



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 4 CON MEDICINA FAMILIAR
ZAMORA DE HIDALGO, MICHOACÁN.**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES Y LOS
PADRES DE LA POBLACION DE GABRIEL ZAMORA MICHOACAN**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

JOSÉ RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ

ZAMORA MICH.

AÑO: 2008



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.

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES Y LOS
PADRES DE LA POBLACION DE GABRIEL ZAMORA MICHOACAN**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA
JOSÉ RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS LAVALLE MONTALVO
JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

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

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES Y LOS
PADRES DE LA POBLACION DE GABRIEL ZAMORA MICHOACAN**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
JOSÉ RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ**

AUTORIZACIONES

**DR. FERNANDO ALDERETE ALONSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
ZAMORA, MICHOACAN, MEXICO.**

**DR. JUAN MANUEL AGUIÑIGA RAMIREZ
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS**

**MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DR FERNANDO ALDERETE ALONSO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS**

INDICE:

Índice.....	4
Marco teórico.....	5
Planteamiento del problema.....	17
Justificación.....	19
Objetivos (Generales y Particulares).....	22
Especificación de variables.....	23
Conceptualización de Variables.....	23
Operacionalización.....	25
Metodología.....	27
Criterios de inclusión, Exclusión y Eliminación.....	28
Información a Recolectar.....	29
Método de Recolección de Datos.....	30
Escenario.....	32
Cronograma.....	33
Recursos Humanos, Materiales y Financieros.....	34
Aspectos Éticos.....	35
Resultados Tabla 1 de Depresión en los adolescentes de la población de Gabriel Zamora, Michoacán, México.....	37
Resultados Tabla 2 de Depresión en Padres de adolescentes de la población de Gabriel Zamora, Michoacán.....	38
Resultados Tabla 3 de Grado de depresión y media de edad de los adolescentes de la población de Gabriel Zamora, Michoacán.....	38
Resultados Tabla 4 de Grado de depresión y media de Padres de adolescentes estudiados de Gabriel Zamora, Michoacán.....	39
Discusión.....	40
Conclusiones.....	42
Bibliografía.....	44
Anexo 1 (Escala de Beck).....	48
Anexo 2 (Declaración de Consentimiento Informado).....	53

MARCO TEORICO

La depresión, es uno de los conceptos dinámicos que tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, pero que ha crecido a lo largo del tiempo y que todavía hoy está en proceso de desarrollo. Edward Bibring propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del yó, Este autor creía que lo que llevaba a la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yó tiene de su desvanecimiento.

En el análisis histórico de la depresión hay diversos conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como es: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre/hijo, la regulación de la autoestima y finalmente una asociación entre agresión, hostilidad, súper yó y culpa resultante. Para otro autor "la depresión es la más universal de las aflicciones humanas" y duda que exista algún individuo que deje de experimentarla a lo largo de su existencia, por lo tanto es un fenómeno muy frecuente en los jóvenes, ya que sabemos que la angustia los afecta tanto como a los adultos¹.

En el decenio de 1960, Bowlby describió las reacciones secuéciales de niños con respecto a la pérdida de su protector principal como una protesta que fue seguida por desesperación y más adelante desapego.

Alrededor del decenio de 1980 hubo un consenso aumentado en cuanto a que la depresión en niños no solamente existía, sino que era frecuente²

Durante la adolescencia, etapa por la que atraviesa cualquier individuo, se presentan en los jóvenes cambios difíciles que les producen ansiedad y depresión hasta llegar, en muchas ocasiones, a una tentativa de suicidio. Este intento plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis de la adolescencia.

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas

de ellas generadas por crisis, conflictos y contraindicaciones, pero esencialmente positivas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases; la adolescencia temprana de los 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años ¹.

La depresión en adolescentes es asociado con un incremento de riesgo de enfermedad con dificultades interpersonales y psicosociales que puede persistir posterior a la resolución del episodio de depresión³.

La prevalencia en Estados Unidos de una alteración depresiva mayor es aproximadamente de 1 % en preescolares, 2 % en escolares y de 5-8 % de adolescentes⁶.

Se denomina **prevalencia** la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo de tiempo determinado ("prevalencia de periodo"). La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en riesgo de tener el atributo o la enfermedad en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso; como Depresión en este caso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la probabilidad (riesgo) de que un sujeto de esa población tenga la enfermedad en ese momento.

Este evento aparece por ir en incremento en generaciones sucesivas de niños, con manifestaciones en edades más tempranas⁴. La relación al genero es equivalente en el niño prepuber e incrementa a una relación 2:1 sexo femenino-masculino en adolescentes. También los estudios de adopción han demostrado alta prevalencia de trastornos en niños adoptados de descendientes de padres con enfermedades afectivas. Las alteraciones distímicas tienen una prevalencia de 0.6 a 1.7 % en niño prepuberes y 1.6 a 8 % en adolescentes. Los adolescentes experimentan

muchos cambios en su desarrollo y buscan separarse de sus familiares, quieren ser autónomos y establecer su propia identidad. En estos procesos ellos dependen de grupos iguales o semejantes. Los trastornos depresivos se conocen también como trastornos unipolares debido a que no hay antecedentes de episodios maníacos o hipomaniacos⁴.

Otros estudios genéticos respecto a la prevalencia de enfermedades depresivas en niños y adolescentes con antecedentes familiares positivos es significativamente alta, los valores varían entre 8 a 74 % para la descendencia de padres con depresión mayor y de 23 a 92 % en trastornos bipolares⁵.

La incidencia puntual del trastorno depresivo mayor en muestras de población general han variado entre el 5 al 9 % para las mujeres y entre el 2 y 3 % para varones. Las tasas para el trastorno depresivo parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil⁵.

Los principales trastornos del humor (distimia, ciclotimia, depresión mayor y manía) han sido observados en adolescentes, por lo tanto es una práctica Standard diagnosticar trastornos afectivos utilizando los mismos criterios del Diagnostic and Statistical manual of mental disorders^{6, 7, 8}.

Existe una extensa gama de literatura que documenta la asociación, entre alteraciones en relación familiar y una amplia variedad de problemas de salud mental⁹.

Dentro de los Factores de Riesgo que se han mencionado en la asociación con trastornos depresivos (género, eventos estresantes, experiencias infantiles adversas y ciertos rasgos de personalidad). Respecto a las experiencias infantiles adversas, estas incluyen el abuso sexual y físico, la pobre relación entre padres e hijos y la discordia y divorcio entre los padres, debemos distinguir que el hecho más asociado con el comienzo de la depresión en la vida adulta es la pérdida del cónyuge. Todos estos hechos se asocian a un aumento del riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor y tienen alrededor de tres veces más probabilidades de enfermar de depresión que la población general. Esto concuerda el mayor riesgo de los familiares directos de enfermar de depresión. No obstante

los estudios familiares por si mismos no pueden establecer cuanto riesgo proviene de factores genéticos y cuanto del ambiente familiar compartido¹⁰.

Dentro de los Factores de Riesgo Ambientales se ha observado que las características personales del propio adolescente, así como la dinámica familiar y las relaciones extrafamiliares en general, pueden ser identificados como posibles situaciones de riesgo o bien de protección en el desarrollo de problemas de conducta. Así mismo la falta de apoyo familiar al parecer se encuentra asociada con sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres y no tanto en los hombres.

En base a esto el ambiente familiar permanecerá como un marco para el adolescente en el proceso de esclarecimiento de cómo desea ser y como llegar a ser, y podrá constituirse en un acto de apoyo y protección, o por el contrario, como un riesgo para el desarrollo del propio adolescente y de igual o mayor intensidad al llegar a la edad adulta y continuar así el ciclo vicioso produciendo niños, adolescentes y adultos con depresión¹¹.

Por otro lado respecto a los Factores Genéticos, dado que la depresión aparece con prevalencias elevadas entre los miembros de algunas familias, y lo hacen además, a lo largo de generaciones, se asume que los hijos de padres afectados graves de depresión son individuos de alto riesgo para estos trastornos. Sin embargo y a pesar de las investigaciones desarrolladas, se desconoce de que manera estos factores, independiente o conjuntamente influyen en la transición de la depresión de padres a hijos y que mecanismos genéticos sustentan dicha vulnerabilidad: En estudios de gemelos, uno de los aspectos interesantes es que están basados en gemelos de la población general, los resultados sugieren que los factores genéticos de riesgo para la depresión están presentes tanto para hombres como con mujeres; sin embargo, matizan y sugieren que algunos de estos factores genéticos de riesgo son compartidos por ambos sexos pero otros serian característicos de cada uno de ellos. En conclusión los estudios de gemelos corroboran la existencia de factores genéticos involucrados en la etiología de los trastornos afectivos, pero también ponen de manifiesto que los factores ambientales, especialmente

algunas experiencias en la infancia relacionadas con la relación afectiva padre e hijo, podría jugar un papel en la expresión de ese riesgo genético¹².

Numerosos factores han sido asociados con la instalación, duración y recurrencia de la depresión inicial incluyendo: factores demográficos (Ej. Edad, género, estado socioeconómico), psicopatología (Ej. diagnóstico pre-existente, síntomas depresivos subsindrómicos); factores familiares (psicopatología familiar, pérdida de seres queridos, perturbaciones en las relaciones padres-hijos y amenazas a la autoestima) factores psicosociales (pobre apoyo, conflictos asociados con la vergüenza o culpa). Estos factores aparecen por influenciar diferencialmente la instalación y curso natural de esta alteración^{12,13,14,15}.

El criterio diagnóstico para alteraciones depresivas son las mismas para niños y adolescentes que para los adultos, con pequeñas excepciones. El DSM-IV define un episodio depresivo mayor como un síndrome en el cual se presentan:

- A. Cuando menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los siguientes síntomas:
1. Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por, reporte subjetivo (ejemplo se siente triste o vacío) u observación hecha por otros (ejemplo parece lloroso). Nota: en niños o adolescentes, puede ser ánimo irritable.
 2. Interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida o aumento de peso significativos sin estar a dieta (5% del peso en un mes). O disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no solamente la sensación subjetiva de inquietud o de estar lento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días. (No meramente autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. No se debe a afectos de una sustancia (droga de abuso o medicación) o a una condición médica general (ejemplo hipotiroidismo).
- D. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de 2 meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retardo psicomotor.^{16,17}

La depresión es altamente comorbida con otras alteraciones psiquiátricas, incluyendo ansiedad, alteración atención-déficit/hiperactividad, y alteraciones en la conducta^{18,19} por lo que se han desarrollado una serie de escalas para detectar intensidad y gravedad de los síntomas^{20,21}. Debido a sus alteraciones psicosociales y conductuales se han establecido tratamientos farmacológicos, cognitivos, conductuales para el adolescente^{22,23,24,25}. Uno de estos es el cuestionario formulado por Beck instrumento validado en México en 1991²⁴. El cuestionario es

autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

En la versión revisada en 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente de menor a mayor gravedad. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno del 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso, de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana.

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: Sin depresión 0-10 puntos, depresión leve 11-17 puntos, depresión moderada 18-24 puntos; y depresión grave igual o mayor a 25 puntos²⁵.

La depresión con inicio temprano en México es menos de la mitad de la que se observa en otros países como EUA. Las personas que reciben tratamiento para su primer episodio son menos propensas a presentar otro. Sin embargo, los jóvenes con depresión tienden a no recibir tratamiento para su primer episodio, lo que los condena a una mayor duración de este episodio, y a una mayor probabilidad de tener otro y a presentar un mayor número de años vividos con esta patología.

El reto para proporcionar la atención necesaria a los menores de edad debe incluir una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cuando es necesario buscar atención para sus hijos y alumnos²⁶.

Con frecuencia, el funcionamiento familiar se ve afectado por la existencia de crisis no transitorias, accidentales o paranormativas, que no dependen del tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, sino que se originan por eventos, con una intensa carga generadora de estrés que desestabilizan psicológicamente el núcleo familiar²⁷. Lo que nos demuestra que la depresión se presenta también en familias maritales, esto dificulta establecer su identidad, así como dar distinta respuesta a su ambiente familiar, aceptar y con los amigos. Los cambios que ocurren en su cuerpo no son asimilados por algunos de ellos en forma adecuada, generándoles también un cierto grado de depresión ²⁸.

La presencia de trastornos de personalidad son algunos de los múltiples elementos relacionados con la violencia intrafamiliar trayendo con sigo grandes riesgos tanto en las victimas como en los victimarios. La familia constituye el concepto fundamental de la vida social, por ser un hecho universal del que toda persona ha sido testigo de una u otra manera cualquiera que sea su edad, sexo, raza ó procedencia social. La familia es un sistema constituido a su vez por otros subsistemas (sus miembros), cada uno con una forma particular de funcionar y relacionarse, pero que entre todos deben tener un engranaje de funcionamiento que permita mantener la salud de sus integrantes y la suya propia como sistema, para poder interactuar con la comunidad (sistema mayor al que pertenece). Por estas razones una familia en la que se evidencia violencia entre cualquiera de sus miembros se puede catalogar como una familia enferma²⁹. Por eso el antecedente de violencia intrafamiliar es tan importante como predisponerte.

No hay que olvidar que la familia como institución se ha considerado, un ámbito privado donde el comportamiento de sus miembros se situaba fuera del control social³⁰.

La familia es el grupo humano primario donde cada individuo aprende modos de comportamiento en la sociedad. Lo vivido en este grupo tiene influencia trascendental en el desarrollo de cada ser humano y deja profundas e imborrables huellas. La OMS en 1978 planteó que "La salud del conjunto de la familia es un hecho que determina y está determinado

por la capacidad de funcionamiento efectivo de la misma, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada”.

La salud del grupo familiar depende de la capacidad de la misma de cumplir con sus funciones, propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, afrontar constructivamente las crisis en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia ^{31,32,33}.

La desintegración familiar ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha motivado a investigar de que manera la experiencia de divorcio durante la infancia esta relacionada con la salud y conductual durante la adolescencia. Se ha encontrado que los adolescentes miembros de familias con padres divorciados, presentaban quejas físicas y emocionales, menor bienestar psicológico, un desempeño menos eficiente, así como una mayor presencia de conductas de riesgo como el hábito de fumar y de tomar. Concluyendo que la experiencia del divorcio para los hijos durante la infancia representa un evento estresante significativo con consecuencias en la salud mental durante la adolescencia y deben ser consideradas al momento de planificar programas de prevención para este tipo de población³⁴.

Son muchos los factores que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes para presentar problemas físicos y psicológicos después del divorcio de los padres (la ausencia del padre, conflictos entre los padres, problemas económicos, estresares de la vida, adaptación de los padres y la duración de la crisis) ³⁴.

En base a todo lo anterior de problemas depresivos de leves a problemas severos a punto de intento de suicidio; la Medicina Familiar debe estar presente para una atención médica integral interviniendo desde una alteración tipo hereditaria, procesos infecciosos, enfermedades de evolución crónica o cuando sucede una crisis. Los médicos familiares deben tratar a sus pacientes en su contexto familiar, sin embargo, se ha puesto poco énfasis en la intervención de las crisis familiares a través de una metodología que permita llegar a la intervención resolutive de estas crisis³⁵.

En la atención primaria, el médico en su trabajo debe tener como objetivos principales: lograr el desarrollo integral máximo de él, contribuir a su correcta educación y detectar precozmente cualquier trastorno o enfermedad oculta. El conocimiento del riesgo o probabilidad de futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna, dentro de los más importantes es hacer un análisis de los factores psicosociales de riesgo en la adolescencia; los principales factores psicológicos a considerar son: insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas, patrones inadecuados de educación y crianza (sobrepotección, autoritarismo, agresión, permisividad y autoridad dividida), ambiente frustrante y sexualidad mal orientada.

No hay que olvidar que además de los factores psicológicos, existe un riesgo social que puede conducir a resultados negativos en los jóvenes como son inadecuado ambiente familiar, pertenencia a grupos antisociales, la promiscuidad, abandono escolar y laboral y bajo nivel escolar, cultural y económico. De manera general, podemos decir que el manejo de estos factores de riesgo permite identificar aquellos adolescentes que están más expuestos a sufrir los daños que los quejan, como accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psico-activas, enfermedades de transmisión sexual y el peor de todos el suicidio³⁶.

La etapa inicial del tratamiento es más difícil, pero también la más importante en donde es imprescindible el establecimiento de una buena comunicación, ya que de ello dependen las posibilidades de éxito terapéutico, teniendo gran relevancia la flexibilidad del terapeuta para comprender las necesidades del adolescente deprimido. En la primera etapa es difícil hacer contacto, ya que el joven se encuentra absorto en un estado de ánimo y muchas veces no encuentra palabras para expresar sus sentimientos. El esfuerzo para comunicarse le parece enorme dando la impresión de estar poseído o abrumado por una sensación de inutilidad, impotencia y desesperación. De ahí que el terapeuta debe dar muestra de solidaridad, sin que ello signifique para el paciente la admisión de su impotencia. Cuando el terapeuta consigue establecer la comunicación y de muestra de su deseo de llegar, iniciándose así una

relación terapeuta adquiriendo este último un valor significativo para el paciente, se forma de esta manera un equipo de trabajo en donde hay dos personas dedicadas a indagar y a modificar efectos nocivos de la depresión, ambas partes estar comprometidas pero asumen roles distintos. La nebulosidad, la incertidumbre, las dudas y el desaliento del paciente están comparados por la orientación y sensación de seguridad del terapeuta. Una vez resueltos los problemas iniciales el terapeuta debe indagar sobre las pérdidas sufridas. Quizás las pérdidas no se refieren a hechos concretos, sino a valores simbólicos atribuidos a determinar cosas o acontecimientos. Un hecho insignificante para cualquier persona puede significar para el paciente la pérdida de la esperanza o una fantasía consciente o inconsciente que llenaba gran parte de su vida psíquica¹.

Son cinco niveles los que se mencionan en la participación de la familia y del médico familiar para la resolución de sus alteraciones, las cuales dependen del conocimiento de los problemas y de la terapia familiar. El cuarto corresponde a la evaluación de la familia y una intervención familiar planificada; y el quinto a la terapia familiar, misma que debería de ser un tratamiento integral, para alcanzar dicho fin es necesario hacer uso de una orientación y consejería familiar, así como de la terapia de familia como tal.

El abordaje y tratamiento familiar pueden ser aplicados a todos los problemas de salud, las acciones pueden llevarse a cabo con la familia para tratar las crisis correspondientes a distintos niveles de atención, mismas que se engloban en las siguientes:

1. Actividades de promoción y educación familiar.
2. Prevención de problemas familiares a través de la orientación.
3. Toma de decisiones en el seno de la familia a través de la consejería familiar.
4. Terapia familiar

Una familia puede ser atendida a diferentes niveles, según sean sus recursos y necesidades. El trabajo con la familia exige al equipo de salud una visión global de la persona, considerándola no sólo como un individuo sino como parte de un sistema familiar, la presencia de

problemas familiares van a causar una serie de cambios tanto en la persona como para quienes la rodean, mismos que se pueden interpretar como una "enfermedad" por quienes los presenta.

El círculo de relación de un individuo (redes familiares) va desde su relación consigo mismo, con su sentido de identidad e independencia y su relación con su familia (círculo íntimo), un círculo más extenso de amistad (vecinos, amigos, parientes), constituye una segunda línea de apoyo a la cual se recurre una vez agotada la primera línea familiar, aunque en ocasiones puede ser simultánea al Grupo Familiar (GF). Uno más externo es el de los servicios de salud. El ciclo de vida familiar, el cual se transforma y hace predecibles cambios llamados "crisis normativas"; pero hay circunstancias inesperadas "crisis no normativas", una crisis siempre producirá un resultado, el cual dependerá de la intensidad, recursos familiares y de la persona, apoyo externo y del medio³⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La depresión del adolescente es un problema global mismo que se relaciona con el crecimiento de la población a todos los niveles y principalmente a nivel de países subdesarrollados y en vías de desarrollo como el nuestro, a la vez secundario a la falta de recursos educacionales y carencia a todos los niveles de la sociedad.

Según datos epidemiológicos en EEUU, la prevalencia general varía desde 0,4% a 8,3% y es mayor en adolescentes que en niños. En nuestra población para el adulto mayor en la población general varía entre el 5 al 9 % para mujeres y entre el 2 y 3 % para varones y en promedio 3 al 5 %.

No hay que olvidar que los adolescentes experimentan muchos cambios en su desarrollo y buscan separarse de sus familiares, quieren ser autónomos y establecer su propia identidad, dependiendo en estos procesos de grupos iguales o semejantes. Dado que nuestra población es sumamente susceptible por nuestro bajo desarrollo en todos los niveles debemos señalar que va de la mano la alta prevalencia de depresión, junto con todos los demás factores de riesgo como son género, experiencias infantiles adversas, y ciertos rasgos de personalidad. Aunque en la literatura los estudios familiares por si solos no pueden establecer cuanto riesgo proviene de factores genéticos y cuanto del ambiente familiar.

La dinámica familiar, las relaciones extrafamiliares son posibles factores de riesgo, y la falta de apoyo familiar que llevan a presentar sintomatología depresiva e ideación suicida.

En base a esto el ambiente familiar permanecerá como un marco para el adolescente en el proceso de esclarecimiento de cómo desea ser y como llegar a ser y podrá constituirse en un acto de apoyo y protección o por el contrario, como un riesgo para el desarrollo del propio adolescente.

Por otro lado respecto a factores genéticos, dado que la depresión aparece con prevalencia elevadas entre los miembros de algunas familias y lo hacen además a lo largo de generaciones. Se asume que los hijos de

padres afectados graves de depresión son individuos de alto riesgo para estos trastornos.

El funcionamiento del núcleo familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad en sus miembros.

No obstante secundario a los cada vez más repetidos episodios trágicos secundarios de este padecimiento como suicidio, a través de los medios de comunicación, hacen que las autoridades a todos niveles traten de poner de manifiesto a la sociedad como medio de alarma pero secundario al mismo bajo nivel educacional de nuestra población, no se ha logrado el impacto que se tratar de hacer llegar a los núcleos familiares. Pero poco se ha abordado sobre la relación entre la depresión de los padres y la depresión en los hijos adolescentes.

En este caso, considero que el conocer la relación, permitirá un abordaje más directo a la problemática de dicho núcleo en forma integral y ello permitirá romper el ciclo vicioso de trascendencia de generación en generación así como otros malos hábitos como el machismo, dando así mejores individuos a la sociedad.

Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en padres e hijos adolescentes en la población de Gabriel Zamora Michoacán?

JUSTIFICACION:

La depresión es un trastorno que no respeta edad, género o condición social, lo que ha generado un incremento en su morbilidad a nivel mundial. La depresión es, después de los problemas de adaptación, la causa psiquiátrica más frecuente de visitas consecutivas a los servicios de atención primaria. En los adolescentes es asociado con un incremento de riesgo de enfermedad con dificultades interpersonales y psicosociales que pueden persistir posteriores a la resolución del episodio depresivo.

A nivel mundial las enfermedades neuropsiquiátricas se colocaron entre las que más carga representan a escala mundial, atribuyendo a estos enfermos 10 % de la carga global de la enfermedad; estimando que aumentará hasta 15 % para el 2020. En Estados Unidos, la prevalencia de una alteración depresiva es aproximadamente 1 % en preescolares, 2 % en escolares y 5 a 8 % en adolescentes¹². En Europa la prevalencia de la depresión es del 18 %¹¹. Respecto a la depresión mayor en niños de 9 a 17 años de edad fue de 5 % en los últimos estudios publicados, EN Estados Unidos de América². Las cifras de depresión encontradas en América Latina son disímiles ya que 9.8 % en la República Dominicana, 11.7 % en el Perú, 12 % en al Argentina, 15 % en Brasil y 25 % en Chile¹¹.

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), proporciono las primeras estimaciones nacionales, elaborada entre el 2001 y 2002. Estimo que 8.4 % de la población urbana de una muestra representativa de 18 a 65 años de edad; concluyendo que 2 % de la población ha padecido depresión de la infancia y adolescencia con un promedio de 7 alo largo de la vida, siendo el primer episodio hasta de 31 meses y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes, lo que indica que a pesar de nuestro estado de desarrollo deberíamos de tener menos estadística. No acorde con las estadísticas que prácticamente son muy similares esto es por que México es un país joven con una edad promedio de 22 años y que 34 % de la

población es menor de 15 años, según el censo del año 2000 por eso todo estudio de depresión en niños o adolescentes es particularmente relevante². Cabe mencionar también que el costo de la depresión para el estado, la empresa privada y las compañías de seguros por un lado, es cuantiosa. Las horas-pacientes no trabajadas, las horas-profesional de la salud desperdiciadas, los análisis, exámenes especiales e internamientos sin razón manifiesta producen pérdidas de dinero simplemente por desconocimiento de la población general, la familia del paciente, el paciente mismo y los profesionales de la salud, acerca de las características típicas y atípicas de la depresión.

Todo lo anterior obliga a pensar que actualmente la depresión debe ser considerada como un problema de salud por las repercusiones que tiene tanto a nivel individual (incremento de la morbilidad, bajo rendimiento escolar, drogadicción, desintegración familiar o suicidio) así como en la población general, lo que genera una población joven enferma ya que las personas que reciben tratamiento para su primer episodio son menos propensas de tener otro, sin embargo los jóvenes con depresión tienden a no recibir tratamiento para su primer episodio, lo cual los condena a una mayor duración de este episodio, a una mayor probabilidad de tener otro y a presentar un mayor número de episodios en la vida y un mayor número de años vividos con algún episodio. Todo esto tiene repercusiones individuales, familiares, sociales y económicas no solamente para las familias, sino también para la sociedad y para el futuro de la nación, con sus múltiples causas etiológicas, considero de suma importancia determinar la prevalencia de este problema, en la población adolescentes y de adultos portadores de un estado depresivo. El reto es hacer llegar la atención necesaria a los menores de edad, incluida una mejor campaña educativa para padres de familia y maestros, con el fin de que puedan identificar cualquier indicio sugestivo de esta patología y cuando sea necesario buscar atención para sus hijos y alumnos.

Es por ello que considero que el uso adecuado del instrumento autoaplicable de Beck puede ser una herramienta útil en la detección

dentro de un grupo de personas en riesgo de depresión y de esta manera canalizarlas oportunamente, además de identificar si existe o no relación con trastornos depresivos en los padres y de ser positivo la aseveración lo que generaría que dicha atención debe ser integral para poder romper este ciclo vicioso. El estudio es factible ya que sólo requiere la participación de un encuestador y no requiere de apoyo económico especial; lo que acomoda a las acciones institucionales del prevenimss sobre el grupo étario de los adolescentes, no se contraponen a las normas de esta institución.

OBJETIVOS:

Objetivo General.

Determinar la prevalencia de depresión en adolescentes y padres de familia de de la población de Gabriel Zamora Michoacán.

Objetivos Particulares.

- Determinar la prevalencia de depresión en los adolescente del municipio de Gabriel Zamora.
- Determinar la prevalencia de depresión en padres de familia en el municipio de Gabriel Zamora.
- Comparar la depresión de acuerdo al sexo de los adolescentes y los padres con depresión del municipio de Gabriel Zamora Michoacán.

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente:

Presencia en la familia un adolescente deprimido.

Variable Ordinal

Variable dependiente:

Presencia de depresión en padres de adolescente

Variable Ordinal

A) CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES

DEPRESION DEL ADULTO.

Es un estado de desvalijamiento en un individuo la mayor parte del día de la mayoría de los días, sin una razón aparente que la justifique, es un estado mental que interfiere con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades. Se caracteriza por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza profunda que puede conllevar a un desenlace fatal como el suicidio (autodestrucción de la persona, planificado o no), por los pensamientos negativos personales influidos por ciertos factores. Además de baja energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o tomar decisiones, y sentimientos de desesperación. La cual se evaluará con instrumento llamado Escala de Beck que incluye síntomas psicológico-cognitivo y somato-cognitivo.

DEPRESION DEL ADOLESCENTE.

Es un trastorno del ánimo que se presenta durante los años de adolescencia (según la OMS de los 10 a los 19 años, pero nuestro estudio solo contemplo de los 13 a 19 años). Periodo critico, sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente y marco familiar donde este se desarrolla, se considera periodo de riesgo para las bases de enfermedades y alteraciones de la personalidad como la depresión. Se caracteriza por sentimientos de tristeza, desanimo, perdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales. La cual se evaluará con instrumento llamado Escala de Beck que incluye síntomas psicológico-cognitivo y somato-cognitivo

ADOLESCENTE:

La adolescencia es definida como una etapa de ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, Psicológicas y sociales. Según la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad, considerándose 2 fases; la adolescencia temprana de los 10 a los 14 años y la tardía de los 15 a los 19 años.

PADRE: Se define así al hombre o mujer que tiene hijos consanguíneos o de adopción y que es guía de la familia.

Sexo: Diferencia entre hombre y mujer.

B) OPERACIONALIZACION

Variable	Operacionalización	Indicadores	Escala de medición
Depresión Materna y Paterna	Se tomó como depresión al estado de desvalijamiento en un individuo la mayor parte del día de la mayoría de los días, sin una razón aparente que la justifique, es un estado mental que interfiere con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades.	Se utilizó el cuestionario autoaplicable denominado Escala de Beck con las siguientes escalas: Sin depresión: 0-10 puntos Depresión leve 11-17 puntos Depresión Moderada: 18-24 puntos Depresión grave: 25 y más puntos	- Ordinal
Depresión del Adolescente	Se tomó como depresión en adolescentes el trastorno del ánimo que se presenta durante los años de adolescencia. Se caracteriza por sentimientos de tristeza, desanimo, perdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales. Situación que se clasificó de acuerdo a su intensidades grados; midiendo, de leve, moderado y severo o grave intensidad con ello cuestionarios autoaplicables con el de Beck.	Se utilizó el cuestionario autoaplicable denominado Escala de Beck con las siguientes escalas: Sin depresión: 0-10 puntos Depresión leve 11-17 puntos Depresión Moderada: 18-24 puntos Depresión severa: 25 y más puntos	- Ordinal

Padre	Se define así al hombre o mujer que tiene hijos consanguíneos o de adopción y que es guía de la familia.	Hombre O Mujer	Nominal
Adolescente	Etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad, considerándose 2 fases; la adolescencia temprana de los 10 a los 14 años y la tardía de los 15 a los 19 años.	Hombre o mujer entre 13 y 19 años	Nominal
sexo	Diferencia entre hombre y mujer	Hombre o mujer	Nominal

METODOLOGIA:

❖ Tipo de estudio:

Se trata de un estudio Correlacional, Observacional, Descriptivo.

❖ Población, lugar y tiempo del estudio:

Adolescentes entre 13 y 19 años y padres de adolescentes del municipio de Gabriel Zamora Michoacán.

El estudio se realizó del 15 de diciembre del 2005 al 30 de septiembre de 2006.

❖ Tipo de muestra y Tamaño de la muestra: Probabilística, calculando inicialmente el número de padres y adolescentes para determinar el factor de riesgo, así como el número de adolescentes necesarios para determinar la prevalencia de la depresión.

Respecto al tamaño de la muestra 194 padres y 810 adolescentes. Con confiabilidad del 95%, con una prevalencia del 5 % y una precisión del 3 %.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

INCLUSIÓN

- ❖ Adolescentes de 13 a 19 años de ambos sexos pertenecientes al municipio de Gabriel Zamora Michoacán que deseen participar en el estudio.
- ❖ Padres con hijos adolescentes de ambos sexos pertenecientes al municipio de Gabriel Zamora Michoacán.
- ❖ Padres y adolescentes que sepan leer y escribir.
- ❖ Padres y adolescentes que autoricen su participación previo consentimiento informado.

EXCLUSIÓN:

- ❖ Adolescentes menores de 13 años.
- ❖ Padres de adolescentes pertenecientes al municipio de Gabriel Zamora Michoacán que no quieran participar en el estudio.
- ❖ Adolescentes pertenecientes al municipio de Gabriel Zamora Michoacán que no quieran participar en el estudio.
- ❖ Padres y adolescentes que no pertenezcan al municipio de Gabriel Zamora Michoacán.
- ❖ Padres y adolescentes que deseen participar en el estudio, pero que no autoricen su participación previo consentimiento informado

ELIMINACIÓN:

- ❖ Estudios incompletos para su clasificación (dobles respuesta, ítems inconclusos, rayados o que les halla faltado una hoja del reactivo).
- ❖ Aquellos que aún habiendo autorizado su participación vía consentimiento informado, rehúsen a contestar el instrumento de evaluación.

INFORMACION A RECOLECTAR.

Se llevaron a cabo encuestas durante las horas laborales a las pacientes que reunieron los criterios de inclusión y autorizaron su participación por medio de la hoja de consentimiento informado, entre los meses de diciembre del 2005 a septiembre del 2006 abril, hasta completar el tamaño de la muestra establecido.

SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO

El cuestionario formulado por Beck fue validado en México en 1991²⁴. El cuestionario es autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos.

En la versión revisada en 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad/intensidad del síntoma y que se presentan igualmente de menor a mayor gravedad. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno del 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso, de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana.

La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3. El rango de puntuación obtenida es de 0 a 63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: Sin depresión 0-10 puntos, depresión leve 11-17 puntos, depresión moderada 18-24 puntos; y depresión grave igual o mayor a 25 puntos²⁵.

METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

1.- Se solicitó permiso a las autoridades de la unidad médica para la realización del estudio.

2.- Se solicitó permiso a las autoridades escolares a nivel secundaria y bachillerato del municipio de Gabriel Zamora Michoacán

3.- Una vez autorizado, se seleccionaron a las alumnos de acuerdo al tamaño de la muestra, de manera aleatoria, de aquellos que acudieron esa fecha a clases ordinarias.

4.-Se identificaron a los alumnos que reunieron los criterios de inclusión y previo consentimiento informado, (anexo 2) se le solicitó los generales y su participación en el estudio.

Se aplicó instrumento de evaluación de Beck y se calificó de acuerdo a lo estipulado. De aquellos alumnos que fueron calificados con depresión, se les solicitó a alguno de los padres (el que pudiera asistir) su participación previo consentimiento informado al mismo estudio.

5.-Se elaboró un banco de datos en hoja Excel

que contiene:

nombre del paciente.

Edad en años cumplidos

sexo

Fecha de aplicación.

6.-Se aplicó instrumento de evaluación (anexo 1)

7.- Se codificó de la siguiente manera, el resultado del instrumento de evaluación: 1 (sin depresión) 2 (depresión leve) 3 (depresión moderada) y 4 (depresión grave).

8.-Se realiza otro banco de datos Excel para captura de datos de los padres de hijos deprimidos en la que se anotaron los siguientes datos:

Nombre

Edad cumplida en años

Sexo

Fecha de aplicación

9.- Se codificó de la siguiente manera, el resultado del instrumento de evaluación: 1 (sin depresión) 2 (depresión leve) 3 (depresión moderada) y 4 (depresión grave)

10.- Una vez elaborado el banco de datos se hace su análisis para reporte final.

11.- Análisis estadístico: Medidas de tendencia central (media) relación de riesgo Chi cuadrada.

ESCENARIO.

Dichos cuestionarios fueron realizados para los alumnos de la secundaria en sus respectivos salones, así como para los grupos de bachilleres, para los padres de los hijos de la secundaria se realizaron en el aula del inmueble, y para los padres de los adolescentes de bachilleres se realizaron en el laboratorio de química de esa institución.

CRONOGRAMA

19 Julio05	30 Octubre 05	Revisión literatura
1º Noviembre 2005	14-Diciembre 2005	Elaboración de protocolo
15 diciembre 2005	30 septiembre 2006	Recolección De datos
1º octubre 2006	30 Noviembre 2006	Análisis de datos
1º de Diciembre 2006	15-Diciembre 2006	Terminación y presentación del protocolo

RECURSOS HUMANOS

Se contó con el apoyo de personal paramédico de la unidad de medicina familiar N° 45 de Gabriel Zamora Michoacán para la selección de alumnos y aplicación del test.

Así mismo se contó con la participación del personal docente en turno, de las instituciones escolares.

RECURSOS MATERIALES

Lápices de carbón

Hojas de papel bond

Tablas de respaldo

Computadora para análisis estadístico de resultados

Escritorio de trabajo

Libros de texto médicos Revistas médica

RECURSOS FINANCIEROS

Se utilizaron recursos financieros propios del autor.

ASPECTOS ÉTICOS

Una vez realizado el protocolo de investigación se solicitó la aprobación de la Comisión ética y de investigación del Hospital General de Zona C/MF 04 de Zamora del Instituto Mexicano del Seguro Social en Michoacán.

Posteriormente se realizó el estudio previa autorización de los directivos de las instituciones educativas a nivel secundaria y bachillerato del municipio de Gabriel Zamora Michoacán.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (1984) con ultima reforma publicada 12/01/2006 , el presente estudio se apego a lo que establece el

TITULO PRIMERO, Artículo 2º, apartado VI: El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud. Ya que se investiga la presencia de depresión en adolescentes y sus padres.

Articulo 3º, apartado: VII: la organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud. Por que de alguna manera se esta supervisando el ejercicio profesional del medico familiar sobre un estado de salud especifico, en este caso depresión.

Se apega a lo que establece el TITULO CUARTO, CAPITULO III Artículo 90, apartado IV, Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas. Porque el estudio se realiza con la participación voluntaria del personal paramédico de la Unidad de Medicina Familiar no. 45 de Gabriel Zamora Michoacán.

Se apega a lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 96.- apartado III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población, ya que la depresión es una de las patologías que a pesar de las acciones que se

realizan para su diagnóstico control , continua mostrándose como un problema de salud pública por las consecuencias sobre la vida del paciente que la padece y su entorno familiar.

Apartado IV Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

A lo establecido en el TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: Apartado II. Podrá realizarse solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo, el presente estudio solo se puede realizar con la información obtenida de los mismos pacientes.

Apartado IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizara la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud. Para la realización del estudio se contó con consentimiento por escrito de los padres y adolescentes que participaron.

De acuerdo a la ley general de salud el presente estudio no representa ningún tipo de riesgo a la salud o integridad del paciente.

El presente estudio se apega al Código de Helsinki (1964) la investigación científica biomédica en humanos es necesaria, pero solamente aceptable cuando llene los requisitos señalados por este código: apartado 2: Consentimiento informado del sujeto.

RESULTADOS:

TABLA I

DEPRESION EN LOS ADOLESCENTES DE LA POBLACION DE GABRIEL ZAMORA, MICHOACAN; MEXICO.

DEPRESIÓN	FRECUENCIA OBSERVACIONAL		TOTAL
	MUJERES	HOMBRES	
PRESENCIA	229	169	398
AUSENCIA	195	217	412
TOTAL	424	386	810

De acuerdo a los resultados de la Tabla I, encontramos que la prevalencia global de depresión en los Adolescentes del municipio de Gabriel Zamora es de 49.14 %, y de acuerdo al sexo encontramos que en las mujeres es de un 57.54 %, mayor en relación a la encontrada en los hombres que fue de 42.46 %. Observamos que es mayor la prevalencia de depresión en las adolescentes del sexo femenino sobre el masculino, resultando ser esta diferencia estadísticamente significativa con una $P < 0.0045$ y Chi cuadrada de 8.052 con un grado de libertad.

TABLA 2**DEPRESION EN PADRES DE ADOLESCENTES DE LA POBLACION DE GABRIEL ZAMORA, MICHOACAN.**

DEPRESIÓN	FRECUENCIA OBSERVACIONAL		TOTAL
	MUJERES	HOMBRES	
PRESENCIA	78	23	101
AUSENCIA	63	30	93
TOTAL	141	53	194

De acuerdo a los resultados de la Tabla 2, En relación al género de los padres, en nuestro estudio existe predominio del sexo femenino sobre el masculino, no estadísticamente significativa con una $p < 0.1868$. Siendo los resultados de la prevalencia global de 52.06 %, y de acuerdo al sexo encontramos que en las mujeres es de un (55.3 %), mayor en relación a la encontrada en los hombres que fue de (43.3%).

TABLA 3**GRADO DE DEPRESION Y MEDIA DE EDAD DE ADOLESCENTES DE GABRIEL ZAMORA, MICHOACAN.**

ADOLESCENTES			EDAD			EDAD
			— X HOMB.			— X MUJ.
S/D	412	217	15	195		14.9
D/L	209	99	14.67	110		14.95
D/M	115	45	14.82	70		13.91
D/S	74	25	13.84	49		14.42

En relación a la severidad de la depresión la prevalencia de la forma severa en los adolescentes de la comunidad de Gabriel Zamora es de 9.1%; con una edad media de 14.42 años para señoritas y de 13.84 para los varones.

TABLA 4

GRADO DE DEPRESION Y MEDIA DE EDAD DE PADRES DE ADOLESCENTES ESTUDIADOS, DE LA POBLACION DE GABRIEL ZAMORA, MICHOACAN.

PADRES	HOMBRES		MUJERES	
		EDAD		EDAD
	HOMBRES	– X HOMB.	MUJERES	– X MUJ.
S/D 77	30	49.3	47	39.81
D/L 58	25	47	33	42.95
D/M 27	1	41	26	40.44
D/S 32	9	49	23	44.78

La prevalencia de depresión severa es de 16.4 %, con predominio sexo femenino sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa. Con una edad media para el sexo femenino de 44.78 años y de 49 años para los varones con estado severo de depresión.

DISCUSION:

Los resultados de este estudio, arrojan los siguientes datos. Se reporta una prevalencia de depresión en adolescentes de 9.1, con predominio estadísticamente significativo del género femenino que esta en relación a lo reportados por la organización mundial de la salud y otros estudios internacionales. No así la prevalencia de la depresión en los padres de adolescentes que nos arroja un dato de 16,4 sin diferencia significativa en género, sin embargo muy por arriba de lo reportado en literatura internacional y según datos de la organización panamericana de la salud cuyas cifras están alrededor del 9-10%.

En relación a la edad y género no encontramos diferencia siendo de 14.4 años para ambos sexos, lo que va en contra a lo reportado de que la depresión en la mujer inicia a edad mas temprana con relación al hombre.

Aunque no es objetivo de este estudio, nos damos cuenta de que la relación en relación al género es de 1:1.3, que no concuerda con la literatura internacional que reporta hasta 1:3 a favor del sexo Femenino⁴ De alguna forma se logra el objetivo de determinar la prevalencia tanto en adolescentes como en los padres de los adolescentes.

Es muy probable, que se deban incluir otro tipo de variables en los estudios posteriores, como las características propias de las dinámicas familiares, estructuras e integración de las mismas a fin de determinar los factores de riesgo que se involucran en la génesis de esta patología en la población de Gabriel Zamora Michoacán

La depresión es una entidad clínica que ocupa uno de los primeros lugares como motivo de consulta en los servicios de psiquiatría, pudiendo presentarse a cualquier edad, considerándose en nuestro país en la encuesta Nacional Epidemiológica del año 2001-2002, que el episodio depresivo mayor es del 3.3%. Se han realizado en diversos ámbitos en población sana, con ciertos factores de riesgo estudios de tamizaje para identificar población con riesgo de evidenciar este trastorno, con

prevalencias estimadas del 50 %, como los reportados por Salas Saldaña en la UMF No 32 de Nuevo León , resultados que guardan relación con nuestro estudio en que se encuentra una prevalencia del 49.1%; en relación a la edad no encontramos diferencia en relación al género siendo de 14.4 años para ambos sexos, lo que va en contra a lo reportado de que la depresión en la mujer inicia a edad mas temprana en relación al hombre. En relación al sexo encontramos una relación de 1:1.3 a favor del sexo femenino, que esta por debajo a lo considerado en la literatura en el que se establece hasta 3 veces más en la mujer según datos del Instituto Politécnico Nacional.

CONCLUSIONES:

La depresión en adolescentes y padres es un fenómeno evidente en la población de Gabriel Zamora Michoacán. En los adolescentes y los padres esto representa uno de los acontecimientos más estresantes de la vida, ya que la presencia de esta en el seno familiar se torna como generadora de crisis y alteración de la función familiar, que agrava de alguna manera aquellos elementos de la familia que se tornan en factores de riesgo para presentar esta patología, lo que convierte a esto un ciclo o círculo vicioso que perpetúa su presencia.

La investigación presentada hace hincapié únicamente en la prevalencia de la depresión tanto en adolescentes como en sus padres, la cual es significativa, dado que alcanza los indicadores internacionales e incluso los supera en el caso de los padres, lo que da pie a siguientes investigaciones que podrían clarificar aquellos factores que establecen el riesgo de padecer esta patología. Así encontramos prevalencias en adolescentes de 9.1 y en adultos de 16.4, situación que deberá tomar en cuenta el trabajador de la salud de primer nivel a fin de realizar de manera oportuna estos diagnósticos que como ya señalamos frecuentemente no están en la mente del trabajador de la salud lo que limita su reconocimiento y por ende su manejo oportuno.

Si se considera que la depresión no es identificada, incrementa la morbilidad y mortalidad de la población que la padece, siendo generadora, cuando esta es de inicio temprano como en los adolescentes de asociarse con un mayor número de suicidios considerándose estos últimos como la tercera causa de muerte en la adolescencia por lo que para que pueda ser tratada es necesario reconocerla por lo que el médico debe de aprender a realizarlo ya que el comportamiento clínico es diferente de acuerdo a la edad de los pacientes.

Es también importante el punto de la prevalencia elevada de depresión en padres de hijos adolescentes, que si bien no es objetivo del presente

trabajo, si podemos considerarlo como un elemento tipo factor que pudiera condicionar la aparición del mismo problema en los hijos, por lo que el manejo y control adecuado de los padres deberá ser una constante en el intento de limitar todos aquellos elementos familiares que se conduzcan como factores de riesgo de padecer la depresión.

BIBLIOGRAFIA.

- ¹ Benjet C; Borges G; Medina-Mora M; Fleiz-Bautista C; Zambrano-Ruiz J; La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento; Salud pública de México / Vol, No. 5 Septiembre-Octubre de 2004: 417-423.
- ² Vázquez Rojas R. Atención del intento de Sicidio. Guías de Pediatría Practica Basada en la Evidencia S. Ucros, Caicedo, G. Llano cap. 31 pags, 410-413 Editorial Panamericana 2003.
- ³ Herrera Santi P; Principales Factores de Riesgo Psicológicos y Sociales en el Adolescente; Revista Cubana de Pediatría V.71 n. 1 Ciudad la Habana ene-mar. 1999.
- ⁴ Caballero Paz V; Bejar Fernández G; Quiroga Alba M; Rodríguez Camargo M; La Depresión, un Factor Determinante en Adolescentes con Tendencias Suicidas; Universidad de Aquino Bolivia – Carrera de Psicología Bolivia. 15 Mayo 2006.
- ⁵ Weissman M. M, Wolf S, Goldstein RB, Moreau D. Adams P, Greenwald S et al. Depressed Adolescents Grown up JAMA 1999; 281: 1701-13.
- ⁶ Son SE, Jeffrey T. Kirchner. Depression in Children and Adolescents ; American Family Physician, 2000: 2297-2309
- ⁷ Brent, David A.; Birmaher, Boris Adolescent Depression ; New England 29 august 2002; 347 (9) : 667-671
- ⁸ Gaviria S, Rodríguez M, Alvarez T, Calidad de la Relación Familiar y depresión en Estudiantes de Medicina de Medellín, Colombia, 2000, Rev Chil Neuro-Psiquiat 2002; 40: 41-6 Santiago jan. 2002.
- ⁹ Silva H, Nuevas Perspectivas en la Biología de la Depresión, Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr. V 40 (Suplemento 1): 9-20 Santiago Oct. 2002
- ¹⁰ Barcelata Eguiarte B, Gómez-Maqueo E, Influencia de un Programa Psicoeducativo para Padres en la Identificación de Problemas Emocionales en Adolescentes, Revista Mexicana de Orientación Educativa No. 8, Marzo-Junio 2006.
- ¹¹ Fañanás L, Bases Genéticas de la Vulnerabilidad a la Depresión, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurología, 2007.

-
- ¹² Adrianzén C, Depresión en Niños y Adolescentes, DIAGNOSTICO, Volumen 37 –Número 5 – Septiembre –Octubre 1998.
- ¹³ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Childhood and Adolescent Depression: A Review of the past 10 Years .Part I. Journal of the American Academy of Child E Adolescent Psychiatry.1996; 35 (11): 1427-1439.
- ¹⁴ Canter and S Carroll, Helping Children at Home and School: Handouts From Your School Psychologist 1998:237-240
- ¹⁵ Marcinavicius A. M .Clínica de la Depresión en los Niños en Depresiones y Antidepresivos .Sergio L. Rojtenberg 2001:147-154 ed. Panamaerica
- ¹⁶ Benton T,Linch J. Mood Disorder: depresión E. Medicine February 18,2004
- ¹⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR 4th ed, Text. Rev. Washington, DC: American Psychiatric Association ,2000.
- ¹⁸ Ryan Neal D. Diagnosing Pediatric Depression Society of biological Psychiatry 2001;49:1050-1054.
- ¹⁹ Birmaher B Ryan ND Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and Adolescent Depression : a Review of the Past 10 Years .Part IIJ. Am Academy Child Adolescent Psychiatry.1996,Dec; 35(12)1575-1583.
- ²⁰ Sharp L.K, Lipsky MS. Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Reasures for use in Primary Care Settings 2002 September 15 ;66(6): 1001-1008
- ²¹ Dierker L., Alabano AM, Clarke G, Screening for Anxiety and Depression in Early Adolescence .Journal of the American Academy of Child E Adolescent Psychiatry;40(8) august 2001:929-936.
- ²² Ambrosini PJ, Wagner KD, Biederman J, Glick I, Tan C, Elia J, Hebel JR,Rabinovich H, Lock J, Sèller D. Multicenter open- label sertraline study in Adolescent Outpatients with Mayor depression.Journal of the American Academy of Child E Adolescent Psychiatry 1999 may;38(5):566-72
- ²³ Clarke GN,. Rohde P. Lewinsohn PM, HopsH, Seeley JR. Cognitive – Behavioral Treatment of Adolescent Depression: Efficacy of Acute Group Treatment Booster Sessions. Journal of the American Academy of Child E Adolescent Psychiatry.1999 Mar; 38(3):271-9.

-
- ²⁴ Miller K.E. Terapia Cognitivo Conductual vs Medicamentos para la Depresión. American Family Phisician. 1999 Dec;60 (9)
- ²⁵ Sanz J; Vázquez C; Fiabilidad, Validez y Datos Normativos del Inventario para la Depresión de Beck, en Psicothemc, 1998 vol. 10 No. 2 pp. 303-318.
- ²⁶ Verduzco Álvarez-Icaza M; Lucio Gómez-Maqueo E; Duran Patiño C; LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA EN LA PERCEPCION DEL ESTRÉS Y EL AFRONTAMIENTO EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR; Salud Mental.Vol. 27, No. 4, Agosto 2004: 18-25.
- ²⁷ Robaina Suarez G; Raymond Villena T; Preocupaciones del Adolescente Desde su Propia óptica; Rev Cubana Med Gen Integr v.17 n. 1 Ciudad de la Habana ene-feb. 2001.
- ²⁸ Guilbert Reyes W; Gutiérrez Díaz I; Martínez Gómez C; Comportamiento Ante el Alcohol de los Estudiantes en las Etapas de la Adolescencia; Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 21 (1-2).
- ²⁹ Nuño Gutiérrez B; Flores Palacios F; LA BÚSQUEDA DE UN MUNDO DIFERENTE. LA REPRESENTACIÓN SOCIAL QUE DETERMINA LA TOMA DE DECISIONES EN ADOLESCENTES MEXICANOS USUARIOS DE DROGAS ILEGALES; Salud Mental, Vol. 27, No. 4 agosto 2004: 26-34.
- ³⁰ Ferrer Pérez V; Bosch Fiol E; Introduciendo la Perspectiva de Género en la Investigación Psicológica Sobre Violencia de Género; Anales de Psicología 2005, Vol. 21, No 1 (junio), 1-10 (Universidad Murcia España).
- ³¹ Patró Hernández R; Limiñana Gras R; Víctimas de Violencia Familiar: Consecuencias en Hijos de Mujeres Maltratadas; Anales de Psicología 2005, vol 21 No 1 (junio), 11-17 (Universidad de Murcia, España).
- ³² Pérez Cárdenas C; Vivir en Familia; Rev Cubana Med Genr Integr 2000: 36-41.
- ³³ Louro Bernal I; Hacia una Nueva Conceptualización de la Salud del Grupo Familiar y sus Factores Condicionantes; Rev Med Cubana de Salud Pública 2004: 17-25.
- ³⁴ Martínez Calvo S; La Familia: una Aproximación desde la Salud; Rev. Med Cubana de Psicología 2002: 42-46.
- ³⁵ Valdéz Sanchez N; Bienestar Psicológico de los Adolescentes en Función de la Estructura Familiar; Artículo de Revisión 2003.

³⁶ Membrillo Luna A; Consejería Familiar; Artículo de Revisión; "Médico Especialista en Medicina Familiar, Coordinador de la Unidad de EMC "Dr. Francisco J. Balmis", Departamento de Medicina Familiar" Facultad de Medicina, UNAM.

ANEXOS:

ANEXO 1

INVENTARIO PARA DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario hay diversos enunciados, por favor lee cada uno y escoge de cada grupo el que mejor describa cómo te has sentido esta última semana, incluyendo este día. Marca con una X el que hayas elegido, aunque algunas oraciones parezcan aplicarse a tu caso, marca sólo una. Asegúrate de leer todas las aseveraciones de cada grupo antes de contestar.

- 1.- _____ No me siento triste.
_____ Me siento triste.
_____ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
_____ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2.- _____ No me siento desanimado acerca del futuro.
_____ Me siento desanimado acerca del futuro.
_____ Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir.
_____ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas puede mejorar
- 3.- _____ No me siento como un fracasado.
_____ Siento que he fracasado más que otras personas.
_____ Conforme veo hacia atrás, en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
- 4.- _____ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.
_____ No disfruto las cosas como antes.
_____ Ya no obtengo satisfacción de nada.
_____ Estoy insatisfecho y molesto con todo.

-
- 5.- _____ No me siento culpable.
_____ En algunos momentos me siento culpable.
_____ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.
_____ Me siento culpable todo el tiempo.
- 6.- _____ No siento que seré castigado.
_____ Siento que puedo ser castigado.
_____ Creo que seré castigado.
_____ Siento que estoy siendo castigado.
- 7.- _____ No me siento descontento conmigo mismo.
_____ Me siento descontento conmigo mismo.
_____ Me siento a disgusto conmigo mismo.
_____ Me odio a mi mismo.
- 8.- _____ No siento que sea peor que otros.
_____ Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores.
_____ Me culpo todo el tiempo por mis errores.
_____ Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9.- _____ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
_____ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
_____ Quisiera suicidarme.
_____ Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10.- _____ No lloro más que de costumbre.
_____ Lloro más que antes.
_____ Lloro todo el tiempo.
_____ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11.- _____ Ahora estoy más irritable que antes.
_____ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

-
- _____ Me siento irritado todo el tiempo.
_____ No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12.-** _____ No he perdido el interés en la gente.
_____ No me interesa la gente como antes.
_____ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
_____ He perdido todo el interés en la gente.
- 13.-** _____ Tomo decisiones tan bien como siempre.
_____ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
_____ Se me dificulta tomar decisiones.
_____ No puedo tomar decisiones en nada.
- 14.-** _____ No siento que me vea más feo que antes.
_____ Me preocupa que me vea viejo y feo.
_____ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
_____ Creo que me veo horrible.
- 15.-** _____ Puedo Trabajar tan bien como antes.
_____ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
_____ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
_____ No puedo trabajar para nada.
- 16.-** _____ Duermo tan bien como antes.
_____ No duermo tan bien como antes.
_____ Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.
_____ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17.-** _____ No me canso mas de lo habitual.

-
- _____ Me canso más fácilmente que antes.
- _____ Me canso de hacer casi cualquier cosa.
- _____ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18.-** _____ Mi apetito es igual que siempre.
- _____ Mi apetito no es tan bueno como antes.
- _____ Casi no tengo apetito.
- _____ No tengo apetito en lo absoluto.
- 19.-** _____ No he perdido peso a casi nada.
- _____ He perdido más de 2.5 kilos.
- _____ He perdido más de 5 kilos.
- _____ He perdido más de 7.5 kilos.
- (Estoy a dieta SI ___ NO ___).
- 20.-** _____ Mi salud no me preocupa más que antes.
- _____ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento.
- _____ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21.-** _____ Mi interés por el sexo es igual que antes.
- _____ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- _____ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
- _____ He perdido completamente el interés en el sexo

Se le agregó al inicio espacio para el nombre, sexo, fecha, y espacio para la calificación final.

El cuestionario esta integrado por 21 Ítems, de los cuales 16 exploran los síntomas Psico-Cognitivos y los síntomas Somato-Cognitivos con 6 Ítems, con un total de 21 Ítems.

Los valores van de 0 a 3 puntos, el rango de puntuación de 0 a 63 puntos. Y se calificaron de acuerdo a la puntuación obtenida, misma que se clasifico en grados de la siguiente manera:

Sin depresión..... 0 a 10 puntos

Con depresión Leve....11 a 17 puntos

Con Depresión Moderada.. 18 a 24 puntos

Con Depresión Grave..... 25 y más puntos

ANEXO 2

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr./Sra./Joven/Srta. _____ de _____ años de edad, Residente del municipio de Gabriel Zamora Michoacán. Manifiesto que he sido informado sobre el estudio que se llevará, a través del cuestionario que a continuación llenare (de estar de acuerdo), con el propósito de valorar estado anímico (depresivo), en que nos encontremos y de ser posible su canalización a un centro especializado para su manejo a las personas que resulten afectadas. Dicho proyecto de investigación, titulado "PREVALENCIA DE DEPRESION EN PADRES COMO FACTOR DE RIESGO DE LOS ADOLSCENTES DEL MUNICIPIO DE GABRIEL ZAMORA, MICHOACAN".

He sido informado que mis datos personales serán protegidos, a pesar de no poner dicho estudio en peligro nuestra integridad física de acuerdo a la ley 15/1999 del 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración otorgo mi consentimiento a participar en dicho estudio para cubrir los objetivos del proyecto.

Diciembre 2005.

Sr./Sra./Joven/Srta.