolaminas. Klaiber y Cols. demostraron mayor actividad de la MAO (monoamino oxidasa) en el plasma en pacientes tratadas por depresión, a quienes se había administrado dosis diarias de estrógenos conjugados. (19,20, 21).

Sin embargo, hay otros estudios que se contraponen a esta teoría y no han podido poner de manifiesto esta relación, consideran que como proceso fisiológico, la menopausia no se acompaña de depresión, se ha disipado, además, la creencia de que ésta aumenta en el momento de la menopausia. lo que sugiere que muchos de los síntomas psiquiátricos que ocurren durante este periodo pueden estar más relacionados con sucesos psicosociales, (3,22) como cambios en las relaciones con los hijos, problemas conyugales y otros acontecimientos de la vida, por lo que para algunas mujeres es de utilidad la intervención psicológica. (3,23,24,25).

Tanto los antidepresivos como la psicoterapia son eficaces para tratar la depresión, existen pruebas de que la combinación de ambos tratamientos produce mejores resultados. (26).

Según un estudio de casos y controles realizado en Gran Bretaña, Cristine Scott y cols. encontraron mejoría clínica en la estandarización de la depresión en el grupo sometido a terapia breve en relación al grupo control tras 12 meses de seguimiento con psicoterapia en la atención primaria a la salud. (27).

Se ha demostrado en teoría, la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas para reducir el sufrimiento de una familia disfuncional, correlacionando ésta y la estrategia de manejo o tratamiento para corregirla. (28).

Existen tres niveles de atención familiar: Educación, Orientación y Psicoterapia. (29, 30).

La psicoterapia es un proceso dirigido a la reconstrucción de la persona y a cambios mayores en la estructura de su personalidad, actúa directamente sobre aquellos aspectos

inconscientes de la persona, trata de relacionar su vida psíquica actual con los hechos de su pasado, sigue en mayor ó menor grado los postulados de la teoría psicoanalítica.

Su objetivo es producir cambios interaccionales importantes y relativamente perdurables, modifica así la dinámica familiar. (30).

La terapia grupal se basa en dos reglas fundamentales: A) La no omisión, en dónde está implícita la libertad de expresión. B) La abstinencia, en donde está implícita la ausencia de comentarios y discreción de los participantes fuera de las sesiones en todo cuanto concierne al contenido de las terapias. El tiempo de cada sesión oscilará entre 60 y 90 minutos, una vez por semana. El terapeuta se encarga de garantizar las reglas, permite que la transferencia se desarrolle sobre él y sobre el grupo, comunica a todos lo que comprende. (31).

La Terapia breve es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y poco dolorosa. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora". En contraposición al Psicoanálisis tradicional que su enfoque se basa en el pasado, la Terapia breve acude al pasado únicamente en dos casos: cuando el paciente lo considera importante para solucionar su problemática ACTUAL, o cuando el terapeuta estime obtener recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planteado. (32)

Si bien la Terapia breve como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales, esto no significa que la Terapia Breve sea fácil. Su principal enfoque involucra cambiar de una forma e pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones. Esta filosofía es la que permite a la Terapia Breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana. (32).

La Terapia Breve es dinámica y flexible, en donde se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos de solución pasados, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas a cada caso. Esto convierte al proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de Terapia Breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente). (32).

Para que la terapia resulte exitosa, es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. (32).

La psicoterapia breve, por medio de una participación activa y a través de la utilización de un lenguaje elaborado y derivado de un lenguaje teórico específico, favorece la génesis de cambios significativos en los patrones disfuncionales, debe ser efectuada por un psicólogo ó un médico con entrenamiento, ya que es la más útil para éstos casos, toma en cuenta que aquí el problema es temporal, de aparición reciente, ó relacionado con crisis normativas del ciclo vital de la familia, con el fin de reconstruir la homeostasis familiar en forma perdurable, al

alivio o supresión de la angustia, ansiedad o síntomas psicológicos adversos provocados por una situación específica no bien identificada que ha desequilibrado la disfunción familiar. (29, 32).

Las metas de terapia se definen en relación a cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños en los subsistemas los cuales acarrearán grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema. (32).

En general la terapia breve en la atención primaria debe ser de corta duración, (4 a 8 sesiones semanal ó mensual con duración de 30 a 45 minutos), entre más claramente se pueda definir el problema y éste sea más específico que general, mayores posibilidades hay de que la terapia breve en la consulta resulte eficaz.

Se realiza a través de la utilización de una ó varias técnicas psicológicas de tratamiento en donde la personalidad del terapeuta, los procesos transferenciales, y los fenómenos inconscientes de los integrantes de la familia constituyen el eje central del tratamiento.(32).

Los trastornos de adaptación durante el climaterio deben considerarse dentro de sus contextos social, cultural y psicológico, el modelo biopsicosocial descrito por Engel en 1980 subraya, además, la interrelación de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la depresión, sin embargo, en nuestra sociedad, ambos (climaterio y depresión) se consideran sucesos negativos. (1, 3, 23, 33).

La falta de fertilidad, el temor al envejecimiento, el cambio en el tipo de relación con los hijos, que por lo general habrán formado ya su propia familia (síndrome nido vacío), falta de comunicación con el cónyuge son factores que modifican la dinámica familiar y contribuyen a más estrés familiar ya de por sí producido por los síntomas inherentes al climaterio, por ejemplo, se ha visto mediante estudios epidemiológicos, que las mujeres con matrimonios problemáticos tienen una posibilidad 20 veces mayor de padecer depresión que las felizmente casadas.(1, 33).

Durante la última década, la investigación ha demostrado una estrecha relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar físico y emocional del individuo. (34).

Al hablar de dinámica familiar, nos referimos al conjunto de pautas transaccionales (fuerzas positivas y negativas) que establecen de qué manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado, de acuerdo al ciclo vital de la familia en el que se encuentre. (35).

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema de enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

El APGAR FAMILIAR es un instrumento útil para evaluar la funcionalidad familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, compuesto por cinco preguntas: \*Adaptabilidad.- (adaptation). Capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver situaciones de crisis. \*Participación.- (partnership) Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones. \*Crecimiento.- (growth) Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo



la individualización y separación de los miembros de la familia. \*Afecto.- (afection) Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia. \*Resolución.- (resolve) Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia. (35,36).

Conforme las mujeres pasan por los cambios de sus concentraciones hormonales y de sus cuerpos pueden experimentar emociones que varían entre preocupación leve hasta franca negación, esta preocupación se ve influida por factores como estilo de vida, (19), envejecimiento, falta de función menstrual y falta de fertilidad, número de hijos en el núcleo familiar actual, falta de condición laboral remunerada fuera del hogar, y bajo nivel educacional. (23, 37).

Muchas pacientes pueden considerar a la menopausia como una transición entre la madurez y la senectud. Aunque algunas pueden esperar esta época con placer como un tiempo de libertad relativa de preocupaciones, como embarazos no deseados y tensión de la crianza de los hijos, muchas temen este periodo a causa de las pérdidas esperadas.

La actitud ante la pérdida de la capacidad para tener hijos depende de la función que haya desempeñado la crianza de éstos en la vida de la mujer. Para algunas tener hijos y criarlos ha sido una fuente de primera importancia de posición social y amor propio, como ocurre en nuestra sociedad; por tanto la pérdida de la fertilidad puede producirles gran tensión. (1,37).

Quizá el envejecimiento no sea tan importante para muchas, pero no debe olvidarse la posibilidad que produzca tensión y depresión. En la sociedad actual la juventud es un tesoro preciado, en tanto que la madurez no; por tanto las pruebas tangibles de envejecimiento pueden ser muy traumáticas. El grado al cuál este fenómeno afectará a las mujeres podría estar relacionado con el valor que otorgan a su aspecto personal. (1,37).

Al mismo tiempo los cambios de ambiente y las circunstancias familiares de las mujeres en climaterio pueden ser mecanismos importantes que actúan positiva o negativamente sobre el ambiente bioquímico y hormonal cada vez más susceptible de provocar depresión y cambios en el estado de ánimo en estas pacientes. (1,2,23,25,38).

Bajo estas circunstancias, el climaterio, como transición normativa, podría representar estrés familiar, expresándose con exacerbación de signos y síntomas inherentes al mismo, e inespecíficos además de trastornos de afectividad, repercutiendo así en la dinámica familiar y aparición concomitante de disfunción familiar.

Estas paciente pueden ser sólo conciente del síntoma físico, sin relacionarlo con el estrés familiar, y mucho menos con el factor desencadenante, por lo que experimentan incomprensión, frustración y rechazo, volviéndose un círculo vicioso: climaterio-stress familiar-depresión-disfunción familiar.

El tratamiento de las disfunciones familiares consiste en decidir conjuntamente como quieren enfrentarse a su problema, la responsabilidad del cambio recae en el paciente y su familia. La responsabilidad del terapeuta radica en facilitar las opciones de tratamiento para el paciente y su familia. (38).



## V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas psicológicos representan uno de los trastornos más comunes de la práctica médica y entre los más difíciles de tratar para el médico del primer nivel, el climaterio, por ejemplo, afecta hasta una 4a parte de las mujeres en algún momento de sus vidas, pero el 80% de los casos pasan sin diagnóstico y por lo tanto sin tratamiento.

Se ha visto que ciertos trastornos ginecológicos pueden tener un componente emocional. Existen amplios antecedentes sobre la existencia de una relación entre los problemas ginecológicos y psiquiátricos.

Ciertos sucesos cíclicos de la vida, (las llamadas crisis normativas), como la transición del estadio reproductivo al no reproductivo ó al envejecimiento, (climaterio), pueden ser fuente de tensión.

Bioquímicamente, los niveles de estrógenos también pueden afectar directamente al sistema nervioso central y contribuir a la depresión.

Se ha demostrado, sin embargo, la importancia de los factores psicológicos, culturales, y sociales, para el desarrollo de la depresión, se considera este contexto al climaterio como productor de estrés familiar, depresión y disfunción familiar, por lo que el enfoque biopsicosocial es esencial para el diagnóstico y manejo de éstas pacientes, se evita así la ruptura entre los problemas biomédicos y los psicosociales.

Dado que existen pocos estudios sobre la depresión y la disfunción familiar producidas durante el climaterio y la respuesta posterior a la terapia breve en México y sobre todo en Morelia, Michoacán:

la pregunta a contestar fue:

- ¿Cuál es el efecto de la terapia breve grupal en la dinámica familiar de mujeres en climaterio con diagnóstico de depresión?

## VI. JUSTIFICACIÓN

La comunidad médica tiende a contemplar al climaterio como una endocrinopatía ó una enfermedad por deficiencia de estrógenos que puede proporcionar un marco bioquímico para el desarrollo de la depresión, dejando de lado el estrés que se produce en éstas pacientes y en sus familias.

Los síntomas emocionales y mentales son frecuentes durante el climaterio principalmente la depresión, y dado que esta puede estar relacionada con un factor precipitante discernible como un suceso negativo de la vida, en ésta situación la depresión clínica se puede considerar una complicación secundaria del climaterio.

La mayoría de estos problemas tienen un componente interpersonal además de psicológico, ya que la depresión con frecuencia está causada ó se exacerba por problemas de relación y éstos problemas pueden empeorar como resultado de la depresión, se forma un circulo vicioso: climaterio – estrés familiar – depresión – disfunción familiar, además de producir morbi-mortalidad considerables en la población.

Los problemas de disfunción familiar se tratan mejor con un enfoque biopsicosocial, por tanto; el médico familiar debe ser sensible a la tensión emocional importante experimentada en potencia por éstas pacientes, durante esta etapa de su vida.

Consideramos que la función del Médico Familiar es crucial; por lo que este estudio propone reafirmar la importancia que ejerce la dinámica familiar en este trastorno, ampliar el panorama terapéutico y encontrarse preparado para ofrecerles apoyo psicológico: ayudar a las parejas a utilizar sus propios recursos por medio de la terapia breve, suministrar además, información sobre los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que se presentan en esta etapa, aliviar la tensión, la incertidumbre, y como resultado final la transformación de familias disfuncionales en funcionales, que se traducirá en disminución del número de consultas subsecuentes con un diagnóstico superficial, inespecífico ó peor aún, el desarrollo de enfermedades crónicas graves.

## **VII. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el impacto de la terapia breve grupal en la dinámica familiar en mujeres con climaterio y depresión.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Determinar la relación entre depresión y adaptabilidad familiar.
- 2.- Identificar la relación entre depresión y participación familiar.
- 3.- Verificar la relación entre depresión y el crecimiento en las familias.
- 4.- Evaluar la relación entre la depresión y el afecto en la familia.
- 5.- Analizar la relación entre depresión y la resolución en la dinámica familiar.

## **VIII. HIPÓTESIS**

La terapia breve grupal mejora la depresión en mujeres en climaterio y como consecuencia su dinámica familiar.

## IX. MATERIAL Y METODOS

**TIPO DE ESTUDIO:** Cuasiexperimental.

**POBLACIÓN:** Pacientes del sexo femenino con diagnóstico de climaterio y depresión, que durante los meses de Junio y Julio del 2004 aceptaron participar y firmaron una carta de consentimiento informado por escrito, procedentes de la consulta externa de la UMF 80, Morelia Michoacán.

### ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

De un tamaño de muestra previo que aportó una n de 56, de acuerdo a la fórmula para población finita donde queremos escoger con una diferencia del 15% un tamaño de muestra de mujeres climatéricas el cual aportó 24.78.

n= 56

$$n = \frac{N}{1 + NE^2}$$

$$n = \frac{56}{1 + 56 (.06)^2} = 46.60$$

$$(0.5)^2 = 49.12$$

$$(.10)^2 = 35.9$$

$$(.15)^2 = 24.78$$

ó sea 25 pacientes

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.- Pacientes del sexo femenino de 35 a 55 años de edad con diagnóstico de climaterio y disfunción familiar.
- 2.- Pacientes de 35 a 55 años de edad con depresión.
- 3.- Mujeres procedentes de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 80 del IMSS de Morelia, Michoacán, residentes de ésta Ciudad.

### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:

- 1.- Mujeres menores de 35 años ó mayores de 55 años.
- 2.- Mujeres en climaterio sin diagnóstico de disfunción familiar.
- 3.- Mujeres en climaterio con diagnóstico de disfunción familiar sin depresión.
- 4.- Mujeres en climaterio con diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos, (principalmente afectivos).

- 5.- Mujeres en climaterio con antecedentes de cirugías ginecológicas (histerectomía, OTB, ooforectomía), miomatosis uterina, CaCu ó con sangrado uterino anormal.
- 6.- Aquellas que no acepten participar en el protocolo.
- 7.- Pacientes en climaterio bajo tratamiento hormonal.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- 1.- Mujeres en climaterio que durante el estudio se diagnostiquen con disfunción familiar previa.
- 2.- Aquellas que durante la elaboración del Test de depresión presentaran otro tipo de depresión (trastorno bipolar).
- 3.- Pacientes que contesten en forma incompleta las encuestas.
- 4- Aquellas que decidan retirarse en forma voluntaria del protocolo.
- 5.- Pacientes que inicien tratamiento hormonal para climaterio.

## **METODOLOGÍA**

A las 25 participantes que cumplieron con los criterios de selección previamente establecidos, se les diagnosticó el grado de disfunción familiar mediante el APGAR FAMILIAR (ANEXO 1), se clasificó como disfunción grave de 0 a 3 puntos, moderada de 4 a 6 puntos y funcional de 7 a 10 puntos, se les aplicó el Test de Calderón Narváez (ANEXO 2), para el diagnóstico de la depresión, calificación basada en un índice mínimo de 20 y máximo de 80 puntos, se clasificó como sin depresión de 20 a 35 puntos, depresión incipiente ó ansiedad de 36 a 45 puntos, depresión media de 46 a 65 puntos, y depresión severa ó mayor de 66 a 80 puntos, posteriormente se registraron datos personales, la historia clínica, (ANEXO 3) y la ficha de identificación familiar, (ANEXO 4).

Se citaron a las 25 pacientes ya diagnosticadas, con el apoyo del Departamento de trabajo social, para una primera entrevista un día determinado en las aulas de la Unidad de Medicina Familiar no.80, donde la residente con apoyo de su tutora realizaron la primera de 8 sesiones de terapia breve grupal con duración cada una de 90min, 1 vez por semana y una última entrevista dónde se aplicó de nueva cuenta el test de Calderón Narváez para la depresión y el APGAR FAMILIAR. Así mismo se aplicaron los mismos tests al inicio del estudio y a su finalización a las 25 pacientes que no recibieron terapia breve grupal.

## **VARIABLES DEPENDIENTES:**

- Disfunción familiar
- Depresión

## **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

- Terapia breve grupal.

## **RECURSOS:**

### **-Recursos humanos:**

Medico residente  
Licenciada en Psicología con (maestría en Terapia Familiar)  
Medico Familiar  
Estadístico  
Directivos de la UMF No. 80

### **-Recursos materiales:**

Hojas  
Lápiz  
Lapicero  
Computadora  
Disquetes para computadora 3.5" (90mm)  
Aulas de la UMF No. 80  
Unidad de investigación en epidemiología clínica

## **X. ANALISIS ESTADÍSTICO**

Los resultados se presentaron en números absolutos y porcentajes.

La evaluación de la dinámica familiar es de enfoque frecuentista por categorías que evalúa el instrumento, en términos de porcentajes y /o proporciones.

Para la evaluación de la intervención en los subgrupos de depresión, se llevó a cabo con la prueba de T Wilcoxon para muestras relacionadas.

Para la comparación de muestras independientes se utilizó U de Mann Whitney.

La manipulación de los datos se realizó con paquete estadístico SPSS versión 10.0.

La significancia estadística se representó cuando el p valor < 0.05.



## XI. RESULTADOS

De acuerdo al APGAR familiar de las 25 pacientes al inicio del estudio ambos grupos se presentaron con mayor porcentaje de pacientes con disfunción moderada con un 80% para el grupo 1 que recibió terapia y un 92% para el grupo2 control (sin terapia). (TABLA 1).

**TABLA 1 APGAR FAMILIAR PRE-EVALUACION EN AMBOS GRUPOS**

	FUNCIONAL		DISF. MODERADA		DISF. GRAVE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>GRUPO1</b>	0	0%	20	80%	5	20%	25	100%
<b>GRUPO2</b>	0	0%	23	92%	2	8%	25	100%

**Grupo 1= con terapia**

**Grupo 2= (control) sin terapia**

Posterior a la intervención con la terapia breve grupal se encontraron diferencias significativas, donde observamos inclusive pacientes clasificadas como funcionales 11 pacientes (44%), disminuyeron por tanto las pacientes con disfunción moderada a 14 pacientes (56%) y 0 pacientes (0%) con disfunción grave, mientras que el grupo 2 (sin terapia) no presentó 32 cambios importantes. (TABLA 2).

**TABLA 2 APGAR FAMILIAR POST-EVALUACION EN AMBOS GRUPOS**

	FUNCIONAL		DISF. MODERADA		DISF. GRAVE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>GRUPO1</b>	11	44%	14	56%	0	0%	25	100%
<b>GRUPO2</b>	0	0%	22	88%	3	12%	25	100%

**Grupo 1= con terapia**

**Grupo 2= (control) sin terapia**

De acuerdo al test de depresión de Calderón Narváez, al inicio del estudio ambos grupos se clasificaron con mayor porcentaje de pacientes con ansiedad, para el grupo 1 (con terapia) 16 pacientes (64%) y para el grupo 2 control (sin terapia) 20 pacientes (80%) .(TABLA 3).

**TABLA 3 DEPRESION PRE-EVALUACION EN AMBOS GRUPOS**

	NORMAL		ANSIE- DAD		DEP. MEDIA		DEP. SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>GRUPO 1</b>	0	0%	16	64%	9	36%	0	0%	25	100
<b>GRUPO 2</b>	0	0%	20	80%	5	20%	0	0%	25	100

**Grupo 1= con terapia**

**Grupo 2= (control) sin terapia**

Posterior a la intervención con terapia breve grupal encontramos cambios importantes en el grupo 1 (con terapia), donde 10 pacientes (40%) se clasificaron sin depresión o normales, mientras que el grupo control se mantuvo sin cambios importantes. (TABLA 4).

**TABLA 4 DEPRESION POST-EVALUACION EN AMBOS GRUPOS**

	NORMAL		ANSIE- DAD		DEP. MEDIA		DEP. SEVERA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>GRUPO 1</b>	10	40%	10	40%	5	20%	0	0%	25	100
<b>GRUPO 2</b>	0	0%	18	72%	7	28%	0	0%	25	100

**Grupo 1= con terapia**

**Grupo 2= (control) sin terapia**

En cuanto al APGAR FAMILIAR en el grupo 1 (con terapia), se encontró que en la pre-evaluación 20 pacientes (80%) se clasificaron en disfunción moderada y el 20% en disfunción severa; en la post- evaluación (posterior a la intervención) se encontraron diferencias significativas  $p = .000$ , con mejoría de la disfunción moderada, pasando 11 pacientes (44%) a funcionales, además no se encontraron ya pacientes con disfunción severa. (TABLA 5).

**TABLA 5 APGAR GRUPO 1 (CON TERAPIA)**

	FUNCIONAL		DISF. MODERADA		DISF. GAVE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PRE-EVAL</b>	0	0%	20	80%	5	20%	25	100%
<b>POSTEVAL</b>	11	44%	14	56%	0	0%	25	100%

$p = .000$

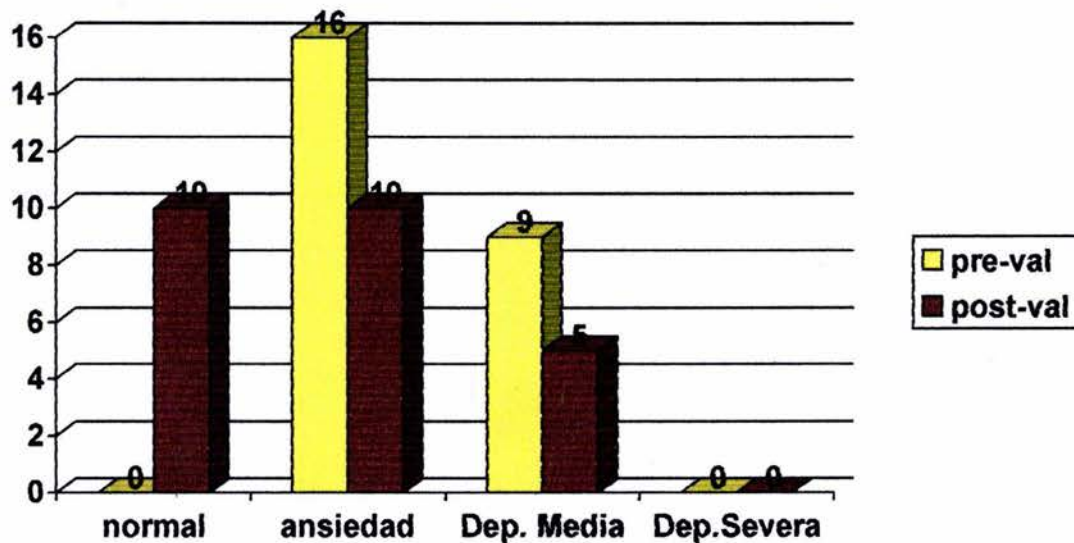
En el grupo 2 control (sin terapia) no se encontraron diferencias significativas  $p = .206$  entre la pre- evaluación y posterior a la intervención. (TABLA 6).

**TABLA 6 APGAR GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

	FUNCIONAL		DISF. MODERADA		DISF. GRAVE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>PRE-EVAL</b>	0	0%	23	92%	2	8%	25	100%
<b>POSTEVAL</b>	0	0%	22	88%	3	12%	25	100%

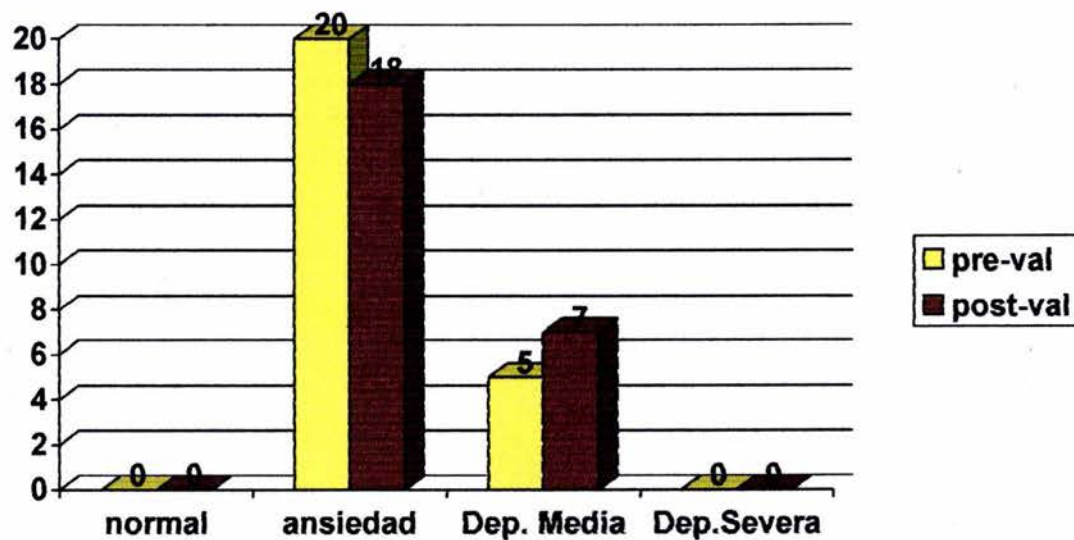
$p = .206$

En cuanto al test de depresión de Calderón Narváez se encontraron diferencias significativas entre la pre-evaluación y la post evaluación  $p = .000$  ya que posterior a la intervención se clasificaron sin depresión 10 pacientes (40%); con mejoría en depresión media de 9 pacientes (36%) a 5 pacientes (20%). (GRAFICA 1).



**GRAFICA No. 1                    DEPRESION EN GRUPO 1 (CON TERAPIA)**

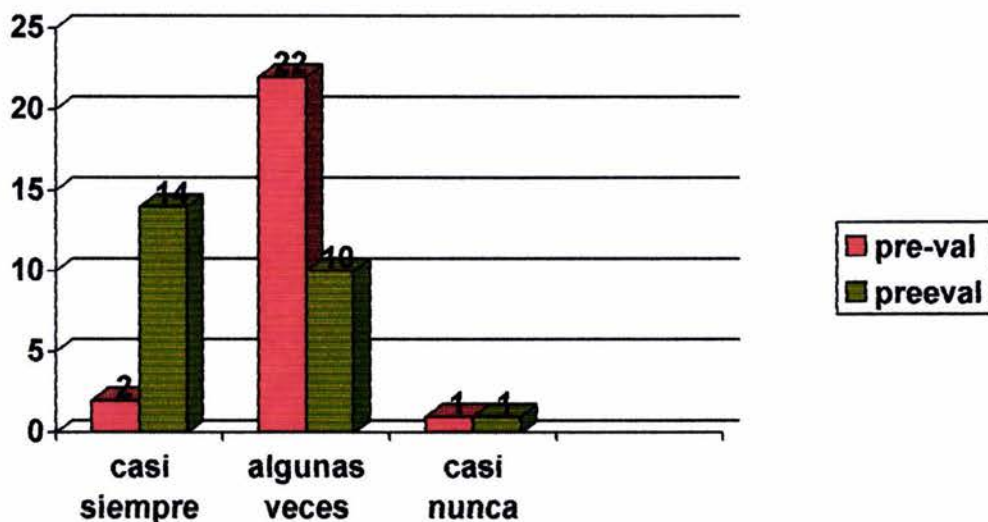
En cambio en el grupo 2 control (sin terapia), no se encontraron diferencias significativas  $p = .062$ . (GRAFICA 2).



**GRAFICA No. 2 DEPRESION EN GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

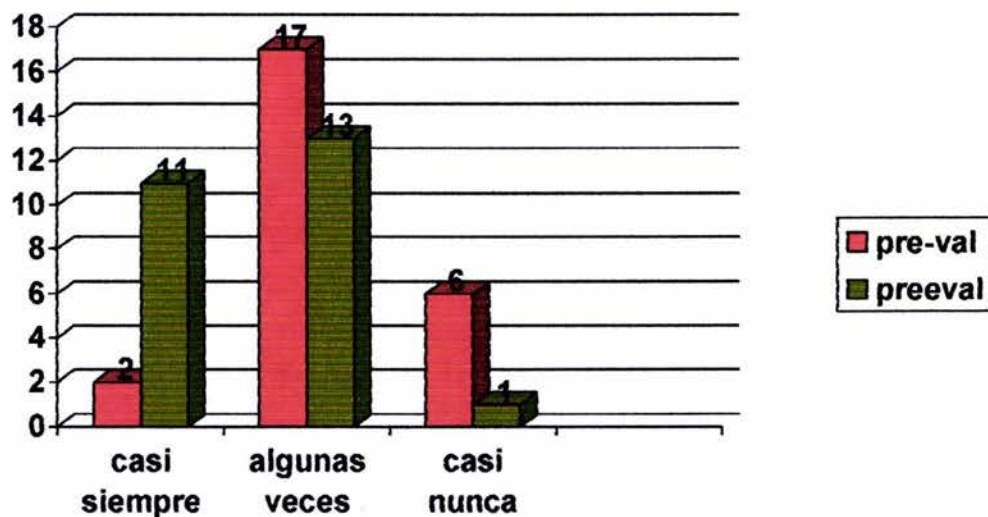
## EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LOS CINCO PARÁMETROS DEL APGAR FAMILIAR EN EL GRUPO 1 (CON TERAPIA).

En cuanto a la adaptabilidad de las 25 pacientes del grupo 1 (con terapia), se encontró mejoría ya que al inicio del estudio 2 pacientes (8%) se clasificaron en casi siempre, mientras que posterior a la intervención se ubicaron 14 pacientes (56%) en éste rubro. (GRAFICA 3).



**GRAFICA No. 3 ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO 1 (CON TERAPIA)**

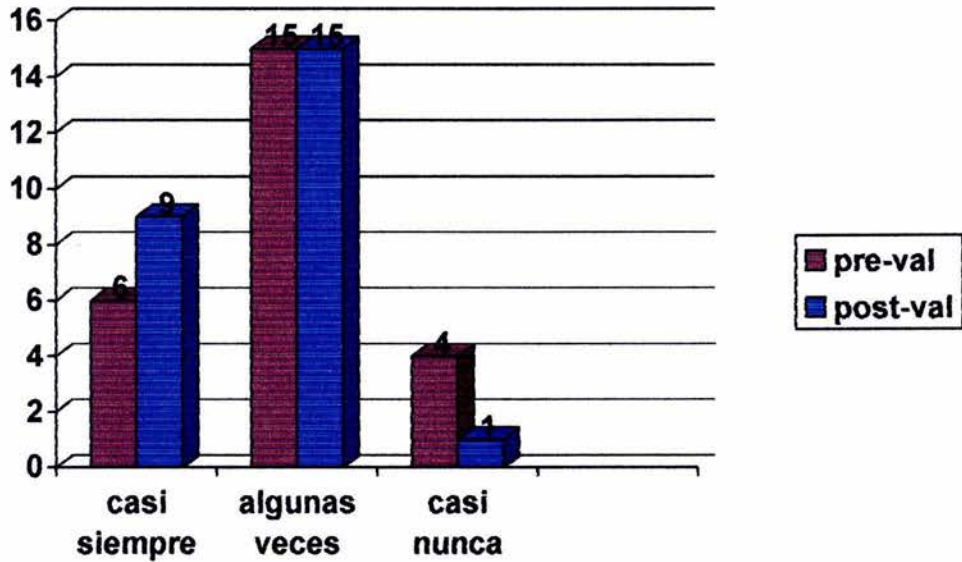
De igual manera, se encontró mejoría en la participación de 2 pacientes (8%) en la pre-evaluación a 11 pacientes (44%) en la post-evaluación. (GRAFICA 4).



**GRAFICA No. 4 PARTICIPACION EN EL GRUPO 1 (CON TERAPIA)**

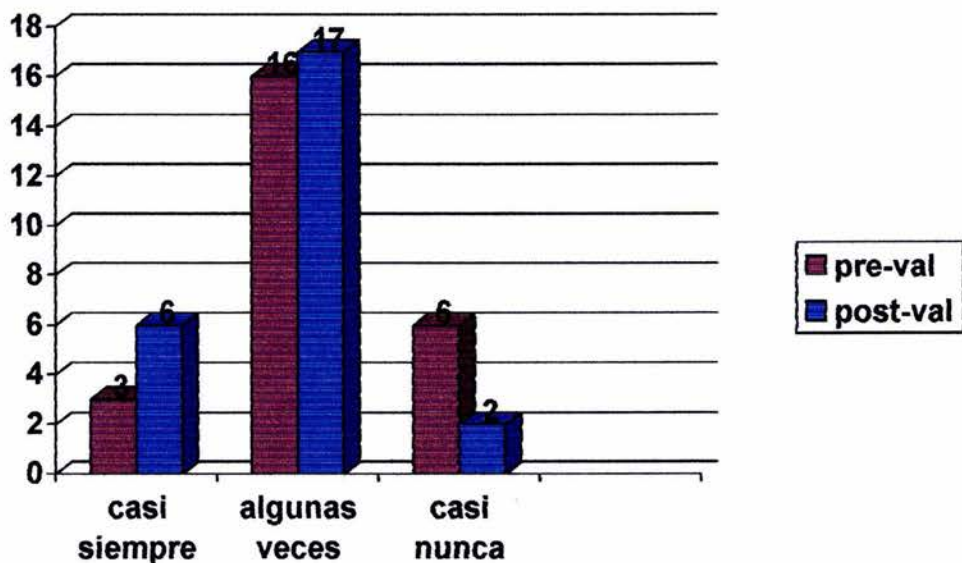


En cuanto al crecimiento aumentaron el número de pacientes en casi siempre de un 6 pacientes (24%) a 9 pacientes 36%, además de disminución en el casi nunca del 4 pacientes 16% a 1 paciente (4%). (GRAFICA 5).



**GRAFICA 5 CRECIMIENTO EN EL GRUPO1 (CON TERAPIA)**

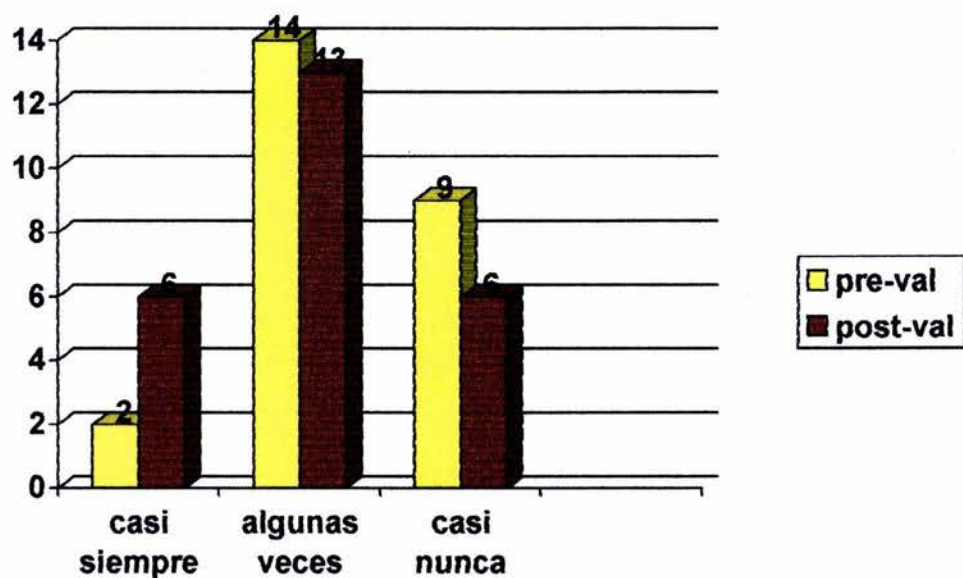
En relación al afecto, se encontró disminución de las pacientes en casi nunca de 6 pacientes (24%) a 2 pacientes (8%) y por consiguiente un aumento en el número de pacientes en casi siempre, 3 pacientes 12% a 6 pacientes (24%) lo que nos habla de mejoría. (GRAFICA 6).



**GRAFICA 6 AFECTO EN EL GRUPO 1 (CON TERAPIA)**



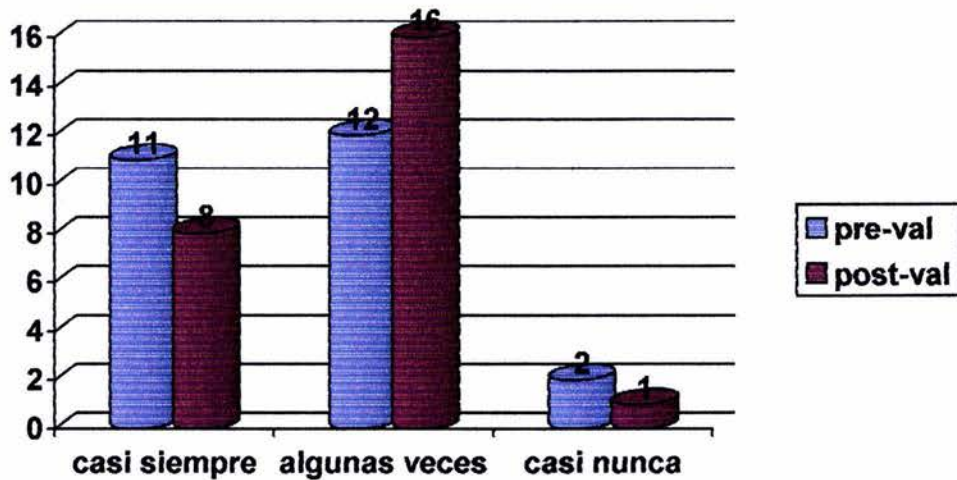
De igual manera se presentó un aumento de las pacientes que respondieron casi siempre de la pre- evaluación a la post- evaluación de 2 pacientes (8%) a 6 pacientes (24%), además que el casi nunca disminuyó. (GRAFICA 7).



**GRAFICA 7 RESOLUCION EN EL GRUPO 1 (CON TERAPIA)**

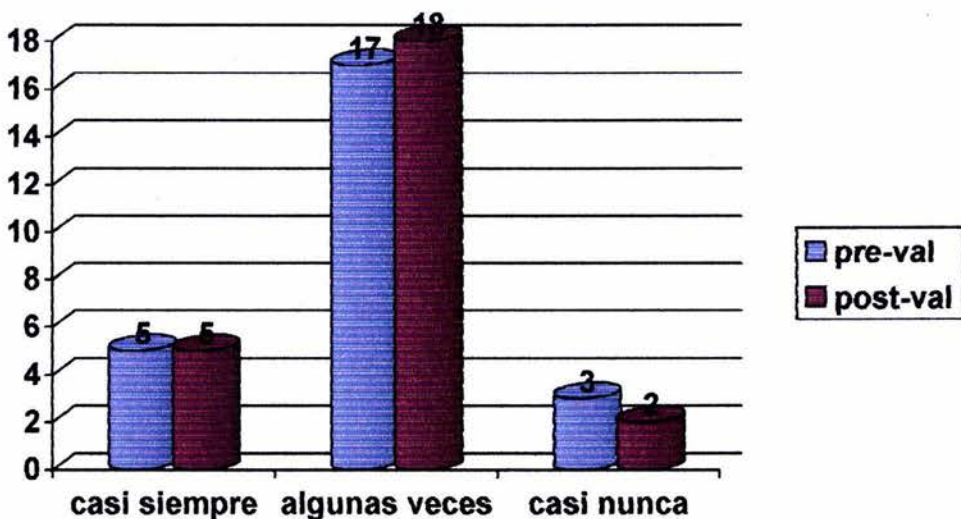
**EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LOS CINCO PARÁMETROS DEL APGAR FAMILIAR EN EL GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA).**

En relación al APGAR FAMILIAR se encontró que en la post – evaluación aumentó el número de pacientes en algunas veces de 12 pacientes (48%) a 16 pacientes (64%) disminuyendo así en casi siempre y casi nunca, sin embargo éstos cambios no son importantes. (GRAFICA 8).



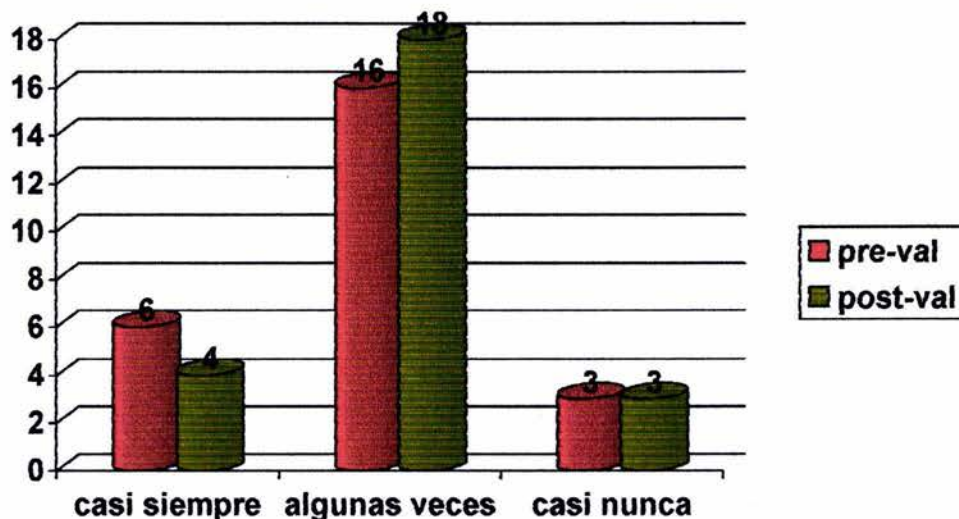
**GRAFICA 8 ADAPTABILIDAD EN EL GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

En cuanto a la participación no se encontraron cambios relevantes. (GRAFICA 9).



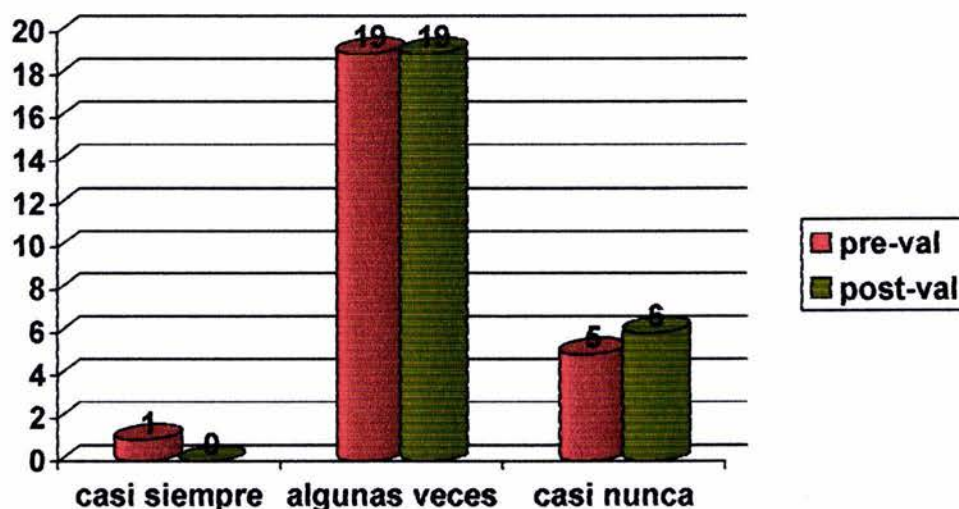
**GRAFICA 9 PARTICIPACION EN EL GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

De igual manera tampoco se encontraron modificaciones importantes en el crecimiento. (GRAFICA 10).



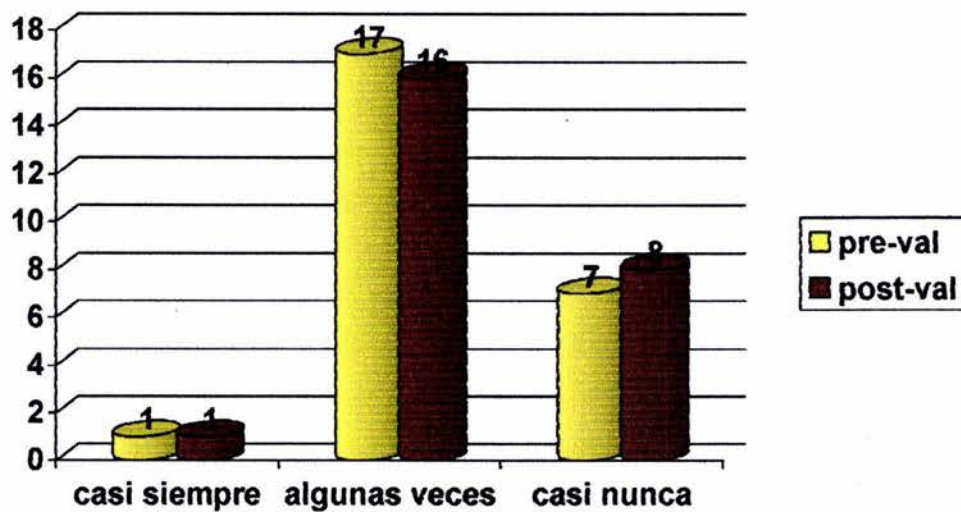
**GRAFICA 10 CRECIMIENTO EN EL GRUPO2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

En relación al afecto se encontró que aumento del número de pacientes en casi nunca de 5 a 6 pacientes con un porcentaje del 20 al 24% respectivamente, con disminución a su vez de casi siempre, sin llegar a ser cambios de relevancia. (GRAFICA 11).



**GRAFICA 11 AFECTO EN EL GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

En cuanto a la resolución no se encontraron cambios de importancia de la pre- evaluación a la post- evaluación. (GRAFICA 12).



**GRAFICA 12 RESOLUCION EN EL GRUPO 2 CONTROL (SIN TERAPIA)**

## **XII. DISCUSIÓN.**

Encontramos que del total de pacientes en climaterio incluidas en el presente estudio, todas presentaron algún grado de depresión, lo que nos habla de los grandes porcentajes de depresión entre las mujeres en climaterio como lo indica la literatura. (37).

Se observó una mejoría en el grado de depresión posterior a la psicoterapia breve grupal, lo cual nos indica que ésta técnica como tratamiento de la misma es efectiva, tal como lo afirman Cristine Scott y cols. (27).

En cuanto a la disfunción familiar, al inicio del estudio encontramos a la mayoría de las pacientes en disfunción moderada, tal y como lo ha encontrado Irigoyen (36), con su disminución para el grupo que sí recibió psicoterapia, lo que nos indica que la psicoterapia breve grupal sí modifica la dinámica familiar.

El modelo de terapia breve posee técnicas sencillas que aplicadas en el marco de la entrevista clínica pueden fomentar soluciones eficaces para los pacientes con depresión y disfunción familiar (30); este tipo de terapia es de gran utilidad para el médico familiar que es el encargado de resolver la mayor parte de las quejas de las pacientes en climaterio, que en la mayoría de los casos se manifiestan por alteraciones somáticas, pero al no disponer de tiempo suficiente para la consulta o inclusive por falta de conocimiento para relacionar el climaterio, la depresión y la disfunción familiar muchas veces hace difícil la detección de dichos síntomas como manifestaciones de alteraciones en la dinámica familiar.

### **XIII. CONCLUSIONES**

1. La terapia breve grupal en nuestro estudio fue una herramienta útil que mejoró la dinámica familiar, de mujeres con depresión durante el climaterio.
2. La terapia breve grupal mejoró el grado de depresión.
3. La terapia breve grupal mejoró la disfunción familiar en sus cinco aspectos: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.



## **XIV. SUGERENCIAS**

Es importante que en el primer nivel de atención los médicos familiares presten más atención al síndrome climatérico y conozcan los criterios para establecer su diagnóstico oportuno.

Es importante que se reconozca la fuerte relación existente entre depresión y el climaterio para proporcionar tratamiento temprano.

Que el médico familiar se involucre más en la realización de estudios de familia, para conocer la dinámica familiar de sus pacientes climatéricas para diagnosticar a su vez si existe disfuncionalidad familiar, estandarizarla y así dar un manejo integral a éstas pacientes, no solo en el aspecto biomédico, sino también a nivel emocional y psicológico y que ésta intervención no se limite solamente a la orientación sino que el médico de familia tenga herramientas en psicoterapia breve para el abordaje de disfunciones en las relaciones interpersonales de éstas pacientes dentro de su núcleo familiar.

Por tanto sugiero capacitación en psicoterapia para los médicos familiares con apoyo del departamento de psicología, recordando que el abordaje de éstas pacientes debe ser a nivel biopsicosocial y que a nadie compete más que al Médico de Familia.



## **XV. BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Hurd WW. Menopausia. En: Bereck JS, Hillard PA, Adashi EY, ed. Ginecología de Novack. 12ª Edición. Editorial MacGRaw Hill Interamericana México, D.F 1997: 981-1011.
- 2.- Dawood MY. Menopausia. En: Copeland LJ, ed. Ginecología. 2ª Edición. Editorial Panamericana Buenos Aires, Argentina 2002: 649-678.
- 3.- Realini JP. Menopausia. En: Taylor RB, ed. Medicina de familia. Principios y práctica. Edición. Editorial Springer - Verlay Ibérica Barcelona, España 1995: 808-812.
- 4.- Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of affective disorders* March 2003; 74 (1): 67-83.
- 5.- Antonijevic IA, Murck H, Frieboes MR, Uhr M, Steiger A. On the role of menopause for sleep-endocrine alterations associated with major depression. *Psychoneuroendocrinology*. April 2003; 28 (3):401-18.
- 6.- Heiman JR. Psychophysiological models in female sexual response. *Int j ompot res*. 1998; 10 (2):94-7.
- 7.- Palacios S, Menéndez C, Jurado A, Castaño R, Vargas J. Changes in sex bahavior after menopause:efects of tibolone. *Maturitas* 1995; 22:155-61.
- 8.- Issues concerning androgen replacement therapy in postmenopausal women. *Mayo Clin Proc*. 1997; 72:1051-5.
- 9.- Gómez Calvetina FJ, Irigoyen Coria A, Ponce Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (2):45-57.
- 10.- Bankier B, Littman AB. Psychiatric disorders and coronary heart disease in women a still neglected topic: review of the literature from 1971 to 2000. *Psychotherapy & Psychosomatics*. May-Jun 2002; 71 (3):133-40.
- 11.- Padrón MC. Detección de la depresión en una población de pacientes con diabetes mellitus tipo II no insulínodpendientes. Tesis, Universidad Latina de América, Morelia, Michoacán, 1999.
- 12.- Calderón NG. Depresión. 1ª Reimpresión Editorial Trillas México, D.F 1985.
- 13.- Birkhauser M. Depression, menopause and estrogens: is there a correlation?. *Maturitas*. Apr 2002; 41(1):3-8.

- 14.- Lugones Botell M, Quintana Riveron T, Cruz Oviedo Yolanda. Climaterio y menopausia: importancia de su atención en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Inetrgr* 1997; 13 (5): 494-503.
- 15.- Rapkin AJ, Mikacich JA, Moatakef-Imani B, Rasgon N. The clinical nature and formal diagnosis of premenstrual, postpartum, and perimenopausal affective disorders. *Current Psychiatry Reports*. Dec 2002; 4 (6):419-28.
- 16.- Shorts TJ, Leuner B. Estrogen-mediated effects on depression and memory formation in females. *Journal of Affective Disorders*. Mar 2003; 74 (1):85-96.
- 17.- Hammond CB. Climaterio. En: Danforth S, ed. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 8va Edición. McGraw Hill Philadelphia 2000: 711-732.
- 18.- Banger M. Affective syndrome during perimenopause. *Maturitas*. April 2002; 41 (1): 138-15.
- 19.- Griogoriadis S, Kennedy SH. Role of estrogen in the treatment of depression. *American Journal of Therapeutics*. Nov-Dec 2002; 9 (6):503-9.
- 20.- Anderson D, Posner N. Relationship between psychosocial factors and health behaviours for women experiencing menopause. *Australia International Journal of Nursing Practice*. Oct 2002; 8 (5):265-73.
- 21.- Almeida OP, Barclay L. Sex hormones and their impact on dementia and depression: a clinical perspective *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. Apr 2001; 2 (4):527-35.
- 22.- Nicol-Smith Louise. Causality, menopause, and depression: a critical review of the literature. *British Medical Journal*. November 1996; 313 (7067):1229-32.
- 23.- Hunter MS, O'Dea I. Perception of future health risks in mid-aged women: estimates with and without behavioural changes and hormone replacement therapy. *Maturitas*. Sep 1993; 3 (1):37-43.
- 24.- Greene JG. Has psychosocial research on the menopause any clinical relevance?. *Climacteric*. Mar 2003; 6 (1):23-30.
- 25.- Deeks AA, Dip G. Psychological aspects of menopause management. *Best practice & research clinical endocrinology & metabolism*. March 2003; 17 (1):17-31.
- 26.- Anarte MT, Cuadros JL, Herrera J. Spain Hormonal and psychological treatment: therapeutic alternative for menopausal women?. *Maturitas*. Jun 1998; 29 (3):203-13.

- 27.- Scott Christine, Tacchi Mary Jane, Jones Roger, Scott Ja . Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*. August 1997; 171: (8)131-4.
- 28.- Greenberg G, Ganshorn K, Danilkewich A. Solution-focused therapy. Counseling model for busy family physicians. *Canadian Family Physician*. Nov 2001; 47:2289-95.
- 29.- Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM. Instrumento para elaborar el diagnóstico de las disfunciones familiares por el especialista de medicina familiar. México D.F. Documento DF-2/94, 1999.
- 30.- Sánchez O.M. Niveles de intervención y tratamiento familiar. En: Oseguera GM, Saing TW, Chagolla BL, ed. II reunión regional de médicos familiares. Mazatlán, Sinaloa. 1992
- 31.- Didier Anzieu. El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal. 3ª edición. Editorial Biblioteca Nueva Madrid, España 1993.
- 32.- Bergman JS. Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve. 1ª Edición. Editorial Paidós de Terapia Familiar. 1995.
- 33.- Robinson KS, Foley NM, Maresh SE. Mood, marriage and menopause. *Journal of counseling Psychology*. January 2001; 48 (1): 77-84.
- 34.- Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. 7ª Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana México, D:F 2000.
- 35.- Colegio Mexicano de Medicina Familiar. PAC de Medicina Familiar 1. 1ª Edición . Editorial Intersistemas México. Huerta GJ.1999.
- 36.- Irigoyen CA. Diagnóstico Familiar. 6ª Edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana México, D.F 2000.
- 37.- Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Muñoz S. Associated factors to depressive symptoms and somatic symptoms in climacteric women in the city of Temuco. *Revista Medica de Chile*. Aug 2002; 130 (8):885-91.
- 38.- Zuck GH. Psicoterapia familiar un enfoque triádico. 3ª Edición. Editorial fondo de cultura económica. 1993.
- 39.- Satir V. Terapia familiar paso a paso. 3ª Edición. Editorial Pax de México. 1995.
- 40.- Bosworth, Hayden B, Bastian Lori A. Depressive symptoms, menopausal status, and climacteric symptoms in women at midlife. *American Psychosomatic society*. July/August 2001; 63 (4):603-608.
- 41.- Wagenaar DB, Mickus MA, Gaumer KA. Late-life depression and mental health services in primary care. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*. 2002;15 (3):134-40.
- 42.- Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*. March 2003; 7 (1):5-13

**(ANEXO 1)**

**CUESTIONARIO DE LA PRUEBA APGAR FAMILIAR.**

	<b>CASI SIEMPRE (2 puntos)</b>	<b>ALGUNAS VECES (1 punto)</b>	<b>CASI NUNCA (0 puntos)</b>
Me satisface que yo puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba.	_____	_____	_____
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas.	_____	_____	_____
Me satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades ó tomar nuevas direcciones.	_____	_____	_____
Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones, por ejemplo:(ira, pena, amor).	_____	_____	_____
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo.	_____	_____	_____

00 a 03= Disfunción grave  
04 a 06= Disfunción moderada  
07 a 10= Familia funcional

**(ANEXO 3)**  
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN. HISTORIA CLINICA.**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_  
NO. DE AFILIACIÓN \_\_\_\_\_  
NO DE CONSULTORIO \_\_\_\_\_

ANTECED. HEREDOFAMILIARES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECED PERSONALES PATOLÓGICOS. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECED. PERSONALES NO PATOLÓGICOS. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ANTECED. GINECOBSTETRICOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SIGNOS Y SÍNTOMAS PARA DIAGNOSTICO DE CLIMATERIO**

BOCHORNOS	(SI)	(NO)
SUDORES NOCTURNOS	(SI)	(NO)
ALT. FRECUENCIA Y/O CANTIDAD DE SANGRADO MENTRUAL	(SI)	(NO)
AMENORREA	(SI)	(NO)
INCONTINENCIA URINARIA	(SI)	(NO)
RESEQUEDAD VAGINAL	(SI)	(NO)
DISPAREUNIA	(SI)	(NO)
CEFALEA	(SI)	(NO)
INSOMNIO	(SI)	(NO)
PALPITACIONES	(SI)	(NO)
CALAMBRES	(SI)	(NO)
MIALGIAS	(SI)	(NO)
ATRALGIAS	(SI)	(NO)
MAREOS	(SI)	(NO)

PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_

## (ANEXO 4)

### IDENTIFICACIÓN FAMILIAR.

FAMILIA \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL Casados ( )  
Unión libre ( )

AÑOS DE UNION CONYUGAL \_\_\_\_\_

EDAD DEL PADRE \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_  
EDAD DE LA MADRE \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

#### HIJOS EN ORDEN DESCENDENTE POR EDAD:

EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCUPACIÓN _____

#### TIPOLOGIA FAMILIAR.

DESARROLLO: Moderna ( )  
Tradicional ( )

DEMOGRAFÍA: Urbana ( )  
Rural ( )

COMPOSICIÓN: Nuclear ( )  
Extensa ( )  
Compuesta ( )

ETAPA DEL CICLO FAMILIAR:  
Expansión ( )      Dispersión ( )  
Independencia ( )      Retiro ( )

INTEGRACIÓN: Integrada ( )  
Semi-integrada ( )  
Desintegrada ( )

TIPO: Profesionista ( )  
Obrera ( )  
Campesina ( )

INGRESOS MENSUALES APROXIMADOS: < 1 salario mínimo ( )  
De 1 a 2 salarios mínimos ( )  
3 ó más salarios mínimos ( )

COMENTARIOS \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## (ANEXO 5)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION VOLUNTARIA EN PROYECTO DE INVESTIGACION.

Morelia, Michoacán, \_\_\_\_\_ Num: \_\_\_\_\_  
Día / Mes / Año

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de afiliación: \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_

Calle

Num exterior      Num interior      Colonia      Código Postal

Población      Municipio      Estado      Num. Teléfono

Acepto de forma voluntaria y sin presiones de ninguna índole por parte de persona alguna ó institución, para participar en el proyecto de investigación titulado:

“Impacto de la terapia breve grupal en la dinámica familiar en mujeres con diagnóstico de depresión.”

el cual se encuentra registrado ante el Comité de Investigación de la Zona de Morelia del IMSS de fecha: Mayo 2004 Num: 2004.296.0036.

y aprobado por la H. Comisión del Doctorado de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM

Fecha:

Uno de los objetivos de este estudio es que las pacientes en climaterio con depresión y disfunción familiar, al recibir terapia breve grupal mejoren su estado de depresión y por consiguiente su dinámica familiar.

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar encuestas sobre mis datos personales y los de mi familia, antecedentes ginecológicos, síntomas de climaterio, sobre mi estado de ánimo, depresión, sobre mis relaciones familiares familiares y actividad sexual.

También se me informó que se me brindarán un total de 8 terapias grupales y que toda la información será confidencial, y se manejará con discreción, que si en algún momento no deseo continuar con mi participación en este estudio de investigación, será respetada mi decisión sin perturbar esto mi relación con el personal médico involucrado, además que dichas terapias serán gratuitas.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Liberando de toda responsabilidad a las personas ó instituciones involucradas en la realización de este proyecto.

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

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

---

Nombre y firma del paciente

---

Especialista en Medicina Familiar  
Dr. Rafael Villa Barajas.  
Matricula: 2848554

---

Nombre y firma del testigo

---

Nombre y firma del testigo