



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U M F No. 9
ACAPULCO GRO.



**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL I.M.S.S. EN ACAPULCO,
GUERRERO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA ESTHER SOTO BÁRCENAS

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL I.M.S.S. EN ACAPULCO,
GUERRERO.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA ESTHER SOTO BÁRCENAS

AUTORIZACIONES:



DR. VICTOR JESUS GUERRERO MONTENEGRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO GRO.



DR. ULISES ROSADO QUIAB
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS
MÉDICO EPIDEMIOLOGO UMF-9



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD



DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACIÓN EN SALUD

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2007.

**DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO FACTOR DE RIESGO DE
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 DEL IMSS EN ACAPULCO, GRO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARIA ESTHER SOTO BÁRCENAS

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Felipe de Jesús García Pedroza
DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

Dedicatoria

A mi madre:

Un ser que ha luchado a mi lado paso a paso toda mi vida, que con su cariño y sacrificios ha podido dejarme esta invaluable herencia, llevándome de la mano por un camino correcto, por ese amor incondicional que siempre me ha demostrado con grandes hechos, por ser la persona que medio la vida y que sin su apoyo no hubiera logrado mi objetivo.

A mi padre:

Que aunque ya no esta entre nosotros le doy las gracias por sus enseñanzas durante mi vida, por su ejemplo como un gran luchador de la vida.

A mis hermanos:

Juan, Andrés, Fernando, Maria de la Luz, José Luís y Maria de los Ángeles.
Por su cariño y apoyo incondicional, gracias

A mi Hija:

Berenice Anais

Mi fuente de inspiración, iluminando con su sonrisa mi vida, siendo el más grande estímulo que da fuerza para continuar luchando contra la adversidad

Al Dr. Vicente Martínez:

Con reconocimiento por su apoyo y paciencia.

Agradecimientos

A DIOS:

Por guiar mi camino, permitiendo concluir esta importante etapa de mi vida.

A mis profesores:

Por sus valiosas enseñanzas aportadas

Al Dr. Víctor Jesús Guerrero Montenegro:

Por sus conocimientos, su confianza, accesibilidad y comprensión brindados pude culminar mi objetivo

A la Dra. Victoria Cueva Arana:

Por haber sido el estímulo impulsor en esta etapa de mi vida, por todo el tiempo valioso aportado

Al Dr. Fernando Olvera Guerra:

Por su generosidad, su tiempo y conocimientos para llegar a término con esta obra

A mi profesor de tesis Dr. Ulises Rosado Quiab:

Gracias a su asesoría, aportación de conocimientos, tiempo y paciencia pude culminar este trabajo

Al Dr. Mario S. Robles Aguirre:

Por el gran apoyo y colaboración en la realización de este objetivo

A la T. S. Elizabeth Palma T:

Por su amistad, gran apoyo y colaboración en la realización de este proyecto

A mis compañeros y amigos:

Dra. Rosa Elbia Garibo, Dra. Araceli Herminia Ruiz y Dr. Silvano Terán

Con quienes compartí, aprendí, obtuve apoyo, amistad y comprensión, estarán por siempre en mi pensamiento

Al IMSS:

Con orgullo, respeto y gratitud por haberme dado la oportunidad de concluir el sueño de verme realizada como una gran especialista

A la UNAM:

Por darme la oportunidad de conocer esta gran institución formadora de excelentes hombres y mujeres profesionistas

Índice

| | |
|---|----|
| 1. Marco teórico..... | 1 |
| 2. Planteamiento del problema..... | 22 |
| 3. Justificación..... | 24 |
| 4. Objetivos | |
| 4.1 General..... | 27 |
| 4.2 Específicos..... | 27 |
| 5. Hipótesis..... | 28 |
| 6. Metodología | |
| 6.1 Tipo de estudio..... | 29 |
| 6.2 Población, lugar y tiempo de estudio..... | 29 |
| 6.3 Tamaño de la muestra..... | 29 |
| 6.4 Criterios de selección..... | 30 |
| 6.5 Definición y operacionalización de Variables..... | 30 |
| 6.6 Descripción general del estudio..... | 35 |
| 6.7 Consideraciones éticas..... | 35 |
| 6.8 Análisis estadístico..... | 36 |
| 7. Resultados | |
| 7.1 Descripción de los resultados..... | 37 |
| 7.2 Tablas y gráficas..... | 42 |
| 8. Discusión..... | 52 |
| 9. Conclusiones | 55 |
| 10. Referencias | 57 |
| 11. Anexos..... | 65 |

Resumen:

Objetivo: Identificar la disfunción familiar como un factor de riesgo de depresión en adolescentes adscritos a la UMF No. 9 en Acapulco, Guerrero.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal, teniendo como población a los adolescentes de 10 a 20 años de edad usuarios de los servicios de la UMF No. 9, en Acapulco, Gro., que acudieron a la consulta externa, a los consultorios de Medicina Preventiva o a los servicios de estomatología, durante el periodo comprendido del 30 de enero al 1 de marzo del año 2006. Se incluyeron 340 adolescentes, a los que se les aplicó un cuestionario para averiguar los datos generales y sociodemográficos, el inventario de Beck y el FACES III. El análisis se realizó con ayuda del SPSS v.12.0. Las variables se evaluaron obteniendo frecuencias simples y proporciones. Posteriormente se procedió a análisis bivariado aplicando prueba de Chi cuadrada de Maentel-Haenzel o de Pearson. Las variables que resultaron significativas en el análisis se introdujeron en un modelo de regresión multinominal, por medio del método stepwise.

Resultados: La prevalencia de la depresión fue de 15.5% para la depresión leve, 12.3% para la moderada y 9.1% para la severa. La depresión severa se observó en el 12.3% de las mujeres y sólo en el 3.1% de los hombres, Se encontró proporción mayor de sintomatología depresiva, de moderada a severa, entre aquellos que fumaban, que en aquellos que negaron haberlo hecho (40.7% vs. 36.6%), este mismo hecho se encontró entre aquellos que sí consumían alcohol, que en aquellos que negaron haberlo hecho (27.5% vs. 20.4%). Se observó sintomatología depresiva de moderada a severa en aquellos con familias monoparentales o extensas alrededor del 25%. De acuerdo al FACES III la distribución de la depresión entre los tipos de cohesión, se presentó con mayor proporción en aquellos con familia desligada (31.1%). Los adolescentes con familias desligadas tienen mayor riesgo de presentar depresión moderada en comparación de aquellos con familias conectadas (RM = 2.285; IC_{95%}, 1.129 a 4.625, P = 0.022). En el modelo de regresión múltiple controlando por escolaridad y sexo en lo que respecta a la cohesión, los adolescentes con familias desligadas presentaron cuatro veces más probabilidad de presentar depresión severa (RM = 3.982; IC_{95%}, 1.609 a 9.857, P = 0.003)

Conclusiones: Con los resultados obtenidos, se concluye que la prevalencia de depresión es elevada (37%). La cohesión, como componente de la funcionalidad familiar influye considerablemente para que se presente depresión severa en los adolescentes.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, depresión, adolescencia

Summary:

Objective: to identify the family dysfunction as a factor of depression risk in adolescents attributed to the UMF No 9 in Acapulco, Guerrero.

Material and Methods: she/he was carried out a traverse study, having as population to the adolescents from 10 to 20 years age users' of the services of the UMF No. 9, in Acapulco, Gro. that went to the external consultation, to the clinics of Preventive Medicine or the estomatology services, during the understood period of January 30 at March 1 of the year 2006 .340 adolescents were included, to those that were applied a questionnaire to discover the general data and socio demographics, the inventory of Beck and the FACES III. The analysis one carries out with the help of the SPSS v.12.0. The variables were evaluated obtaining simple frequencies and provide. Later on you proceeded to analysis bivariado applying test of square Chi of Maentel-Haenzel or of Pearson. The variables that were significant in the analysis were introduced in a model of regression multinominal, by means of the method stepwise.

Results: The prevalence of the depression was of 15.5% for the light depression, 12.3% for the moderate one and 9.1% for the severe one. The severe depression was observed in 12.3% of the women and only in 3.1% of the men, she/he was proportion bigger than depressive sintomatology, of moderate to severe, among those that smoked that in those that refused to have him fact (40.7% vs. 36.6%), this same fact was among those that yes they consumed alcohol that in those that refused to have him fact (27.5% vs. 20.4%). Depressive sintomatology was observed of moderate to severe in those with families monoparentales or extensive around 25%. According to the FACES III the distribution of the depression among the types of cohesion, was presented with more proportion in those with untied family (31.1%). The adolescents with untied families have bigger risk of presenting depression moderated in comparison of those with connected families (RM = 2.285; IC95%, 1.129 at 4.625, P = 0.022). In the pattern of multiple regression controlling for escolararity and sex in what concerns to the cohesion, the adolescents with untied families presented four times more probability of presenting severe depression (RM = 3.982; IC95%, 1.609 at 9.857, P = 0.003)

Conclusions: With the obtained results, you concludes that the depression prevalence is high (**37%**). The cohesion, as component of the family functionality influences considerably so that severe depression is presented in the adolescents.

Key words: Family functioning, depression, adolescents.

1. Marco teórico

Adolescencia

La adolescencia, etapa vital extraordinariamente mutante, es la etapa del ser humano en la cual termina lo que caracteriza a las diferentes edades pediátricas que constituyen el crecimiento y desarrollo. Para su estudio y comprensión, se le divide en tres etapas: temprana, media y tardía; los límites cronológicos para estas tres etapas son: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, adolescencia media de los 15 a los 17 y adolescencia tardía de los 18 a los 20 años;^{1, 2, 3} al culminar ésta (en promedio a los 20 años) se alcanza la edad adulta.^{2, 3, 4, 5}

Esta fase del desarrollo humano implica transformaciones de diversos procesos psicológicos y reorganización de la personalidad.⁶ Los fuertes cambios biológicos y las influencias socio-ambientales, que determinan demandas y limitaciones específicas en cada cultura, facilitan o dificultan la estabilidad psicológica de los jóvenes, en ocasiones esta última puede verse seriamente afectada. Un aspecto muy visible del periodo de la adolescencia es el crecimiento físico y fisiológico que resulta perturbador al adolescente, si es que la realidad física se aparta de su concepto del yo físico pudiendo originar inseguridad, ansiedad y sentimientos de inferioridad.^{6, 7}

La población adolescente representa a nivel mundial la cuarta parte. Alrededor de 1,700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85% viven en países en desarrollo. En América, el 25% del total de la población está en ésta etapa.⁸

En México 29.7 millones (21.3%) es adolescente.⁹ En el Estado de Guerrero la población es de 1'049,741 y los adolescentes representan el 34% de la población total; en el puerto de Acapulco viven 245,649 adolescentes de los cuales 118,229 son hombres y 127,421 son mujeres. La UMF No 9 de Acapulco, Guerrero cuenta con un total de 23, 328 adolescentes.^{10, 11}

Los problemas de salud que afectan más frecuentemente en la actualidad a los adolescentes en Latinoamérica pertenecen al área psicosocial; siendo estas alteraciones psicopatológicas las que se encuentran repercutiendo en ellos mismos y en la comunidad.³

Depresión en el adolescente

El trastorno depresivo es un estado de tristeza y del ánimo el cual se acompaña de una disminución en la actividad intelectual, física, social y ocupacional, caracterizándose por la pérdida de interés y/o del placer en casi todas las actividades que realiza el individuo durante un periodo determinado de tiempo.^{2, 7, 12, 13,14}

La depresión reduce la capacidad productiva, disminuye el rendimiento del adolescente e interfiere con el funcionamiento normal haciendo sufrir tanto al enfermo como a sus familiares.^{17,18} Incrementa el riesgo de suicidio, da lugar a un exceso en la mortalidad por causas no violentas, lleva a conductas que promueven potencialmente la enfermedad tales como el tabaquismo, mala alimentación, consumo de alcohol etc., lo cual a su vez puede disminuir la resistencia a procesos patológicos orgánicos, o bien a provocar un mal desempeño en el trabajo o pérdida

del mismo, a la disminución del ingreso y a la consecuente incapacidad económica para recurrir a los servicios médicos preventivos y curativos.^{19,20} Sobresaliendo baja autoestima y pensamientos de desesperanza.^{14,21}

La depresión en la adolescencia puede comenzar en forma breve y recurrente y convertirse en un trastorno depresivo mayor.^{7, 13,14}

La depresión de acuerdo al Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, versión IV (DSM IV), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Establece los siguientes criterios:^{13, 14, 21,22}

Presencia de cuatro o más de los siguientes síntomas, durante al menos un periodo de dos semanas:

1. Estado de ánimo depresivo, presente la mayor parte del día, todos los días.
Sentimientos de tristeza o vacío.
2. Disminución marcada del interés o de la capacidad para experimentar placer en todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida o aumento del apetito, con la consecuente pérdida o aumento de peso.
4. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
5. Fatiga o falta de energía
6. Sentimiento de inutilidad o culpa, excesivos o inapropiados, que pueden llegar a ser delirantes.
7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión.

8. Dificultad para conciliar el sueño (insomnio) o sueño excesivo (hipersomnía).
9. Pensamientos recurrentes de muerte. Ideación suicida recurrente. intento de suicidio.^{21,22}

Berlanga en 1996 refiere como Indicadores de severidad:

Leve: Requiere de 2 síntomas principales y como mínimo de 2 síntomas adicionales.

Moderado: Requiere de 2 síntomas principales y un mínimo de 3 adicionales.

Severo: Requiere de 3 síntomas principales y por lo menos 4 de los síntomas adicionales.^{22,39}

Criterios principales:

1. Animo depresivo
2. Incapacidad para disfrutar
3. Fatiga, falta de vitalidad.

Criterios adicionales:

1. Disminución de la confianza o autoestima
2. Ideas de culpa o minusvalía
3. Pensamientos y/o actos suicidas
4. Disminución de atención y concentración
5. Disminución o aumento de la actividad psicomotriz
6. Disminución y aumento del apetito
7. Trastornos del sueño.²²

Dos tercios de los casos de depresión en adolescentes tienen un comienzo insidioso y cursan con exacerbación de trastornos afectivos crónicos. La mitad de los

adolescentes presentan duración de un episodio depresivo que se extiende a más de dos años; un tercio, entre tres meses y dos años. Solo el 26% de los pacientes se recupera hacia los tres meses; 21 % todavía es sintomático luego de un año y 14% después de tres años.¹³

Los problemas de salud mental se han incrementado drásticamente en las últimas décadas, los adolescentes constituyen un grupo que vive en circunstancias difíciles que los ponen en riesgo de ser afectados por algún trastorno mental; como la depresión, intentos suicidas y la ansiedad. Asimismo la falta de escolaridad ha desencadenado factores precipitantes de conductas antisociales.^{2, 7,12}

La depresión en la práctica clínica se encuentra entre 60 y 70% acompañado de otras alteraciones médicas y psiquiátricas, convirtiéndose en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países, ocupa el 4º lugar entre las enfermedades más discapacitantes, estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad.^{18,23,24}

La depresión en la adolescencia es una enfermedad común. Afecta a uno de cada cinco adolescentes en algún momento de su vida. La estimación de la prevalencia en los Estados Unidos de América en la población estudiantil reporta cifras entre los adolescentes de 0.4% y 8.3%, donde el mayor porcentaje de desórdenes depresivos es del 15 al 20%,^{2,9} siendo mayor en mujeres que en hombres en una relación 2:1.^{7,}

13,20

El 30% de los adolescentes que consultan al médico sufren alguna forma de trastorno depresivo.¹⁹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la encuesta mundial sobre salud mental en 14 países se encontraron prevalencia entre 4.3% y 26.4% y de trastornos afectivos en general entre 0.8% y 9.6%.²⁶ Ustun y Sartorius estiman al igual que la OMS que en el mundo existen 340 millones de personas con trastornos depresivos.¹⁸ En los Estados Unidos de América, la prevalencia de episodios de depresión, mostró una tasa de 3.8% en los hombres y de 6.3% en las mujeres.²⁵

Cuadros depresivos en la adolescencia han sido objeto de diversas investigaciones como el reportado por Albert & Beck quien informa que un 33% de la población escolar experimentaría estados depresivos de gravedad moderada a severa, y un 35% de ellos tendría ideación suicida.²⁶

En México con el objeto de indagar la frecuencia, condiciones socioculturales y económicas que expliquen la depresión en adolescentes, se realizó un estudio encontrándose una prevalencia de 62.7% con mayor frecuencia en mujeres (73.1%) que en los varones (54.1%).²⁷

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, señala que alguna vez en la vida 9.1 % de la población cursa con cualquier trastorno afectivo, siendo de 11.2 % para mujeres y 6.7% para los hombres.²⁸ En el Distrito Federal, la prevalencia de depresión es de 4.1% en las mujeres en comparación con 1.6% en los varones.^{21, 23}

Evaluación de la depresión

La evaluación de la depresión impone el uso de instrumentos con sustento teórico, basados en investigaciones que la respalden como el inventario de Beck.^{29, 30}

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora.^{17, 29, 30,40}

En el ámbito profesional, los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los test entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce test más usados.^{29,30,40} Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión.^{29,30,40}

También en España el BDI ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión.^{29, 30}

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el adolescente tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro

alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario.^{29,30}

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. De las cuales se califican de la siguiente manera: Normal 0-13 Leve 14-19 Moderada 20-28 Severa 29-63. En el caso de que el adolescente elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad.^{29, 30}

La Pérdida de Peso (ítem 7.S) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem.^{29, 30}

Familia

Para el estudio de la depresión, no se puede hacer a un lado a la familia ya que cualquier acontecimiento que ocurra en el seno de ella afecta a sus miembros.^{25,31}

La familia es la unidad primaria de la sociedad, en ella se desarrollan funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, ha demostrado históricamente ser el núcleo indispensable para el desarrollo del hombre y además depende de ella para su supervivencia y crecimiento, constituyendo un espacio primario para la socialización de sus miembros, es la primera instancia donde se lleva a cabo la transmisión de normas y valores que rigen a los individuos y sociedad como un todo.^{25,31,34,46,52}

El concepto de familia desde la perspectiva del Médico Familiar, es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.^{31, 33}

Considerada históricamente como un fenómeno social total, y que no puede hablarse de familia en general sino de tipos de familias, todo individuo al crecer y madurar siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida. El sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí, en ellas cada persona es miembro de dos familias: su familia de origen en la que nace, y la de procreación a través del matrimonio o de la unión libre con su pareja.³¹

Se puede tipificar de acuerdo al ciclo vital; pueden ser tradicionales o modernas según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico; y desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites de su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; y por las características ocupacionales del jefe de familia puede agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes etc.^{31, 32, 33, 46,52}

De acuerdo a De la Revilla y modificado por Márquez la familia se clasifica en:

1) Familia nuclear: formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos convivientes en el mismo domicilio.

1a) Familia nuclear simple: formada por los cónyuges y menos de cuatro hijos.

1b) Familia nuclear numerosa: en la que conviven cuatro ó más hijos

1c) Familia nuclear ampliada: integrada por un núcleo familiar al que se añaden otros parientes (abuelos, tíos, primos etc.) o bien agregados (personas sin vínculo consanguíneo, huéspedes, servicio doméstico).

1d) Familia binuclear: familias en las que uno de los cónyuges o ambos son divorciados, conviviendo en el hogar hijos de distintos progenitores.

2) Familia extensa: es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones , suele estar formado por hermanos, cónyuges y sus hijos y/o padres e hijos casados.

3) Familia monoparental: está constituida por un solo cónyuge y sus hijos.

4) Sin familia: en esta familia se contempla no sólo el adulto soltero, si no también al divorciado o al viudo sin hijos.

5) Equivalentes familiares: se trata de individuos que viven en el mismo hogar, sin constituir un núcleo familiar tradicional, como parejas de homosexuales estables, grupos de amigos que viven juntos o en comunas, religiosos que viven fuera de su comunidad, personas que viven en residencias o asilos, etc. ^{31,33}

Funcionalidad familiar

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema

en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.⁴ La funcionalidad familiar es considerada como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, fundamentalmente en los aspectos afectivos, socialización, cuidados, reproducción y estatus familiar,^{16,32} dicha funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tienen las familias para resolver el estrés normativo y no normativo.^{16,32}

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad. Chagoya establece que la dinámica de una familia puede ser “funcional” o “disfuncional”.^{32, 34, 35,43}

Entre los elementos que afectan a la dinámica familiar destacan los cambios producidos en el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital y a la presencia de acontecimientos vitales estresantes.^{18,36}

Ante un acontecimiento vital estresante la familia entra en crisis, las cuales pueden clasificarse en 2 tipos normativas (situaciones esperadas relacionadas con el ciclo vital) y paranormativas (situaciones adversas o inesperadas), el hecho de vivir en crisis no es sinónimo de causa de disfunción familiar, sino el modo de enfrentar las pérdidas, problemas interpersonales o los conflictos internos.³⁶

La interacción familiar es la capacidad del sistema para superar y hacer frente a cada una de las etapas del ciclo vital (matrimonio, expansión, dispersión, independencia, retiro y muerte), y se caracteriza por diez aspectos primordiales: afecto maduro y

sólido, una actitud positiva para resolver los retos que debe superar la familia, tener una clara definición de los aspectos jerárquicos, con límites precisos, alianzas productivas, flexibilidad en las reglas y roles familiares para el desarrollo y la autonomía, preocupado por brindar un continuo apoyo y adaptabilidad a las demandas afectivas y sociales de los miembros de la familia, tanto en las demandas internas como externas.^{9,31,35,37,38}

Por lo que la principal característica que debe tener una familia funcional es que tenga jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y capacidad de adaptación al cambio.³⁹ El desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica familiar en torno a ella. Dentro de las respuestas adaptativas a la enfermedad que genera la familia, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión.^{5, 6,9}

Disfunción familiar

Incapacidad de las familias para moverse y modificar así sus niveles de cohesión y adaptabilidad; ²⁷ cuando alguno (s) de sus subsistemas se altera (n) por cambios en los roles de sus integrantes.^{16, 28,40}

La disfunción familiar en principio es un problema de interrelación del individuo consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a los valores sociales, económicos, sexuales, religiosos, etc., ^{12,46} puede manifestarse a través de un

conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento inicial de adaptación en sus integrantes.^{18, 32, 37,41}

La familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros, también se señala como disfunción la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía y se confunde con el autoritarismo.³⁷

Evaluación de la funcionalidad familiar

La evaluación de la funcionalidad familiar es una de las características que más distinguen al Médico Familiar. Los instrumentos que se usan para evaluar la funcionalidad de la familia deben ser utilizados con la mayor confianza, la utilidad que brindan estos, tienen gran importancia, ya que ayudan y apoyan al médico familiar a cumplir con una de sus funciones sustanciales: el estudio de la unidad familiar.²² Entre estos instrumentos se encuentra el Modelo Circunflejo de Olson que se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.^{6, 22, 42,43}

La Cohesión tiene dos componentes: los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar; implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones;

según el grado de cohesión, las familias pueden ser desligadas, separadas, conectadas y amalgamadas.^{5, 6,38}

Las familias desligadas son familias con extrema separación emocional, sus rasgos son la falta de lealtad familiar, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros y la correspondencia afectiva es infrecuente entre ellos; hay gran lejanía parento-filial, predomina la separación personal, rara vez pasan el tiempo juntos, se toman las decisiones independientemente, el interés se localiza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, la recreación se lleva a cabo individualmente.^{5,6,38}

En las familias separadas, la lealtad familiar es ocasional, hay separación emocional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal; algunas veces se demuestra la correspondencia afectiva. Los límites parento-filiales son claros con cierta cercanía entre padres e hijos; se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero se pasa parte del tiempo juntos, son posibles las decisiones conjuntas. El interés se focaliza fuera de la familia, los intereses de los miembros familiares son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que compartidamente.^{5, 6,38}

En las familias conectadas hay más cercanía emocional, lo esperado es la lealtad familiar, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas. Los límites entre los subsistemas son claros con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero

poco valorada; el tiempo que se pasa juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza ahora dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes y la recreación compartida antes que la individual.^{5, 6,38}

En las familias amalgamadas, la cercanía emocional es extrema, se demanda lealtad hacia la familia, los miembros de la familia dependen mucho unos de otros (dependencia afectiva). Faltan límites generacionales y se dan coaliciones parentofiliales, no hay separación personal, la mayor parte del tiempo se pasan juntos, los intereses conjuntos se dan por mandato y se permite poco tiempo y espacio privado. Las decisiones están sujetas al deseo de grupo, el interés se focaliza dentro de la familia, se prefieren los amigos de la familia a los amigos personales.^{5, 6}

La Adaptabilidad se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional y de adaptación; según el grado de adaptabilidad, las familias pueden ser rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.^{5, 6,38}

Las familias rígidas se caracterizan porque el liderazgo es autoritario, existiendo fuerte control parental, la disciplina es estricta, rígida y su aplicación severa; es autocrática, los padres toman las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente no existiendo la posibilidad de cambio .^{5,}

6,38

En las familias estructuradas, en principio el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina rara vez es severa siendo predecible sus consecuencias; son familias un tanto democráticas, los roles son estables pero pueden compartirse. Las reglas se hacen cumplir firmemente y pocas son las reglas que cambian.^{5, 6,38}

En las familias flexibles, el liderazgo es igualitario, permite cambios; la disciplina es algo severa, aunque sus consecuencias pueden negociarse, usualmente son democráticas. Las decisiones se toman por acuerdo, se comparten los roles, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad e incluso algunas cambian.^{5, 6,38}

Las familias caóticas se caracterizan porque el liderazgo es limitado y/o ineficaz; la disciplina es muy poco severa habiendo inconciencia en sus consecuencias; las decisiones parentales son impulsivas, falta claridad en los roles y con frecuencia éstos se alternan e invierten. Hay frecuentes cambios en las reglas y estas no se hacen cumplir consistentemente.^{5, 6,38}

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar en su tercera versión FACES III por sus siglas en inglés (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación y calificación que permite llevar a cabo la clasificación de las familias de acuerdo con su funcionalidad en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, con excelentes perspectivas de aplicación tanto en la práctica clínica como en proyectos de investigación; constituye un test aplicable a cualquier población.^{5,6,34,38,42,43}

FACES III contiene 20 preguntas planteadas como una actitud escala tipo Likert (10 para evaluar cohesión y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, la calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en las preguntas nones y la adaptabilidad de la suma de los pares, es fácil de aplicar y calificar con una escala que incluye cinco opciones de valores (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre, y tiene un valor de puntuación del 1 al 5.^{42,43}

Se identifican 4 niveles de cohesión que se caracterizan en tipos de familia en una escala cualitativa ordinal: no relacionada, semirrelacionada, relacionada y aglutinada. Esta escala se relaciona con el nivel de cohesión, siendo el nivel más bajo el de las familias no relacionadas y el más alto el de las familias aglutinadas.

Las familias semirrelacionadas y relacionadas tienen un nivel de cohesión intermedio.^{5,38}

La adaptabilidad se clasifica en una escala cualitativa ordinal que identifica 4 tipos de familia: rígida, estructurada, flexible y caótica. El nivel más bajo de adaptabilidad corresponde a las familias rígidas, el más alto a las familias caóticas. Los niveles intermedios clasifican a las familias como estructuradas o flexibles.^{5, 38}

Puntuación de Cohesión y Adaptabilidad.⁶

| Dimensión | Familia | Puntuación | Dimensión | Familia | Puntuación |
|-----------|------------|------------|---------------|--------------|------------|
| Cohesión | Desligada | 10-34 Pts | Adaptabilidad | Rígidas | 10-19 Pts |
| | Separada | 35-40 Pts | | Estructurada | 20-24 Pts |
| | Conectada | 41-45 Pts | | Flexible | 25-28 Pts |
| | Amalgamada | 46-50 Pts | | Caótica | 29-50 Pts |

La correlación entre las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, determina tres niveles de funcionamiento familiar con 16 tipos de familia de la siguiente manera.^{5, 6}

Rango balanceado.

1. Flexiblemente separada: flexible (25-28)+ separada (35-40)
- 2.- Flexiblemente conectada: flexible (25-28+ conectada (41-45)
- 3.- Estructuralmente separadas: estructurada (20-24)+ separada (35-40)
- 4.- Estructuralmente conectadas: estructurada (20-24)+ conectada (41-45)

Rango medio.

- 5.- Flexiblemente desligadas: flexible (25-28)+ desligada (10-14)
- 6.- Flexiblemente amalgamadas: flexible (25-28)+ amalgamada (45-50)
- 7.-Caóticamente separadas: caótica (29-50)+ separada (35-40)
- 8.- Caóticamente conectadas: caótica (29-50)+ conectada (41-50)
- 9.-Estructuralmente desligadas: estructurada (20-24)+ desligada (10-34)
- 10.- Estructuralmente amalgamadas: estructurada (20-24)+ amalgamada (45-50)

11.- Rígidamente separadas: rígida (10-19)+ separada (35-40)

12.- Rígidamente conectadas: rígida (10-19)+ conectada (41-45)

Rango extremo

13.-Caóticamente desligadas: caóticas (29-50)+ desligadas (10-34)

14.- Caóticamente amalgamadas: caóticas (29-50)+ amalgamadas (45-50)

15.- Rígidamente desligadas: rígidas (10-19)+ desligada 810-34)

16.- Rígidamente amalgamadas: rígidas (10-19)+ amalgamadas (45-50)

Balanceada: funcionalidad familiar

Medio: funcionalidad familiar (antesala de la disfunción)

Extremo: disfunción familiar.

Relacionando las dimensiones de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell y Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostásis (estabilidad), suele haber un estilo de comunicación mutuamente asertivo, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, roles y reglas compartidos, siendo aquellos más explícitos que implícitos.^{10,29}

En contraposición, los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión. Este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital.¹⁰

Depresión y disfunción familiar

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio en el año 2003 para determinar la asociación entre disfunción familiar y depresión con ideación suicida en

adolescentes donde el 37% reportó disfunción familiar, siendo las más afectadas la comunicación y socialización.⁴⁴

La prevalencia de manifestaciones depresivas entre adolescentes es elevada, siendo más frecuente en miembros de familias disfuncionales. Los escasos estudios publicados han puesto de manifiesto que la prevalencia de la depresión infanto-juvenil supera el 2% siendo entre adolescentes del 5-8%.^{40, 45,46}

Fleming y col., mostraron que la depresión aumenta su frecuencia en la adolescencia, asociada significativamente a disfunción familiar y a baja autoestima.⁴⁰

Brown and Harris encontraron que la depresión es muy común en la etapa adolescente, la exposición al estrés, al lado de los aspectos biológicos del desarrollo y el uso de estrategias inapropiadas de ajuste, determinan las diferencias significativas de depresión y otras formas de psicopatología en la adolescencia.⁴⁰

A su vez Marton indica que los adolescentes que sufrían depresión compartían numerosos factores de riesgo: historia familiar de trastornos afectivos, roles parentales inadecuados, problemas familiares y vínculos afectivos débiles.^{40, 45}

Martínez y Richters han reportado que los niños que son testigos o víctimas directas de violencia presentan altas probabilidades de padecer depresión.⁴⁷

También se han descrito equivalentes somáticos en los niños y adolescentes depresivos destacándose los trastornos digestivos, cefaleas, vértigos, acné, retraso

motor, obesidad y alopecia, el más alarmante que demanda acciones inmediatas es la ideación suicida, por su impacto tanto individual como familiar.^{3, 12, 13, 40, 48,49}

Beck y Steer realizaron un estudio no clínico informando que un 33% de la población escolar experimentaría estados depresivos graves y un 35 % de ellos tendría ideación suicida.^{3, 26, 29, 40, 41,48}

En México, se ha observado que el 30% de los casos de suicidio reportados de la población en general, corresponden a jóvenes, en su gran mayoría provienen de un sistema psicosocial alterado, en donde se reporta una historia de separación y pérdidas repetidas de padres que generan enfrentamientos inadecuados.⁵⁰

2. Planteamiento del problema

La depresión constituye un problema de gran importancia para la salud e integración social del adolescente, provocando bajo rendimiento escolar, conductas sociales inadecuadas y repercusiones familiares.^{16, 46}

La existencia de problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes constituye uno de los factores familiares de riesgo más vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental, como la presencia de síntomas depresivos.⁶

La vida armoniosa familiar es un factor que impulsa y favorece el desarrollo entre sus miembros, por el contrario, los conflictos familiares se proyectan de manera negativa en los adolescentes.²⁷

Cuando la dinámica familiar es disfuncional, se descuidan tareas primordiales de atención, apoyo y afecto contribuyendo a la aparición de enfermedades como la depresión, la cual a su vez, promueve potencialmente enfermedades causando deterioro en la calidad de vida al adolescente impidiéndole ser creativo, productivo, afectando así la economía familiar.^{4,6,25,32,37}

Si bien la depresión en los estudios revisados se encontró, con una prevalencia que oscila entre 26 y 30%,^{7,13,16,23,26,39} en la UMF No. 9, de las 16,593 consultas otorgadas a los adolescentes de 10 a 20 años, solamente se encontró 23 consultas en donde el diagnóstico fue depresión.

La depresión es un padecimiento frecuente y tratable cuya presentación es muy común en el escenario clínico de cuidado primario, por ello el Médico Familiar se encuentra en una situación especial para llevar a cabo la detección oportuna y el tratamiento integral, por lo que la valiosa labor del Médico Familiar es difundir información confiable y clara a sus pacientes para contribuir a la disminución del estigma que aún existe en torno a la enfermedad mental y favorecer la búsqueda temprana de tratamiento para este importante problema de salud pública.²⁸

En base a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Es la disfunción familiar un factor de riesgo para la presencia de depresión en los adolescentes adscritos a la UMF No. 9 de Acapulco, Guerrero?

3. Justificación

La depresión es un desorden común con graves consecuencias sociales, reduce la capacidad productiva,⁴ incrementa el riesgo de suicidio, da lugar a un exceso en la mortalidad por causas no violentas, lleva a conductas tales como el tabaquismo, mala alimentación, consumo de alcohol, fármaco-dependencia, a su vez disminuye la resistencia a procesos patológicos orgánicos, o bien provocan un mal desempeño en el trabajo o pérdida del mismo, a la disminución del ingreso económico y a la consecuente incapacidad económica para recurrir a los servicios médicos preventivos y curativos.²³

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y es conocido como un problema de salud, dada su alta tasa de incidencia y las consecuencias que éste trastorno acarrea para la persona que lo sufre, para su entorno familiar, social y para el sistema sanitario que lo cubre.^{15,17}

En la actualidad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad después de los problemas cardíacos.¹⁸

En los últimos 30 años se reconoce a la depresión como un trastorno que también padecen los adolescentes, debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión. Considerándose de que al iniciarse en la adolescencia sea

una forma más severa del trastorno, quedando con vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.^{23,26,48,51}

Particularmente importante es estudiar la depresión en la adolescencia no solo por el sufrimiento que representa para lo jóvenes, sino también por las implicaciones que puede tener para el funcionamiento en la vida adulta.²³

La mayoría de los pacientes deprimidos pide consulta al primer nivel de atención por otros síntomas que no se asocian con este padecimiento. Esto revela que los médicos son capaces en un alto porcentaje de casos de reconocer la depresión cuando el motivo de consulta es otro. Es por esto que resulta, muy importante que los médicos busquen los factores de riesgo para esta enfermedad, ya que frecuentemente se presenta oculta o enmascarada.¹⁸

El reto de hacer llegar la atención necesaria a los menores debe incluir un mejor tamizaje con el fin de identificar la depresión, que muchas veces pasa inadvertida. Aumentar el uso de los servicios para la depresión en etapas tempranas y disminuir el impacto negativo que tiene en los diversos ámbitos de la vida de los jóvenes.^{27, 47}

Para lo anterior es necesario difundir el conocimiento sobre éste problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje en forma temprana, evitando de esta forma las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano. La detección mediante encuestas auto-administradas es

sencilla y requiere de un tiempo breve, si a ésto se agrega la valoración de la familia que el Médico Familiar realiza tendremos una oportunidad enorme de mejorar la detección de la depresión y aumentar la disponibilidad de servicios centrados en el tratamiento de éstos adolescentes.^{27, 47}

4. Objetivos

4.1 Objetivo General:

Identificar la disfunción familiar como un factor de riesgo de depresión en adolescentes adscritos a la UMF No.9 en Acapulco, Gro.

4.2 Objetivos Específicos:

- Estimar la prevalencia de depresión en los adolescentes adscritos a la UMF No 9.
- Identificar el comportamiento de la funcionalidad familiar en los adolescentes adscritos a la UMF No 9.
- Estimar la asociación del comportamiento de la funcionalidad con la presencia de depresión en los adolescentes adscritos a la UMF No 9.
- Valorar la influencia de otros factores tales como: sexo, etapas de la adolescencia, obesidad, ocupación, escolaridad, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y tipología familiar con la presencia de depresión en adolescentes adscritos a la UMF No 9.

5. Hipótesis

- La disfunción familiar es un factor de riesgo para presentar depresión en adolescentes adscritos a la UMF No. 9.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio.

Estudio analítico, transversal, observacional y prospectivo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

Para este estudio se consideró como población diana a los adolescentes de 10 a 20 años de edad usuarios de los servicios de la UMF No. 9. Esta población es de 23,328 donde 10,658 son hombres y 12,670 son mujeres. La población de estudio fue tomada de aquellos adolescentes que acudieron en los turnos matutino o vespertino a la consulta externa, a los consultorios de Medicina Preventiva o a los servicios de estomatología de la UMF No.9 durante el periodo comprendido del 30 de enero al 1 de marzo del año 2006.

6.3 Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

La muestra se calculó con ayuda del programa Epi Info 2002, se observaron los siguientes supuestos:

Índice de confianza = 95%

Potencia de la prueba = 80%

Razón no-expuesto: expuesto = 1:4

Frecuencia esperada de la enfermedad en el grupo no-expuesto = 30%

Razón de momios esperada = 1.65

El cálculo anterior arrojó un tamaño mínimo de muestra de 340 adolescentes. Dado que se previó una pérdida del 20% la muestra final calculada fue de 408. Una vez

calculado el tamaño de la muestra, se procedió a realizar un muestreo aleatorio simple.

6.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adolescentes ambos sexos.
- Adscritos a la UMF No. 9, Delegación, Guerrero.
- Que acepten participar en el estudio.
- Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Cuestionarios incompletos o ilegibles.
- Que cursen con algún trastorno psicológico o psiquiátrico.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios que obtengan puntuación igual a cero en el Inventario de Beck.

6.5 Definición y operacionalización de variables

Variable dependiente

Depresión

Estado de tristeza y del ánimo el cual se acompaña de una disminución en la actividad intelectual, física, social y ocupacional, caracterizándose por la pérdida de interés y/o del placer en casi todas las actividades que realiza el individuo durante un periodo determinado de tiempo.

Indicador: 1) Sin depresión 2) depresión leve 3) depresión moderada 4) depresión severa.

Escala: cualitativa

Operacionalización: se aplicó como instrumento de medición el Inventario de Beck que consta de 21 preguntas de las cuales se calificaron de la siguiente manera:

1) Normal 0-13 2) Leve 14-19 3) Moderada 20-28 4) Severa 29-63.

Variable independiente

Funcionalidad familiar

Funciones que se deben de cumplir durante las etapas de desarrollo de la familia en los aspectos: afectivo, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar conforme a la sociedad a la cual se pertenece.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) tipo balanceado 2) rango medio 3) tipo extremo.

Operacionalización: se aplicó el cuestionario FACES III para la evaluación de la funcionalidad familiar.

Sexo

Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) Masculino 2) Femenino.

Operacionalización: el que se observó en el entrevistado y respondió en el interrogatorio directo.

Etapas de la adolescencia

Etapas en las cuáles predominan rápidos cambios físicos, cognoscitivos y emocionales.

Escala: cuantitativa

Indicador: edad

Operacionalización: se interrogará sobre los años cumplidos al momento de la encuesta y posteriormente se clasificará en tres etapas:

1) Temprana 10-14 2) Media 15-17 3) Tardía 18-20

Obesidad

Exceso de grasa que origina un aumento de peso corporal con respecto al que corresponde según talla, sexo y edad y que condiciona un riesgo para la salud.

Escala: cuantitativa

Indicador: 1) Bajo peso 2) Peso normal 3) Obesidad

Operacionalización: con una báscula calibrada se pesó al adolescente, con el mínimo de ropa. La medida se aproximó a los 500 gramos más cercanos, con un estadímetro calibrado se midió al adolescente. Estaba descalzo y permaneció erguido apoyando uniformemente ambos pies en la báscula plana y horizontal. Posteriormente se procedió a bajar la parte móvil del altímetro y cuando rozaba el vértex de la cabeza se le solicitaba que se separara del altímetro, se observaba de frente la zona donde coinciden el nivel del altímetro y las marcas en centímetros. La medición se aproximó al centímetro entero más próximo. Posteriormente se procedió a realizar las operaciones de la fórmula $[\text{peso} / (\text{estatura})^2]$, y se clasificó de acuerdo al IMC del centro para el control y la prevención de enfermedades.

Ocupación

Definición: actividad laboral que realiza actualmente.

Escala: nominal.

Indicador: 1) estudiante, 2) trabajador

Operacionalización: mediante el cuestionario se interrogó directamente sobre que actividad laboral realiza al momento del estudio.

Escolaridad

Período de tiempo durante el cuál se asiste a la escuela o a un centro de enseñanza.

Escala: cualitativa

Indicador: 1) primaria incompleta 2) primaria 3) secundaria 4) preparatoria.

Operacionalización: mediante interrogatorio directo se obtuvo el grado máximo de estudio del paciente.

Tabaquismo

Adicción crónica generada por el tabaco que produce dependencia psicológica como también un gran número de enfermedades respiratorias y cardíacas (entre ellas cáncer)

Escala: cualitativa

Indicador: 1) fumador 2) no fumador

Operacionalización: se interrogó directamente al entrevistado sobre si había fumado alguna vez en su vida.

Alcoholismo

Un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener preferencia sobre el resto de sus actividades.

(OMS)

Escala: cualitativa

Indicador: 1) alcoholismo 2) no alcoholismo

Operacionalización: se interrogó directamente al entrevistado sobre si había ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida.

Tipología Familiar

Según su conformación se definen los siguientes tipos de familias

Escala: cualitativa

Indicador: 1) Nuclear (simple, numerosa ampliada y binuclear) 2) Extensa 3) monoparental 4) Sin familia 5) Equivalentes familiares.

Operacionalización: en la entrevista se incluyó una pregunta donde se interrogó con quien vivía el adolescente clasificándola de acuerdo a si vivía solamente con sus padres sería una familia nuclear, si solamente vivía con alguna figura parental sería monoparental, si el adolescente vivía además de padres con algún otro miembro

consanguíneo sería extensa, si además de vivir con familiares hay un miembro ajeno a la familia como padrinos o amigos sería una familia nuclear ampliada.

6.6 Descripción general del estudio.

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud de la UMF No. 9 se procedió a captar a los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión. En primera instancia se procedió a revisar las citas del día anterior a la entrevista. Posteriormente se realizaba un listado con el fin de seleccionar de forma aleatoria a 19 adolescentes, los que serían entrevistados el día siguiente. De no ser localizado se seleccionaba otro al azar. Los adolescentes seleccionados fueron invitados a participar en el estudio de manera libre y voluntaria, por medio de una carta de consentimiento informado que describía el propósito y objetivos de la investigación. A quienes aceptaron, se les aplicó un cuestionario para averiguar los datos generales y sociodemográficos, el inventario de Beck y el FACES III; este cuestionario se folió evitando así la duplicidad de datos llevando un control de los mismos.

6.7 Consideraciones éticas de la investigación.

Para la realización de éste estudio no se contravino la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52^a, en Edimburgo, Escocia en octubre 2000, que tiene como principios básicos para toda investigación médica.

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud",

en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, en los cuales se garantiza no dañar la integridad física ni moral de las personas .Sin embargo dado que el Inventario de Beck indaga sobre cuestiones muy personales se les solicitó consentimiento informado a los adolescentes que formaron parte del estudio, explicándoseles en que consistía, y que la información resultante sería confidencial.

6.8 Análisis estadístico

Una vez obtenidos los datos de las encuestas, se procedió a capturar la información con ayuda del software Statistical Package for the Social Sciences para Windows™ (SPSS™ v.12.0) para posteriormente realizar el análisis. Se realizó análisis univariado obteniendo frecuencias simples y proporciones. Además se procedió a análisis bivariado aplicando prueba de Chi cuadrada de Maentel-Haenzel o de Pearson. Posteriormente las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado se introdujeron en un modelo de regresión multinomial, por medio del método stepwise.

7. Resultados

7.1 Descripción de los resultados

Se incluyeron a 418 adolescentes, sin embargo se eliminaron 34 quedando para el estudio 374. De la muestra estudiada de adolescentes adscritos a Médico Familiar, la mayoría pertenecían al género femenino (65.2%), siendo un 34.8% del género masculino. ^{Tabla 1}

La edad mínima encontrada fue de 10 años y la máxima de 20. La mediana de la edad fue de 16 años. Al clasificar la edad por las etapas de la adolescencia, alrededor de la mitad de los adolescentes estudiados se encontró en etapa media de la adolescencia y sólo un 23% perteneció a la etapa temprana. ^{Tabla 1}

De acuerdo al diagnóstico nutricional por IMC se encontró el 64.7% con IMC normal y el 31.3% resultó con obesidad, sólo el 4% presentó IMC bajo. ^(Tabla 1)

En lo referente a las variables sociodemográficas la mayoría de los adolescentes se dedicaban únicamente a estudiar. ^{Tabla 2}

De acuerdo a la escolaridad el 53% de los adolescentes contaba con primaria completa y el 21% ya había finalizado el bachillerato. ^{Tabla 2}

El hábito tabáquico y el alcoholismo presentó el siguiente comportamiento: el 7.2% refirió fumar, mientras que se observó que una proporción un poco mayor consumía alcohol (13.6%). ^{Tabla 2}

También se investigaron las características familiares ^{Tabla 3} encontrando que poco más de la mitad (55.9%) de los adolescentes pertenecía a una familia nuclear. Con el FACES III, se pudo determinar la cohesión, adaptabilidad y la funcionalidad familiar. El 42.8% de los adolescentes correspondía a una familia conectada y el 39.6% a una desligada. De acuerdo a la adaptabilidad la mayoría (62.8%) de los adolescentes refirieron una familia caótica, seguidos de la flexible con 22.5%, estructurada 12.3% y por último la rígida con sólo el 2.4%. Con lo anterior se obtuvo la funcionalidad familiar, perteneciendo al 66.0% al rango medio, el 20.6% a una familia balanceada y sólo un 13.4 al rango extremo.

La prevalencia de la depresión que se encontró en este estudio fue de 15.5% para la depresión leve, 12.3% para la moderada y 9.1% para la severa. ^{Tabla 4}

Depresión y sexo del adolescente: no se observó diferencia en la distribución por género de la depresión de leve a moderada. Sin embargo la depresión severa se observó en el 12.3% de las mujeres y sólo en el 3.1% de los hombres, lo cual nos arroja la diferencia estadística que se observa en la χ^2 . ^{Figura 1}

Depresión y etapas de la adolescencia: no se encontró diferencia estadística entre la depresión y las etapas de la adolescencia. ^{Figura 2}

Depresión y diagnóstico por IMC: el 13.3% de los pacientes con bajo peso presentó depresión severa, sin embargo el 66.7% de estos adolescentes se encontró sin sintomatología depresiva. Entre aquellos que tuvieron el IMC normal, no se

encontró esta sintomatología en el 63.6% y entre los que se diagnosticaron como obesos esta proporción fue menor con 61.5%. ^{Figura 3} Sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa con esta variable y la depresión. ^{Figura 3}

Depresión y ocupación: de acuerdo a la ocupación se encontró que el 33.8% de aquellos que trabajan presentan depresión en algún grado, mientras que 37.6% de los que sólo estudian presentó esta enfermedad, sin embargo no se encontró asociación significativa en estas diferencias (P = 0.773). ^{Figura 4}

Depresión y escolaridad: de acuerdo a los grupos de escolaridad los que presentaron más sintomatología depresiva fueron los adolescentes que habían concluido la primaria correspondiendo a 47.10% y los que presentaron menos este problema fueron aquellos con primaria incompleta con sólo el 25%. Nuevamente no hubo asociación estadísticamente significativa con esta variable y la depresión (P = 0.282). ^{Figura 5}

Depresión y tabaquismo: con las limitantes de haber cuestionado solamente si fumaba o no el adolescente, se encontró una mayor proporción de sintomatología depresiva de moderada a severa entre aquellos que fumaban, que en aquellos que negaron haberlo hecho (40.7% vs. 36.6%). No se encontró asociación estadística entre el tabaquismo y la depresión. ^{Figura 6}

Depresión y alcoholismo: nuevamente se tuvo la limitante de haber cuestionado solamente si consumía alcohol o no el adolescente, se encontró una mayor

proporción de sintomatología depresiva de moderada a severa entre aquellos que sí consumían alcohol, que en aquellos que negaron haberlo hecho (27.5% vs. 20.4%). En donde se observó mayor diferencia fue en la depresión severa, presentando 15.7% entre los que ingerían alcohol contra 8.0% entre los que no lo consumían.

Figura 7

Depresión y tipología familiar: la distribución de la depresión entre los tipos familiares no fue muy diferente entre cada uno. Se observó sintomatología depresiva de moderada a severa en 19.1% de los adolescentes con familia nuclear, mientras que en aquellos con familias monoparentales o extensas estuvo alrededor del 25%. A pesar de estas diferencias observadas en las proporciones no se encontró asociación estadística.

(P = 0.882) ^{Figura 8}

Depresión y cohesión: de acuerdo al FACES III la distribución de la depresión entre los tipos de cohesión, 15% de los adolescentes con familias conectadas presentaron depresión moderada a severa, presentándose en mayor proporción en aquellos con familia desligada (31.1%). Esta variable se encuentra en el límite de la significancia estadística (P = 0.058). ^{Figura 9}

Depresión y adaptabilidad: la distribución de la depresión entre los tipos de adaptabilidad se presentó de la siguiente forma: más de la mitad (55.6%) de los adolescentes con familias rígidas, el 23.9% de aquellos con familia estructurada, el 27.4% con familia flexible y sólo 17.4 con familias caóticas, presentaron depresión de

moderada a severa. Aún con estas diferencias no se encontró diferencia estadística entre los grupos ($P = 0.076$). ^{Figura 10}

Depresión y funcionalidad familiar: esta última variable no se encontró asociada significativamente con la depresión ($P = 0.714$). ^{Figura 11}

Modelo de regresión multinominal: para cumplir con el último objetivo propuesto en esta investigación, se incluyeron en un modelo de regresión multinominal las variables con asociación estadística en el análisis bivariado, incluyendo la escolaridad por ser un factor citado en las investigaciones revisadas. Con ayuda de este modelo se encontró que los adolescentes con familias desligadas tienen mayor riesgo de presentar depresión moderada en comparación de aquellos con familias conectadas ($RM = 2.285$; $IC_{95\%}$, 1.129 a 4.625, $P = 0.022$) controlando por escolaridad y sexo. Para depresión severa se encontró que las adolescentes del sexo femenino presentaron más de seis veces el riesgo de presentarla, en comparación a los hombres ($RM = 6.017$; $IC_{95\%}$, 1.952 a 18.551, $P = 0.002$) controlando por cohesión y escolaridad. Los adolescentes con primaria completa o con secundaria presentaron un mayor riesgo de presentar depresión severa en comparación de aquellos con primaria incompleta ($RM = 5.442$; $IC_{95\%}$, 1.213 a 24.423, $P = 0.027$; $RM = 15.541$; $IC_{95\%}$, 2.949 a 81.910, $P = 0.001$ respectivamente) controlando por sexo y cohesión. En lo que respecta a la cohesión, los adolescentes con familias desligadas presentaron cuatro veces más probabilidad de presentar depresión severa ($RM = 3.982$; $IC_{95\%}$, 1.609 a 9.857, $P = 0.003$) controlando por sexo y escolaridad. ^{Tabla 5}

7.2 Tablas y gráficas

Tabla 1. Características de los adolescentes participantes.

| N = 374 | | |
|---|----------|----------|
| | n | % |
| Género | | |
| Masculino | 130 | 34.8 |
| Femenino | 244 | 65.2 |
| Edades de la adolescencia | | |
| Temprana 10-14 | 88 | 23.5 |
| Media 15-17 | 186 | 49.7 |
| Tardía 18-20 | 100 | 26.7 |
| Diagnóstico nutricional por IMC* | | |
| Peso bajo | 15 | 4.0 |
| Peso normal | 242 | 64.7 |
| Obesidad | 117 | 31.3 |

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes.

| N = 374 | | |
|---------------------|----------|----------|
| | n | % |
| Ocupación | | |
| Estudiante | 303 | 81.0 |
| Trabajador | 71 | 19.0 |
| Escolaridad | | |
| Primaria incompleta | 28 | 7.5 |
| Primaria | 68 | 18.2 |
| Secundaria | 199 | 53.2 |
| Bachillerato | 79 | 21.1 |
| Tabaquismo | | |
| Positivo | 27 | 7.2 |
| Negativo | 347 | 92.8 |
| Alcoholismo | | |
| Positivo | 51 | 13.6 |
| Negativo | 323 | 86.4 |

Tabla 3. Características familiares de los adolescentes participantes.

| N = 374 | | |
|--|----------|----------|
| | n | % |
| Tipo de familia | | |
| Nuclear | 209 | 55.9 |
| monoparental | 71 | 19.0 |
| Extensa | 43 | 11.5 |
| Compuesta | 51 | 13.6 |
| Tipos de cohesión | | |
| Desligada | 148 | 39.6 |
| Conectada | 160 | 42.8 |
| Separada | 57 | 15.2 |
| Amalgamada | 9 | 2.4 |
| Tipos de adaptabilidad | | |
| Rígida | 9 | 2.4 |
| Estructurada | 46 | 12.3 |
| Flexible | 84 | 22.5 |
| Caótica | 235 | 62.8 |
| Tipos de Funcionalidad Familiar | | |
| Extremo | 50 | 13.4 |
| Rango medio | 247 | 66.0 |
| Balanceado | 77 | 20.6 |

Tabla 4. Niveles de depresión de los adolescentes participantes.

| N = 374 | | |
|--------------------|----------|----------|
| | n | % |
| Normal | 236 | 63.1 |
| Depresión leve | 58 | 15.5 |
| Depresión moderada | 46 | 12.3 |
| Depresión severa | 34 | 9.1 |

Figura 1. Distribución de la depresión en relación al sexo de los adolescentes.

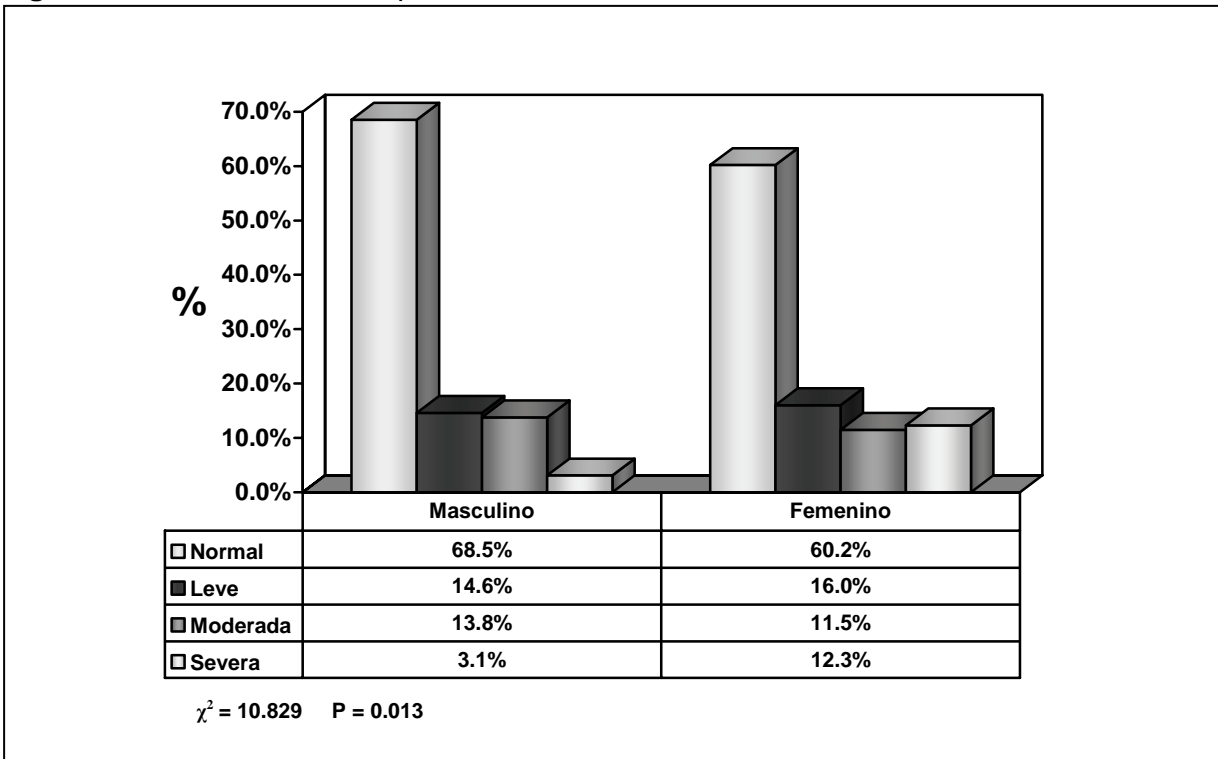


Figura 2. Distribución de la depresión de acuerdo a las etapas de la adolescencia.

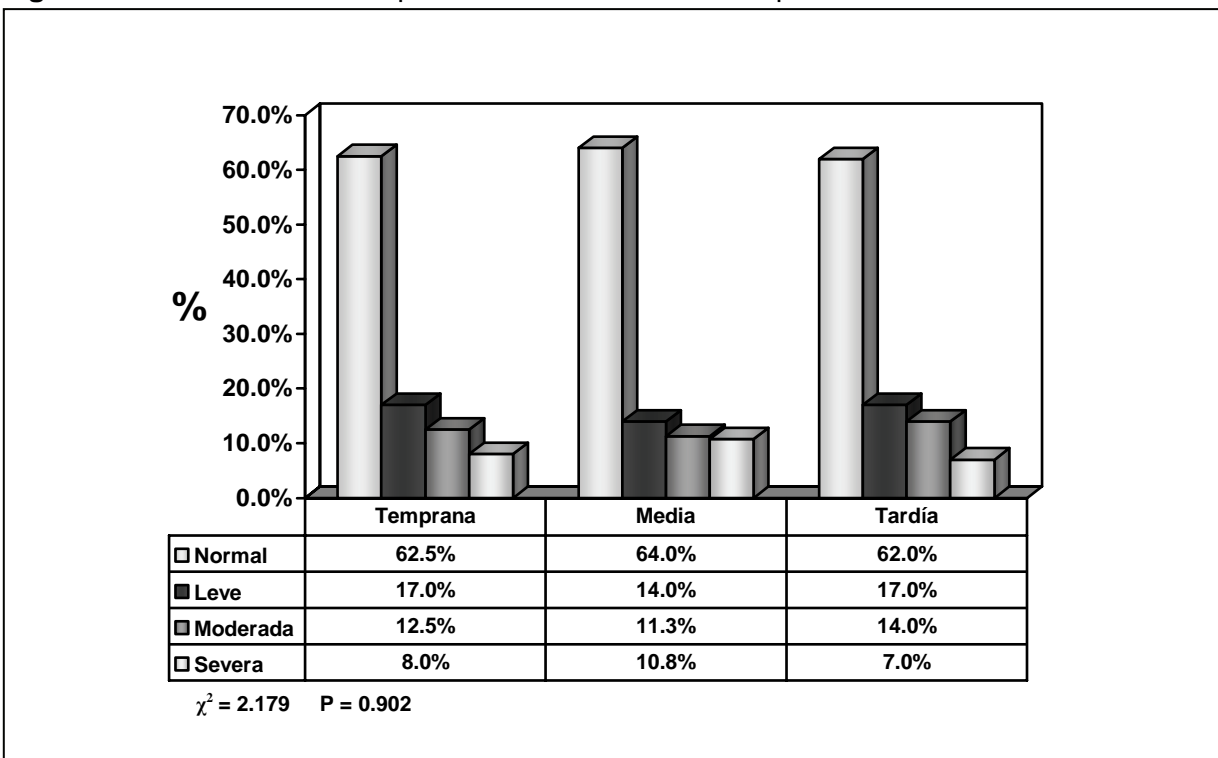


Figura 3. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación al diagnóstico por IMC.

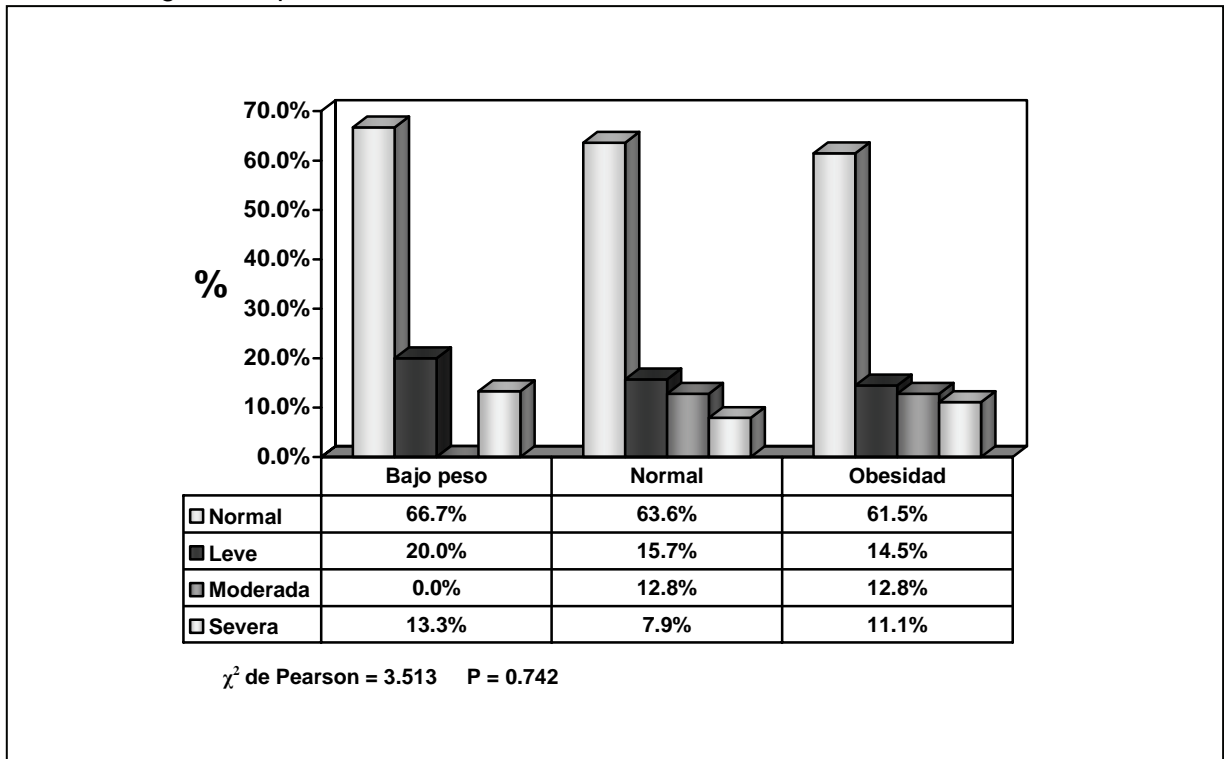


Figura 4. Niveles de depresión en los adolescentes estudiados relacionados a la ocupación.

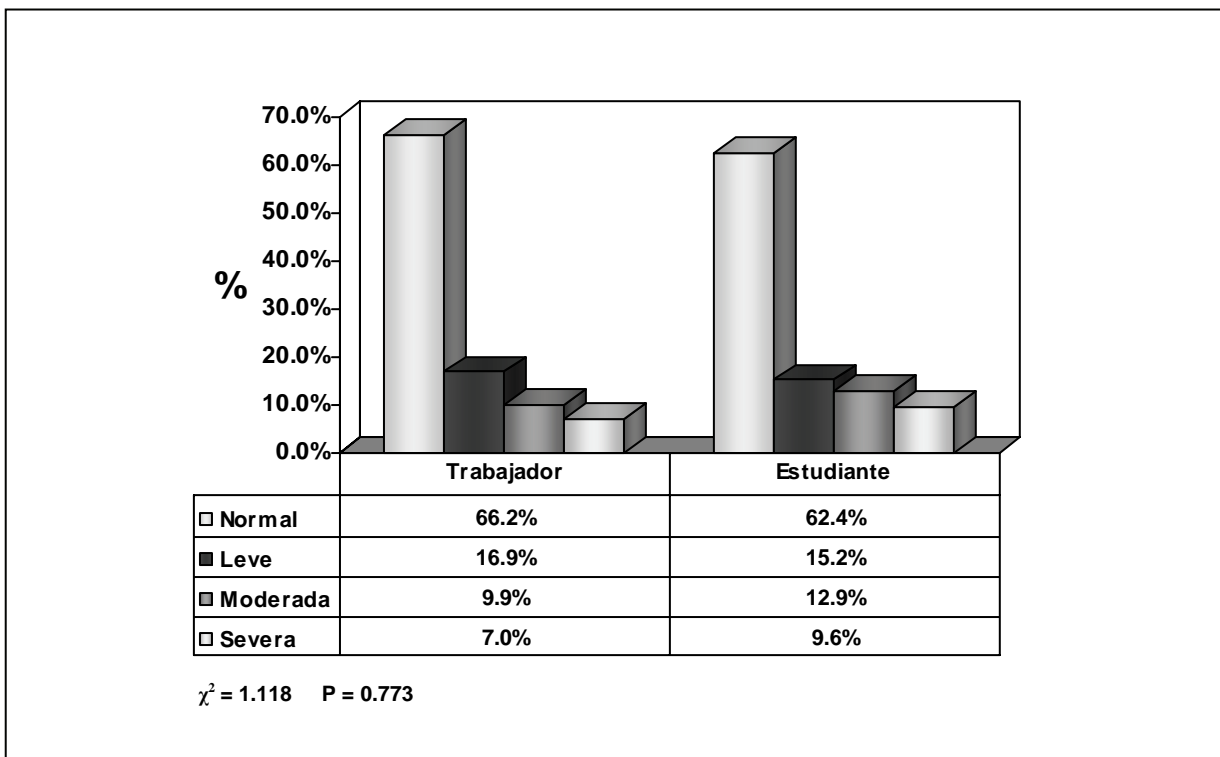


Figura 5. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación a la escolaridad.

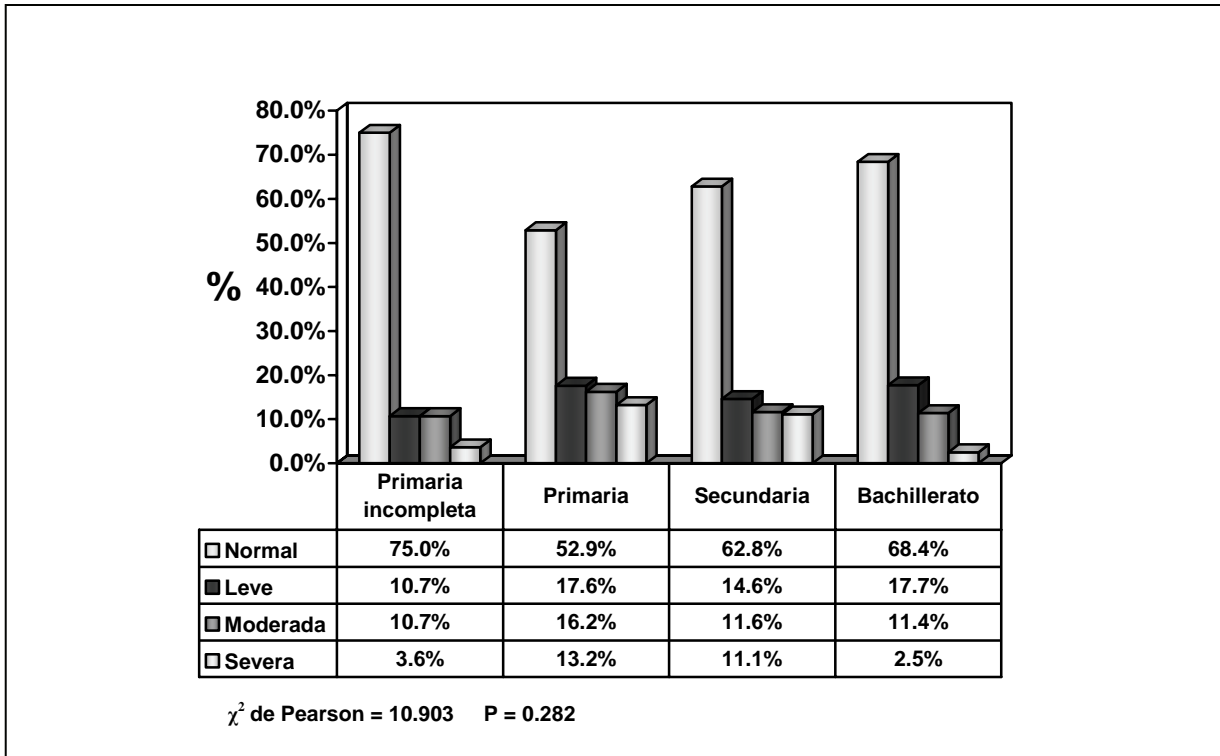


Figura 6. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación al tabaquismo.

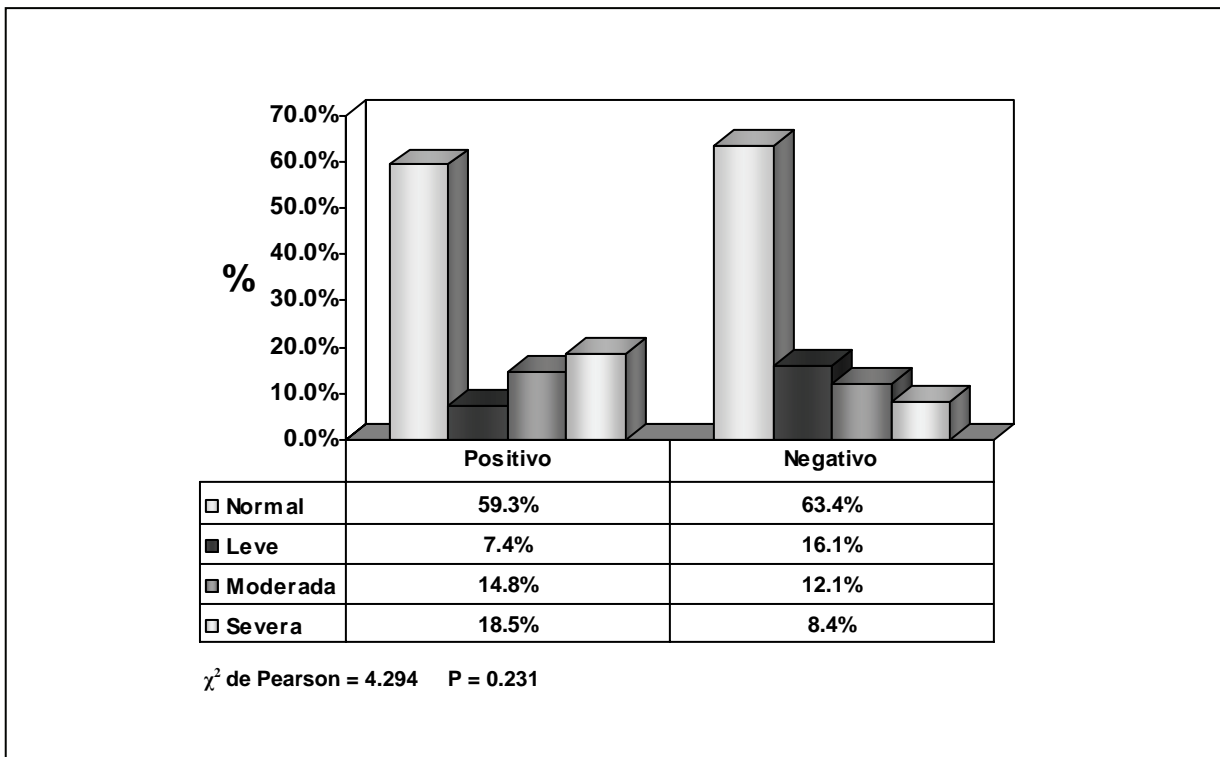


Figura 7. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación al consumo de alcohol.

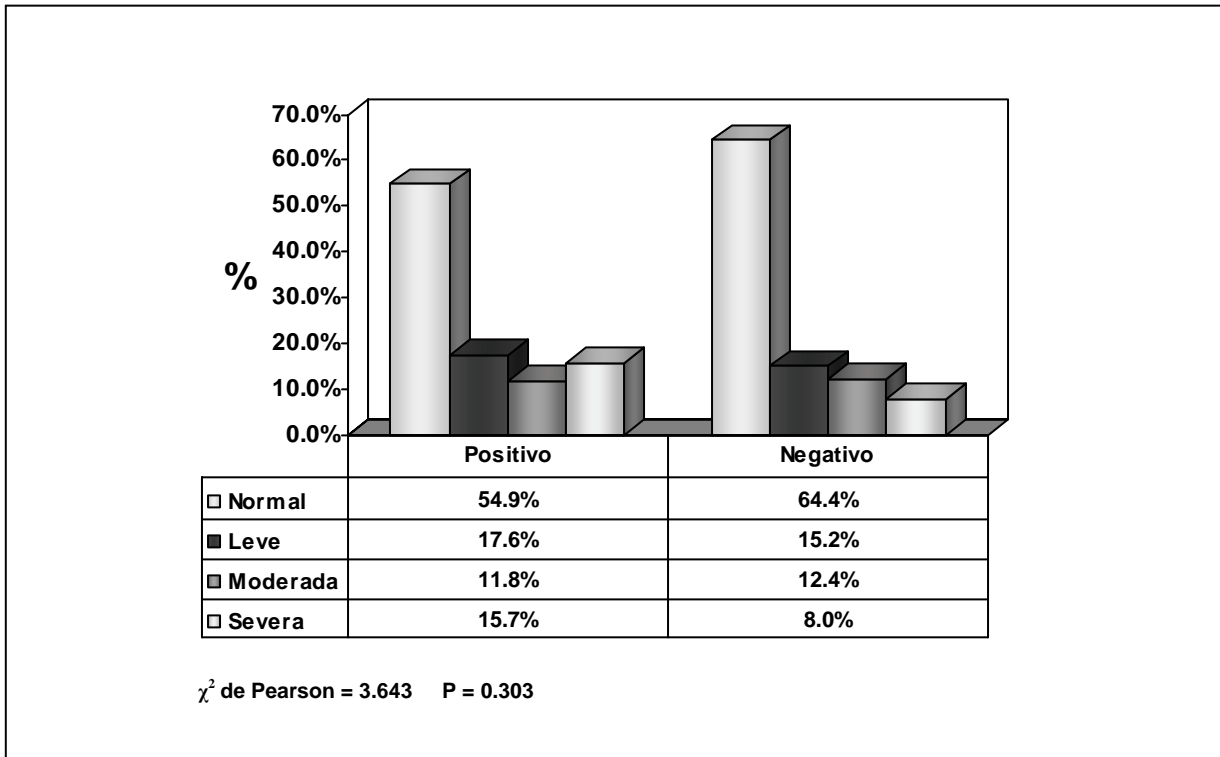


Figura 8. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación a la tipología familiar.

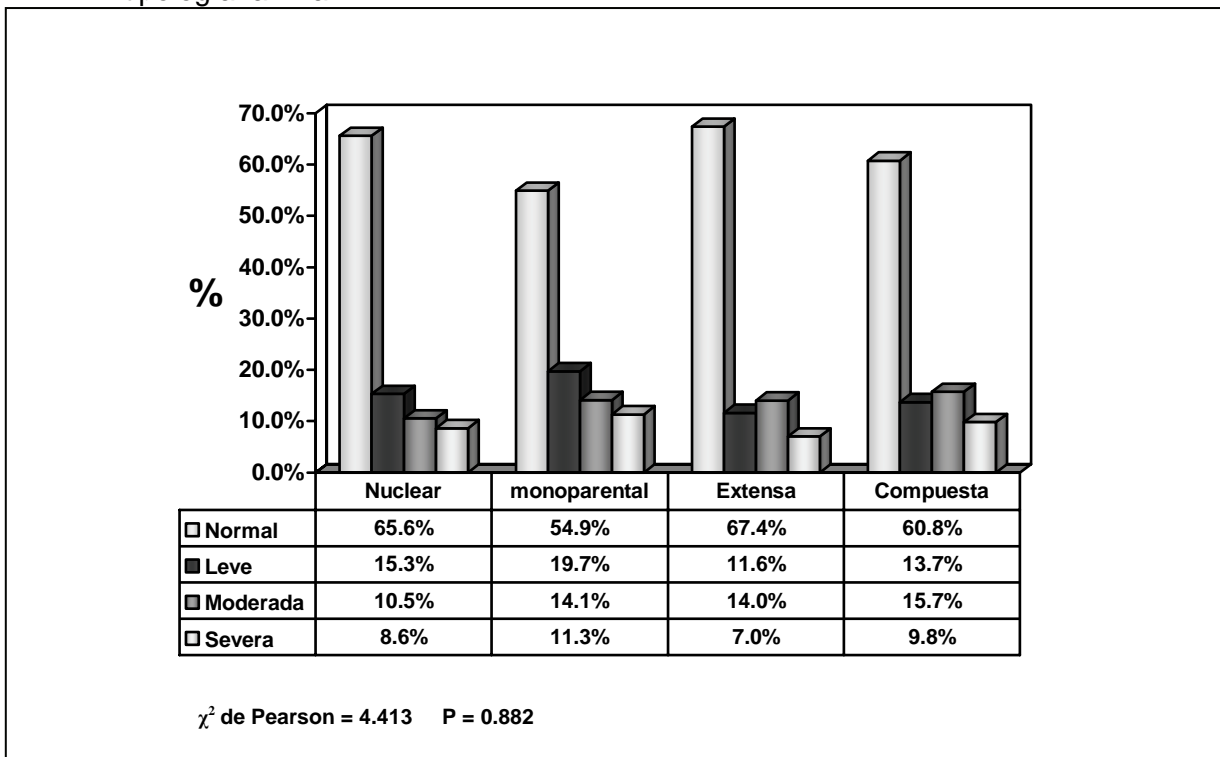


Figura 9. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación cohesión.

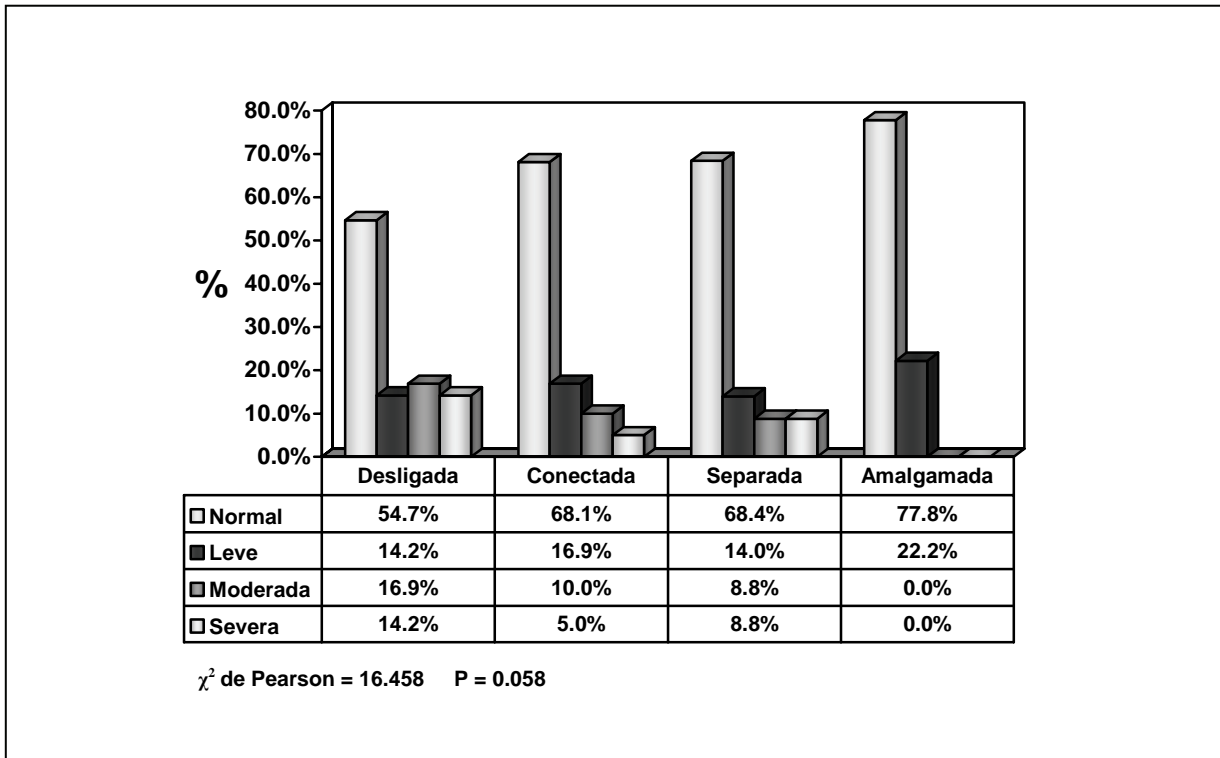


Figura 10. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación a la adaptabilidad.

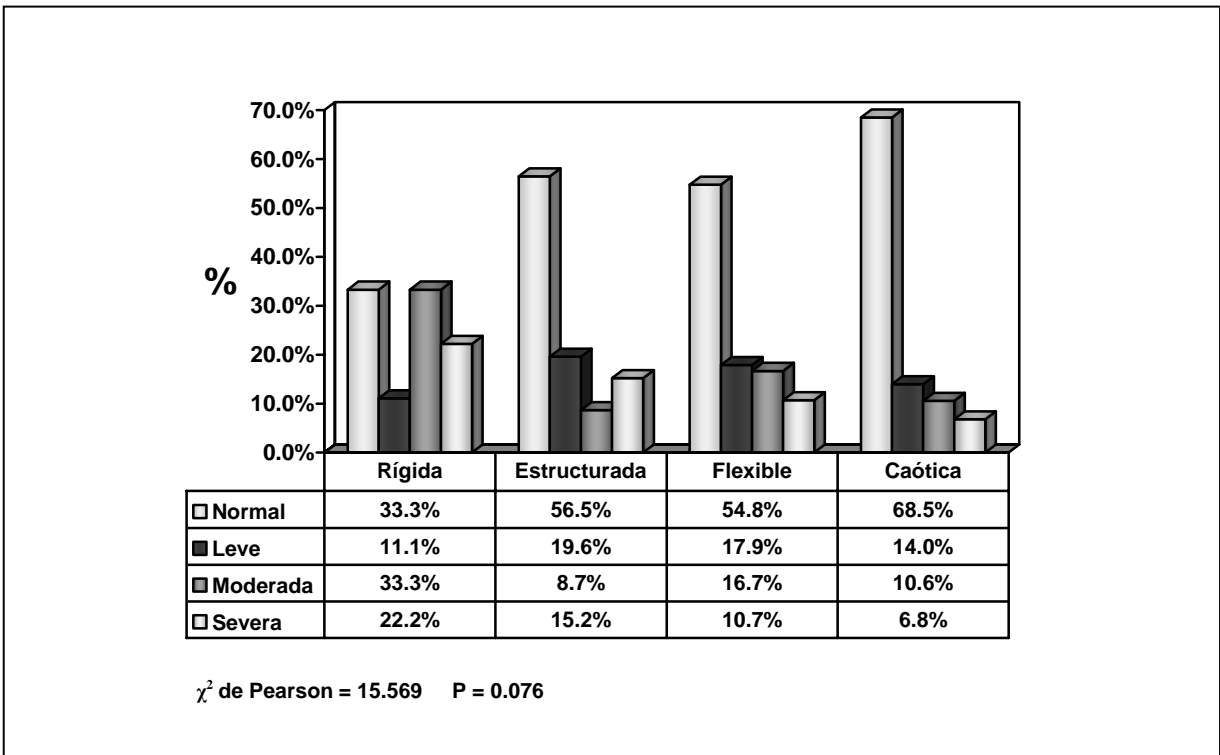


Figura 11. Distribución de la depresión en los adolescentes estudiados en relación a la funcionalidad familiar.

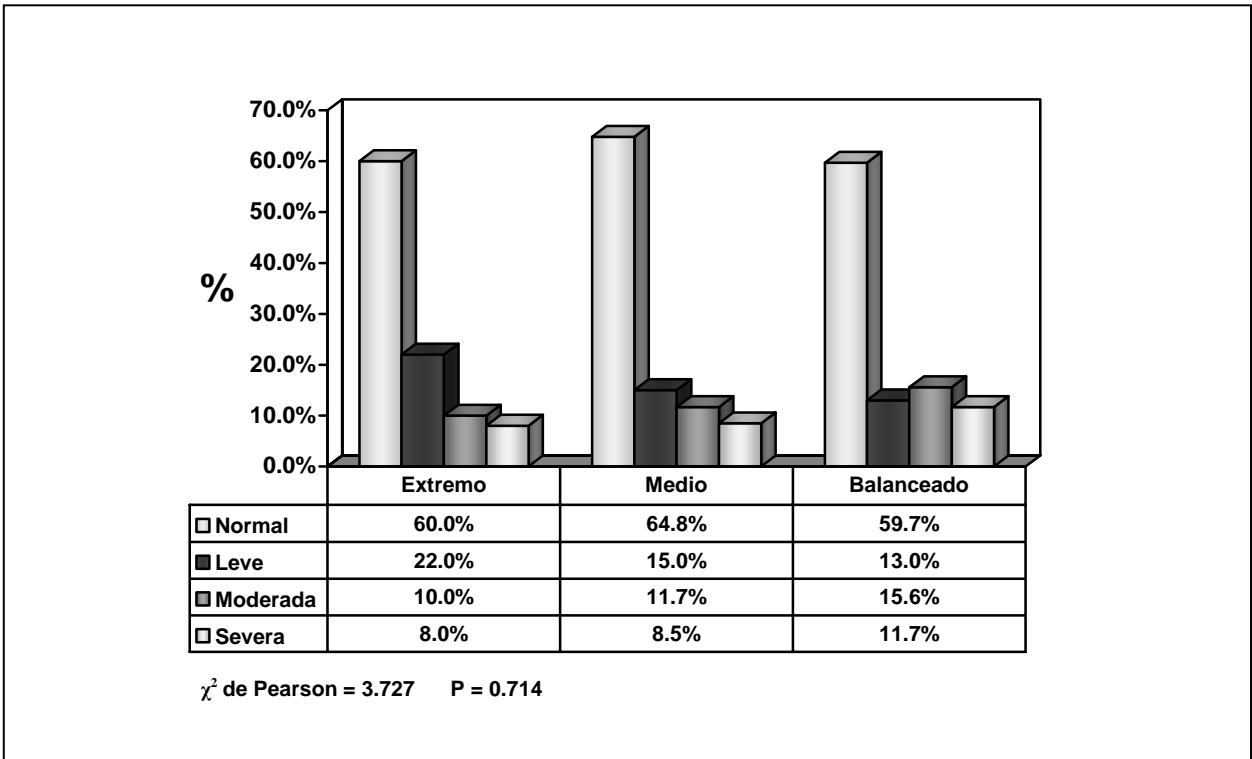


Tabla 5. Modelo de regresión multinomial.

| Variables | β | Exp (β) | IC 95% | P | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------|----------|-------|
| Sin depresión * | | | | | |
| Depresión leve | | | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino * | | | | | |
| Femenino | 0.275 | 1.317 | 0.706 | 2.458 | 0.387 |
| Escolaridad | | | | | |
| Primaria incompleta * | | | | | |
| Primaria | 0.078 | 0.925 | 0.451 | 1.896 | 0.831 |
| Secundaria | 0.360 | 1.433 | 0.566 | 3.626 | 0.448 |
| Bachillerato | 0.519 | 0.595 | 0.150 | 2.357 | 0.460 |
| Tipos de cohesión | | | | | |
| Conectada * | | | | | |
| Separada | 0.143 | 0.867 | 0.358 | 2.096 | 0.751 |
| Desligada | 0.047 | 1.048 | 0.549 | 2.001 | 0.887 |
| Amalgamada | 0.074 | 0.929 | 0.171 | 5.049 | 0.932 |
| Depresión moderada | | | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino * | | | | | |
| Femenino | 0.060 | 1.061 | 0.538 | 2.092 | 0.863 |
| Escolaridad | | | | | |
| Primaria incompleta * | | | | | |
| Primaria | 0.164 | 1.179 | 0.506 | 2.744 | 0.703 |
| Secundaria | 0.950 | 2.586 | 0.921 | 7.260 | 0.071 |
| Bachillerato | 0.237 | 1.267 | 0.296 | 5.425 | 0.750 |
| Tipos de cohesión | | | | | |
| Conectada * | | | | | |
| Separada | 0.166 | 0.847 | 0.286 | 2.511 | 0.765 |
| Desligada | 0.826 | 2.285 | 1.129 | 4.625 | 0.022 |
| Amalgamada \pm | | | | | |
| Depresión severa | | | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino * | | | | | |
| Femenino | 1.795 | 6.017 | 1.952 | 18.551 | 0.002 |
| Escolaridad | | | | | |
| Primaria incompleta * | | | | | |
| Primaria | 1.694 | 5.442 | 1.213 | 24.423 | 0.027 |
| Secundaria | 2.743 | 15.541 | 2.949 | 81.910 | 0.001 |
| Bachillerato | 0.617 | 1.854 | 0.150 | 22.952 | 0.631 |
| Tipos de cohesión | | | | | |
| Conectada * | | | | | |
| Separada | 0.549 | 1.732 | 0.509 | 5.892 | 0.379 |
| Desligada | 1.382 | 3.982 | 1.609 | 9.857 | 0.003 |
| Amalgamada \pm | | | | | |
| Desligada | 1.382 | 3.982 | 1.609 | 9.857 | 0.003 |

* Categoría de referencia β = Intercepto IC 95% = Intervalo de confianza al 95% \pm No calculable

8. Discusión

La adolescencia se caracteriza por ser una etapa del ciclo vital, donde el ser humano lleva a cabo tareas básicas y fundamentales, que identifican a este periodo y condicionan al desarrollo posterior.⁴⁰

La depresión es un trastorno afectivo que provoca pérdida de la vitalidad general, interés, energía y que hace sufrir tanto al enfermo como a sus familiares.^{17,18}

Aun cuando sabemos que la prevalencia de trastornos depresivos obtenida mediante instrumentos de auto evaluación es significativamente mayor a la obtenida mediante evaluación clínica, los resultados de este estudio son bastante alarmantes. En nuestro estudio, un 20% de los adolescentes refiere sintomatología depresiva de moderada a severa. Mientras que otros estudios presentan una prevalencia de 5 a 8%,¹⁶ y en estudios similares dan cuenta de cifras cercanas a las nuestras, entre un 18-20%.²⁶

En España en el 2005, se realizó un estudio que señaló una prevalencia de 10.29% y en una Revista Americana de Medicina Familiar se identificó de 5 a 8%.^{16, 20,45}

A pesar que la mayoría de las investigaciones informan una mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres, la mayor parte de los estudios realizados con el Inventario de Beck muestran poca diferencia por sexos en la distribución de sintomatología depresiva. Nuestro estudio tiende a confirmar esta última tendencia, pues las diferencias entre hombres y mujeres no alcanzan significancia estadística

en los rangos de leve a moderada, y esta diferencia solo se observa en la depresión severa.^{26, 29}

Esto mismo se observó en 1988 por el mismo Beck. El estudio de Byerly y Carlson en 1982 compara tres instrumentos psicométricos de autoevaluación para la depresión, entre ellos el BDI, ya plantean que la distribución similar por sexos obtenida en los estudios mediante inventarios de autoevaluación, podría ser consecuencia de un artefacto metodológico.²⁶ Experiencia clínica así lo confirma, que muchas ventajas de la evaluación con instrumentos psicométricos estandarizados quedan oscurecidas por sus limitaciones en grupos específicos de pacientes. Podría ser una particular desventaja de los inventarios de “papel y lápiz” el que sus respuestas estén básicamente sujetas a filtro cognitivo del probando, pues podría determinar que el factor “deseabilidad de la respuesta” sea especialmente distorsionador en algunos pacientes en el ámbito de la depresión, este aspecto del problema podría ser especialmente delicado, sobre todo en aquellos pacientes, que sin presentar claramente síntomas depresivos, se encuentran cercanos al ámbito de lo depresivo, como los llamados “caracteres depresivos” ó “personalidades depresivas”. En este grupo de personas adquiere especial confusión el deseo de adaptarse a los deseos y necesidades del otro, es decir adecuarse a las expectativas del otro.²⁶

La disfunción familiar como tal no ha sido estudiada ampliamente en relación a la depresión, sin embargo Pinto Herrera ya menciona que la cohesión familiar sí se

relaciona a trastornos de conducta en los adolescentes,⁶ y en el presente estudio se encontró asociación de estas dos variables.

Con las limitantes de haber cuestionado solamente si fumaba o no el adolescente, se encontró una mayor proporción de sintomatología depresiva de moderada a severa entre aquellos que fumaban, que en aquellos que negaron haberlo hecho (40.7% vs. 36.6%).

También se tuvo la limitante de haber cuestionado solamente si consumía alcohol o no el adolescente, sin embargo, se encontró una mayor proporción de sintomatología depresiva de moderada a severa entre aquellos que sí consumían alcohol, que en aquellos que negaron haberlo hecho (27.5% vs. 20.4%). En donde se observó mayor diferencia fue en la depresión severa, presentando 15.7% entre los que ingerían alcohol contra 8.0% entre los que no lo consumían.

El consumo de alcohol y tabaco asociado con depresión no mostró en este estudio asociación estadística, mientras que Jaime Jonathan y Ceballos Rivera en el año 2000, refieren haber encontrado en ambas esta diferencia, con razones de momios mayores a 2 (RM = 2.82, P <0.001 y RM = 2.53, P<0.001, respectivamente).¹³

En el año 2005 Estevez López y colaboradores, señalaron la importancia de los contextos familiar y escolar en el ajuste psicológico del adolescente, que muestran la influencia directa de la familia en el desarrollo de síntomas depresivos y de estrés;⁴⁶ sin embargo en esta investigación no se encontró asociación entre el tipo de familia y la presencia de depresión.

9. Conclusiones

- La prevalencia de depresión es elevada (37%).
- La funcionalidad familiar valorada por el FACES III, es para este estudio factor de riesgo de depresión en los adolescentes.
- La cohesión, como componente de la funcionalidad familiar influye considerablemente para que se presente depresión severa en los adolescentes.
- Las mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir depresión severa, comparadas con los hombres.

Por lo anterior y dado que se encontró que la depresión es un trastorno común en la práctica médica, resulta necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- Tamizar en búsqueda de casos de depresión en el adolescente, ya que la prevalencia es alta.
- Valorar la funcionalidad familiar, sobre todo la cohesión, en el consultorio de medicina familiar durante el otorgamiento de la atención integral a la salud.
- Contar con guías clínicas y criterios definidos para detectar riesgos y hacer el diagnóstico de depresión en los adolescentes por el primer nivel de atención.

- Contar con un grupo de intervención psicoeducativa para apoyar adolescentes con síntomas de depresión.
- Capacitar al Médico Familiar en aspectos relacionados con la depresión en adolescentes.
- Realizar estudios clínicos y epidemiológicos más amplios de la dinámica familiar y la depresión en adolescentes.
- Los resultados del presente estudio pueden orientar a futuros investigadores a continuar con los trabajos de investigación, enfocados a estudiar depresión en adolescentes.

10. Referencias

1. Espinosa A, Anzures B. Adolescentes. Rev Med Hosp Gen Méx 2001; 64(3):167-174
2. Espinosa A, Anzures B. Adolescentes. Rev Med Hosp Gen Méx 1999; 62(3):210-215
3. Serfaty EM, Cassanueva E, Zavala MG, Andrade JH ,Boffiboggero HJ, Leal M N,et al. Violencia y riesgos asociados en adolescentes. Adolesc Latinoam 2002; 3(4): 1-15.
4. Mendizábal JA, Anzures B. La familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Méx 1999; 62(3):191-197
5. Zegers B, Larrain E, Polano A. Trep A, Diez I. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de cohesión y adaptabilidad familiar de Olson, Russel & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2003; 41(1):39-54
6. Livia J, Zegarra V, Ortiz M, Camacho O, Isidoro J. Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología 2004; 1(1):55-66
7. Son SE, Kirchner JT. Depression in Children and Adolescents. Am Fam Physician 2000; 62:2297-2308

8. Santos JI, Villa JP, García MA, León G, Quezada S, Tapia R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública Méx* 2003; 45(1): 1-20
9. Fernández MA. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47(6):251-254
10. Diagnóstico sectorial. Juventud Guerrerense .Unidad de Estadística e informática / SEJUVE/ 2005
11. Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI) 2000
12. Serfaty E, Kelmendi J, Andrade J, Bofia H, D' Aquila H, Masaútis A, et al. Depresión y factores de riesgo en varones de 18 años residentes en 5 jurisdicciones de Argentina. *Bol A N de Medicina* 1994; 72 (2): 593-603
13. Ceballos JJ, Ochoa J, Cortés E. Depresión en la adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas. *Rev Med IMSS* 2000; 38(5): 371-379
14. Garza F. Depresión, angustia y bipolaridad. Guía para médicos especialistas y de primer contacto. 3ª edición. México: Editorial Trillas 2004
15. Aragonés E. Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de la salud. *Rev Psiquiatría Fac Med Bama* 2005; 32(1):30-37

16. Escriba R, Maestre C, Amores P, Pastor A, Miralles E, Escobar F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(5):298-302
17. Agudelo D, Carretero DH, Blanco PA. Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. *Salud Mental* 2005;(3):31-41
18. Vargas BE, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinson ME La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47 (5):187-191
19. Galli E. La depresión: hacia una nueva conceptualización dimensional. *ALCMEON* 22 1997; 2(48):148-155
20. Saluja G, Iacham R, Scheidt PC, Overpeck M, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and Risk Factor for Depressive Symptoms Among Young Adolescents. *Arch Pediatr Adolescent Med* 2004; 158:762-765
21. Lara MA. Estereotipos sexuales, trabajo extra-doméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental* 1999:121-126
22. Berlanga C. Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10). *Salud Mental* 1996; 19:26-30

23. Benjet C, Borges G, Medina ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México* 2004; 46(5): 417-424
24. Muñoz RF. La depresión y la salud de nuestros pueblos. *Salud Mental* 2005; 28(4): 1-9
25. Louro BI. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2003; 29(1):48-51
26. Richter P, Alvarado L, Fend H. Prevalencia de trastornos depresivos en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 1997; 6: 1-7
27. Gullledge D, Calabrese J. Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género. *Clínicas Médicas de Norteamérica* 1988; 72(4):27-32
28. Almanza J. Depresión: prevención y manejo en el primer nivel de atención. *Rev Sanid Milit Méx* 2004; 58(3):209-222
29. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 53-63

30. Sanz J, Vásquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10(2):303-318
31. Archivos en Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de las familias 2005; 7(1):15-19
32. Santacruz VJ. La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS* 1983; 21(4):348-357
33. Irigoyen A. Nuevos fundamentos de Medicina Familiar. 2ª edición, México: Editorial Med Fam Mexicana 2004
34. Vázquez GE, Vallarta CG, Sánchez TE. Disfunción de la dinámica familiar como un factor asociado a desnutrición primaria grave en el niño. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52(12): 698-705
35. Velasco OR, Chávez AV. La disfunción familiar, un reto diagnóstico- terapéutico. *Rev Méd IMSS (Méx)* 1994; 32: 271-275
36. González BI. Las crisis familiares. *Rev Cub Med Gen Int* 2000; 16(3):270-276
37. Herrera PA. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997; 13(6):591-595

38. Martínez A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M, Family adaptabilit and Cohesión Evaluation scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2006; 6(2)317-338
39. Gómez C, Bochorquez A, Pinto D, Gil J, Rondón M, Díaz- Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health* 2004; 16(6): 378-386
40. Boris B, Neal R, Douglas W, Brent D, Kaufman J, Dahl R ,et al. Childhood and Adolescent Depression. A Review of the past 10 years. *Journal of the American Academy* 1996; 35(11): 1427-1439
41. Saucedo JM, Castillejos G, Maldonado JM. Violencia doméstica el maltrato a la mujer. *Gac Méd Méx* 2003; 139(4):362-367
42. Gómez FJ, Irigoyen A, Ponce RE. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(2):45-57
43. Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza HF, Pérez C. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 2006; 8 (1):27-32

44. Villaseñor P, Medina L. Ideación suicida en adolescentes de familias disfuncionales usuarios de una Unidad de Medicina Familiar. IMSS XII Foro Nacional en Salud 2003:23-26
45. Royo J .Trastornos depresivos en la infancia y adolescencia. ANALES Sis San Navarra 2002; 25(3): 97-103
46. Stévez E, Musitu G, Herrero J. El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. Salud Mental 2005; 28 (4): 81 - 89
47. Díaz A, Esteban J .Violencia intrafamiliar. Gac Méd Méx 2003; 139 (4): 353-355
48. Satcher D. Youth Violence: a report of the Surgeon General. Department of Health and Human Services USA 2001
49. Ogden CL, Kuczmarski RJ, Flegal KM, Mei Z, Guo S, Wie R, et al. Centers for Disease Control and prevention 2000 Growth Charts for the United States: Improvements to the 1997 National Center for Health Statistics Version. Pediatrics 2002; 109(1):45-60
50. Osornio L. Intento de suicidio en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar. Arch Med Fam 2001; 3(2): 33-39

51. Cuffe SP, Robert E, Cheryl L, Carol Z. Family and Psychosocial Risk Factors in a longitudinal Epidemiological Study of Adolescents J.AM.ACAD. Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(2):121-129

52. Irigoyen CA, Gómez CF, Hernández RC. Diagnóstico Familiar. 4ª edición, México: Editorial Med Fam Mexicana 2000.

11. Anexos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS
GENERALES DEL IMSS MODALIDAD SEMIPRESENCIAL
 “Disfunción familiar como factor de riesgo de depresión en
 Adolescentes adscritos a la UMF No. 9.”



INSTRUCCIONES: Encierra en un círculo la respuesta que corresponda a lo que tu realizas normalmente. En las respuestas abiertas escribe lo más claro posible. **NO ESCRIBAS EN LA ZONA GRIS**

| | |
|--|---|
| 1. Folio | 1- _ _ _ _ |
| 2. Fecha _ _ / _ _ / _ _ _ _ | |
| I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN | |
| 1.1 Nombre _____ | |
| 1.2 Edad: _____ | 1.2 _ _ _ |
| 1.3 Sexo: 1. Hombre 2. Mujer | 1.3 _ |
| II. ANTROPOMETRÍA | |
| 2.1 Peso _____ Kg. | 2.1 _ _ _ _ . _ _ _ |
| 2.2 Talla _____ Mt | 2.2 _ . _ _ _ |
| III. ESCOLARIDAD | |
| 3.1. ¿cuál es tu último grado aprobado? | |
| Grado Años Grado Años | |
| 1. Primaria _ _ 4. Preparatoria _ _ | 3.1 Total de años _ _ |
| 2. Secundaria _ _ 5. Profesional _ _ | |
| 3. Técnico _ _ | |
| 3.2 ¿trabajas? | 3.2 _ |
| 1. Si 2. No | |
| IV. TABAQUISMO, ALCOHOLISMO O USO DE DROGAS | |
| 4.1 ¿Fumas? | 4.1 _ |
| 1. Si 2. No | |
| 4.2 ¿Tomas alcohol (cerveza, licor, tequila u otra bebida alcohólica)? | 4.2 _ |
| 1. Si 2. No | |
| 4.3 ¿Usas alguna droga? | 4.3 _ |
| 1. Si 2. No | |
| 4.4 ¿Qué droga usas? | 4.4 _ |
| 1. Marihuana _ 3. Piedra _ | |
| 2. Cocaína _ 4. Otra | |
| V. TIPOLOGIA FAMILIAR | |
| 5.1. ¿Con cuantas personas compartes la casa donde vives? (marca todos los cuadros correspondientes a las personas con las que compartes la casa) | 5.1 _ |
| 1. Padre _ 5. Pareja _ | 1. Nuclear 2. Monoparental 3. Extensa 4.-Compuesta |
| 2. Madre _ 6. Amigos _ | |
| 3. Hermanos _ 7. Otras personas no _ | |
| 4. Otros familiares _ especificadas anteriormente | |
| 8. Vivo solo _ | |

| VI. FACES III | |
|--|-----------------|
| INSTRUCCIONES: Subraya la respuesta que tú consideres más cercana a lo que sucede en tu familia | |
| 6.1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.1. __ |
| 6.2. En nuestra familia se toman en cuenta las opiniones de los hijos para resolver los problemas 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.2. __ |
| 6.3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.3 __ |
| 6.4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.4 __ |
| 6.5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.5 __ |
| 6.6. Cualquier miembro de la familia puede tener la autoridad 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.6 __ |
| 6.7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.7 __ |
| 6.8. Nuestra familia cambia su manera de hacer sus cosas 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.8 __ |
| 6.9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.9 __ |
| 6.10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.10 __ |
| 6.11. Nos sentimos muy unidos 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.11 __ |
| 6.12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.12 __ |
| 6.13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.13 __ |
| 6.14. En nuestra familia las reglas cambian 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.14 __ |
| 6.15. Con facilidad podemos planear actividades en familia 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.15 __ |
| 6.16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.16 __ |
| 6.17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.17 __ |
| 6.18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.18 __ |
| 6.19. La unión familiar es muy importante 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.19 __ |
| 6.20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre | 6.20 __ |

VII. INVENTARIO DE BECK**INSTRUCCIONES: Describe cómo te has sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer tu elección y marca una.**

| | |
|--|----------|
| 7.A 0) No me siento triste 1) Me siento triste 2) Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer 3) Estoy tan triste que no lo puedo soportar | 7.A. __ |
| 7.B 0) No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro 1) Estoy desilusionado(a) del futuro 2) Siento que no tengo perspectiva del futuro 3) Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiara | 7.B. __ |
| 7.C 0) No siento que fallé 1) Siento que fallo más que una persona normal 2) Siento que existen muchas fallas en mi pasado 3) Siento una falla completa como persona | 7.C __ |
| 7.D 0) Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre 1) No disfruto de las cosas como antes 2) No encuentro satisfacción real de nada 3) Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo | 7.D __ |
| 7.E 0) No me siento particularmente culpable 1) Me siento que podía ser castigado(a) 2) Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo 3) Me siento culpable todo el tiempo | 7.E __ |
| 7.F 0) No siento que he sido castigado(a) 1) Siento que podría ser castigado(a) 2) Espero ser castigado(a) 3) Siento que he sido castigado(a) | 7.F __ |
| 7.G 0) No me siento desilusionado(a) de mí 1) Estoy desilusionado(a) de mí 2) Estoy disgustado(a) conmigo 3) Me odio | 7.G __ |
| 7.H 0) No me siento peor que nadie 1) Me critico por mi debilidad o por mis errores 2) Me culpo todo el tiempo por mis fallas 3) Me culpo por todo lo malo que sucede | 7.H __ |
| 7.I 0) No tengo pensamientos de suicidarme 1) Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría 2) Me gustaría matarme 3) Me mataría si pudiera | 7.I __ |
| 7.J 0) No lloro más de lo usual 1) Lloro más que antes 2) Lloro ahora todo el tiempo 3) Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo | 7.J __ |
| 7.K 0) No soy más irritable de lo que era antes 1) Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes 2) Me siento irritado(a) todo el tiempo 3) No me irrito ahora por las cosas que antes sí | 7.K __ |

| | |
|---|-------------------|
| <p>7.L 0) No he perdido interés en otra gente 1) Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes 2) He perdido mi interés en otra gente 3) He perdido todo mi interés en otra gente</p> | <p>7.L __ </p> |
| <p>7.M 0) Tomo decisiones igual que siempre 1) Evito tomar más decisiones que antes 2) Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora 3) No puedo tomar decisiones por completo</p> | <p>7.M __ </p> |
| <p>7.N 0) No siento que me vea peor que antes 1) Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a) 2) Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a) 3) Creo que me veo feo(a)</p> | <p>7.N __ </p> |
| <p>7.O 0) Puedo trabajar tan bien como antes 1) Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo 2) Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo 3) No puedo hacer nada</p> | <p>7.O __ </p> |
| <p>7.P 0) Puedo dormir tan bien como siempre 1) No puedo dormir tan bien como antes 2) Me despierto 1 o 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir 3) Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir</p> | <p>7.P __ </p> |
| <p>7.Q 0) No me canso más de lo usual 1) Me canso más fácil que antes 2) Me canso de hacer casi cualquier cosa 3) Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa</p> | <p>7.Q __ </p> |
| <p>7.R 0) Mi apetito no ha variado 1) Mi apetito no es tan bueno como antes 2) Mi apetito es mucho peor que antes 3) No tengo nada de apetito</p> | <p>7.R __ </p> |
| <p>7.S 0) No he perdido peso 1) He perdido más de 2.5 Kg. 2) He perdido más de 5 Kg. 3) He perdido más de 7.5 Kg.</p> | <p>7.S __ </p> |
| <p>7.S.1 He intentado perder peso comiendo menos 1. Si 2. No</p> | <p>7.S.1 __ </p> |
| <p>7.T 0) No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes 1) Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias 2) Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas 3) Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más</p> | <p>7.T __ </p> |
| <p>7.U 0) No he notado cambios en mi interés por el sexo 1) Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes 2) Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora 3) He perdido completamente el interés por el sexo</p> | <p>7.U __ </p> |



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9**



Carta de Consentimiento Informado

Folio _____

Acapulco, Guerrero a _____ de _____ 2006.

Por medio de la presente estás siendo invitado a formar parte de un estudio de investigación donde debes decidir si deseas participar en él.

Título del estudio: disfunción familiar como factor de riesgo de depresión en adolescentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9.

Que es Depresión: estado de tristeza o del ánimo el cual se acompaña de una disminución en la actividad intelectual, física, social y ocupacional, caracterizada por la pérdida de interés por casi todas las actividades que realiza el individuo.

El objetivo de este estudio: valorar el efecto de la disfunción familiar sobre la presencia de depresión en los adolescentes adscritos a la UMF No. 9.

Tu participación consistirá en: contestar un cuestionario para valorar dicho objetivo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios de mi participación en este estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

Registrado ante el comité local de investigación con el número. R-2006-1101-2

Acepto:

Investigador:

Nombre

Dra. María Esther Soto Bárcenas.
Matricula 7472986