



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 6
SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO

***“DEPRESIÓN EN ADULTOS ASOCIADA A LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR, DEL IMSS”***

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA: MARTHA ELENA ARZATE MENDOZA.

SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO.

FEBRERO DEL 2007.



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.

**DEPRESIÓN EN ADULTOS ASOCIADA A LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARTHA ELENA ARZATE MENDOZA

AUTORIZACIONES:

DRA. MA. DE JESÚS VAZQUEZ ASPEITIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
SAN JUAN DEL RIO

DRA. CARMEN LAURA MENESES HERNÁNDEZ
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS

DRA. MA. DE JESÚS VAZQUEZ ASPEITIA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. NICOLÁS CAMACHO CALDERÓN
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
SAN JUAN DEL RIO, QRO. FEBRERO DEL 2007.

**DEPRESIÓN EN ADULTOS ASOCIADA A LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, DEL
IMSS**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARTHA ELENA ARZATE MENDOZA

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

DR. FRANCISCO JAVIER FLUVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**DEPRESIÓN EN ADULTOS ASOCIADA A LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR, DEL IMSS**

DRA. MARTHA ELENA ARZATE MENDOZA

A mis maestros

A mis asesores

A mis hijos

A mis pacientes

Al Instituto Mexicano del Seguro Social

A la Universidad Nacional Autónoma de México

A Dios

Índice general

1.- Marco teórico	7
2.- Planteamiento del problema	28
3.- Justificación	30
4.- Objetivos	31
- General	
- Específicos	
5.- Metodología	32
- Tipo de estudio	
- Población, lugar y tiempo de estudio	
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
- Información a recolectar	
- Método para captar la información	
- Consideraciones éticas	
6.- Resultados	35
- Descripción de los resultados	
- Gráficas	
7.- Discusión	44
8.- Conclusiones	47
9.- Referencias bibliográficas	48
10.- Anexos	51

ANTECEDENTES

De acuerdo a la teoría evolucionista un rasgo de conducta es adaptativa desde el punto de vista filogenético si promueve la supervivencia de la especie, y desde el punto de vista ontogenético si promueve el crecimiento y la supervivencia de los miembros de las especies, así, se piensa que la depresión pudiera tener una función adaptativa o bien fuera una repetición automática de respuestas evolutivas previas. La capacidad de los seres humanos a reaccionar a los cambios ambientales y a la pérdida es la evolución final de los cambios evolutivos de los mamíferos y primates. Sin embargo, se necesitan criterios para establecer las fronteras entre un estado de ánimo normal y aquellos que requieran tratamiento (1).

Debemos tener presente que el síndrome depresivo varía significativamente de una cultura a otra. Así, definimos cultura como la suma total de lo que el individuo adquiere de su sociedad, es decir, aquellas creencias, costumbres, normas artísticas, hábitos alimenticios y artes que no son fruto de su propia actividad creadora, sino que recibe como legado del pasado, mediante una educación regular e irregular. Por lo tanto, como la cultura no es una variable fija, variarán en consecuencia los síntomas de depresión de acuerdo al contexto cultural. Así, es indispensable extender la concepción de la salud atendiendo tanto la enfermedad del paciente como al resto de los elementos que conforman su entorno social, lo cual implica sus redes de apoyo, su funcionamiento social, laboral, familiar y personal. Es vital tomar en cuenta la identidad del paciente, su grado de identificación con su cultura, su capacidad de percibir y manifestar su padecimiento y la forma en que solicita su atención (2).

En nuestro entorno cultural para el común de las personas la depresión es considerada una enfermedad de poca gravedad en la mayoría de las veces, sin embargo, puede causar grandes sufrimientos al enfermo y tener un efecto negativo en las relaciones familiares y sociales. Contradictoriamente a la imagen que el paciente tiene de sí mismo y la realidad, hace a esta entidad la enfermedad de las paradojas.

El término *depresión* es contemporáneo ya que se remonta a un cuarto del siglo pasado con el advenimiento de la psicofarmacología, sin embargo, ya en el siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas actualmente llamados psiquiátricos estaban relacionados con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra (3). En el México prehispánico ya este cuadro se consideraba un problema médico, según la descripción que hizo el indígena Martín de la Cruz y traducida al latín por Juan Badiano, conocido como el Códice Martín-Badiano (4).

El término depresión tiene diferentes significados en los diferentes campos de la ciencia: para el neurofisiólogo se refiere a la disminución de la actividad electrofisiológica, para el farmacólogo se refiere al efecto depresor de los medicamentos hacia un órgano blanco (1).

La psicología considera a la depresión como la reacción psicopatológica más frecuente que se manifiesta por una actitud de concentración de uno mismo, perdiendo interés por las situaciones externas, pérdida de confianza, desaliento, perturbación del apetito, del sueño y de la capacidad para el trabajo (5). La psiquiatría considera a la depresión como los cambios en el estado de ánimo acompañados de una serie de signos y síntomas (1).

Los trastornos del estado de ánimo abarcan un grupo grande de trastornos psiquiátricos con afección al sistema neurovegetativo y psicomotor. Son considerados más como síndromes ya que consisten en un conjunto de signos y síntomas presentes en un período de semanas a meses en personas habitualmente funcionales y con tendencia a la recurrencia periódica o cíclica. (6).

La etiología de la depresión hasta el momento actual es de causa desconocida; sin embargo, es aceptado que su expresión está influenciada por factores genéticos, ambientales, existenciales y neurobiológicos que interaccionan y determinan dicha expresión. La clarificación de los sistemas neuroquímicos en los últimos años ha podido dilucidar la participación del gen vinculado a la depresión, el cual es responsable de un

incremento en la susceptibilidad a la depresión y la ansiedad debido a un bajo rendimiento del circuito de procesamiento de las emociones negativas y es heredado por ambos padres. Esta predisposición genética del organismo, establece ciertas condiciones básicas para ser afectada por diversos factores ambientales tales como la pérdida de un ser amado, el desempleo, ambiente social adverso o una enfermedad médica inesperada o incapacitante. La coincidencia de varios factores desencadena una serie de respuestas neurobioquímicas que alteran los sistemas de neurotransmisión y hormonales, ocasionando a su vez, una afectación de diversos sistemas y subsistemas de la economía, proceso que finalmente se manifiesta clínicamente como los signos y síntomas de la enfermedad depresiva (2).

Los datos epidemiológicos consideran que es de suma importancia reconocer a la depresión en la práctica médica, ya que los resultados del estudio efectuado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del estudio Global Burden of Disease (GBD) demostró que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad (APD), correspondiéndole el 4.4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en todas las edades y ambos sexos, y 5.8% de los hombres y 9.5% de las mujeres podrían experimentar un episodio depresivo. En los países en desarrollo, esta enfermedad ocupa el cuarto lugar en problemas de salud más importantes, con una morbilidad de 3.4%. También se estimó que para el año 2020 este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo y provocar 5.7% de los años de vida ajustados por discapacidad, además de mantenerse como causa principal de años de vida perdidos por discapacidad (7).

Se estima que en Estados Unidos el riesgo de presentar un episodio depresivo mayor a lo largo de la vida es de 6% y algún otro trastorno del estado de ánimo es del 8%. La prevalencia de la depresión mayor es del 2.6 al 5.5% en varones y entre 6 y 11.8% en mujeres.

El riesgo de suicidio complica la historia natural de los trastornos del estado de ánimo, presentándose en un 10 a 15% de los pacientes. Además el riesgo aumenta la tentativa hasta 41 veces en los pacientes deprimidos en comparación con otros

diagnósticos (8), sin embargo algunos autores consideran que el 50% de los pacientes suicidas padecen depresión y que los factores asociados pudieran ser una crisis de angustia, anhedonia importante y/o abuso de sustancias, también consideran que estos pacientes tienen mayor riesgo de sufrir un infarto o cáncer (1). Las mujeres intentan el suicidio con mayor frecuencia que los varones, pero estos tienen mayor probabilidad de consumirlo.

Se ha considerado que la depresión produce mayor deterioro de actividad física, social y de percepción al dolor corporal, haciendo que los pacientes pasen más días en cama en comparación con los pacientes hipertensos, diabéticos, artríticos o con enfermedad pulmonar crónica. Se ha estimado en el área laboral en Estados Unidos que el costo total de los trastornos depresivos es de 44000 millones de dólares. Los costos del tratamiento depresivo son de aproximadamente 12000 millones de dólares de los cuales 890 millones se destinan al pago de antidepresivos.

El costo de la morbilidad de los trastornos depresivos en los Estados Unidos es de 24000 millones de dólares y los de la mortalidad ascienden a 8000 millones que pueden atribuirse al aumento de las tasas de accidentes, al abuso de sustancias, al desarrollo de enfermedades somáticas y al aumento de hospitalizaciones médicas y tratamientos ambulatorios (8).

En América Latina se han llevado a cabo diferentes estudios sobre este tema, como en Colombia donde se demostró una elevada prevalencia de depresión, según los datos obtenidos en la Encuesta de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. En Chile, Brasil y México, variaban entre 4.5% y 7.1%, siendo los factores asociados el ser mujer, no tener empleo, tener bajos ingresos económicos, ser soltero o separado y con bajo nivel educacional (9). En Argentina se estudiaron 553 varones de 18 años, encontrándose que la prevalencia de depresión grave era de un 4.5%, la depresión moderada en un 26.6%, siendo un factor de riesgo para suicidio, además de tener características de temperamento triste en la infancia, el consumo de drogas por los hermanos, antecedentes de depresión en la madre y conflictos familiares, sin embargo, no se encontró asociación entre la depresión grave y el nivel de funcionalidad familiar ni con los conflictos sentimentales, escolares o laborales (10). Los pacientes ancianos son

un grupo muy susceptible de padecer depresión principalmente los que viven en las instituciones geriátricas, por lo que el apoyo familiar es de suma importancia para evitar cuadros más graves (11).

En México el envejecimiento se ha producido con gran velocidad estimándose que para el año 2050 el 28% de la población será mayor de 60 años, con disminución de sus capacidades físicas y con el incremento de sus padecimientos mentales por no cumplir con su rol tradicional de proveedor de la familia manifestándose por el aumento del consumo del alcohol, lo que los lleva a comportarse de manera agresiva e irritable (12). Algunos autores sostienen que los eventos vitales (cambio de residencia, enfermedad grave, divorcio o separación, pérdida del trabajo, retiro o jubilación, entre otros), promueven un incremento de depresión principalmente en los países pobres, al igual que la inseguridad vivida por violencia y soledad, muy probablemente relacionados con el suicidio (13).

La Encuesta Nacional de Adicciones en México en 1988 mostró que el 34% de la población estudiada presentaba algún síntoma de depresión (14). La encuesta realizada a 920 personas en la Ciudad de México por el Dr. Guillermo Calderón manifestó que 11.6% de esta población estudiada presentó depresiones medias y el 2.5% de cuadros severos; también observó que las mujeres predominan en un 15.1% en comparación con los varones que tienen un 11 %; así como los de mayor prevalencia son los mayores de 60 años y las personas con menores recursos económicos (15, 35). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2003 refiere que el 3.3% de la población ha presentado a lo largo de su vida algún episodio depresivo mayor, siendo mas frecuente en mujeres (4.5%) y con picos que afectan la etapa productiva de la vida (17,32 y 65 años) (16). La Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño con 38 700 encuestados refleja una prevalencia de depresión de 4.5% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia, incrementándose con la edad y en poblaciones rurales. En el estado de Hidalgo fueron las mujeres y en Jalisco los varones los de mayor prevalencia de episodios depresivos, en Sonora las mujeres y en Nayarit los hombres con menor prevalencia; Querétaro ocupa el lugar 14 y 21 respectivamente (17).

Como ya se mencionó anteriormente la depresión está incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo, según el DSM IV, clasificados en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias y debidos a enfermedad médica. Los trastornos depresivos (mayor, distímico y no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (I, II, ciclotímico y el no especificado) implican la presencia o historia de episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos 4 síntomas de depresión). El trastorno distímico 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 que no cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado codifica los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maniacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por lo menos de un episodio hipomaniaco (18).

Clínicamente la depresión puede manifestarse con alteraciones francas de la esfera afectiva , cuyo diagnóstico es rápido y seguro y otro en el cual se encuentra enmascarado (síntomas somáticos) de difícil diagnóstico para el médico general, como la indiferencia, la tristeza la inseguridad, el pesimismo, el miedo, la ansiedad, la irritabilidad o la disminución de la sensorpercepción, los trastornos de la memoria, la disminución de la atención, ideas de culpa o fracaso, pensamiento obsesivo o actividad y productividad disminuidas, impulsos suicidas, el impulso a la ingestión de alcohol u otras drogas, trastornos del sueño y del apetito, disminución del sueño y del deseo sexual, cefalea tensional, decaimiento físico, trastornos digestivos o cardiovasculares

entre otros (19). La literatura menciona que la depresión enmascarada u oculta se encuentra aproximadamente en un 60% en la consulta en atención primaria, sin embargo, en el estudio realizado en una unidad de medicina familiar se obtuvo en un 86.6%, por lo que quizá la detección sea baja (20).

Por lo anteriormente expuesto consideramos que es de suma importancia realizar un diagnóstico acertado y oportuno y teniendo presente la existencia del gen vinculado con la depresión, podríamos visualizar este padecimiento en personas más jóvenes como lo demuestra el estudio realizado a 5826 encuestados , en el que se demuestra que 2 millones de personas de la población mexicana han padecido algún episodio de depresión antes de los 18 años y entre todos los que han padecido un episodio depresivo mayor alguna vez en su vida es del 27.5% (21).

También habremos de mencionar que el médico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo subdiagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos, explicándose esta evidencia con base en las características del paciente, del médico familiar y de la infraestructura o disponibilidad de medios en el área de la salud (22, 37).

Hasta aquí hemos abordado ampliamente el tema de depresión, sin embargo, es imprescindible hablar de los efectos que esta entidad provoca en la Familia.

El vocablo Familia tiene muchas definiciones según los diferentes enfoques teórico-metodológicos, así los sociólogos la consideran como el grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas.

Según los demógrafos puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia, en tanto satisfacen necesidades comunes.

La definición expuesta por Horwitz refiere que la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial

entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y por lo general, están ligadas por lazos de parentesco.

Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivos y secundarios. Menciona que *“en ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar”*.

A partir de la década de los 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas. Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos. Así, entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, al grupo y viceversa.

En general todos los autores consideran el papel de la familia, en función de las relaciones que se establecen en este grupo, valoran la importancia que tiene ella en la formación de la personalidad y hacen referencia a su carácter sistémico.

Para el estudio adecuado del grupo familiar debemos considerar su composición según el parentesco y el tamaño de la familia; podemos encontrar a una familia nuclear que está constituida por padres e hijos; la familia extendida donde se incluyen más de 2 generaciones y otros miembros; la familia reconstituida formada por un matrimonio donde él o los hijos con solo de uno de los cónyuges; la familia monoparental formada por uno de los padres o tutor y el o los hijos.

Revilla propone una nueva clasificación, por ejemplo la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos. Así mismo dice que existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); y equivalente familiar (homosexuales); menciona que el funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre

ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. Según Mc Master, el funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta y el involucramiento afectivos, y el control de la conducta y la flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional.

El investigador Raymundo Macías considera que el Funcionamiento Familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía, modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado Funcionamiento Familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. También puede incidir desfavorablemente en la evolución de cualquier tipo de tratamiento y en rehabilitación (23).

Importante es conocer las características de la familia, pero más importante es enfocarnos en ella partiendo del criterio de funcionalidad, al considerar el hecho de que una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorable en esta. Así como también que una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros.

Al hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único que lo mida.

Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

La concepción de la familia como sistema aporta mucho en relación de la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un “culpable” sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. Así, el funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa (24).

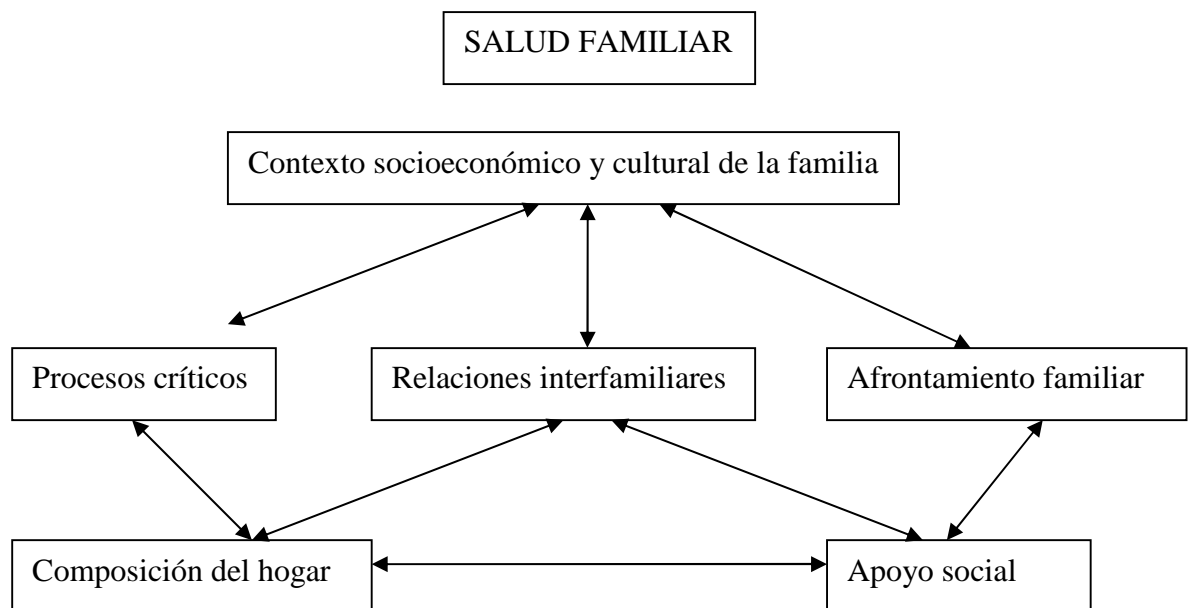
Algunos autores plantean que la familia como grupo social debe cumplir 3 funciones básicas que son: la función económica, la biológica y educativa, cultural y espiritual. Así, para que el sistema familiar sea funcional, deberá permitir el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros, propiciará la flexibilidad de las reglas y roles para la resolución de los conflictos; muy importante es la comunicación clara, coherente y afectiva que permite compartir los problemas y por último el sistema tendrá la capacidad de adaptarse fácilmente a los cambios, ya que está sometida a constantes ajustes al enfrentar las tareas del desarrollo (ciclo vital) y las tareas de enfrentamiento (crisis familiares) (24).

Otros autores consideran que son 5 las funciones familiares básicas, como la Socialización, el cuidado, el afecto, la reproducción, el estatus y el nivel socioeconómico. Definiendo a la socialización como la transformación en un tiempo determinado, de una persona totalmente dependiente de sus padres, en un individuo autónomo con independencia para desarrollarse en la sociedad; el cuidado (alimentación, vestido, seguridad física y apoyo emocional) que permite la conservación de la especie; el afecto se muestra a través de una serie de transacciones de aprecio, como el cariño o la simpatía; a la reproducción se le considera como la capacidad de proveer nuevos miembros a la sociedad con un sentido de responsabilidad, y por último el estatus y nivel socioeconómico que se entiende como conferir a un miembro de la familia tal o cual nivel socioeconómico con derechos y obligaciones con el fin de perpetuar los privilegios y logros familiares (25).

La salud familiar es un campo de prioridad programática integrado por la salud de la adolescencia y la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de mortalidad materna, entre otros. Por lo tanto, la salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales, que se definen a escala micro social en el contexto del hogar.

Como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones, debido a las influencias de cambio de los factores que la conforman producidos por las vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida familiar, por las etapas del ciclo de vida individual de sus integrantes con sus característicos eventos de salud, por la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad y por la propia característica de las relaciones interpersonales familiares.

La familia transmite de generación en generación su historia, su experiencia, sus valores, sus costumbres, aspectos muy vinculados con la producción de la salud, a escala del hogar (26).



Esquema de Salud Familiar (ref: 25)

Algunos signos de alarma en relación a la funcionalidad familiar de ciertos estudios consideran que la ansiedad crónica (38%) y la migraña atípica son las manifestaciones neurovegetativas más comunes en la disfunción familiar (27).

Los pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. La disfunción familiar en un principio es un problema de interrelación consigo mismo y con las estructuras sociales, condición compleja porque requiere modificaciones estructurales y adaptativas respecto a valores sociales, aspectos económicos, sexuales, religiosos, etcétera.

En la dinámica familiar y satisfacción de 226 personas con insuficiencia renal crónica, se encontró que más de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar. Se identificó que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar.

Se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutive de la familia facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al enfermo (28).

Los conflictos familiares han sido asociados con la externalización de problemas como son la agresividad y el comportamiento antisocial, al igual que con su interiorización, resultando problemas tales como ansiedad, depresión y baja autoestima, sin embargo, el ambiente familiar, particularmente la calidez parental y la calidad del vínculo han demostrado que reducen los efectos deletéreos del estrés y promueven un funcionamiento adaptativo. Así mismo, en el grupo de adolescentes se corrobora que familias muy cohesionadas (la fuerza de los lazos que unen a los miembros de una familia) evitan la probabilidad de implicarse en el consumo de drogas, posiblemente porque son objeto de mayor control por parte de los padres, tienen menos oportunidad de recibir ofertas y viven en un medio de mayor seguridad afectiva (29).

Estudios en residentes en especialidades médicas mostraron que en el 60% de ellos presentan algún grado de disfuncionalidad familiar, relacionado con las exigencias de los postgrados o el estrés, según la cohesión el mayor porcentaje se encuentra en familias relacionadas y según la adaptabilidad se observa que están en el grado de caóticas (30).

El paciente diabético se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. De 300 pacientes estudiados, se pudo demostrar que los que se encontraban con buena funcionalidad se encontraban mejor controlados que los que estaban en el grupo con disfuncionalidad (31).

El impacto de la violencia contra las mujeres y sobre su salud mental puede tener consecuencias devastadoras, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión (4, 6, 32). Así, diversos estudios realizados tanto en hospitales como en población abierta han mostrado que la violencia ejercida por la pareja o esposo se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión (32).

Hasta aquí hemos tratado la depresión y la funcionalidad familiar con sus diferentes causas y consecuencias. Consideramos evaluar estas dos variables con métodos validados como el cuestionario FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Instrumento creado por Olson y cols, que cuenta con el respaldo de 25 años de investigación y más de 700 publicaciones científicas que han permitido afinar tanto al Modelo Circunflejo de los Sistemas Familiares y Conyugales (que es el modelo teórico que lo sustenta) como los 11 instrumentos que forman el Circumplex Assessment Package del cual forma parte el FACES III. Aunque se ha publicado el FACES IV aún no tiene sustento para las familias de nuestra sociedad y no se ha efectuado aún en español. El FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su

proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, a los que deseen aplicarlo clínicamente o con fines de investigación, un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento.

FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores. La evaluación de la funcionalidad familiar y del riesgo de disfunción propicia la posible participación de los profesionales de la salud en el apoyo que requieran las familias con mayor riesgo de disfunción, permite establecer una serie de tareas de carácter clínico dirigidas a un manejo médico más integral de los daños a la salud, así como la previsión de intervenciones de otros miembros del equipo de salud. De esta manera, la evaluación de la funcionalidad familiar favorece el cumplimiento de las premisas de la práctica de la Medicina Familiar: continuidad de la atención, evaluación integral del proceso salud-enfermedad en los individuos y sus familias, y anticipación a los daños a la salud mediante un enfoque de riesgo (33).

La cohesión familiar es definida como la ligazón emocional que los miembros de una familia tienen entre sí. Existen varios conceptos o variables específicas para diagnosticar y medir las dimensiones de cohesión familiar: ligazón emocional, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y formas de recreación. Dentro de las dimensiones de cohesión es posible distinguir cuatro niveles: desvinculada (muy baja), separada (baja a moderada), conectada (moderada a alta) y enmarañada. La cohesión desvinculada o desprendida se refiere a familias donde predomina el “yo”, esto es, hay ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, ausencia de lealtad a la familia y alta independencia personal. En la cohesión separada si bien predomina el

“yo” existe la presencia de un “nosotros”, además se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. En la cohesión conectada o unida, existe el “nosotros” con presencia del “yo”; son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia. Finalmente en la cohesión enmarañada o enredada, predomina un “nosotros”, apreciándose máxima unión afectiva entre los familiares, a la vez que existe una fuerte exigencia de fidelidad y lealtad hacia la familia, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común.

La adaptabilidad familiar es definida como la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo. La descripción, medición y diagnóstico de esta dimensión incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia. Los cuatro niveles de adaptabilidad que se describen son: rígida (muy baja), estructurada (baja a moderada), flexible (moderada a alta) y caótica (muy alta). La adaptabilidad caótica se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. La flexible, a un liderazgo y roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios. Por otra parte, la adaptabilidad estructurada ha sido entendida como aquella en que el liderazgo y los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La adaptabilidad rígida alude a un liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios.

La comunicación familiar es el tercer concepto, considerándola como una dimensión facilitadora. Las habilidades para la comunicación positiva descritas son: empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo, etc. Hacen posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad. Las habilidades negativas son: doble vínculo, doble mensaje y críticas.

Reducen la capacidad de los cónyuges o miembros de una familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones. Los estilos y estrategias de comunicación de un matrimonio o de una familia, están muy relacionados con la cohesión y la adaptabilidad. Se trata por tanto de una variable facilitadora del cambio.

Las tres dimensiones antes mencionadas de cohesión, adaptabilidad y comunicación pueden organizarse en un Modelo Circunflejo, que facilita la identificación de 16 tipos de familias que más tarde fueron descritas y que dieron origen a la escala de “Cohesión y Adaptabilidad Familiar”.

A partir del Modelo Circunflejo los niveles centrales (cohesión separada y conectada) son los más viables para el funcionamiento de la familia, considerándose problemáticos los niveles extremos (cohesión desvinculada y enmarañada). Los niveles centrales de adaptabilidad (estructurada y flexible) son más favorables para el funcionamiento del matrimonio y la familia

Los extremos (rígidos y caóticos) son los más problemáticos. La mayoría de parejas y familias que buscan tratamiento, se encuentran en uno de estos niveles extremos.

Relacionando las variables de adaptabilidad y cohesión, Olson, Russell y Sprenkle plantearon que cuando hay un equilibrio fluido entre morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad), suele haber también un estilo de comunicación mutuamente assertivo, éxito en las negociaciones, un liderazgo más o menos igualitario, circuitos de retroalimentación positivos y negativos, y roles y reglas compartidos, siendo aquellos más explícitos que implícitos. Por contraposición los sistemas familiares más disfuncionales se sitúan en los extremos de esta dimensión. Este tipo de familias suele tener más problemas a lo largo de su ciclo vital. Desde la perspectiva del Modelo Circunflejo se establece que un sistema adaptativo y equilibrado requiere del balance entre los dos procesos antes mencionados: morfogénesis (cambio) y morfostasis (estabilidad) (34).

**Modelo Circunflejo. FACES III
16 tipos de familias**

Tipo de familia	No Relacionada	Semi Relacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	13	38	50	29	130	48.1
Flexible	9	20	32	15	76	28.1
Estructurada	8	17	15	3	43	16
Rígida	4	3	10	4	21	7.8
Total	34	78	107	51	270	100
%	12.6	28.9	39.6	18.9	100	

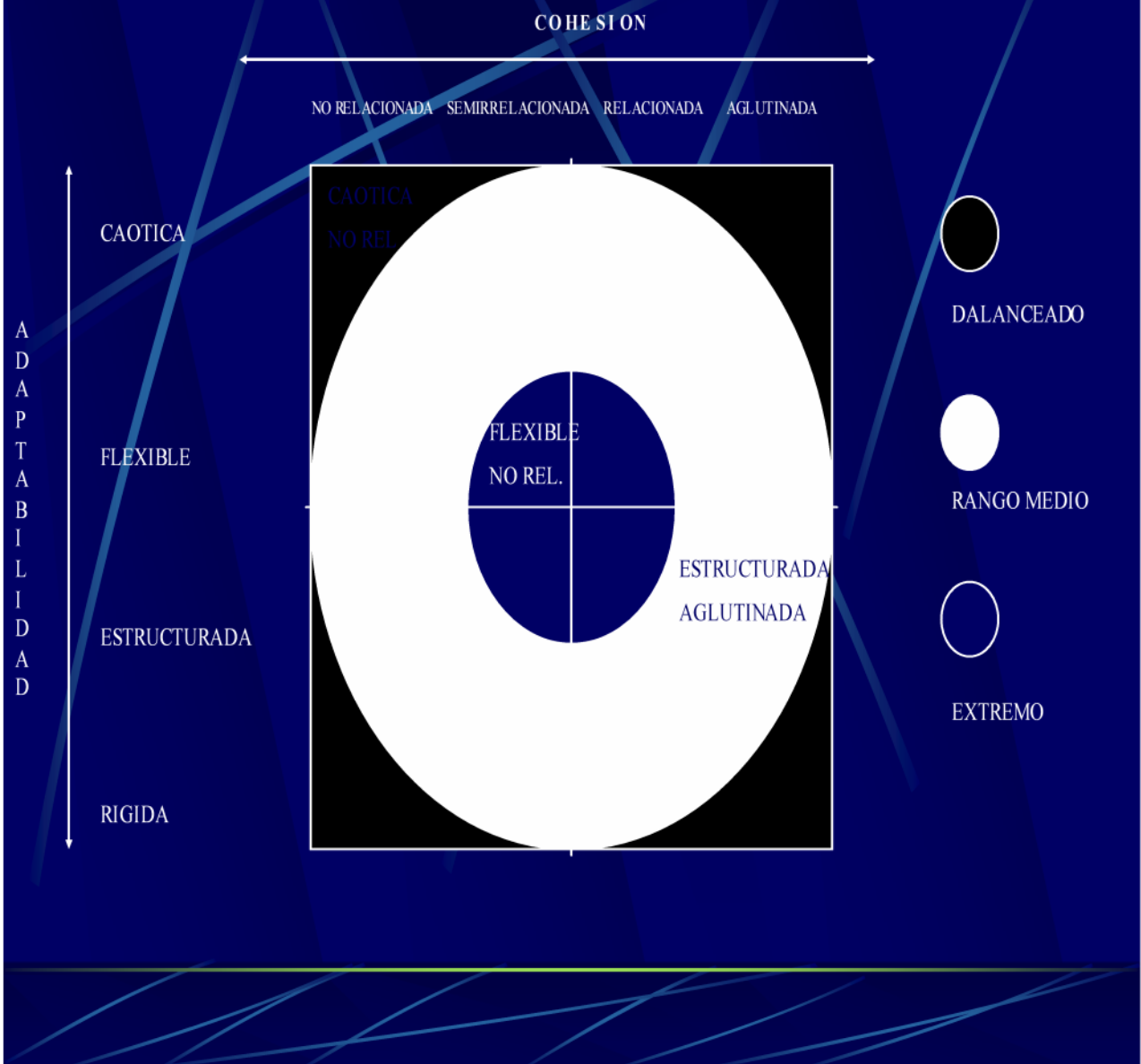
Balanceada	Rango medio	Extrema
-------------------	--------------------	----------------

La calificación de Fases III como sigue:

- ♦ La calificación en COHESIÓN es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems NONES
- ♦ La calificación en ADAPTABILIDAD es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems PARES

COHESION	AMPLITUD DE CLASE	ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10-34	Rígida	10-19
Semirelacionada	35-40	Estructurada	20-24
Relacionada	41-45	Flexible	25-28
Aglutinada	46-50	Caótica	29-50

MODIFICADO DE: OLSON DH, CIRCUMPLEZ MODEL OF MARITAL AND FAMILY SYSTEMS (1993)



FACES III

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VACES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

DESCRIBA A SU FAMILIA

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

La clasificación de familias mediante este instrumento permite señalar que, ante una evaluación externa, se considere elemento suficiente para explorarlas con mayor profundidad y con el auxilio tanto de otros profesionales de la salud, como de otros instrumentos, por lo que es indispensable que los médicos de familia estemos familiarizados con este instrumento (33).

Como dijimos anteriormente el diagnóstico de depresión puede ser muy sencillo o extraordinariamente difícil, así que para facilitar el mismo, sobre todo en la valoración de un nuevo antidepresivo, ya que como médico general o familiar cuesta identificar el cuadro, se han elaborado varias Escalas de Evaluación.

El tipo más común de escalas registra únicamente síntomas, y se utiliza para conocer el estado del paciente y para evaluar los cambios que pueden presentarse en el curso de la enfermedad.

Algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos, y otras por personas sin entrenamiento especial. Algunas pueden ser aplicadas por el mismo enfermo o por la persona que hace la entrevista.

Cada una de ellas tiene sus ventajas e inconvenientes para su aplicación en nuestro medio, algunas por ser muy antiguas, otras por ser muy complejas y la mayoría porque no fueron elaboradas para su aplicación en nuestro país, y es indispensable tomar en cuenta que en estudios psicológicos, este aspecto es muy importante, ya que en cada país o región, tenemos diferentes formas de sentir o interpretar nuestros síntomas.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota consta de 566 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas, que corresponden a muchos aspectos de la personalidad. Su escala se considera como la que corresponde al estado de ánimo y fue diseñada para medir depresión. Consta de 60 reactivos, de los cuales 20 deben ser respondidos como aciertos y 40 como falsos. Esta escala es confiable, pero tarda de una a dos horas para resolverse y solo puede ser aplicada por un profesional de la salud mental muy competente.

La escala de Hamilton consta de 17 reactivos que se definen como categorías de interés creciente; otras por términos equivalentes. Incluye cuatro variables adicionales:

variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, lo que hace un total de 21 reactivos. Se utiliza generalmente en investigaciones sobre la utilidad de nuevos productos farmacológicos. Entre sus deficiencias se encuentran que utiliza 3 reactivos para valorar un solo síntoma (4, 5 y 6); el reactivo 9 evalúa inquietud o ansiedad; el reactivo 10 se refiere a ansiedad psicótica, debiendo tener presente que solo un número pequeño de los cuadros depresivos, corresponden a un cuadro psicótico, el reactivo 14 trata de investigar la pérdida de la libido, que no es un síntoma genital; el reactivo 15 se refiere a la presencia de hipocondriasis que no es un trastorno del humor y por último el reactivo 21 pregunta sobre trastorno obsesivo-compulsivo que ocupa una categoría diferente a los trastornos depresivos.

La escala de Zung (la más utilizada en nuestro país) está diseñada para ser autoaplicada, pero aunque este método puede ser aplicado para estudios de campo, no funciona en estudios clínicos de pacientes. Algunas preguntas pueden quedarse sin respuesta, o confundir al paciente sobre todo si es de bajo nivel cultural; faltan tres síntomas frecuentes en nuestro país: inseguridad, ideas obsesivas y disminución de la concentración; al preguntar sobre el insomnio lo hace para responder a un insomnio temprano no al tardío que es el más frecuente en nuestro país, además de que en algunos pacientes duermen demás, posiblemente como un medio de evitar enfrentarse a las severas molestias que el trastorno depresivo le origina.

Tomando en cuenta lo anterior, se decide utilizar el cuestionario clínico para diagnosticar la depresión del Dr. Guillermo Calderón Narváez que fue publicado por primera vez en la Revista Médica del IMSS en 1992. Consta de 20 reactivos que corresponden a los síntomas frecuentes de la depresión con 4 opciones de respuesta: No, poco, regular, mucho, que se califican del 1 al 4 según su intensidad, abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa, pudiéndose obtener un puntaje mínimo de 20 y uno máximo de 80.

Este cuestionario presenta una alta confiabilidad en población abierta, involucrando sujetos de diferentes niveles de educación y edad (anexo 2) (35).

El médico familiar o general es el primer contacto de la mayoría de las personas que presentan algún trastorno mental (22%), lo que reitera la necesidad de considerar al primer nivel de atención, como el idóneo para la detección y tratamiento oportuno de algunos de los trastornos mentales, siendo necesario no sólo mayor disponibilidad y acceso sino también una serie de medidas que involucren cambios en la organización de los servicios, ya que está documentado que el 54% de los pacientes con algún trastorno emocional recurren a la ayuda de amigos o familiares, seguido del 10% a sacerdotes o ministros religiosos y en un 5% a servicios especializados (37)

Por lo anteriormente expuesto, consideramos de suma importancia realizar un diagnóstico acertado y oportuno para poder otorgar el tratamiento que requiera el paciente, razón por la cual estudiaremos a la depresión en relación con la funcionalidad familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Analizar la depresión como factor determinante de la funcionalidad familiar plantea un reto apasionante, contando con los instrumentos necesarios, se espera poder conseguir la información necesaria para realizar las acciones correspondientes y así apoyar adecuadamente a los enfermos, mejorando su calidad de vida y la de su familia.

La razón por la que se busca si la depresión afecta a la funcionalidad familiar es entre otras cosas, porque la literatura menciona que el 20% de la población mundial padece algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida, siendo la depresión uno de los principales problemas de salud pública, presentándose principalmente en mujeres, lo que genera un fuerte impacto sobre la vida de éstas, la familia y la sociedad, además de considerar que en una unidad de medicina familiar pequeña no se han realizado estudios de este tipo y por la trascendencia que se espera tener.

Es indispensable diagnosticar la depresión adecuadamente, uniformando los criterios para este fin y así evitar el costo que genera a la familia y a la sociedad en su conjunto.

Existen diversos estudios que mencionan que la depresión unipolar es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad y que esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad de 3.4%.

Otros más, mencionan que los factores que demostraron una asociación estadística significativa con este trastorno fueron entre otros: ser mujer, dedicarse a las labores del hogar, estar jubilado, ser soltero, separado, divorciado o viudo, tener bajo nivel educacional y tener bajos ingresos económicos.

En México, según algunos autores dicen que 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas entre las que encontramos a la depresión, cobrando cada día mayor importancia y caracterizándose básicamente por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer por las actividades cotidianas. Cabe mencionar que todavía existe un importante obstáculo derivado de la dificultad misma

para entender la naturaleza de la depresión y los síntomas genuinos que la componen, lo que aumenta el riesgo de emitir los diagnósticos erróneos o imprecisos.

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente en forma mental, emocional y social; cuando ésta se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución. Es común que las personas con trastornos afectivos consulten primeramente al médico general y que su demanda no sea atendida en forma adecuada por falta de capacitación o experiencia, por lo que el diagnóstico y el tratamiento pueden retrasarse afectando a los pacientes, a los servicios de salud o al mismo facultativo por la demanda de consulta de los diversos padecimientos que podrían enmascarar esta patología.

Lo anteriormente expuesto, nos hace colocar los ojos en una situación que quizá no se ha estudiado a fondo y principalmente en el área donde nos desarrollamos. Con este trabajo se propone encontrar la asociación de la depresión en la funcionalidad familiar, considerando que por las diferentes formas de manifestarse puede no ser entendida en la familia, provocando alteraciones en las diferentes áreas. Este trabajo nos permitirá definir si la funcionalidad familiar se ve alterada por la depresión o al contrario, con lo que pretendemos en un futuro cercano, poder tener los servicios necesarios y así poder incidir en los tratamientos adecuados para resolver la problemática familiar.

Esto además, nos da la posibilidad de poder prevenir patologías relacionadas con la depresión y a su vez, tener los mecanismos adecuados para diagnosticarla y tratarla adecuadamente.

En nuestra unidad al parecer no se cuenta con un estudio sobre la funcionalidad familiar y depresión, y menos uno de influencia recíproca, así, que este estudio iniciará una nueva etapa en la construcción de la salud en la unidad de medicina familiar 5, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cual es la asociación entre depresión y funcionalidad familiar?

JUSTIFICACIÓN

La depresión puede considerarse como uno de los principales problemas de salud pública, caracterizada por sintomatología muy variada, cuyo diagnóstico se hace difícil, por lo que muy probablemente no ha sido diagnosticada en forma adecuada, previéndose que para el año 2050 ocupará el segundo lugar de morbilidad a nivel mundial.

El deseo de determinar la asociación entre funcionalidad familiar y la depresión en la Unidad de Medicina Familiar 5 del IMSS es porque consideramos que esta entidad puede ser abordada de manera oportuna y adecuada, evitando así más daño a la salud del enfermo y sus familias.

Este trabajo pretende mostrar la magnitud del problema, así como difundirse a otras instancias con la finalidad de alertar a otros colegas sobre la importancia del estudio de estas dos variables.

Este estudio es factible de realizar, porque la población que se estudia es la misma que asiste a consulta y con la que se tiene empatía y solidaridad, además de necesitar solo 2 instrumentos de medición para realizarla.

Consideramos que el estudiar a esta población pequeña, no la hace ser susceptible de cambio, ya que las condiciones sociales son muy diversas y con un abanico cultural bastante amplio, por lo que se hace aún más interesante el estudio de ella.

Por último se ambiciona tener mayor oportunidad de apoyo psiquiátrico o psicológico para la población derechohabiente por parte de la institución donde presto mis servicios.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de depresión y la funcionalidad familiar en pacientes que acuden a consulta de la unidad de medicina familiar no. 5 del IMSS, Querétaro

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos (edad, género, estado civil, escolaridad y ocupación) de los pacientes con depresión
- Definir el grado de depresión en los pacientes
- Determinar la funcionalidad familiar de los pacientes con depresión.

METODOLOGIA

1.-TIPO DE ESTUDIO: Estudio transversal -descriptivo

2.- UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes adultos de 18 a 68 años de una población de 2800, que acudan a consulta externa de medicina familiar del consultorio 2 matutino de la unidad de medicina familiar numero 5 de Pedro Escobedo, Qro. y sus familiares o en su defecto visitándolos en sus domicilios del 1 de noviembre del 2005 al 30 de junio del 2006.

3.- FORMULA PARA EL TAMAÑO DE LA MUESTRA: En base al procedimiento estadístico Epi Info V2000 y basándose en una población del 30% referido y un esperado del 40%, la fórmula arroja un total de 80 pacientes para un nivel de confianza del 95% se agrega un 15% más por pérdidas, resultando 95 pacientes.

4.- MÉTODO DE MUESTREO: El método es sistemático, ya que todos los individuos candidatos tienen la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra, fueron tomados de la lista completa de la población, seleccionándose a intervalos regulares (5), del marco muestral, de una manera aleatoria (ref: 38).

5.- VARIABLES DE ESTUDIO:

A) Dependiente: Depresión.

B) Independiente: Funcionalidad familiar, variables sociodemográficas (edad: 18 a 68 años; nivel de escolaridad (anexo 4).

6.- CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes de ambos sexos de 18 a 68 años de edad adscritos a la UMF no. 5 del consultorio 2 matutino.

7.- CRITERIOS DE NO INCLUSION: Pacientes con patologías de otro tipo o que no permitieran la aplicación de la entrevista.

8.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Pacientes que no acudieron a la cita para la entrevista o que no permitieron la visita domiciliaria y los pacientes que no contestaron el 100% del cuestionario

9.- TECNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION: Previo consentimiento por el comité local de investigación no. 2202 se les invitó a los pacientes del consultorio 2 matutino de la UMF 5 de Pedro Escobedo personalmente a participar respondiendo los cuestionarios correspondientes. A los interesados se les citó para explicarles la manera de responder a las preguntas y se les solicitó su permiso para asistir a sus domicilios y realizarles las encuestas, así como la Carta de Consentimiento Informado (ver anexos).

El instrumento aplicado para determinar la funcionalidad y la disfuncionalidad, fue el cuestionario elaborado por Olson y cols. FACES III que mide la cohesión y adaptabilidad y que cuenta con una escala con 5 opciones con valores del 1 al 5, permitiendo clasificar a las familias en 16 combinaciones posibles y que al colocarlo en el Modelo Circunflejo, la adaptabilidad tiene 4 resultados probables (caótica, flexible, estructurada y rígida); la cohesión también tiene 4 resultados factibles (no relacionada, semi relacionada, relacionada y aglutinada); al cruzar estas variables se determina si es balanceada, extrema y en rango medio, esta última con la posibilidad de caer en los dos anteriores (ver anexos).

Para determinar el grado de depresión se utilizó el cuestionario del Dr. Calderón que consta de 20 ítems con 4 opciones de respuesta: No, poco, regular, mucho, que se califican del 1 al 4 según su intensidad, abarcando desde el nivel normal hasta la depresión severa (20-35 = normal; 36-39 = reacción de ansiedad; 40-45 depresión incipiente; 46- 65 depresión media y 66-80 depresión severa) (ver anexos).

10. TRATAMIENTO ESTADISTICO: En base al programa estadístico SPSS se realizó estadística descriptiva.

Consideraciones éticas

- 1.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos para proteger la salud y sus derechos individuales.
- 2.- El consentimiento informado lo otorga una persona competente que haya recibido la información necesaria, que haya entendido debidamente la información, y que, después, de estudiarla, haya llegado a una decisión sin que se le haya sometido a coerción, influencia indebida o inducción o intimidación.
- 3.- En los cuestionarios se omitirá el nombre del informante para asegurar la confidencialidad de los datos.

El presente estudio se apega a lo establecido en:

_ Manual de Organización del Instituto Mexicano del Seguro Social Consejo Técnico, Acuerdo No 7 802, octubre 8 de 1980.

_ Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación del H. Consejo Técnico, Acuerdo No 1516/84 del 20 junio de 1994.

_ Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988. Poder Ejecutivo Federal, parte 11, apartados 7.4 y 8.12 parte 111, apartado 10.2

_ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4.

- Ley General de Salud; Artículo 2º. , Fracción V11, artículo 3º. , fracción 1X, Título quinto, capítulo único, artículos 96 al 103.

_ Artículo del Consejo de Salubridad General del 23 de diciembre de 1981, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 25 enero de 1982, que crea las comisiones de investigación y ética en los establecimientos donde se efectúa una investigación Biomédica.

_ Decreto Presidencial del 8 de junio de 1982 publicado en el Diario Oficial

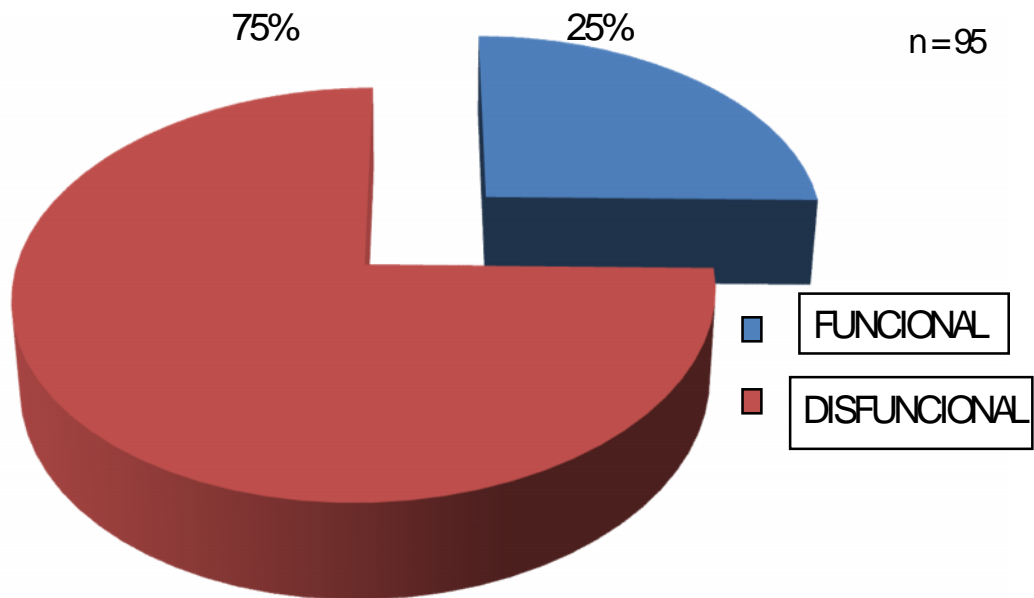
_ Del 4 agosto de 1982, que establece la formación de comisiones de Bioseguridad en las instituciones donde se efectúen investigaciones que utilicen radiaciones o trabajen en procedimientos de ingeniería genética.

_ Declaración de Helsinki, Modificación de Tokio, Revisada por la XXX Asamblea Mundial, Tokio, Japón, 1975.

RESULTADOS

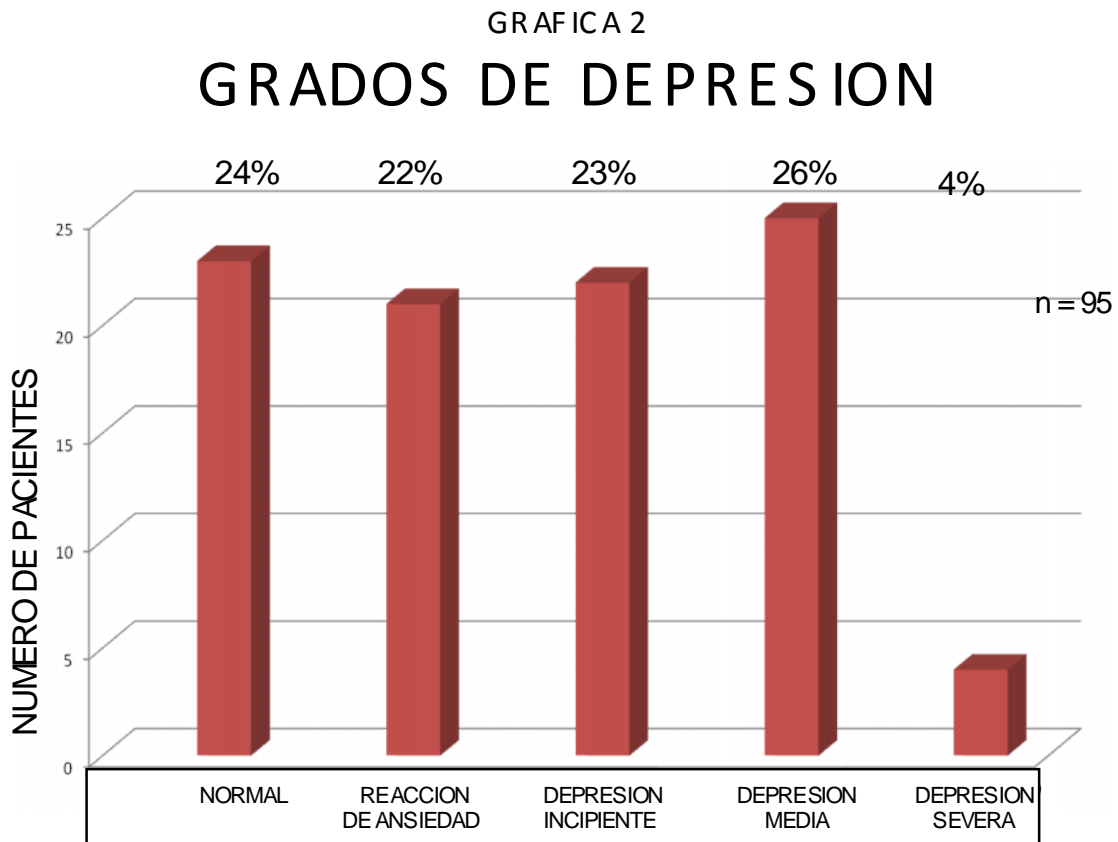
Se aplicaron los cuestionarios de Faces III para evaluar funcionalidad familiar y de depresión del Dr. Calderón a 130 personas de ambos sexos de los cuales solo 95 cumplieron los criterios de inclusión; solo el 25% de los encuestados tienen funcionalidad familiar (28 pacientes), el resto (67 pacientes) tienen disfunción familiar (75%) (Gráfica 1).

GRAFICA 1
FUNCIONALIDAD FAMILIAR



Fuente: hoja de recolección de datos

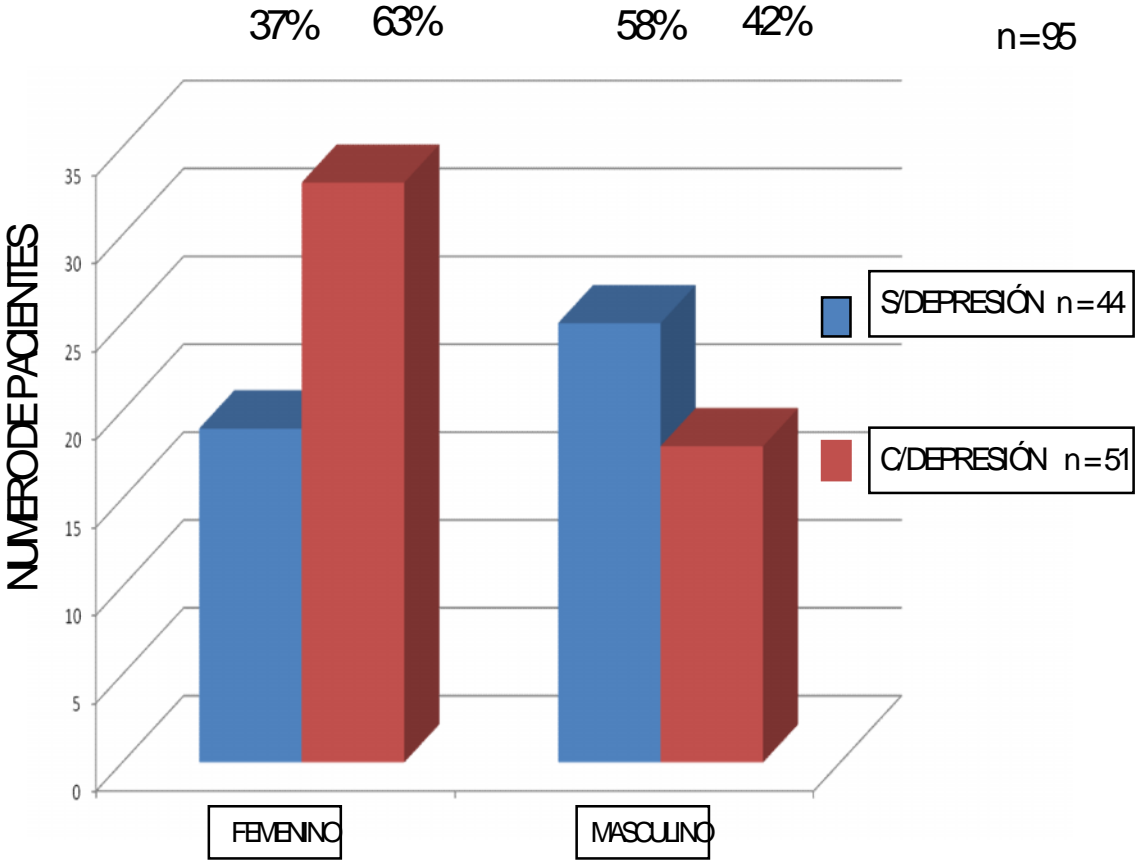
En cuanto a Depresión en forma global, 51 pacientes cursan con este padecimiento (54%). Se realizó un desglose de acuerdo a los grados de depresión, como se observa en la Gráfica 2.



Fuente: hoja de recolección de datos

En cuanto a la clasificación de género y depresión, 52 pacientes (56%) fueron mujeres y 43 (44%) hombres, de ellos 33 mujeres y 18 hombres cursan con depresión (54%), predominando como se observa el grupo de mujeres con este padecimiento, siendo estadísticamente significativa esta diferencia con respecto a los varones ($p = 0.036$) (Gráfica 3).

GRAFICA 3
GENERO Y DEPRESION

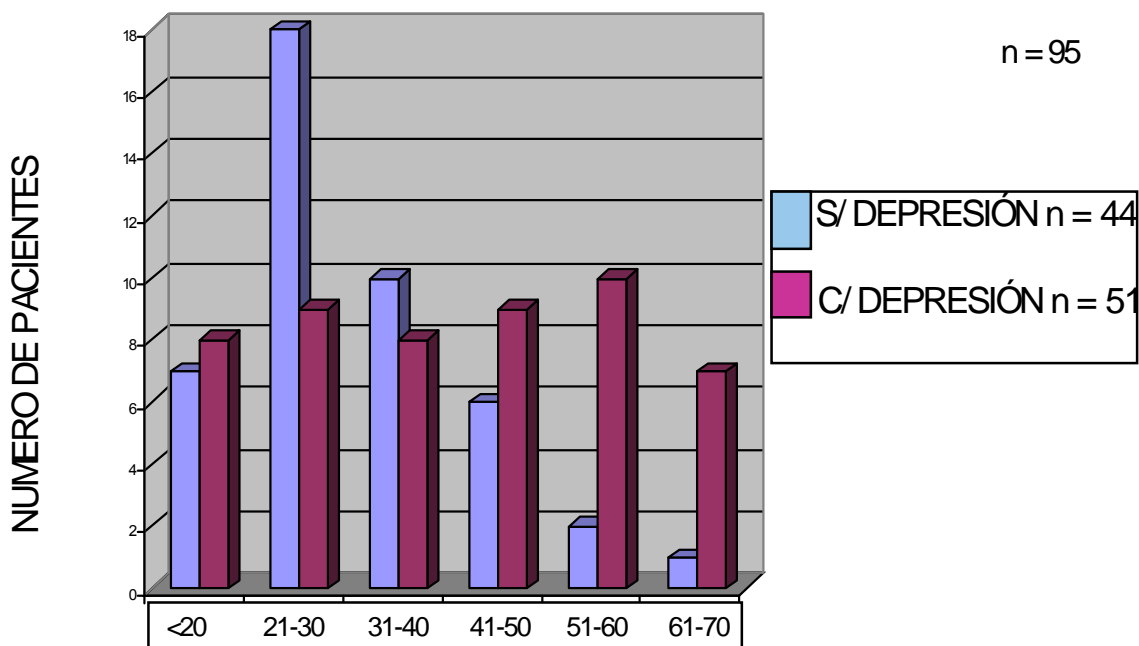


$\chi^2=0.036$

Fuente: hoja de recolección de datos

Las edades de estos grupos estuvieron en un rango entre 18 a 69 años, con una edad promedio de 36.6 ± 15.049 años, el grupo predominante sin depresión fue de 21 a 30 años (18 pacientes, 41%), seguidos del grupo de 31 a 40 años (10 pacientes, 23%), los grupos predominantes con depresión fueron de 51 a 60 años (10 pacientes, 20%) seguido de 41 a 50 y de 21 y 30 años. (9 pacientes en cada grupo, 17%), con diferencia significativamente estadística para estos grupos ($p = 0.02$) (Gráfica 4).

GRAFICA 4
GRUPOS DE EDAD (AÑOS)

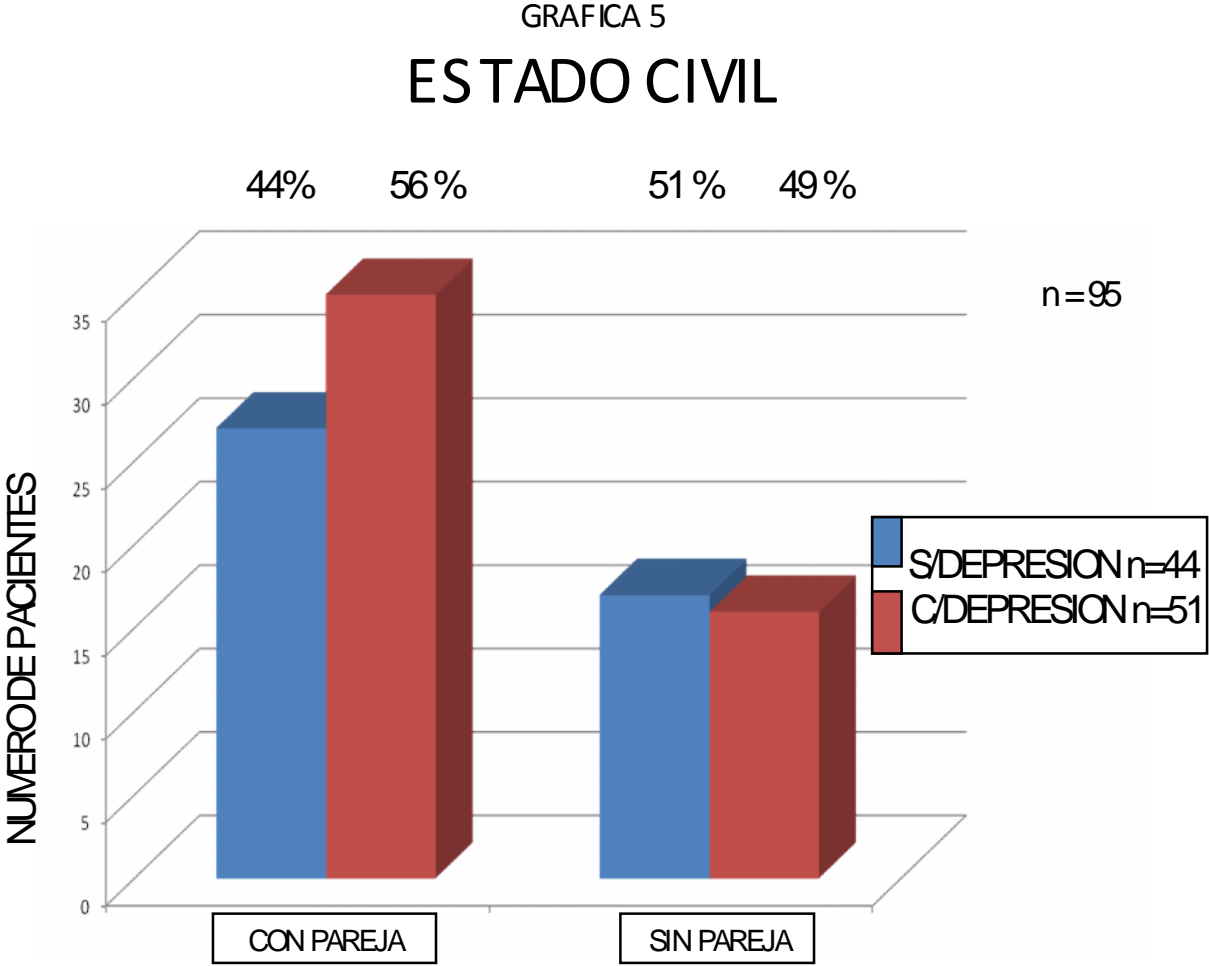


$\chi^2 = 0.021$

$\bar{X} = 36.61 \pm 15.049$

Fuente: hoja de recolección de datos

Para el Estado civil encontramos que del grupo con depresión el 56% tiene pareja y del grupo sin depresión el 51% no tiene pareja, no encontrando diferencia significativamente estadística en esta variable. (Gráfica 5).

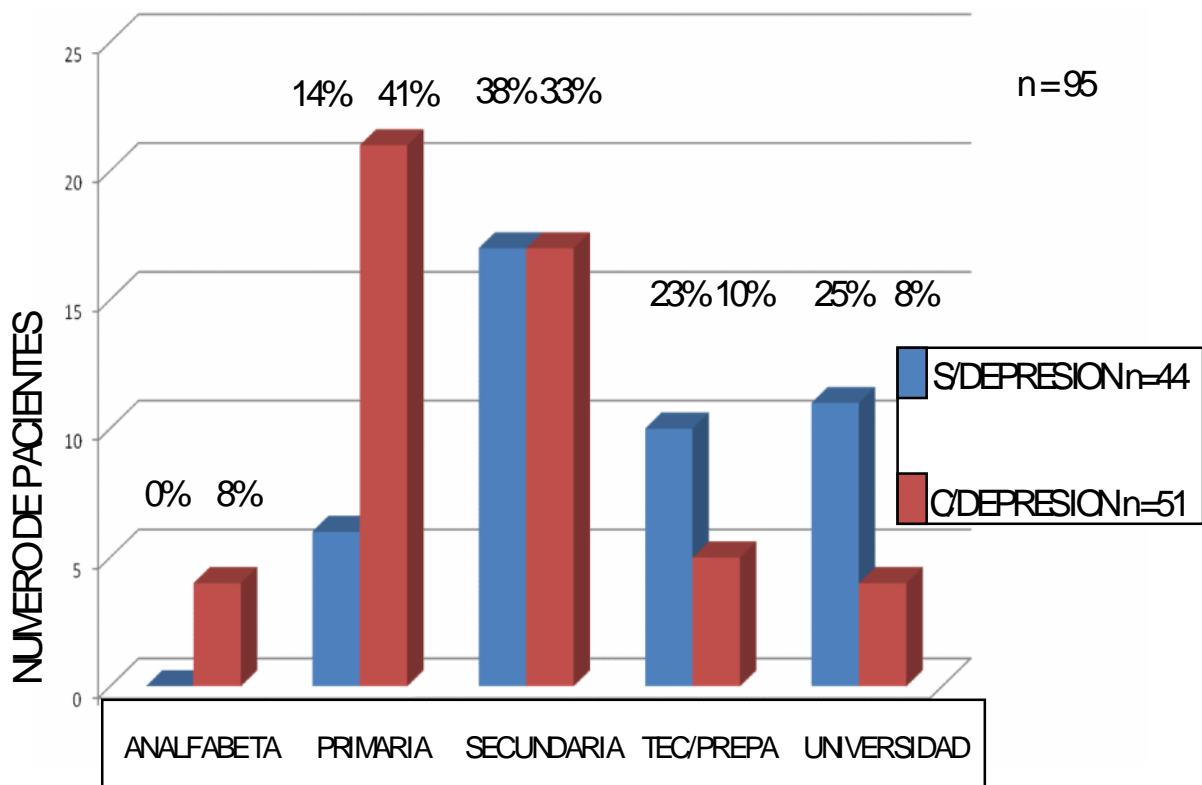


χ = ns

Fuente: hoja de recolección de datos

En cuanto a escolaridad, el grado más frecuente en los pacientes con depresión fue de primaria (41%) seguido de secundaria (33%), para el grupo sin depresión el nivel escolar más frecuente fue secundaria (38%), seguido de universidad con 25%, encontrando diferencia significativamente estadística ($p = 0.002$) (Gráfica 6).

GRAFICA 6 ESCOLARIDAD Y DEPRESION

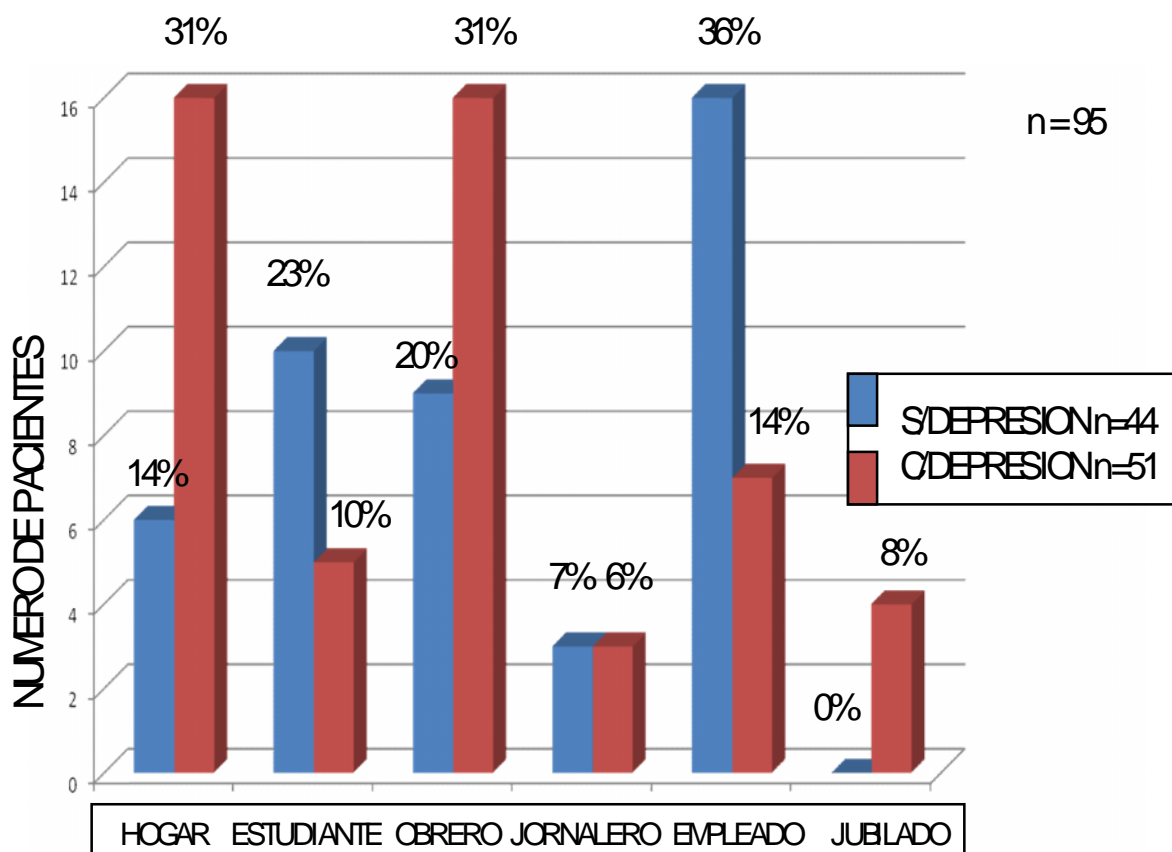


$\chi^2 = 0.002$

Fuente: hoja de recolección de datos

En el grupo con enfermedad depresiva las ocupación más frecuentes fueron del hogar y el obrero (31%) seguidas del empleado (14%), para el grupo sin depresión la ocupación más frecuente fue empleado (36%) seguida de estudiante (23%). Encontrando una diferencia significativamente estadística para un valor de $p=0.009$. (Gráfica 7).

GRAFICA 7 OCUPACION Y DEPRESION

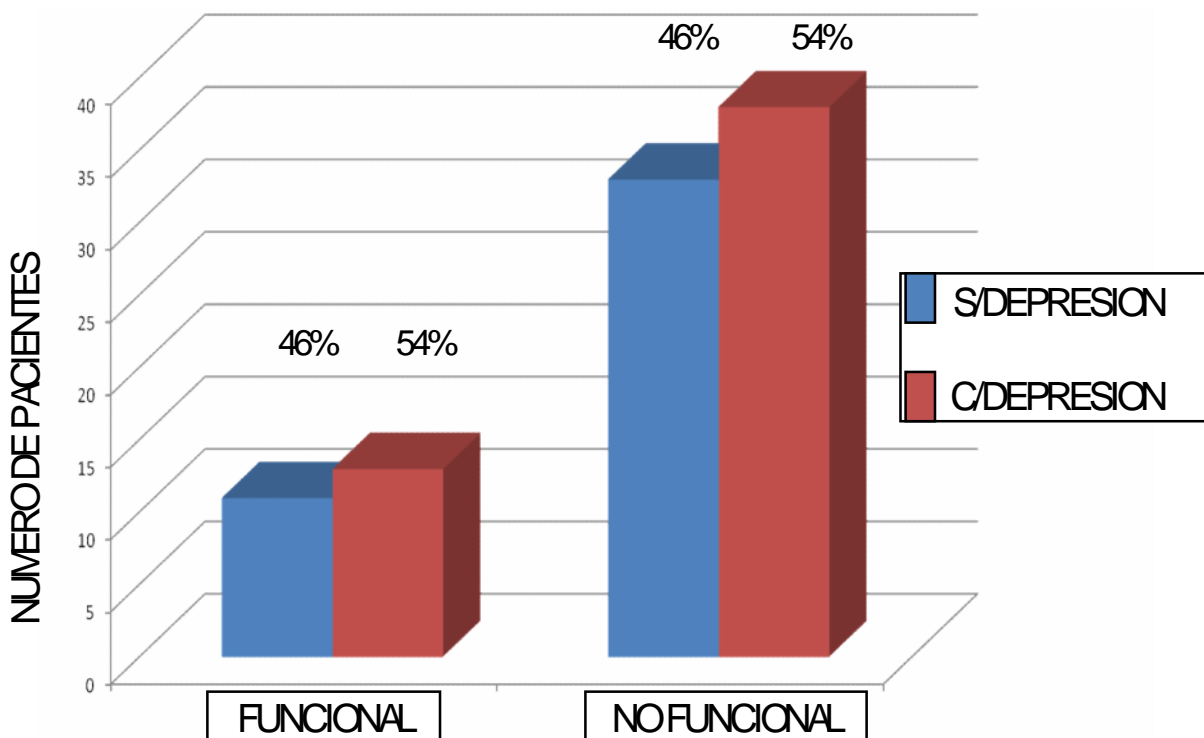


$\chi^2=0.009$

Fuente: hoja de recolección de datos

El objetivo de este trabajo fue relacionar la depresión con funcionalidad familiar encontrando que para el grupo con depresión la funcionalidad familiar existió en el 54 %, y en el grupo no depresivo la funcionalidad familiar existió en un 46%, no se encontró diferencia estadística en esta variable. (Gráfica 8).

GRAFICA 8
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y
DEPRESION

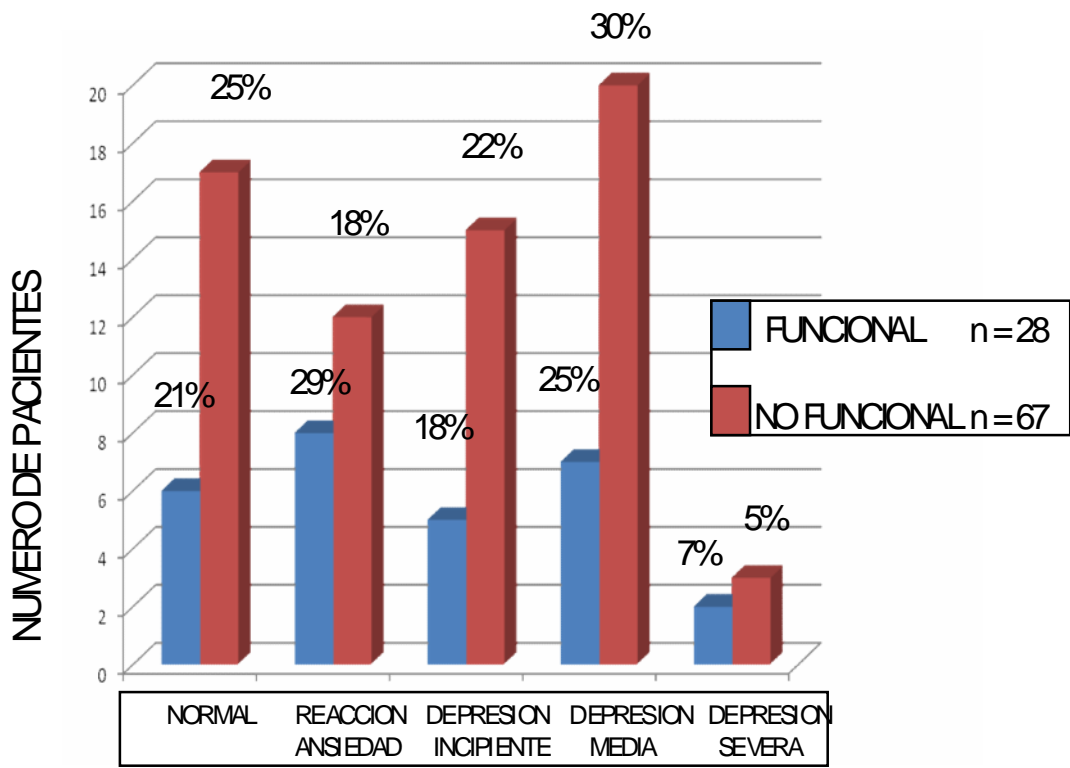


$\chi^2 = N.S.$

Fuente: hoja de recolección de datos

Se realizó un desglose del grado de depresión de acuerdo al Cuestionario del Dr. Guillermo Calderón, encontrando que para los pacientes con disfunción familiar la depresión media fue la más frecuente (30%), seguida de pacientes sin depresión (25%) y para los pacientes con funcionalidad familiar la reacción de ansiedad fue la más frecuente (29%), seguida de los pacientes con depresión media (25%), no hubo diferencia significativa. (Gráfica 9).

GRAFICA 9
**FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE
 ACUERDO A GRADO DE DEPRESION**



⌘ = N.S.

Fuente: hoja de recolección de datos

DISCUSION

Este es el primer estudio realizado en nuestra unidad médica que permite establecer el diagnóstico de depresión como una muestra de la población rural del estado. Interesante resulta determinar si la asociación de la depresión tiene influencia en la funcionalidad familiar.

El buen funcionamiento de la familia es un factor determinante de la conservación de la salud o en caso contrario, la aparición de la enfermedad, por lo que cuando existen criterios diagnósticos que determinan disfuncionalidad familiar se espera un pronóstico reservado en el manejo de la o las patologías que pudiera presentar algún miembro de la familia, haciéndolos más vulnerables con respecto a la enfermedad. En este estudio se encontró que el 75 % presentan disfuncionalidad por lo que la hace una población susceptible de alteraciones emocionales como lo demuestran otros estudios (28, 30, 31, 32) en donde se ha observado que la disfunción familiar es un factor predisponente en la aparición de trastornos emocionales, psicológicos o psiquiátricos expresados muchos de ellos en conductas dañinas. Llama la atención el número elevado de disfunción familiar a comparación de reportes nacionales que marcan un 40 -45% de prevalencia, siendo objeto de estudio en el futuro el motivo de estos resultados.

El cuestionario del Dr. Guillermo Calderón, nos ayudó no solo a determinar depresión, también nos sirvió para descubrir reacción de ansiedad, que precede a la depresión en un número no despreciable del 22% lo que condicionaría a presentar alguna crisis paranoimativa en el ciclo vital de la familia y por ende disfuncionalidad familiar. (29). Además se obtuvo los grados de depresión que puede presentar la población, encontrando que el 53% presento algún grado de depresión siendo la más frecuente la depresión media, llama la atención que en estudios en población adulta en México la prevalencia encontrada fue de 4.5% (17), probablemente la diferencia del instrumento utilizado sea una de las causas, pero aquí el enfoque es únicamente de área suburbana, se tendría que valorar si esta prevalencia es debida a la transición en que se encuentra esta población.

Los resultados obtenidos en este estudio reflejan que las mujeres presentan depresión con mayor frecuencia que los hombres, como se ha reportado en la literatura, en la mayor parte de las entidades, e independientemente de la variable evaluada, la prevalencia en las mujeres es más o menos el doble de la observada en los hombres. La mayor parte de los antecedentes, nacionales e internacionales, coinciden en esta diferencia. (8, 9, 15, 16, 17) y aunque los criterios diagnósticos son los mismos en ambos géneros, la presentación es diferente en las mujeres, como la depresión estacional o la depresión atípica, se han identificado diversos factores que propician esta patología como son los hormonales (ciclo menstrual, embarazo, aborto, climaterio o menopausia); o la doble responsabilidad del trabajo y del hogar, ser madres solteras o estar al cuidado de sus padres ancianos, o la elevada prevalencia de violencia doméstica y sexual. Importante es el factor cultural, que la hace más vulnerable al estrés, pues la mujer se forma según modelos y patrones que la proveen de mecanismos psíquicos, como en la tradición judeo cristiana (parte importante de la cultura de nuestra comunidad) donde el sentimiento de culpa que se genera puede ser desmesurado, y ellas no solo se sienten culpables sino que se quieren culpables (2, 9, 22). Esto hace considerar a las mujeres como factor de riesgo clínicamente importante en la aparición de depresión.

La relación de la edad con la depresión muestra una clara asociación positiva, como lo descrito en otras publicaciones nacionales siendo el grupo con más frecuencia de depresión aquel que se encuentra en la quinta década de la vida, pero llama la atención que se encontró seguida de dos grupos uno en la segunda y otro en la cuarta década de la vida, como lo descrito en los grupos de Canadá (35), probablemente esta diferencia se deba a que se buscó intencionadamente la prevalencia de la depresión en todos los pacientes mayores de 18 años y no únicamente en los que acuden a consulta por cualquier trastorno mental.

La literatura reporta que la prevalencia de depresión fue mayor en las personas separadas o las que vivían solas (9-13), en nuestro estudio no hubo diferencia entre casados y solteros, probablemente esta situación se deba a factores sociales y culturales de la población de estudio, donde se enfrentan al reto de ser catalogados como zona urbana por el número de pobladores, pero sus características continúan siendo de zona rural con la marginación social subyacente.

En cuanto a escolaridad, como lo reportado en la literatura, conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, situación corroborada en nuestro estudio al disminuir 33 puntos la prevalencia de depresión en los pacientes universitarios, probablemente se deba a la solicitud de atención médica de manera más oportuna, sorteando los atavismos culturales.

Se ha observado que el desempleo genera depresión (9, 37) principalmente en el varón, en este estudio se encontró que las personas que se dedican al hogar y el sector obrero presentaron mas frecuentemente depresión, quizá debido al bajo ingreso económico, las condiciones laborales, alcoholismo y la probabilidad de sufrir violencia intrafamiliar (32)

Cuando se relacionó depresión y funcionalidad familiar (Gráfico 8 y 9), se pudo observar que una no condiciona a la otra en este estudio, y que incluso al desglosar la depresión por grados, no hay relación significativa con la funcionalidad familiar, esto puede ser secundario a la elevada prevalencia de disfunción familiar tanto en personas con normalidad como en personas depresivas, sin embargo, es importante tener en cuenta que los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto, por lo que es una línea de investigación en la que se debe continuar, por la importancia que tiene la población de estas ciudades en vías de desarrollo. (27, 28, 30, 31).

CONCLUSIONES

Algunas de las variables asociadas que se encontraron en este trabajo, relacionadas con la presencia de depresión son indicadores de vulnerabilidad como son: la prevalencia asociada a los niveles bajos de escolaridad, el sexo femenino, la actividad del hogar, y el ser obrero. Aunado a un subdiagnóstico de la depresión por parte del área medica, las diferencias de los instrumentos de diagnostico, y del tratamiento, así como no contar en las unidades de medicina familiar con apoyos psicológicos y/o psiquiátricos. Además el poco apego por parte del mismo paciente.

La suma de estos factores multiplica las consecuencias negativas de la enfermedad, disminuyendo la calidad de vida de las personas, así como su productividad, afectando por ende a la dinámica familiar.

Se corrobora que en este estudio no hay relación entre depresión y funcionalidad familiar, pero como ya se comento la alta prevalencia de disfuncionalidad pudiera ser la causa de la no asociación, por lo que parece más importante hacer el diagnóstico de disfuncionalidad familiar en nuestros pacientes y buscar sus causas, ya que los recursos con los que cuenta cada una de las familias son factores que contribuirán a hacer frente a las crisis, mejoraran la comunicación entre sus miembros, o se ajustarán a su propio ciclo o al desarrollo adecuado de sus miembros.

El conocimiento del paciente y sus familias nos ayudan a incidir en su homeostasis, con la finalidad de tener mejores individuos que forman parte de esta sociedad.

El rango funcional en el que se encuentre una familia determinará el plan de acción, así como de alguna patología eventual que haga que este sistema se altere.

Queda como premisa que la capacitación del médico familiar en la detección de disfunción familiar y de algún trastorno mental es de gran importancia para un mejor abordaje de éste y su familia.

Agradezco la oportunidad de haber podido realizar esta especialidad y los logros que como persona y como profesionalista conseguí.

BIBLIOGRAFIA:

1. Chávez L. E. PAC Psiquiatría-1 Trastornos depresivos B-4 1998; 1-9
2. Zarate H. L. Manual de Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Trastornos Depresivos. Edición 2005; 73-128
3. Calderón, N. G. “Conceptos psiquiátricos en la medicina azteca contenidos en el Códice Badiano escrito en el siglo XVI”, Rev. Fac. Med. Mex., 1965; VII (4): 229.
4. Somolinos, D’ Ardois, G., “El libellus de Medicinalibus Indorum Herbis. Su significación”, Gaceta médica de México, tomo XCIV, 1964; 3: 211.
5. De la Fuente M. R. Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica. México, 1978: 216.
6. Kaplan-Sadock’. Comprehensive textbook of Psychiatry. Seventh Edition Caps 14 Mood disorders.
7. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001. Hallado en: [http:// www.who.int/whr/2001/es/](http://www.who.int/whr/2001/es/).
8. Hales-Yudofsky-Talbott. DSMIV Tratado de Psiquiatría. Tercera edición española 2000; 13: 473-542.
9. Gómez-Bohórquez, C. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J. Public Health, 2004; 16(6): 378-386.
10. Serfaty-Andrade. Depresión grave y factores de riesgo en varones de la Ciudad de Buenos Aires (1991), Alcmeon12, 2005; Hallado en [http://www. Alcmeon.com.ar/3/12/a12-05.htm](http://www.Alcmeon.com.ar/3/12/a12-05.htm) (1 of 11)06/01/2005 12; 40:43
11. González CM. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev Cubana Med Gen, 2001; 17 (4): 316-320.
12. Salgado-González. “No hacen viejos los años, sino los daños”: envejecimiento y salud en varones rurales. Salud Pública de México 2005; 47 (4): 294-302
13. Tuesca-Molina R. Fierro N. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas, Barranquilla, Colombia. Rev. Salud Pública 2003; 77 (5): 1-10.
14. Medina-Mora et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. An Inst Mex Psiquiatr 1992; 3:48-55
15. Calderón NG, Díaz Infante P. Mendoza C. González, S. Importancia de la prevalencia de la depresión en una comunidad de Tlalpan. Médico Moderno 1983; 21: 65-83.

16. Medina-Mora et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26 (4):1-16.
17. Bello-Puentes M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México. *Rev salud pública de México* 2005; 47 (1): 4-10.
18. Pichot P, López-Ibor J, Valdés M. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *Trastornos del estado de ánimo* 1995; 323-375
19. Calderón NG. Depresión sufrimiento y liberación. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. 2ª. Ed. 1998; 36-109.
20. Jiménez-Rodríguez. Morbilidad oculta de la depresión en la UMF #32 de Cd. Guadalupe N.L. 2006. *RESPYN Ed. Especial* 2006; 1-3
21. Benjet-Borges-Medina. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México* 2004; 46(5): 417-24
22. Boschetti-Fentanes. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar* 2004; 6 (3): 61-63
23. Ortiz GT. Trabajos de revisión, la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 4(15) versión on line.
24. Herrera SP. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997; 13(6): 591-595
25. Amescua-Arce y cols. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 4ª. Ed. 1996; 35-37
26. Louro BI. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2004; 20 (3) on line.
27. Ortega-Fernández-Félix. Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Rev Cubana Med Integr*. 2003; 19 (4). On line
28. Rodríguez-Rodríguez. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Rev Med IMSS* 2004, 42 (2): 97-102
29. Gaviria-Rodríguez. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia. *Rev. Chilen. Neuro-psiquiatría* 2002; 40 (1).1-5.
30. González-Mejía. Funcionalidad familiar, nivel socioeconómico y soporte económico en residentes de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. *MEDULA. Rev Fac Med, U. Andes, Venezuela* 2005; 12 (1-4): 26-30

31. Méndez-Gómez-García. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-86.
32. Castillo-Manzano RM, Arankowsky G. Violencia Intrafamiliar como factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. Rev Biomed 2008, 19:128-136
33. Gómez-Clavelina. Originales breves. Faces III alcances y limitaciones. Órgano informativo del departamento de Medicina Familiar. UNAM. 2003. versión on line
34. Zegers-Larra-Polaino. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell y Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. Chil. Neuro-psiquiatr. 2003; 41(1), versión on line.
35. Calderón G. Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú Tomo LX 1997; 2: versión on line.
36. Patten SB, Sedwack B. Russel ML. Major depresión: Prevalence, treatment utilization and age in Canada. Can J Clin Pharmacol 2001; 8:133-138
37. Berenzon-Juarez. Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos de la Ciudad de México. Rev Salud Pública. 2005; 39 (4):619-26.
38. Vega MG. Metodología de la investigación clínica y epidemiológica. Editorial Funda, 2006: 141-149.

ANEXOS

FACES III

(Anexo 1)

NOMBRE:	FECHA:
---------	--------

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

DESCRIBA A SU FAMILIA

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

DIAGNOSTICO Y PUNTAJE:

1. COHESION: No relacionada (10-34), semirelacionada (35-40), relacionada (41-45) y aglutinada (46-50)
2. ADAPTABILIDAD: Rígida (10-19), estructurada (20-24), flexible (25-28), caótica (29-50)

CUESTIONARIO PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS CUADROS DEPRESIVOS

DR. GUILLERMO CALDERON

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____

	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1) ¿Se siente triste o afligido?				
2) ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3) ¿Duerma mal de noche?				
4) ¿En la mañana se siente peor?				
5) ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6) ¿Le ha disminuido el apetito?				
7) ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8) ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9) ¿Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10) ¿Siente presión en el pecho?				
11) ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12) ¿Se siente cansado o decaído?				
13) ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14) ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15) ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16) ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17) ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18) ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19) ¿Siente deseos de morir?				
20) ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

CALIFICACION:

EQUIVALENTE A:

20-35= NORMAL

36-49= REACCIÓN DE ANSIEDAD

46-65= DEPRESION MEDIA

40-45= DEPRESION INSIPIENTE

66-80= DEPRESION SEVERA



SAN JUAN DEL RIO, QRO; MARZO DEL 2006.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado
DEPRESION EN ADULTOS ASOCIADA A LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Registrado ante el comité local de investigación en salud con número de la U. M. F. No. 5 de Pedro Escobedo, Qro.

El objetivo del estudio es
ESTUDIAR LA DEPRESION EN ASOCIACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se me ha explicado que mi participación consistirá en **CONTESTAR UN CUESTIONARIO TITULADO FACES III PARA DETERMINAR FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OTRO PARA DIAGNOSTICAR DEPRESION DEL DR. GUILLERMO CALDERON**

Declaro que se me ha informado que no hay inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, la cual consiste en:

CONTESTAR PREGUNTAS POR MEDIO DE UNA ENTREVISTA EN LA QUE SE OMITIRÁ MI NOMBRE PARA ASEGURAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que le considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, firma del paciente

R3 DE Medicina Familiar Dra. Martha Elena Arzate Mendoza Matricula 9620095
Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio
427 4273642 (INVEST. PRINCIPAL), 01 427 2734867(ASESOR)

CUADRO DE VARIABLES
(Anexo 4)

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador
Edad	Cualquiera de los periodos de la vida humana	Tiempo de vida en años	Cuantitativa	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra	Género referido en expedientes	Cualitativa nominal	Masculino y femenino
Funcionalidad familiar	Cumplimiento de las funciones básicas familiares.	Determinada por el Faces III (anexo 1)	Cualitativa nominal	Funcional y disfuncional
Depresión	Cambios en el estado emocional acompañados de una serie de signos y síntomas	Determinado por el cuestionario de Dr. Calderón	Cualitativa nominal	Si / no
Estado Civil	Situación tipificada en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma	Condición legal	Cualitativa nominal	Soltero, casado. Con pareja o sin pareja
Ocupación	Empleo, oficio o dignidad	Determinado por el tipo de empleo u ocupación	Cualitativa nominal	Hogar, estudiante, obrero, empleado
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente	Grado escolar	Cualitativa ordinal	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, profesional, técnica, etc.