



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 20

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE DEPRESION ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20**

T E S I S

PARA OBTENER TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GRACIELA HERNANDEZ RODRIGUEZ

ASESOR METODOLOGICO:

DR.MIGUEL NOGUEZ INIESTA

México D.F.2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
DEPRESION ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR No.20**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GRACIELA HERNANDEZ RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

DR VICTOR MANUEL AGUILAR

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

DELEGACION 1 NORTE.IMSS

DR.HUMBERTO PEDRAZA MENDEZ

COORDINADOR DELEGACIONAL EN EDUCACION EN SALUD

DELEGACION 1 NORTE

DRA.PERLA DIANA ARZATE PUERTAS

COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

UMF 41.

DR.JAVIER LOPEZ VILLASANA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

UMF41.

México D.F., 2012

**PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION
ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GRACIELA HERNANDEZ RODRIGUEZ

AUTORIZACIONES

DR.FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR.FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

DR.ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.

México, D.F., 2012

AGRADECIMIENTOS

A DIOS. Por otorgarme el privilegio de la vida y por ponerme tantas pruebas que me han hecho más fuerte cada día de mi vida.

A MI MADRE. Que aunque físicamente ya no esta se que en cada momento está a mi lado guiando mi camino y porque gracias a ella estoy en este mundo.

A MI PADRE. Que siempre con sus consejos y su ejemplo de vida está a mi lado y por ser mi mayor ejemplo de nobleza, humildad y amor.

A MI HIJO RICARDO. Que siempre ha estado en los momentos difíciles a mi lado por ser el motor de mi vida, mi razón de ser el amor más grande y por aceptar los momentos difíciles siempre con una sonrisa que es lo que me motiva a ser mejor cada día. Hijo TE AMO.

A MI HIJO MAURICIO. Por ser esa chispa que me motiva a seguir adelante por su comprensión, apoyo, por estar siempre a mi lado por ser el motor de mi vida, mi razón de ser, el amor más grande gracias por tu amor y lealtad. Hijo TE AMO.

A OLIVER. Por ser mi compañero con el cual comparto mi vida por soportar mi mal humor, mis arranques, mis alegrías y con el cual comparto todas mis ilusiones, gracias nene por creer en mí y por estar a pesar de todo a mi lado en este camino que no ha sido fácil. Gracias por todo el amor y comprensión.

A MI ABUELA. Que aunque ya no está físicamente fue el punto clave para que yo estuviera en este camino.

A MI ABUELO. Que ha sido un gran ejemplo de responsabilidad amor, apoyo, confianza y esperanza en todo mi camino y por creer siempre en todo lo que hago.

A LULU. Por ser mi madre por creer en mí por apoyarme en todos los momento difíciles de mi vida, por creer siempre en mi por su cariño, amor, lealtad, simplemente por ser como eres gracias.

A MI HERMANO DANIEL. Por su comprensión por escucharme por estar siempre en los momentos difíciles porque sé que siempre estarás cuando te necesite. Te quiero.

A MI HERMANO GERARDO. Por su cariño, lealtad amor, confianza, por el gran ejemplo de nobleza que inspira en mi, simplemente por creer en mi Te quiero.

A MI HERMANA TERESA. Por ser un ejemplo de fortaleza, por mostrarme que a pesar de cualquier adversidad tenemos que seguir adelante, por su confianza, amor y por estar siempre a mi lado y sobre todo por creer en mí y ayudarme en mi proyecto te quiero hermanita.

A MARIANITA. Por ser mi hermanita por ser tan amorosa comprensiva humilde por apoyarme en cada momento de mi vida y por ser mi pediatra favorita Te quiero ranita.

A LUISMI. Por ser autentico por ser un ejemplo de que todo se puede lograr en esta vida por apoyarme en todo momento Te quiero.

A MI PROFESOR DR. MIGUEL. Por aceptar ser mi tutor mi guía en este proyecto por hacer posible que esto se llevara a cabo por su comprensión y paciencia mil gracias profe.

A cada uno de mis compañeros de la especialidad Aurora, Guillermo, Juan, Josué y Blanca con los cuales comparto este sueño y que gracias a ellos con sus conocimientos, cariño, amistad y comprensión fue posible Mil gracias amigos

INDICE

Resumen estructurado	8
Marco teórico.....	9
Justificación.....	21
Planteamiento del problema.....	22
Objetivos	23
Generales.....	23
Específico.....	23
Hipótesis	24
Sujeto, material y métodos.....	25
Lugar donde se realiza el estudio.....	25
Diseño	25
Tipo de estudio	25
Grupo de estudio	25
Tamaño de la muestra	25
Variables	27
Descripción de población	27
Descripción general del estudio	29
Criterios de inclusión, exclusión	29
Criterios de eliminación	30
Factibilidad y aspectos éticos.....	31

Recursos humanos, físicos y financieros	32
Cronograma	33
Resultados	34
Discusión.....	41
Conclusiones.....	45
Sugerencias.....	46
Referencias bibliográficas	47
Anexos	49

Resumen.

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20

1. Dr. Miguel Noguez Iniesta, 2. Dra. Graciela Hernández Rodríguez.

1. Investigador principal. 2. Alumno de Tercer año de Medicina Familiar Unidad de Medicina Familiar N. 41 Colector

Introducción: La influencia de la funcionalidad familiar es vital en el desarrollo social, emocional y físico en los seres humanos sin distinción de edad y sexo, si esto se modifica cada uno de los miembros de un núcleo familiar puede desarrollar depresión. **Objetivo:** Determinar la prevalencia entre disfunción familiar y depresión en pacientes en primer nivel de atención. **Sujetos, material y métodos:** Estudio transversal descriptivo, prospectivo, muestra no aleatoria de casos consecutivos de 256 pacientes de ambos sexos con depresión. Se utilizó la clasificación FACES III para la disfunción familiar y escala de Zung para depresión. Análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y nivel de confianza de 95%, $p=0.05$. **Resultados:** Se encontró una prevalencia de disfunción familiar del 69.5% en pacientes con depresión atendidos en el primer nivel de atención de la UMF No. 20. El sexo más frecuente fue femenino (73.43%), la edad mayor de 65 años (25%), ocupación el hogar (42.96%), estado civil casados (61.71%), predominó la depresión leve (68%), moderada (29%) y severa (3%). **Conclusión:** Se concluye que la prevalencia de disfunción familiar es alta en pacientes con depresión.

Palabras clave: Depresión, Disfunción familiar.

MARCO TEORICO

La familia es el nombre de una institución tan antigua como la especie humana ,es la estructura social básica que a pesar de su constante transformación ha persistido a través del tiempo de la humanidad, quizás con diferente estructura, dinámica y funcionalidad, pero sigue siendo familia; es una entidad paradójica evasiva que asuma muchas apariencias, pero sin embargo es la misma en todas partes y en todos los tiempos, a pesar de que nunca a permanecido igual; su transformación constante es el resultado del incesante proceso de evolución de la humanidad, ya que su forma se amolda a las condiciones de vida que dominan en el lugar y el tiempo dado; es la unidad básica de desarrollo y experiencia ,de realización y fracaso, de aprendizaje y des aprendizaje, es el laboratorio social por excelencia y es la unidad básica de la salud y de la enfermedad, ninguno de nosotros vive solo y aquellos que tratan de hacerlo están destinados a desintegrarse como seres humanos.¹

La familia es la unidad de apoyo más importante cuando es necesario el cuidado de alguno de sus miembros, ya que este y la preocupación surgen de los compromisos sólidos basados en valores culturales, con un sentido de solidaridad familiar y conciencia de grupo que busca el bienestar de sus integrantes.

El concepto de familia ha ido cambiando así como también han cambiado las actitudes y valores, al imponerse nuevos estilos de vida.²

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. Es frecuente que nosotros (e incluso los médicos) demos poco valor al papel que el entorno familiar juega en el proceso de la salud enfermedad recordemos algunas de las influencias de la familia sobre la salud:

1. La familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud.
2. Las depresiones o tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa pueden repercutir en la salud de sus miembros.

3. La familia y sus miembros pueden sufrir el déficit y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo, aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas.

4. Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo sobre todo emocional para el adecuado tratamiento de la enfermedad cualquiera que esta sea incluyendo las enfermedades mencionadas en los últimos tiempos como trastornos emocionales dentro de los cuales se encuentra la depresión.³

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la estructura de las familias en México integra de forma práctica cuatro tipos de familia.

Las familias compuestas por la pareja con sus hijos a la cual se le denominan familia completa.

Las familiar formadas por el jefe con sus hijos a la cual se le llama monoparental.

Las familias constituidas por la pareja sin hijos.

Las familias formadas por el jefe y otros parientes denominados consanguíneos.

Los resultados en general de diversos estudios han concluidos que en México 3 de cada 4 familias son completas, siendo esta la forma predominante de las mismas en nuestro país, teniendo ya como riesgo disfunciones familiares, las cuales van en aumento debido al estilo de vida en los últimos años.^{4,5}

El buen o el mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad de una familia a adaptarse y superar cada una de las etapas del ciclo vital familiar y de las crisis que estas atraviesan.⁶

En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad.⁷

Las personas con síntomas depresivos tienen alteración en cualquiera de las 3 esferas del equilibrio biopsicosocial y al parecer mayor susceptibilidad para las

enfermedades y la pérdida de las capacidades físicas, lo cual se sustenta en diversos cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos.⁸

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio.⁹ Se ha mencionado la depresión como el trastorno afectivo que más frecuentemente se presenta en la población adulta y, por su magnitud, como un problema de salud pública. En la unidad de medicina familiar No. 20 al año se imparten alrededor de 500 consultas con diagnóstico de depresión siendo un número importante en la consulta del médico familiar aunque hacer mención que un gran número de pacientes mas padecen la enfermedad y no se diagnostica adecuadamente. Su prevalencia en forma de depresión mayor varia de 5% a 10% en población ambulatoria hasta 24% a40% en población hospitalizada, mientras que los síntomas depresivos suelen presentarse en 15% de ese grupo etáreo, con predominio en el sexo femenino, Se ha señalado una incidencia nueva por año del 13%. En la población adulta la etiología psicosocial tiene un papel predominante sobre las causas biológicas y genéticas, Los síntomas cognoscitivos suelen ser los más utilizados para identificar la depresión¹⁰

Los trastornos depresivos se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maniaco, mixto e hipomaniaco y su vez se dividen en 3 categorías que son: trastorno depresivo mayor trastorno distimico y trastorno depresivo no especificado. La característica esencial de este trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maniacos, mixtos o hipomaniacos.

El trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distimico.

El trastorno distimico se caracteriza esencialmente por un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente durante la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años.

El trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distimico. Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y

entorpece su evolución. La depresión es difícil de diagnosticar ya que tiende a confundirse con otros padecimientos.

Algunos autores mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres; otros la describen como un grave problema de salud pública”. Se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral. De la Gándara Magill y Moreno refieren que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar.

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares —así como su oportuna intervención— son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención. La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social.

Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante y finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo Neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.

Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad para los criterios exigidos en el diagnóstico.

Estos pacientes suelen presentar una serie de quejas somáticas con cuadros mixtos ansioso-depresivos, o con aquellas manifestaciones descritas como depresión enmascarada. El espectro de la depresión en medicina familiar difiere de lo encontrado en psiquiatría. En la primera se observa una proporción mayor de pacientes con depresión leve y es menor el número de casos con manifestaciones clásicas, por esa causa el médico familiar que haya recibido una formación

psiquiátrica puede tener dificultad para adaptar los criterios diagnósticos a la medicina generalista.

Ciurana menciona que aproximadamente 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria y que en los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento.

En cuanto al género se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón. La distribución de la depresión según el sexo ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque exactamente no se sabe la causa, probablemente se debe a una combinación de diferencias relacionadas con el género, estilo cognitivo, ciertos factores biológicos y a una alta incidencia de estrés psicosocial en la mujer. Es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más la depresión en ellas que en los varones. DosSantos¹⁶ refiere que la depresión también es frecuente en la adolescencia (25.5%), pero pasa muchas veces desapercibida sin recibir atención médica debido a que se encuentra frecuentemente asociada al abuso de alcohol y drogas, a trastornos alimenticios o conductas de riesgo, promiscuidad sexual, conductas delictivas e incremento de agresividad, lo que tiene un alto costo social por las repercusiones comunitarias.

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. Dio refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresiones su propio rol; la feminidad misma —tal como está concebida en nuestra cultura— sería el factor de mayor riesgo para la depresión. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de feminidad, formas de ser mujer que la condiciona a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.

El diagnóstico en la literatura actual sugiere que el médico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, permaneciendo subdiagnosticados entre un tercio y la mitad de los mismos. Se explica esta evidencia con base en las características de los pacientes, del médico familiar y de la infraestructura o disponibilidad de medios en el área de la salud.

En cuanto a las pacientes, Illescas menciona que se dificulta el diagnóstico por la pluri patología por la que consultan, que engloba múltiples síntomas somáticos

que también se incluyen en los criterios diagnósticos de la depresión; son pacientes que consultan por síntomas físicos y no mencionan los síntomas psicológicos.

Quieren evitar así que las somatizaciones percibidas como una amenaza a su integridad sean consideradas como producto de su imaginación; se niegan a admitir la posibilidad de depresión e incluso ocultan los síntomas depresivos por temor a ser catalogados como “enfermos mentales” o “débiles de carácter”. Cuando los pacientes son adolescentes no se diagnostica la depresión porque generalmente es leve y focalizada en aspectos específicos de la adolescencia; además de la resistencia del joven a hablar de sus problemas emocionales y su renuencia a consultar a los profesionales de la salud.

En cuanto a los médicos, Kavan menciona que no suelen reconocer la depresión debido a su formación que enfatiza los aspectos biológicos en detrimento de los psicológicos.

También por no considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial; o por falta de conocimientos sobre el tratamiento de la misma; y cuando llegan a reconocer los síntomas depresivos éstos son leves y de mayor tiempo de evolución y difícilmente pueden catalogarlos dentro de los criterios diagnósticos de depresión. Institucionalmente puede mencionarse escasez de tiempo, elevado número de consultas, rechazo social a este tipo de pacientes y por no contar con los medicamentos adecuados para tratar este padecimiento.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas.

Los pacientes que son subdiagnosticados con mayor frecuencia son las mujeres, las viudas, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta con mayor frecuencia.

Para tratar adecuadamente este importante problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos, la depresión puede tratarse con farmacoterapia, psicoterapia y una combinación de ambas. La medicación antidepressiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que debe complementarse con otras estrategias como la terapia interpersonal y la terapia

cognitiva conductual, que ayudan a resolver conflictos interpersonales y conflictos psicosociales.

Para que el tratamiento tenga éxito el paciente y su familia deben participar activamente en el mismo. El médico debe establecer con ellos una relación de apoyo que le permita proporcionar información que les ayude a comprender la naturaleza del padecimiento, proporcionando una retroalimentación continua con relación al tratamiento y pronóstico. Se debe orientar al paciente y a sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras.

Existen alternativas de tratamiento que se utilizan con bastante éxito, técnicas terapéuticas conductuales como: desarrollar la habilidad para resolver problemas, la relajación, meditación y respiración; que pueden ser proporcionadas como material de auto-ayuda y podrían formar parte del apoyo psicosocial que los médicos familiares proporcionen en un programa terapéutico contra la depresión.

Los médicos deben averiguar qué problemas tienen sus pacientes y deben ayudarlos a encontrar soluciones viables.

Cuando esto no es así se puede recurrir a algunas técnicas de terapia cognitiva conductual para contrarrestar el pensamiento negativo automático.

Existen evidencias sobre la elevada prevalencia de la depresión en atención primaria, sin embargo más de la mitad de los afectados no son detectados; ello puede deberse a causas relacionadas con la formación y motivación de los médicos, a características de los pacientes, o a la infraestructura o disponibilidad en el sistema de salud.

Los cuadros de depresión que con mayor frecuencia se presentan en atención primaria son leves, de larga duración, a veces difíciles de diagnosticar por encontrarse enmascarados por síntomas somáticos. Existe consenso acerca de la naturaleza reactiva de la mayoría de los cuadros de depresión, frecuentemente son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces relacionados con etapas de transición en la vida de las personas, así como a alteraciones en las redes sociales, aislamiento, pobreza y desorganización social. El médico familiar no debe olvidar que estos enfermos presentan riesgo de suicidio por lo que en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta, deficiente control terapéutico o complicaciones médica o psicológicas, debería solicitar ayuda al psiquiatra, aunque conviene tener en cuenta que incluso en estos casos el seguimiento del caso por el médico familiar suele ser necesario y además muy bien acogido y aceptado por el paciente y la familia.¹¹

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad psiquiátrica asociada a síntomas emocionales, vegetativos y físicos, entre los que se encuentran los de naturaleza dolorosa que se sobreponen. El TDM se asocia a una alta prevalencia y a una importante carga en términos humanos y económicos, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda causa de discapacidad hacia el año 2020. No obstante la alta prevalencia del TDM, se especula que esta enfermedad es subdiagnosticada, ya que su reconocimiento puede dificultarse debido a la alta frecuencia de síntomas físicos asociados, sobre todo de naturaleza dolorosa, mismos que pueden ser más evidentes que los síntomas emocionales subyacentes. Estudios actuales revelan que hasta el 76% de los pacientes con depresión reportan síntomas físicos dolorosos como cefalea, dolor abdominal, dolor lumbar y dolor sin localización precisa. Además, se ha demostrado que las molestias musculoesqueléticas inespecíficas, el dolor lumbar y el dolor precordial predicen la intensidad de la depresión. La probabilidad de enfermedad psiquiátrica se incrementa dramáticamente con el número de síntomas físicos, en tanto que la resolución de los síntomas físicos es un predictor importante de la remisión en el tratamiento del TDM. Los pacientes que alcanzan la remisión completa tienen menos probabilidades de recaer. La alta prevalencia de síntomas físicos dolorosos asociados a la depresión, se ha establecido en estudios clínicos durante la práctica de primer nivel de contacto, tanto en Estados Unidos como en Europa.¹²

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre.

Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión. En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva. Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos. En Cuba se identificó la depresión como uno de los principales indicadores de disfunción familiar. La disfunción familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos.

En otros países, la prevalencia de depresión es de 10 a 20 %. En el año 2003, la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México indicó 5.8 % (IC 95 % = 5.2 a 6.5) de prevalencia poblacional de síntomas depresivos en el sexo femenino. El objetivo de este estudio fué determinar la frecuencia de síntomas depresivos en la mujer de 20 a 59 años de edad que se atiende en una unidad de medicina familiar, explorar factores de riesgo y determinar la frecuencia con que el médico tratante identifica este diagnóstico.¹³

La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano al reportar que más del 55 % de 365,425 adolescentes con algún tipo de adicción pertenecían a familias con algún grado de disfunción familiar, de igual manera, Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez-Nava refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes con depresión.

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar y la función conyugal, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, como es el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja.

Olson desarrolló el modelo circunflejo por la necesidad de integrar los variados conceptos existentes en terapia familiar y estructurar un modelo de evaluación funcionamiento de la familia utilizando para ello los conceptos de cohesión y adaptación.⁸ La definición de cohesión en este modelo tiene dos componentes: los lazos emocionales que tienen los miembros de una familia entre sí y el grado de autonomía individual que un miembro experimenta en el sistema; la cohesión es la capacidad del sistema para tomar decisiones en grupo y darse soporte mutuamente. En cuanto a la adaptabilidad, se define ésta como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura en respuesta a determinadas circunstancias que provocan tensiones y por situaciones propias de su desarrollo.¹⁴

Su aplicación se considera útil para realizar un diagnóstico relacional, destacando áreas saludables (balanceadas) y problemáticas (desbalanceadas) en los sistemas que estudia.

Existen 4 niveles de flexibilidad identificándose familias rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas.

Las hipótesis señalan que las posiciones en los niveles centrales de flexibilidad (familias o parejas estructuradas o flexibles) conllevarán un funcionamiento familiar más saludable.

Por otra parte los niveles extremos (familias o parejas rígidas o caóticas) implicarían un funcionamiento más problemático

Por último, la comunicación es considerada como una dimensión facilitadora dado que, en sus niveles saludables, permitiría la movilidad del sistema en las dos dimensiones anteriores. Se define por las destrezas de comunicación del sistema, que involucra la capacidad de escucharse, de hablar, de tener respeto por las opiniones de los demás y de compartir los sentimientos.¹⁵

Para evaluar a las familias, los autores, apoyados en el Modelo Circunflejo, desarrollaron la escala de autorreporte FACES (Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) o Escalas de Evaluación de Cohesión y Flexibilidad Familiar) que proporciona la “perspectiva interna” del funcionamiento familiar, es decir, la que aportan cada uno de sus miembros al completar la escalas

Por otro lado el instrumento FACES III aplicado con éxito tanto en Europa como en México diseñado por el Olson y cuyas siglas en español significan *Escalas Evaluativas de Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, instrumento traducido al español en el 2001, validado y aplicado en 2006 *Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar* en México por el Gómez Clavelina e Irigoyen.¹⁶

El instrumento faces III evalúa el funcionamiento familiar de acuerdo a cohesión que valora familias no relacionadas con una amplitud de clase de 10-34, Semirelacionada con una amplitud de clase de 35-40 , relacionadas con amplitud de clase de 41-4 y aglutinadas con amplitud de clase de 46-50 y adaptabilidad que valora familias rígidas con amplitud de clase de 10-19, estructuradas con amplitud de clase de 20-24 , flexibles con amplitud de clase de 25-28 y caóticas con amplitud de clase de 29-50.

El subsistema conyugal se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada conyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido.

Uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Así mismo deben desarrollar límites que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas, por ejemplo, cuando hay hijos deben poseer un territorio psicosocial propio.¹⁷

Al médico familiar le resulta difícil diagnosticar si estos trastornos corresponden a un cuadro nosológico o si se encuentran ante manifestaciones de otro tipo de problemas y por lo tanto existe la posibilidad de no brindar una atención adecuada. Este escenario puede ocasionar: a) insatisfacción de los pacientes; b) no resolución del problema de salud; c) sobrecarga de consultas para el médico; d) gasto excesivo de recursos. Con este tipo de atención se pierde la oportunidad de investigar sobre otros factores desencadenantes que podrían conducir al origen del problema de salud, este hecho es importante tomar en cuenta, ya que como indica Good y Reger referidos por De la Revilla entre el 30 y 60 % de los motivos de consulta en atención primaria se deben a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis que repercuten en la funcionalidad familiar.

Existen motivos de consulta que escapan a patrones preestablecidos. En muchas de estas ocasiones subyace un trastorno de disfunción familiar, siendo esta situación la que trasciende a través de la entrevista clínica; en gran parte de los casos esta disfunción tiene su origen en el subsistema familiar.

Algunos autores coinciden, en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción familiar.¹⁸

La escala de depresión Auto-clasificatoria de Zung (SDS) es un instrumento de auto aplicación para el paciente que consiste en 20 ítems que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognoscitivos, conductuales y psicopsicológicos mas comunes de la depresión y utiliza la escala de Likert de 4 niveles para evaluar la presencia y seriedad de los síntomas depresivos durante la semana anterior.

La escala se clasifica utilizando una clave para obtener el resultado crudo de cada ítem y luego se suman los puntajes de los 20 ítems. La obtención de la máxima calificación en cada uno es un identificador grave. El puntaje posible va de 20 a

80. Se considera que un puntaje de 50 o más representa una depresión clínicamente importantes.

Al igual que el inventario de depresión de Beck. La escala de depresión Auto clasificatoria de Zung fallo en descartar la aflicción, trastornos orgánicos y psicosis. Sin embargo, su confiabilidad y validez es aceptable. Se considera que una disminución de 12 puntos, constituye una mejoría importante luego de 4 semanas de intervención. La mayoría de los pacientes pueden completar el SDS en 5 a 10 minutos, es aplicable en la consulta, se encuentra disponible en 30 idiomas, por lo que tiene amplia aplicación en distintos ámbitos culturales.¹⁹

JUSTIFICACION

La OMS, la rama sanitaria de las Naciones Unidas, calcula que alrededor del año 2020 la depresión será la segunda causa de muerte y de incapacidad a nivel mundial debido al conflictivo modo de vida actual.

A nivel mundial se estima una frecuencia de hasta del 25.5% de depresión en la población en general. Algunos autores coinciden en que los problemas existentes al interior de las parejas, son capaces de generar patología orgánica en alguno de sus miembros; esto les obliga a demandar atención de los servicios de salud, acudiendo a consulta del médico de familia para solicitar apoyo pero sin exponer, salvo en escasas ocasiones, los problemas que han afectado la interacción conyugal por lo cual no se establece un diagnóstico preciso siendo en un gran número mal diagnosticados los pacientes con depresión asociada a una disfunción conyugal o familiar en general.

En México es una entidad muy frecuente, que va en aumento, sin embargo, no se dispone aún de datos estadísticos precisos y se sigue viendo este trastorno como un problema leve y aún más mal diagnosticado. Se menciona un porcentaje aproximado entre el 12 y el 16% de la población en general.

En la unidad de medicina familiar número 20 existen aproximadamente 500 consultas en total de pacientes diagnosticados con depresión siendo de primera vez alrededor de 430 y 70 subsecuentes con lo cual se demuestra que los pacientes no muestran interés en el seguimiento o el médico no menciona la importancia del padecimiento a los mismos por lo que no acuden con periodicidad a consulta por tal padecimiento,

Dentro de la actividad del médico familia resta realizar el diagnóstico de salud del paciente y su familia, que le ayuda no solo a atender los problemas actuales sino a prevenir problemas posteriores que pudiesen suscitarse si no son atendidos a tiempo.

De los resultados que se obtengan quizá se puedan normar mejores criterios que ayuden al médico en el diagnóstico y el tratamiento de su padecimiento, facilitando de esta manera la práctica médica, mejorando la calidad de la atención reducir costos en cuanto a consulta y tratamiento de los mismos y lo más importantes que el médico familiar se vuelva competente para tratar tal padecimiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una de las enfermedades más comunes de este siglo, la cual tiene alta incidencia en disfunciones en los núcleos familiares con frecuencia se diagnostica erróneamente debido al desinterés del médico por este tipo de pacientes o al desconocimiento del padecimiento como tal, por lo cual son manejados de forma inadecuada generando problemas importantes de disfunción familiar por lo que nos hacemos la siguiente pregunta.

¿Cuál es la prevalencia de disfunción familiar en pacientes con depresión que atendidos en el primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro social?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia entre disfunción familiar en pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el primer nivel de atención en la Unidad de Medicina No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar a los pacientes con depresión en la Unidad de Medicina Familiar N. 20.

Identificar la funcionalidad familiar en los pacientes según su grado de cohesión y adaptabilidad (FACES III) en la Unidad de Medicina Familiar N.20.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Los pacientes que presentan depresión presentan también disfunción familiar.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO.

El estudio será transversal, prospectivo y descriptivo.

POBLACION. Pacientes derechohabientes atendidos en el primer nivel de atención.

LUGAR. Unidad de medicina familiar No.20 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación 1 norte del Distrito Federal.

TIEMPO DEL ESTUDIO. Se llevara a cabo del 01 de Octubre de 2010 al 28 de Febrero del 2012.

TIPO DE MUESTRA. No aleatorio por casos consecutivos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se estudiarán 256 pacientes con diagnóstico de depresión.
Una muestra de con un nivel de confianza de 95% y p de 0.05.

Descripción:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1-p)}{m^2}$$

n: Tamaño de la muestra requerido.

t: Nivel de confianza (valor estándar de 95%= 1.96).

p: Poder del estudio. (80%=0.8).

m: Significancia. (Valor estándar de 0.05 o 0.049)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.8 (1 - 0.8)}{(0.049)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.8 (0.2)}{0.002401}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.2}{0.002401}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.16}{0.002401}$$

$$n = \frac{0.614656}{0.002401}$$

$$n = 256$$

VARIABLES DE ESTUDIO

DISFUNCION FAMILIAR

Definición conceptual. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas y que son capaces de cumplir las tareas que le están encomendadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentren y en relación con las demandas que perciben desde su ambiente externo o entorno.

Definición operacional. Se medirá a través del FACES III

Al sumar las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se puede obtener la clasificación de la familia correspondiente en el esquema del modelo circunflejo como: Extremas, de los rangos medios y balanceadas.

Escala de medición. Cualitativa ordinal.

DEPRESION

Definición conceptual. Enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo físico neurovegetativas y otros componentes de tipo psíquico, además de un componente bioquímico cerebral importante que mejora con el tratamiento pertinente, lo que conlleva a dificultades interpersonales y de adaptabilidad al medio deteriorado considerablemente la vida laboral, familiar y social que si no es tratada a tiempo nos puede llevar a consecuencias tan graves como el suicidio.

Definición operacional. Se medirá a través de la escala de Zung que consta de 20 reactivos y de acuerdo a los resultados se calificara el grado de depresión

Escala de medición. Cualitativa ordinal.

EDAD.

Definición conceptual. Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional .Se determina en años cumplidos.

Escala de medición. Cuantitativa de razón.

SEXO.

Definición conceptual. Característica anatomofisiológica que diferencia a un hombre de una mujer.

Definición operacional. Masculino y femenino.

Escala de medición. Nominal.

ESTADO CIVIL.

Definición conceptual. Condición de un individuo en lo que tóca en sus relaciones con la sociedad.

Definición operacional. Soltero, casado, divorciado, unión libre y viudo.

Escala operacional. Cualitativa nominal.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizara en pacientes que acuden al primer nivel de atención a la unidad de medicina familiar No 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con diagnostico de depresión, con el previo consentimiento informado y autorización de los mismos y de las autoridades de tal institución, se aplicaran los instrumentos de FACES III y escala de Zung.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Se utilizaran dos escalas validadas y con una gran confiabilidad.

1.-El family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales FACES III para la evaluación de la dinámica familiar de los pacientes estudiados.

2.-Escala de Zung para evaluación del grado de depresión en los pacientes estudiados.

CRITERIOS DE INCLUSION

Familias con hijos mayores de 8 años de edad.

Ambos sexos

Disposición para participar en el estudio

Pacientes de todas las edades.

Pacientes diagnosticados con depresión.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no deseen participar en el estudio

Pacientes con discapacidad.

Paciente con patología crónico degenerativa agregada.

CRITERIOS DE ELIMINACION

No contestar los cuestionarios.

Presencia de respuestas incoherentes o incongruentes.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente estudio no comprometerá la integridad del paciente ni pondrá en riesgo la vida y no atenta contra los valores universales.

Respetar las normas de Helsinki de acuerdo a los artículos 13 Av, 14Av, y 23 Av de la ley general de salud.

Se emplearán dos escalas validadas y con gran confiabilidad, útiles en múltiples investigaciones, las cuáles no tienen riesgo alguno en la integridad física y mental, de la vida privada de los pacientes participantes en el estudio.

Se solicitará la autorización de las autoridades directivas en la unidad de medicina familiar número 20 por medio de un escrito dirigido al director de la unidad para la aplicación de los dos instrumentos de trabajo y participación de los pacientes.

Se utilizará carta de consentimiento informado tomando en cuenta la confidencialidad, participación voluntaria y capacidad de abandonar el estudio libremente si así lo desean.

En estudio cumple las normas del reglamento para la salud, México, publicada en el diario oficial de la federación el 7 de Febrero, en los siguientes artículos:

Título primero, capítulo único, artículo 3° y 7°.

Título sexto, capítulo único, artículos 113°, 114°, 115° y 116°.

De acuerdo con los reglamentos de investigación se clasifica como el riesgo 1 de la investigación, según a lo indicado en el título segundo, capítulo 1° artículo 17° de investigación documental retrospectiva, aquellos en los que se realiza alguna investigación o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se les identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta .

ANALISIS ESTADISTICO

Se realiza estadística descriptiva con medidas de tendencia central. Se utilizó RECURSOS

FISICOS.

Lápiz, goma, sacapuntas, cuestionarios, plumas, computadora, instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No 20.

HUMANOS.

Investigador, asesor especialista en medicina familiar, autoridades de la UMF No 20, pacientes atendidos en el primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar No.20

FINANCIEROS.

Aportados por el investigador

CRONOGRAMA: De Octubre 2010 a Enero de 2012.

PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20

	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul.	Ago.	Sep	Oct.	Nov	Dic.	Ene	Feb	Mar
Elección del tema	x																
Recopilación de datos (O.Harris & Garcia, 2005)		X	X														
Elaboración del marco teórico				X	X	X	x	x	x	x	x						
Presentación ante el comité local.												x					
Aplicación de encuestas													x	x	x		
Análisis de resultados																x	
Presentación del cartel																X	x

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

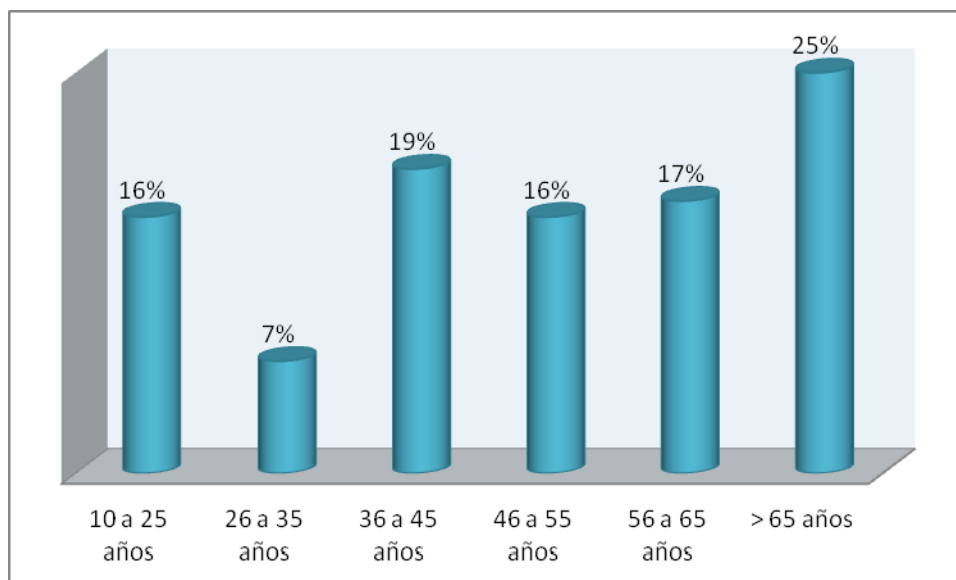
Se estudiaron a 256 pacientes con diagnóstico de depresión, atendidos en el primer nivel de atención, UMF 20, del IMSS, perteneciente a la delegación No 1 Noroeste del Distrito Federal, en el periodo comprendido de Octubre del 2010 a Febrero del año 2012.

A los pacientes se les aplicaron 2 instrumentos de evaluación: el test de Zung y el faces III operacionalizada con Olson. Previa autorización por medio de consentimiento informado (anexo).

De acuerdo a la edad el padecimiento se encontró con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años de edad teniendo un índice del 25% de todos los pacientes estudiados en segundo lugar pacientes de 36 a 45 años de edad ocupando el 19.53%, de 56 a 65 años de edad con un 17.18%, seguido de jóvenes de entre 16 a 25 años de edad con el 14.6%, en menor grado pacientes de 26 a 35 años de edad el 7.03% y solo 2 casos de pacientes con 12 años y 2 con 15 años de edad que ocuparon solo el 0.78% que se presentaron en menor proporción ya que fueron pocos los casos estudiados.

Gráfica 1. Frecuencia por edad en pacientes con diagnóstico de depresión.

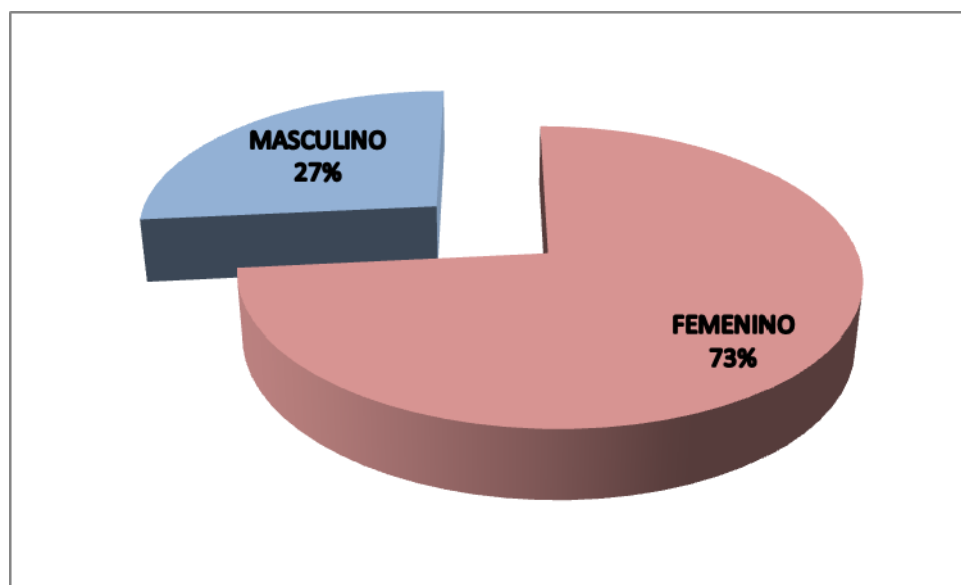
(N=264)



De acuerdo con el sexo donde más se presenta depresión es el femenino en un 73.43% y 26.5% en el masculino, encontrándose una mayor frecuencia en mujeres mayores de 65 años de edad y en hombres de 55 a 65 años de edad. De

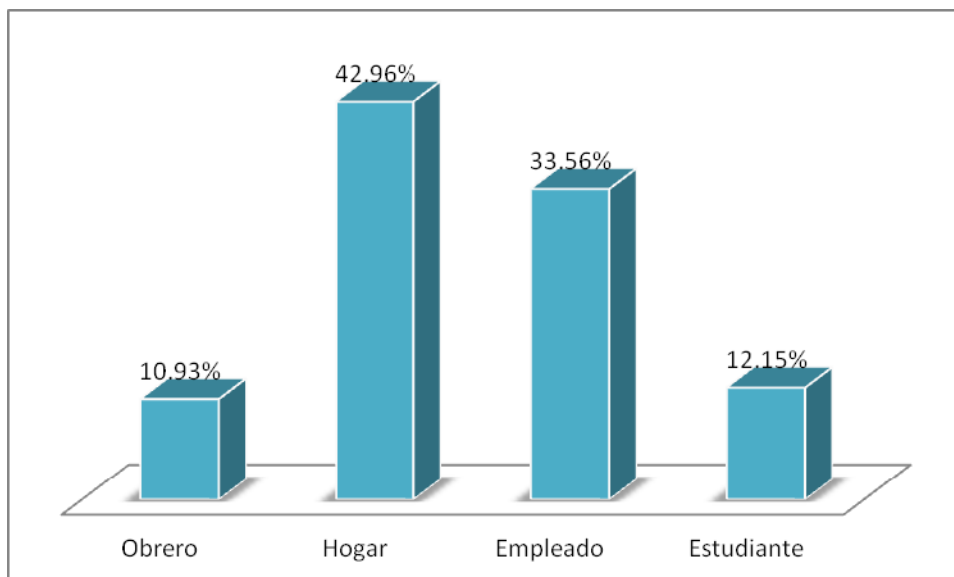
acuerdo con la literatura consultada el sexo donde existe mayor frecuencia de depresión es en el sexo femenino en el rango mencionado.

Grafica 2. Frecuencia de pacientes con diagnóstico de depresión de acuerdo con el sexo (N= 256).



Ocupación: Teniendo como resultado las siguientes categorías hogar, empleado, obrero y comerciante. La ocupación en donde más se presenta esta patología es en pacientes que se dedican al hogar en porcentaje del 42.96%, siendo el mayor grupo de riesgo. La ocupación de empleado se presentó en segundo orden de frecuencia con un porcentaje del 33.56%. En tercer lugar se presenta la patología en estudiantes abarcando un 12.55% y por último en obreros en donde solo se encontró un 10.93%.

Gráfica 3. Ocupación en pacientes con diagnóstico de depresión.



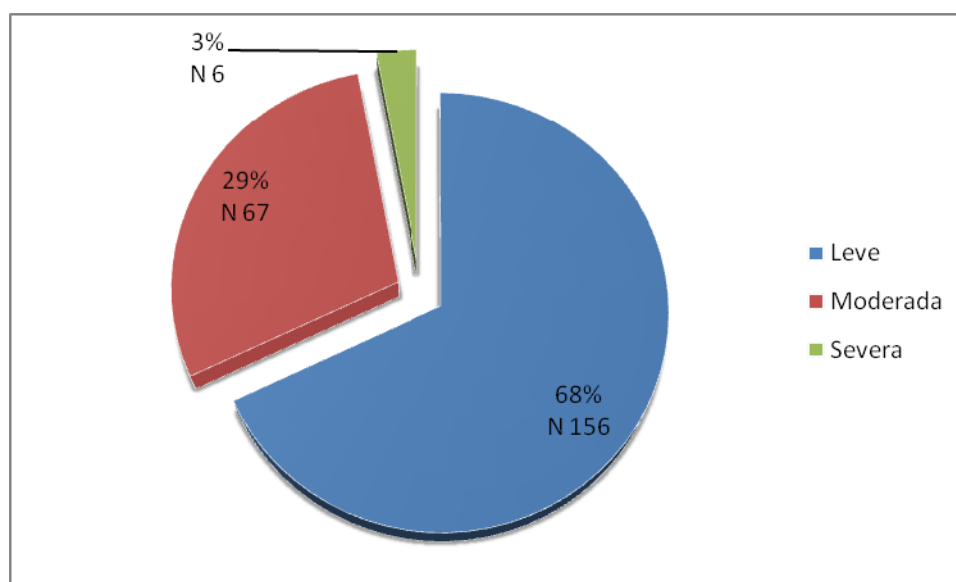
Estado civil: En orden de presentación se encontraron los siguientes resultados: Solteros, casados, divorciados y viudos. El estado civil en donde se encontró en mayor porcentaje fue en pacientes casados con un 61.71% seguido de los pacientes solteros en un 18.75% por la edad de presentación, posteriormente los divorciados en un 17.18% y por último los viudos con 2.24% (Tabla 1).

Tabla 1. Estado civil en pacientes con diagnóstico de depresión

EDAD	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	FRECUENCIA N	PORCENTAJE %
10 a 25	32	8	0	0	40	15.36%
26 a 35	8	10	0	0	18	7.03%
36 a 45	4	42	0	4	50	19.53%
46 a 55	0	28	6	6	40	15.62%
56 a 65	4	34	0	6	44	17.18%
>65	0	36	0	28	64	25%
TOTAL	48	158	6	44	256	99.98%

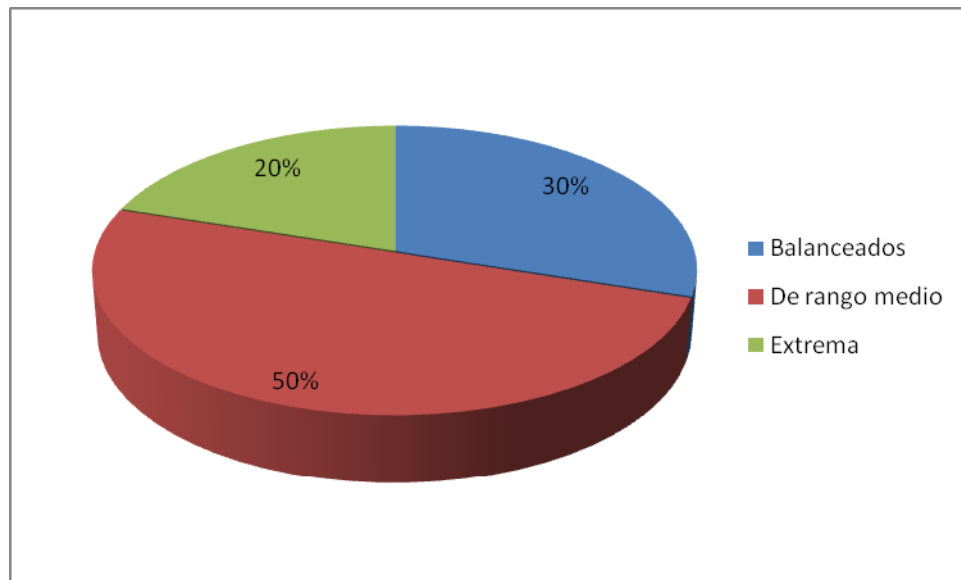
En cuanto al grado de depresión el resultado obtenido fue el siguiente: el mayor rango es de pacientes con depresión leve con 156 pacientes alcanzando un porcentaje del 68%, seguido de depresión moderada con 67 pacientes con un porcentaje del 29%, y con depresión severa 6 casos que alcanzan el 3% de los pacientes estudiados .

Gráfica 4. Grado de depresión



De los 256 pacientes estudiados se encontraron 78 pacientes con familias balanceadas siendo el 30.46% del total, 128 pacientes con familias de rango medio siendo el 50% de las familias y solo 50 pacientes con familias con clasificación de extrema siendo el 19.53% de las familias estudiadas.

Gráfica 5. Funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (Faces III).



Dentro de las características de los pacientes con diagnóstico de depresión según la tipología familiar con base en el de FACES III se encontró en mayor proporción de familias caóticas relacionadas en 33 de los pacientes estudiados abarcando el 12.89%, seguido de caótica aglutinada con 31 familias con 12.10%, flexible semirelacionada con 28 familias con 10.93%, caótica semirelacionada 27 familias con 10.54%, flexible relacionada 22 pacientes con 8.59%, flexible no relacionada y estructurada no relacionada 21 pacientes con 8.20%, caótica no relacionada 15 pacientes con 5.85%, estructurada relacionada con 14 pacientes con 5.46%, estructurada semirelacionada 13 pacientes con 5.07%, rígida no relacionada con 11 pacientes con 4.29%, estructurada aglutinada 5 pacientes con 1.95% y por último rígida relacionada, semirelacionada y aglutinada con 1 paciente, cada una siendo solo el 0.39% de los casos estudiados.

Tabla 2. Tipología familiar en pacientes con diagnóstico de depresión

	Frecuencia N	Porcentaje %
Caótica/ No relacionada	15	5.85%
Caótica/ Semirelacionada	27	10.54%
Caótica/ Relacionada	33	12.89%
Caótica/ Aglutinada	31	12.10%
Flexible/ No relacionada	21	8.20%
Flexible/ Semirelacionada	28	10.93%
Flexible/ Relacionada	22	8.59%
Flexible/ Aglutinada	12	4.68%
Estructurada/ No relacionada	21	8.20%
Estructurada/ Semirelacionada	13	5.07%
Estructurada/ Relacionada	14	5.46%
Estructurada/ Aglutinada	5	1.95%
Rígido/ No relacionada	11	4.29%
Rígido/ Semirelacionada	1	0.39%
Rígido/ Relacionada	1	0.39%
Rígido/ Aglutinada	1	0.39%
Total	256	99.92%

En relación con grado de depresión y disfunción familiar se obtuvieron los siguientes resultados:

En depresión leve, se encontraron familias balanceadas en 41 de los pacientes con el 52.56% de rango medio 95 con 74.21% y extrema con 20 abarcando el 40%.

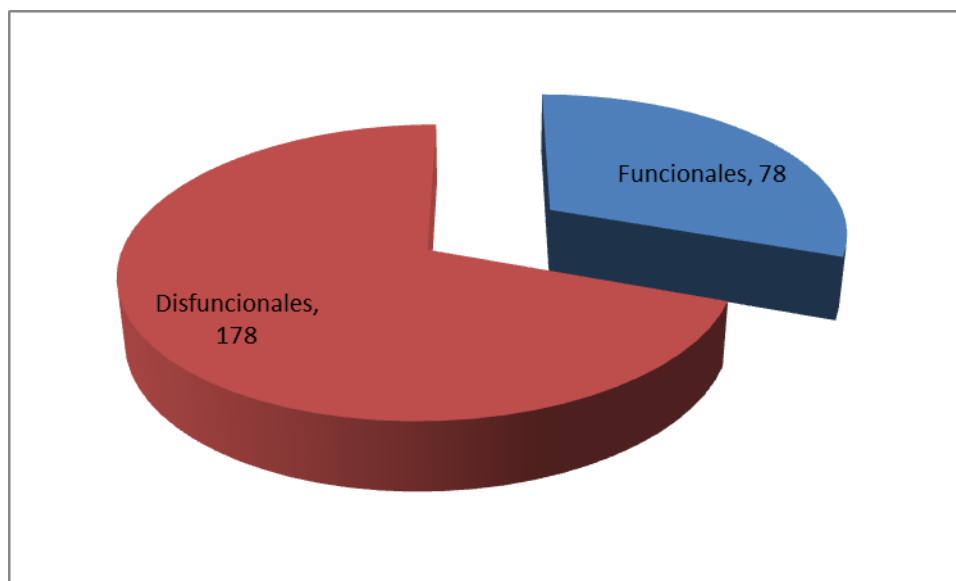
En depresión moderada se encontraron familias balanceadas en 34 casos con 43.58%, de rango medio 30 con 23.43% y extremas 30 con un 60% y en

Depresión severa se encontraron familias balanceadas en 3 casos con 3.84% y de rango medio 3 con un 2.34% en el total de los casos estudiados.

Tabla 3. Grado de depresión y disfunción familiar en pacientes con diagnóstico de depresión.

	Balanceada		De rango medio		Extrema		Total
	N	%	N	%	N	%	
Depresión Leve	41	52.56%	95	74.21%	20	40%	156
Depresión Moderada	34	43.58%	30	23.43%	30	60%	94
Depresión Severa	3	3.84%	3	2.34%	0	0	6
Total	78	99.98%	128	99.97%	50	100%	256

Gráfica 6. Prevalencia de disfunción familiar en pacientes con depresión.



Se encontró una prevalencia de disfunción familiar del 69.5% en pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

DISCUSION

El presente estudio demostró una prevalencia de disfunción familiar del 69.5% eb pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No. 20, además se encontró asociación entre disfunción y depresión familiar, aunque existen otros factores que influyen para el desarrollo de la misma. La familia como lo menciona Ricardo León Anzures Carro es la base de nuestra sociedad su transformación constante es el resultado del incesante proceso de la evolución de la humanidad, se amolda a las condiciones de vida que predominan en un lugar y tiempo dados, es una unidad básica de la salud y la enfermedad en este estudio se demuestra que al haber una enfermedad como la depresión se suscitan diversas disfunciones dentro del núcleo familiar.¹

Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo sobre todo emocional para el adecuado tratamiento de la enfermedad cualquiera que esta sea incluyendo las enfermedades mencionadas en los últimos tiempos como trastornos emocionales dentro de los cuales se encuentra la depresión.³

La depresión es un trastorno emocional que se presenta en cualquier edad. En el presente estudio predomino la edad entre 36 a 45 años de edad difiriendo de la información obtenida, ya que en la misma se menciona este tipo de padecimiento en pacientes de la tercera edad, en la investigación se demostró que si existe depresión en pacientes de la tercera edad sobre todo porque atraviesan por crisis como la pérdida de su pareja de forma reciente.

En cuanto al sexo según la biografía recabada predomina este padecimiento en el sexo femenino, se corrobora con el presente que efectivamente, el padecimiento es más común en mujeres, sin embargo, cada vez es más frecuente en el sexo masculino, mencionándose que en el año 2020 será la primera causa de muerte y no existirá distinción entre sexos.

Los resultados en general de diversos estudios han concluidos que en México 3 de cada 4 familias son completas siendo esta la forma predominante de las mismas en nuestro país teniendo ya como riesgo disfunciones familiares las cuales van en aumento debido al estilo de vida en los últimos años.^{4,5}

Se corrobora ya que 158 pacientes estudiados en este estudio se presentan familias completas entendiendo por este término familias constituidas por madre, padre e hijos.

Se obtuvieron 156 pacientes con depresión leve, 94 con depresión moderada y 6 pacientes con depresión severa de los cuales se obtuvo un resultado de disfunción familiar predominando familias caóticas relacionadas, de rango medio existiendo la unión entre ambas en 95 pacientes de los 256 estudiados en el presente estudio.

Las personas con síntomas depresivos tienen alteración en cualquiera de las 3 esferas del equilibrio biopsicosocial y al parecer mayor susceptibilidad para las enfermedades y la pérdida de las capacidades físicas, lo cual se sustenta en diversos cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos.

En el estudio se corrobora ya que definitivamente la depresión es una enfermedad multifactorial y efectivamente ocasiona enfermedades importantes o es manifestación de diversas enfermedades crónicas.⁸

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas. Se ha mencionado la depresión como el trastorno afectivo que más frecuentemente se presenta en la población adulta y, por su magnitud, como un problema de salud pública. La depresión es la enfermedad más común y asociada a padecimientos de tipo crónico por lo cual ocasiona un alto grado de disfunción familiar en el presente estudio se corrobora de forma importante apareciendo incluso 50 familias extremas.¹⁰

Los pacientes que son subdiagnosticados con mayor frecuencia son las mujeres, las viudas, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta con mayor frecuencia en cuanto al sexo se corrobora la información bibliográfica con la del estudio ya que si predomina en el sexo femenino en cuanto al estado civil difiere ya que se encontró mayor proporción en pacientes casados en cuanto a la ocupación se confirma que los pacientes pensionados y jubilados que ahora se dedican a actividades propias del hogar son los pacientes que presentan mayor grado de depresión tal vez por la inactividad y el encierro que implica estar en casa.

En Cuba se identificó la depresión como uno de los principales indicadores de disfunción familiar. La disfunción familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos, el tener un paciente depresivo implica disfunción familiar sobre todo porque está dentro de una crisis paranormativas y evidentemente las familias no están preparadas para afrontar de

manera adecuada estos eventos. Aunque en nuestro estudio la población que más prevalece oscila entre los 36 a 45 años de edad difiriendo de la información obtenida bibliográficamente.¹³

En un estudio realizado por Huerta-Martínez enfatizó la importancia de investigar los factores que pueden modificar la dinámica familiar ya que de un total de 413 familias encuestadas con FACES III, el 89% era disfuncional al momento del estudio siendo el factor más asociado a disfunción el tener a un integrante enfermo. Asimismo, Vázquez-Nava refirió una marcada influencia de la disfunción familiar en la vida cotidiana de los pacientes con depresión. En los resultados obtenidos en el presente estudio se aprecia que existen 178 familias con una disfunción familiar que representa un 69.53 %.¹⁴

En relación Bosehetti-Fentanes menciona que la depresión es más frecuente en mujeres y se describe como un problema de salud pública. Se corrobora una vez más que el sexo femenino predomina se menciona que por constitución genética en el estudio se observa que le mayor número de mujeres se dedican al hogar lo cual condiciona de manera importante la aparición de este padecimiento ya que no tiene una forma de dispersión y viven en una condición de encierro e inactividad que viven día a día.

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos de estilos de vida y de relación con la estructura social .Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones neurovegetativas y otro componentes de tipo psicológico y social también involucra un componente bioquímico-cerebral que mejora con tratamiento adecuado.

Es importante la *comunicación* ya que es considerada una dimensión facilitadora dado que, en sus niveles saludables, permitiría la movilidad del sistema en las dos dimensiones anteriores.¹⁵

Es de vital importancia en nexos entre los miembros de un núcleo familiar ya que la modificación en el estado biológico, psicológico y social en uno de sus integrantes ocasiona patología dentro del núcleo. Si existe asociación entre depresión y disfunción familiar sin embargo la depresión puede ser la manifestación de múltiples factores que una vez conjugados pueden expresarse de manera precisa.

Por lo que el médico familiar tiene dentro de sus funciones la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el conocimiento de la funcionalidad de las familias a su cargo.

Sin embargo esto no solo compete al médico familiar sobre su detección, sino debe llevarse a cabo por personal multidisciplinario, fomentando la salud mental y por lo tanto mejorar los canales de comunicación familiares, el asumir cada uno sus roles correspondientes y a no cerrar sus fronteras hacia el medio externo, para evitar caer como en la mayoría de los casos en la despersonalización, baja autoestima y sobre todo en la depresión.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se demostró lo siguiente:

En cuanto al sexo predominó de manera notoria el sexo femenino.

En cuanto a la edad pacientes entre 36 y 45 años de edad.

En cuanto a la ocupación el dominio fue en los pacientes dedicados al hogar.

El estado civil que predominó fue pacientes casados.

El grado de depresión según el test de Zung realizado en los pacientes presentó en mayor grado depresión leve.

Dentro de la funcionalidad de acuerdo a cohesión y adaptabilidad el tipo de familia que predominó fue caótica relacionada, seguida de caótica aglutinada.

Dentro de la funcionalidad familiar de acuerdo a cohesión y adaptabilidad (Fases III) predominaron las familias de rango medio.

La relación entre depresión y funcionalidad familiar mostró que 95 pacientes cuentan con diagnóstico de depresión leve y son familias de rango medio.

Se demuestra que la depresión tiene asociación con la disfunción familiar sin embargo el padecimiento es multifactorial.

SUGERENCIAS

El médico familiar se encarga de atender toda la diversidad de grupos ben la población dando un manejo integral, teniendo en cuenta que en todos ellos puede presentarse depresión.

Existe evidentemente un problema en cuanto a este padecimiento iniciando por el mal diagnostico del mismo y por lo tanto el seguimiento y tratamiento establecidos, es poco frecuente que el médico se presente para platicar con el paciente acerca de su estado emocional abocándose en la mayoría de, los casos a la enfermedad física como tal.

Generalmente cuando se presenta depresión esta es una reacción al entorno del paciente no solo biológico sino psicológico y social, y al haber desequilibrio entre alguno de estos se presentan padecimientos tan graves como depresión e incluso la muerte de un paciente.

Es de vital importancia sensibilizar al médico ya que tenemos que prestar importancia al aspecto emocional de cada paciente ya que del mismo surgen diversas enfermedades o se agudizan padecimientos ya existentes.

Es necesario realizar muchos más estudios acerca de la depresión ya que los existentes en su mayoría se abocan a adolescentes sin embargo es un padecimiento que no respeta edad, sexo, estado civil, ni edad, para de esta forma realizar estrategias de detección temprana , esquemas terapéuticos efectivos , para de esta forma evitar consecuencias tan graves como un suicidios en estos pacientes .

A nivel institucional es difícil realizar en muchas ocasiones un diagnóstico oportuno ya que el tiempo de consulta es muy limitado y en la mayoría de los casos existe exceso de consulta, sin embargo exhorto a todos los médicos de primer nivel a conocer más acerca de la depresión ya que en menor o mayor grado todos los pacientes la padecen y en la mayoría de los casos el paciente lo único que busca en la consulta familiar es ser escuchado más que acudir para que el médico lo llene de medicamentos.

Espero con este estudio sensibilizar a los médicos en general ya que un paciente no es un numero es un ser humano que necesita una atención integral y sobre todo comprensión, cariño, respeto, dedicación, atención de calidad y por qué no amor.

Hay que recordar que esta carrera es de servicio y estamos para servir a quien lo necesite.

BIBLIOGRAFIA

1. Ricardo León Anzures Carro, Víctor Chávez Aguilar, María Del Carmen García Peña. Medicina Familiar. Edición. Primera Editorial. Corinter. México D, F 2008.
2. Engels Marx, El origen de la familia de la propiedad privada y el estado. Edición cuarta Editorial Época. 1891.
3. Daniel S. Campbell, Seaburn, D.B. Orientación familiar en atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: Springer, 1998.
4. Arnulfo Irigoyen Coria. Nuevos Fundamentos De Medicina Familiar .Edición tercera conmemorativa 25 aniversario Ed. Medicina Familiar Mexicana México D.F 2007.
5. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. La composición de las familias mexicanas, México 2008. www.inegi.gob.mx
6. José Luis Huerta González. Medicina Familiar en el proceso salud enfermedad. Edición primera Editorial Alfil. México D.F 2005.
7. Castro R. Factores psicosociales de la depresión. Revista Cubana Medica 2006 Volumen 35 (3) pp. 45-47
8. Ávila J. Funes A. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud. Pública México 2007 Volumen 49 (5) pp. 55-59
9. Becheti-Fentanes y cols. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Arc en medicina familiar 2004 Volumen 6(3) pp. 61-63.
10. Santillana P. Alvarado M. Depresión en población adulta mayor. Revista médica Instituto Mexicano del Seguro Social. México 2007 Volumen 37 (2) pp111-115.
11. Manuel Valdés Miyar. Pierre Pichot .J. López-Ibor Aliño.DSM –IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2001 pp.1088

10. Depresión en población adulta mayor. Revista médica de la Instituto Mexicano del Seguro Social. México Volumen 37 (2) pp. 11-115.
11. Manuel Valdes Miyar. Pierre Pichot. Juan .J. López-Ibor Aliño DSM –IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
12. Ruiz F. Luis G. Trastorno depresivo mayor en México, relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos y la calidad de vida. Revista de Salud mental México 2007 Volumen 30 (2)
13. Peralta M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Medigraphic artemisa. Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro social 2006 Volumen 44(5) pp.409-414
14. López Jiménez. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo–compulsivo y sus familiares. Revista de Salud Mental. volumen.34 (2). México. 2011
15. Ball Costa D. Escala de evaluación del funcionamiento familiar -FACES IV-: proceso de adaptación a Montevideo, Uruguay. Cienc.psicol. volumen.3 (1) Montevideo Mayo 2009
- 16.- *Mendoza S. etal. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. Medicina Familiar 2006 Volumen 8 (1) pp.27-32.*
- 17.- Huerta G. José L. La familia en el proceso salud enfermedad. Biblioteca de medicina familiar .Editorial. Alfíl 2005
18. - Salaza E. Boschetti B. Monroy C. Ponce R. Irigoyen A. Disfunción conyugal y su relación con los motivos de consulta de los pacientes Hiperutilizadores. Arc Medicina Familiar 2005 volumen. 7 (2) pp.45-48.
- 19.-Tovar C. Sánchez E. Auto percepción de disfunción familiar en un grupo de familias de la ciudad de México. Arc Medicina Familiar. 2004. volumen 5 (3) pp.92-95.

ANEXOS: Instrumentos de evaluación

1.-Ficha de Identificación

Fecha:_____ Sexo paciente identificado. _____ Edad:_____
Estado civil:_____ Ocupación_____

2.- ESCALA DE FACES III

FACES III versión familiar. Familia percibida.

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted

Elija según el número indicado

NUNCA .CASI NUNCA. ALGUNAS VECES. CASI SIEMPRE. SIEMPRE.

1 2 3 4 5

___1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.

___2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.

___3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.

___4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.

___5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.

___6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.

___7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia.

___8. La familia cambia de modo de hacer las cosas.

___9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.

___10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.

___11. Nos sentimos muy unidos.

___12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones.

___13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.

___14. En nuestra familia las reglas cambian.

___15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.

___16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.

___17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.

___18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.

___19. La unión familiar es muy importante.

___20. Es difícil decir quien hace que las labores del hogar.

En cohesión familiar

a) Unión emocional: 11, 19.

b) Apoyo o soporte: 1, 17.

c) Límites familiares: 7, 5.

d) Tiempo y amigos: 9, 3.

e) Interés y recreación: 13, 15.

En adaptabilidad familiar.

a) Liderazgo: 6,18.

b) Control: 12, 2.

c) Disciplina: 4, 10

d) Roles y reglas: 8, 16, 20, 14.

Anexo 2. Escala de Zung.

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.- Me siento triste y deprimido				
2.-Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3.-Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4.-Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
5.-Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6.-Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7.-Creo que estoy adelgazando.				
8.-Estoy estreñado.				
9.-Tengo palpitaciones.				
10.-Me canso por cualquier cosa.				
11.-Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12.-Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13.-Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14.-Tengo esperanza y confío en el futuro.				
15.-Me siento más irritable que habitualmente.				
16.-Encuentro fácil tomar decisiones.				
17.-Me creó útil y necesario para la gente.				
18.-Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19.-Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
20.-Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				

Puntos de corte	
<= 28	Ausencia de depresión
entre 28 y 41	Depresión leve
entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

3.-Consentimiento Informado.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 20
DELEGACION 1 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL.**

Carta de consentimiento informado para participar en proyecto de investigación que se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

México D.F. a ____ de _____ de 2011

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación que lleva por título: PREVALENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESION ATENDIDOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.20.

Registrado ante el Comité local de investigación en Salud. N._____. Con el objetivo de Determinar la prevalencia entre disfunción familiar y depresión en pacientes en el primer nivel de atención en la unidad de medicina No. 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una encuesta. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Paciente: C _____ No de seguridad social _____

Investigador principal: Dr. Miguel Noguez Iniesta Mat: 10075852

Nombre y Firma:

Números telefónicos a los que se podrán acudir en cualquier situación relacionada con este estudio: 57473500 ext. 26025 CEL 5527546970

Testigo _____

Testigo _____

Nombre y firma
Clave: 2810 – 009 – 013

Nombre y firma

MODELO CIRCUNFLEJO DE OLSON

