



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



**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD MÉDICA
AUXILIAR No. 29
TEPECOACUILCO, GRO.**

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

**PRESENTA:
DR. ANGEL NAVA Y NAVA**

ACAPULCO, GRO.

OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACION CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES ADSCRITOS
A LA UNIDAD MÉDICA AUXILIAR No. 29
TEPECOACUILCO, GRO.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ANGEL NAVA Y NAVA

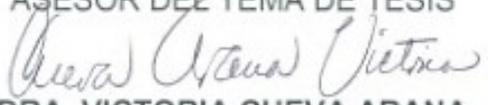
AUTORIZACIONES:


DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO, GRO.


DR. JESUS FERNANDO OLVERA GUERRA
ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS.


DR. ROGELIO RAMIREZ RIOS
ASESOR DEL TEMA DE TESIS


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACION DE
SALUD.

ACAPULCO, GRO.

OCTUBRE 2009

**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACION CON LA
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES ADSCRITOS
A LA UNIDAD MÉDICA AUXILIAR No. 29
TEPECOACUILCO, GRO.**

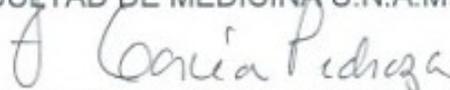
**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

DR. ANGEL NAVA Y NAVA

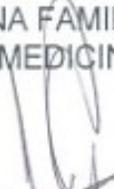
AUTORIZACIONES:



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



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



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

ACAPULCO, GRO.

OCTUBRE 2009



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1101

FECHA 15/12/2009

Estimado **ROGELIO RAMIREZ RIOS**

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD Y SU RELACION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD MÉDICA AUXILIAR No. 29 TEPECOACUILCO, GRO.

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1101-16

Atentamente

Dr(a). Carlos Prats Aguirre
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1101

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA:

A DIOS:

Gracias por permitirme realizar este sueño por que el nos ha enseñado, que el mundo está en las manos de aquellos que tienen el coraje de soñar y de correr el riesgo de vivir su sueño. Gracias señor.

A MI ESPOSA:

María Antonieta por su paciencia y comprensión, por estar conmigo en las alegrías y adversidades que se han presentado, estando siempre con sus palabras de aliento y apoyo incondicional y con ello haber hecho posible la realización de esta obra.

A MIS HIJOS:

Ángel Francisco y Edgar Antonio por que su llegada se convirtió en el impulso medular que dio sentido a mi vida. Y por el tiempo sacrificado a su lado para llevar a cabo tan lindo sueño.

A MI MADRE:

Sandra Luz por haberme dado la vida y los elementos para existir, por estar conmigo siempre dándome palabras de aliento para seguir adelante en la culminación de mi carrera como profesional.

A MIS HERMANAS:

Norma Patricia y Arelyh por su apoyo a pesar de las diferentes adversidades que hemos pasado, agradezco a dios por tenerlas como hermanas.

ALGUIEN EN ESPECIAL:

Mi suegra Georgina, Pepe, Mónica y Georgina, por ser incondicionales, por su cariño en todo momento y sobre todo por el apoyo a mi familia durante mi ausencia.

La paciencia es un árbol de raíz amarga, pero de frutos muy dulces.

Frank Pourcel.

AGRADECIMIENTOS:**A la Dra. Victoria Cueva Arana:**

Por su apoyo brindado en todo momento durante mi ciclo de formación y por compartir sus conocimientos y enseñanza hacia nosotros.

Al Dr. Jesús Fernando Olvera:

Por su asesoría, conocimientos y paciencia en la realización de esta tesis.

Al Dr. Rogelio Ramírez Ríos:

Por compartir con nosotros sus conocimientos, paciencia y apoyo en todo momento.

A mis amigos y compañeros:

Sergio y Jesús por los momentos compartidos durante la formación de este ciclo como profesional de la salud.

Por que es imposible lograr cualquier cosa que valga la pena, sin la ayuda de otras personas.

RESUMEN

Título: depresión y ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 Tepecoacuilco, Gro.

Material y métodos: estudio transversal comparativo a 83 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, derechohabientes de la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro., previo consentimiento informado, se aplicó el cuestionario de datos generales y sociodemográficos, así como la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EDAG) y el test FF-SIL para valorar la funcionalidad familiar. Se realizó análisis descriptivo e inferencial de los datos.

Resultados: en relación con los trastornos afectivos se observó depresión en 29 (34.9%) adolescentes, predominando en familias funcionales 10 (34.4%) RM 0.18 y con p 0.0004; y la ansiedad en 39 (46.9%) predominando las familias funcionales 19 (48.7%) RM 0.40 y p 0.4; los factores de riesgo para depresión son sexo femenino (RM 3.30 y una p 0.02), etapa tardía de la adolescencia (RM 1.22 con p 0.67), escolaridad de profesional (RM 4.22 y una p 0.03) y familias severamente disfuncionales (RM 11.44 con p 0.01); los factores de riesgo para ansiedad fueron sexo femenino (RM 5.49 con p 0.0005), etapa tardía (RM 2.06 y una p 0.12) escolaridad de preparatoria (RM 2.52 con p 0.04) y familias disfuncionales (RM 14.83 y una p 0.001).

Conclusiones: la depresión y la ansiedad están relacionadas con familias funcionales con efecto protector. Los factores de riesgo identificados para la depresión son sexo femenino, etapa tardía de la adolescencia, escolaridad profesional y las familias severamente disfuncionales y para la ansiedad el sexo femenino, etapa tardía, escolaridad preparatoria y familias disfuncionales.

Palabras clave: depresión, ansiedad, funcionalidad familiar.

ABSTRACT.

Title: depression and anxiety and their relationship to family functioning in adolescents assigned to the Auxiliary Medical Unit No. 29 Tepecuacuilco, Gro.

Material and methods: comparative cross-sectional study to 83 adolescents between 10 and 19 years of age, claiming under the Auxiliary Medical Unit No. 29 Tepecuacuilco, Gro., Informed consent, the questionnaire was applied and general sociodemographic data and the anxiety and depression scale Goldberg (EDAG) and FF-SIL test to assess family functioning. Statistical analysis was performed descriptive and inferential analysis of data.

Results: In relation to mood disorders depression was observed in 29 (34.9%) adolescents, functional families predominate in 10 (34.4%) and RM 0.18 $p= 0.0004$; and anxiety in 39 (46.9%) predominating functional families 19 (48.7%) RM 0.40 and $p= 0.4$; the risk factors for depression are female gender (RM 3.30 and a $p= 0.02$), late stage of adolescence (RM 1.22 $p= 0.67$), professional education (RM 4.22 with $p= 0.03$) and severely dysfunctional families (RM 11.44 $p= 0.01$) risk factors for anxiety were female gender (RM 5.49 with $p= 0.0005$), late stage (RM 2.06 with a $p= 0.12$), high school education (RM 2.52 with a $p= 0.04$) and dysfunctional families (RM 14.83 with a $p= 0,001$).

Conclusions: Depression and anxiety are related to functional families a protective effect. Identified risk factors for depression are female sex, late stage of adolescence, professional education and families severely dysfunctionales for anxiety and female sex, late stage, high school education and dysfunctional families.

Keywords: depression, anxiety, family functioning.

INDICE

1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	23
3. Justificación.....	25
4. Objetivo General.....	28
5. Hipótesis.....	29
6. Metodología.....	30
6.1 Tipo de estudio.....	30
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	30
6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra.....	30
6.4 Criterios de selección.....	30
6.5 Definición y operacionalización de las variables.....	31
6.6 Descripción general del estudio.....	36
6.7 Método de recolección de datos.....	38
6.8 Organización de datos.....	38
6.9 Análisis estadístico.....	38
6.10 Consideraciones éticas.....	38
6.11 Presupuesto y financiamiento.....	39
7. Resultados.....	40
8. Discusión.....	46
9. Conclusiones.....	49
10. Recomendaciones.....	50
11. Referencias.....	51
12. Anexos.....	57

1. MARCO TEÓRICO:

ADOLESCENCIA:

La palabra adolescencia proviene del latín “adolecere”, que significa crecer. La adolescencia, periodo vital entre la infancia y la adultez, tiene unos límites cronológicos establecidos convencionalmente por la OMS entre los 10 y los 19 años. Siendo una etapa de la vida con las menores tasas de morbilidad y mortalidad, recoge, sin embargo, numerosos y heterogéneos “problemas de salud”.^{1,2}

Para su estudio y comprensión, se le divide en tres etapas: temprana, media y tardía; los límites cronológicos para estas tres etapas son: adolescencia temprana de los 10 a los 14 años, adolescencia media de los 15 a los 17 y adolescencia tardía de los 18 a los 20 años. Al culminar ésta (en promedio a los 20 años) se alcanza la edad adulta.³

Los adolescentes están atravesando diferentes instancias en su crecimiento mental y físico. Por lo que se requiere de múltiples enfoques para intentar abarcarla en su totalidad. Uno de los aspectos menos conocido en nuestro medio, a pesar de su enorme relevancia, lo constituye la interacción entre el adolescente y su familia. Otras de sus preocupaciones son el temor a la enfermedad y a la muerte, el temor a hacer el ridículo y el temor a no saber el papel que debe jugar ni en la familia ni fuera de ella; por si fuera poco, deberá hacerle frente al ambiente social hostil. Todo ello lo atemoriza, lo angustia, lo deprime y, con relativa frecuencia, lo vuelve agresivo y rebelde; condiciones todas, que pueden inducirlo a conductas antisociales de alto riesgo, como pueden ser: el alcoholismo, la drogadicción, el intento de suicidio y el homicidio, por citar sólo algunas de las más importantes.^{3,4}

A lo largo de su existencia el hombre está sujeto siempre a condiciones del ambiente entre las que citaríamos a las económicas, las sociales, las culturales y políticas, en muchas de las ocasiones desfavorables para los individuos y muy en especial para el adolescente, situaciones que debe afrontar aun con la inmadurez que todavía le caracteriza, pues él está “en la tierra de nadie”, ya NO es un niño y aún NO es un adulto. Esto lo vive a diario y en carne propia en el ambiente familiar y en el extrafamiliar en el que se desenvuelve; por ejemplo en la escuela o en los lugares y entre las amistades que frecuenta, ya es muy GRANDE para realizar acciones de niño y es muy CHICO para hacer cosas de gente grande.³

SALUD MENTAL

Las actitudes sobre la presencia de los trastornos del humor en la edad infanto-juvenil han ido evolucionando en el pensamiento psiquiátrico desde la negación de su existencia antes de la adolescencia tardía, hasta su reconocimiento como entidad propia, incluso en edades tempranas.⁵

La salud mental es un proceso dinámico y evolutivo donde intervienen factores hereditarios, un normal desarrollo neurobiológico, la educación familiar y escolar, el nivel de bienestar social, el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo y las demandas de la sociedad. La salud mental constituye una denominación que hace énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades y alteraciones mentales.⁶

Mundialmente hasta el 20% de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y 3-4% requiere tratamiento. Se estima que la prevalencia de depresión diagnosticada en adolescentes es del 5%. Los adolescentes experimentan depresión en sus

vidas al igual que los adultos, y su continuidad a través de las edades es evidente. Actualmente a la depresión se le reconoce como uno de los principales trastornos psiquiátricos y un problema de salud mental en adolescentes.⁶

Los padres también juegan un papel importante en este periodo evolutivo de los hijos. No todas las familias favorecen por igual la autonomía de los hijos; pudiendo interferir, así, en el desarrollo del sentimiento de separación y de singularidad individual estructurante en esta etapa del desarrollo. Determinadas situaciones familiares anómalas (enfermedad de los progenitores, familias monoparentales, problemas de pareja, etc.) dificultan el desarrollo de las tareas de crecimiento que el adolescente debe afrontar. Dado que el ser humano comienza a desarrollarse en torno a un grupo familiar de referencia la dinámica y las relaciones que se establecen en éste influyen en la consolidación del autoconcepto y la autoestima.⁷

Los jóvenes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión y ansiedad, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social. Además, la adolescencia es el periodo de desarrollo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta. En particular, se ha encontrado que individuos con historias de depresión en la adolescencia presentan un alto porcentaje de continuidad del trastorno depresivo mayor en la edad adulta.⁸

La ansiedad es un estado que tiene que ver con la manera de percibir y evaluar ciertos estímulos del entorno que considera amenazantes o nocivos. Este fenómeno se da de manera cotidiana y llega a cumplir una función adaptativa, sin embargo cuando una situación o estímulo adverso supera todos nuestros recursos para enfrentarlo, la ansiedad se torna desadaptativa y afecta distintos ámbitos de la vida cotidiana. Puede ser vivida intensamente por los adolescentes. Algunos síntomas que ayudan a detectarla en estos son: la inseguridad, el temor, la preocupación, pensamientos negativos y el temor anticipado. A veces se acompañan de síntomas somáticos: cardiovasculares, taquicardia, hipertensión arterial, sensaciones de falta de aire, dolores abdominales, sequedad de boca, transpiración profusa, cefaleas y contracturas musculares.^{4,9}

Depresión: es un estado de tristeza o ánimo el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional, caracterizada por la pérdida de interés por casi todas las actividades que realiza el individuo. Se incluye dentro de los trastornos afectivos y se expresa en diversos síntomas como trastornos de sueño, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en si mismo, ideas de culpa, percepción negativa del futuro, pérdida de apetito, vivencia de pérdida, fácil fatiga, entre otros síntomas que deben durar por lo menos dos semanas para realizar un diagnóstico de episodio depresivo. Estos síntomas van a variar en intensidad y en expresión según el tipo de personalidad de cada sujeto y la causa de dicho episodio que para no ser considerado psicopatológico no debe durar más de seis meses.⁹

Según la clasificación diagnóstica del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se

deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia.^{8, 21}

Los criterios diagnósticos de depresión mayor deben ser al menos 5 de los siguientes 9 criterios durante un mínimo de 2 semanas y siempre han de estar presentes el punto 1 o el 2 (extraído del DSM-IV).

1. Estado de ánimo deprimido o irritable.
2. Pérdida de interés o de capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades habituales.
3. Pérdida o aumento significativo de peso o del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento excesivo de inutilidad y culpa.
8. Disminución de la capacidad de pensar y concentrarse (“me bloqueo, me quedo en blanco”).
9. Ideas repetidas de muerte, idea suicida o acto suicida.^{2, 10, 21}

En el ámbito universitario existe una serie de factores estresantes que pueden generar depresión, ansiedad y comportamiento suicida. Los siguientes son algunos de esos factores: pruebas de evaluación académica, autoritarismo pedagógico, pérdidas académicas (asignaturas, semestres, años), dificultad para dar cumplimiento a las expectativas que el estudiante tiene respecto a la universidad y su carrera, falta de apoyo económico para responder a las demandas como estudiante, pérdidas afectivas, problemas de adaptación a

la universidad, a otra ciudad y a otras familias, separación de la familia de origen y asunción de nuevas y complejas responsabilidades académicas y personales.^{11, 12}

Se acepta que la depresión mayor es un trastorno que se presenta por un período de al menos dos semanas, que se desarrolla en la infancia y la adolescencia con perfiles sintomáticos similares a la edad adulta, aunque puedan existir con mayor frecuencia variaciones en la expresión de los síntomas, tipo alteraciones de la conducta, molestias somáticas o hiperactividad, según el momento del desarrollo emocional y cognitivo. En la actualidad, los criterios DSM-IV-TR utilizados en el niño y el adolescente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor son similares a los del adulto, salvo dos anotaciones. En primer lugar, el estado de ánimo en niños y adolescentes puede ser irritable como un equivalente al ánimo deprimido, y en segundo lugar, más que valorar pérdida de peso o aumento de peso (propio del adulto), se valorará el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. El estado de ánimo deprimido debe estar acompañado de un malestar o deterioro significativos, y no ser el resultado de cualquier condición pediátrica o de los efectos de una medicación o droga.^{5, 11}

En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, por déficit de atención, de ansiedad, relacionados con sustancias, y de la conducta alimentaria.⁸

De acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, citadas por el Ministerio de Salud en 1998, la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retardo mental, la epilepsia, demencias y la esquizofrenia. Los problemas de salud mental

constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad. Los datos del Banco Mundial (citado por Ministerio de Salud, 1998), señalan que la depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, representando el 3.4 % del total de enfermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca.⁸

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales se han vuelto un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte.¹³

Se han descrito diversos factores asociados con el desarrollo de este tipo de cuadros, entre ellos embarazo en adolescentes, ciertos rasgos de personalidad (elevado neuroticismo, etc.) antecedentes personales de cuadros depresivos y/o de intentos suicidas, historia familiar de cuadros depresivos y/o para suicidio, cuadro depresivo durante el embarazo, actitud negativa hacia el embarazo, problemas con los padres (dificultades para asumir el rol materno y una pobre identificación con la madre), sucesos vitales relevantes durante el transcurso del embarazo (relacionados directamente o no con éste), y mala relación de pareja entre los padres.¹⁴

Amézquita M., realizó un estudio a la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, encontrando una prevalencia del 49.8% para depresión, 58.1% para ansiedad y 41 % para ideación suicida.¹²

La Encuesta Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos en 1994 informó que el 58% de

los afectados por depresión mayor, tenían manifestaciones de algún trastorno de ansiedad, específicamente un 27.1% con fobia social, un 17.2% con trastorno de ansiedad generalizada y un 8.9% con trastorno de pánico.⁴

Gabriela E., en un estudio realizado en nueve países del Caribe encontraron que la prevalencia de ansiedad y depresión fue del 11.11% y del 25% respectivamente, la edad media fue 15 a 18 años, la comorbilidad para ambas patologías fue del 27.78%.⁴

Marcelino Riveros Q., en un estudio realizado en estudiantes universitarios en Lima Perú, encontraron que la depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en hombres: en las mujeres el 15.35 % fue para depresión leve y 2.30% para depresión moderada, en relación a un 5.30 % para depresión leve y un 2.30 % para la depresión moderada en los hombres. La ansiedad fue mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9.25 frente a 8.97.¹⁰

Rodríguez L., en un estudio realizado a niños y adolescentes de la calle, en Bucaramanga, Colombia, la edad osciló entre 8 y 17 años, con una media de 13.5 años, el 76 % reunieron criterios para algún trastorno mental y un 71 % reunieron criterios para un trastorno relacionado con el consumo de sustancias.¹⁵

En 1988 Goldberg desarrolló la escala de depresión y ansiedad la cual lleva su nombre (EADG) a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule; con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols., en 1993. Se trata de un instrumento que se utiliza para la detección de la probabilidad de tener trastornos de ansiedad y depresión. La serie completa consta de nueve

preguntas para cada una de las escalas, ansiedad y depresión; con respuestas de sí/no. Las cinco últimas cuestiones de cada escala sólo son formuladas si hay respuestas positivas en las cuatro primeras preguntas.^{16, 17, 18, 20}

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado *en las* últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se tienen puntuación los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.

Indicaciones: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Administración: su aplicación está intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se tienen puntuación los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación: cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la subescala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. El instrumento está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos.

Propiedades psicométricas: la escala global tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7 %), con una capacidad

discriminante para los trastornos de ansiedad baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos).^{14, 16, 17, 20}

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG).

Subescala de ansiedad	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?		
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando		
Subtotal		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nunca?		
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?		

TOTAL

Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?		
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Si hay 2 o + respuestas afirmativas, continuar preguntando		
Subtotal		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

TOTAL

Criterios de valoración

- Subescala de Ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.
- Subescala de Depresión: 2 o más respuestas afirmativas.^{17, 18, 19, 22}

FAMILIA

El origen histórico de la familia se remonta al origen mismo del hombre primitivo. Las familias están presentes en las diferentes sociedades y en todos los tiempos, matizadas por el modo de vida de cada época. Si queremos conocer acerca de un país o de una sociedad, debemos estudiar cómo vive y actúa la familia; si queremos prever el futuro de una sociedad podemos saber bastante de ella observando las familias; si queremos reflexionar sobre la identidad personal, por qué somos de una forma y no de otra, por qué actuamos de esta manera, por qué nos orientamos en determinado sentido, gran parte de estas respuestas está en la historia familiar de cada uno.²³

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia.²⁴

Desde la perspectiva del médico familiar “Es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad”. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique.²⁵

Sinche E., en un estudio de Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar, menciona que

según la ONU define a la familia como “un grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos”.²⁶

La vida en familia proporciona el medio para la crianza de los hijos, es la influencia más temprana y duradera para el proceso de socialización y en buena medida determina las respuestas de sus integrantes entre sí y hacia la sociedad.²⁷

Suárez M., en su estudio el médico familiar y la atención a la familia menciona que la Organización Mundial de la Salud la define como: “la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas”.²⁴

La vida en familia proporciona la influencia más temprana para la educación de los hijos. Es determinante en las respuestas conductuales entre ellos y la sociedad, organizando sus formas de relacionarse de manera recíproca, reiterativa y dinámica que son las interacciones más importantes en familia.²⁷

Las funciones de la familia son:

- **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.
- **Afecto:** interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- **Cuidado:** protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo

familiar.

- **Estatus:** participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- **Reproducción:** provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- **Desarrollo y ejercicio de la sexualidad**²⁵

Los denominados tipos de familia, representan el modo como ésta se organiza en función a los miembros que la componen.

Con el propósito de facilitar la clasificación de las familias se identifican cinco ejes fundamentales:

1. En base a su estructura:

- a. Nuclear: formada por padre, madre e hijos.
- b. Extensa: formada por padre, madre, hijos y abuelos.
- c. Compuesta: formada por padre, madre, hijos, abuelos y otros miembros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados).
- d. Monoparental: formada por el padre e hijos o la madre e hijos.

2. En base a su desarrollo:

- a. Primitiva: clan u organización tribal.
- b. Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- c. Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

3. En base a su integración:

- a. Integrada: cuando los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente
- b. Semi-integrada: cuando los cónyuges viven juntos y no cumplen sus funciones
- c. Desintegrada: cuando falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

4. En base a su demografía:

- a. Urbana
- b. Rural
- c. Suburbana

5. En base a su ocupación:

- a. Campesina
- b. Obrera
- c. Empleada
- d. Profesional
- e. Comerciante^{25, 26}

El Ciclo Vital de la Familia (CVF) es el conjunto de etapas de complejidad creciente que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución, y que varían según sus características sociales y económicas.²⁶

CVF de la OMS modificado por De la Revilla:

ETAPA	DESDE	HASTA
I. Formación	Matrimonio	Nacimiento del 1er. hijo
IIA. Extensión	Nacimiento del 1er. Hijo	El 1er. hijo tiene 20 años
IIB. Extensión completa	El 1er. hijo tiene 20 años	Nacimiento del último hijo
III. Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El 1er. hijo abandona el hogar
		El último hijo abandona el hogar
IV. Contracción	El 1er. hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
		Muerte del cónyuge superviviente
V. Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	
VI. Disolución	Muerte del primer cónyuge (extinción)	

Las etapas del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, transformarse en trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, fobias). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia.²⁸

En cada etapa del ciclo vital, la familia tiene que cambiar para adaptarse a las modificaciones estructurales, funcionales y de roles. En las familias genera un juego entre mantener el anterior status, esto es, mantener la homeostasis y/o transformarse para capacitarse y responder a las nuevas demandas. Las familias que tienen dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo pueden entrar en crisis, a las que Pittman denominó crisis de desarrollo, que son universales y previsibles, y generan alteraciones en la función familiar

y problemas de salud en algunos de sus miembros.²⁹

El recrudescimiento de las condiciones materiales de vida y trabajo, el mosaico de tipología familiar compleja, las estrategias de sobrevivencia familiar, el conflicto migratorio, los cambios en los patrones relacionales familiares, la formación de valores ético - morales en condiciones de crisis y la multiplicidad de roles que traen aparejadas las elevadas exigencias sociales, caracterizan la problemática de la familia.³⁰

La estructura de una familia está constituida por las pautas de interacción que se establecen entre sus miembros, quienes organizan sus relaciones dentro del sistema en una forma altamente recíproca, reiterativa y dinámica.

El Estudio de la Dinámica Familiar describe y analiza un conjunto amplio de características tales como, la propia definición de familia; los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones; los subgrupos constituidos al interior del grupo familiar, así como las funciones intrínsecas a la familia.^{26, 27}

Dinámica familiar es 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. Describe y analiza un conjunto amplio de características tales como: la propia definición de familia; los aspectos relacionados a la composición y grado de parentesco de los miembros del grupo familiar; las relaciones entre ellos, incluidos su nivel de integración o disociación, proximidad o rechazo; sus roles, límites e interacciones;

los subgrupos constituidos al interior del grupo familiar, así como funciones intrínsecas.^{25, 26}

El funcionamiento familiar está más relacionado a propiedades sistémicas y transaccionales que a características intrapsíquicas individuales y su función primordial es la de mantener el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos, y su funcionamiento debe considerarse al ver cómo organiza su estructura y los recursos a su disposición.³¹

La función familiar se define a través de las tareas que le corresponde realizar a cada uno de sus integrantes. El cumplimiento de esta función permite la interacción con otros sistemas sociales, y como consecuencia de su propia naturaleza es multidimensional, esto hace que en la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar muy complejo, no existan en realidad técnicas o instrumentos que permitan catalogar su función de forma absoluta.²⁵

La funcionalidad familiar es pues la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.¹³

En la actualidad se cuenta con instrumentos de medición de la dinámica familiar, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización.³⁵ Uno de ellos es el test de funcionamiento familiar (FF-SIL), instrumento fácil y de efectividad comprobado, diseñado y valorado en la Habana, Cuba. Este instrumento fue sometido a varios procedimientos en el año 1994 y en el 2000 donde se evidenció su confiabilidad y validez para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar mediante las siguientes variables:

1. Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma

de decisiones de las tareas cotidianas (ítems 1 y 8).

2. Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo (ítems 2 y 13)

3. Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa. (Ítems 5 y 11).

4. Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones (Ítems 7 y 12).

5. Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros (ítems 4 y 14).

6. Roles: cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar (ítems 3 y 9)

7. **Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera (ítems 6 y 10).^{30, 32}

Test de funcionamiento familiar (FF-SIL). Consta de 14 ítems:

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.

2. En mi casa predomina la armonía.

3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.

4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.

5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.

6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.

7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.

8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.

9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.

11. Podemos conversar diversos temas sin temor.

12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.

13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. 14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.

De 70 a 57 puntos: familias funcionales

De 56 a 43 puntos: familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos: familia disfuncional

De 27 a 14 puntos: familia severamente disfuncional ^{22, 33, 34}

Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas y cuantitativas, éstas a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa

Escala Cuantitativa

Casi nunca

1 punto.

Pocas veces

2 puntos.

A veces

3 puntos.

Muchas veces

4 puntos.

Casi siempre

5 puntos.

Una vez aplicado el instrumento se conocerá el grado de disfuncionalidad familiar.^{30, 33, 36}

Instrucciones: cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: marcar con una X (cruz) su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la adolescencia, como etapa del desarrollo del ser humano de las más cruciales y conflictivas, convergen la problemática personal psicológica, de salud y médica, con enormes variables familiares y sociales que la determinan. Es la etapa en que se conforma la individualidad del ser humano. Es un periodo de gran fragilidad sociológica, en el que, los parámetros hasta entonces firmes, de la relación familiar y social se “inestabilizan”. Periodo de absorción de referentes nuevos, tanto emocionales como sociales y de sexualidad explosiva.³

El adolescente puede experimentar alteraciones emocionales, conflictos interpersonales y disfunciones psicosociales. Estas dificultades pueden generar, si el adolescente no tiene recursos personales para manejarlas, un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo que interfiere en su estabilidad emocional y en su nivel de ajuste personal y social actual y futuro.⁷

Aunque se reconoce la relevancia de la depresión y ansiedad en la adolescencia, muchas veces no se proporciona la atención debida. Los adolescentes con depresión y ansiedad son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda en ellos y son resistentes a consultar a un profesional de la salud. Cuando acuden para atención médica, lo hacen por manifestaciones somáticas. Por dichas razones, este grupo se vuelve vulnerable al no tener identificados sus problemas emocionales, que tal vez no podrán resolverse de forma espontánea y dificultarán el desarrollo psíquico normal de la adolescencia y de la vida adulta.¹³

Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en su realización, es probable una crisis. Cuando un paciente acude por la existencia de una crisis en las relaciones familiares, como ocurre en la mayoría de problemas psicosociales, es útil para evaluar el problema y definir la intervención más apropiada, recurrir a analizar la etapa del ciclo vital familiar en la que se encuentra el paciente y determinar si las tareas propias de esta fase están siendo adecuadamente afrontadas y resueltas. Las etapas del ciclo vital familiar suponen nuevos y diferentes roles, que de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo, transformarse en trastornos psicológicos (ansiedad, depresión, fobias). Son numerosos los trabajos relacionados con la psicopatología que incluyen variables donde está implicada la familia.^{28, 33.}

La depresión y ansiedad en adolescentes son frecuentes en la atención primaria, y no suelen ser identificadas y diagnosticadas.

El médico no centra su atención en la queja que presenta el adolescente porque éste no expresa sus problemas emocionales.²¹

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre los trastornos afectivos de depresión y ansiedad y la funcionalidad familiar en los adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro.?

3. JUSTIFICACIÓN

Se estima que la depresión y ansiedad serán el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020 y es la psicopatología más importante como precondition para un futuro intento de suicidio en jóvenes, figura como una de las principales causas de muerte en esta etapa de la vida.²¹

En México, al igual que en otros lugares del mundo, los trastornos mentales son un problema de salud pública por ser una importante causa de enfermedad, discapacidad y muerte. En 2003, en el sexo masculino ocuparon el noveno lugar de las enfermedades no transmisibles causantes de egresos hospitalarios mientras que en el sexo femenino, ocupó el sexto lugar. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 en sujetos de 18 a 65 años de edad, 9.1 % de la población ha cursado con algún trastorno afectivo, con una prevalencia de 11.2 % en mujeres y 6.7 % en hombres. En la misma encuesta, la prevalencia global del trastorno depresivo mayor fue de 3.3 % y de la distimia, de 0.9 %.³¹³

Algunos estudios refieren que la prevalencia de depresión y ansiedad es aproximadamente del 0.5% para la edad preescolar, sube al 2% en la edad escolar y se incrementa sustancialmente en la edad adolescente, pudiendo llegar incluso hasta un 5%. Las edades en que se encuentra el mayor número de los estudiantes universitarios corresponden a la adolescencia y adultez temprana. Es importante tener en cuenta los aspectos evolutivos inherentes a dichas etapas que podrían actuar como factores de vulnerabilidad (ejercicio irresponsable de la sexualidad, embarazos no deseados, consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, presión grupal y académica, conflictos intrafamiliares, carencias afectivas y económicas, y ausencia de patrones de autoridad).¹²

Si bien la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios con características propias, como su inestabilidad identificatoria y sus fluctuaciones emocionales, es susceptible de recibir el impacto de los conflictos que se originan a su alrededor (familia, escuela, amigos, cambios económicos, socioculturales y tecnológicos). Estos, superpuestos a la propia crisis del adolescente, pueden actuar como disparadores de una conflictiva relación anterior latente y plantear un contexto de vulnerabilidad y exclusión social que debe ser considerado frente a cualquier evaluación sanitaria.⁶

La adolescencia es el estadio dentro del ciclo vital donde se afronta el problema psicológico de la identidad personal y social. Se establece una autonomía psicológica respecto de los padres. En este periodo la mayor parte de los jóvenes toman decisiones acerca de la elección vocacional, el proyecto de vida, se adoptan creencias, actitudes, expectativas y modos de comportamiento que pueden perdurar en la vida adulta. El problema surge cuando estas formas de pensar y comportarse no son adaptativas para el individuo. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.⁷

Como una condición dinámica, 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, por la exposición a acontecimientos de la vida cotidiana en la sociedad, y por las propias características de las relaciones interpersonales familiares.²³ La ansiedad y la depresión son los desórdenes

clínicos más frecuentes en la población en general que también se encuentran significativamente presentes entre los adolescentes.¹² Por lo que el objetivo de este estudio es saber si la depresión y ansiedad son factores relacionados que pueden alterar la funcionalidad familiar en los adolescentes adscritos en la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro.

4. OBJETIVO:

Objetivo General:

Identificar la relación entre los trastornos afectivos de depresión y ansiedad y la funcionalidad familiar en los adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro.

5. HIPOTESIS:

Los trastornos afectivos del tipo depresión y ansiedad están relacionados con la funcionalidad familiar en los adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro.

6. METODOLOGÍA:

6.1 Tipo de estudio.

Estudio transversal comparativo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

Para este estudio se consideró como población blanco a los adolescentes de 10 a 19 años de edad adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro. El estudio se realizó del mes de Abril al mes de Julio del 2009.

6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra:

No se calculó el tamaño de muestra, dado que se estudio toda la población adolescente adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecuacuilco, Gro.

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

1. Adolescentes de uno y otro sexo.
2. Adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro..
3. Que acepten de manera voluntaria participar en el estudio y previo consentimiento informado de los padres o tutores de los adolescentes menores de 18 años.
4. Que contesten ambos cuestionarios.

Criterios de exclusión:

- Que cursen con algún trastorno psicológico o psiquiátrico.
- Que no acepten contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación:

- a. Responder el cuestionario de manera incompleta o ilegible.
- b. Seleccionar más de una opción en una pregunta.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

VARIABLES DEPENDIENTES:

Funcionalidad familiar:

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

- a. **Escala:** cualitativa.
- b. **Indicador:** calificación obtenida del Test FF-SIL.
 - a. familia funcional
 - b. familia moderadamente funcional
 - c. familia disfuncional
 - d. familia severamente disfuncional
- c. **Operacionalización:** se aplicó durante la entrevista el cuestionario Test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL) y de acuerdo a las respuestas obtenidas:
 - a. familia funcional, de 70 a 57 puntos
 - b. familia moderadamente funcional de 56 a 43 puntos
 - c. familia disfuncional de 42 a 28 puntos
 - d. familia severamente disfuncional de 27 a 14 puntos

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Ansiedad:

Estado que tiene que ver con la manera de percibir y evaluar ciertos estímulos del entorno

que considera amenazantes o nocivos.

- a. **Escala:** cualitativa
- b. **Indicador:** calificación obtenida de la EDAG
- 7. sin ansiedad
- 8. con ansiedad
- c. **Operacionalización:** Se aplicó el test y de acuerdo a las respuestas del cuestionario aplicado EDAG:
 - 1) sin ansiedad 3 o menos respuestas afirmativas
 - 2) con ansiedad 4 o más respuestas afirmativas

Depresión:

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

- **Escala:** cualitativa
- **Indicador:** calificación obtenida de la EDAG
 - 1) sin depresión
 - 2) con depresión
- **Operacionalización:** se aplicó el test y de acuerdo a las respuestas del cuestionario aplicado de la EDAG:
 - 1) sin depresión 0-1 respuesta afirmativa
 - 2) con depresión 2 o más respuestas afirmativas

Adolescencia:

Periodo vital entre la infancia y la adultez, tiene unos límites cronológicos establecidos convencionalmente por la OMS entre los 10 y los 19 años, caracterizada por cambios físicos, cognoscitivos y emocionales.

- **Escala:** cualitativa
- **Indicador:**
 - 1) adolescencia temprana
 - 2) adolescencia media
 - 3) adolescencia tardía
- **Operacionalización:** se interrogó sobre los años cumplidos al momento de la encuesta y posteriormente se clasificó en etapas:
 - 1) Temprana de 10 a 14
 - 2) Media de 15 a 17
 - 3) Tardía de 18 a 20

Edad:

Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

- **Escala:** cuantitativa
- **Indicador:** años
- **Operacionalización:** se interrogó sobre los años cumplidos al momento de la encuesta.

Sexo:

Características físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos las características

anatómicas y cromosómicas.

- **Escala:** cualitativa
- **Indicador:**
 - 1) femenino
 - 2) masculino
- **Operacionalización:** el que se observó al entrevistado y al que respondió en la hoja de identificación de datos.

Escolaridad:

Periodo de tiempo en el que asistió o asiste actualmente a la escuela o a un centro de enseñanza.

- **Escala:** cualitativa
- **Indicador:**
 - 1) Primaria
 - 2) secundaria
 - 3) preparatoria
- **Operacionalización:** se interrogó el grado de estudio actual, al momento de la aplicación de los cuestionarios y al que respondió en la hoja de identificación de datos.

Instrumentos.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADG) instrumento que se utiliza para la detección de trastornos de ansiedad y depresión, consta de nueve preguntas para cada una de las escalas, ansiedad y depresión; con respuestas de sí/no. Las cinco últimas cuestiones de cada escala sólo son formuladas si hay respuestas positivas en las cuatro primeras

preguntas. Diseñado en 1988 por Golberg a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule; la versión en castellano ha sido validada por Montón C, y cols., en 1993.

Test FF-SIL diseñado y valorado en la Habana, Cuba. El cual fue sometido a varios procedimientos en el año 1994 y en el 2000 donde se evidenció su confiabilidad y validez para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar mediante las siguientes variables:

- 1. Cohesión:** unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- 2. Armonía:** correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- 3. Comunicación:** los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- 4. Permeabilidad:** capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- 5. Afectividad:** capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- 6. Roles:** cada miembro de la familia cumple con las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- 7. Adaptabilidad:** habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 9, se realizó un estudio transversal comparativo a los adolescentes adscritos a

la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro., cuyas edades fueron entre 10 y 19 años de edad.

A los adolescentes menores de 18 años de edad se les proporcionó una carta de consentimiento informado dirigido a los padres o tutor (anexo 1). A los mayores de edad también se les proporcionó una carta de consentimiento informado, (anexo 2). Se llenó un formato de identificación con nombre, número de afiliación, edad, sexo, escolaridad, ocupación (Anexo 3).

Se aplicó el cuestionario escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EDAG), el cual consta de dos subescalas una para la detección de la ansiedad y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias. La probabilidad de padecer un trastorno es mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas. Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la aplicación del cuestionario o la consulta. Todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos. Este cuestionario se aplicó a los adolescentes en un lapso de aproximadamente 15 minutos. Los Criterios de valoración son: ansiedad 4 o más respuestas afirmativas; depresión 2 o más respuestas afirmativas (anexo 4). Una vez calificados el test EDAG, se identificaron a los adolescentes con ansiedad y/o depresión y adolescentes sin ansiedad y/o depresión, posteriormente se aplicó el cuestionario test de funcionalidad familiar (FF-SIL) a todos los adolescentes con o sin ansiedad y depresión; el cual consta de 14 ítems, la calificación se realiza adjudicando puntos según la opción seleccionada en la escala: casi nunca (1 punto), pocas veces (2 puntos), a veces (3 puntos), muchas veces (4 puntos) y casi siempre (5 puntos); los puntos se suman y a esa puntuación total le corresponde un diagnóstico de funcionamiento familiar estas son cohesión, armonía, comunicación, afecto,

adaptabilidad, rol, y permeabilidad. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera: de 70 a 57 puntos familia funcional; de 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional; de 42 a 28 puntos familia disfuncional y de 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional (anexo 5).

Una vez contestados los cuestionarios se capturaron en una hoja de control y recolección de datos donde se anotaron los datos de identificación y los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados (anexo 6), para su análisis e identificamos si los trastornos afectivos de depresión y ansiedad son condicionantes que alteren la funcionalidad familiar.

6.7 Método de recolección de datos:

Se llenó un formato de identificación con nombre, número de afiliación, edad, sexo, escolaridad, ocupación (Anexo 3).

6.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos de identificación, resultados obtenidos de los cuestionarios Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) y Test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL). (Anexo 6).

6.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS versión 11.0 para Windows. Posteriormente se hizo un análisis univariado obteniendo frecuencias simples y proporciones. Además se realizó análisis bivariado aplicando prueba de Chi cuadrada de Maentel-Haenzel.

6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º. en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º., fracción VIII; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164;168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.

c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.

e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

Se solicitó consentimiento informado a los padres de los adolescentes que participaron, se les informó el objetivo y los beneficios al realizar el estudio. Se brindó confidencialidad de los resultados.

6.11 Presupuesto y financiamiento:

Humanos: investigador, asesor de tema, asesor metodológico.

Materiales y físicos: computadora portátil, impresora, hojas blancas, lápiz, lapiceros, USB.

Financiamiento:

Recursos propios del investigador.

7. RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los adolescentes entrevistados en nuestro estudio, se observó que 30 (36.1%) pertenecían a la etapa media de la adolescencia, 29 (34.9%) a la etapa tardía y 24 (28.9%) a la etapa temprana. Predominando el sexo femenino 52 (62.7%) y 31 (37.3%) masculino. En cuanto a su escolaridad el mayor número de entrevistados fueron los que cursan la preparatoria con 39 (47%), los de secundaria 21 (25%), los de primaria 13 (15.7%) y los de profesional 10 (12%). ^{Tabla 1}

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes.

Etapas de la Adolescencia	Número	Porcentaje
Temprana	24	28.9
Media	30	36.1
Tardía	29	34.9
Total	83	100.0
Sexo		
Femenino	52	62.7
Masculino	31	37.3
Total	83	100.0
Escolaridad		
Primaria	13	15.7
Secundaria	21	25.3
Preparatoria	39	47.0
Profesional	10	12.0
Total	83	100.0

Fuente: encuesta estructurada.

La presencia de trastornos afectivos del tipo depresión y ansiedad fueron: sin depresión 54 (65.1%), con depresión 29 (34.9%); sin ansiedad 44 (53.1%) y con ansiedad 39 (46.9%). ^{Tabla 2}

Tabla 2. Trastornos afectivos.

Trastornos afectivos	Si	No	Total
Depresión	29 (34.9%)	54 (65.1%)	83
Ansiedad	39 (46.9%)	44 (53.1%)	83

Fuente: encuesta estructurada.

En lo que respecta a la funcionalidad familiar predominaron las familias funcionales 50 (66.24%), moderadamente funcionales 16 (19.27%), familias disfuncionales 11 (13.25%) y familias severamente disfuncionales 6 (7.22%). ^{Tabla 3}

Tabla 3. Funcionalidad familiar.

Funcionalidad familiar	Número	Porcentaje
Funcional	50	66.24
Moderadamente funcional	16	19.27
Disfuncional	11	13.25
Severamente disfuncional	6	7.22
Total	83	100.00

Fuente: encuesta estructurada.

En relación con depresión y etapas de la adolescencia, se observaron 7 (8.4%); en etapa temprana, 11 (13.2%) en etapa media y 11 (13.2%) en etapa tardía con una fuerza de asociación de 1.22 veces más de probabilidad de presentar depresión con un IC_{95%} de 0.43 – 3.40, p 0.67. Estadísticamente no significativa. ^{Tabla 4}

Tabla 4. Relación entre depresión y etapas de la adolescencia.

Etapas de la adolescencia	Depresión		Total	RM*	IC_{95%}*	p
	SI	NO				
Temprana	7	17	24	0.69	0.22 - 2.15	0.48
Media	11	19	30	1.13	0.40 - 3.17	0.80
Tardía	11	18	29	1.22	0.43 - 3.40	0.67
Total	29	54	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC_{95%}* Intervalo de confianza.

Entre la depresión y sexo, se encontró mayor afectación en mujeres 23 (27.7%) que en hombres 6 (7.22%), presentando una mayor fuerza de asociación en comparación con el masculino, mostrando 3.30 veces más de probabilidad de presentar depresión con un IC_{95%} de 1.05 -10.8 y p 0.02. Con significancia estadística. ^{Tabla 5}

Tabla 5. Relación entre depresión y sexo.

Sexo	Depresión		Total	RM*	IC 95%*	p
	Si	No				
Femenino	23	29	52	3.30	1.05 - 10.8	0.02
Masculino	6	25	31			
Total	29	54	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

Entre depresión y escolaridad, se encontraron 2 (2.4%) estudiantes de primaria afectados, 9 (10.8%) de secundaria, 15 (18.0%) de preparatoria y 3 (3.6%) de profesional., observándose una fuerza de asociación mayor del nivel profesional de 4.22 veces más de probabilidad de presentar depresión con un IC 95% de 0.87 – 22.8, p 0.03. Estadísticamente significativa ^{Tabla 6}

Tabla 6. Relación entre depresión y escolaridad.

Escolaridad	Depresión		Total	RM*	IC 95%*	p
	SI	No				
Primaria	2	11	13	0.23	0.03 - 1.23	0.05
Secundaria	9	12	21	1.19	0.39 - 3.62	0.73
Preparatoria	15	24	39	0.90	0.34 - 2.39	0.82
Profesional	7	3	10	4.22	0.87 - 22.80	0.03
Total	33	50	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

En relación a la presencia de depresión y la funcionalidad familiar se observaron 10 (12.04%) familias funcionales, 7 (8.43%) familias moderadamente funcionales, 7 (8.43%) familias disfuncionales y 5 (6.02%) severamente disfuncionales; donde se observa a las familias funcionales con efecto protector de 0.18 y una mayor fuerza de asociación en las familias severamente disfuncionales de 11.44 veces más de probabilidad de presentar depresión con un IC 95% de 1.14 – 263.95, p 0.01. Estadísticamente significativa ^{Tabla 7}

Tabla 7. Relación entre funcionalidad familiar y depresión.

Funcionalidad familiar	Depresión		Total	RM*	IC 95%*	p
	Si	No				
Funcional	10	40	50	0.18	0.06 - 0.54	0.0004
Moderadamente funcional	7	9	16	1.59	0.46 - 5.51	0.41
Disfuncional	7	4	11	3.98	0.91 - 18.37	0.03
Severamente disfuncional	5	1	6	11.44	1.14 - 263.95	0.01
Total	29	54	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

En cuanto a ansiedad y etapas de la adolescencia se observó 7 (8.4%) en etapa temprana, 15 (18.0%) en etapa media y 17 (20.4%) en etapa tardía, observándose una fuerza de mayor asociación de 2.06 veces más de probabilidad de presentar depresión con un IC 95% de 0.75 – 5.72 en comparación con el resto de las etapas y p 0.12. Estadísticamente no significativa.

Tabla 8

Tabla 8. Relación entre ansiedad y etapas de la adolescencia.

Etapas de la adolescencia	Depresión		Total	RM*	IC 95%*	p
	Si	No				
Temprana	7	17	24	0.35	0.11 - 1.06	0.03
Media	15	15	30	1.21	0.45 - 3.26	0.68
Tardía	17	12	44	2.06	0.75 - 5.72	0.12
Total	39	44	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

En lo que respecta a ansiedad y sexo, se presento una mayor frecuencia en mujeres 32 (38.5%) que hombres 7 (8.4%), observando una fuerza de mayor asociación de 5.49 veces más de probabilidad de presentar ansiedad el sexo femenino, con un IC 95% de 1.81 – 17.21, p 0.0005 ^{Tabla 9} Estadísticamente significativa.

Tabla 9. Relación entre sexo y ansiedad.

Sexo	Ansiedad		Total	MR*	IC 95%*	p
	Si	No				
Femenino	32	20	52	5.49	1.81 - 17.21	0.0005
Masculino	7	24	31			
Total	39	44	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

La relación a ansiedad y escolaridad se observó en 3 (3.6%) con escolaridad primaria, 8 (9.6%) secundaria, 23 (27.7%) preparatoria y 5 (6.0%) de profesional., los estudiantes de preparatoria tienen más probabilidad de presentar ansiedad con una fuerza de asociación de 2.52 y un IC 95% de 0.95 – 6.75, la escolaridad primaria tiene efecto protector de 0.28, p 0.04.

Estadísticamente significativa ^{Tabla 10}

Tabla 10. Relación entre ansiedad y escolaridad.

Escolaridad	Ansiedad		Total	RM*	IC 95%*	p
	Si	No				
Primaria	3	10	13	0.28	0.06 - 1.26	0.06
Secundaria	8	13	21	0.62	0.20 - 1.88	0.34
Preparatoria	23	16	39	2.52	0.95 - 6.75	0.04
Profesional	5	5	10	1.15	0.26 - 5.10	0.83
Total	39	44	83			

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

Entre ansiedad y funcionalidad familiar, se encontraron 19 (22.8%) familias funcionales, 6 (7.2%) moderadamente funcionales, 10 (12%) disfuncionales y 4 (4.8%) severamente disfuncionales, las familias funcionales tienen efecto protector de 0.40 y las familias disfuncionales tienen una mayor fuerza de asociación 14.83 más veces de probabilidad de presentar ansiedad y un IC 95% de 1.77 – 2.14, p 0.001. Con significancia estadística. ^{Tabla 11}

Tabla 11. Relación entre ansiedad y funcionalidad familiar.

Funcionalidad familiar	Ansiedad		Total	RM*	IC 95%*		p
	Si	No					
Funcional	19	31	50	0.40	0.15	1.08	0.4
Moderadamente funcional	6	10	16	0.62	0.17	2.14	0.4
Disfuncional Severamente	10	1	11	14.83	1.77	326.37	0.001
disfuncional	4	2	6	2.4	0.35	20.24	0.3
Total	39	44	83				

Fuente: encuesta estructurada RM* = Razón de momios IC 95%* Intervalo de confianza.

8. DISCUSION.

El adolescente es muy sensible a su entorno cultural; si su desarrollo es anormal, aparecerán dificultades en sus relaciones (familia, escuela, sociedad). Los criterios normales en la vida del adolescente incluyen: ausencia de psicopatología grave, control de las acciones previas al desarrollo, flexibilidad en la expresión de sus afectos y del manejo de conflictos inevitables, buenas relaciones interpersonales aceptando los valores y normas de la sociedad. Las dificultades entre los padres e hijos adolescentes se presentan, por lo general, alrededor de la autoridad, sexualidad y valores. La pobre habilidad de los padres para manejar esta etapa del desarrollo de sus hijos se demuestra cuando hay hostilidad e indiferencias por parte del adolescente. Lo principal puede ser conducta evasiva, agresión y rechazo de los valores de los padres con el consecuente pobre o nulo esfuerzo escolar, descuido de los atributos e higiene personal. Los adolescentes usan de manera abierta o enmascarada las conductas de rebelión.²⁷

Niesvaara C, Ibero J, Montesdeoca O, Leiva I, Blanco B., en otro estudio acerca de adecuación del tratamiento en los trastornos ansiosos y/o depresivos en pacientes atendidos por médicos de familia en el año 2006, superando los criterios de positividad para la ansiedad en 77.5% y depresión en 81.25%.¹⁷ En otro estudio realizado por Amézquita M, González R, Zuluaga D., de prevalencia de depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas en el año 2000, encontraron una prevalencia del 49.8% para depresión y 58.1% para ansiedad.¹² En nuestro estudio se observó un porcentaje menor con una prevalencia de 34.9% para depresión y 46.9% para ansiedad similar al estudio realizado por Riveros M, en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana en el año 2007¹⁰ y otro por Valdés G, y cols., en el estudio de investigación de subdiagnóstico de depresión en atención primaria, realizado en pacientes

del área sur-oriente de Santiago en el 2006.¹¹ utilizando la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Gabriela E, Mirian F, Javier D, Lila M., en un estudio de ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes realizado en el año 2006, encontraron que la edad media afectada fue de 16 años y la prevalencia de ansiedad de 11.11% y depresión de 25%.⁴ Con resultados similares relacionados entre ansiedad y la edad encontrados en nuestro estudio donde la edad de mayor afectación se encuentra entre 15 y 20 años (etapa media y tardía) para ansiedad y 18 a 20 años (etapa tardía) para depresión, pero con una prevalencia mayor en ambos trastornos afectivos, de manera análoga al estudio realizado por María Esther S., Ángela R. y Daysy G., de trastornos psicoafectivos del tipo ansiedad y depresión en Camagüey en el año 2006, encontraron la adolescencia intermedia y el sexo femenino los afectados.²²

Almirón E., en un estudio de severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia en Argentina en el año 2006 se encontró un mayor porcentaje de depresión y ansiedad en el sexo femenino en comparación con el masculino 2:1.⁶ Dos Santos L, Umberto J, Fernández A, Tomasi E., en un estudio de depresión en la adolescencia en centros de atención primaria se encontró una prevalencia de depresión del 26,5%. Los adolescentes del sexo femenino presentaron significativamente más depresión (31,2%) que los del sexo masculino (9,2%)^{3:1}.²¹ Así como también en este estudio se observó un porcentaje mayor en el sexo femenino en una relación de 4:1

Pimentel B., realizó estudio de ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en La Paz Bolivia en el 2007 aplicando el cuestionario de EADG en donde la ansiedad se presentó en un 68%

y depresión en un 64 %, donde la disfunción familiar está presente en 70 % y 58% respectivamente.¹⁴ Nosotros encontramos una prevalencia en ansiedad (46.9%) relacionada en mayor número con familias severamente disfuncionales y depresión (34.9%) con familias disfuncionales con predominio en el sexo femenino; encontrándose en ambos trastornos factor protector en familias funcionales similar al estudio realizado por Leyva R, Hernández A, Nava G, López V., en un estudio de depresión en adolescentes y funcionamiento familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2006, encontrando una frecuencia mayor en mujeres y con mayor afectación en familias disfuncionales.¹³

9. CONCLUSIONES.

En las características sociodemográficas de los adolescentes, predominó la etapa media y tardía, el sexo femenino, la escolaridad con estudiantes de nivel medio superior (preparatoria) y las familias funcionales.

En presencia de depresión se observó un predominio en adolescentes en etapa media y tardía, el sexo femenino, estudiantes de preparatoria y familias funcionales. En el trastorno afectivo del tipo de ansiedad hubo un predominio mayor en la etapa tardía, sexo femenino con escolaridad de preparatoria y familias funcionales.

En las familias funcionales se presenta factor protector para la depresión y ansiedad a pesar de encontrarse en un mayor porcentaje de los afectados. Las variables con mayor fuerza de asociación con la presencia de depresión son familias severamente disfuncionales seguidas por la escolaridad profesional, sexo femenino y etapa tardía de la adolescencia; en cuanto a la ansiedad fueron familias disfuncionales, seguidas por el sexo femenino, escolaridad preparatoria y etapa tardía de adolescencia.

La ansiedad y la depresión son trastornos afectivos comunes en los adolescentes en la práctica médica, que pueden alterar el funcionamiento familiar, por lo que es necesario tamizar la búsqueda intencionada de casos para tomar las medidas adecuadas.

10. RECOMENDACIONES.

Capacitar al equipo de salud para identificar en forma oportuna los signos y síntomas de depresión y ansiedad.

Contar con guías clínicas y criterios para la detectar riesgos y hacer un diagnóstico de trastornos afectivos en los adolescentes en el primer nivel de atención.

Integrar un programa que sea prioritario en el Sistema de Salud, en la población de riesgo, realizando búsquedas intencionadas de estos trastornos afectivos.

Comunicar a los grupos de riesgo las complicaciones que ocasionan estos trastornos a fin de implementar medidas preventivas.

Concientizar a los adolescentes en cuanto a que la prevención primaria es un componente esencial en la disminución de la incidencia de estos trastornos, ésta medida debe basarse principalmente en la educación de la población acerca de conductas sanas para tratar de prevenir trastornos afectivos.

Promover la capacitación del médico de primer nivel de atención para mejorar la calidad de vida de adolescentes a través de prevenir y evitar las complicaciones de depresión y ansiedad.

Valorar la funcionalidad familiar en consultorios de medicina familiar durante el otorgamiento de la atención integral a la salud.

Contar con grupos de intervención psicoeducativa para apoyar a los adolescentes con trastornos del tipo de ansiedad y depresión.

Mejorar la comunicación entre los adolescentes y sus padres para prevenir ansiedad y depresión.

Desarrollar un contrato de conductas que facilite la resolución de conflictos entre familias disfuncionales para prevenir ansiedad y depresión en adolescentes.

11. REFERENCIAS:

1. Crespo M. Introducción al estudio de los problemas de salud y desarrollo de la adolescencia aproximación desde la sociopatología IV Curso de Excelencia: “Actualización en Nefrourología Infantil y Medicina del Adolescente”. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León 2001; 177(41): 269-293.
2. Almirón L, Romero P, López A, Czernik G. Rasgos de depresión en adolescentes que asisten a clases en una Escuela Técnica de la ciudad de Corrientes. Rev Univ Nac Nordeste Comun Cient y Tecn 2005; 1-3.
3. Espinoza A, Anzures B. Adolescentes. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62(3): 210 – 215.
4. Czernik E, Dabski M, Canteros J, Almirón L. Ansiedad, depresión y comorbilidad en adolescentes de la ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina 2006; 162: 1-4.
5. Sánchez R, Cuervo J, Martínez T. Niños, adolescentes y depresión mayor, detección y tratamiento. Artículo Foro Pediatrico:1-9.
6. Czernik G, Almeida S, Godoy E, Almirón L. Severidad depresiva en adolescentes de una escuela de formación profesional de la ciudad de Resistencia. Chaco, Argentina. Ciencia e Investigación Medica Estudiantil Latinoamericana 2006; 11(1): 1-8.
7. Romera M, Sánchez F. Desajuste psicosocial en la adolescencia: una experiencia grupal. Rev de Psiq y Psicol del Niño y del Adolescente 2001; 2(1): 15-22.

8. Pardo G, Sandoval A, Umbarila D. Adolescencia y depresión. Rev Col Psic 2004; 13: 13-28.
9. Palpan J, Jiménez C, Garay J, Jiménez V. Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. Psychology International 2007; 18(4): 1-25.
10. Riveros M, Hernández H, Rivera J. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. Rev Invest Psicol (Online) 2007; 10 (1): 1-13.
11. Valdés G, Contreras X, Romero W, Medina M, Norero B, Dussailant D, Pérez M. Subdiagnóstico de depresión en atención primaria, en pacientes del área sur-oriente de Santiago. Rev Chil Salud Publica 2006; 10 (3): 152-157.
12. Amézquita M, González R, Zuluaga D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, año 2000. Rev Col Psiq 2003; 32(4): 342-356.
13. Leyva R, Hernández A, Nava G, López V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45(3): 225-232.
14. Pimentel B. Ansiedad, depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el Hospital Materno Infantil de la CNS, La Paz- Bolivia. Rev Paceaña Med Fam 2007; 4(5): 15-19.

15. Rodríguez L, Bohórquez D, Cifuentes J, Giraldo S, Camacho G, Campo A. Trastornos mentales en niños y adolescentes de la calle. Rev Med UNAB 2003; 6: 144-147.
16. Sánchez J, López A. Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. Salud Global 2005; 5(3): 1-8
17. Niesvaara C, Ibero J, Montesdeoca O, Leiva I, Blanco B; Adecuación del tratamiento en los trastornos ansiosos y/o depresivos en pacientes atendidos por médicos de familia. Rev OMG 2006; 718-724.
18. Morales J, Muñoz T, Bravo V, Iniesta C, Montero F, Olmos M. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos incapacitados; Centro de salud Sotana Murcia. Rev El trabajo en nuestros centros 2000; 714-718.
19. Balanza S, Morales I, Guerrero J, Conesa A. Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosocofamiliares durante el curso 2004-2005. Rev Esp Salud Publica 2008; 82(2): 189-200.
20. Rodríguez C, Cebria J, Corbella S, Segura J, Sobreques J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. Medifam 2003; 13(3): 1-13.
21. Dos Santos L, Umberto J, Fernández A, Tomasi E; Depresión en la adolescencia en centros de atención primaria: importancia de un problema oculto en salud colectiva; Rev Aten

Prim 2001; 28(8): 543-549.

22. Valdes G, Contreras X, Romero W, Medina M, Norero B, Dussailant C. Subdiagnosticp de depresión en atención primaria, en pacientes del área sur-oriente de Santiago; Rev Chil Salud Publica 2006; 10(3): 152-157.

23. Castellanos J, Rodríguez D, Sánchez F, Guedez R, Calvo, T, Arocha Y. Funcionamiento familiar en una comunidad. Rev Med Electronica 2007; 29 (5): 1-5.

24. Suarez M. El medico familiar y la atencion a la familia. Rev Paceaña Med Fam 2006; 3(4): 95-100

25. II. Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias; Arch Med Fam 2005; 7(1): 15-19.

26. Sinche E, Suárez M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. Rev RAMPA 2006; 1(1): 38-47.

27. Mendizábal J, Anzures B. La Familia y el adolescente. Rev Med Hosp Gen Mex 1999; 62(3): 191–197.

28. Soriano S, De la Torre R, Soriano L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. Rev Med Fam 2003; 2(4): 130-135

29. De la Revilla L, Fleitas L, Prados M, De los Ríos A, Marcos B, Bailón E. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Rev semFYC 1998; 21(4):

219 – 224.

30. Bernal I. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. *Rev Cub Med Gen Integr* 2004; 20(3): 1-7.

31. Álvarez A, Ayala Balcáza A, Nuño A, Alatorre M. Estudio sobre el nivel de funcionalidad en un grupo de familias que tienen un hijo con parálisis cerebral infantil (PCI). *Rev Mex Med Fis Rehab* 2005; 17(3): 71-76.

32. Pérez C, Fernández O. Evaluación de un programa de intervención familiar educativa. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2005: 21(1-2): 1-6.

33. Ortega T, De la Cuesta D, Días C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* 1999; 5(3): 1-4.

34. Guilbert W, Torres N. Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(5): 452-460.

35. Alemany P, Altarriba M, Ballester A, Blanquer J, Castrejón B, Ferrandis E y cols. Instrumentos de valoración del programa de atención a domicilio. *Inst Val Pad01* 2002; 01(1): 1-34.



12. ANEXOS.

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA AUXILIAR No. 29
TEPECOACUILCO, GRO.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adolescente menor de 18 años)

Tepecoacuilco, Gro., a _____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente se le hace la más atenta invitación, para que su hijo(a):
_____ sea parte de un estudio de investigación,
donde usted debe de decidir si desea que participe o no.

Título del estudio: depresión y ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro.

Objetivo de este estudio: estimar cual es la relación que existe entre la depresión y ansiedad y la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco Gro.

Su participación consistirá en contestar el cuestionario para valorar depresión y ansiedad; así como funcionalidad familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios de la participación de mi hijo(a) en este estudio. Ya que a través de este estudio podemos identificar la existencia de depresión o ansiedad que pueden ocasionar alteraciones en el funcionamiento familiar.

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

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

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud.

Acepto:

Responsable:

Nombre y firma del padre o tutor

Dr. Rogelio Ramírez Ríos
Matricula 99120104



ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA AUXILIAR No. 29
TEPECOACUILCO, GRO.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adolescente mayor de 18 años)

Tepecoacuilco, Gro. a _____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente se le hace la más atenta invitación, para ser parte de un estudio de investigación, donde debe de decidir si desea participar.

Titulo del estudio: depresión y ansiedad y su relación con la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco, Gro.

Objetivo de este estudio: estimar cual es la relación que existe entre la depresión y ansiedad y la funcionalidad familiar en adolescentes adscritos a la Unidad Médica Auxiliar No. 29 de Tepecoacuilco Gro.

Su participación consistirá en contestar el cuestionario para valorar depresión y ansiedad; así como funcionalidad familiar.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios de la participación de mi hijo(a) en este estudio. Ya que a través de este estudio podemos identificar la existencia de depresión o ansiedad que pueden ocasionar alteraciones en el funcionamiento familiar.

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

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

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud.

Acepto:

Responsable:

Nombre y firma del padre o tutor

Dr. Rogelio Ramírez Ríos
Matricula 99120104



ANEXO 3

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA AUXILIAR No. 29
TEPECOACUILCO, GRO.



Tepecoacuilco, Gro., a ____ de _____ del 2009.

Nombre: _____

Num. Afiliación: _____

Edad: _____ sexo: _____

Domicilio: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____



ANEXO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MEDICA AUXILAR No. 29
 TEPECOACUILCO, GRO.



Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Favor de contestar “SI” ó “NO”

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nunca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	
Subescala de depresión	
	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay 2 o + respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿a tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	



ANEXO 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD MEDICA AUXILIAR No. 29
 TEPECOACUILCO, GRO.



Test de funcionamiento familiar FF-SIL.

Instrucciones: A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

Test de funcionamiento familiar FF-SIL.	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
---	------------	-------------	---------	--------------	--------------

1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					

14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
--	--	--	--	--	--

