



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

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

“DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN FAMILIAR,
EN EL CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR

DR. RAÚL SAAVEDRA ANDRADE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORES DE TESIS

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

DR. RICARDO URBINA MÉNDEZ

2011



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.

AUTORIDADES DE LA UNAM

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

División Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

UNAM.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

Coordinación de Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

Coordinador de docencia

Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

UNAM

**"DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN FAMILIAR,
EN EL CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"**

Asesores de Tesis

Dra. Consuelo González Salinas.

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Centro de Salud. "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud del Distrito Federal

Dr. Ricardo Urbina Méndez.

Psiquiatra. Profesor Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina.
Universidad Nacional Autónoma México.

DEDICATORIAS

A mi esposa Maricela Rodríguez Vásquez, a mis hijos, Maricela Guadalupe Saavedra Rodríguez y Rafael Antonio Saavedra Rodríguez. Por su paciencia, motivación, ayuda, por creer en mí, a quienes descuide en muchos momentos por estar realizando la especialidad, brindarme una razón para ser mejor. ¡GRACIAS!

A mis padres, Sra. Emma Andrade López y Sr. Rafael Saavedra Albarran, quienes me apoyaron, y me brindaron las bases para lograr esta meta. Muchas gracias, por su amor, donde quiera que estén. Porque aunque pase el tiempo el anhelo de su presencia sigue conmigo...
¡GRACIAS POR TODO LO QUE ME ENSEÑARON!

A mis hermanas, Verónica Saavedra Andrade, Gisela Guadalupe Saavedra Andrade y Alma Rosa Saavedra Andrade, por su apoyo, su cariño y ser parte de mí existir.

A mis suegros, Jacoba Vásquez Gines y Leonel Rodríguez Salazar, quienes me brindaron su apoyo y cariño.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de realizar el Curso de Especialización en Medicina Familiar.

A los Servicio de Salud del Distrito Federal, Por permitirme cursar en sus instalaciones y apoyo del personal que es esta institución, para la realización del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Quiero agradecer a mis Asesores de tesis, Dra. Consuelo González Salinas y Dr. Ricardo Urbina Méndez, para la realización del presente trabajo. Por su colaboración, por todo el apoyo, la confianza, la paciencia y el tiempo dedicado a este trabajo.

A mis profesores, los cuales me brindaron orientación, apoyo, conocimientos, y me hicieron ser una mejor persona y un mejor médico.

A Lili Castellanos, más que nuestra secretaria, una amiga, una persona que me brindo su apoyo, consejos, y recomendaciones.

A mis compañeros de residencia, por su apoyo, los buenos y malos momentos que pasamos juntos.

INDICE.

| | Págs. |
|---|-----------|
| 1 Marco teórico | 1 |
| 1.1 Antecedentes..... | 1 |
| Adolescencia..... | 1 |
| Depresión..... | 12 |
| Familia..... | 26 |
| 1.2 Planteamiento del problema..... | 35 |
| 1.3 Justificación..... | 36 |
| 1.4 Objetivos..... | 37 |
| Objetivo General..... | 37 |
| Objetivos específicos..... | 37 |
| 1.5 Hipótesis de trabajo..... | 37 |
| | 38 |
| | |
| 2. Material y Métodos | |
| 2.1 Tipo de Investigación..... | 38 |
| 2.2 Diseño del estudio de investigación..... | 38 |
| 2.3 Población, lugar y tiempo..... | 39 |
| 2.4 Muestra..... | 39 |
| 2.5 Criterios de inclusión, exclusión, eliminación..... | 39 |
| 2.6 Variables..... | 40 |
| 2.7 Definición conceptual y operativa de las variables..... | 40 |
| 2.8 Instrumentos de recolección de datos..... | 43 |
| 2.9 Método de recolección de datos..... | 45 |
| 2.10 Procedimientos estadísticos..... | 46 |
| 2.10.1 Diseño y construcción de base de datos..... | 46 |
| 2.10.2 Análisis estadístico..... | 46 |
| 2.11 Cronograma..... | 46 |
| 2.12 Recursos humanos, materiales, físicos, financiamiento del estudio..... | 46 |
| 2.13 Consideraciones éticas..... | 47 |
| | |
| 3 Resultados | 48 |
| 4. Discusión | 59 |
| 5. Conclusiones | 61 |
| 6. Referencias bibliográficas | 62 |
| 7. Anexos | 65 |

“DEPRESIÓN EN EL ADOLESCENTE Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN FAMILIAR, EN EL CENTRO DE SALUD “DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”

Saavedra Andrade R. González Salinas C. Urbina Méndez R.

Introducción: En la adolescencia se presentan diversos cambios fisiológicos, psicológicos, sociales, y familiares. El papel de la familia es primordial en esta etapa, ya que las estructuras familiares ponen en funcionamiento desde una edad muy temprana y de forma definitiva tres aspectos de la conducta del individuo, que engloban la totalidad del comportamiento: cómo pensar y enjuiciar, actuar y experimentar y, sentir y gozar. Debido a la inestabilidad que caracteriza a los adolescentes, es frecuente que presenten síntomas de diversos trastornos psicológicos que tienden a desaparecer con la conclusión de esta etapa, la depresión es uno de ellos. Uno de los riesgos más importantes al presentarse una sintomatología depresiva, es que muchos adolescentes pueden buscar refugio en adicciones, como una medida para evadir su realidad, es negación, escape de la realidad.

Objetivos: Describir la relación entre depresión y la satisfacción familiar en la población adolescente que acude al Centro de Salud. Dr. José Castro Villagrana.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo. La muestra constituida por 115 pacientes, la cual se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de adolescentes que acudieron al Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana” durante el mes de Junio del 2010. Se uso un cuestionario autoaplicable el cual comprendía variables sociodemográficas, como sexo, edad, escolaridad, personas con las que habita, personas que contribuyen al ingreso familiar y horario laboral. Datos cuestionario APGAR familiar, e inventario de depresión de Beck.

Resultados: Total de la muestra 115 pacientes, 64 del género masculino (56%) y el 51 al género femenino (44%). De los cuales 55 (47.8%); cursan la secundaria. Las familias reportadas estaban constituidas principalmente por ambos padres en 75 (65.25). Inventario depresión de Beck, reporto: sin depresión 88 (76.5%); con depresión 27 (23.5%), de los cuales correspondieron a: Depresión leve 12 (10.4%); depresión moderada 8 (7%); depresión severa 7 (6.1%). Depresión y género fueron los siguientes: depresión leve (9 hombres y 3 mujeres); depresión moderada (3 hombres y 5 mujeres), para depresión severa (3 hombre y 4 mujeres). La valoración de la satisfacción familiar por medio del APGAR familiar: Normofuncional 62 (53.9%), disfuncional leve 30 (26.1%), disfunción grave 23 (20%). Relación de los adolescentes que presentaron depresión y el grado de satisfacción familiar: Normofuncionalidad 10, depresión leve 5, (18.5%); Depresión moderada 4, (14.8%); depresión severa 1, (3.7%). Disfunción leve 5 casos, depresión leve 4, (14.8%); depresión severa 1, (3.7%); Disfunción severa 12 casos, Depresión leve 3 (11.1%); Depresión moderada 4, (14.8%); depresión severa 5 (18.5%).

Conclusiones: La características de la familia en lo referente a la satisfacción familiar y la depresión en adolescentes nos hace ver la importancia del médico familiar en la atención de este grupo de adolescentes y su familia en el proceso salud enfermedad. A través del estudio médico integral e identificar los factores que ponen en riesgo la salud mental de dicho grupo. Es necesario llevar a cabo más estudios con diversos tipos de instrumentos para determinar la estructura familiar y datos clínicos específicos que pudieran presentar dichas alteraciones.

Palabras clave: Depresión en adolescentes, Inventario de Beck, satisfacción familiar. Apgar familiar.

"DEPRESSION IN THE ADOLESCENT AND HIS FAMILY RELATIONSHIP SATISFACTION IN THE CENTRE OF HEALTH DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"

R. Andrade Saavedra C. Gonzalez Salinas Urbina Méndez R.

Introduction: In adolescence, there are various physiological, psychological, social, and family. The role of the family is paramount at this stage, as family structures put in place from a very early age and a final three aspects of the individual's behavior, which encompass the entire behavior: how to think and judge, act and experience and feel and enjoy. Due to the instability of adolescents, often presenting with symptoms of various psychological disorders that tend to disappear with the conclusion of this stage, depression is one of them. One of the most significant risks by presenting a depressive symptoms is that many adolescents may seek shelter in addictions as a way to evade reality, denial, escape from reality

Objectives: To describe to the relation between depression and the familiar satisfaction in the adolescent population that goes to the Center of Health. Dr. José Castro Villagrana.

Material and Methods: Observacional, cross-sectional, descriptive study. The sample constituted by 115 patients, who obtained themselves by means of a nonprobabilistic sampling by convenience of adolescents who went to the Center of Health. Dr. Jose Castro Villagrana, during the month of June of the 2010. Use a autoaplicable questionnaire which included sociodemographic variables, like sex, age, schooling, people with whom live, people who contribute to labor the familiar and hour entrance. Data familiar questionnaire APGAR, and inventory of depression of Beck.

Results: Total of the sample 115 patients, 64 of the masculine (56%) and the 51 to the feminine (44%). Of which 55 (47,8%); they attend the secondary one. The reported families were formed mainly by both parents in 75 (65.25). Inventory depression of Beck, I report: without depression 88 (76,5%); with depression 27 (23,5%), of which they corresponded a: Depression weighs 12 (10,4%); moderate depression 8 (7%); severe depression 7 (6,1%). Depression and sort were the following: slight depression (9 men and 3 women); moderate depression (3 men and 5 women), for severe depression (3 man and 4 women). The valuation of the familiar satisfaction by means of the familiar APGAR: Normofuncional 62 (53,9%), dysfunctional weighs 30 (26,1%), dysfunction burdens 23 (20%). Relation of the adolescents who presented/displayed depression and the degree of familiar satisfaction: Normofuncionalidad 10, depression weigh 5, (18,5%); Moderate depression 4, (14,8%); severe depression 1, (3,7%). Dysfunction weighs 5 cases, depression weighs 4, (14,8%); severe depression 1, (3,7%); Severe dysfunction 12 cases, Depression weighs 3 (11,1%); Moderate depression 4, (14,8%); severe depression 5 (18,5%).

Conclusions: The characteristics of the family in terms of family satisfaction and depression in adolescents shows us the importance of family medical care in this group of adolescents and their families in the process of health and disease. Through comprehensive medical study and identify the factors threatening mental health of that group. It is necessary to conduct further studies with different types of instruments to determine the family structure and specific clinical data that could make these changes.

Keywords: Adolescent depression, Beck's, family satisfaction. Family Apgar.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

Adolescencia

Definición

El vocablo "adolescencia" proviene del verbo latino *adolescere*, cuyo significado es "crecer", "madurar", "llegar a la maduración". Fuentes (1989), indica que ese crecimiento al que alude la raíz verbal involucra tanto los aspectos físicos como también el desarrollo intelectual, emocional, del individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran las capacidades del razonamiento, que serán definitivas para el individuo.^{1,3}

Fierro (1995), la adolescencia constituye un período y un proceso: a) de activa desconstrucción de un pasado personal; b) de proyecto y de construcción del futuro a partir de un enorme potencial y acervo de posibilidades activas que el adolescente posee y tiene conciencia de poseer. De esta manera, afirma que la adolescencia es una etapa psicosocial y, no sólo fisiológica o psicológica. El logro evolutivo individual depende de circunstancias sociales e históricas, que pueden facilitar o dificultar adherirse a un determinado estilo de vida e identidad personal.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años". Paralelamente con este tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.¹³

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como "la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo". Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.⁴⁷

Se estima que en la actual población mundial 1.200 millones de personas (una de cada cinco) son adolescentes. La adolescencia es un periodo de grandes cambios físicos y psicológicos y profunda transformación de las interacciones y relaciones sociales.¹³

Clasificación

Pre-adolescencia o temprana de 10 a 13 años, correspondiente a la pubertad.

Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 16 años.

Adolescencia tardía de 17 a 19 años.¹³

Datos históricos

Aguirre, refiere que en 1909 se da el encuentro de dos hombres que marcan los inicios de la psicología de la adolescencia: Stanley Hall y Sigmund Freud. Ambos formados en el marco del evolucionismo, coinciden en algunos planteamientos, más por la interpretación biologista de las etapas evolutivas del hombre, que por sus enfoques concretos sobre la adolescencia, de manera que destacan la sexualidad como motor biológico de la evolución humana. Para Aguirre, Hall (1844-1924), toma el concepto darwiniano de evolución biológica y lo elabora como una teoría psicológica, de manera que de la misma forma en que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la adultez: infancia, niñez, juventud y adolescencia. La infancia y la niñez corresponden al estadio primitivo humano; la juventud representa la transición de la humanidad, mientras que la adolescencia supone la fase avanzada del desarrollo, previa a la madurez. Hall define la juventud (8-12 años), como etapa preadolescente de latencia, en la que se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su analogía con el salvajismo. A la adolescencia (12/24-25 años), la define como etapa tormentosa, llena de turbulencias y contradicciones en donde la sexualidad será el gran motor adolescente que permitirá pasar del *amor a sí* al amor a la humanidad y hasta al amor a Dios.¹¹

12

Fisiología de la adolescencia

En la pubertad, período de transición entre la infancia y la edad adulta surge por la aparición gradual de los caracteres sexuales secundarios, la finalización del crecimiento somático con incremento de la velocidad hasta obtener la talla final con la fusión de las epífisis óseas alcanzar la talla adulta, y se logra la capacidad de fertilidad y reproducción. Se manifiesta no solamente en forma de cambios, hormonales y físicos, sino que también se acompaña de cambios conductuales y psicológicos que determinan en gran medida la capacidad del individuo de interactuar con otros dentro de la sociedad en la que se desenvuelve.^{1,5,6}

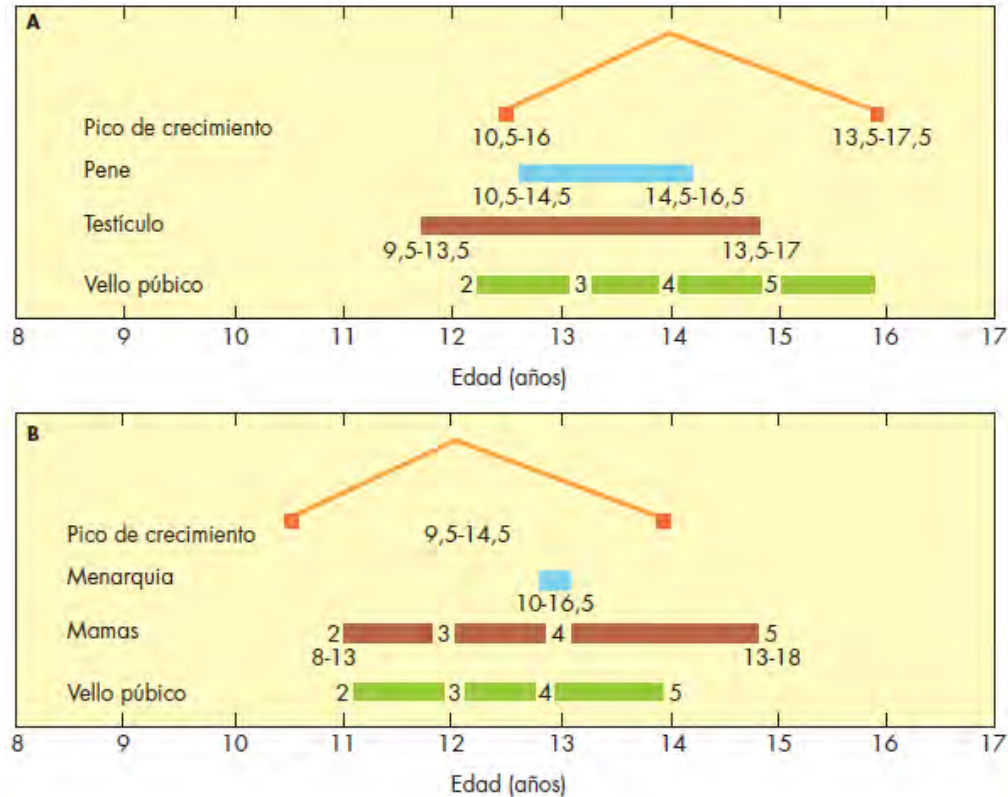
Cambios biológicos

El inicio de la pubertad depende de una serie de cambios madurativos que se manifiestan de una manera ordenada y progresiva. El conocimiento de estos cambios ha aumentado en los últimos años gracias a la disponibilidad de nuevas metodologías para la identificación de los diferentes procesos celulares y moleculares que controlan su desarrollo. Múltiples estudios han permitido la identificación y la caracterización de una gran parte de los mecanismos fisiológicos que regulan la función del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal durante el desarrollo sexual.^{6,7}

El inicio y su progresión hasta alcanzar la madurez son controlados y regulados por múltiples factores neuroendocrinos y hormonales tales como neuropéptido y, ácido gamma aminobutírico (GABA), endorfinas, interleucina, leptina y otros factores paracrinos y autocrinos. En relación con los cambios fisiológicos más importantes asociados al proceso de maduración sexual, así como los mecanismos que determinan su inicio y regulación, son en gran medida desconocidos aunque parece que podrían estar bajo control genético. A grandes rasgos y de forma práctica, la regulación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal depende de una serie de cambios que se producen en el cerebro y que dan lugar a su activación: la hormona liberadora de gonadotropinas (LHRH o GnRH) es liberada a la circulación portal hipofisaria estimulando la liberación pulsátil de las gonadotropinas adenohipofisarias LH y FSH en la circulación periférica con la consiguiente estimulación de la esteroidogénesis y gametogénesis gonadal. Se pueden distinguir otros factores que intervienen en el inicio de la pubertad. Entre ellos destacan la herencia, las influencias ambientales, como el grado de luminosidad, la altura de las ciudades y las condiciones socioeconómicas; estas últimas adquieren una importancia especial cuando son tan adversas que llegan a afectar al nivel de nutrición y a las condiciones de vida misma.^{5,7}

Se produce una serie de cambios somáticos: el brote o "estirón" de crecimiento caracterizado por un aumento general de la velocidad de crecimiento que se expresa en un incremento importante de la talla; cambios específicos para cada sexo en el crecimiento de ciertas regiones corporales.⁶ (Ver cuadro)

Representación esquemática de los cambios somáticos de la pubertad en niños



Tomado de: Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969; 9.

En promedio, las niñas inician el desarrollo puberal dos años antes que los niños, aunque también existen diferencias entre individuos del mismo sexo. Las niñas inician el desarrollo puberal a edades comprendidas entre los nueve y los 11 años, y los niños entre los 12 y los 14 años de edad.^{6,7}

La adolescencia es entendida, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias. El/la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de "duelo" y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificadoras.

En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente. En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. "El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás". Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso

con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien "actúa" para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios. ^{4,14}.

Desarrollo Físico

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos.

Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura, cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.

Aumento de la masa y fuerza muscular, más marcado en el varón.

Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presente torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar alteraciones emocionales y conductuales de manera transitoria. ^{38, 39,40}

Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios, e inicio la capacidad reproductiva.

La desarmonía en el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos, problemas que surgen durante este período sorprenden, desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud, a los propios adolescentes. Las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psico-sociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancados.

La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia, en relación al entorno más cercano. En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única, personal a las oportunidades y exigencias de la vida. ^{13, 18}

Cambios emocionales

Las emociones del adolescente a veces parecen exageradas. Sus acciones son inconsistentes. Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado emocional, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o poco inteligentes. Algunos expertos consideran que la adolescencia es como una segunda niñez temprana. Como explica Carol Bleifield, una consejera escolar de nivel secundario en Wisconsin, "De momento quieren que se les trate y les cuide como a un niño pequeño. Pero cinco minutos más tarde quieren que los adultos se alejen de ellos, diciendo, 'Déjame hacerlo sólo'". Los cambios emocionales, los adolescentes exploran en varias formas de expresar sus emociones. Por ejemplo, un joven que anteriormente saludaba a sus amigos y visitas con abrazos afectuosos, puede de repente cambiar a un adolescente que saluda con el más leve reconocimiento. Así mismo, los abrazos y besos que antes expresaban su amor por sus padres ahora se convierten en un alejamiento y una expresión de, "Ya déjame,

mamá". Estos son cambios a las formas en que ellos expresan sus sentimientos, y no cambios a los sentimientos en sí por sus amigos, sus padres y otros familiares. Las señales de cambios emocionales excesivos o por periodos de tristeza de larga duración. Pueden indicar problemas severos, como la depresión.^{5,7,9.}

Desarrollo psicosexual

Principales *tareas* que el/la adolescente tendrá que llevar a cabo durante los años de tránsito hasta la edad adulta, sintetizadas por Dr. Pere Folch Mateu en su artículo "Conflicto adolescente y relación pedagógica"

La asunción de una nueva identidad corporal después del impacto ocasionado por un cuerpo vivenciado como literalmente extraño.

Un trabajo de luto o despedida del cuerpo y de la identidad infantil perdida.

Renuncia y luto de los antiguos objetos eróticos (padres y otros miembros del grupo familiar).

Dar curso a la emergencia de las nuevas posibilidades de vida relacional.

Las características que más definiría psicológicamente el período de la adolescencia es la constante alternativa de retroceso y avance en su comportamiento afectivo, intelectual y relacional.^{13, 16} (Ver tabla)

Diferencias en el desarrollo Psicosexual, en las diferentes etapas de la adolescencia.

| Características Peculiaridades | Adolescencia temprana (10-14) | Adolescencia media (14-18) | Adolescencia tardía (19-24) |
|--------------------------------|--|--|--|
| Maduración somática | Aparición caracteres sexuales secundarios. Estirón puberal. Importancia de la nutrición. | Remodelación morfológica. Se adquiere la talla definitiva. Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación. | Talla definitiva. Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción. |
| Imagen y cuerpo | Preocupación cambios corporales y del propio yo. Comparación con los del mismo sexo. Conciencia de sensaciones eróticas. Necesidad de intimidad. | Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo. | Aceptación de la propia imagen. Preferencias establecidas. |
| Independencia | Ambivalencia. Necesidad de independencia, nostalgia de dependencia. Desacuerdo y enfrentamiento con los padres. | Mayor conflictividad con los padres. Transgresión de lo normativizado. Mayor fuerza en sus opiniones. | Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres. Creciente integración en el medio social. |
| Amigos | Mayor contacto con amigos del mismo sexo. Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo de iguales. | Vital importancia del grupo de amigos. Conformidad con los valores de los amigos. | Más relaciones íntimas. Formación de parejas. Se comparten sobre todo las experiencias. |
| Identidad | Evolución al pensamiento abstracto. Idealización de las vocaciones. Menor control de los impulsos Mayor mundo de fantasías. | Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia. Mayor capacidad intelectual. Apertura de sentimientos. Comportamientos arriesgados. Gran creatividad. Conformación de la identidad sexual. | Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional. Concreción de valores y objetivos personales. Mayor actividad sexual. Capacidad para comprometerse y establecer límites. Capacidad para preveer. |

Tomado de: Neinstein LS. Desarrollo psicosocial en los adolescentes normales: Practical Guide.2006.

Aberastury, considera que la adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye una etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Las características de la adolescencia son las siguientes:

Búsqueda de sí mismo y de la identidad

Los cambios constantes en este período conducen a reestructuraciones permanentes externas e internas del individuo: De este modo, se adquiere el conocimiento de la individualidad biológica y social, el conocimiento de sí mismo, y de la propia personalidad.

Tendencia grupal

La relación con el grupo de pares se intensifica, de tal forma que se distingue como un proceso de sobreidentificación masiva. Se transfiere al grupo la dependencia que anteriormente se tenía con la familia y en especial con los padres. A su paso por el grupo el individuo comienza a asumir su identidad adulta.

Necesidad de intelectualizar y fantasear

Estas tendencias se utilizan como mecanismos de defensa frente a las situaciones de pérdida: del cuerpo, del rol de niño y a los padres de la infancia. La búsqueda de la identidad genera angustia y obliga a un refugio interno, que permite un reajuste emocional, en el que se da un incremento de la Intelectualización, surge así la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, movimientos políticos, las ideas de salvar a la humanidad, etc. También surge el interés por las actividades literarias, artísticas, etc.

Crisis religiosas

El individuo se manifiesta como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso, como situaciones extremas, lo cual refleja el intento de solución a la angustia que vive en la búsqueda de su identidad, de tal forma que la figura de una divinidad, de cualquier tipo de religión, puede representar una salida mágica.

Desubicación temporal

Es característico que convierta el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Suelen presentarse sentimientos de soledad. Los duelos experimentados durante esta etapa permiten conceptualizar el tiempo, que implica la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte simbólica de los padres y la pérdida definitiva de su vínculo con ellos.

Evolución sexual

Manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta. Se caracteriza por actividad masturbadora y los comienzos del ejercicio genital, de tipo exploratorio y preparatorio. Se inicia la búsqueda de la pareja.

Actitud social

Reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad. La familia es la primera expresión de la sociedad que influye y determina gran parte de la conducta de los adolescentes. El medio en que se vive determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas, entonces la aceptación de la identidad está determinada por un condicionamiento entre individuo y medio. El fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de rebelión, la actitud social reivindicatoria se hace prácticamente imprescindible. La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente, quien con su actividad y con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificarla, ante esto, los adultos se sienten amenazados por los jóvenes que van a ocupar un lugar como adultos, por tanto se sienten desplazados, entonces, tratan de dominarlos y controlarlos. El adolescente tiene que adaptarse,

sometiéndose a las necesidades que el mundo adulto le impone. Al no encontrar el camino para su expresión vital trata de superarlo mediante crisis violentas.

Contradicciones sucesivas

La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida, de tal forma que, no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta.

Separación progresiva de los padres

Los padres no son ajenos a las ansiedades que despiertan la genitalidad, al desprendimiento real, a los celos que esto implica en los hijos y en ellos mismos. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de que los padres acepten los conflictos y el desprendimiento de los hijos. En ocasiones los padres niegan el crecimiento de los hijos ocasionando que estos se sientan perseguidos. Si la figura de los padres está bien definida se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará.

Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo

Los sentimientos de ansiedad y depresión se encuentran comúnmente en la adolescencia. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinan la mayor o menor intensidad de estos sentimientos. El individuo se refugia en sí mismo, en su mundo; la intensidad y frecuencia de estos internamientos pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de ánimo, ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas.^{10, 12, 16}

Rappoport.⁴ Menciona cinco áreas de la conducta adolescente, e indica que para comprender el significado psicológico de estas áreas es necesario analizar el impacto que provocan en el sí mismo del adolescente. Estas áreas son:

Los cambios fisiológicos

Cambios durante la pubertad provocan cambios en la imagen corporal que ocasionan modificaciones en el concepto de sí mismo. Los adolescentes que pasan rápidamente por los cambios de la pubertad suelen conservar una imagen corporal positiva, lo que favorece una mayor confianza en sí mismos. Este proceso se refleja en el campo de las emociones a través de sentimientos de inadecuación.

Las relaciones familiares

Es inevitable el surgimiento de conflictos en mayor o menor grado, entre los adolescentes y sus padres, más los resultados de estos son variados, de tal manera que, cuando no encuentran una vía satisfactoria hacia la autonomía, es probable que su impulso hacia esta encuentre una salida explosiva o se deteriore progresivamente, lo que origina posponer o impedir por completo el establecimiento de un concepto de sí mismo que sea suficientemente fuerte como para permitir la plena realización de sus potencialidades. Se producen efectos positivos cuando el adolescente alcanza un grado suficiente de éxito en las luchas que debe sostener con sus padres y logra así separarse de ellos.

Las relaciones con los pares del mismo sexo y del sexo opuesto. La divide en tres tópicos:

1. La popularidad o aceptación en los grupos de pares del propio sexo, permite aumentar la autoestima.
2. Las relaciones personales con amigos individuales del mismo sexo, ayudan a explorar nuevas áreas de sí mismo.

3. Las relaciones personales en proceso de desarrollo con los pares del sexo opuesto, van a servir como puente para las actividades con el sexo opuesto, estas actividades proporcionan un medio de aprender nuevos roles sociales y el progreso hacia relaciones heterosexuales más serias.

El crecimiento cognitivo o intelectual

La mayoría de las diferencias en cuanto a habilidad y aptitud entre los sexos se manifiestan durante la adolescencia. Estas diferencias se originan en las presiones culturales que influyen directamente en la adopción de roles sexuales estereotipados; se advierte con esto, que el rol sexual y el desarrollo intelectual puede estar en íntima relación mutua, en la que el primer factor ejerce una importante influencia sobre el segundo.

La identidad personal

A la identidad se define, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del sí mismo, y por la otra, como a una fuerza integradora que unifica esas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria. En cualquier caso, hacia el fin de la adolescencia comienza, aparentemente, a desarrollarse un sentido continuo de la identidad, que sirve de allí en adelante como núcleo esencial y directivo de la personalidad. Este acontecer le permite comenzar a resolver los conflictos y las confusiones que son característicos del desarrollo de la personalidad durante este período.^{10,12, 16, 23.}

Problemas de salud en los adolescentes

Algunos adolescentes pasan a la edad adulta con buena salud, en otros casos no ocurre así. Los problemas de salud que sufren los adolescentes les afectan durante la propia adolescencia, como la muerte por suicidio, por violencia interpersonal, accidentes con y sin relación con el consumo de alcohol, embarazos o resultado de un aborto. Otros problemas les afectan en un momento posterior de la vida, como es el caso por ejemplo de las enfermedades relacionadas con el VIH, que el adulto sufre tras contraer la infección en la adolescencia, o del cáncer de pulmón, producto del hábito de fumar adquirido en ese periodo.

La salud de los adolescentes tiene también efectos intergeneracionales. Los hijos de padres adolescentes presentan un mayor riesgo de insuficiencia ponderal y muerte. También es más probable que padezcan las mismas dificultades sociales o económicas que han debido afrontar sus padres. Hay argumentos económicos de peso para ocuparse de la salud de los adolescentes. En los que están estudiando, un mejor estado de salud incrementa los índices de matriculación y permanencia en los centros de enseñanza, mejora el rendimiento cognitivo y se traduce en una mayor productividad. Además, conviene proteger la inversión realizada en la supervivencia y educación de los niños que han llegado a la adolescencia. Existen algunos factores de riesgo que llevan a riesgo de salud como son:^{13, 38,40}

Factores de riesgo

Conductas de riesgo

Familias disfuncionales

Deserción escolar

Accidentes

Consumo de alcohol y drogas

Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas

Embarazo

Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social

Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.^{13,38.}

Al crecer y desarrollarse hasta alcanzar la edad adulta, los niños y adolescentes presentan importantes necesidades. Prácticamente todos los gobiernos han confirmado su derecho a que esas necesidades estén atendidas ratificando la Convención sobre los Derechos del Niño.^{2, 7, 12,13.}

Nutrición

La malnutrición crónica en los primeros años de vida provoca frecuentes retrasos del crecimiento, afecta a la persona, tanto física como socialmente, durante toda su vida. Aunque la mejor prevención empieza en la niñez, la adopción de medidas para mejorar el acceso a los alimentos también sería beneficiosa para los adolescentes. La anemia es uno de los principales problemas de origen nutricional que afecta a los adolescentes. Requiere no sólo mejorar el acceso a alimentos nutritivos y suplementos de micronutrientes, sino también prevenir las infecciones, trastornos de la conducta alimentaria como son la anorexia, bulimia. La adolescencia es un buen momento para adquirir hábitos saludables de alimentación y ejercicio, que pueden contribuir al bienestar físico y psicológico durante ese periodo, para reducir la probabilidad de que en la edad adulta aparezcan enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Promover modos de vida sanos también es fundamental para atajar la rápida progresión de la epidemia de obesidad.^{13, 40.}

Salud sexual y reproductiva

La presentación de embarazos en la etapa de la adolescencia y la presencia de enfermedades de transmisión sexual. Los programas para impartir a los adolescentes educación sobre salud sexual y reproductiva deben ir combinados con otros programas que los inciten a aplicar lo aprendido en su vida cotidiana, y también con medidas para que accedan fácilmente a cualquier servicio de salud preventiva o curativa que necesiten y sean atendidos por personal sanitario competente y comprensivo.¹³

Para prevenir embarazos precoces es necesario orientación y educación, una edad mínima para el matrimonio, tratar de mentalizar a familias, comunidades para que concedan a las niñas el tiempo necesario para crecer, desarrollarse, dejar atrás la niñez, llegar a ser mujeres antes de convertirse en esposas y madres. Junto con ello, los servicios de salud deben estar preparados para prestar la atención prenatal a las adolescentes embarazadas o practicar abortos en condiciones seguras cuando la ley lo permita. Prestar una atención eficaz durante el embarazo es importante para asegurar la supervivencia de la madre y el bebé.¹³

El riesgo de que una persona joven resulte infectada por el VIH guarda estrecha relación con la edad de la iniciación sexual. Las medidas de prevención en la gente joven apuntan, entre otros objetivos básicos, a evitar el coito y a retrasar el inicio de la vida sexual activa. En el caso de los jóvenes sexualmente activos, es fundamental que reduzcan el número de parejas sexuales y que tengan más facilidad para acceder y utilizar servicios integrados de prevención, lo que comprende tanto la educación como el suministro de preservativos. Los programas en la materia deberían servir también para prevenir otros comportamientos peligrosos para la salud, como el consumo de sustancias, y para intervenir rápidamente cuando se produzcan. Los jóvenes deben tener a su disposición servicios accesibles y adecuados de detección del VIH. Los jóvenes con VIH necesitan servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención positiva. Es preciso recabar la participación de jóvenes con el VIH a la hora de planificar y prestar todo servicio relacionado con el VIH dirigido a la población joven.^{13, 40.}

Salud mental

Los problemas surgen al término de la infancia y principios de la adolescencia, hecho de potenciar la sociabilidad, la capacidad para resolver problemas y la confianza en uno mismo ayuda a prevenir problemas de salud mental como los trastornos del comportamiento, la ansiedad, la depresión o los trastornos ligados a la comida, junto con otras conductas de riesgo como las ligadas a la vida sexual, el consumo de sustancias o las actitudes violentas. Los profesionales de la salud deben contar con las competencias necesarias para relacionarse con gente joven, detectar con prontitud problemas de salud mental y proponer tratamientos que incluyan asesoramiento, terapia cognitiva conductual y, cuando convenga, medicación psicotrópica.¹³

Consumo de sustancias

Además de las leyes que restringen la disponibilidad de sustancias ilícitas, tabaco y alcohol, las intervenciones para reducir la demanda de tales productos generan condiciones más propicias a un desarrollo saludable. Para que los adolescentes estén menos predispuestos a consumir sustancias es eficaz informarlos de los peligros y capacitarlos para resistir a las presiones de los amigos y manejar el estrés de forma sana.¹³

Violencia

Los pandilleros típicamente son jóvenes de entre 13 y 21 años de edad. A la mayoría no le ha ido bien en la escuela y muchos hasta han abandonado sus estudios antes de terminarlos. En ocasiones tienen familiares que han estado en pandillas. Los jóvenes más involucrados en la pandilla tienen historial de estar sin supervisión adulta diariamente por largos periodos de tiempo desde una temprana edad. Estos jóvenes se unen a las pandillas en busca de aceptación, compañía, reconocimiento y el sentimiento de pertenecer.

Cada miembro de estos grupos, generalmente se involucra con el mismo, partiendo de la necesidad inherente de todos los seres humanos de sentirse identificado socialmente. En tal sentido, la carencia afectiva y las necesidades de recursos básicos, terminan por agrupar a dichos individuos. Uno de los casos más interesantes en cuanto a resocialización, son aquellas que guardan relación con los diferentes grupos religiosos.

Así mismo las Conductas se acentúan en la fase inicial del comportamiento antisocial, como son: problemas de aprendizaje, agresividad, destructividad, problemas afectivos, rechazo familiar, fugas del hogar, mentiras frecuentes, robos ocasionales

Los programas de desarrollo social y preparación para la vida cotidiana dirigidos a niños y adolescentes son importantes para reducir los comportamientos violentos. También resulta eficaz prestar apoyo a padres y profesores para que enseñen a los jóvenes a resolver problemas y sepan imponer la disciplina sin recurrir a la violencia. Cuando de todos modos ésta aparece, las medidas para lograr que los sistemas de salud estén más atentos a la cuestión y que sus profesionales actúen con mayor empatía y competencia pueden ayudar a que los adolescentes que son objeto de violencia (comprendida la sexual) sean atendidos y tratados con eficacia. Un continuo apoyo psicológico y social puede ayudar a esos adolescentes a desactivar los efectos psicológicos que a largo plazo engendra la violencia y reduce la probabilidad de que ellos, a su vez, la perpetúen en el futuro.^{1, 38.}

Accidentes

Son la principal causa de lesiones y traumatismo en adolescentes, los cuales están relacionados principalmente con el consumo de alcohol y falta de cumplimiento de los reglamentos de tránsito. Para proteger la salud de los adolescentes es importante encontrar fórmulas para reducir las colisiones en las vías de tránsito y los graves traumatismos que provocan. Entre ellas figuran las siguientes:

Hacer cumplir las limitaciones de velocidad; combinar acciones pedagógicas con medidas legislativas para promover el uso del cinturón de seguridad (y el casco) y prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol u otras sustancias psicoactivas;

Proponer alternativas a la conducción, incrementando la disponibilidad y seguridad de medios de transporte público baratos.

Las medidas destinadas a generar un entorno más seguro y a enseñar a los niños y adolescentes a evitar caídas, quemaduras y ahogamientos pueden reducir las probabilidades de que se produzcan este tipo de accidentes. Cuando alguien resulta herido, el rápido acceso a una atención traumatológica eficaz puede salvarle la vida.¹³

DEPRESION

Definición

Es una enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva^{2, 42}.

Etiología

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos:

Conductual

A través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.

Cognitivo

La existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas.

Psicodinámico

Relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spitz).

Biológico

Una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas.

Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. En el caso de depresión, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica.^{2, 28, 42, 50, 52}

La depresión tiene dos grandes vertientes:

1. La cuestión endógena (orgánica).
2. La cuestión psicológica (inconsciente).

Las principales causas de depresión endógenas se describen en el siguiente cuadro.

| Causa | Enfermedades |
|------------------|---|
| Neurológicas | Trastornos extrapiramidales (Parkinson, Huntington) Enfermedad de Alzheimer y otras demencias ACVA (regiones frontales) Tumores cerebrales Epilepsia Enfermedades desmielinizantes Infecciones del SNC Traumatismos craneales |
| Endocrinológicas | Trastornos tiroideos (hipotiroidismo, hipertiroidismo apático) Enfermedades adrenales (Cushing, Addison) Trastornos paratiroideos |
| Infecciosas | VIH/SIDA Gripe, hepatitis, mononucleosis Tuberculosis, fiebre tifoidea |
| Inflamatorias | LES, vasculitis sistémicas Artritis reumatoide Arteritis de la temporal |
| Otras | Deficiencia de vitaminas (ácido fólico, B12, B1, C, niacina) Cáncer (páncreas) Uremia Trastornos puerperales y premenstruales |
| Tóxicos | Alcoholismo Metales pesados Cocaína, anfetamínicos (en abstinencia) |
| Fármacos | Antihipertensivos (B-Bloqueadores, clonidina, metil-dopa, reserpina) Sedantes (antipsicóticos, barbitúricos, benzodiacepinas) Esteroides, estrógenos, progestágenos (ACOs) AINEs Agonistas dopaminérgicos (amantadina, bromocriptina, levodopa) |

Tomado de: American Psychiatric Association. DSM IV-TR 2003

Factores de riesgo

Los factores causales de la depresión en el adolescente son múltiples, el genético, se ha demostrado mayor riesgo de depresión en hijos de personas que presentan trastornos afectivos. Se ha informado la presencia de factores biológicos como el descenso de dopamina, noradrenalina y serotonina. Factores individuales como labilidad emocional, formación de una nueva imagen de sí mismo, actitud autodestructiva, falta de maduración y falta de logros académicos. Los factores sociales, la familia, la escuela, los compañeros y las relaciones sociales también desempeñan un papel importante en la génesis de la depresión del adolescente. Respecto a la interacción padre e hijo, las alteraciones más frecuentes en los

adolescentes deprimidos son el carácter autoritario o permisivo de los padres, la ruptura de lazos familiares, la riña continua de los padres, el rechazo de los padres, ausencia del padre o la madre, abuso físico, falta de comunicación.^{15,43}

Duelos de la adolescencia

En general, el adolescente atraviesa por tres duelos importantes que son:

El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce y que le genera sentimientos encontrados de vergüenza y aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.

El duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de forma distinta.

El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos que uno miraba hacia arriba, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.^{2, 15.}

Factores protectores

Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia, (familia sana).

Comunicación entre todos los miembros de la familia.

Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.

Desarrollo de medio ambiente saludables y seguros para ambos sexos.

Promoción del auto-cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.

Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.

Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.

Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de la defensa endógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés (Resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.^{13, 42}

Cuadro Clínico

Los síntomas depresivos en los adolescentes son tomados con frecuencia como «comportamiento normal del adolescente», y se considera que son el producto de los cambios hormonales normales, lo que, en muchos casos, dificulta el diagnóstico, negando o retardando la ayuda que necesitan. El mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años de edad, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima de este particular período del crecimiento.

Los adolescentes no necesitan «razones de peso» para deprimirse. En apariencia son invencibles e invulnerables, pero en el fondo pueden estar profundamente cuestionados y dolidos, no tienen consolidada su identidad y son severos críticos de sí mismos.

La depresión parece presentarse con mayor frecuencia en familias con problemas conyugales, en las que el adolescente tiene más dificultad de establecer su identidad, aunque es importante recordar que cada adolescente es único en la forma que responde al ambiente que lo rodea, no sólo al ambiente familiar sino al escolar y con los amigos.

La sensibilidad del adolescente se altera por el manejo de las emociones en conflicto junto con el despertar de la sexualidad. Los cambios que ocurren en el cuerpo de los adolescentes no son

asimilados en forma adecuada por algunos de ellos, lo cual les genera depresión. Adolescentes sometidos a abuso sexual y/o con problemas de orientación sexual (homosexualidad) pueden presentar también un cuadro depresivo. Cerca de los 14 años, las adolescentes tienen el doble de probabilidades de entrar en un cuadro depresivo.

El adolescente promedio manifiesta aburrimiento, pérdida de interés, desmotivación y/o tendencias a actuaciones antisociales o apatía (poco interés) ante situaciones que de lo contrario serían atractivas. Es muy factible encontrar comportamientos más bien agresivos, descalificadores y desafiantes que de tristeza o abatimiento como tales.

Los padres con frecuencia notan en ellos bajo rendimiento académico, irritación constante y problemas para dormir. En los casos más severos de depresión, los jóvenes pueden comenzar a pensar en el suicidio. Los intentos suicidas de la juventud se enmascaran como «accidentes» de severidad considerable, como en las muertes que ocurren como resultado de conducir vehículos automotores a exceso de velocidad, en ocasiones bajo el efecto de drogas o por el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes deprimidos.

Es importante tener siempre presente el tiempo en el que se han presentado los síntomas. Si el adolescente presenta ideas suicidas, falta de apetito y falta de interés en toda actividad social durante más de dos semanas, se debe estar muy alerta. Tienden a aislarse y a tener ideas suicidas por los sentimientos de culpa y de incapacidad para afrontar la vida diaria. La depresión en el adolescente envuelve más problemas interpersonales y de baja estima que la depresión en el adulto.

Los niños y adolescentes pueden manifestar aburrimiento, algunos síntomas físicos siendo frecuentes el dolor abdominal y las cefaleas-, o simplemente manifestar que se sienten “muy mal”, para no ir al colegio o no salir de paseo y quedarse en su cuarto, encerrados. Es posible que regalen las pertenencias más apreciadas a su mejor amigo-a, lo cual debe poner en sobre aviso a los padres y maestros, pues implica planes inminentes de suicidio.

La depresión en adolescentes a menudo es difícil de diagnosticar, dado que los adolescentes normales tienen altibajos en su estado anímico, los cuales pueden alternar en períodos de horas o días.

El médico llevará a cabo un examen físico y ordenará exámenes de sangre para descartar causas médicas para los síntomas. Igualmente evaluará al adolescente en búsqueda de signos de drogadicción. El alcoholismo, el consumo frecuente de marihuana y de otras drogas pueden ser causados u ocurrir debido a la depresión. ^{2, 15, 38, 42,45.}

Síntomas depresivos se pueden dividir en cuatro grupos (Ver cuadro)

Síntomas fundamentales

Son aquellos que hacen referencia a las alteraciones del estado de ánimo. Su especificidad es alta pero su carácter subjetivo hace que sean difíciles de recoger. • Todo trastorno depresivo se caracteriza por tener un estado de ánimo bajo o triste. - Lo más específico es la llamada “tristeza vital”, descrita por el paciente como una tristeza *de cualidad distinta a la que se presenta tras un acontecimiento desagradable* (forma parte de los síntomas endógenos/melancólicos).

En las depresiones más graves puede darse una falta total de reactividad ante las cosas que les rodean, la anestesia afectiva (sentimiento de falta de sentimientos), en la que el individuo vive con gran sufrimiento “como si no fuera capaz de sentir nada” No debemos confundir la anestesia

afectiva con otros estados en donde los pacientes responden escasamente a las personas o circunstancias que les rodean (la frialdad afectiva de los trastornos antisociales de la personalidad, el aplanamiento o indiferencia afectiva de la esquizofrenia y los trastornos esquizoides de la personalidad).

En determinados pacientes va a predominar la irritabilidad (disforia) sobre la tristeza; así puede ocurrir en cuadros crónicos de tipo distímico/neurótico y en las depresiones que aparecen en niños y adolescentes.

En muchos pacientes, el estado de ánimo cambia a lo largo del día; algunos pacientes notan que se encuentran mucho peor por la mañana que por la tarde; este ritmo circadiano (mejoría *vespertina*) se ha puesto en relación con las alteraciones de la secreción de cortisol y es un síntoma altamente específico, sobre todo cuando se combina con el insomnio por despertar precoz (ambos son síntomas endógenos/melancólicos). Por el contrario los pacientes distímico/neuróticos cuentan que su estado de ánimo fluctúa en función de factores externos como el nivel de actividad o la presencia de determinadas personas por lo que la mejoría que suelen experimentar estos pacientes por la mañana no se debe atribuir a factores biológicos. Con frecuencia, los enfermos refieren una disminución del interés por actividades que anteriormente les distraían; se usa entonces el término anhedonia, que estrictamente es la incapacidad para experimentar placer. - Con frecuencia se manifiesta como una dificultad para iniciar actividades en esa línea (anhedonia parcial o de iniciativa), llegando en las formas más graves a imposibilitar el disfrute (anhedonia completa o de consumación). Ten en cuenta que aunque la anhedonia es un síntoma fundamental de la depresión, también se encuentra en el síndrome "negativo" de la esquizofrenia o en los pacientes con daño cerebral frontal.

Síntomas biológicos o somáticos

Son relativamente frecuentes y fáciles de objetivar, pero su especificidad es baja, sobre todo en aquellos enfermos que sufren problemas médicos o quirúrgicos.

Alteraciones del sueño: podemos ver cualquier tipo de alteración del sueño; el insomnio es la más frecuente, siendo la forma más específica el insomnio por despertar precoz (síntoma endógeno/melancólico); en depresiones leves/moderadas, donde suele verse importante ansiedad asociada, aparecerá insomnio de conciliación; la hipersomnia es menos frecuente, pero puede verse en las formas atípicas de depresión y en las fases depresivas de los trastornos bipolares que debutan en adolescentes.

Alteraciones del apetito y del peso: la más frecuente es la disminución del apetito y del peso (cuando es severa forma parte de los síntomas endógenos/melancólicos); el aumento del apetito y del peso es un síntoma atípico. Sensación de falta de energía, fatigabilidad.

Quejas somáticas (dolores u otras molestias físicas, preocupaciones hipocondríacas). Cuando predominan, pueden complicar el diagnóstico (*depresión enmascarada* o *encubierta* o *equivalente depresivo*), sobre todo por médicos no psiquiatras; son especialmente frecuentes en niños, ancianos y personas con nivel cultural bajo o procedentes de países en vías de desarrollo. El concepto de alexitimia hace referencia a la incapacidad para describir el estado de ánimo mediante palabras; se supone que los enfermos alexitímicos se expresarían mediante síntomas somáticos (trastornos somatomorfos, anorexia nerviosa, depresiones enmascaradas). Trastornos sexuales, con disminución de la libido.

Alteraciones del comportamiento

Disminución de la atención y de la concentración; frecuentemente se van a quejar de fallos de memoria reciente, que en ancianos producen mayor alarma, al plantear el diagnóstico diferencial con una demencia incipiente (pseudodemencia depresiva), y en niños/adolescentes van a asociarse a una disminución del rendimiento académico.

Afectación de la conducta y del aspecto personal, con abandono de su autocuidado (ropa, peinado, aseo), que le dan al paciente un aspecto típico ("aspecto depresivo").

Inhibición o agitación psicomotriz (cuando son graves, forman parte de los síntomas endógenos/melancólicos).

En grados extremos, el estupor depresivo llega a constituirse un *síndrome catatónico*, con riesgo de inanición y deshidratación, siendo entonces necesaria su hospitalización y el tratamiento con TEC.

En los pacientes ancianos la agitación puede ser especialmente intensa, a veces en relación con la presencia de ideas delirantes.

Pensamientos depresivos

Son altamente específicos, pero su carácter subjetivo dificulta el diagnóstico. El paciente tiene una visión negativa de su vida, tanto en lo referente al pasado (autorreproches, recuerdos mayoritariamente tristes) como al presente (autodepreciación, minusvalía) o al futuro (sentimientos de desesperanza, baja autoestima)

En ocasiones, estas ideas alcanzan un carácter delirante (*depresión psicótica o delirante*); lo más frecuente es que los delirios tengan que ver con los típicos contenidos depresivos (llamándose indistintamente delirios congruentes, delirios secundarios o ideas deliroides); así veremos delirios de culpa, de ruina y de enfermedad.

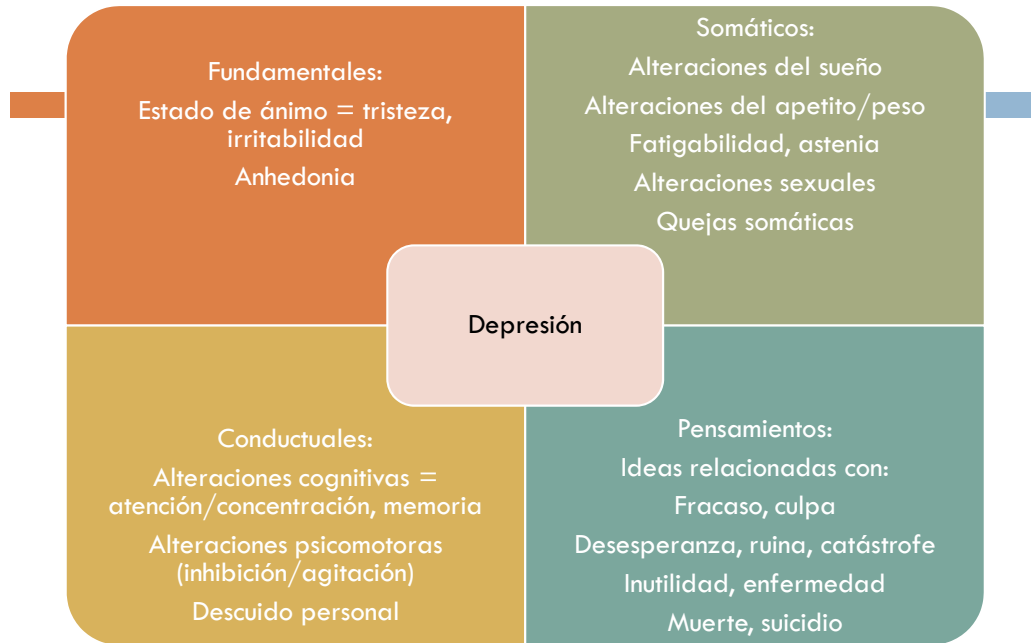
Un ejemplo del extremo máximo de gravedad en la depresión es el llamado síndrome de Cotard o delirio de negación. En este cuadro el paciente niega que sus órganos internos funcionen y defiende su muerte o la de su familia; incluso puede presentar alucinaciones olfativas en las que huele a podrido; aunque puede verse en otras enfermedades es típico de la depresión grave.

Ocasionalmente los delirios pueden ser incongruentes con el estado de ánimo (delirios de persecución y autorreferencia), lo cual indica aún *mayor gravedad* y plantea *dudas* con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Las alucinaciones son menos frecuentes que los delirios; suelen ser *auditivas y congruentes* con los temas delirantes ("no vales nada", "te vas a arruinar", "mátate", etc.). - La presencia de síntomas psicóticos eleva enormemente el riesgo de suicidio y suele obligar a la hospitalización (estos enfermos con frecuencia terminan por recibir TEC).

Ideas y pensamientos relacionados con la muerte, desde el deseo que la vida termine cuanto antes (tedio vital) hasta la aparición de planes o intentos de suicidio; la depresión es el principal diagnóstico relacionado con el riesgo de suicidio. ^{2, 50,52,}

Síntomas depresivos agrupados.



Tomado de: American Psychiatric Association. DSM IV-TR 2003.

Diagnóstico

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. ^{44,45.}

Crterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10.

| |
|--|
| A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. |
| B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. |
| C. Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos. <ul style="list-style-type: none">▶ Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras▶ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta▶ Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual▶ Empeoramiento matutino del humor depresivo▶ Presencia de enlentecimiento motor o agitación▶ Pérdida marcada del apetito▶ Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes▶ Notable disminución del interés sexual |
| Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE- |

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor según DSM-IV-TR

Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

A. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor. ^{2, 51,52}

Criterios Especificadores de gravedad/ características psicóticas/ remisión del episodio depresivo mayor actual (o más reciente) del DSM-IV-TR

Nota: Codificar en el quinto dígito. Leve, moderado, grave sin características psicóticas y graves con características psicóticas se pueden aplicar sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodio depresivo mayor. En remisión parcial y en remisión completa se pueden aplicar al episodio depresivo mayor más reciente del trastorno depresivo mayor, y a un episodio depresivo mayor del trastorno bipolar I o II, sólo si éste es el tipo más reciente de episodio de estado de ánimo.

Leve: Pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para arribar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre "leve" y "grave".^{2, 51.}

Escalas de evaluación

Se utilizan escalas como instrumentos de medida de la gravedad de la depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. Las escalas heteroevaluadas son aquellas en las que el evaluador pregunta sobre cada uno de los ítems y los evalúa. Deben cumplimentarse tras realizar la entrevista clínica y precisan unos niveles elevados de formación y experiencia. Las escalas autoevaluables o cuestionarios pueden ser leídas por el entrevistador o por el propio paciente, pero es éste último el que elige cual de los ítems refleja mejor su estado. Las escalas más utilizadas en los la práctica clínica para evaluar depresión en niños y adolescentes. (Ver cuadro). ^{44,49}.

Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en niños y adolescentes

| Nombre/autor, año. | Edad (años) | Nº de ítems | Características | Adaptación y validación al castellano |
|---|-------------|--------------------------|---|---|
| Children's Depression Inventory (CDI)/Kovacs, 1992 (76). | 7-17 | 27 (larga) 10 (breve) | <ul style="list-style-type: none"> - Versión modificada del BDI para su uso en niños y adolescentes. - La mayor parte de los ítems miden aspectos cognitivos, no mide aspectos biológicos ni conductuales. - Con diferentes puntos de corte según su finalidad (cribado o ayuda al diagnóstico). | <ul style="list-style-type: none"> - Versión corta: Del Barrio <i>et al.</i> (77) - Versión larga: Frías <i>et al.</i> (78) |
| Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/Reynolds, 1987 (79). | 13-17 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> - Presenta un elevado porcentaje de falsos positivos (30%) al punto de corte de la depresión. - No es particularmente efectivo detectando cambios. | Del Barrio <i>et al.</i> (1994) (80) |
| Reynolds Child Depression Scale (RCDS)/Reynolds, 1989 (81). | 9-12 | 30 | <ul style="list-style-type: none"> - Versión similar al RADS para su uso en niños. - En general peores cualidades psicométricas que el RADS. | Del Barrio <i>et al.</i> (1996) (80) |
| Beck Depression Inventory-2 nd ed (BDI-II)/Beck <i>et al.</i> 1996 (82). | 13-18 | 21 | <ul style="list-style-type: none"> - Forma más reciente, próxima al DSM-IV, diseñada para realizarse en 10 minutos. - Diferencia de forma precisa adolescentes que pueden sufrir depresión de aquellos con una probabilidad más baja. | Sanz <i>et al.</i> (83-85) |
| Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/Le Blanc <i>et al.</i> , 2002 (86). | 6-18 | 16 (larga) 6 (breve) | <ul style="list-style-type: none"> - Buena fiabilidad y validez. - La versión corta podría ser efectiva para descartar la depresión en muestras comunitarias y ha obtenido mejores resultados que el BDI. | Sin datos |
| Patient Health Questionnaire-Adolescent version (PHQ-A)/Johnson <i>et al.</i> , 2002 (87). | 13-18 | 83 | <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionarios PHQ basados en el DSM-IV. - Diseñado para su utilización en atención primaria. - Incluye ítems sobre depresión y otros trastornos frecuentes de la adolescencia. | Sin datos |
| Escala para la evaluación de la depresión para maestros (EDSM)/Domènech y Polaino, 1990 (88). | 8-12 | 16 | <ul style="list-style-type: none"> - Los ítems se refieren a depresión, alegría y popularidad. - Sus autores han obtenido cuatro factores: rendimiento, interacción social, depresión inhibida y depresión ansiosa. - Los puntos de corte varían según la edad. | Elaborada para población española. |

Tomado de: American Psychiatric Association. DSM IV-TR 2003.44,49

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) Desarrollado por Beck *et al.* (1979), concretamente la versión española de Vázquez y Sanz (1997). Este cuestionario consta de 21 ítem para evaluar la intensidad de la depresión; en cada uno de ellos el sujeto tiene que elegir una frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, la que más se aproxime a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en el que completa el inventario. Los ítems están graduados en una escala de 0-3 correspondientes a cada una de las afirmaciones, de manera que las puntuaciones totales pueden variar entre 0 y 63, con las puntuaciones más altas reflejando los niveles más altos de depresión. Este cuestionario fue utilizado para evaluar los niveles de depresión y seleccionar los grupos en función de estos niveles. Se trata del instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Vredenburg *et al.*, 1993), mostrando una alta correlación con el diagnóstico a través de entrevistas (Taylor y Klein, 1989). Su fiabilidad informada en población española es de 0,83 (Sanz y Vázquez, 1998).

Este inventario, en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cada ítem contiene varias frases auto-evaluativas, de las cuales se debe escoger la que más se ajuste al propio estado de ánimo de los últimos seis meses. En cada uno de los enunciados, y por ende en todo el instrumento, la atención se centra en los componentes cognitivos de la depresión por encima de los síntomas somáticos. Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden agruparse en 4 niveles de depresión: depresión mínima (0 a 9 puntos), depresión leve (10 a 16 puntos), depresión moderada (17 a 29 puntos), y depresión severa (30 a 63 puntos). La confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI – II; Beck, Steer & Brown, 1996) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para medir depresión en adultos y adolescentes (Impara & Plake, 1998; Murphy, Impara y Plake, 1999). La estandarización del BDI-II fue llevada a cabo con muestra clínica que incluyó 63% de mujeres con edad media de 37 años y solamente el 1% de representación de Hispanos. Otro estudio, con muestra no clínica de 120 estudiantes universitarios de Canadá.

La Versión en Español del Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (SBDI-II, suministrado por Psychological Corporation), es una escala de 21 ítems que a partir de autoreporte, mide depresión en adultos y adolescentes desde 13 años en adelante. Los ítems, representan síntomas de depresión, tales como agitación, pérdida del apetito y problemas de sueño. Los sujetos escogen desde cuatro alternativas el nivel de intensidad de cada síntoma que experimentan, desde mínimo a severo.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico.

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: ^{49, 50,51}

| | |
|--------------------|--------------|
| No depresión | 0-9 puntos |
| Depresión leve | 10-18 puntos |
| Depresión moderada | 19-29 puntos |
| Depresión grave | > 30 puntos |

Abordaje de la depresión en adolescentes

Recomendaciones generales

El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional.

El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas, coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental.

Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico. ^{44,45,46}

Tratamiento

Depresión mayor leve

En niños y adolescentes con depresión mayor leve y ausencia de factores de riesgo, ideas/conductas autolesivas y comorbilidades, el médico de familia o pediatra podrá dejar transcurrir un período de dos semanas de observación y seguimiento de la evolución.

Durante este período, el profesional de atención primaria debería proporcionar apoyo activo al niño o adolescente y su familia, facilitando pautas de hábitos de vida saludable, psicoeducativas o de manejo de situaciones.

Si tras este período de observación persisten los síntomas depresivos, se recomienda derivar al paciente a atención especializada en salud mental infantojuvenil.

Se deberá derivar inicialmente a salud mental infantojuvenil, a aquellos pacientes con depresión que presenten ideación o conductas autolesivas, factores de riesgo o comorbilidades graves, como abuso de sustancias u otra patología mental, aunque el grado de depresión sea leve.

En atención especializada en salud mental infantojuvenil, el tratamiento de elección de una depresión mayor leve será una terapia psicológica durante un período de ocho a 12 semanas (sesiones semanales).

Las modalidades de psicoterapia iniciales recomendadas en la depresión mayor leve son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar o la terapia interpersonal. Durante este período de terapia psicológica, se deberá realizar un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.

Con carácter general, no se recomienda utilizar fármacos antidepresivos en el tratamiento inicial de los niños y adolescentes con depresión leve. ^{44,45,46}

Depresión mayor moderada y grave

Todo niño o adolescente con depresión mayor moderada-grave deberá ser derivado inicialmente a paidopsiquiatría.

Siempre que sea posible, el tratamiento de inicio de la depresión moderada de adolescentes será mediante psicoterapia, al menos durante ocho a 12 semanas (mínimo una sesión/semanal). La terapia cognitivo-conductual, individual y la terapia familiar son las modalidades psicoterapéuticas que han demostrado mejores resultados.

En la depresión grave en adolescentes, se recomienda utilizar inicialmente la psicoterapia (terapia cognitivo conductual) junto con el tratamiento farmacológico (fluoxetina). En casos individualizados podría utilizarse únicamente el tratamiento farmacológico, siempre asociado a cuidados clínicos estándar.

El tratamiento combinado de fluoxetina y terapia cognitivo conductual se recomienda especialmente en aquellos casos de historia personal o familiar de ideación y/o conductas suicidas.

En niños menores de 12 años se recomienda inicialmente la terapia cognitivo-conductual o familiar. Si existe imposibilidad de aplicación o mala evolución, se recomienda añadir tratamiento farmacológico (fluoxetina o sertralina).

Antes de iniciar un tratamiento antidepresivo farmacológico, se recomienda informar del motivo de la prescripción, de los beneficios que se esperan alcanzar, del posible retraso del efecto terapéutico, de los efectos secundarios y de la duración del tratamiento.

Aunque no se ha demostrado un incremento de suicidios consumados en niños y adolescentes, se recomienda vigilancia de la posible aparición de efectos adversos, especialmente de ideación o conducta suicida, sobre todo en las primeras cuatro semanas del tratamiento farmacológico.

Los únicos fármacos antidepresivos recomendables en el tratamiento de la depresión moderada o grave de niños o adolescentes son los ISRS. La fluoxetina es el fármaco con más ensayos que apoyen su uso en estos grupos de edad.

Según el perfil clínico del paciente (características clínicas de la depresión, historia familiar e historia de respuesta previa en familiares), se podría elegir otro ISRS (sertralina, citalopram o escitalopram).

Tras la remisión del cuadro depresivo, se recomienda continuar el tratamiento farmacológico con ISRS por lo menos seis meses (recomendable, seis y 12 meses) desde la remisión del cuadro depresivo, con la misma dosis con la que se consiguió dicha remisión.

La suspensión de un fármaco antidepresivo se recomienda que se realice de forma gradual. Si los síntomas reaparecen, se ha de instaurar de nuevo el tratamiento farmacológico.

La evidencia actual no permite recomendar la utilización de antidepresivos tricíclicos, paroxetina, venlafaxina o mirtazapina en el tratamiento de la depresión mayor de niños y adolescentes.

Deberá considerarse el ingreso hospitalario de niños o adolescentes con depresión mayor:

- Si existe un elevado riesgo de suicidio
- Si la depresión es grave y se acompaña de síntomas psicóticos
- Cuando se asocien comorbilidades graves
- Cuando existan razones que dificulten un adecuado seguimiento y control ambulatorio. ^{44,45,46}

Depresión y familia

Tener un hijo con depresión afecta a toda la familia.

Repercusión de la depresión en la familia: Se pueden cambiar rutinas o normas y dejar de participar en actividades que les hagan salir de casa.

Se empiezan a evitar los contactos con los amigos o las reuniones sociales porque se sienten avergonzados preocupados por si los juzgan. Además, los amigos también pueden evitar a la familia. Esto lleva al aislamiento en el momento que necesitan mayor soporte.

Puede consentirse más al niño para evitar empeorar la enfermedad, o al contrario, pueden encontrarse resentidos con él por la disrupción familiar que la depresión ha causado.

Los padres pueden ser más estrictos o duros con los que no tienen depresión.

Unos miembros de la familia pueden estar irritables o enfadados, mientras que otros quieren llamar la atención que creen que no están recibiendo.

Puede haber más discusiones entre los familiares, especialmente sobre cómo tratar al enfermo.

Individualmente se encuentran frustrados e incapaces de cambiar las cosas o al enfermo e incluso se sienten culpables de la depresión.

Se pueden presentar signos de estrés e incluso depresión.^{44, 49}

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor. y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño. El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión.^{44, 47,48.}

FAMILIA

Se puede hablar de familia "como grupo de personas emparentadas que viven en una casa y forman una unidad" pero quizás no todas las familias del mundo tengan una casa donde vivir juntos, porque la realidad es mucho más variada.

La familia constituye el medio por el cual el sujeto en formación, el niño, recibe las primeras informaciones, aprende actitudes y modos de percibir la realidad, construyendo así los contextos significativos iniciales.

La familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Como sistema social, estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella. Del grado en el cual una familia cumpla o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.

La familia como sistema juega un papel importante no sólo en el proceso generador de la enfermedad sino en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.^{26, 32,34}

Funciones de la familia

Las funciones de la familia son las responsabilidades que determinan su sobrevivencia. Sirven a dos objetivos, uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros, el otro es externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura a sus descendientes.

Los problemas de ajuste que tienen las familias, están relacionados con su capacidad para llenar las funciones básicas que la sociedad espera de ellas. Al menos 5 funciones de la familia pueden ser especificadas:^{32, 37.}

Socialización

Cuidado

Afecto

Reproducción

Estatus y nivel socioeconómico

Ciclo vital de la familia

Las teorías sistémicas describen a la familia como un sistema organizado e interdependiente, regulado por una serie de normas y reglas, en la cual las crisis aparecen en momentos de mayor transición evolutiva en un ciclo que, desde el punto de vista dinámico, tiene las características de ser discontinuo, es decir, que pasa de una etapa a otra con modificaciones en la forma de relación de los elementos de la familia y modifica todos los modelos de comportamiento.

John P. Geyman, profesor de medicina familiar ha propuesto cinco etapas del ciclo y ha servido de base para la mayor parte de los estudios, estas etapas son.³⁷

Matrimonio

Expansión

Dispersión

Independencia

Retiro y muerte

Matrimonio

Cuando dos personas se unen en matrimonio sea civil, religioso o en unión libre, su preocupación inicial es prepararse para un nuevo tipo de vida, ya que se combinan los recursos de las dos personas, en este momento de la conformación de dos biografías diferentes que con el noviazgo llegaron a ser semejantes; sus papeles se alteran y se asumen nuevas funciones. Uno de los problemas es aprender a vivir juntos. El tiempo de duración será variable, según las condiciones que prevalecieron para efectuar la unión.

Podemos dividir el matrimonio en 3 etapas principales a considerar:

1. Etapa de acoplamiento: se caracteriza por la convivencia diaria y la confrontación de las costumbres individuales de manera cotidiana, tener mayor contacto con las estructuras de la personalidad de la pareja, así como conocer sus características de convivencia.
2. Etapa de negociación: estará enmarcada en los principales explícitos que debe realizar la pareja. También el respeto a las diferencias, tanto de tipo personal como de hábitos y costumbres. Esta etapa debe comprender lo que consideramos la verdadera planeación familiar, la cual estará encaminada a fundamentar la base de sustento de la familia.
3. Etapa de desarrollo de la sexualidad: está relacionada con los aspectos biológicos principalmente, y se refiere al desarrollo de la sexualidad de la pareja, no solo de los aspectos reproductivos, sino también de la experiencia de esta.

Expansión

Se inicia con la llegada del primer hijo y termina con el nacimiento del último, aunque puede intercalarse con la etapa de dispersión, cuando uno de los hijos se va a la escuela, esta etapa y esta característica de la llegada de los hijos debe valorarse desde varios puntos de vista como lo es el tiempo que tiene la pareja de unión, si los hijos han sido planeados y deseados, y si el momento de llegada de estos fue elegido entre ambos.

La mayor parte de la práctica del médico familiar debe estar enfocada de otorgar a las familias, en esta etapa, educación prenatal, lo que incluye atención prenatal de la madre y el hijo, atención del parto, cuidados posnatales, atención del puerperio y del niño sano, inmunizaciones, interacción familiar, orientación de las alteraciones de la dinámica familiar.

Dispersión

Se inicia con el ingreso de los hijos a la escuela y termina cuando el primer hijo empieza a vivir fuera de la casa. En esta etapa la preocupación principal de los padres es la obtención de un buen proceso de socialización, además de ayudar a los hijos y tener su propia autonomía, cubrir sus necesidades, y ayudarlo a tener una nueva vida social. Esto implica un nuevo ajuste a la familia y una nueva asignación de roles y tareas en el interior de la misma hay que considerar como elementos importantes de esta etapa encontrar a los hijos en una etapa escolar y en la cual los padres enfrentan a la adolescencia, con todo lo que conlleva el hecho de esta etapa.

Independencia

Se inicia cuando el primer hijo abandona el hogar por cualquier causa, sea estudio, matrimonio, trabajo o simplemente por independizarse y termina cuando el último de ellos abandona el hogar. Esto es, cuando la familia se dispersa, por la salida de los hijos sea por estudio a otras localidades, por matrimonio u otro lugar de residencia, los padres tienen que reajustar nuevamente el sistema familiar, según los cambios que se van presentando.

Los padres deben aprender a respetar el nuevo estilo de vida de los hijos, y se crea un nuevo código para las relaciones con ellos; así mismo, busca nuevos incentivos para la relación de pareja, a través de una nueva adaptación, para tener un modelo armónico del vínculo conyugal.

Retiro y muerte

Se inicia con la salida del último hijo del hogar familiar, o bien con la muerte o jubilación de alguno de los padres; esta etapa es la que se conoce como "nido vacío".

En esta etapa se enfrentan los cambios propios de la edad, la aparición de las enfermedades, sobre todo las de tipo crónico degenerativo, así como el reencuentro nuevamente con la pareja, en el caso de haber aún unión. Es el momento de realizar un balance de la actuación como padres con los hijos, y con la pareja; es el enfrentamiento a una nueva etapa de la sexualidad o a la ausencia de uno de los cónyuges.³⁷

Familia con hijos adolescentes

La adolescencia como tal es una crisis del ciclo vital de la familia y está marcada por inestabilidad y desequilibrio, ya que el adolescente cuestiona y desafía el orden familiar ya establecido, resultando en conflictos intensos y, aunados a la pobre habilidad de los padres para manejar ésta etapa del desarrollo, pueden generarse conflictos crónicos favoreciendo la presencia de síntomas y conductas de riesgo que generan dificultades en el desarrollo del adolescente y esto puede ocasionar enfermedades físicas o mentales.^{55,56, 58}

Al adolescente le preocupa enfermar o morir, teme hacer el ridículo y no saber el papel que debe jugar en la familia ni fuera de ella, todo ello le atemoriza, angustia, deprime y finalmente lo torna agresivo y rebelde, tales condiciones pueden conducirlo a conductas antisociales de alto riesgo, como pueden ser: el alcoholismo, la drogadicción, el intento de suicidio, depresión y el homicidio, por nombrar algunos trastornos.^{54, 55,58}

La familia y educación

La familia es un punto de partida arbitrario ya que es al que más fácilmente podemos acceder. Como parte integrante de la red social más amplia es portadora de un sistema de ideas, creencias, valores, actitudes que tamiza a través de su propia dinámica, de sus mitos y rituales.⁴⁶

Educar es una función ineludible de la familia cuyo objetivo es la socialización de los hijos (adquirir esos valores, creencias, normas y formas de conducta adecuados a la sociedad en que el niño nace), tarea que comparte con el Estado, la escuela y medios de comunicación.⁴⁹

Los padres tienen el derecho y la obligación de educar a sus hijos del modo que consideren más adecuado. Tienen la posibilidad de elegir el centro educativo al que asistirán sus hijos e intervenir en el funcionamiento de éste por medio de las Asociaciones de Padres de Alumnos cuyo objetivo es fomentar el contacto entre padres y docentes para conseguir así una mayor calidad de la educación. La escuela es la continuadora de la labor de la familia en el sentido de asumir una tarea iniciada por ésta a partir del momento en que tiene que suministrar una formación intelectual y profesional. Existe de hecho, una íntima relación entre familia y escuela. De la buena o mala experiencia socializadora familiar depende que el niño sea introvertido o extrovertido en el trato con profesores y compañeros; los problemas familiares hacen que el niño sea un ser problemático en la escuela.^{46, 49}

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo⁴⁸

El trabajo de los padres fuera de casa, ingresos económicos bajos o vivir en áreas desfavorecidas, si ocurren de forma independiente, no parecen presentar una fuerte asociación con el desarrollo de depresión en los niños o adolescentes⁴⁸.

La familia y el proceso de socialización

Es de doble dirección, el niño no permanece pasivo ante él. En principio los padres tienen unas ideas preconcebidas en cuanto a inculcar y educar a sus hijos en unos valores y normas de conducta determinados; son conscientes, en mayor o menor medida de cómo debe ser los niños y acerca de cómo educarlos. Sin embargo cuando el niño nace, los padres se pueden encontrar con que sus creencias y expectativas no se han cumplido o que simplemente los deben modificar. Esto es debido, en parte, a que los hijos no son como los padres desean y a que no hay dos niños iguales. Por otra parte los hijos pueden influir en los valores de sus padres modificando su estilo de vida, ó mediante la influencia de otros medios de socialización, darles una nueva visión de ciertos aspectos de la vida.^{37, 43}

La familia, la sociedad espera que sea capaz de enseñar a sus hijos a. Controlar sus impulsos para poder vivir en sociedad: el niño debe aprender a no tomar todo lo que se le antoja, a no ser agresivo con los compañeros, a compartir etcétera.

Desempeñar determinados roles sociales tanto ocupacionales como de género o roles en las instituciones como el matrimonio o la paternidad.

Adquirir un significado global de qué es lo que importa, qué es lo que se valora en su sociedad y cultura y para qué se tiene que vivir.^{26, 34,37}

A medida que se va formando la personalidad del niño, la familia ocasiona en él diversas posibilidades en cuanto a su autoestima, su autoimagen, autoafirmación y a su integración social. Esto se consigue mediante dos distintos **estilos educativos**, como son:

Autoritario: se valora sobre todo la obediencia y se limita y restringe el grado de autonomía.

Permisivo: no se ejerce prácticamente ningún control con el grado máximo de autonomía

Autoritativo: se encuentra en un punto intermedio, se controla a los hijos por medio de la razón más que por la imposición.

Los padres con altos niveles de implicación/aceptación son aquellos que muestran su afecto y cariño hacia el niño cuando éste se comporta adecuadamente y si su comportamiento es incorrecto dialogan y razonan con su hijo sobre ello. Si el nivel implicación/aceptación es bajo, se muestran indiferentes ante la conducta de sus hijos.

La coerción/imposición es una dimensión independiente del grado de implicación de los padres; cuando el hijo no se comporta de la manera que ellos consideran adecuada tratan de coaccionarle para que lo no vuelva a realizar esa conducta. La coacción puede ser tanto física como verbal. Normalmente no dialogan con el hijo.

Los hijos con estilo autoritativo: se caracteriza por una alta implicación/ aceptación y alta coerción/imposición. Si se porta bien muestran agrado, transmitiéndole que es aceptado y respetado; si por el contrario lo hace mal, combinan diálogo y razonamiento con la coerción física y verbal. Reconocen sus derechos especiales de adulto pero también los intereses y necesidades especiales del hijo.

Indulgente: alta implicación/aceptación y baja coerción/imposición. Permiten al hijo regular sus propias actividades tanto como sea posible, ayudándole con explicaciones y razonamientos, pero evitando el control impositivo y coercitivo.

Autoritario: baja implicación con sus hijos y poca aceptación como personas. Además son altamente coercitivos e impositivos. No son dialogantes, son muy exigentes y prestan poco apoyo a sus hijos.

Negligente: escasa aceptación del hijo, poca implicación en su conducta y bajo nivel de coerción e imposición. Son indiferentes con la conducta del hijo tanto sea buena o mala, no dialogan, son poco afectivos y se implican poco en su educación.^{1, 16, 34}

El desarrollo físico del adolescente conlleva que éste tome conciencia de que probablemente ya ha franqueado el ecuador de su vida. Algunos padres y madres no viven bien esta especie de "competencia" y cuando los adolescentes se refieren a "sus viejos" todos sabemos que no aluden a sus abuelos.

Los padres pueden detectar y padecer por sus respectivas divergencias acerca del mínimo exigible al adolescente, y no encontrar una actitud educativa equilibrada: ni excesivamente rígida (por miedo o crispación), que forja revoltosos o apagados; ni demasiado permisiva (para no ser llamados "carcas" o represivos). Hay padres que renuncian a sus propios valores y aprueban o imitan a sus hijos; incluso algunos llegan a ser sus cómplices.

El adolescente no puede oponerse, tampoco podrá ni imponerse ni distanciarse de las actitudes de sus padres. A veces, los padres buscan obtener, mediante sus hijos e hijas, las satisfacciones que les fueron denegadas, y hacen por procuración lo que ellos no pudieron hacer.

La adolescencia de los hijos coincide con una ruptura conyugal, el miembro de la pareja que se queda con ellos debe ejercer los dos roles de madre y de padre, aunque nadie es, a la vez, femenino y masculino. En estas situaciones, el joven puede culpabilizarse de los problemas de convivencia de sus progenitores; con frecuencia tendrá que admitir a la nueva persona que

acompaña a uno de ellos e incluso, quizás, a los hijos de aquella, y además sentirse reconocido, todo lo cual no es tarea fácil.

Los padres tendrán que soportar las rivalidades entre hermanos, oír agudas críticas sobre los diferentes tratos para con ellos, y no digamos nada si hay adolescentes de ambos sexos, excusa usada con facilidad para obtener un trato "igualitario". Pero habrán de tener en cuenta que los hijos son distintos: uno más tímido, el otro más sensible a la falta de sueño, la una más influenciable, la otra más atrevida... Con frecuencia los padres se enfrentarán a la vanagloria del hijo que tiene más estudios que ellos, como si vencer los altibajos de la vida, procrear, educar, etc. no fueran fuente de sabiduría.^{36, 43, 46}

Criterios para funcionalidad familiar (Según Framo)

Comunicación: clara, directa, específica y congruente.

Individualidad: autonomía respetada e indiferencias toleradas.

Toma de decisiones: buscar la solución más apropiada para cada problema

Reacción a los eventos críticos: Flexible para adaptarse a las demandas exigentes.

A sí mismo señalo algunos principios fundamentales del funcionamiento familiar, como son:

1. Cada uno de los padres estén bien diferenciados y con desarrollo suficiente de su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. El desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
10. La familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.^{53, 55.}

Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es considerada como la capacidad para enfrentar, superar, cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo con el ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.^{53,54.}

Ackerman, considera que la familia es la unidad básica donde se presenta la salud y la enfermedad, Las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de salud y enfermedad.^{53.}

La familia, su funcionamiento, sus problemas, parecen ser el aspecto medular de los análisis sobre la crisis universal de valores morales. Se estudia este trascendente conjunto humano desde diversas perspectivas y dimensiones, quizá con el propósito de adjudicarle las consecuencias que se derivan de su origen y desarrollo evolutivo, tanto para el individuo en particular como para la sociedad en general.^{53, 54,57.}

Las perturbaciones o situaciones estresantes que comprometan el sistema familiar puede producir un desequilibrio, ya sea en los planos físico o emocional de él o los integrantes que hacen parte él.^{37.}

Disfunción familiar

El bien o mal funcionamiento de la familia, es un factor determinante en la conservación de la salud, o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir con sus funciones, se habla de funcional o disfuncional, en vez de referirse a ella como normal o patológica.⁵¹

La funcionalidad familiar cursa por cuatro etapa secuenciales: **procesos de identidad, disposición al cambio, procesos de la información, y estructuración de roles.** el desarrollo social y psicológico de los miembros que constituyen el núcleo familiar, depende no sólo del altruismo que lleva a los seres sociales a unirse para sobrevivir, sino también, de la plasticidad operacional conductual que permita a los miembros operar consensualmente, como condición para la realización de sus ontogénias particulares, mediante la pertinencia al sistema.³⁷

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de síntomas en sus integrantes como depresión en el adulto, lesión física, síntomas somáticos en los adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes, siempre que estos aparezcan deben ser tomados como un indicador de disfunción familiar. La depresión es frecuente en la adolescencia hasta un 25.5%, pero muchas veces pasa desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios, promiscuidad sexual, conductas delictivas e hiperagresividad.^{53.}

La disfunción familiar es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes agravándose al asociarse con la edad, escolaridad, ocupación, estado civil. Esto hace necesario el apoyo de los padres acuerdo con el grado de madurez, en la medida que requiere mayor calidad de tiempo para compartir, demostrar confianza, solidaridad y afecto. Aún cuando se sabe de la existencia de factores externos a la familia que pueden estar influyendo en las crisis biológicas de desarrollo o emocionales que enfrentan cotidianamente.^{54.}

Diversos estudios en México evidencian porcentajes superiores al 70% con disfuncionalidad familiar en las sociedades actuales. (Ortega 2003) en Cuba Identificó en los descendientes directos de familias disfuncionales marcada presencia de síntomas de ansiedad crónica, síntomas difusos y migraña. El personal médico con frecuencia identifica adolescentes con síntomas crónicos o recurrentes que parecen no estar relacionados con su historia clínica, exploración o pruebas diagnósticas que indiquen la presencia de algún trastorno físico. Una de las razones más encubiertas podría ser la presencia de estrés considerable, alteración emocional, aislamiento social y la necesidad de información.^{53,57,58.}

Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.

En la actualidad se cuenta con instrumentos de medición la función familiar, el estudio sobre el funcionamiento de la familia ha sido desarrollado principalmente en las últimas décadas. Algunos de los modelos teóricos más importantes han servido de base para desarrollar investigaciones empíricas y a partir de ellas se han podido construir instrumentos de medición para el funcionamiento familiar.

Beavers, Hampson y Hulgus. Proponen un modelo de funcionamiento familiar basado en dos dimensiones, la primera describe la estructura, la flexibilidad y la competencia de la familia y la segunda el estilo familiar. Por otra parte McMaster propone un modelo que supone, para la completa evaluación de una familia, identifica 6 áreas o 6 dimensiones de funcionamiento: 1) Resolución de problemas, 2) Comunicación, 3) Roles, 4) Involucramiento afectivo, 5) Respuestas efectivas, 6) Control de la conducta. Otros modelos que han sido muy utilizados son los de Moos y Moos y el de Olson. FACES III (escalas evaluativas de cohesión y adaptabilidad familiar) instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en 2003 en México por Gómez Clavelina e Irigoyen. APGAR familiar. El cual evalúa la satisfacción familiar. Entre muchos otros instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar.^{38, 53.}

Satisfacción familiar - cuestionario APGAR familiar.

La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico.

La satisfacción familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve).

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan cinco posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Como son:

Adaptability (adaptabilidad)

Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

Partnership (participación)

Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,

Growth (gradiente de crecimiento)

Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Affection (afecto)

Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolve (resolución)

Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos lo miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

Validez

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los cinco ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).^{20, 21,22.}

1.2 Planteamiento del problema

A nivel internacional la depresión es uno de los principales trastornos mentales por lo que se considera un problema prioritario de salud pública mundial, ocupando el cuarto lugar mundial en la morbilidad. Y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo lugar y el primero en países en desarrollo.²¹

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, con una mediana de edad de inicio de 24 años. Edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y interrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja.^{2, 22}

La adolescencia es una etapa de la vida del ser humano, donde se presentan cambios físicos, sociales, psicológicos y culturales, los cuales ponen en situación de riesgo a los adolescentes. Entre estos cambios que se presentan son los cambios de conducta y la búsqueda de independencia, identidad e imagen, en los cuales pueden ocultar trastornos como la depresión y adicciones.

La depresión es una enfermedad crónica y recurrente; y que según estudios internacionales se estima que está presente en un 5% en los adolescentes en cualquier momento no siempre se manifiesta por la tristeza. El diagnóstico y tratamiento oportuno es importante no solo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Así como intento e ideación suicida^{17, 20}

El Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana donde se realizó el estudio, cuenta con una población adolescentes (10-19) 5,971 con 2,476 hombres y 3495 mujeres. A pesar de este dato un porcentaje bajo acude a demandar atención. Aunque se conoce la importancia de la depresión en la adolescencia, son poco identificados por sus padres, no buscan ayuda por profesionales de la salud y cuando lo hacen son por manifestaciones somáticas del mismo padecimiento o de otra índole. El compromiso del personal de salud particularmente el médico

de familia, es la atención del adolescente por ser una etapa trascendental en el desarrollo del individuo por que constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad, el cumplimiento no solo depende del adolescente ni de las características de su personalidad en consolidación sino también del ambiente social y cultural en este sentido la familia juega un papel importante, ya que la falta de adaptación en la misma puede general disfuncionalidad familiar.

Por lo anteriormente expuesto es importante realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los adolescentes y su relación con la satisfacción familiar?

1.3 Justificación

La depresión es una enfermedad que padecen millones de personas en todo el mundo. De hecho, constituye una de las principales causas de pérdida de un año saludable de vida. La depresión en la adolescencia muestra aspectos que han sido poco estudiados, como las diferencias entre hombres y mujeres desde la perspectiva de género. Los trastornos mentales se consideran un problema de salud en casi todo el mundo; se calcula que la depresión ocupara el segundo lugar como padecimiento incapacitante. Se considera que el 20% de los niños y adolescentes sufre alguna enfermedad mental. Los síntomas depresivos y la depresión durante la adolescencia se han convertido en un problema de gran magnitud, lo que ha generado una preocupación en el sector salud dado su efecto presente y las consecuencias posteriores en la salud de los individuos como trastornos depresivos graves, uso de drogas, ideación suicida.²⁷

Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno^{23, 30}.

A pesar de existir múltiples estudios a cerca de la prevalencia de depresión en los adolescentes, pocos estudios informan de asociación a funcionalidad familiar. Los estudios muestran que la prevalencia de disfuncionalidad en familias con hijos adolescentes puede encontrarse entre 22 y el 33 %^{25,26}.

Existe escasa información sobre los trastornos emocionales y conductuales graves en adolescentes, la depresión es interpretada como travesuras, aburrimiento, haraganería o intentos de llamar la atención. Cuando los adolescentes tienen sentimientos de ira, desesperanza, irritabilidad, resentimiento, culpabilidad, baja autoestima, o incapacidad para experimentar el placer, son síntomas de que están muy tristes. Y cuando ingieren alcohol o drogas para sentirse mejor, puede ser una señal de que están deprimidos.^{28, 30}

México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante,²⁴

El grupo familiar pocas veces identifica a los miembros adolescentes deprimidos; por tanto no buscan consultar a un profesional de la salud, por tanto resulta, de vital trascendencia realizar investigaciones tendientes a determinar la asociación entre la disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos, dado que estos problemas constituyen un problema de gran importancia para la salud del adolescente. En el Centro no se ha realizado ningún estudio con respecto a la depresión y la satisfacción familiar.

El presente estudio es factible de realizarse ya que se cuenta con los recursos humanos y físicos necesarios en el Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana".

1.4 Objetivos

Objetivo General

Establecer la relación entre depresión y la satisfacción familiar en la población adolescente que acude al Centro de Salud. Dr. José Castro Villagrana.

Objetivos Especificos

Analizar las variables sociodemográficas de la población estudiada, como edad, sexo, escolaridad, ingreso familiar, e integrantes de la familia.

Identificar la frecuencia de depresión en la población adolescente.

Evaluar el grado de satisfacción familiar de la población de estudio.

Determinar el grado de satisfacción e insatisfacción familiar de la población de estudio.

Identificar si la presencia de depresión se relaciona con insatisfacción familiar en adolescentes estudiados.

1.5 Hipótesis de trabajo

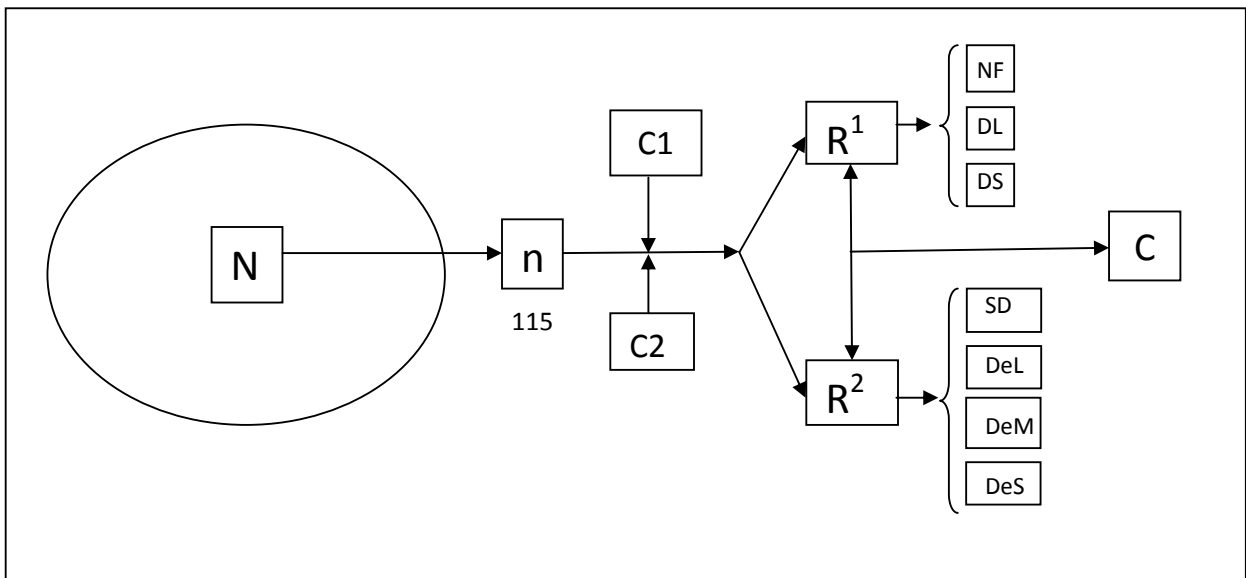
El grado de insatisfacción familiar se relaciona con la presencia de depresión en los adolescentes.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1 Tipo de investigación

El siguiente estudio es una investigación cuantitativa, observacional, descriptivos, de corte transversal.

2.2 Diseño de la investigación



N: Población adolescente que acude al de Salud "Dr. José Castro Villagrana" (5,971 adolescentes)

n: Muestra de la población adolescente. (115 adolescentes)

C1: Apgar Familiar.

C2: Cuestionario de Beck.

R1: Grado de satisfacción familiar. Normofuncional (NF)
Disfuncional leve (DL)
Disfuncional severa (DS)

R2: Depresión. Sin depresión (SD)
Depresión leve (DeL)
Depresión moderada (DeM)
Depresión severa (DeS)

C: Conclusiones.

2.3 Población lugar y tiempo.

Adolescentes de 10 a 19 años de edad, de ambos sexos que acudan al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana" por cualquier motivo, durante el mes de Junio 2010.

2.4 Muestra.

No probabilística por cuota.

2.5 Criterios de inclusión.

Pacientes de 10 a 19 años.

Cualquier sexo, que acuden al Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana."

Adolescentes que acepten contestar los cuestionarios de forma voluntaria firmando consentimiento bajo información por parte de los padres o tutores, en caso de ser menor de edad.

Criterios de exclusión

Adolescentes que estén bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico, dentro de la unidad.

Pacientes que presenten alguna discapacidad psicológica para contestar el cuestionario.

Adolescentes que no sepan leer y escribir.

Criterios de eliminación

Cuestionario incompleto

2.6 Variables.

2.7 Definición conceptual y operativa de las variables

| VARIABLE | TIPO | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | ESCALA DE MEDICIÓN | CALIFICACIÓN | FUENTE |
|---------------------------------------|------------------------------|--|--------------------|--|------------------------------|
| Funcionalidad familiar (satisfacción) | Independiente Cualitativa | <p><u>Adaptability (adaptabilidad)</u>, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).</p> <p><u>Partnership (Participación)</u>, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,</p> <p><u>Growth (gradiente de crecimiento)</u>, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección</p> | Ordinal | <p>1. Normofuncional: 7-10 puntos.</p> <p>2. Disfuncional leve: 3 - 6 puntos.</p> <p>3. Disfuncional grave: 0 - 2 puntos</p> | Cuestionario APGAR Familiar. |

| | | | | | |
|-----------|--------------------------------|---|---------|---|----------------------|
| | | <p>(conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.</p> <p><u>Affection</u> (<u>afecto</u>), mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.</p> <p><u>Resolve</u> (<u>resolución</u>), mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.</p> | | | |
| Depresión | Dependiente Cualitativa | Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. | Ordinal | <p><u>0. No depresión</u> 0-9 Puntos</p> <p><u>1. Leve</u> 10-18 Puntos</p> <p><u>2. Moderada</u></p> | Cuestionario de Beck |

| | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|---|-----------------------|--|--------------|
| | | | | 19-29 Puntos <u>3. Grave</u> > 30 Puntos. | |
| Etapas de la Adolescencia | Independiente | Adolescencia temprana: 10-13 años. Adolescencia media: 14-16 años. Adolescencia tardía: 17:19 años. | Cuantitativa continua | 10-13 años 14-16 años 17-19 años | Cuestionario |
| Edad | Independiente Cuantitativa | Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio. | Continua | Años cumplidos | Cuestionario |
| Sexo | Independiente Cualitativa | Características genóticas del individuo, relativas a su papel reproductivo. | Nominal | Masculino. Femenino | Cuestionario |
| Escolaridad | Independiente Cualitativa | Grado máximo escolar adquirido por el adolescente | Nominal | 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. C. técnica | Cuestionario |
| Integrantes de la familia | Independiente Cualitativa | OMS. Miembros aparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción o matrimonio. Consenso canadiense: Compuesta por marido, esposa con o sin hijos o un padre o una madre con uno o más niños que vivan en un mismo techo. Consenso americano: compuesto por dos o más personas que vivan juntos y están | Nominal | a) Papa y mama. b) Mama sola c) Papa solo d) Abuelos e) Hermanos d) otros | Cuestionario |

| | | | | | |
|-------------------------------|-------------|---|---------|--|--------------|
| | | relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción. | | | |
| Persona que recibe un salario | Cualitativa | Acción, cargo, oficio o profesión en que emplea su tiempo. | Nominal | a) Papa b) Mama c) Ambos d) otros | Cuestionario |
| Horario de trabajo | Cualitativa | Acción, cargo, oficio o profesión en que emplea su tiempo. | Nominal | a) Mañana b) Tarde c) Noche d) Mixto. | Cuestionario |

2.8 Instrumentos de recolección de datos

Satisfacción familiar - cuestionario APGAR familiar

El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutoria (resolve).

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan cinco posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).

El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla. Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Como son:

Adaptability (adaptabilidad)

Mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis).

Partnership (participación)

Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos,

Growth (gradiente de crecimiento)

Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Affection (afecto)

Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolve (resolución)

Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene, del propio funcionamiento familiar. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.84).

Validez

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los cinco ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).^{20, 21, 22.}

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) desarrollado por Beck *et al.* (1979), concretamente la versión española de Vázquez y Sanz (1997). Este cuestionario consta de 21 ítem para evaluar la intensidad de la depresión; en cada uno de ellos el sujeto tiene que elegir una frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, la que más se aproxime a su estado medio durante la última semana, incluyendo el día en el que completa el inventario. Los ítems están graduados en una escala de 0-3 correspondientes a cada una de las afirmaciones, de manera que las puntuaciones totales pueden variar entre 0 y 63, con las puntuaciones más altas reflejando los niveles más altos de depresión. Este cuestionario fue utilizado para evaluar los niveles de depresión y seleccionar los grupos en función de estos niveles. Se trata del instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora (Vredenburg *et al.*, 1993), mostrando una alta correlación con el diagnóstico a través de entrevistas (Taylor y Klein, 1989). Su fiabilidad informada en población española es de 0,83 (Sanz y Vázquez, 1998).

Las puntuaciones obtenidas en la prueba pueden agruparse en cuatro niveles de depresión: depresión mínima (0 a 9 puntos), depresión leve (10 a 16 puntos), depresión moderada (17 a 29 puntos), y depresión severa (30 a 63 puntos). La confiabilidad de este instrumento, obtenida por

consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$.

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI – II; Beck, Steer & Brown, 1996) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para medir depresión en adultos y adolescentes (Impara & Plake, 1998; Murphy, Impara y Plake, 1999). La estandarización del BDI-II fue llevada a cabo con muestra clínica que incluyó 63% de mujeres con edad media de 37 años y solamente el 1% de representación de Hispanos. Otro estudio, con muestra no clínica de 120 estudiantes universitarios de Canadá.

La Versión en Español del Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición (SBDI-II, suministrado por Psychological Corporation), es una escala de 21 ítems que a partir de autoreporte, mide depresión en adultos y adolescentes desde 13 años en adelante. Los ítems, representan síntomas de depresión, tales como agitación, pérdida del apetito y problemas de sueño. Los sujetos escogen desde cuatro alternativas el nivel de intensidad de cada síntoma que experimentan, desde mínimo a severo.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes.^{49, 50, 51}

| | |
|--------------------|--------------|
| No depresión | 0-9 puntos |
| Depresión leve | 10-18 puntos |
| Depresión moderada | 19-29 puntos |
| Depresión grave | > 30 puntos |

2.9 Método de recolección de datos

Una vez que se aplica prueba piloto, para determinar el tiempo y entendimiento de las preguntas, contando con la aprobación de las autoridades del Centro de Salud y los padres de los adolescentes se procedió a aplicar el instrumento, que constaba de tres apartados. Cedula de identificación de datos que correspondió a las variables sociodemográficas, otro apartado que incluyó las preguntas del cuestionario APGAR familiar e inventario de depresión de Beck. El último segmento del instrumento consistió en la cara de consentimiento bajo información de los involucrados. (Ver anexo 1)

El instrumento fue auto aplicable y se llevo a cabo en la en la Sala de espera, con el apoyo de los médicos residentes de la unidad así como el personal de enfermería. Se dió una breve explicación con respecto al contenido antes de su aplicación. El cual tuvo una duración de 15 a 20 minutos para contestarlo.

2.10 Procedimientos estadísticos

2.10.1 Diseño y construcción de base de datos

Una vez contestado el instrumento, se procedió a la captura de los datos en el programa SPSS versión 15.

2.10.2 Análisis estadístico

Estadística descriptiva. Para variables cualitativas, frecuencia y porcentajes, Para variables Cuantitativas medidas de tendencia central (Promedio).

2.11 Cronograma (Ver Anexo 2)

2.12 Recursos humanos, materiales, físicos, financiamiento del estudio.

Recursos humanos

Médicos residentes de Medicina Familiar.

Médicos de base del Centro de Salud. Dr. José castro Villagrana.

Personal de enfermería. Centro de Salud. Dr. José Castro Villagrana.

Recursos materiales

Computadora portátil marca Acer. Copiadora, scanner, fax Samsung. Impresora HP. Hojas blancas, engrapadora, folders, plumas, lápices, Paquetería: Windows Vista, Office 2007, Word, Excel, Power Point, Programa SPSS v 15, Memoria portátiles USB LG, Cartuchos de impresora y copiadora. (Negro y Color).

Recursos físicos

Centro de Salud. Dr. José Castro Villagrana.

Financiamiento

Autofinanciado.

2.13 Consideraciones éticas

Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en México.

Artículo 19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Artículo 20 que dice: Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados. Y finalmente en su artículo 30 que dice: Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores médicos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.

De acuerdo la ley general de salud esta investigación es con riesgo mínimo debido a la siguiente definición de él artículo 17 de esta Ley.

II. Investigación con riesgo mínimo: estudios que emplean evaluación de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones

Art. 38 Ley Federal de información Estadística y Geográfica. "Los datos e informes proporcionados por los particulares para fines estadísticos serán manejados bajo observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse en ningún caso en forma nominativa o individualizada ni harán prueba ante autoridad administrativa ni en juicio ni fuera de el.

Carta de los derechos generales de los pacientes, punto 1 al 3. Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 28.^{59, 60.}

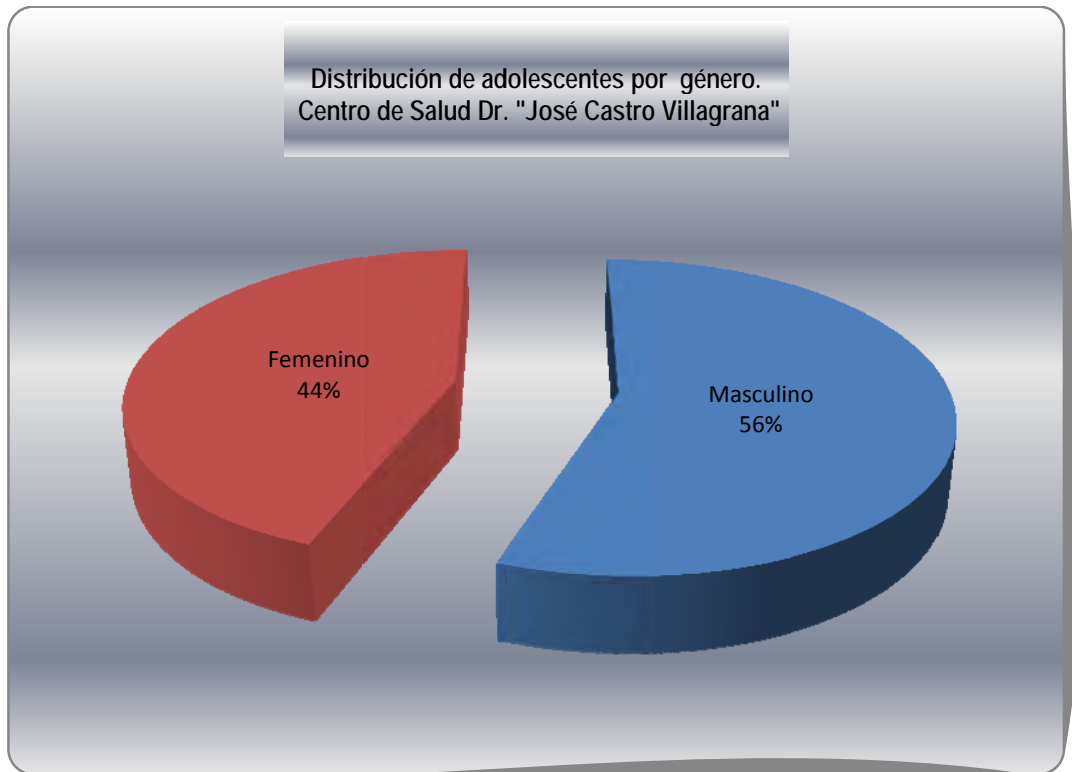
Tomando en cuenta las consideraciones de la "Declaración de Helsinki" de la Asociación Médica Mundial constatada en la 52 asamblea general mundial de Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 que orienta a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos.

"El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología, patógena de las enfermedades incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles deben poner a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad" ⁵⁹

3. RESULTADOS

El total de adolescentes estudiados del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana" fueron 115. De los cuales 64 correspondieron al género masculino (56%) y el 51 al género femenino (44%). (Fig. 1)

Figura 1



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

Con respecto a la distribución de los adolescentes por etapa, comprendió adolescencia temprana 33 (28.7%), adolescencia media 60(52.2%) y adolescencia tardía 22 (19.1%). (Tabla 1)

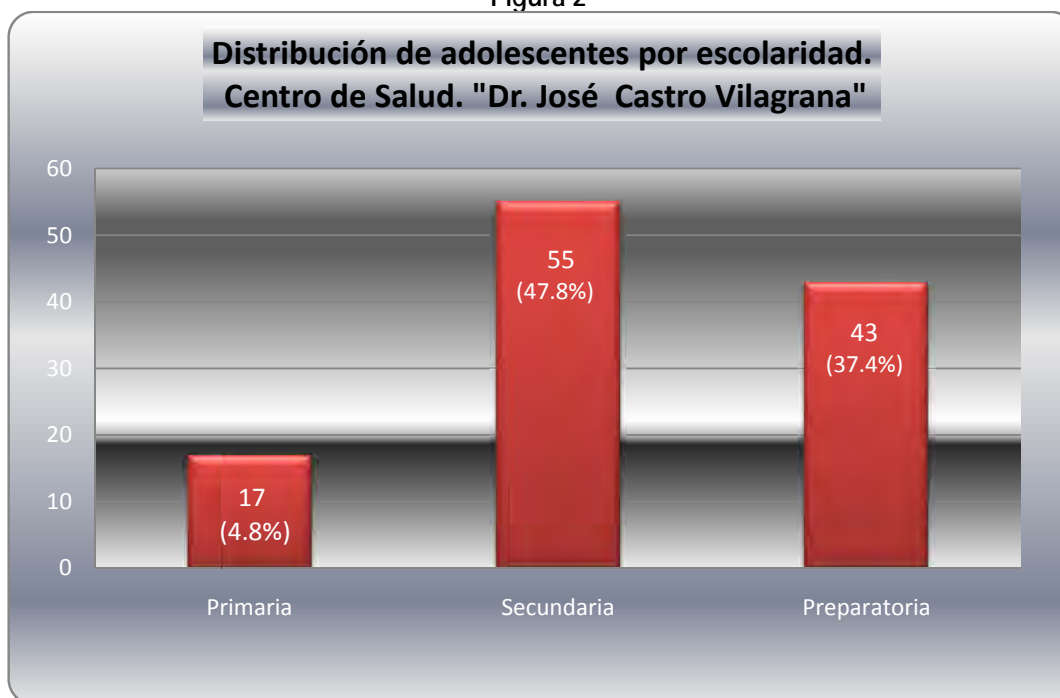
Distribución de los adolescentes por etapa de la adolescencia.
Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana"
Etapas de la adolescencia
Tabla 1

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------------|------------|------------|
| Adolescencia temprana 10 - 13 años. | 33 | 28,7 |
| Adolescencia media 14 - 16 años. | 60 | 52,2 |
| Adolescencia Tardía 17 - 19 años. | 22 | 19,1 |
| Total | 115 | 100,0 |

Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

La distribución por escolaridad fue de las siguiente forma: primaria 17(4.8%), secundaria 55 (47.8%) y preparatoria 43 (37.4%). (Fig. 2).

Figura 2



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

Los integrantes de las familias su distribución comprendió de la siguiente manera: Adolescentes con papa y mama 75 (65.2%), adolescentes con mama 31 (27%), adolescentes con papa 1 (0.9%). Adolescentes con abuelos 5(4.3%), y con otros integrantes de la familia 3 (2.6%). (Tabla 2).

**Distribución de los integrantes de la familia de los
Adolescentes del Centro de Salud. "Dr. José Castro Villagrana"**

Tabla 2

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| Padre y madre | 75 | 65,2 |
| Madre sola | 31 | 27,0 |
| Padre solo | 1 | ,9 |
| Abuelos | 5 | 4,3 |
| Otros | 3 | 2,6 |
| Total | 115 | 100,0 |

Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana.
Junio 2010

La aportación del ingreso familiar se distribuyo de la siguiente forma: Padre 38 (33%), madre 26 (22.6%), ambos cónyuges 42 (36.5%) y otros familiares 9 (7.8%). (Tabla 3)

**Distribución del ingreso familiar por integrante.
Centro de Salud. "Dr. José Castro Villagrana"**

Tabla 3

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| Padre | 38 | 33,0 |
| Madre | 26 | 22,6 |
| Ambos | 42 | 36,5 |
| Otros | 9 | 7,8 |
| Total | 115 | 100,0 |

Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

El horario de actividades remuneradas fueron de la siguiente manera: Matutino 40 (34.8%), vespertino 5 (4.3%), nocturno 5 (4.3%) y mixto 65 (56.5%). (Tabla 4).

Horario de actividades remuneradas de los integrantes de la familia de los adolescentes

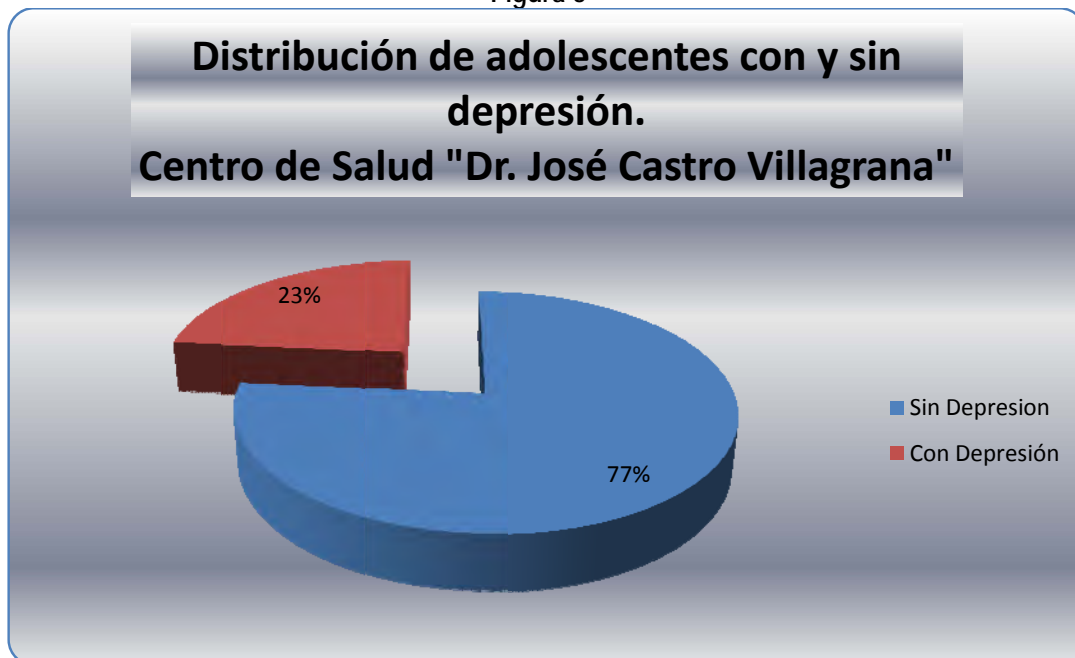
Tabla 4

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------|------------|------------|
| Mañana | 40 | 34,8 |
| Tarde | 5 | 4,3 |
| Noche | 5 | 4,3 |
| Mixto | 65 | 56,5 |
| Total | 115 | 100,0 |

Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

En los datos obtenidos del inventario de depresión de Beck. Los resultados fueron sin depresión 88 (77%); con depresión 27(23%). (Figura 3)

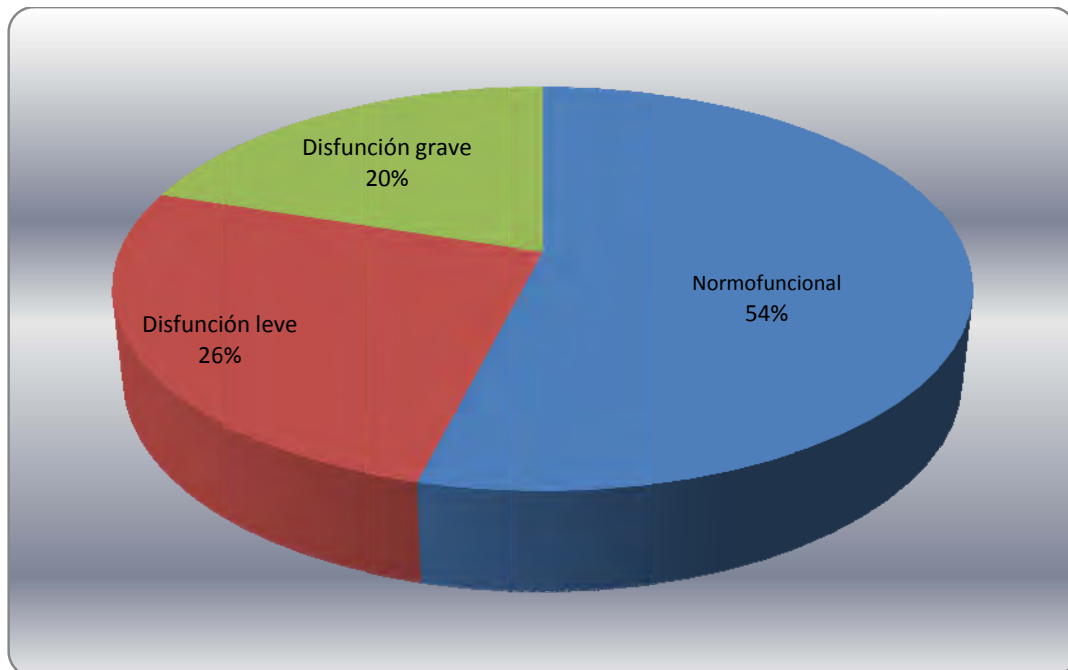
Figura 3



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

En lo que respecta a la valoración de la satisfacción familiar por medio del APGAR familiar los resultados fueron los siguientes: Normofuncional 62 (53.9%), disfuncional leve 30 (26.1%), disfunción grave 23 (20%). (Figura 4).

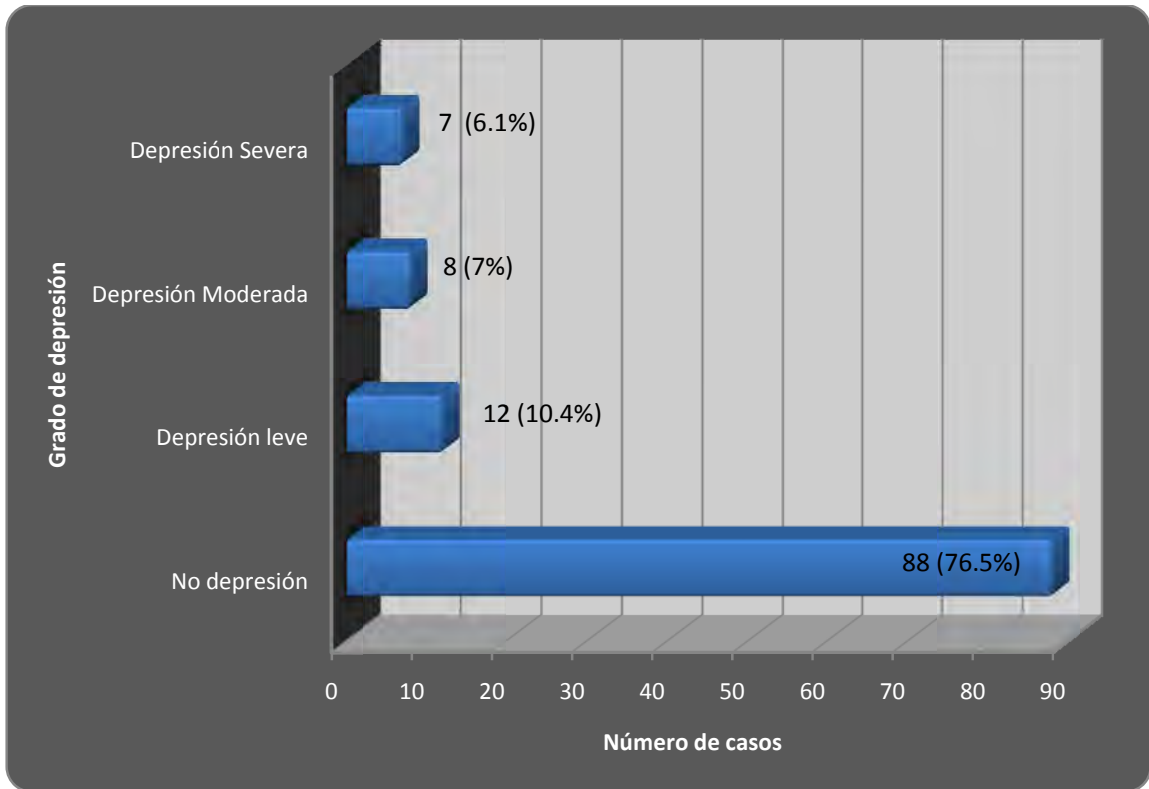
**Grado de funcionalidad familiar de los adolescentes
Centro de Salud."Dr. José Castro Villagrana"
Figura 4**



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

Los datos obtenidos con el cuestionario de Tamizaje de Beck, reportó los siguientes resultados: No depresión 88 (76.5%), Depresión Leve 12 (10.4%), Depresión Moderada 8 (7%), Depresión grave 7 (6.1%). (Figura 5)

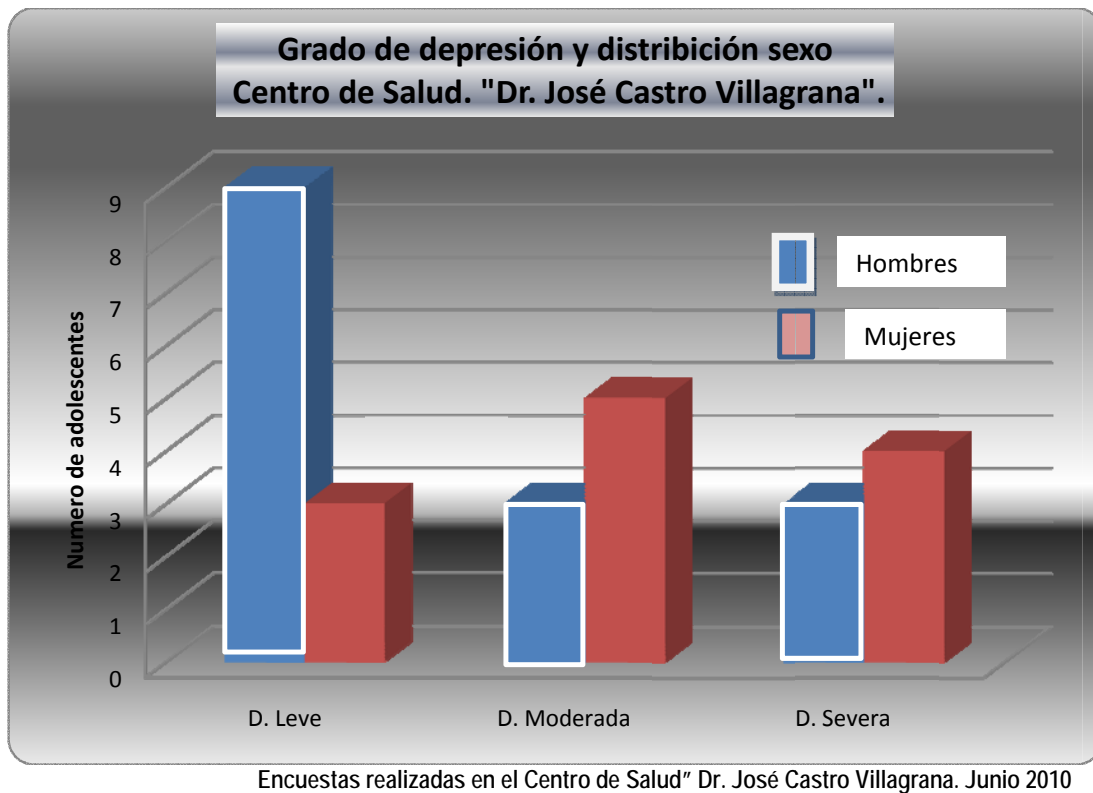
Distribución de los adolescentes por grado de depresión.
Centro de Salud. Dr. "José Castro Villagrana"
Figura 5



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

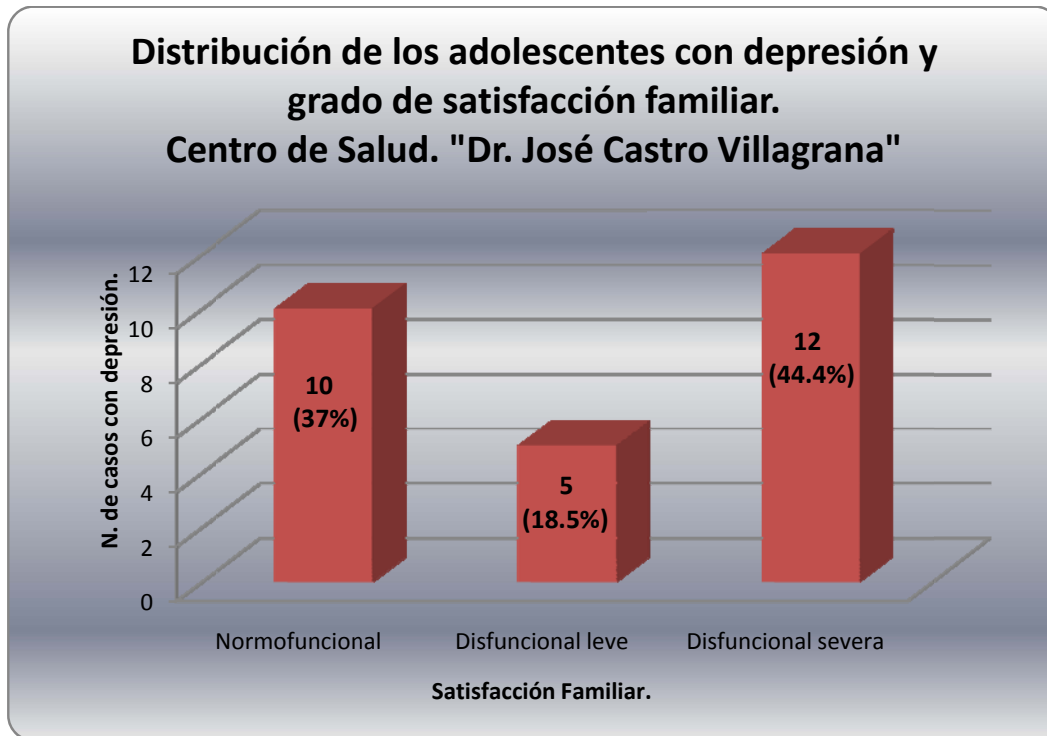
Los datos obtenidos por grado de depresión y genero fueron los siguientes: Depresión leve (9 hombres y 3 mujeres); depresión moderada (3 hombres y 5 mujeres), para depresión severa (3 hombre y 4 mujeres). (Figura 6)

Figura 6



Se encontró que los adolescentes que presentaron depresión. En 10 casos presentaron una familia Normofuncional (37 %); Insatisfacción leve 5 (18.5%); Insatisfacción severa 12 (44,4%). En los adolescentes encuestados en el Centro de Salud. "Dr. José Castro Villagrana" (Figura 7)

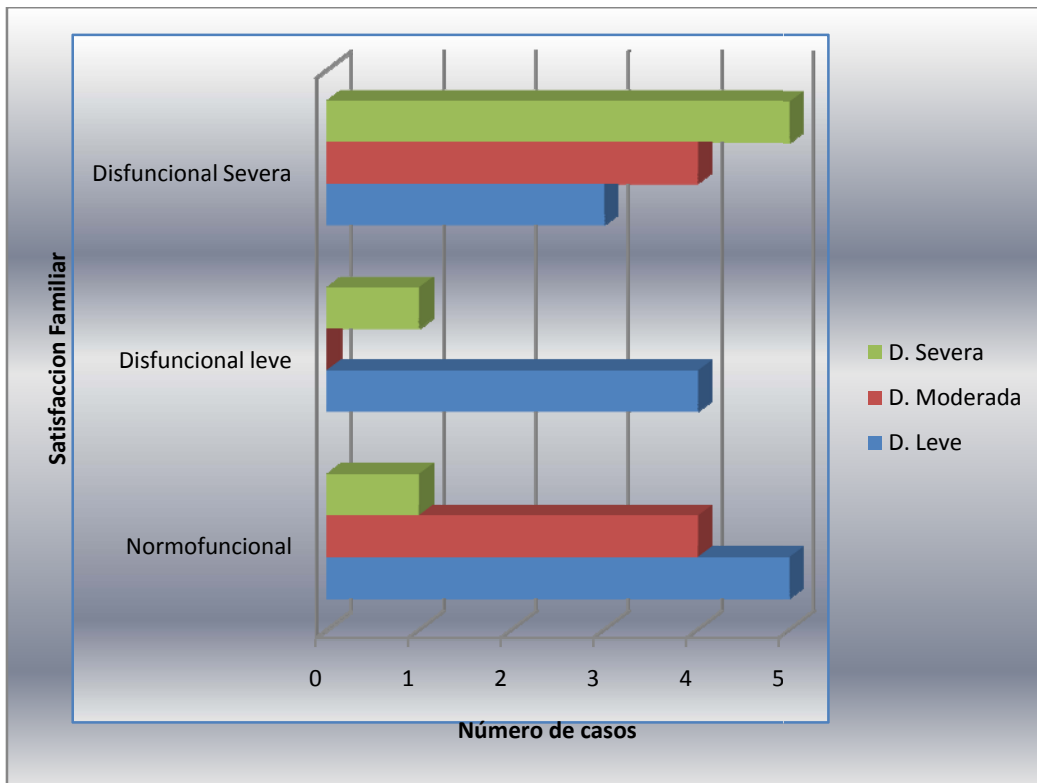
Figura 7



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

Relación entre el grado de depresión y el grado de satisfacción familiar que presentaron los adolescentes, Normofuncionalidad se encontraron 10 casos, con depresión leve de reportaron 5, (18.5%); Depresión moderada 4, (14.8%); depresión severa 1, (3.7%). Disfunción leve 5 casos, depresión leve 4, (14.8%); depresión severa 1, (3.7%); Disfunción severa 12 casos, Depresión leve 3 (11.1%); Depresión moderada 4, (14.8%); depresión severa 5 (18.5%). (Figura 8)

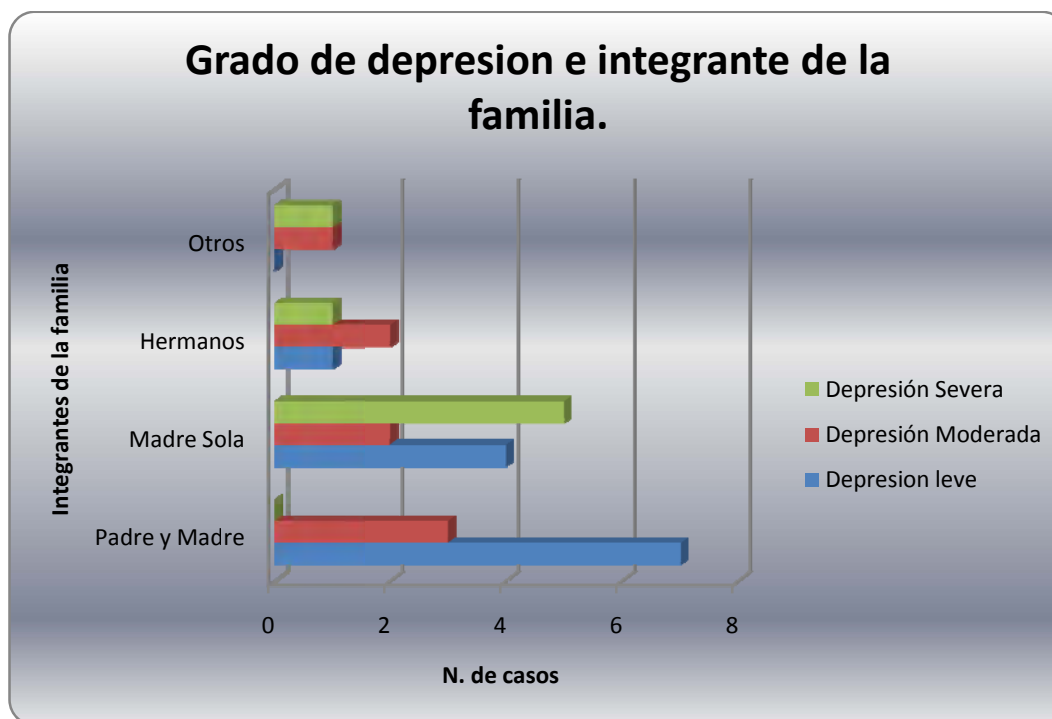
Adolescentes del Centro de Salud. Dr. José Castro Villagrana”
 Depresión y Grado de Satisfacción Familiar
 Figura 8



Encuestas realizadas en el Centro de Salud” Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

Los resultados obtenidos por distribución de los integrantes de la familia y el grado de depresión son: Padre y madre 10 casos, De los cuales presentaron depresión leve en siete casos, (29.5%), depresión moderada tres, (11.1%), Madre sola 11 casos, depresión leve cuatro (14.8%); depresión moderada dos (7.4%); depresión severa cinco (18.5%), Hermanos cuatro casos, depresión leve un caso, (3.7%); depresión moderada dos, (7.4%); depresión severa un caso, (3.7%). Otros dos casos, Depresión moderada un caso, (3.7%); depresión severa un caso, (3.7%). (Figura 9)

Figura 9



Encuestas realizadas en el Centro de Salud" Dr. José Castro Villagrana. Junio 2010

Frecuencia de respuestas con respecto a la satisfacción familiar en los adolescentes estudiados. Cuadro de respuestas.

Al analizar los ítems del cuestionario APGAR familiar, del total de los encuestados, al analizarlos por ítems, los adolescentes que presentaron una familia Normofuncional. Respuesta (Casi siempre).

| | |
|--|--------|
| ¿Siente que su familia le quiere? | 60.9% |
| ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | 48.7% |
| ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? | 46.1% |
| ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | 41.7%; |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | 37.4%; |

Al analizar los ítems del cuestionario APGAR familiar, del total de los encuestados, al analizarlos por ítems, los adolescentes que presentaron una familia disfuncional severa.
Respuesta (Casi nunca)

| | |
|--|-------|
| ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | 28.7% |
| ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | 26.1% |
| ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? | 21.7% |
| ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | 12.2% |
| ¿Siente que su familia le quiere? | 7% |

4. DISCUSION

La población estudiada fue preferentemente del género masculino, sin embargo este dato diferente a los referidos por el Departamento de Estadística del Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana". Esto se debió a que durante este periodo se envió a la realización de certificados médicos a los adolescentes que no habían realizado dicho trámite como requisito de la Secretaría de Educación Pública. Su gran mayoría eran del género masculino.

La etapa en la cual se ubico el mayor porcentaje de población fue la adolescencia media. Los cuales cursaban la secundaria en primer término siguiendo el nivel medio superior y finalmente la primaria. Esto es debido a que la mayor proporción de estudiantes que acude a realización de examen médico son de nivel medio básico.

La familia de los adolescentes estuvo integrada por ambos padres. Siguiendo las familias uniparentales (madre sola). (INEGI 2005). En otro estudio la mayor cantidad de familias presentaba una estructura nuclear, para un 73,8 % de la muestra, seguida de las extensas 19,2 % y las ampliadas 7 %. Herrera Santí y Cols, 2002.

El ingreso familiar estuvo a cargo de ambos padres en más de la mitad de los casos. Por los bajos ingresos que tiene un solo integrante de familia lo cual obligado por la falta de poder adquisitivo que tiene un solo miembro de la familia, por el cual tienen que trabajar ambos padres. (INEGI 2005), Cubriendo jornadas laborales mixtas en más de la mitad de las familias de los adolescentes. Teniendo en cuenta la capacidad de cubrir dobles jornadas laborales, y en una menor frecuencia horario fijo (matutino). Lo que contribuye a la falta de supervisión y atención a los adolescentes. Rangel J. y Cols 2004, Menciona que es un factor predisponente para el desarrollo de conductas poco saludables en los adolescentes. Esto hace necesario el apoyo de los padres acuerdo con el grado de madurez, en la medida que requiere mayor calidad de tiempo para compartir, demostrar confianza, solidaridad y afecto.

Con respecto al grado de satisfacción familiar, en este estudio se reportó que más de la mitad, presentó una normofuncionalidad familiar de lo cual difiere de los diversos estudios evidencian porcentajes superiores al 69.6% con disfuncionalidad familiar la cual es percibidas por los adolescentes, mientras los adultos marcan un grado de funcionalidad del 71.4% que es referida por Ortega 2003. En un estudio realizado con adolescentes en una escuela de nivel medio superior en el Estado de México se reportaron que el 42.6% de familias funcionales, 57.4% de familias disfuncionales. (Jiménez y col. 2008).

Una cuarta parte de la población analizada, presenta depresión, resultados similares a los de la literatura donde se reporta una frecuencia de depresión 25.9% reportada por Colino y col, en estudio descriptivo realizado en dos Centros de Salud en España; Lewinsohn, en un estudio longitudinal realizado con estudiantes de Oregón, encontraron una tasa del 24%. Las cifras de prevalencia en México presentan un patrón más elevado de acuerdo al grupo atareo evaluado, por ejemplo, en niños en etapa escolar ha sido reportada hasta en 36%. Caraveo-Anduaga J 1999.

Los adolescentes que presentaron depresión, la mayor frecuencia fue en los hombres con más de la mitad de los casos. Asociados a las formas leves. Las formas moderada, severa de depresión se encontraron mayor frecuencia de mujeres. Fleming J, y cols⁶². Kessler RC, y cols. Reportaron que la prevalencia de depresión es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1. La depresión está presente en los adolescentes en un 5 %. A partir de los 14 años este trastorno

se hace más frecuente en las mujeres (2:1). Frecuentemente coexiste con otras patologías depresivas, trastornos de ansiedad, uso de sustancias, trastornos de conducta y déficit de atención.

La mayor frecuencia de depresión y grados moderados, severos, se encontró relacionado con la presencia de familias uniparentales (madre sola). Datos similares reportados a Rangel J. y Cols 2004.

Los datos obtenidos en base a los ítems, del APGAR familiar, los casos en que se presento disfunción familiar, los problemas de comunicación entre los integrantes de la familia, la toma de decisiones en casa y el tiempo que conviven en familia. Con estos datos se pudo determinar que un 19.4% de los adolescentes perciben que sus familias no cubre sus necesidades y lo cual ocasiona una casi nula satisfacción familiar.

Por lo datos anteriores se puede establecer un perfil del adolescente con depresión: sexo masculino, cursan la educación media, pertenece a una familia uniparental, el padre o madre trabaja en horarios laborales mixtos, ingreso familiar bajo, un grado de insatisfacción familiar severo.

5.-CONCLUSIONES

La depresión en adolescentes es frecuente en atención primaria, y no suele ser identificada. La razón se puede atribuir al tipo de depresión. Tendencia del personal de salud, a pensar solo en una crisis normal de la adolescencia y centrar su atención en la queja sin ampliar el espectro clínico, o incluso porque el adolescente apenas expresa sus problemas emocionales, lo que contribuye para que la depresión pase con frecuencia sin ser diagnosticada.

Las características de la familia y la satisfacción familiar en adolescentes nos ponen de manifiesto la necesidad de que exista una mayor comunicación de los problemas entre padres e hijos. Por lo cual se sugiere la realización de talleres de padres con personal especializado, donde se pueda plantear la problemática específica que conlleva la adolescencia y de esta manera actuar de manera conjunta con las familias y el Centro de Salud.

El instrumento empleado para detectar depresión es un instrumento de fácil aplicación, los resultados se pueden interpretar de una manera rápida, sencilla y valorar diferentes datos sugestivos de depresión. Por lo cual su utilización en la consulta del primer nivel de atención resulta necesaria para que de esta forma los adolescentes detectados sean derivados a servicios de salud mental y sus familias. a los servicios de salud de la red y sus familias.

Es necesaria la coordinación interinstitucional del Centro de Salud y Secretaria de Educación Pública (SEP), para asistir a las escuelas, para brindar platicas, con medios visuales, impresos, etc. Aplicación de cuestionarios para la detección temprana de depresión, y otros problemas que pueden ser detectados de manera temprana como adicciones, violencia etc.

El objetivo de este estudio se cumplió, Se identifico la frecuencia de presentación de depresión y la insatisfacción familiar en los adolescentes estudiados. Sin embargo por el tipo de estudio. Por ser un estudio de tipo transversal y con una muestra no representativa los resultados no se pueden generalizar, es necesaria la realización de otros estudios considerando poblaciones más representativas. No se puede afirmar que el tipo de familia llevara al adolescente a la depresión o la depresión del adolescente influyo en la insatisfacción familiar ya que no se identifico una relación causal.

Los adolescentes que presentaron depresión en la presente investigación, se realizo el enlace con los padres o tutores para la derivación a los servicios pertinentes para iniciar manejo y cita posterior al Centro de Salud para su seguimiento, que es una de las funciones básicas del médico de familia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fuentes, B. (1989). Conocimiento y Formación del Adolescente. México: Cía. Editorial Continental, S. A. de C.V.
2. American Psychiatric Association (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R). Barcelona: Masson.
3. Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
4. Joaquim Calaf Alsina. Fisiología de la adolescencia. Manual del adolescente. España. 2004. Págs. 85-101.
5. Ojeda SR. Pubertad normal. En: Pombo M, editor. Tratado de Endocrinología Pediátrica. 3ra ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2002. p. 669-80.
6. Yturriaga Matarranz R, Ros Pérez P, Mustieles Moreno C. Adelanto puberal. Actualizaciones en Endocrinología: La Pubertad. Madrid: Díaz de Santos; 1994. p. 47-64.
7. Lidia Castro-Feijóo, Manuel Pombo Pubertad precoz. An Pediatr Contin. 2006;4(2):79-87 79.
8. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969;44:291-303.
9. Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys. Arch Dis Child. 1970;45:13-23.
10. Aberastury, A. La adolescencia normal. Buenos Aires: 1977. Paidós. Pags. 18-39.
11. Aguirre, A. (1998). Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfaomega.
12. Caplan, G. (1973). Psicología Social de la Adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
13. http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.html/OMS
14. Rosa Ros Rahola. Teresa Morandi Garde. La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. Págs. 27-86.
15. Martínez y Martínez.
16. Neinstein LS. en Neinstein LS. Desarrollo psicosocial en los adolescentes normales: Adolescent Health Care. A Practical Guide. Third Edition. Williams and Wilkins, Baltimore (USA), 1993.
17. Brent D, Birmaher B. Adolescent Depression. The New England Journal of Medicine. Vol 347:667-671
18. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Programa de Educación en Salud Mental de la Federación Mundial de Salud Mental. 2003.
19. Censo de población y vivienda 2005. INEGI.
20. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=10398&s=est>
21. Corina Benjet, Dra en Psicol, Guilherme Borges, La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *salud pública de México / vol.46, no.5, septiembre-octubre de 2004*
22. Murray C, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997;349:1498-1504.
23. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al*. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental ,2003;26:1-16.
24. Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D *et al*. Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. J Affect Disord 1997; 42:9-22.
25. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México, DF: INEGI; 2002.

26. Rafael Leyva-Jiménez, Ana María Hernández-Juárez, Gabriela. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. Medigraphic Artemisa, 15 de agosto 2006.
27. Zuleima Cogollo, Edna Gómez. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 38 / No. 4 / 2009.
28. Murray C. López A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: Global Burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1498-1504.
29. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex 2004;46(5):417-423.
30. Franko D, Striegel-Moore R, Bean J, Tamer R, Kraemer H, Dohm F, *et al*. Psychosocial and health consequences of adolescent depression in black and white young adult women. Health Psychol 2005;24(6):586-593
31. Marmorstein N, Iacono W. Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning and risk for future psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(2):225-233.
32. Catalina González-Forteza, col. Aplicación de la escala de depresión del center of epidemiological studies en adolescentes de la ciudad de México. Salud Pública de México, vol 50, N° 4, julio-agosto 2008. Pags. 292-299.
33. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.
34. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
35. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
36. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11.
37. Censo de población y vivienda 2005. INEGI.
38. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=10398&s=est>.
39. Irigoyen Coria. Fundamentos de medicina familiar.. 5ta edición. 1998. Editorial. Medicina Familiar Mexicana. Págs. 25 -32.
40. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS
41. Dirección General de Salud Reproductiva .Secretaría de Salud México. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes.
42. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex. 199 p . México DF SSR. 1994. 34-41.
43. Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo: Identificación y orientación psicológica. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
44. Jesús Alberto Sudupe, Oscar Taboada. Depresión. Guías clínicas 2006, 6(11) España.
45. Rafael Leyva-Jiménez, Ana María Hernández-Juárez, *Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar* Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (3): 225-232
46. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.
47. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guías de práctica clínica en el SNS ministerio de sanidad y consumo edición: año 2008: entidades autoras de la GPC.
48. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, avalia-t 2007/09.

49. Diccionario de la real academia de la lengua española. 2009. Versión electrónica.
50. Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). "La estandarización del inventario de Depresión de Beck Para los residentes de la ciudad de México". *Salud mental* 21 3, pp.26-31.
51. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Edita: ministerio de ciencia e innovación. 07/2009.
52. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual 2nd ed. San Antonio, Texas: Harcourt. 1996.
53. Depresión en el Adolescente Dr. Enrique Chávez- León, Coordinador de Psicología Clínica. Universidad Anáhuac México Norte.
54. Herrera Santi P.M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 13 (6): 591-595
55. Huerta Martínez N. Valadés Rivas B. Sánchez Escobar L. (2001). Frecuencia de disfunción familiar en una clínica del ISSSTE en la ciudad de México. *ArchMedFam*; 3 (4): 95-98
56. Rangel J. L. Valerio L. Patiño J. García M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev. Fac. Med. UNAM*; 47 (1) 24-27
57. Martínez Calvo S. (2001) La familia: una aproximación desde la salud. *Rev Cub Med Gen Integr*; 17 (3):
58. Ortega Alvelay A. Fernández Vidal A. Osorio Pagola M. (2003). Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr*; 19 (4)
59. Hernández C. Angela. Y cols. (1996). Familia y adolescencia: indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos. W.K.Kellogg Foundation. OPS. OMS. Washington, D.C., E.U.A.
60. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964. Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000.
61. Ley General de Salud. Actualizada Diciembre 2007.
62. Ortega Alvelay A. Fernández Vidal A. Osorio Pagola M. (2003). Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos generacionales y signos de alarma. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr*; 19 (4).
63. Fleming J, Offord DR. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 1990;29:571-80.
64. Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the national comorbidity survey: II. Cohort effects. *J Affective Disorders*. 1994; 30:15-26.
65. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999;22:7-17.
66. Sistema Nacional de vigilancia Epidemiológica. N 39, Vol. 18. Semana 39. 2001.

7. ANEXOS.

Anexo 1

Carta de consentimiento informado

México D.F a _____ del _____ 2010.

A quien Corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio "Depresión y disfuncionalidad familiar valorado por APGAR familiar, en la población adolescente que acude al Centro de Salud. Dr. José Castro Villagrana". Que se realiza en el centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, de la secretaría de salud. Cuyos objetivos son determinar la prevalencia de la depresión, adicciones, la adaptabilidad y cohesión familiar en la población adolescente que acude a esta institución.

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr los objetivos de mi investigación es la aplicación de cuestionarios sobre depresión (BECK) y APGAR familiar. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento en el que así yo lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios en mi participación en este estudio.

Así mismo, cualquier trastorno relacionado con esta investigación podre consultarlo con el Jefe de Enseñanza e Investigación de la unidad de atención: Dra. Consuelo González Salinas y con el investigador responsable. Dr. Saavedra Andrade Raúl, con domicilio en Tlahuicas Mz. 1 Lote 35 Depto. 301. U CTM 5 Culhuacan. México DF. Tel: 5608.69.28. El Jefe de Enseñanza e investigación comunicara el evento a la dirección de Educación e Investigación de la SSDF, en donde se decidirá la necesidad de convocar al investigador principal y al cuerpo colegiado competente para su resolución.

| | | |
|--|-----------|--------|
| Nombre | | Firma. |
| En caso necesario, Datos del padre o tutor | | |
| Domicilio: | Teléfono: | |

| | | |
|------------|-----------|--------|
| Nombre | | Firma. |
| | | |
| Domicilio: | Teléfono: | |

| | | |
|------------|-----------|--------|
| Nombre | | Firma. |
| | | |
| Domicilio: | Teléfono: | |

c. c. p. Paciente o familiar.

c. c. p. Investigador (conservar en el expediente de la investigación)

Favor de llenar los siguientes datos:

1. Edad: _____ años.
2. Sexo: a) Masculino b) Femenino.
3. Escolaridad: 1. Analfabeta. 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. C. técnica
4. Quienes forman tu familia: a) Padre y madre, b) Madre sola. c) Padre solo d) abuelos e) Hermanos d) otros Especificar: _____
5. Quien contribuye al ingreso de tu casa: a) Padre b) Madre c) ambos d) otros Especificar: _____
6. Que horario de trabajo tienen: a) Mañana b) Tarde c) Noche d) Mixto.

Questionario Apgar familiar

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

| | Casi nunca | A veces | Casi siempre |
|---|------------|---------|--------------|
| 1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? | 0 | 1 | 2 |
| 2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? | 0 | 1 | 2 |
| 3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? | 0 | 1 | 2 |
| 4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos? | 0 | 1 | 2 |
| 5. ¿Siente que su familia le quiere? | 0 | 1 | 2 |
| Puntuación Total | | | |

Cuestionario depresión de BECK

Por favor. Conteste una sola respuesta a cada aseveración, colocando una "X" en el espacio que corresponda a cada respuesta.

| | |
|--|--|
| 1) Estado de animo <ol style="list-style-type: none">1. No me siento triste.2. Me siento triste.3. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.4. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo. | 2) Pesimismo <ol style="list-style-type: none">1. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.2. Me siento desanimado con respecto al futuro.3. Siento que no puedo esperar nada del futuro.4. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar. |
| 3) Sentimientos de fracaso <ol style="list-style-type: none">1. No me siento fracasado.2. Siento que he fracasado más que la persona normal.3. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.4. Siento que como persona soy un fracaso completo. | 4) Insatisfacción <ol style="list-style-type: none">1. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.2. No disfruto de las cosas como solía hacerlo3. Ya nada me satisface realmente.4. Todo me aburre o me desagrada. |
| 5) Sentimientos de Culpa <ol style="list-style-type: none">1. No siento ninguna culpa particular2. Me siento culpable buena parte del tiempo.3. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo4. Me siento culpable todo el tiempo.5. | 6) Sentimientos de Castigo. <ol style="list-style-type: none">1. No siento que esté siendo castigado.2. Siento que puedo estar siendo castigado.3. Espero ser castigado.4. Siento que estoy siendo castigado. |
| 7) Odio a si mismo. <ol style="list-style-type: none">1. No me siento decepcionado en mí mismo2. Estoy decepcionado conmigo.3. Estoy harto de mi mismo4. Me odio a mi mismo. | 8) Autoacusación. <ol style="list-style-type: none">1. No me siento peor que otros.2. Me critico por mis debilidades o errores.3. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.4. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.5. |
| 9) Impulsos Suicidas. | 10) Periodos de llanto |

| | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. No tengo ninguna idea de matarme. 2. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. 3. Me gustaría matarme 4. Me mataría si tuviera la oportunidad. | <ol style="list-style-type: none"> 1. No lloro más de lo habitual. 2. Lloro más que antes. 3. Ahora lloro todo el tiempo 4. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera |
| <p>11) Irritabilidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me irrito más ahora que antes 2. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes. 3. Me siento irritado todo el tiempo 4. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme | <p>12) Aislamiento Social.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No he perdido interés en otras personas 2. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar 3. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás 4. He perdido todo interés en los demás |
| <p>13) Indecisión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tomo decisiones como siempre 2. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes 3. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones 4. Ya no puedo tomar ninguna decisión | <p>14) Imagen Corporal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No creo que me vea peor que antes. 2. Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a) 3. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo 4. . Creo que me veo horrible. |
| <p>15) Capacidad Laboral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo trabajar tan bien como antes 2. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo 3. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa. 4. No puedo hacer ningún tipo de trabajo | <p>16) Trastornos del sueño.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puedo dormir tan bien como antes 2. No duermo tan bien como antes 3. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir 4. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme |
| <p>17) Cansancio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No me canso más de lo habitual. 2. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme 3. Me canso al hacer cualquier cosa. 4. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa | <p>18) Pérdida del apetito</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi apetito no ha variado. 2. Mi apetito no es tan bueno como antes. 3. Mi apetito es mucho peor que antes. 4. Ya no tengo nada de apetito |
| <p>19) Pérdida de peso</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo | <p>20) Hipocondría.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 2. He perdido más de 2 kilos. 3. He perdido más de 4 kilo 4. He perdido más de 6 kilos | <ul style="list-style-type: none"> 2. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación 3. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa. 4. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más. |
| <p>21) Libido</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo 2. Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar. 3. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora 4. He perdido por completo mi interés por el sexo | |

En el momento de la aplicación serán retirados los apartados que describen la sintomatología de cada ítem.

Anexo 2

Cronograma de actividades.

| Actividad | Junio Agosto 2008 | Septiembre Noviembre 2008 | Diciembre Febrero 2008 2009 | Marzo Mayo 2009 | Junio Agosto 2009 | Septiembre Octubre 2009 | Enero Febrero 2010 | Marzo Abril 2010. | Mayo Junio Julio 2010 |
|----------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Elección | XX | | | | | | | | |
| Recopilación bibliográfica | XXX | XXX | XXX | | | | | | |
| Elaboración de protocolo | | XXX | XXX | XXX | XXX | XXX | XXX | XXX | |
| Registro de tesis | | | | | | | | | XXX |
| Estudio de campo | | | | | | | | | XXX |
| Análisis de resultados | | | | | | | | | XXX |
| Elaboración informe final | | | | | | | | | XXX |