



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR PLUS No. 33/UMAA 68
CHIHUAHUA, CHIH.

**DINÁMICA FAMILIAR EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CRUZ MEJÍA MARTÍNEZ

CHIHUAHUA, CHIH. MÉXICO, A 22 DE FEBRERO DEL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DINÁMICA FAMILIAR EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ADSCRITAS A LA UMF No 41. IMSS
IGNACIO ZARAGOZA CHIHUAHUA MÉXICO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. CRUZ MEJÍA MARTÍNEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

Dra. Alma Rosa Ávila Esparza

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UMF PLUS No. 33/UMAA 68 CHIHUAHUA, CHIH.

Dra. Martha Edith Tufiño Olivares

Dra. Alma Rosa Ávila Esparza

ASESORAS DEL TEMA DE TESIS

Dra. Margarita Levario-Carrillo

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS

Dra. Beatriz Gómez Caballero

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MÉDICA

**DINÁMICA FAMILIAR EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ADSCRITAS A LA UMF No 41. IMSS
IGNACIO ZARAGOZA CHIHUAHUA MEXICO.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

CRUZ MEJÍA MARTÍNEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

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

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

CHIHUAHUA, CHIH. 2008

1. TÍTULO.

**DINÁMICA FAMILIAR EN MUJERES DE 30 A 60 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE
DEPRESIÓN ATRIBUIDAS A LA UMF No 41. IMSS IGNACIO ZARAGOZA,
CHIHUAHUA MÉXICO**

2. INDICE GENERAL

	Pág.	
1	Título	1
2	Índice general	2
3	Marco teórico	4
3.1	Introducción	4
3.2	Familia	4
	3.2.1. Definición de familia	4
	3.2.2. Funciones de la familia	5
	3.2.3. Tipología familiar	6
	3.2.3.1. Parentesco	6
	3.2.3.2. Presencia física en el hogar	8
	3.2.3.3. Demografía	8
	3.2.3.4. Nivel socioeconómico	9
	3.2.4. Etapas del ciclo vital	10
	3.2.5. Dinámica familiar	11
	3.2.6. Crisis normativas	12
	3.2.7. Crisis paranormativas	13
	3.2.8. Funcionalidad familiar	14
3.3	Instrumentos de evaluación familiar	15
	3.3.1. Generalidades	15
	3.3.2. Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols.	16
3.4	Depresión	18
	3.4.1. Definición	18
	3.4.2. Formas de depresión	18
	3.4.3. Síntomas	20
	3.4.4. Clasificación	22
3.5	Escalas de medición para depresión	23
	3.5.1. Generalidades	23
	3.5.2. Criterios de diagnóstico para depresión del DSM-IV	24
	3.5.3. Cuestionario GDS para depresión	25

4	Planteamiento del problema	27
5	Justificación	29
6	Objetivos	30
7	Hipótesis	30
8	Metodología	30
8.1	Tipo de estudio	30
8.2	Población, lugar y tiempo de estudio	30
8.3	Tipo y tamaño de muestra	30
8.4	Criterios de inclusión y exclusión.	31
8.5	Variables	31
	8.5.1. Variable independiente	31
	8.5.2. Variable dependiente	32
	8.5.3. Variables universales	38
8.6	Procedimiento material y método	42
8.7	Consideraciones éticas	43
9	Resultados	44
9.1	Análisis de los resultados	44
9.2	Tablas, cuadros y gráficas	46
10	Discusión	51
10.1	Interpretación analítica de los resultados encontrados	51
11	Conclusiones	57
12	Bibliografía	59
13	Anexos	64
13.1	1. Carta del consentimiento informado	64
13.2	2. Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols.	65
13.3	3. Criterios de diagnóstico para depresión del DSM-IV	75
13.4	4. Cuestionario GDS para depresión	76

3. Marco teórico

3.1 Introducción

A pesar de que es en el individuo en donde se manifiesta la enfermedad, la calidad de la organización y el funcionamiento familiar, la familia esta fuertemente relacionada con el mantenimiento de las condiciones básicas de la salud y con la prevención y el manejo adecuado de las enfermedades. Es bastante sabido que los principales factores de riesgo hipertensión, tabaquismo, obesidad, estrés, desinformación, están relacionados con la dinámica familiar y su incidencia es mucho menor si se abordan desde una perspectiva que incluya el problema dentro del núcleo familiar (1).

Es evidente que la familia es una importante fuente de recursos para dar respuesta a las problemáticas que presenta la salud y para el mejoramiento de la calidad de vida en general. Es, por lo tanto, importante incrementar los conocimientos sobre la familia y su dinámica de interrelación que nos llevan a enfermar o a mantener la enfermedad (1).

3.2 Familia

3.2.1 Definición.

En la actualidad hablar de familia implica citar diferentes autores, dentro de estos, Virginia Satir menciona que la vida familiar se parece un poco a un “iceberg”. Solo se percibe una pequeña parte de su totalidad la parte que todos pueden ver y oír y frecuentemente la gente cree que esa fracción representa la totalidad, así el destino de la familia depende de comprender los sentimientos, necesidades y normas que rigen los sucesos familiares cotidianos (2).

Hace 3 décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la familia con un enfoque antropológico y demográfico como miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio (3).

Santacruz define a la familia como “un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o de matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que en general comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar”(3).

Actualmente, y de acuerdo a la Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud efectuado en el 2005 en la ciudad de México, define a la familia como: 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 sea consanguíneos, legales y/o de afinidad (4).

Para su estudio la familia cuenta con una estructura, funciones, ciclo vital y tipología familiar; la estructura es el conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar (4).

3.2.2. Funciones de la familia

El análisis de las funciones de la familia ha tenido diferentes enfoques. Según el eje de interés, puede abarcar áreas psicológicas y culturales de las que se desprende cada una de ellas; al considerar que la familia está destinada a preservar, transmitir y determinar rasgos, aptitudes, así como pautas de vida de los miembros que la componen, una de las funciones generales será la conservación y trasmisión de la cultura, así como la protección de todos y cada uno de sus miembros ante peligros internos y externos. Por consiguiente podemos mencionar que la familia moderna presenta dentro de sus funciones particulares las siguientes: (5)

I. Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.

II. Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.

III. Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.

IV. Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.

V. Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.

VI. Desarrollo y ejercicio de la sexualidad (4).

3.2.3. Tipología familiar

3.2.3.1. Parentesco.

Es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

La trascendencia de esta clasificación es fundamentalmente el identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso de salud-enfermedad y que cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco esta se clasifica en:

Nuclear.....Hombre y mujer sin hijos.

Nuclear simple.....Padre y madre con 1 a 3 hijos.

Nuclear numerosa.....Padre y madre con 4 hijos o más.

Reconstruida binuclear...Padre y madre, en donde alguno o ambos has sido divorciados o viudos y tiene hijos de su unión anterior.

Monoparental.....Padre o madre con hijos.

Monoparental extendida....Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta...Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa.....Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Extensa compuesta.....Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

No parental.....Familias con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres.

Monoparental extendida sin parentesco...Padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.

Grupos similares a las familias.....Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares (4).

En el estudio realizado por Soriano y cols., en el 2000 con el objetivo de analizar la estructura familiar, el ciclo vital familiar y psicopatología, en un Centro de Salud de ámbito rural, en 124 pacientes mujeres encontró que: el tipo de estructura familiar predominante es la nuclear con un 56.5%, seguido de la monoparental con un 12.5% y la nuclear ampliada con un 11%, en relación al ciclo vital mayoría de las familias se encuentran en la etapa IV de contracción 26.6% es importante mencionar que de acuerdo al Consenso de Medicina Familiar en el 2005 corresponde a la etapa del ciclo vital de dispersión, la etapa V final contracción 24% que corresponde a la independencia.

El 58% de la muestra estudiada refiere presentar algún trastorno psicológico los más frecuentes son: episodio depresivo mayor, distimia, trastorno por angustia y ansiedad generalizada. Otro punto importante es que había antecedentes familiares de patología psiquiátrica 49% (sobre todo la madre y hermanas) y en un 5% se registró la presencia de suicidio familiar (6).

3.2.3.2. Presencia física en el hogar y convivencia.

Esto implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la Medicina Familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias (4).

Presencia física en el hogar:

-Núcleo integrado.....Presencia de ambos padres en el hogar.

-Núcleo no integrado.....No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.

-Extensa ascendente.....Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.

-Extensa descendente.....Padres que viven en la casa de algunos de los hijos.

-Extensa colateral.....Núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales, tíos, primos, abuelos (4).

Pérez y cols., realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo, en el 2003-2004 a un grupo de 80 familias en el Policlínico en Alamar, Cuba donde existía un individuo que perdió a su pareja sexual, encontraron que el afrontamiento inadecuado de la viudez fué de 44% para las mujeres y 38% para los hombres, el afrontamiento adecuado fué 56% para las mujeres y 62% para los hombres. Otra de las variables estudiadas son la actividad pesimista para las mujeres fué 44%, para los hombres 38%, los síntomas de depresión para las mujeres 42%, para los hombres 38% y síntomas de ansiedad 35% para las mujeres y 34 % para los hombres (7).

3.2.3.3. Demografía.

En base a su demografía, una población que cuenta con cierto número de habitantes se clasifica en 1) urbana: de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática, (INEGI),

cuando una población tiene una proporción de 2,500 habitantes ó más, 2) rural: cuando una población tiene una proporción menor de 2,500 habitantes (8).

En relación con la demografía, Bello y cols., en un estudio realizado en 2002-2003 con el objetivo de presentar las estimaciones de prevalencia de depresión y el porcentaje que han sido diagnosticados, aplicando encuestas a nivel nacional tanto a mujeres como a hombres mayores de 18 años, considerando zonas rurales, urbanas y metropolitanas, encontraron los siguientes resultados: la prevalencia de depresión en zona rural para mujeres fue del 5% y para hombres el 3%, en relación a la zona urbana la prevalencia fue del 6% para mujeres y 3% para hombres y en área metropolitana para mujeres 6% y para hombres 2% como vemos pues las zona rurales el hombre es el más afectado y la mujer en zona urbana (9).

3.2.3.4 Nivel socioeconómico.

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud, se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en un familia económicamente estable (4,10).

Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran el fenómeno riqueza-pobreza en el escenario familiar (4).

Berenzon y cols., realizaron en 1990 un estudio y cuyo objetivo fué explorar la relación entre algunas variables sociodemográficas y la presencia de trastorno depresivo, en una muestra de población urbana de bajos ingresos al sur México, entrevistó 600 pacientes de estas 278 mujeres casadas, 33 viudas, divorciadas y o separadas y 244 solteras, encontró que existen marcadas diferencias en cuanto al nivel de ingreso familiar en las mujeres que nunca se han casado donde

el 69% de ellas tienen un ingreso mensual superior a 2 salarios mínimos, en relación a las casadas donde solo el 28% de ellas solo percibían de 1 a 2 salarios mínimos y para las viudas, divorciadas o separadas de 1 a 2 salarios mínimos un 28% y para estos 2 últimos grupos de pacientes predominó menos de 1 salario mínimo con un 70% aproximadamente. Como ya se mencionó el nivel de ingreso doméstico puede ser uno de los factores sociales asociados para que se presente depresión. (11).

3.2.4. Etapas del ciclo vital familiar.

La familia, como todo grupo humano tiene un inicio, desarrollo y ocaso, a semejanza de lo que ocurre con el hombre que es engendrado, nace, crece, se desarrolla, reproduce y muere, la familia sigue un patrón similar; en 1980 Geyman propone el siguiente esquema:

I. Fase de matrimonio: se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

II. Fase de expansión: es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.

III. Fase de dispersión: se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

IV. Fase de independencia: es difícil precisar el número de años transcurridos; al inicio de esta fase la pareja debe aprender a vivir nuevamente en independencia, sus hijos han formado nuevas familias.

V. Fase de retiro y muerte: se caracteriza por cuatro circunstancias que se han identificado:

a) Incapacidad para laborar (con desempleo debido a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas).

b) Desempleo.

c) Agotamiento de los recursos económicos.

d) Las familias de los hijos casados en fase de expansión, sin la capacidad de proporcionar recursos a los padres, abandonándolos en sus hogares de origen, o recluyéndolos en asilos para ancianos (12).

El ciclo vital familiar es crucial en la familia y expuesto a cambios inesperados pero en ocasiones difíciles de enfrentar y de superar como lo menciona Fuentes y cols., donde las familias se encontraban en una etapa IV de contracción con un 27%, seguida de la etapa III de extensión con un 21% (6).

3.2.5. Dinámica familiar.

La familia está inmersa en un campo muy amplio de influencias culturales, como las que presentan diversas organizaciones sociales, los cambios históricos y los conflictos de valores, debidos principalmente a las diferencias étnicas religiosas y de clase social. Estos factores han jugado un papel esencial en el modo en que la familia ha vivido y experimentado su evolución de vida, ya que toda sociedad tiene sus formas propias de fijar el modelo de necesidades humanas y de expresar su aprobación a ciertos síntomas y conflictos según su propio criterio de lo que es una conducta apropiada, lo cual marca lo que será la interacción de los miembros de la familia y señala las pautas para la dinámica de las mismas (13).

En el Consenso de Medicina Familiar del 2005 define la dinámica familiar como un proceso en el que intervienen interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia, este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar (4).

La dinámica familiar va a ser el resultado de estos puntos claves para dar como resultado final la funcionalidad familiar o disfuncionalidad familiar como lo manifiesta Mendoza-Solís y cols., los cuales realizaron un estudio con el objetivo de determinar los factores

de la dinámica familiar relacionados con la funcionalidad en un grupo de familias de primer nivel de atención, utilizando el instrumento de evaluación subsistema conyugal y FACES III, aplicados a 103 estudios de salud familiar de la Unidad Medica Familiar No. 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Xalapa, Veracruz de marzo 2003 a diciembre 2004, con respecto a la dinámica familiar encontró que el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad. De acuerdo a la evaluación del sistema conyugal, encontró 52% de parejas funcionales, 39% de parejas moderadamente disfuncionales y 9% de parejas severamente disfuncionales, los resultados de FACES III, revelaron 43% de las familias en rango medio, 41% de familias balanceadas y 16% de familias extremas. La comunicación directa predominó en las familias balanceadas al igual que los límites (14).

3.2.6 Crisis normativas

Una crisis es un estado temporal de trastorno de desorganización; se caracteriza sobre todo por una incapacidad para manejar situaciones particulares, y el individuo utiliza métodos acostumbrados para la solución de problemas dado el potencial para obtener resultados radicalmente positivos o negativos (15).

En las etapas críticas de la familia son innumerables las oportunidades que se ofrecen al Médico Familiar, para intervenir en la adaptación de la familia a lo largo del ciclo vital familiar y en particular de sus etapas críticas. Las crisis pueden ser normativas y paranormativas y pueden ir desde el beneplácito por el próximo embarazo; hasta el fallecimiento de un miembro de la familia. Las crisis normativas son las que se derivan del propio ciclo evolutivo familiar.

Ejemplo:

-Embarazo: beneplácito.

-Nacimiento: el nacimiento de un hijo repercute desde diferentes ángulos en la dinámica de la familia, desde el punto de vista económico, si se trata de una familia de la clase alta, no habrá desajustes presupuestarios. En una familia de estrato socioeconómico bajo y cultural bajo, esto implicará ajustes importantes a la llegada del nuevo miembro.

-Enseñanza de la sexualidad: desde el punto de vista sociocultural, depende en muchas ocasiones del estrato social en el que se desenvuelve y del acervo cultural de la familia.

-Estado laboral: los principales factores de riesgo para la familia, son en primer lugar, desocupación, búsqueda y cambio de trabajo (16).

En relación a esta crisis podemos mencionar la más frecuente el parto y como consecuencia la implicación en la dinámica familiar en estas mujeres con síntomas depresivos, durante los 3 primeros años después del parto, estudio realizado por Dearing, E. y cols., en National Institute of Chile Health and Human Development Study of Early Chile Care, en Estados Unidos, en el año 1991 donde estudiaron a 1351 mujeres con una edad promedio de 28 años, encontrando los siguientes resultados: 35% de estas pacientes presentaron una asociación significativa con síntomas depresivos, efecto provocado por bajos ingresos y falta de empleo, considerando que son cabezas de familia (17).

3.2.7 Crisis paranormativas

Son crisis accidentales o no normativas dentro de las más comunes tenemos el abandono imprevisto o huida del hogar de cualquiera de los integrantes, relaciones sexuales prematrimoniales, descubrimiento de homosexualidad, enfermedades físicas o mentales en los miembros de la familia, problemas económicos, divorcio, accidentes o lesiones en algún miembro de la familia, invalidez o muerte de un hijo, del esposo (a), de los padres o de un familiar (15).

3.2.8 Funcionalidad familiar

La función familiar se define a través de las tareas o actividades que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo cuyo cumplimiento favorece la dinámica familiar, entendida como la interacción entre sus miembros y con otros sistemas sociales como consecuencia de su propia naturaleza que es multidimensional (4).

Con base en estos conceptos se puede considerar que una familia es funcional cuando cumple con sus funciones como un sistema, y la forma como los integrantes interactúan y se organizan para el cumplimiento de estas funciones corresponde al estudio de la dinámica familiar (4).

Son muchas las crisis que se pueden presentar en la familia sin importar la etapa del ciclo vital en que la familia se encuentre, como lo manifiesta Álvarez y cols., en su estudio sobre el nivel de funcionalidad familiar, en un grupo de familias que tienen un hijo con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) encontró los siguientes resultados: familias funcionales 82% y familias disfuncionales un 17%; en relación a las áreas de la dinámica familiar que son 9, en las familias funcionales las áreas más funcionales son autoridad, control, apoyo, conductas disruptivas, comunicación y recursos, para las familias disfuncionales tenemos supervisión, apoyo, afecto, recursos, es pues en este estudio donde se observó que no importa tener una enfermedad grave dentro de la familia para que esta sea funcional (18).

El rol familiar es un patrón (modelo) de conducta que se caracteriza y se espera de una persona, la cual ocupa cierta posición en un grupo y en determinado contexto. Los roles son actividades recíprocas en otros miembros de la familia, y al ser conductas y tener características particulares dependen del grupo social o de una determinada situación; también están asociados a procesos, y son las funciones que un miembro del grupo cumple o no en el rango que tiene (19).

Blanco y cols., realizaron un estudio analizando la relación existente entre distribución de responsabilidades en el hogar y la salud física y mental percibida por un grupo de mujeres

trabajadoras en Caracas Venezuela en 1994-1995, encuestaron a 260 profesoras universitarias sobre administración o planificación de las tareas en el hogar y realización de las mismas, los resultados fueron: en cuanto a la distribución de responsabilidades en el hogar, se observó que existe una mayor participación de las mujeres en la planeación y gerencia de las tareas y reciben ayuda de su pareja en el mantenimiento de la casa, aquellas mujeres que informan una mayor carga en las tareas del hogar presentan ansiedad, depresión y baja autoestima (20).

3.3 Instrumentos de evaluación familiar

3.3.1 Generalidades

Evaluar a la familia implica una tarea muy compleja que involucra la situación personal de quien esta evaluando, además de un conjunto de conocimientos que permitan hacerlo de la manera más objetiva lo que justifica y requiere de instrumentos confiables y válidos. Un sistema familiar es susceptible de ser evaluado estando la familia reunida en su totalidad o a través de uno de sus miembros (21).

En nuestro medio existen varios instrumentos de evaluación de la familia tales como el APGAR familiar desarrollado por Smilkstein, que es un instrumento que cuenta solo con 5 ítems A (Apoyo), P (Participación), G (Crecimiento), A (Afecto) y R (Recursos). La exploración de la funcionalidad familiar se hace a través de pregunta de respuesta breve. Es un instrumento cuya sensibilidad y especificidad es alrededor del 60%. Otro instrumento que se puede utilizar es la Escala Adaptabilidad, Cohesión y Comunicación, de Olson (FACES III) (22).

La Clasificación Triaxial de la Familia es un instrumento que explora tres fuentes o ejes de información, cada uno de los cuales agrupa disfunciones familiares. Eje I: aspectos del desarrollo familiar, eje II: disfunciones en los subsistemas familiares, eje III: disfunciones de la familia como sistema. Este instrumento fué propuesto por la Academia Americana de Psiquiatría Infantil para investigar problemas familiares que influyen en la conducta infantil (23).

No existe el instrumento de evaluación de la dinámica familiar ideal, aunque se han hecho numerosos intentos en el afán de crearlo; sin embargo en nuestro medio disponemos de instrumentos validados para la población mexicana, entre ellos la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols (21).

3.3.2 Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols.

La Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols., tal como se presenta ahora, es el resultado de la evolución de muchos años de trabajo, no solo en nuestro país con sujetos y familias mexicanas, sino de la revisión minuciosa de otras guías de evaluación familiar, originadas en otros países como Canadá y Estados Unidos y de la certeza de que era necesario adaptar y crear instrumentos para nuestra población más que adoptar los de otros países (21).

Esta encuesta fué utilizada por maestros investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Universidad Iberoamericana, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME), la Universidad Metropolitana. La validación de este instrumento se llevó a cabo en el Centro Comunitario de la Facultad de Psicología de la UNAM y en varias escuelas vocacionales del Instituto Politécnico Nacional (IPN), así como en los domicilios de las familias habitantes de la zona norte, centro y sur del Distrito Federal (DF) y parte de poblaciones del Estado de México colindantes con el D.F., en 1987. Alcanzó una confiabilidad de .75 con la prueba ALFA Cronbach de consistencia interna con los reactivos, lo cual es aceptable para este tipo de instrumentos (21).

Esta conformado por 40 reactivos que miden 9 áreas las cuales estudian el funcionamiento dinámico, sistémico y estructural de las familias. Las áreas son: Autoridad, Orden, Supervisión Apoyo, Afecto, Comunicación, Afecto negativo, Conductas disruptivas y Recursos.

La medición de estas nueve áreas incluye los siguientes aspectos estructurales de la familia:

I: Territorio ó centralidad: este termino hace referencia al espacio que cada quien ocupa en determinado contexto.

II. Roles: son las expectativas conscientes ó inconscientes que cada miembro de la familia tiene a cerca de la conducta que tendrá otro miembro.

III. Jerarquía: es la dimensión de autoridad que se define como el poder ó derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones ó hacer las decisiones finales.

IV. Límites: son las reglas que consciente ó inconscientemente son formuladas por la familia, también se consideran como fronteras entre una generación y otra.

V. Alianzas: se llama a la asociación abierta ó encubierta entre dos o más miembros de la familia.

VI. Comunicación: es el intercambio de información y el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales la gente se relaciona con los demás.

VII: Modos de control de conducta: son los patrones que una familia adopta para manejar sus impulsos y para mantener modelos de que es bueno y que es malo.

VIII: Afectos: las manifestaciones verbales y no verbales de bienestar ó malestar que son utilizadas entre los miembros de la familia.

X: Psicopatología: se habla de psicopatológica familiar cuando los conflictos no son resueltos debido a la rigidez de los patrones de interacción (21). Anexo 2.

Una investigación de Álvarez y cols., donde se aplica el cuestionario de la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols., sobre el nivel de funcionalidad familiar en un grupo de familias que tienen un hijo con Parálisis Cerebral Infantil (PCI) evaluando su estructura, dinámica y funcionalidad familiar se encontraron los siguientes resultados: a pesar de que las familias tenían un hijo con parálisis cerebral, la funcionalidad familiar estuvo presente en un

82%, y fue disfuncional en un 18%, en relación a las áreas encontró que la autoridad, comunicación y afecto son las que más se encuentran afectadas en estas familias (18).

3.4 Depresión.

3.4.1 Definición

Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (24).

Para la OMS la depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía (25).

Hablando de su etiología la mayoría de los investigadores coinciden en que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida (26)

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno depresivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 2% y de 3% en las mujeres, la prevalencia de depresión para un periodo de 12 meses es de 6% para hombres y 9% para mujeres (25).

3.4.2 Formas de depresión

Se han realizado estudios en pacientes con esta enfermedad a largo plazo encontrando que existen dos formas básicas de depresión:

1) Exógena o reactiva: obedece a una causa externa generalmente bien definida, (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante o crónica degenerativa) (27). Como los resultados encontrados por Colunga y cols., en un estudio realizado a 450 pacientes de enero 2004 a enero 2005, pacientes derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 3 en la ciudad de Guadalajara con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos, encontrando los siguientes resultados: Diabetes Mellitus tipo 2 el 62% para mujeres y 38% hombres la prevalencia de depresión fué de 63%, en una proporción 3 a 1, mayor en mujeres que en hombres (28).

2) Endógena no tiene una causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla como una alteración biológica; la depresión tiene muchas causas y factores; en la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica (27).

a)- Factores genéticos: La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del medio ambiente o educación del individuo (27).

b)- Factores neuroquímicos: en los últimos años se han registrado una serie de progresos en el estudio de las bases biológicas de la depresión, se ha enfatizado en el papel de los traumas infantiles, la sensibilización de los sistemas neuroendocrinos relacionados con el estrés. Esta sensibilización predispone a una hiperreactividad al estrés en la vida adulta, lo que explicaría la vulnerabilidad para desarrollar cuadros depresivos y la recurrencia de estos trastornos (29).

c)- Factores psicosociales: los acontecimientos estresantes, por ejemplo la pérdida del cónyuge o de un progenitor, preceden con frecuencia a los primeros episodios del trastorno depresivo mayor (26).

d)- Factores familiares: algunos trabajos indican que las malas relaciones en la familia, cuando un paciente es diagnosticado y sometido a un tratamiento, permanecen tras su recuperación; este grado de psicopatología en la familia puede afectar la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación del paciente (26).

Se pueden mencionar muchos estudios relacionados con los factores antes mencionados en este caso citaremos al estudio realizado por Lugones y cols., a mujeres del consultorio No. 16 del Policlínico en la Habana, Cuba de 40 a 59 años de edad, de mayo a junio 1997, donde se aplicó un cuestionario con las siguientes variables: edad, estado civil, edad de inicio de la menopausia, algunas características de la sexualidad y de las relaciones conyugales y familiares los resultados fueron: principalmente síntomas psíquicos, donde predomina la ansiedad en las perimenopáusicas con el 59%, en las posmenopáusicas 65%, la depresión en el 42% para las perimenopáusicas y en las posmenopáusicas 60%; en relación a las características de las relaciones familiares tenemos que la mayoría de ellas las consideran malas 56% de las mujeres perimenopáusicas y el 64% para las posmenopáusicas (30).

3.4.3 Síntomas de la depresión.

Los síntomas son muy diversos, suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas puede haber un periodo prodrómico, que en la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque, a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Es por eso que lo más importante es hacer un buen diagnóstico tomando en cuenta los siguientes criterios: por lo menos cinco de los síntomas de los criterios del DSM-IV.

A- Cinco o más de los siguientes nueve síntomas, han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas y presenta un cambio de la función previa, al menos uno de los síntomas debe ser: 1- Ánimo deprimido o 2- Pérdida del interés o del placer.

1-Animo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días, indican por los síntomas objetivos. Sentimientos de tristeza o vacío.

2-Marcada disminución de interés o del placer en todas, o casi todas las actividades de la mayor parte del día, casi diariamente.

3-Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso. Cambio superior al 5% del peso corporal en un mes, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4-Insomnio o hipersomnia casi diario.

5-Agitación o enlentecimiento psicomotor casi diario.

6-Fatiga o pérdida de energía casi diarios.

7-Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días.

8-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi diarios.

9-Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o intentos de suicidio o planes específicos para cometerlo (24).

En el estudio realizado por Peralta-Pedrero y cols., en la Unidad de Medicina Familiar 93 del IMSS, de la ciudad de México para determinar la prevalencia de síntomas depresivos y factores de riesgo, en la mujer adulta de marzo a diciembre del 2004, donde se encuestaron 400 participantes con edad de 40 años, 74% eran casadas, 68% se dedicaba al hogar 79% con escolaridad de secundaria o menos.

La prevalencia de síntomas depresivos fue de 52%, se formaron dos grupos de 200 pacientes: el primero de 20 a 39 años, el segundo de 40 a 59 años, la muestra en su totalidad presentó 34%

solo síntomas depresivos, 18% síntomas depresivos y disfunción familiar, 8% solo disfunción familiar y 40% sin síntomas depresivos ni disfunción familiar.

De las variables analizadas como probables factores de riesgo para la depresión, la disfunción familiar presentó una asociación estadísticamente significativa, solo se observó en las mujeres de menores de 40 años (31).

3.4.4 Clasificación de la depresión.

De acuerdo a los criterios del DSM-IV la depresión se clasifica de la siguiente manera:

a) Depresión mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores; al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados al menos por cuatro síntomas de depresión (24).

b) Distimia: se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un depresivo mayor (24).

c) El trastorno bipolar: llamado también enfermedad maniaco-depresiva este no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo eufórico y ánimo bajo (24).

Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe estudio realizado por Kohn y cols., entre los años 1980 y 2004 usando investigaciones epidemiológicas aplicando instrumentos diagnósticos estructurados, se estimaron tasas de prevalencia, encontrando los siguientes resultados: las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada 1%; depresión mayor de 5%; y el abuso a la dependencia del alcohol el 6% (32).

3.5 Escalas de medición para depresión

3.5.1 Generalidades

En la actualidad se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, que han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas, dentro de los cuales tenemos: la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados con la depresión, es importante mencionar que no es un instrumento de diagnóstico clínico para evaluar depresión, sino proporciona indicadores de riesgo de esa enfermedad a través de la sintomatología depresiva, cuenta con 20 reactivos de la sintomatología depresiva evaluando: afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales actividad retardada y somatización (33).

Podemos mencionar la escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión (HAM-D), creada por Hamilton en 1960, es una escala de heteroevaluación que consiste en obtener una medida del estado depresivo, comprende 17 cuestiones (versión original) graduadas, algunas a 3 (puntuación de 0 a 2) y otras a 5 (puntuación de 0 a 4) niveles de gravedad. Esta escala a pesar de no ser cronológicamente la primera para evaluar la depresión, se ha convertido rápidamente en el término de comparación para todas las demás escalas. No es un instrumento diagnóstico y debe utilizarse solamente una vez que se ha establecido el diagnóstico de depresión, para evitar que otras patologías puedan influir en la evaluación final. En la escala HAM-D los criterios de evaluación se presentan preferentemente por lo temas, la integración tras una observación objetiva y la exposición subjetiva de los síntomas. La puntuación total, obtenida sumando las puntuaciones de todas las cuestiones de (de 0 a 52 puntos), se comienza a considerar indicativa de depresión moderada una puntuación total de 18 (34).

3.5.2 Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor según el DSM-IV.

Estos criterios constituyen el estándar de oro para el diagnóstico de los episodios depresivos mayores y son los que a continuación se describen:

A	<p>A. Se trata de un episodio depresivo mayor cuando hay presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) a la observación realizada por otros (p. ej., llanto).</p> <p>(2) Disminución marcada de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiera el propio sujeto u observan los demás).</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio del más del 5% del peso corporal de 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.</p> <p>(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.</p> <p>(7) Sentimientos de inquietud o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples reproches o culpabilidad por el hecho de</p>
---	--

	<p>estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).</p> <p>(9) Pensamientos recurrentes de de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</p>
B	Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D	Lo síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad medica (p. ej., hipotiroidismo).
E	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la perdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Para su aplicación se requiere de una entrevista estructurada y exige el juicio del entrevistador de acuerdo a los criterios citados en esta tabla y considerada como estándar de oro para diagnóstico de depresión (24). Anexo 3.

3.5.3 Cuestionario para depresión Geriátrica (GDS).

Creada por Yesavage en 1986 es un cuestionario que consiste en 15 preguntas cuya respuesta es si o no con respecto a como se sintieron en la última semana; en su versión corta, tiene una sensibilidad de 92% y una especificidad del 89%; Las respuestas que se consideraron como

depresivas fueron: 1 No, 2 Si, 3 Si, 4 Si, 5 No, 6 Si, 7 No, 8 Si, 9 Si, 10 Si, 11 No, 12 Si, 13 No, 14 Si y 15 Si. Se sumaron los puntos de las respuestas depresivas; el puntaje de 0-4 se consideró normal, 5-8 indica depresión leve; 9-11 depresión moderada y 12-15 depresión severa; esta encuesta basada en los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor del DSM-IV (35).

Anexo 4.

En un estudio epidemiológico realizado Tapia H., en un Hospital General dentro de un sistema de seguridad social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en un lapso de tres años 2000-2003, se analizaron expedientes de pacientes que acudieron a consulta externa, hospitalización y urgencias del servicio de Psiquiatría de este hospital, y que fueron atendidos de primera vez en el lapso mencionado. Se encontraron 1906 pacientes, que conforman 33% de un total de 5676, los cuales cumplieron con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV para depresión mayor, siendo la patología psiquiátrica más frecuente. Se detectó marcado predominio del sexo femenino en un 70%, en proporción de 2.4: 1 respecto a los varones (36).

En la unidad de Medicina Familiar No. 41 IMSS, de Ignacio Zaragoza, Chihuahua, el diagnóstico de depresión en mujeres de 30 a 60 años de edad, se encuentra dentro de las primeras 10 primeras causas de consulta, con el consiguiente aumento en el consumo de medicamentos psicotrópicos. Por otra parte, es factible que la prevalencia de este padecimiento en las familias de Ignacio Zaragoza puede estar ocasionando trastornos en la dinámica familiar (37).

La OMS reporta que los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos rurales. Tiene un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias (25).

Por todo lo anterior, surge nuestro interés en conocer la dinámica familiar en las mujeres de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión en la UMF No. 41 IMSS, de Ignacio Zaragoza, Chihuahua.

4. Planteamiento del problema

La salud familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia para cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo. La familia es más saludable en la medida que facilite el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus integrantes y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas de acuerdo con las exigencias de cada etapa de la vida.

Ante el proceso salud-enfermedad, es el grupo familiar el primero en verse afectado de forma directa o indirecta por lo que la familia debe estar preparada para hacer frente a estos procesos patológicos. Además del procesamiento de la enfermedad y del tipo de respuesta que se genera, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad, tales como las etapas del ciclo vital, nivel socioeconómico, etc.

Cuando las enfermedades a las que se enfrenta la familia son los trastornos mentales y conductuales como la depresión, no solo deben proporcionar apoyo físico y emocional sino que también soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación.

En la mujer la depresión cobra especial importancia debido a la influencia de los factores hormonales, además de otros factores psicosociales que la hacen más susceptible tales como una baja autoestima, persistencia de patrones culturales, aislamiento social y violencia intrafamiliar, entre otros; cuando una mujer padece un episodio depresivo es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar se vean incrementados; sobre todo cuando la mujer es cabeza de familia y/o tienen que atender una actividad laboral, actividad familiar, hijos, etc.

Por otra parte, el aumento en la prevalencia de la depresión en el mundo ha significado una enorme carga para la familia y la sociedad y las perspectivas de futuro son todavía más sombrías, calculándose que para el 2020 en las comunidades desarrolladas será la primera causa de morbilidad.

Es de llamar la atención que este fenómeno no se limita a las grandes ciudades y zonas metropolitanas, sino que también se presenta en poblaciones mas pequeñas y rurales, como la población de Ignacio Zaragoza, Chihuahua en donde el incremento de esta padecimiento va en franco aumento, desconociéndose la magnitud del problema. Es aquí donde surge nuestra inquietud por conocer los factores y la dinámica familiar asociados a la depresión en las mujeres de esta comunidad.

¿Cuál es la dinámica familiar en mujeres de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión, adscritas a la UMF No. 41 del IMSS de Ignacio Zaragoza, Chihuahua, México?

5. Justificación.

La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen y a su entorno familiar. Los problemas asociados a ella son extremadamente costosos para las familias y la sociedad en general; una limitación para su tratamiento y control es que frecuentemente pasa inadvertida o su impacto es subvalorado; constituye una de las principales cargas sanitarias que como consecuencia del impacto mental, emocional, familiar y social ocasiona en quien la padece, siendo la mujer la más afectada en proporción de 2:1 con el hombre, y trae consigo en la mayoría de las veces alteraciones en la dinámica familiar.

La depresión constituye un problema importante en la consulta médica. El número de profesionales de la salud disponible para atender trastornos mentales y de conducta no es suficiente. Esto es más evidente en las poblaciones distantes de los centros urbanos en donde es difícil proporcionar los servicios sanitarios por diferentes motivos.

En el primer nivel de atención a la salud la depresión ocupa también un lugar preponderante dentro de las 10 principales causas de consulta. Y va en aumento. Es frecuente que este padecimiento no se identifique y trate adecuadamente; y cuando esto si se realiza no se le da importancia al impacto que dicha enfermedad produce, llevando con ello a la cronicidad y a la disfunción familiar.

En la UMF No. 41 del IMSS durante los años 2001 a 2004 la depresión se encontraba en el 17avo lugar como causa de consulta en esta población de Ignacio Zaragoza, Chihuahua. A partir del 2005 la depresión se encuentra dentro de las 10 primeras causas de consulta externa, lo que ha ocasionado un aumento considerable en el consumo de medicamentos psicotrópicos y la inquietud de autoridades centrales por dicha causa.

6. Objetivos

1. Identificar las diferencias que existen en la dinámica familiar de las mujeres de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión, comparadas con la dinámica familiar de las mujeres de 30 a 60 años sin diagnóstico de depresión.
2. Determinar cuáles son las áreas afectadas de la dinámica familiar en las mujeres de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión y las mujeres de 30 a 60 años sin diagnóstico de depresión.

7. Hipótesis

Existen diferencias en la dinámica familiar de las mujeres de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión comparadas con la dinámica familiar de las mujeres de 30 a 60 años sin diagnóstico de depresión.

8. Metodología.

8.1 Diseño.

Transversal comparativo.

8.2 Universo de trabajo.

Mujeres de 30 a 60 años de la UMF No. 41 IMSS Ignacio Zaragoza, Chihuahua.

8.3 Tipo y tamaño de muestra

- Se calculó con el programa STATA 9.0
- Hipótesis de nulidad: La dinámica familiar es similar en mujeres con y sin depresión
- Variable de referencia: área de afecto y comunicación en la evaluación de la dinámica familiar.
- $\alpha = 0.0500$ (two-sided)
- Poder= 0.9000
- $p1 = 0.4300$

- $p2 = 0.1000$
- $n2/n1 = 1.00$
- Tamaño de muestra requerido:
- $n1 = 42$
- $n2 = 42$

8.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Mujeres de 30 a 60 años.
- Adscrita a la UMF. No. 41 Ignacio Zaragoza, Chihuahua.
- Que acepte participar, con el consentimiento informado.
- A este grupo de pacientes se les aplicará los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor para identificar pacientes que cursen con y sin diagnóstico de depresión.
- Se incluyen pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Criterios de exclusión.

- Las pacientes con cuestionarios incompletos.

8.5 Variables

8.5.1. Variable Independiente

- Depresión en base a los criterios del DSM-IV.**

Definición conceptual: es una enfermedad que afecta al estado de ánimo, el pensamiento y por lo tanto el organismo total.

Definición operativa: cuando al momento de la entrevista la paciente presentó 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa; por lo menos uno de los síntomas debe ser 1) ánimo depresivo o 2) pérdida del

interés o del placer, de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.

1-Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días, indican por los síntomas objetivos. Sentimientos de tristeza o vacío.

2-Marcada disminución de interés o del placer en todas, o casi todas las actividades de la mayor parte del día, casi diariamente.

3-Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso. Cambio superior al 5% del peso corporal en un mes, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4-Insomnio o hipersomnia casi diario.

5-Agitación o enlentecimiento psicomotor casi diarios.

6-Fatiga o pérdida de energía casi diario.

7-Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días.

8-Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi diarios.

9-Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico o intentos de suicidio o planes específicos para cometerlo.

Escala de medición: Nominal.

Indicador: Si ó No.

8.5.2. Variable dependiente.

Dinámica familiar.

Definición conceptual: es un proceso en el que intervienen interacciones, sentimientos, pautas de conducta, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; este proceso se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o no la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar.

Definición operativa: en este estudio la dinámica familiar se evaluó en relación con las áreas contenidas en la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols., las áreas son: autoridad, orden, supervisión apoyo, afecto, comunicación, afecto negativo, conductas disruptivas y recursos.

Cada ítem se evalúa en una escala ordinal de cuatro categorías, asignando 1 cuando el aspecto evaluado es disfuncional y cuatro cuando es funcional, las categorías 2 y 3 con intermedias. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es igual o mayor de 132; y disfuncional cuando la puntuación obtenida es menor que 132.

Escala de medición: nominal.

Indicador: disfuncional.

funcional.

Áreas de la dinámica familiar

Autoridad

Definición conceptual: capacidad para mandar y tomar decisiones de obligatorio cumplimiento.

Definición operativa: evalúa la eficiencia de la autoridad dentro de la familia. Considera como más funcional a aquellas familias donde la autoridad reside en el subsistema parental y es compartida por ambos padres. Para esta área se evaluaron 10 ítems de acuerdo al puntaje de funcionamiento, de acuerdo al ítem que le corresponda en este caso son: 1, 3, 4, 5, 11, 12, 14, 28, 39, 40; para obtener una suma total de 40 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 32.6 a 40 y disfuncional cuando la puntuación obtenida es de 32.5 o menos.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Orden o Control

Definición conceptual: método o forma coordinada y regular para funcionar desarrollar o hacer algo, en este caso la dinámica de la familia.

Definición operativa: evalúa como se manejan los límites y los modos de control de la conducta, las familias más funcionales son las que tienen los límites bien establecidos, claros y respetados. Para esta área se evaluaron 8 ítems que son: 8, 10, 17, 26, 31, 34, 35, 40; de acuerdo con el puntaje que a cada ítem le corresponda se obtiene una suma total de 32 puntos. Se consideró funcional de 26 a 32 puntos y disfuncional 25 puntos o menos.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Supervisión

Definición conceptual: función de dirección destinada a que la familia cumpla con sus tareas de la mejor forma posible.

Definición operativa: evalúa la funcionalidad de la vigilancia de las normas y comportamientos. Considera mas funcionales a las familias cuya supervisión recae en los subsistema parental y ambos padres lo comparten. Para esta área se evaluaron 5 ítems, que son: 16, 25, 26, 28, 30 los cuales arrojan una suma total de 20 puntos. Se consideró funcional cuando la suma obtenida es de 14.4 a 20 puntos y disfuncional cuando la suma es de 14.3 o menos.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Afecto

Definición conceptual: necesidad primaria del ser humano. Patrón de comportamientos observables que son la expresión de sentimientos y emociones positivas experimentadas, subjetivamente. Estado emocional agradable temporal o permanente. Amor sin componente sexual.

Definición operativa: evalúa como se presentan las muestras de sentimientos y emociones entre los miembros de la familia, considera más funcionales a las familias que permiten y favorecen las demostraciones de sentimientos y emociones entre sus miembros. Para esta área se evaluaron 7 ítems que son: 22, 23, 24, 27, 31, 32, 33; para obtener una suma total de 28 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 22 a 28 puntos y disfuncional cuando la puntuación es de 21 puntos o menos.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional.

Apoyo

Definición conceptual: acción de protección, auxilio y sostén de los miembros de la familia relativo a la función familiar cuidado.

Definición operativa: es la forma en que los miembros de la familia se proporcionan soporte social dentro y fuera del grupo familiar. Considera más funcionales a las familias que favorecen proporcionar soporte social entre sus miembros. Para esta área se evaluaron 6 ítems que son: 7, 16, 18, 20, 39, 40; para obtener una suma total de 24 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 15.9 a 24 puntos y disfuncional cuando la puntuación es de 15.8 o menos.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Conductas disruptivas.

Definición conceptual: presentación de conductas conflictivas inaceptables dentro del núcleo familiar.

Definición operativa: evalúa al manejo de conductas no aceptadas socialmente como adicciones, problema con la autoridad y alguna otra situación emergente: considera más funcionales a las familias que son capaces de enfrentar y manejar favorablemente estas situaciones. Para esta área se evaluaron 7 ítems que son: 5, 9, 36, 37, 38, 39, 40; para obtener una suma total de 28 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 22.9 a 28 puntos y disfuncional cuando la puntuación es de 22.8 o menor.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Comunicación.

Definición conceptual: proceso mediante el cual dos o mas personas se relacionan entre si e intercambian información, trato utilizando para ello el código.

Definición operativa: evalúa la forma de relación verbal y no verbal dentro de la familia. Considera más funcional a las familias que se comunican clara y directamente. Para esta área se evaluaron 9 ítems que son: 4, 10, 15, 18, 19, 21, 22, 36, 38; para obtener una suma total de 36 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 31 a 36 puntos y disfuncional cuando la puntuación es de 30 o menor.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Afecto negativo.

Definición conceptual: patrón de comportamientos observables que son la expresión de sentimientos y emociones negativas experimentadas subjetivamente. Estado emocional desagradable temporal o permanente tales como ira, miedo, rencor, odio, enojo, etc.

Definición operativa: evalúa la funcionalidad de la presencia de los sentimientos negativos y emocionales mal estar dentro de la familia. Considera mas funcionales a las familias que permiten y manejan favorablemente la expresión de este tipo de sentimientos. Para esta área se evaluaron 4 ítems que son: 6, 15, 29, 34; para obtener una suma total de de 16 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 12.9 a 16 puntos y disfuncional cuando la puntuación es de 12.8 o menor.

Escala de medición nominal: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

Recursos.

Definición conceptual: medio o procedimiento del cual se dispone para satisfacer una necesidad, en este caso de la familia.

Definición operativa: se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlas y utilizarlas. Para esta área se evaluaron 6 ítems que son: 2, 12, 13, 14, 17, 40 para obtener una suma de 24 puntos. Se consideró funcional cuando la puntuación obtenida es de 21 a 24 puntos y disfuncional cuando la puntuación es de 20 o menor.

Escala de medición: nominal

Indicador: disfuncional

funcional

8.5.3. Variables universales.

Edad.

Definición conceptual: es el tiempo cronológico transcurrido de una persona, del nacimiento hasta la muerte.

Definición operacional: para los fines de presente estudio será los que refiere la paciente al momento del estudio.

Escala de medición: razón.

Indicador: años cumplidos

Estado civil.

Definición conceptual: es el estado de unión civil y/o religioso de dos personas.

Definición operacional: el estado civil que refiere la paciente al momento de la entrevista.

Escala de medición: nominal.

Indicador: unida

no unida

-Escolaridad.

Definición conceptual: es el grado de instrucción terminada en el sistema escolar Mexicano.

Definición operacional: el grado de introducción escolar que refiere la paciente al momento de la entrevista.

Escala de medición: Nominal para el grado escolar y de razón para años cursados.

Indicador: primaria y menos

secundaria y más

Nivel socioeconómico.

Definición conceptual: estatus de una persona ante la sociedad.

Definición operacional: se consideró el nivel socioeconómico por el número de salarios mínimos que refiere la paciente al momento de la entrevista.

0. Bajo. 2 o menos salarios mínimos.

1. Medio. 3 a 5 salarios mínimos.

2. Alto. 6 o más salarios mínimos.

Escala de medición: ordinal.

Indicador: salarios mínimos.

Ocupación.

Definición conceptual: es la actividad que desempeña cada individuo en la sociedad.

Definición operacional: la ocupación que mencionó al momento de la entrevista, se consideró cuando la mujer trabaja en el hogar o fuera del hogar.

Escala de medición: nominal.

Indicador: hogar.

fuera del hogar

Etapas del Ciclo vital de la familia.

Definición conceptual: se trata de una serie de etapas dinámicas que ocurren en los sistemas familiares en un tiempo determinado y que establecen una organización específica y jerárquica durante la evolución del ciclo familiar.

Definición operacional: la etapa del ciclo vital de la familia al momento de la entrevista.

0. Matrimonio: Se inicia con la consolidación de vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo.

1. Fase de expansión: es el momento en que a mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.

2. Fase de dispersión: se identifica claramente, por el hecho de que todos los hijos asisten a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando.

3. Fase de independencia: sus hijos, han formado nuevas familias.

4. Fase de retiro y muerte: se encuentran jubilados.

Escala de medición: nominal.

Indicador: Matrimonio

Expansión

Dispersión

Independencia

Retiro o muerte

Tipología.

Con base en la demografía.

Definición conceptual: estudio estadístico sobre un grupo de población humana que analiza su volumen, crecimiento y características en un momento dado.

Definición operacional: de acuerdo a la comunidad que pertenezca y se clasificó:

Urbana cuando la familia viva en una localidad de 2,500 habitantes más.

Rural cuando lo haga en una localidad de menos de 2,500 habitantes.

Escala de medición: nominal.

Indicador: rural

urbana

Con base en el parentesco.

Definición conceptual: es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

Definición operacional: tipo de vínculo que la paciente entrevista tenga al momento de la entrevista. Se consideró nuclear a las familias catalogadas como nuclear, nuclear simple, nuclear numerosa, binuclear o reconstruida y monoparental; se consideró otras a las familias extensa, extensa compuesta, monoparental extendida, monoparental extendida compuesta, monoparental extendida sin parentesco, no parental y grupos similares a familias.

Escala de medición: nominal.

Indicador: nuclear

otras

8.6 Procedimiento material y método.

- 1.- Se revisaron las hojas Registro de Atención Integral de la Salud (RAIS) para detectar pacientes de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión y las pacientes de igual edad y sexo sin diagnóstico de depresión.
- 2.- Se localizaron y eligieron las pacientes.
- 3.- Se acudió al domicilio y/o se les dió cita en la unidad médica para su aceptación y firma de consentimiento.
- 4.- Se corroboró el diagnóstico de depresión de las pacientes de acuerdo a los criterios del DSM-IV.
- 5.- Se clasificó de la depresión.
- 6.- Se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols., a pacientes con diagnóstico de depresión y pacientes sin diagnóstico de depresión.
- 7.- Se analizaron los cuestionarios para la elaboración del puntaje obtenido.
- 8.- Se ubicó el puntaje en la gráfica del Perfil de Funcionamiento Familiar (anexo 3).
- 9.- Se determinaron las áreas que se encuentran afectadas en la dinámica familiar de las pacientes y/o familias previamente entrevistadas.
- 10.- Se determinó la funcionalidad familiar y las áreas de la dinámica familiar más afectadas.
- 11.- Se elaboró la base de datos.
- 12.- Se analizaron estadísticamente los resultados.
- 13.- Se elaboraron tablas, gráficos y cuadros.

8.7 Consideraciones éticas.

De acuerdo a los códigos internacionales de ética de la investigación, código de Nuremberg (1947), 18ª asamblea mundial medica (AMM 1964), declaración de Helsinki 1.29 asamblea (AMM, Tokio 1975), Helsinki II enmendada en la 35ª AMM (Venecia 1983) Y 41ª, AMM (Hong-Kong 1989).

I Principios básicos y II. Investigación medica asociada a la atención profesional (investigación clínica) y del consentimiento informado de las pacientes (declaración de Helsinki II, artículo 19).

Se elaboró este consentimiento informado.

Se informó a las pacientes los objetivos y la confidencialidad del estudio. (Anexo 1)

Para los casos; se procedió a seleccionar a las pacientes reportadas en la hoja de consulta externa con diagnóstico de depresión, posteriormente a estas pacientes se aplicarán los criterios diagnóstico para el episodio depresivo mayor del DSM-IV. Una vez clasificada se aplicó la Escala de Funcionamiento Familiar de Espejel y cols., para ambos grupos.

Explicando a cada paciente que no existe ningún riesgo para la salud y que será de gran beneficio ya que el diagnóstico oportuno en pacientes con disfunción en la dinámica familiar y un diagnóstico adecuado de depresión, nos ayudará a ofrecerles un tratamiento adecuado ó bien referirlas oportunamente ha cada especialidad que amerite.

Nos apegaremos al artículo 17 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud en su fracción II.

9. Resultados

9.1 Análisis de los resultados

Este estudio se realizó en el período comprendido entre noviembre del 2006 y julio del 2007 en las familias adscritas la Unidad de Medicina Familiar No. 41 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ignacio Zaragoza, Chihuahua, México.

Se estudiaron 84 mujeres de 30 a 60 años de edad, 42 de ellas con diagnóstico de depresión y 42 sin diagnóstico de depresión.

En la *tabla 1* se muestran las características clínicas de las pacientes estudiadas: la edad promedio fue de 48 años, con predominio de mujeres unidas en ambos grupos; aunque en el caso de las mujeres con diagnóstico de depresión el 26% fueron no unidas, a diferencia de las mujeres sin depresión en las que las mujeres no unidas solo alcanzó el 2%. En el 60% de los casos la escolaridad fue de primaria o menos. En ambos grupos, un poco más del 50% de las mujeres estudiadas trabajan fuera del hogar y pertenecen al nivel socioeconómico medio y bajo.

En la *tabla 2* se muestran las características familiares de las pacientes estudiadas.

La tipología familiar con respecto a la demografía para los casos fue de 60% rural, 40% urbana; para los controles fue de 50% rural y 50% urbana.

Las familias son predominantemente nucleares con un 71% para las mujeres con depresión y 86% en el caso de las mujeres sin depresión. Con respecto a la etapa del ciclo vital familiar se identificó un 55% en dispersión para los casos, para los controles 40% seguidos de la etapa de independencia.

En la *tabla 3* se muestra el grupo de las mujeres con depresión, se encontró que el 93% de ellas presentaron otras enfermedades a diferencia del grupo de mujeres sin depresión en donde la presencia de otras enfermedades ocurrió solo en el 26% con una $p < 0.05$.

En la **tabla 4** se muestra la presencia de enfermedades crónico generativas en ambos grupos tuvo una distribución similar; 31% para las mujeres con depresión y 28% para las que no tenían depresión, a diferencia de las catalogadas como otras enfermedades (las cuales incluyeron síndrome ácido-péptico, cefaleas, colitis y otras consideradas como somatizaciones), cuando la depresión está presente alcanzó el 67%, en las mujeres sin depresión fue de 35% con $p < 0.05$.

En la **tabla 5** en relación a la funcionalidad familiar tenemos que en las mujeres que presentaron depresión la familia fue disfuncional en un 81%, y funcional solo el 19%, para la mujeres sin depresión las familias fueron funcionales 88% y disfuncional 12%.

En el **Cuadro 1** encontramos el resultado global de las nueve áreas de la Escala de Funcionamiento Familiar aplicada en ambos grupos: el de mujeres con diagnóstico de depresión y sin diagnóstico de depresión, en el que se muestra el porcentaje de funcionalidad y disfuncionalidad alcanzada en cada una de las áreas.

Como se puede observar más fácilmente en la **Gráfica 1**, en el caso de las mujeres con depresión las áreas se vieron afectadas en el siguiente orden: apoyo 93%, autoridad 81%, comunicación 79%, conductas disruptivas 74%, recursos 71%, orden o control 62%, afecto negativo 55%, afecto 48% y supervisión 31%. Las menos afectadas: supervisión 69%, afecto 52% y afecto negativo 45% entre otras.

Así mismo, en la **Gráfica 2** mostramos las áreas de la dinámica familiar de las mujeres sin depresión las áreas se vieron afectadas en el siguiente orden: apoyo 21%, orden 12%, comunicación 10%, Recursos 10%, Autoridad 7%, Afecto 7%, Conducta disruptiva 7%, afecto negativo 5% y supervisión 0%, en relación a las áreas menos afectadas tenemos: supervisión 0%, afecto negativo 95% autoridad 93% entre otras.

9.2. Tablas, cuadros y gráficas

Tabla 1. Características clínicas de las pacientes estudiadas

Variables	Casos (n=42)		Controles (n=42)		p
	$\bar{X} \pm DE/n$ (%)		$\bar{X} \pm DE/n$ (%)		
Edad (años)	45 \pm 8		45 \pm 8		>0.37
Estado civil					
Unida	31	(74)	41	(98)	0.00
No unida	11	(26)	1	(2)	
Escolaridad					
Primaria o menos	29	(69)	24	(57)	>0.26
Secundaria o más	13	(31)	18	(43)	
Ocupación					
Hogar	19	(45)	20	(48)	>0.82
Fuera del hogar	23	(55)	22	(52)	
Nivel Socioeconómico:					
Bajo	20	(48)	11	(26)	0.00
Médio	20	(48)	20	(48)	
Alto	2	(4)	11	(26)	

Tabla 2. Características de la familia de las pacientes estudiadas

Variables	Casos (n=42)		Controles (n=42)		P
	n	%	n	%	
Tipología de acuerdo a demografía:					
Rural	25	(60)	21	(50)	>0.53
Urbana	17	(40)	21	(50)	
Tipología de acuerdo al parentesco:					
Nuclear	30	(71)	36	(86)	>0.11
Otras	12	(29)	6	(14)	
Ciclo Vital Familiar:					
Matrimonio	0	(0)	0	(0)	>0.50
Expansión	0	(0)	1	(2)	
Dispersión	23	(55)	17	(40)	
Independencia	11	(26)	15	(36)	
Retiro/Muerte	8	(19)	9	(22)	

Tabla 3. Presencia de otras enfermedades en mujeres con y sin diagnóstico de depresión

Enfermedad	Casos		Controles		P
	n	%	n	%	
Presente	39	(93)	26	(63)	0.00
Ausente	3	(7)	15	(37)	

Tabla 4. Enfermedades crónico/degenerativas en mujeres con diagnóstico de depresión

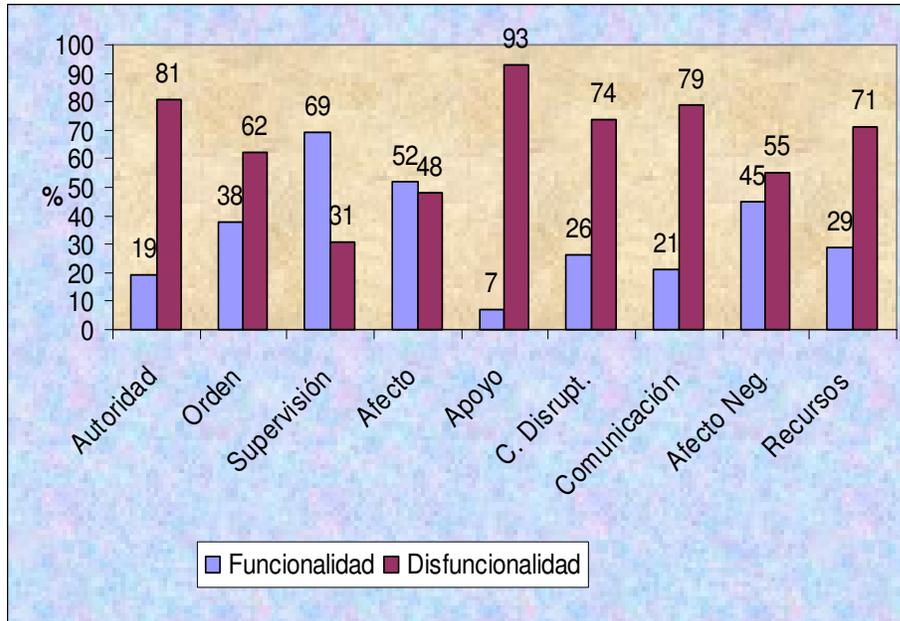
Enfermedad	Casos		Controles		p
	n	%	n	%	
Enfermedades Crónico-degenerativas (DM, HTA, EAD)	11	(31)	14	(28)	> 0.47
Otras	22	(67)	7	(35)	0.00

Tabla 5. Funcionalidad Familiar

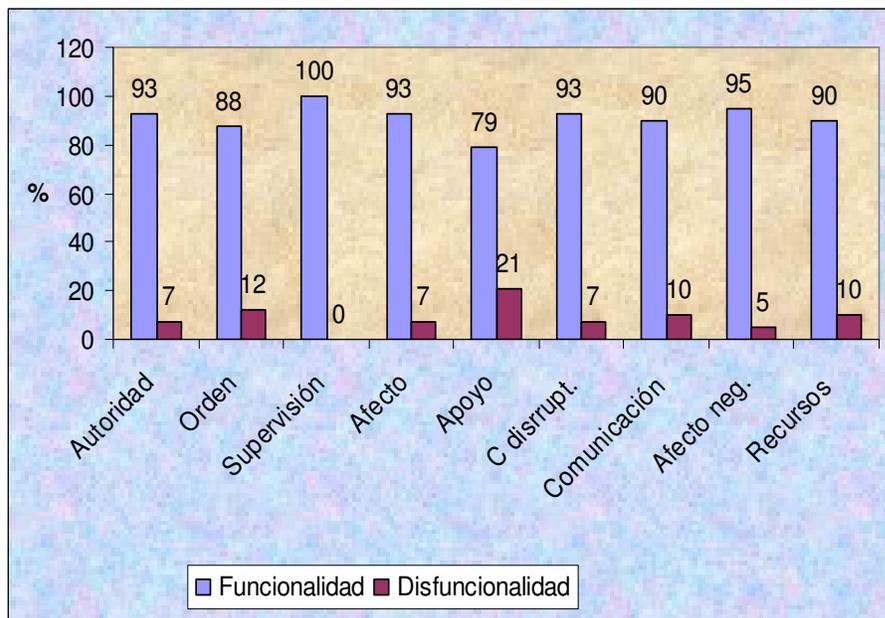
Depresión	Funcional		Disfuncional		p
	n	%	n	%	
Presente	8	(19)	34	(81)	< 0.00
Ausente	37	(88)	5	(12)	

Cuadro 1. Funcionalidad y disfuncionalidad de las áreas de la dinámica familiar en mujeres con diagnóstico de depresión.

Áreas	Mujeres con diagnóstico de depresión		Mujeres sin diagnóstico de depresión		p
	n	%	n	%	
Autoridad					
Funcionalidad	8	(19)	39	(93)	0.01
Disfuncionalidad	34	(81)	3	(7)	
Orden o Control					
Funcionalidad	16	(38)	37	(88)	0.01
Disfuncionalidad	26	(62)	5	(12)	
Supervisión					
Funcionalidad	29	(69)	42	100	0.02
Disfuncionalidad	13	(31)	0	0	
Afecto					
Funcionalidad	22	(52)	39	(93)	0.00
Disfuncionalidad	20	(48)	3	(7)	
Apoyo					
Funcionalidad	3	(7)	33	(79)	0.00
Disfuncionalidad	39	(93)	9	(21)	
Conducta disruptiva					
Funcionalidad	11	(26)	39	(93)	0.00
Disfuncionalidad	31	(74)	3	(7)	
Comunicación					
Funcionalidad	9	(21)	38	(90)	0.00
Disfuncionalidad	33	(79)	4	(10)	
Afecto negativo					
Funcionalidad	19	(45)	40	(95)	0.00
Disfuncionalidad	23	(55)	2	(5)	
Recursos					
Funcionalidad	12	(29)	38	(90)	0.00
Disfuncionalidad	30	(71)	4	(10)	



Gráfica 1. Áreas de la dinámica familiar en mujeres con depresión (Casos). Se encuentran afectadas en el siguiente orden: apoyo 93%, autoridad 81%, comunicación 79%, recursos 71%, conductas disruptivas 64%. El área menos afectada fue supervisión 69%, afecto 52% y afecto negativo 45%.



Gráfica 2. Áreas de la dinámica familiar en mujeres sin diagnóstico de depresión (Controles). Predomina la funcionalidad en todas las áreas. Las más afectadas fueron: apoyo 21%, orden 12%, comunicación 10% y recursos 10%.

10. Discusión

10.1 Interpretación analítica de los resultados.

En los datos sociodemográficos de las pacientes estudiadas tenemos que: no hubo diferencia significativa con la edad promedio, la cual fue de 48 años, y es igual para ambos grupos; en relación con el estado civil, encontramos que las pacientes unidas se deprimen más un 74% y un 98 % las mujeres sin depresión aunque no con diferencia significativa. En cuanto a la escolaridad se encontró poca diferencia en ambos grupos, el grado de escolaridad de primaria o menos en las mujeres con depresión fue de 69% y para las mujeres sin depresión fue de 57% encontrando poca diferencia y a pesar de que esto representa tener mayor maneras de afrontar esta patología; también se encontró en el presente estudio que no existe diferencia significativa en ambos grupos en relación a la ocupación de las pacientes: las que cursaron con depresión y que trabajan fuera del hogar fue de 55% y las mujeres sin depresión que trabajan fuera del hogar fué de 52%; por citar algún estudio realizado por Blanco y Feldman., en su tema responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora, encontrando los siguientes resultados: en cuanto a la distribución de responsabilidades en el hogar se observó que existe una mayor participación de las mujeres en la planeación y gerencia de las tareas y que reciben ayuda de su pareja en el mantenimiento de la casa, aquellas mujeres que informan una mayor carga en las tareas del hogar presentan ansiedad, depresión y baja autoestima, esta claro que a mayor carga de trabajo menor apoyo familiar más complicaciones de la salud mental de estas mujeres trabajadoras resultados parecidos a los de nuestro estudio (20).

En relación con la tipología familiar y de acuerdo con su demografía tenemos una diferencia mínima entre las mujeres con y sin depresión: las mujeres con depresión en el ámbito rural alcanzaron el 60% y las mujeres sin depresión un 50%, en relación a la zona urbana se encontró

un 40% para las mujeres con depresión y un 50% las mujeres sin depresión similar a lo encontrado por Bello y cols., en donde la prevalencia de depresión en el caso particular de las mujeres que viven en zona rural fue de un 5% , en zona urbana 6% y en la zona metropolitana fue de 5.7%, presentando como se observa una diferencia mínima de acuerdo con la zona donde viven (9). Sin embargo el lugar de residencia si determina factores diferentes para depresión como estrés y relación social. De acuerdo al parentesco, esta claro que la familia nuclear predomina en relación a otro tipo de familia en ambos grupos; en relación con la etapa del ciclo vital familiar el porcentaje más alto encontrado es en la dispersión: un 55% para la mujeres con depresión y 40% en las mujeres sin depresión

En nuestro estudio encontramos que la disfuncionalidad familiar para las pacientes con depresión fue de un 81%, solo siendo funcionales un 19%, en comparación con el grupo de mujeres sin depresión, en las cuales la disfuncionalidad fue de 12 % y el 88% se consideraron familias funcionales, como era de esperarse. En su estudio de funcionalidad familiar en familias con un hijo con parálisis cerebral infantil, Álvarez encontró lo contrario a nuestros resultados, 82.5% funcionalidad familiar y solo el 17% disfuncionalidad familiar; es importante mencionar que en este caso, el enfermo en las familias estudiadas era el hijo, a diferencia de nuestro estudio en donde las pacientes tienen el rol de madres y cabeza de familia en muchas ocasiones (18), por citar a otros autores que han realizado estudios sobre funcionalidad familiar aunque con diferentes instrumentos de evaluación familiar tenemos a los encontrados por: Peralta-Pedrero y cols., “Prevalencia de depresión en mujeres atendidas en Medicina Familiar” se estudiaron 2 grupos de mujeres de 20 a 39 y de 40 a 59 años, donde se encontraron resultados similares: la funcionalidad familiar fue mayor en las mujeres de 40 a 59 años pero son las que más se deprimen y las de menor edad son la más disfuncionales pero las son las que menos se deprimen.

En relación con la disfunción familiar estos autores encontraron que las mujeres con disfunción y depresión fueron de 20% en comparación con nuestro estudio que las mujeres sin depresión (controles) y disfuncionalidad fue del 12% (31).

En otros estudios que han determinado la disfuncionalidad familiar cuando se encuentra presente otro tipo de patología crónica los resultados han sido similares a lo encontrado en nuestro estudio. Rodríguez G, Rodríguez I., realizaron un estudio transversal a 226 pacientes con insuficiencia renal crónica, derechohabientes del IMSS en la ciudad de México, en el 2004; con el objetivo de evaluar la presencia de disfunción familiar encontraron que la disfunción familiar fue de 61%; es importante mencionar que se utilizaron el test Holmes (38). Otro estudio realizado por Ariza y cols., 2005 factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2, en Cartagena Colombia, se estudiaron en total 157 pacientes encontrando los siguientes resultados: en relación a funcionalidad familiar tenemos que, el 66%, mostró disfunción familiar leve, se encontró tendencia a la asociación entre el mal control metabólico y disfuncionalidad familiar leve; utilizaron el APGAR familiar diferente instrumento de evaluación familiar al utilizado en nuestro estudio, pero demuestra que una patología agregada altera la dinámica familiar (39).

Pimentel, S. en su estudio “Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en el embarazo de alto riesgo obstétrico” encontró que la depresión en mujeres con alto riesgo obstétrico es de 64% en relación a las mujeres con bajo riesgo obstétrico que presentan depresión en un 56%. La disfunción familiar esta presente en un 70% de las mujeres con embarazo de alto riesgo y 58% en las mujeres que tienen un bajo riesgo obstétrico (40).

Como podemos observar son muchos los factores que pueden influir directamente en la funcionalidad familiar de una paciente con una enfermedad; tal como lo encontramos en nuestro estudio, en donde la presencia de otras enfermedades se encontró un 93% de las mujeres deprimidas que cursaban con alguna enfermedad, a diferencia de las mujeres no deprimidas donde la presencia de otras enfermedades fue de 63%, encontrando una diferencia significativa. Las enfermedades crónico-degenerativas tales como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedad articular degenerativa, estas enfermedades fueron similares para ambos grupos, pero si se encontró diferencia significativa en la presencia de otras enfermedades como cefalea, gastritis, colitis y otras consideradas como somatizaciones en las mujeres con depresión en relación a esto Ruiz y cols., en su estudio “Trastorno depresivo mayor en México: relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida”, estudiaron a 313 pacientes encontrando los siguientes resultados: dolor muscular. 84.9%, dolor cervical 84.2%, cefalea 83.5% y dolor de espalda con un 69.9% por citar algunos (41), es claro que la depresión se acompaña de otras enfermedades o síntomas que afectan física y mentalmente al ser humano y por lo tanto su calidad de vida y su entorno familiar.

La funcionalidad familiar esta dada por diferentes nueve áreas de acuerdo con el instrumento utilizado que a continuación mencionaremos en orden de disfuncionalidad:

Apoyo.- Esta es el área mas afectada en el grupo de las mujeres con depresión. En este caso 93% de las familias de las mujeres con depresión se consideran disfuncionales ya que ellas manifiestan que no se les proporciona soporte social dentro y fuera de la familia por el resto de los integrantes de su familia, específicamente el marido. A esto hace referencia en su estudio antes mencionado por Blanco y Feldman, es importante mencionar otro estudio en esta área ya que en nuestro estudio fué el área de la dinámica familiar con el más alto porcentaje de

disfuncionalidad familiar en mujeres con depresión, resultados similares encontró Pimentel, B. en su estudio ansiedad, depresión y funcionalidad familiar quien estudio mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo obstétrico en La Paz, Bolivia y encontró que las mujeres casadas tienen una frecuencia de depresión de 74% y la disfunción familiar en este caso fue de 76%; en las solteras, la depresión fue del 10% y la disfunción familiar en ellas alcanzó el 11%; esta claro que la mala relación de pareja y pobre apoyo del cónyuge hace disfuncional esta área de la dinámica familiar (20, 40).

Autoridad.- esta es la segunda área mas afectada en las familias de las mujeres con depresión (81%) ya que la autoridad reside en el subsistema parental del cual forman parte las mujeres estudiadas. Resultados diferentes fueron encontrados en el estudio de Álvarez Rubio quien encontró que esta área era funcional con una puntuación de 36 (límite= 32.5) debido a que este estudio se enfocó en el subsistema fraterno y no en el parental (18).

Comunicación.- El manejo de la relación verbal y no verbal que ocurre en las familias de las mujeres con depresión se considera disfuncional en un 79%, a diferencia de las familias de las mujeres sin depresión en donde solo llega al 10%. Comparando esta área con el estudio de Álvarez nuevamente se encontraron resultados diferentes, ya que en ese estudio esta área resultó con una puntuación de 30.96, rebasando apenas el límite de 30 (18).

Conductas disruptivas.- Esta es el área que evalúa el manejo de la familia de las conductas no aceptadas socialmente como adicciones o delitos y en este caso la disfuncionalidad en las mujeres con depresión alcanza el 74% a diferencia del 7% en las mujeres sin depresión. Llama la atención cuando esta área se compara con el área de supervisión en la que aparentemente no existe disfuncionalidad o no esta siendo valorada eficazmente por las mujeres deprimidas estudiadas.

Recursos.- Esta área se refiere a la existencia de potencialidades instrumentales y afectivas y a la capacidad de la familia para desarrollarlos y utilizarlos. En las mujeres con depresión la disfuncionalidad alcanzó un 71%, comparada con el 10% en el grupo control.

Orden o Control.- Debido a que evalúa los límites claros y bien establecidos así como las formas de control de la conducta esta área también se encuentra muy afectada en las familias de las mujeres con diagnóstico de depresión en las cuales la disfuncionalidad alcanza el 62% a diferencia de las mujeres sin depresión en las que la disfuncionalidad es de 12%. Lara y cols., en su estudio la depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres, con edad promedio de 20 a 45 años de nivel socioeconómico bajo o medio y escolaridad básica primaria, mediante una entrevista colectiva sobre depresión donde una situación que les causa malestar es el control de los hombres a las mujeres como el pedir permiso o bien cuando ellos quieren decidir todo y no dejan que la mujer decida (42).

Afecto negativo.- Esta es el área que evalúa el manejo de los sentimientos y emociones de malestar entre los miembros de la familia. En el caso de las mujeres con depresión la disfuncionalidad fue de 55% comparada con el 5% en las mujeres sin depresión.

Afecto.- En el grupo de las mujeres con depresión el 52% de ellas se consideran funcionales, al compararlas con las mujeres sin depresión se observa una franca diferencia ya que en las últimas la funcionalidad alcanzó el 93%.

Supervisión.- Esta es el área menos afectada en las mujeres con depresión en donde la funcionalidad alcanza el 69%. En las mujeres sin depresión la funcionalidad es del 100%. Al parecer la vigilancia de las normas y del comportamiento familiar no constituye un problema en las pacientes estudiadas o no están siendo capaces de valorar adecuadamente esta área

11. Conclusiones.

Podemos concluir que la dinámica familiar de las mujeres con diagnóstico de depresión se ve claramente afectada, principalmente en las áreas de apoyo, autoridad, comunicación, conductas disruptivas y recursos, sin olvidar que el resto de las áreas también se encuentran afectadas, aunque en menor medida. Llama la atención que el área menos afectada es la de supervisión, a pesar de que las mujeres deprimidas estudiadas tienen el rol de madre y cabeza de familia. Esto puede deberse a la etapa del ciclo vital en el que se encuentran que es, en primer lugar la de dispersión seguida de la etapa de independencia, aunque también es factible que debido a su padecimiento no estén siendo capaces de valorar adecuadamente esta área como lo demostraría el hecho de que la disfuncionalidad en el área de conductas disruptivas si esta presente. Es también interesante ver como la presencia de otras enfermedades es más importante en las mujeres con depresión, sobre todo aquellos padecimientos considerados como somatomorfos, (cefaleas, gastrocolitis etc.) no así con las enfermedades crónico-degenerativas que se presentaron por igual en mujeres con y sin depresión.

Cabe aclarar que el diagnóstico de depresión solo fue corroborado por el investigador y no se tomó en cuenta ni el tiempo de evolución del padecimiento ni el tipo de tratamiento instituido, ambos que pueden jugar un papel importante y que se deberá investigar en trabajos futuros.

Es imprescindible no solo hacer el diagnóstico temprano y dar tratamiento oportuno a estas pacientes sino también mejorar la dinámica de sus familias; la familia de estas pacientes deberán comprender que la depresión es un padecimiento que afecta globalmente al entorno familiar y que las mujeres deprimidas necesitan sentir el apoyo de sus familiares cercanos, mejorar la comunicación y manejar adecuadamente sus recursos y potencialidades, ya que es la familia quien más cerca se encuentra de ellas y ellos son los seres verdaderamente

significativos en su vida y quienes pueden lograr, con este enfoque, una mejor y mas rápida recuperación.

Por otra parte, consideramos necesario que el Médico en el primer nivel de atención a la salud, le de este enfoque familiar al tratamiento de sus pacientes con depresión, dejando de lado el tratamiento individualizado, que solo apunta a la cronicidad y deterioro de la salud, no solo de quien la padece sino de todo el entorno familiar.

Este es, sin duda, un problema que deberá seguir estudiándose en nuestro medio, tanto en áreas rurales como también abarcar las zonas metropolitanas que tienen una mayor posibilidad de otras fuentes de estrés, ya que la depresión es un problema que se encuentra en aumento y que sin duda influye en la dinámica familiar.

12. Bibliografía

1. Galfré O, Barinboim B. Salud y familia: la relación entre enfermedad y dinámica familiar. Aportes para el desarrollo del tema. 2001;78:2-24.
2. Satir V. Introducción a las relaciones humanas en el núcleo familiar. 1ra. ed. México: Pax, 1978.
3. Membrillo A, Rodríguez J. Definiciones y conceptos de familia. En: Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez J. Familia, introducción al estudio de sus elementos. México ETM, 2008:35-50.
4. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias y Código de Bioética en Medicina Familiar. 1ª. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1ª ed. Medicina Familiar Mexicana México, 2005.
5. Membrillo A, Rodríguez J. Funciones de la familia. En: Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez J. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. México: ETM, 2008:73-85.
6. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Medicina de Familia 2003;4:130-135.
7. Pérez C, Infante N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21:3-4.
8. Instituto Nacional de estadística e informática. En: http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/rur_urb.aspx?tema=P
9. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública Méx 2005;47:4-11.
10. Fernández M. El impacto de la enfermedad en la familia. Rev Fac Med UNAM 2004;47:251-254.

11. Berenzon S, Tiburcio M, Medina-Mora M. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental* 2005;28:33-40.
12. Irigoyen A, Gómez F, Buendía J, Mánzon J, Fernández M, Amezcua R. Ciclo vital de la familia. En: Irigoyen-Coria A, Hernández-Ramírez C, Fernández-Ortega M, Gómez-Clavelina F, Farfán-Salazar, Monzón-Ramírez y cols. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 3ra. ed. México: Medicina Familiar Mexicana, 1995:25-31.
13. Membrillo A. Conceptos de dinámica familiar. En: Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez J. *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. México: ETM, 2008:107-115.
14. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 2006;8:27-32.
15. Quiroz J, Membrillo A. Crisis familiares. En: Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez J. *Familia. Introducción al estudio de sus elementos*. México: ETM, 2008:179-190.
16. Irigoyen A, Farfán G, Escotto E, Domínguez J, Wall C, Monzón J. Etapas críticas de la familia y la acción del Médico Familiar. En: Irigoyen-Coria A, Hernández-Ramírez C, Fernández-Ortega M, Gómez-Clavelina F, Farfán-Salazar G, Monzón-Ramírez J y cols. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 3ra. ed. México: Medicina Familiar Mexicana, 1995:39-45.
17. Dearing E, Taylor B, McCarthy K. Implications of Family Income Dynamics for Women's Depressive Symptoms During the First 3 Years After Childbirth. *American Journal of Public Health* 2004;94:1372-1377.
18. Álvarez A, Ayala A, Nuño A, Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tiene un hijo con parálisis cerebral infantil. *Rev Mex de Med Física y Rehabilitación* 2005;17:71-76.

19. Quiroz J, Membrillo A. Roles familiares. En: Membrillo A, Fernández M, Quiroz J, Rodríguez J. Familia. Introducción al estudio de sus elementos. México: ETM, 2008:179-190.
20. Blanco G, Feldman L. Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora. Salud pública Méx 2000;15:134-139.
21. Espejel E. y cols. Manual para la escala de funcionamiento familiar. Departamento de Educación Especializada. Coordinación de Investigación y posgrado. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Instituto de la familia A.C. 1ª. ed. 1997.
22. Rojas V, Roa E, Tamiche T, Velásquez R. Evaluación Psicosocial de las familias por el equipo de salud. Médico de Familia. Med. Fam. Caracas 2000;8:27-33.
23. Chávez V, Velazco R. Disfunciones familiares del subsistema conyugal. Criterios para su evaluación. Rev Méd IMSS 1994;32:39-43.
24. Pichot P, López-Ibor JJ, Valdez M. Trastornos del estado de ánimo. En: DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson, 2001;323-399.
25. Organización Mundial de la Salud. Carga de los trastornos mentales y conductuales. En: Informe Sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, 2001;19-44.
26. Baena A, Sandoval M, Urbina C, Helen N, Villaseñor S. Los trastornos del estado de ánimo. Mitos y realidades de la psiquiatría. Revista digital Universitaria [en línea] 2005;11:1-14.
27. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM 2006;49:66-72.
28. Colunga-Rodríguez C, García J, Salazar-Estrada J, Ángel-González M. Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. Rev. Salud Pública 2008;10:137-149.
29. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. 2002;40:9-20.

30. Lugones M, Valdés S, Pérez J. Climaterio, familia y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15:217-225.
31. Peralta-Pedrero M, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med IMSS 2006;44:409-414.
32. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, y cols. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública 2005;18:229-240.
33. Salgado-De Snyder N, Maldonado M. Características Psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud pública Méx 1994;36:200-209.
34. Hamilton M. A rating scale for depresión. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1960;23:56-62
35. Yesavage J, Brink T, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal Psychiatric Research 1983;17:37-49.
36. Lara H. Epidemiología de la depresión mayor en un hospital general de un sistema de seguridad social (ISSSTE). Neurol Neurocir Psiquiat 2006;39: 7-11.
37. Instituto Mexicano del Seguro Social. Sistema de Información para la Atención Integral de la Salud. Delegación Chihuahua. UMF No. 41. Ignacio Zaragoza, Chihuahua. Noviembre 2005.
38. Rodríguez G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004;42:97-102.
39. Ariza E, Camacho N, Londaño E, Niño C, Sequeda C, Solano C y cols. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. Barranquilla 2005;21:28-40.

40. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C.N.S, la Paz – Bolivia. Rev Pacea Med Fam 2007;4:15-19.
41. Ruiz L, Colín R, Sau-Yen I, Lara M, Dueñas H. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y calidad de vida. Salud Mental 2007;30:25-32.
42. Lara M, Acevedo M, Berenzon S. La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2004;20:818-828.

13. Anexos.

13.1 Anexo 1.

Carta de consentimiento informado para la participación en el proyecto: dinámica familiar en mujeres con diagnóstico de depresión.

Lugar: Unidad de medicina familiar No. 41 I. Zaragoza Chihuahua, Chihuahua a

_____.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Dinámica familiar en mujeres de 30 a 60 años con diagnóstico de depresión.** Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de evaluación de la dinámica familiar, en el que no hay riesgo de sufrir dolor físico o molestia alguna.

El investigador se ha comprometido en darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en esta unidad.

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

Nombre y firma de la paciente. Dr. Cruz Mejía Martínez, matrícula 12198552

Firma del investigador.

Testigo.

Testigo.

13.2 Anexo. 2

Escala de Funcionamiento familiar.

Familia: _____

Tiempo de unión: _____ Edad del primer hijo (a): _____

Ingreso familiar: _____ Ingreso per capita: _____

Aportación Económica a la familia: _____

Posición	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación
----------	------	------	-------------	-----------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Descripción de la vivienda: _____

Observaciones: _____

Instrucciones para el examinador: marque con una cruz el o los cuadros que correspondan al miembro de la familia, refiera la respuesta expresada por los entrevistados.

1. ¿Hay en su familia algún o algunos miembros considerados como los más trabajadores?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

2. Quien organiza la alimentación en la familia (ir al mercado, es decir los menús, etc.)

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

3. En su familia, ¿hay alguna o algunas personas que sean más reconocidas y tomadas en cuenta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

4. Si se reúne la familia para ver televisión, ¿Quién decide el programa?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

5. ¿Quién o quienes de la familia tienen más obligaciones?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

6.-¿Quién o quienes de la familia intervienen cuando los padres discuten o pelean entre si?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

Instrucciones para el examinador: las casillas oscuras nunca deben marcarse

7. En los problemas de los hijos: ¿Quién o quienes intervienen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

8. ¿Quién reprende a los hijos cuando cometen una falta?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
Funcionalidad								

9. Si en casa existen horarios para comer o llegar ¿Quiénes respetan los horarios de llegada?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
No existen horarios			Funcionalidad					

10. Si uno de los padres castiga a su hijo, ¿Quién interviene?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	
No ha sucedido			Funcionalidad					

Instrucciones para el examinador: a partir de esta pregunta explore todos los indicadores. Cuando la respuesta involucre a toda la familia marque las celdas necesarias.

11. Cuando alguien invita a la casa a quien se le avisa...

A quien se le avisa:

Quien invita	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	No avisa
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							
Nunca invitan			Funcionalidad				

12. ¿Quiénes participan y quienes no participan en la economía familiar?

Estatus	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar
Trabaja y participa						
Trabaja y no participa						
No trabaja y participa						
No trabaja						

Funcionalidad

13. Si cada quien tiene obligaciones definidas en esta familia, ¿Quién sustituye a quien para cumplirlas cuando no puede hacerlo el responsable?

Quien sustituye:

Responsable	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

No existen obligaciones definidas

Funcionalidad

14. En las ocasiones familiares importantes, ¿Quiénes participan?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

15. Para ausentarse de casa ¿Quién le avisa o pide permiso a quién? A quién se pide permiso:

Pide permiso	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

16. Cuando alguien comete alguna falta, ¿quién y como castiga?

Como castiga?

Quien castiga	Verbalmente	Corporalmente	Instrumentalmente
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

No se castiga

Funcionalidad

17. Si acostumbran hacer promesas sobre premios y castigos, ¿Quiénes las cumplen siempre?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

18. Cuando alguien se siente triste, decaído o preocupado, ¿A quién pide ayuda?

Pide ayuda	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

19. ¿Quiénes de ustedes salen juntos con cierta frecuencia?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

20. En esta familia, ¿Quién protege a quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

21. Si conversan ustedes unos contra otros, ¿Quién con quien lo hace?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Funcionalidad

22. Si consideran ustedes que expresan libremente sus opiniones, ¿Quiénes son los que lo hacen?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

No **Funcionalidad**

23. ¿Quiénes tienen mejor disposición para escuchar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

24. ¿Cuándo entre algunos de ustedes se toma una decisión o se llega a algún acuerdo ¿a quienes se les hace saber con claridad?

Quienes acuerdan	Subsistema parental	Subsistema hijos	Otro familiar	Otro no familiar	Nadie
Sistema parental					
Subsistema hijos					
Otro familiar					
Otro no familiar					

No hay acuerdos **Funcionalidad**

25. ¿Quién supervisa el comportamiento escolar de los hijos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

26. ¿Quién se responsabiliza de los hábitos higiénicos?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

27. Para transmitir los valores más importantes en esta familia, ¿Quién se ha responsabilizado de su transmisión y vigencia?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

28. Cuando algo se descompone, ¿Quién organiza su reparación?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

29. ¿Quién o quienes participan en la solución de un problema grave?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie

Funcionalidad

30. ¿Quiénes tomaron la decisión de vivir en este lugar?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

31. En esta familia, ¿Quiénes son los más alegres o los que se divierten más?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

32. ¿Quién en esta familia estimula las habilidades y aptitudes?

Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Todos	Nadie	

Funcionalidad

33. ¿Quiénes en la familia se abrazan espontáneamente?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie	
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Funcionalidad

34. Cuando se llegan a enojar en esta familia, ¿Quiénes son lo que lo hacen y con quiénes?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie	
Padre								
Madre								
Hijos								
Hijas								
Otro familiar								
Otro no familiar								

Funcionalidad

35. ¿Se han llegado a golpear en esta familia? ¿Quién con quién?

	Padre	Madre	Hijos	Hijas	Otro Familiar	Otro no Familiar	Nadie
Padre							
Madre							
Hijos							
Hijas							
Otro familiar							
Otro no familiar							

Frecuencia

Instrucciones para el examinador: A partir de esta pregunta explorar la frecuencia con que se presentan los siguientes eventos cuestionados

Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro

Funcionalidad

36. ¿En esta familia hay alguien que se embriague con alcohol o tome otro tipo de estimulantes?

Frecuencia

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

37. ¿Quién tiene o ha tenido problemas de comportamiento en la escuela o con los demás?

Frecuencia

	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

38. Si en esta familia ha habido problemas con la autoridad (policía, jefes, maestros, etcétera)
¿Quién los ha tenido?

Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

39. ¿Quién ha presentado algún problema emocional?

Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

40. ¿Quién en la familia se aísla?

Frecuencia			
	Muy frecuente	Algunas veces	Muy raro
Padre			
Madre			
Hijos			
Hijas			
Otro familiar			
Otro no familiar			

Funcionalidad

Anexo 3.

13.3 Criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor según el DSM-IV.

A	<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) a la observación realizada por otros (p. ej., llanto).2. Disminución marcada de interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiera el propio sujeto u observan los demás).3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio del más del 5% del peso corporal de 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.7. Sentimientos de inquietud o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día
---	--

	(ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena). 9. Pensamientos recurrentes de de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B	Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
C	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D	Lo síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad medica (p. ej., hipotiroidismo).
E	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la perdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Anexo 4. Cuestionario SDG para depresión (forma corta)

Escoja la mejor respuesta de cómo se ha sentido la última semana:		
1.- ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2.- ¿Ha dejado de hacer la mayoría de las actividades e intereses?	Si	No
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4.- ¿Usted frecuentemente se encuentra aburrido?	Sí	No
5.- ¿Se encuentra de buen humor la mayoría del tiempo?	Sí	No
6.- ¿Tiene miedo de que algo le vaya a pasar?	Si	No

7.- ¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?	Sí	No
8.- ¿Usted se siente saludable?	Sí	No
9.- ¿Prefiere usted permanecer en su casa más que salir?	Sí	No
10.- ¿Usted siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11.- ¿Usted piensa que es maravilloso estar vivo?	Sí	No
12.- ¿Usted siente que su situación es peor ahora?	Sí	No
13.- ¿Se siente lleno de energía?	Sí	No
14.- ¿Se siente sin esperanza?	Sí	No
15.- ¿Usted piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Sí	No

Las respuestas consideradas como depresivas son: 1 No, 2 Si, 3 Si, 4 Si, 5 No, 6 Si, 7 No, 8 Si, 9 Si, 10 Si, 11 No, 12 Si, 13 No, 14 Si y 15 Si.

Sume los puntos de las respuestas depresivas.

El puntaje de 0-4 se considera normal, 5-8 indica depresión leve; 9-11 depresión moderada y 12-15 depresión severa.