



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y
MUNICIPIOS

CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC
ESTADO DE MÉXICO

APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON ALCOHOLISMO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. KARLA MARTÍNEZ REYES



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.


APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON ALCOHOLISMO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

KARLA MARTÍNEZ REYES

AUTORIZACIONES:



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN EL
CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC
ASESOR DEL TEMA DE TESIS



DR. CLAUDIO MANUEL CRUZ FIERRO
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSEMyM

APLICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON ALCOHOLISMO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

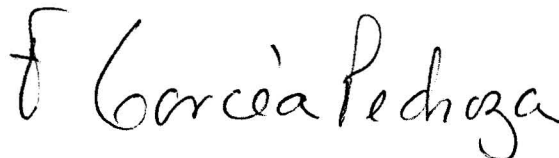
PRESENTA:

KARLA MARTÍNEZ REYES

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

Agradecimientos

Es difícil agradecer solo a algunas personas, cuando en estos tres años he conocido a gente maravillosa de la recibí apoyo, amistad y compañerismo.

A mi Familia

Mamá y Ale, sin su apoyo esta aventura no hubiera sido posible.

Dr. Federico Pacheco Gómez

Por las facilidades para iniciar la especialidad, no veía en ese momento la oportunidad que me estaba brindando, ahora le estoy agradecida.

A mis compañeros de la UMF 97

Dr. Juan Manuel Ortega, Dr. José Carlos Guzmán, Dr. Gabriel Armando Hernández, Dra. Rosa Alejandra López, por sus consejos como amigos y médicos especialistas en Medicina Familiar.

A mis compañeros del Hospital de Concentración Satélite, ahora Hospital Regional Tlalnepantla

Dr. Carlos Pacheco, Dra. Beatriz Pérez, Dr. José Luis Pérez Huerta, Dr. Manuel Molina, Dr. Jiménez, Dr. Mario López, Dr. Enciso, Dr. Rangel, Dr. Sanabria, Dra. Diana Lugo, Dr. Centella, Dra. Norma Valerio, Dr. González, Dr. Vélez, Dr. Reséndiz, Enf. Alicia Gómez, Enf. Patricia Fuentes, Jefa Maru, Enf. Alejandra, Enf. Socorro, Enf, Lupita Santos, por su tiempo y enseñanzas.

Dra. Ana María Viguera

Fue una guía y amiga.

A mis compañeros de la Clínica de Consulta Externa Tlalnepantla

Dr. Armando Rojas Lastiri, por recibirme y darme una oportunidad. Toñita, Marisol, Heidi, por su compañerismo, que los hace ser un gran equipo.

Dr. Miguel Angel Hernández Hernández

Me enseñó la esencia de la Medicina Familiar, que esta especialidad no es nada fácil, es mucho mas compleja que cualquier otra, porque existe un padecer y una persona detrás de cada paciente.

Dr. Pedro Dorantes

Por su ayuda y asesoría para terminar esta tesis, de un modo sencillo, práctico y divertido.

Dedicatoria

A mi bebé que viene en camino, podre decirle que todo lo que hasta ahora he hecho, fue para estar preparada para recibirlo.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Marco Teórico	1
Planteamiento del Problema.....	25
Justificación	26
Hipótesis	28
Objetivos del Estudio	29
Material y Método	30
Resultados	39
Discusión	55
Conclusiones	58
Referencias bibliográficas.....	59
Anexo I.....	66
Anexo II	71
Anexo III	73
Anexo IV	77
Anexo V	82
Anexo VI	88

Karla Martínez Reyes

Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.
Centro Médico ISSEMym Ecatepec, e-mail: teokardia@hotmail.com

Introducción.

La familia constituye uno de los elementos más importantes en la red de apoyo social del adolescente y, representa un espacio contenedor de ansiedades propias del proceso de desarrollo que se está experimentando. La carencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y autoimagen con mayor riesgo para desarrollar depresión u alcoholismo.

Objetivo:

Conocer la frecuencia de Disfunción Familiar y su relación con Depresión y con uso de bebidas alcohólicas en adolescentes.

Diseño.

Descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

Material y Métodos:

Se evaluó un total de 191 adolescentes con edad promedio (\pm s) de 14.09 ± 0.38 años (rango, 13–16) Alumnos de 3er Grado, que asistieron a la Escuela Secundaria Oficial No. 98 "Maestro Antonio Caso" en el ciclo escolar 2011-2012.

Variables.

Se estudiaron 10 variables. La información se capturó en una base de datos diseñada en el programa estadístico Stata versión 10, Stata Corporation, College Station, TX, EE.UU. El análisis fue con estadística descriptiva

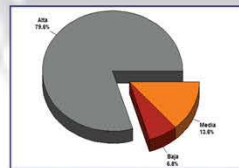
Resultados:

Se observó que a mayor edad, las puntuaciones del APGAR familiar tienden a reflejar calificaciones compatibles con baja función familiar. En relación con la frecuencia de depresión se evidenció 5.12% de adolescentes del género masculino con depresión clínicamente significativa, y 7.07% en el género femenino. En relación con el uso de alcohol casi el 90% de los adolescentes indicaron puntuaciones en su evaluación compatibles con bajo riesgo.

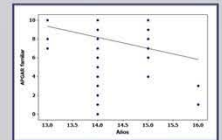
Conclusiones:

- La frecuencia de disfunción familiar, de síntomas depresivos y uso de alcohol en los adolescentes estudiados fue similar a la reportada en la literatura.
- La frecuencia de disfunción familiar, síntomas depresivos y uso de alcohol en adolescentes no mostró diferencias significativas respecto al género.
- La Función Familiar baja se asoció significativamente con un incremento en la frecuencia de síntomas depresivos y consumo de alcohol.
- La Función Familiar baja, los síntomas depresivos y el uso de alcohol, evidenciaron un impacto directo sobre el bienestar del adolescente respecto su calidad de vida.

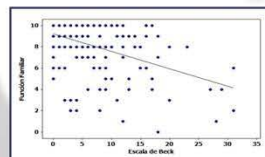
APGAR familiar



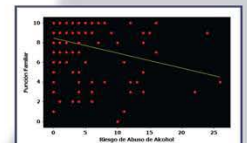
Edad y Función familiar



Depresión y Función familiar



Alcoholismo y Función familiar



BIBLIOGRAFIA

1. Ingoyen CA. Investigación en medicina familiar. Edit Medicina Familiar Mexicana, 1987. México
2. Alvarez SM, López GML, Cueto EA. Análisis temático y metodológico de la investigación en atención primaria (1988-1992). Aten Primaria 1996; 18(6):297-303.
3. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación del Family APGAR (versión en español). Aten Fam 2010; 17: 102-6.

MARCO TEÓRICO

LA FAMILIA

Concepto

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social común, así como sentimientos que los unen y aglutinan.¹

La familia, sin lugar a duda constituye una institución social universal que siempre ha existido a través de la historia y en todas las sociedades. Es el primer núcleo social en el que participa todo ser humano.²

Además, la familia es una institución que influye con valores y pautas de conducta usualmente expuestas por los padres, que conforman un modelo de vida para sus hijos, enseñando normas, costumbres y valores, que contribuyen a la madurez y autonomía en sus hijos. Asimismo, en este espacio influyen de sobremanera las costumbres y moral en cada uno de los integrantes. Por ello, los adultos, los padres, representan modelos a seguir en lo que dicen y hacen. La importancia de los valores morales de índole universal que incluyen la verdad, respeto, disciplina, autonomía, etc., favorece que los hijos puedan enfrentar al mundo que les rodea de manera madura y protagónica.²

En relación con sus funciones se refiere que, de manera independiente al tipo de familia que se trate, cumple ciertas características básicas que se asocian con lo que la familia hace. De hecho, como institución fundamental de la sociedad, desempeña ciertas funciones básicas que le son propias y que su forma de expresión varía durante el transcurso del tiempo, pero que ha ejercido en todos las épocas.

En términos generales, la familia se preocupa de la reproducción y cuidado físico de sus integrantes; así como también está a cargo tanto del bienestar como desarrollo psicológico y social en cada uno de ellos.³

Funciones

El concepto de función familiar comprende un conjunto de actividades que realiza la familia, además de las relaciones sociales que establece durante la ejecución de dichas actividades y, en un segundo nivel de análisis, comprende también los efectos que resultan para las personas y para la sociedad. Este concepto nos habla de relaciones sociales, de actividades que la familia realiza durante el proceso de socialización.⁴

Minuchin (1999) indicó que como una respuesta ante los requerimientos de la cultura, la familia ha sufrido una serie de modificaciones paralelas a los cambios que enfrenta la sociedad día con día; en cierto sentido, ha abandonado las funciones de proteger y socializar a sus integrantes. De acuerdo con esto, Minuchin señaló que las funciones de la familia cumplen con dos objetivos distintos: "Uno es interno, la protección psicosocial de sus integrantes y, el otro es externo, la adecuación a una cultura y transmisión de la misma".⁵

En relación con dichos objetivos, resulta factible señalar las siguientes cuatro funciones de la familia:⁶

- *Función Biosocial.*- Comprende la necesidad de procrear hijos y vivir con ellos en familia.
- *Función Cultural.*- Comprende una porción de los procesos de reproducción cultural y espiritual de la sociedad pero que transcurre hacia el interior de la familia, particularmente aquellos que se vinculan con los valores sociales que transmite y las actividades de tiempo libre que transcurren en el hogar o aquella que los integrantes disfrutaban en grupo y fuera del hogar.
- *Función Socializadora.*- Esta función, no solo se encuadra dentro de la función cultural. Resulta de actividades que no son propiamente "educativas" (dirigidas conscientemente a formar, disciplinar o educar), sino del conjunto de actividades y relaciones propias de todas las funciones y de los efectos que pueden atribuírsele en términos de la formación de la personalidad de los niños y jóvenes.
- *Función Económica.*- Se realiza mediante la convivencia en un hogar común y administración de la economía doméstica. Para su cumplimiento resulta central la amplia gama de actividades que ocurren en el hogar, encaminadas a la manutención de la familia y que usualmente se denominan "trabajo doméstico", cuya aportación resulta fundamental para asegurar la existencia física y el desarrollo de sus integrantes, especialmente en lo que se refiere a la reposición en la fuerza de trabajo.

Tipos de Familia

Existen diversas formas de organización familiar, entre las que se distinguen.^{7,8}

Familia Nuclear: Se encuentra conformada por una pareja y sus hijos. La familia nuclear se divide en:

- Familia nuclear simple: Integrada por una pareja sin hijos.
- Familia nuclear biparental: Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos.
- Familia nuclear monoparental: Integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

Familia Extensa: Integrada por una pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos, y por otros miembros, parientes o no parientes. Se divide en:

- Familia extensa biparental: Integrada por el padre y la madre, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- Familia extensa monoparental: Conformada por uno de los miembros de la pareja, con uno o más hijos, y por otros parientes.
- Familia extensa amplia o familia compuesta: Integrada por una pareja o uno de los miembros de esta, con uno o más hijos, y por otros parientes y no parientes.

Familia Reconstituida: Uno de los padres vuelve a formar pareja, después de una separación o divorcio, donde existía cuando menos un hijo de la relación anterior.

Familia Adoptiva: Es aquella que acoge a un menor de edad por medio del proceso de adopción, estableciendo una relación estable y duradera.

La familia implica una entrega permanente entre todos sus miembros, sin que cada uno pierda la propia identidad. Entendemos de esta manera que lo que afecta a un miembro, repercute directa o indirectamente sobre toda la familia; es por ello que se habla de un sistema familiar, de una comunidad que es organizada, ordenada y jerárquica, que se relaciona con el entorno.

ADOLESCENCIA

La definición de *Adolescencia* es variable entre los diferentes países; sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) le define como la etapa de la vida comprendida entre la edad de 10 a 19 años, mientras la juventud se sitúa entre 15 a 24 años.⁹

Desarrollo Físico del Adolescente

Durante la adolescencia se produce un importante crecimiento corporal, incrementándose el peso y la estatura. En las adolescentes se ensancha la cadera, redondeándose por acumulación de tejido adiposo; en los adolescentes se ensancha la cintura escapular y el cuello se torna musculoso.¹⁰

Durante este período del desarrollo humano es cuando maduran los órganos genitales, tanto internos como externos, y usualmente ocurre antes a las adolescentes debido a factores hormonales:¹⁰

- En las mujeres se produce crecimiento de los ovarios y la primera menstruación.
- En los varones se desarrolla el pene y los testículos.

Adicionalmente se desarrollan los caracteres sexuales secundarios:¹¹

- En mujeres crece el vello púbico y axilar; se presenta crecimiento de los senos.
- En varones crece el vello púbico, facial y axilar; se presentan modificaciones en la tonalidad y engrosamiento de la voz.

La incertidumbre con la que se experimentan estos cambios, ya sea de manera más temprana o tardía, se asocia de manera significativa con el sentimiento de confianza en sí mismo y en el entorno social del adolescente.¹¹

Los cambios fisiológicos obligan al adolescente tanto a revisar como a rehacer su imagen corporal. La preocupación por el físico pasa a primer plano. Pero no sólo la imagen del cuerpo físico, sino también la representación que se elaboran de sí mismos pasa a constituir un tema fundamental.¹¹

Aspectos Psicológicos en la Adolescencia

- *Teoría psicoanalítica de Freud.*- De acuerdo con esta teoría, la adolescencia representa un estadio del desarrollo en el que brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital. Supone, por un lado, revivir conflictos edípicos infantiles y la necesidad de solucionarlos con un mayor grado de independencia de los progenitores y, por otro, una modificación en los lazos afectivos que se dirigen hacia nuevos objetos amorosos.¹²

- *Teoría de la adolescencia de Erikson.*- Para Erikson la adolescencia constituye una crisis normativa; es decir, una fase normal con incremento de conflictos, donde la tarea más importante consiste en construir una identidad coherente y evitar que ocurra confusión de papeles o roles. ¹²
- *Visión Psicosociológica.*- En esta visión se subraya la influencia de ciertos factores externos. La adolescencia consiste en la experiencia de pasar una fase que enlaza la niñez con la vida adulta, y que se caracteriza por el aprendizaje de nuevos papeles o roles sociales: El adolescente ya no es un niño, pero tampoco es un individuo adulto; es decir, su estatus social es difuso. En este desarrollo del nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Por lo anterior surgen ciertas contradicciones entre los deseos de independencia y, la dependencia hacia los demás, en virtud que resulta afectado por las expectativas de los otros. ¹²
- *Escuela de Ginebra. Piaget.*- Este autor señala la importancia del cambio cognitivo y de qué manera se relaciona con la afectividad. El importante cambio cognitivo que se produce en estas edades, conduce a la generación de un nuevo egocentrismo intelectual, con una excesiva confianza en el poder de las ideas. ¹²
- *Teoría de Elkind.*- Como autor de orientación piagetiana, habla de dos aspectos en relación con este egocentrismo del adolescente: “la audiencia imaginaria”, que corresponde a la obsesión que tiene el adolescente por la imagen que los demás poseen de él, y la creencia de que todo el mundo *le está observando*; y la denominada “*fábula personal*” que consiste en la tendencia a considerar que sus experiencias son únicas e irrepetibles. ¹³
- *Teoría focal de Coleman.*- Este autor considera la adolescencia como crisis; si bien, los conflictos se presentan con una secuencia definida, de tal forma que el adolescente pueda hacerles frente y resolverlos sin saturarse. ¹³

Desarrollo Afectivo del Adolescente

La Identidad Personal.- Se refiere que la adolescencia constituye un momento de búsqueda y consecución de la identidad personal. Esta identidad es de naturaleza psicosocial y, también contiene importantes ingredientes de naturaleza cognitiva: El adolescente se juzga a sí mismo a la luz de cómo es percibido por los otros, y se compara con ellos. Estos juicios pueden realizarse de manera consciente o ser inconscientes, con

inevitables connotaciones afectivas, que dan como resultado una conciencia de identidad exaltada o dolorosa, pero que jamás es afectivamente neutra.¹³ Se considera que el “*Autoconcepto*” es un elemento central de la identidad personal, integrando en sí mismo factores corporales, psíquicos, sociales y morales.¹⁴

El adolescente presenta una enorme necesidad de experimentar reconocimiento por parte de los otros, necesita constatar que su identidad es reconocida y aceptada por las personas (adultos, compañeros) significativas para él. Es este reconocimiento y aceptación lo que asegura un concepto positivo de sí mismo.¹⁴

Conducta Sexual.- Con la pubertad comienza la capacidad sexual propia del organismo humano maduro, y la instauración de la genitalidad. En todas las épocas y en todas las sociedades, la adolescencia parece comprender una etapa de peculiar actividad sexual. Lo que varía de una época a otra, de una sociedad a otra, consiste en los modos o patrones de ejercer esa sexualidad.¹⁵

Desarrollo Cognitivo del Adolescente

El niño entre 11-12 años comienza a experimentar lo que la *Escuela de Ginebra* denomina “*Período de Operaciones Formales*”. El pensamiento lógico ilimitado, alcanza su pleno desarrollo hacia los 15 años (algunos estudios refieren que dura hasta los 18-20 años).¹⁶ Este periodo se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de pensar más allá de la realidad concreta. La realidad es ahora un subconjunto de lo posible, de las posibilidades para pensar. En la etapa anterior, el niño desarrolló cantidad de relaciones mediante la interacción con materiales concretos; ahora, tiene la capacidad para pensar acerca de la relación de relaciones y otras ideas abstractas.¹⁶

El adolescente de pensamiento formal tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones en lugar de objetos concretos únicamente (pensamiento proposicional). Además, es capaz de comprender plenamente, y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y el sentido de las críticas literarias, así como también el adecuado empleo de metáforas en la literatura. De manera frecuente se ve involucrado en la participación de discusiones espontáneas sobre aspectos de filosofía y moral, en los que se abordan conceptos abstractos, tales como la justicia y la libertad.¹⁶ Adicionalmente, desarrolla estrategias sobre el tipo de pensamiento hipotético-deductivo; es decir, ante algún problema o situación actúa construyendo hipótesis (posibles explicaciones con condiciones supuestas), que de manera posterior, comprobará su

confirmación o rechazo. Tiene la capacidad para manejar hipótesis de simultánea o sucesivamente, y trabajar con una o varias de ellas.¹⁷

El proceso para la comprobación de hipótesis exige aplicación del razonamiento deductivo; es decir, la capacidad para comprobar sistemáticamente cada hipótesis establecida, después de seleccionarla y analizarla.¹⁷

Desarrollo Social del Adolescente

Emancipación Familiar.- Durante la adolescencia se expanden los espacios donde son posibles las interacciones sociales, mientras que se debilita la referencia familiar. Así la emancipación respecto la familia, no se produce por igual en todos los adolescentes; la vivencia de esta situación depende en gran medida de las prácticas imperantes en la familia. De manera simultánea los deseos de independencia, el adolescente continúa experimentando una gran necesidad de afecto y cariño por parte de sus padres, y éstos, a su vez continúan ejerciendo una influencia notable sobre sus hijos.¹⁸

En nuestra sociedad, se está verificando con frecuencia creciente un aplazamiento de las responsabilidades de índole social y la adquisición de la propia independencia. Es frecuente encontrar que algunos adultos continúan siendo eternamente adolescentes: Se habla del síndrome de "*perpetua adolescencia*", que se acompaña con sentimientos de inferioridad, falta de responsabilidad, ansiedad y abundante egocentrismo.¹⁸

Grupos Sociales.- En forma paralela con la emancipación de la familia, el adolescente busca establecer lazos más estrechos con su grupo de compañeros. Estos lazos suelen tener una evolución característica: Primero, están conformados por la pandilla de un solo género, más tarde se fusionan con pandillas de distinto género, y al final se acaban consolidando relaciones de pareja.

En términos generales, el adolescente considera el criterio de sus padres en aspectos que atañen a su futuro, mientras que sigue en mayor grado el consejo de sus compañeros en relación con circunstancias y opciones del presente.^{18, 19}

Cuando se presenta el desarrollo de la sociabilidad, enfrentamos un tema que se apuntala plenamente en la compleja problemática de la psicología social.¹⁹

La sociabilidad se manifiesta por la búsqueda de un "*socius*", de un compañero; o también por la integración en un grupo. Dos aspectos enmarcados usualmente en el campo de la psicología social, son las relaciones individuales por una parte, y el grupo por otra. Sin embargo, para poder vivir las relaciones interpersonales, para poder integrarse en un grupo, se precisa la existencia de una condición previa: El deseo de la persona y su

aptitud para vivir con otro. Esta aptitud no es algo innato, sino que se aprende y varía durante el desarrollo.²⁰

La sociabilidad se define como la capacidad, la aptitud que permite al individuo vivir con los otros y en grupo, y es fruto de comprensión hacia el otro, de la posibilidad que exista simpatía y empatía.

A partir de los ocho años es lo “extremo de la personalidad” lo que motiva las simpatías. Desde los 10 años, las motivaciones tienen en cuenta preferentemente la conducta del individuo frente al grupo (por ejemplo, ser buen compañero). Entre los 11-13 años la elección de compañeros se basa principalmente en aspectos individuales del carácter. La simpatía y empatía en la adolescencia se dirige cada vez más hacia la personalidad total del otro; y tiene en cuenta, sobretodo, las principales cualidades afectivas del otro.²¹

Con el desarrollo de la madurez, las posibilidades asociativas se multiplican, y las relaciones sociales se descubren mejor. El adolescente no sólo tiene la necesidad de encontrar un amigo, sino de hecho, se hace capaz de “*vivir la amistad*” dado que tiene la capacidad de sociabilidad.²²

En relación con la *sensibilidad social* es posible distinguir entre: *sensibilidad ante la persona*, y la *sensibilidad a las normas del grupo*. Estos aspectos se manifiestan en las relaciones con los otros, y resultan usuales en la adolescencia.²²

La amistad.- Las amistades desempeña una doble función en la adolescencia:²²

- En el desarrollo de la personalidad favoreciendo el reforzamiento del “yo”.
- En el proceso de socialización.

Durante esta etapa, acontece por primera vez el establecimiento de una relación de características no-biológicas y no-institucionales con el otro.

Algunos autores realizaron investigaciones con adolescentes para estudiar el significado de la amistad en la integración social, y en particular la función que desempeña en el camino hacia el amor, la sexualidad, la propia conciencia y la del otro. Una de las preguntas hacía referencia a las relaciones de los adolescentes con sus padres. Después de analizar las respuestas, los investigadores indicaron que los momentos más difíciles en la relación con los padres correspondieron al intervalo de edad entre 11-12 años, y entre 14-15 años. El 50% de adolescentes declaró que no conversaba con sus padres de temas íntimos, no confiaban fácilmente en sus padres, principalmente en lo que concierne a la vida sentimental, a los problemas personales, y en algunos casos a cuestiones de índole política o religiosa. Todos estos temas que los adolescentes no confían a sus padres, los

dialogan con los amigos. Por lo que respecta a la sexualidad, sólo 24% refirieron haber sido informados por sus padres.²³

La amistad desempeña una función muy importante para la integración con la sociedad. El hecho de sentirse integrado en el mundo y en la sociedad por medio de la amistad contribuye de manera simultánea a reforzar y sociabilizar el “yo”.²⁴

La amistad juvenil permite que se tome conciencia de la realidad del otro, se conforman actitudes sociales, se obtiene experiencia en relaciones interpersonales. Si las amistades juveniles contribuyen a un aprendizaje respecto las relaciones interpersonales, el hecho de pertenecer a un grupo puede considerarse como una forma de aprendizaje de la vida en sociedad.²⁴

El grupo.- No todas las denominaciones con las que se designan los grupos (pandilla, banda, “gang”, asociación, sociedades de adolescentes, etc.) tienen el mismo significado. La banda, igual que el “gang” se forman espontáneamente; los jóvenes que conforman una banda, suelen vivir al margen de la sociedad, aunque no cometan actividades delictivas. Mientras que las bandas no se encuentran organizadas desde el exterior, el grupo sí puede estar organizado o institucionalizado; de hecho, existen grupos a los que pertenece el adolescente, aunque no quiera, como por ejemplo el grupo familiar, escolar, o el grupo de trabajo.²⁵

El adolescente tiene la expectativa que el grupo le permita la conquista de su autonomía. Sin embargo, una vez que llega a ser independiente entonces abandona el grupo, porque la noción de autonomía y la de grupo son opuestas. Es normal que el adolescente deje de pertenecer o abandone el grupo para comprometerse con relaciones personales, y en relaciones con el otro género.²⁶

Aspectos Psicoanalíticos

La adolescencia constituye un período de transición entre una infancia que culmina y una adultez que comienza; por tanto, resulta natural que el adolescente dirija su atención hacia los cambios, pérdidas y novedades. Durante esta etapa de desarrollo, el adolescente debe desprenderse de relaciones de verdadera dependencia, al mismo tiempo que experimenta cambios de índole corporal, psicológicos, intelectuales y de relaciones interpersonales, a los que tiene que atender de manera inmediata. Representa una verdadera avalancha de demandas internas y externas, de las que en una gran proporción carece de información y, por supuesto, de experiencia. Esta situación, impone al adolescente una serie de presiones para que ordene numerosas vivencias asentadas

desde su infancia, junto con elementos desconocidos y que de manera urgente tiene que incorporar, como son sexualidad, morfología corporal, pensamiento abstracto, amistad, amor, ideas, y opiniones. ²⁷

El adolescente experimenta una verdadera crisis de identidad: Está separándose del pasado y atendiendo el presente con incertidumbre y desconocimiento. ²⁸

Durante el transcurso de este momento evolutivo, destaca el predominio de dos tendencias. Una *regresiva*, que pretende continuar instalada en el pasado y moviliza un tipo de ansiedad de estancamiento y dependencia. Otra, de carácter *progresivo* que evoca ansiedades de incapacidad y vacío, acompañada por pasos encaminados a la acción. ²⁷

En este contexto, el adolescente se encuentra viviendo la experiencia del “*día a día*”. Las expectativas del adolescente resultan insuficientes para conseguir más allá de logros inmediatos, busca incorporarse a grupos de amigos o compañeros “*similares*”, donde tenga la posibilidad de establecer vínculos tanto afectivos como comparativos. Se encuentra sumergido en una atmósfera donde predomina la incertidumbre que envuelve a un cuerpo del que ignora la forma definitiva que va a adquirir, deseos afectivos y sexuales de los que carece de experiencia y conocimientos, así como pensamientos que comienza a contrastar. ²⁸

A través de logros, frustraciones y las primeras experiencias de sus capacidades y desarrollo de *Autonomía*, va adquiriendo intimidad, compartiendo con iguales, sus avances y temores, e iniciando actividades y tomando decisiones elegidas por él. Todo lo anterior, representa un intento por consolidar su nueva identidad. ²⁹

Se considera que el entorno desempeña una función muy importante durante esta etapa de desarrollo. Se entiende que nuevas propuestas progresivas, desean encontrar respuesta y solución adecuada del exterior, donde usualmente adquiere las primeras experiencias de todo aquello que cambia o estrena: El cuerpo, los conocimientos y las relaciones. Así, la respuesta del entorno, conformado por el *Grupo Familiar* (o tutelar), la *Escuela* y la *Sociedad* más cercana, desempeña una doble función: ³⁰

- Contener la ansiedad que con frecuencia se manifiesta en forma de proyecciones.
- Proponer la participación en actividades que el adolescente pueda realizar, junto con otros mecanismos, a través de la identificación introyectiva.

Estas proyecciones e introyecciones funcionan como un mecanismo de defensa que ocupa el primer plano durante un momento de pulsiones y necesidades. Es sumamente importante señalar que, como resultado de la dialéctica entre estos mecanismos con el

mundo circundante, se consolidan los siguientes aspectos críticos que van conformando su identidad: ³¹

- *Empatía* (ansiedad, solidaridad).
- *Afecto* (amor, respeto).
- *Aprendizaje* (autoridad, creatividad).

En nuestra sociedad actual, las relaciones entre “*entorno-adolescencia*”, se encuentran atravesando por un momento especialmente delicado, motivado por una crisis socioeconómica con gravedad profunda e inesperada, y con repercusiones en el campo laboral y relacional.

Nos encontramos viviendo en una época de cambios acelerados sin precedentes y, la inquietud y desasosiego en que vive gran parte de la sociedad, desde el punto de vista psicosocial, conducen hacia un clima depresivo en el presente, a una visión pesimista sobre el futuro y, a un cierto sentido de culpa que emana del pasado.

La repercusión de este clima sobre los núcleos sociales próximos (Familia, Escuela, etc.) disminuye la capacidad de tolerancia ante la frustración y ensombrece las expectativas sobre el futuro. ^{27, 29}

La irrupción de la pubertad, acompañada en componentes infantiles aún por resolver, dificulta que el adolescente comprenda la situación por la que atraviesan sus mayores. Sencillamente es imposible ponerse en su lugar – *Empatía* – en virtud de que carece de la experiencia necesaria para elaborar este difícil proceso. ^{9, 27}

El adolescente tiene la capacidad de comprender la injusticia y solidarizarse con los más débiles; pero sus necesidades, temores y dudas, continúan demandando ayuda y comprensión de forma casi urgente. De lo dicho, emana la paradoja que mediante el desarrollo de sus capacidades más adultas, puede comprender el sufrimiento de seres distantes y, por otra parte, continúa comportándose de manera exigente con los próximos, de quienes todavía demanda atención y dedicación para solucionar sus aspectos más inmaduros. En este sentido, cuando el ambiente es poco receptivo e intolerante ante estos aspectos, pueden ocurrir expresiones de conflicto, la mayoría de las veces racionalizadas con argumentos que hacen mención al futuro: “*El día de mañana te tienes que ganar la vida*”. Esto no se trata únicamente de la archiconocida problemática generacional descrita desde la antigüedad hasta nuestros días, sino que verdaderamente representa un problema psicopatológico actual, donde predomina el fracaso a la contención de necesidades infantiles aún presentes y que conlleva consecuencias

predecibles. Así, el adolescente, inmerso en esta sociedad a la que actualmente se le denomina “*de riesgo*”, identifica que sus necesidades le llevan en muchas ocasiones a arriesgarse excesivamente en deportes, cuidados excesivos del cuerpo o consumismo, a veces con trágicas consecuencias debido a una valoración incompleta de la realidad por falta de experiencia, o por la falta de autocontrol (accidentes, adicciones, delincuencia grave).^{9, 27, 32}

LA FAMILIA Y LA ADOLESCENCIA

La familia, desempeña una importante función para enfrentar las características que acompañan a la adolescencia. Los vínculos familiares pueden verse gravemente afectados por la presencia de un adolescente. Las relaciones familiares pueden volverse más sólidas, o por el contrario, tornarse más débiles y distantes.³³

En la “*Teoría de Sistemas Familiares*” se considera a la familia como una “*unidad emocional*”. Cuando surgen problemas en la familia, los “*Sistemas de Relación*” adquieren mayor importancia para la solución de problemas, en comparación con la implementación de soluciones individuales, sustentando el dicho “*dos cabezas piensan más que una*”.³⁴

La familia con adolescentes, a la que se denomina como “*Cristalizada*” de acuerdo con el “*Ciclo de Vida Familiar*” propuesto por Stevenson, requiere desarrollar mayor flexibilidad, con la finalidad de brindar independencia a los adolescentes y sus necesidades de autonomía. Esta situación, en el caso de que no se maneje en forma adecuada, puede representar el origen de diversos conflictos.³⁴

El concepto de “*Sistemas Familiares*” fue desarrollado por Gabriel Smilkstein en el año de 1968, quien enfatizó la importancia sobre las interacciones entre los integrantes de la familia y el impacto de conflictos, crisis y recursos disponibles.³⁵

La “*Cohesión Familiar*” se conceptualizó para ser hacer referencia al grado de compromiso, ayuda y apoyo que los integrantes de la familia se proporcionan entre sí. Los niveles de “*Cohesión Familiar*” implican aspectos tanto positivos como negativos. Así, niveles importantes de “*Cohesión Familiar*” conducen a una dependencia significativa y, bajos niveles reflejan un escaso apoyo familiar que puede conducir a “*disfunción familiar*”. Asimismo, un bajo nivel de *cohesión*, ocasiona escasa individualización y menor madurez psico-emocional del adolescente.³⁶

Por otra parte, la familia desempeña una función primordial como agente de socialización. Diversas investigaciones demuestran que la conducta “*de riesgo*” del adolescente puede

modificarse de acuerdo con la influencia familiar, incluyendo una *Paternidad* efectiva (con apoyo y disciplina consistentes).

Está demostrado que al evitar procesos familiares coercitivos durante la niñez, se reforzará una conducta socialmente responsable en el niño y reducirá el riesgo para presentar problemas conductuales durante la adolescencia.³⁷

Factores Familiares Relacionados con la Autonomía del Adolescente

Se refiere que la búsqueda de autonomía constituye un factor psicosocial crítico en el desarrollo de la adolescencia. Esta búsqueda con frecuencia ocasiona una etapa de preocupación en los padres y desequilibrio en el sistema familiar.^{27, 37}

Se define a la “*Autonomía*” como la capacidad para tener una “*conducta independiente y realizar las cosas por uno mismo*”.³¹ Es evidente que los niños durante todas las etapas de desarrollo busquen autonomía; sin embargo, dicho estado de independencia puede lograrse de manera realista hasta la adolescencia. A pesar de que el adolescente puede tener las características de un adulto (intelectuales, emocionales y cognitivas), una parte importante de la sociedad dificulta su incorporación al mundo de los adultos. Por ejemplo, “*el adolescente ya creció, pero depende de sus padres*”, “*el adolescente es físicamente maduro, pero aún no puede casarse*”. Sin duda, es una situación que puede originar estrés y tensión entre el adolescente con sus padres, con el sistema familiar y la sociedad.^{9, 27, 31}

Steinberg puntualizó que la autonomía implica tres clases de independencia:³⁸

- *Emocional*.- Comprende las relaciones cercanas del individuo
- *Conductual*.- Implica la capacidad para tomar decisiones y actuar en consecuencia.
- *De valores*.- Desarrollo de un conjunto de principios en relación con “*lo bueno y lo malo*”, “*lo correcto y lo incorrecto*”.

Asimismo, Steinberg afirmó que el nivel de sofisticación en términos del desarrollo de autonomía emocional y de valores, influye directamente sobre la capacidad para alcanzar una adecuada autonomía conductual.³⁸

Es importante señalar que la familia entra en competencia con el grupo de amistades o compañeros de influencia sobre el adolescente. La familia que facilita los esfuerzos del adolescente hacia la obtención de independencia, desempeña un grado mayor de influencia sobre el adolescente, en comparación con el grupo de amistades.

En consecuencia, los padres y sistemas familiares que no funcionan adecuadamente pueden ejercer menor grado de influencia respecto al grupo de amigos.³⁹

Estilos de Paternidad

Un factor que se considera muy importante reside en la forma que los padres pueden intentar ejercer control sobre el adolescente. Sin duda, la magnitud y clase de control que los padres ejercieron cuando fue niño, tiene importantes implicaciones para el desarrollo de su autonomía durante la adolescencia.⁴⁰

A las estrategias para ejercer control sobre los niños usualmente se les clasifica en dos categorías o estilos:

- Guiada por el amor
- Estilo autocrático

El estilo amoroso o que es guiado por el amor, al parecer resulta más adecuado para el desarrollo en el adolescente en una conducta responsable, favoreciendo el control interno y desarrollo de emociones maduras. Por otra parte, el estilo autocrático conduce a una “obediencia ciega” y sensación de conformidad únicamente cuando los padres se encuentran presentes. Claramente dicho estilo impacta de manera negativa sobre la independencia del adolescente.⁴¹

Baumrind⁴² postuló que existen tres estilos de paternidad con influencia sobre el desarrollo de autonomía del adolescente:

- *Autoritario*.- Se fundamenta en la obediencia y castigo. Puede originar dependencia y actitudes antisociales.
- *Permisivo*.- Los padres proporcionan libertad para el desarrollo de autonomía. Lo difícil es determinar qué tanta libertad es el nivel adecuado. Este criterio varía entre los padres y los profesionales que trabajan con adolescentes. Puede causar que el adolescente considere a su grupo de amistades con mayor influencia que su familia.
- *Autoridad*.- Los padres guían las actividades del adolescente de manera racional y orientada por las circunstancias. Al parecer es el estilo más efectivo para el desarrollo de responsabilidad social e independencia. Los padres favorecen la toma de decisiones, pero ellos mismos imponen límites.

El estilo de paternidad que parece promover mejor la autonomía en el adolescente incluye un enfoque guiado por el amor, integrando una autoridad que favorece la independencia pero estableciendo límites.⁴³

Interacción Familiar y Conflicto

El término interacción se define como “*dos o más individuos que se comunican en un proceso, definiendo su relación*”. Esta definición es crítica, ya que implica que el proceso de interacción no es unidireccional, sino recíproco. Montemayor⁴⁴ indicó que los conflictos de interacción se incrementan durante la adolescencia temprana y disminuyen en la adolescencia tardía, indicando que esta situación pudiera explicarse por motivos que incluyen cambios biológicos y la búsqueda de identidad.

La mayoría de los conflictos ocurren usualmente en situaciones cotidianas de la familia incluyendo, labores escolares, vida social, amistades, etc.

Silverberg y Steinberg³⁸ indicaron que el conflicto con los padres desempeña una función importante para el desarrollo de la autonomía del adolescente. Una familia libre de situaciones de conflicto conduce a miedo ante la separación e independencia. Sin embargo, también es importante la magnitud de conflicto que puede considerarse funcional para promover la autonomía. Es claro que conflictos intensos y prolongados entre adolescentes y sus padres, pueden ocasionar problemas para ambas partes. Un grado moderado de conflicto, particularmente durante la adolescencia temprana, parece importante para el desarrollo de autonomía. Según algunos autores término moderado se refiere a una interacción conflictiva entre padres y adolescente, que ocurre de manera intermitente y en situaciones cotidianas.⁴⁵

Es importante señalar que la estructura de la familia (ej. divorcio) puede tener menor relevancia, en comparación con la percepción que tiene el adolescente respecto el grado de conflicto dentro de la familia, que efectivamente representa el factor dominante para la autonomía del adolescente.⁴⁵

EL BIENESTAR DEL ADOLESCENTE Y EL ENTORNO FAMILIAR

El *Bienestar* se define como el grado en que una persona juzga globalmente su vida en términos favorables e indica la manera en que evalúa la vida, incluyendo la satisfacción personal, experiencias positivas y ausencia de síntomas depresivos. Está demostrado que el *Bienestar* puede experimentar variaciones circunstanciales en función de diversas influencias personales, sociales y culturales. El *Bienestar* se vincula de manera importante

con estados emocionales positivos; pero constituye un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de estados emocionales positivos a lo largo del tiempo. Representa una dimensión evaluativa, conformada por la valoración que hace cada persona de su *Estilo de Vida*.⁴⁶

Al respecto, Ryff⁴⁷ considera que el *Bienestar* no significa ausencia de malestar (o trastorno psicológico); tiene otros componentes que incluyen la autorrealización, el significado vital, ciclo vital y funcionamiento mental óptimo. Algunos otros autores relacionan el *Bienestar* psicológico con variables de personalidad, calidad de las interacciones sociales, relaciones familiares positivas y la autoestima.^{36, 46, 48}

La adolescencia se considera una etapa de desarrollo con continuos cambios y desafíos, no necesariamente negativos, al menos que ciertas condiciones socioculturales o neurobiológicas específicas los provoquen. Las experiencias de transición alteran el equilibrio afectivo y la percepción subjetiva y objetiva de *Bienestar*.⁴⁸

La salud de los adolescentes, especialmente la *salud mental*, es un elemento muy importante para el desarrollo de la sociedad y los países.⁴⁶ Al respecto, Gómez-Bustamante *et al*⁴⁶ realizaron un estudio en el que reportaron los predictores asociados significativamente con el *Bienestar* general de los adolescentes que correspondieron el tener una elevada autoestima y una familia funcional.

En otro estudio Casullo *et al* informaron que algunos adolescentes percibían menor *Bienestar* psicológico y sus preocupaciones más frecuentes se relacionaban con la autoimagen y la autopercepción que son dimensiones asociadas con la autoestima.⁴⁹

De igual manera, Haquin *et al* refirieron que los principales factores de riesgo para experimentar alteraciones en la salud mental fueron falta de destrezas sociales, pertenencia a un grupo, baja autoestima y situación familiar disfuncional.⁵⁰

Garaizordobil *et al*⁵¹ comunicaron resultados similares al observar que los adolescentes con elevadas puntuaciones en tests de autoestima, mostraban mayor probabilidad de encontrarse emocionalmente estables, con sentimientos de *Bienestar* y bajo nivel de impulsividad. Estos autores indicaron que la autoestima se relaciona de modo bidireccional con el *Bienestar*. Así que cuando la valoración de la vida es negativa, la autoestima usualmente también decrece.

La evidencia señala que la autoestima se correlaciona significativamente con el *Bienestar* general. Así como también con la estabilidad emocional de los adolescentes, disminuyendo el riesgo para desarrollar psicopatología.⁴⁶

En relación con el *Bienestar* general y funcionalidad familiar, Gómez-Bustamante *et al*⁴⁶ señalaron que existe una asociación significativa entre ambos elementos. De igual manera, Casullo *et al*⁴⁹ describieron algunos adolescentes que percibían menor sensación de *Bienestar* y simultáneamente expresaban inconformidad con la calidad de sus vínculos familiares.

Por otra parte, está demostrado que la familia constituye uno de los elementos más importantes en la red de apoyo social del joven y, representa un espacio contenedor de ansiedades propias del proceso de desarrollo que se está experimentando. La carencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y autoimagen en el adolescente con mayor riesgo para desarrollar psicopatología.⁵²

Al parecer las familias funcionales y una elevada autoestima, ejercen un rol modulador y modelador para el desarrollo de factores de riesgo para experimentar psicopatología temprana, es decir, constituyen factores protectores del *Bienestar* emocional en los jóvenes.^{46, 49, 51, 52}

Comunicación Padres – Adolescente.- Diversas investigaciones señalan que aproximadamente 75% de los padres (usualmente la madre) manifiesta tener una adecuada comunicación con su hijo adolescente. En otros estudios, se indica que 32% de los adolescentes de 15 años refieren dificultad para conversar con su madre sobre “*cuestiones que les preocupan*”. Sin embargo, la dificultad de comunicación resulta aún peor con el padre, ya que 53% de mujeres adolescentes y 42% de hombres adolescentes reportan que es difícil ó sumamente difícil dialogar con su padre sobre “*temas que les preocupan o inquietan*”.⁵³

Algunos investigadores indican que una comunicación abierta y saludable resulta tener gran importancia durante la adolescencia. En los adolescentes que tienen comunicación con sus padres, se registra menor probabilidad de involucrarse en conductas consideradas de riesgo, incluyendo tabaquismo, riñas y de índole sexual.⁵³

Por otra parte, la evidencia disponible indica que el dialogar los padres e hijos respecto al consumo del alcohol no muestra relación con el intento de retrasar la edad en la que inicia el consumo de bebidas alcohólicas. Asimismo, existe evidencia insuficiente de que este factor pudiera influir sobre el consumo de alcohol durante etapas posteriores. Esta situación pareciera ser contradictoria, en virtud que se considera al diálogo de los padres con sus hijos un aspecto importante que contribuye al desarrollo de actitudes y conductas responsables.^{52, 53}

Calidad de la Relación Padres – Adolescente.- En relación con la convivencia entre los padres con sus hijos adolescentes, se indica que el elemento clave es la calidad o grado de satisfacción que el adolescente percibe, y no la cantidad de la misma. Inclusive, los padres que no residen en el mismo domicilio, pueden impactar benéficamente sobre el bienestar de sus hijos a través de mantener relaciones emocionales cercanas y de calidad. Así, algunos investigadores señalan que los adolescentes que experimentan relaciones cercanas y afectuosas con sus padres, prefieren evitar la realización de conductas que pudieran comprometer dicha relación. De igual forma, los padres que físicamente no pueden supervisar la conducta de sus hijos, la infieren con bastante exactitud a través de mantener una convivencia honesta y de calidad.³⁶

En relación con lo anterior, resulta importante señalar que la cercanía emocional entre padres e hijos adolescentes, puede influir sobre el adolescente para que desarrolle menores probabilidades de consumir alcohol, o participe en conductas de riesgo, siempre y cuando los padres manifiesten una conducta coherente que funcione como un modelo (p ej que no sean consumidores de bebidas alcohólicas).³⁷

Supervisión o Monitoreo por parte de los Padres.- La supervisión por parte de los padres saber las actividades que realiza su hijo fuera del horario escolar, así como conocer sus amistades y actividades que realizan. Esta actividad de supervisión, cuando se combina con legítimo apoyo parental, demuestra tener un efecto muy positivo al incrementar la autoestima del adolescente y favorecer su desempeño académico. Además, la supervisión por parte de los padres se asocia con la realización menos frecuente de conducta de internalización, como es la tendencia al aislamiento y la depresión. Aproximadamente, 88% de adolescentes refieren que sus padres saben dónde pueden localizarlos después del horario escolar. Asimismo, 80% de los padres de adolescentes indica conocer todas o casi todas las amistades de su hijo.⁴⁸

Estilo de Vida Saludable.- Al estilo de vida se define como el conjunto de pautas y hábitos de comportamiento cotidianos de una persona y, también como aquellos patrones de conducta individual que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos estables,, que pueden constituirse en favorecedoras tanto de riesgo como de seguridad.^{36, 52}

Hábitos Alimentarios.- La adolescencia es una etapa en la que existe un importante riesgo para que se desarrollen trastornos en la imagen corporal. Los hábitos alimentarios en familias con disfunción, presentan irregularidades en cuanto a regímenes

nutricionales, con predominio de comida hipercalórica, horarios irregulares para consumir alimento, así como también irregularidades en la compra y preparación de alimento. En muchas ocasiones, el adolescente se encarga de preparar sus propios alimentos o bien, consume alimento en casas de sus amigos o compañeros. Lo anterior, se establece como factores de riesgo nutricionales, que pueden originar trastornos alimentarios relacionados con la imagen corporal y, conducir al desarrollo de hábitos y modelos dietéticos y de actividad física que favorezca el desarrollo de enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad y trastornos metabólicos y cardiovasculares.²⁸

La proporción de adolescentes en familias disfuncionales que se percibe así mismo como “*muy delgados*” es aproximadamente 23%, estimándose que 20% se percibe como “*muy obesos*”, en comparación de las familias con moderado grado de disfunción (15 y 45%, respectivamente).²⁸

Consumo de Alcohol- Hábitos Tóxicos- A nivel internacional existe una creciente preocupación en relación con el daño que ocasiona el consumo de alcohol por los adolescentes, incluyendo lesiones físicas, violencia, delincuencia, prácticas sexuales de riesgo y bajo desempeño académico. En este grupo de edad, se ha demostrado que el consumo de bebidas alcohólicas se asocia de manera significativa con un incremento en tasa de mortalidad. Diversas publicaciones sustentan que hasta el 40% de quienes comienzan a consumir alcohol a una edad temprana – *antes de los 15 años* – representa una proporción de individuos que tendrán problemas relacionados con dependencia al alcohol durante etapas posteriores de la vida.⁵⁴

Estudios recientes indican que más del 80% de adolescentes en Gran Bretaña y Australia, han consumido alcohol hacia los 15 años de edad; de los cuales, 25% lo ha consumido a niveles considerados de riesgo hacia la edad de 16 años.⁵⁴

En algunos estudios de tipo longitudinal, se han investigado diversos factores de riesgo que pueden asociarse con el uso y consumo de alcohol en la etapa de la adolescencia, y evaluando algunas variables relacionadas con el estilo de vida de los padres o tutores.

Indican que los padres o tutores pueden influir para retardar la edad a la que el adolescente inicia el consumo de alcohol y reducir sus potenciales consecuencias. Entre las variables investigadas con mayor consistencia se incluyen:⁵⁴

- *El Ejemplo o Modelo de los padres.-* Existe evidencia que el ejemplo proporcionado por los padres al consumir bebidas alcohólicas, influye tanto para iniciar a una edad temprana el consumo de alcohol por parte de sus hijos, así como para consumir mayor cantidad de alcohol en etapas posteriores.⁵⁵

- *Provisión de bebidas alcohólicas por parte de los padres.*- La evidencia indica que cuando los padres proporcionan a sus hijos adolescentes un fácil acceso al alcohol se asocia tanto con el inicio a una edad temprana en el consumo de alcohol, así como con mayor consumo en etapas posteriores. Este aspecto es controversial, ya que se refiere que los padres proporcionan alcohol a sus hijos adolescentes con la intención de que consuman alcohol bajo *supervisión directa*. Al respecto, numerosos padres consideran que esta conducta representa la mejor forma para prevenir problemas relacionados con el consumo de alcohol y actúan con la intención de poder desmitificar el consumo de bebidas alcohólicas ante sus hijos. Esta “*normalización*” sobre el consumo del alcohol tiene por objeto que el adolescente considere el consumo de bebidas alcohólicas como – *Ni es la gran cosa* - .⁵⁴ Sin embargo, la evidencia apunta hacia la dirección opuesta; es decir, en que una actitud de normalización, incrementa el riesgo en los adolescentes.⁵⁵
- *Disciplina.*- Existe un sólo trabajo publicado respecto la función que desempeña la disciplina sobre el consumo de alcohol por los adolescentes, por lo que se requiere mayor cantidad de investigaciones para obtener conclusiones válidas.⁵⁶
- *Reglas familiares sobre el consumo de alcohol.*- La evidencia disponible indica que no existe relación entre este rubro con respecto a retrasar la edad en los adolescentes que inician el uso de bebidas alcohólicas.⁵⁵

PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Diversos trabajos de investigación nos muestran que tanto el Funcionamiento Familiar como la conducta de los padres (estilos de vida) desempeñan una función importante en relación con el *Bienestar* del adolescente.⁵⁷

Se refiere que el Funcionamiento Familiar describe una “*mallá invisible*” de complejos patrones de interacción que regulan las relaciones “*día a día*” entre los integrantes de la familia.⁵⁸

Olson y Gorall señalaron que el Funcionamiento Familiar efectivo incluye niveles moderados de cohesión y flexibilidad; es decir, un equilibrio entre *cercanía* – *calidad* en las relaciones y la individualidad, liderazgo con equidad, enfoque democrático frente a la disciplina y, una comunicación efectiva.⁵⁹

En términos generales, se describen cuatro tipos de Funcionamiento Familiar:

- *Familias equilibradas* con cierto nivel de cohesión y flexibilidad.
- *Familias moderadamente equilibradas* con mayor o menor nivel de cohesión y de flexibilidad.
- *Familias no equilibradas* con predominio en uno de los componentes (cohesión o flexibilidad).
- *Familias desequilibradas* con niveles exagerados en ambos componentes.

El Funcionamiento Familiar adecuado proporciona un ambiente emocional y de organización, donde los padres son responsables de las funciones familiares que se relacionan con brindar apoyo y cuidados. El apoyo por parte de los padres se refiere al sustento de los adolescentes a través de elementos tanto económicos como al sustento de índole afectivo. El apoyo de los padres se relaciona positivamente con algunos aspectos relevantes para el Bienestar del adolescente que incluye sentido de competencia, identificación de logros, desempeño académico y autoestima, así como también satisfacción familiar.⁵⁹

Por el contrario, la falta de apoyo por parte de los padres se asocia con ausencia de estilos de vida saludable, con el consumo de alcohol y sustancias tóxicas, problemas de identificación o falta de relación con amistades, desórdenes en la conducta alimentaria y estado de ánimo depresivo.⁶⁰

Cuando un adolescente percibe apoyo por parte de sus padres, el Funcionamiento Familiar se incrementa. Las familias equilibradas tienden a crear una atmósfera cálida y flexible, con adecuadas en las relaciones emocionales y estilos de vida saludable.⁵⁷

El Funcionamiento Familiar incluye la forma en que los padres intentan influir sobre la conducta, actitudes o sentimientos del adolescente. Así, la forma de control punitivo se fundamenta en la amenaza o utilización de la fuerza, que genera una pobre satisfacción familiar, incompetencia social, escaso desarrollo moral, baja autoestima, mayor riesgo para uso de sustancias tóxicas y delincuencia. Este tipo de control predomina en familias no equilibradas.^{57 - 60}

La inducción constituye una forma de control que comunica al adolescente expectativas conductuales que tienen los padres, utilizando el razonamiento lógico y analizando las posibles consecuencias de cada conducta. Mediante este tipo de control se impacta positivamente sobre la competencia general del adolescente, en aspectos del desarrollo moral, autoestima y se favorece el desarrollo de perspectiva empática.^{57, 58}

Otra forma de control conductual se verifica a través del monitoreo, que consiste en conocer, siempre mediante interés auténtico, el horario, amistades y actividades del adolescente. El monitoreo permite que los padres se involucren y proporcionen una guía al adolescente, de manera simultánea que favorecen un desarrollo saludable. Se relaciona con menor conducta de riesgo y elevado nivel de bienestar psicosocial, así como también con relaciones familiares satisfactorias.⁴¹

INSTRUMENTOS DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

Se dispone de un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados, a los que se denomina “Instrumentos de Atención Integral a la Familia” o “Instrumentos de Evaluación de la Familia”, los cuales permiten identificar en qué medida la familia cumple con sus funciones básicas -- *Cognitiva, Afectiva y Conductual* – y cuál es el rol que puede desempeñar en el proceso salud enfermedad.⁶¹

Se reconoce a Doherty y Baird con los primeros investigadores que describieron la evaluación de la familia como parte de la atención médica primaria hacia el año de 1983.⁶² Existen numerosos instrumentos empleados para evaluar diversos aspectos referentes a la constitución y funciones de la familia, que se basan en conceptos teóricos y constituyen herramientas que pueden interpretarse fácilmente en la práctica cotidiana.⁶¹

Fundamento Teorico

Los “Instrumentos de Atención Integral a la Familia” se originan a partir de diversas teorías, incluyendo “Teorías de la Ciencia Social Familiar”, “Teoría General de Sistemas” y “Teorías de la Estructura-Función”.³⁴

La “Teoría General de Sistemas” se considera apropiada para el estudio de la familia, en virtud que se encarga de evaluar la familia como un todo; es decir, de manera integral, sin pretender evaluar a cada uno de sus integrantes. En esta teoría, la premisa subyacente, postula que los individuos pueden evaluarse de manera óptima en el contexto de su familia. Adicionalmente, la “Teoría de Sistemas” permite evaluar la familia como un

elemento que forma parte de un supra-sistema (ej. la comunidad); o bien estudian un subsistema familiar (ej. relaciones padre-hijo).⁶³

Por otra parte, ofrece una visión dinámica de la familia y su adaptación al desarrollo de cambios que ocurren durante el “ciclo de vida”. Esta teoría brinda sustento al instrumento de atención denominado “*Test de FACES*” (del inglés, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) que fue diseñado para determinar el grado de integración o desligamiento entre los integrantes de una familia.⁶⁴

El fundamento teórico del cuestionario *FFFS* (del inglés, Feethan Family Functioning Survey), consiste en un Modelo Ecológico, que se sustenta en la “Teoría de Sistemas” y en “Teorías del Desarrollo”. Este modelo, por una parte considera a la familia desde una perspectiva de sistemas; pero también, se enfoca en examinar directamente la interdependencia existente en los integrantes de la familia, tanto entre éstos como con el ambiente. El desarrollo individual y familiar ocurre como resultado de estas interacciones. Dentro de este marco conceptual, la familia se considera como un sistema dinámico en constante cambio y adaptación.⁶⁵

La “*Teoría de Sistemas Familiares*” proporciona fundamento a la *Escala del Ambiente Familiar* (FES, por sus siglas en inglés). Esta teoría cuenta con sólidas bases psicológicas y se enfoca en la manera de cómo se pueden facilitar cambios en familias con problemas.⁶⁶

La “*Teoría de la Estructura-Función*” apunta al *APGAR* familiar. En esta teoría se considera la familia desempeñando un sistema social, pero se enfoca en funciones familiares. Algunos ejemplos de funciones familiares incluyen la satisfacción de necesidades psicológicas de sus integrantes, satisfacción de necesidades físicas (comida, vestido) y de socialización. En este modelo se enfatizan las relaciones existentes entre los integrantes de la familia, su estructura y capacidad para cumplir con las funciones familiares.³⁵

El Modelo de “*Función Familiar de McMaster*” también se fundamenta en la “Teoría de Estructura-Función” y describe las características organizacionales de la familia. Asimismo, indica los patrones de transacción que se verifican en sus integrantes.³⁴

Desempeño Psicométrico

Es fundamental que un instrumento de evaluación tenga confiabilidad y validez. Una herramienta de evaluación se considera confiable cuando mide de manera consistente un atributo o característica. Una escala confiable debe tener 3 características: ⁶⁷

- Homogeneidad.- Significa que todos los ítems en un instrumento miden el mismo concepto.
- Estabilidad.- Se refiere a la capacidad del instrumento de producir resultados similares en aplicaciones repetitivas.
- Equivalencia.- Se refiere al grado de acuerdo entre las observaciones que se obtienen utilizando el mismo instrumento.

Por otra parte, un instrumento se considera válido cuando proporciona información que debe proporcionar. Existen tres formas de validez: ⁶⁷

- Validez de contenido.- Cuando los ítems de un instrumento representan adecuadamente el contenido del concepto que pretende medir.
- Validez de criterio.- Corresponde al grado con el cual el sujeto que responde la encuesta se correlaciona con la conducta actual del sujeto.
- Validez de constructo.- Magnitud en que una prueba mide el constructo que se está examinando.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la etapa de la adolescencia ocurren cambios importantes que se reflejan en todas las esferas del individuo, pudiendo ocasionar tensiones capaces de alterar el desarrollo del proceso de socialización.⁶⁸

Las tensiones en la *Función Familiar* se asocian con resultados negativos de índole cognoscitivo, conductual y afectivo, que impactan de manera directa sobre el *Bienestar* del adolescente a través de embarazos no planeados, consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas), enfermedades de transmisión sexual, bajos niveles de autoestima e incremento en la frecuencia de trastornos depresivos.⁷⁰

El interés por llevar a cabo el presente estudio reside que en nuestro país, 68% de los adolescentes refiere consumo de alcohol por lo menos una vez en la vida y, 41.3% refiere haber consumido alcohol en el último mes. El uso y abuso de alcohol en los jóvenes se vincula con un incremento en conductas de riesgo, reflejándose en cifras alarmantes de mortalidad e incapacidad permanente ocasionadas por accidentes. Asimismo, el uso y abuso de alcohol se relaciona con un incremento en conductas violentas y mayor delincuencia. Lo anterior, obliga al Médico Especialista en Medicina Familiar a revisar de manera constante los instrumentos de detección, conceptos teóricos y las intervenciones para estar acordes con las características que viven los adolescentes y tener la capacidad de desarrollar intervenciones particularmente preventivas.

Por lo anterior, en el presente estudio se pretendió responder el siguiente cuestionamiento:

¿Existe una asociación entre la *Funcionalidad Familiar* en el adolescente con síntomas de *Depresión* y el consumo de bebidas alcohólicas?

JUSTIFICACIÓN

Como médicos especialistas en el área de Medicina Familiar, tenemos la responsabilidad de atender la salud de los adolescentes que representa un aspecto muy importante para el desarrollo de la sociedad y de nuestro país. En el ámbito de esta especialidad, se mantiene la preocupación por el Bienestar y Calidad de vida de nuestros pacientes que atraviesan por esta etapa de desarrollo.⁷³

Durante esta etapa, una de nuestras acciones consiste en evaluar la Función Familiar en la que se desenvuelven nuestros pacientes adolescentes y su asociación con el nivel de Bienestar.^{60,}

El presente trabajo pretendió evaluar la asociación entre la Funcionalidad Familiar con dos aspectos fundamentales para el Bienestar del adolescente. Uno de ellos, es la presencia de Depresión, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la segunda causa de morbilidad en individuos con edades entre los 15 a 44 años, que se acompaña de consecuencias conductuales como el denominado “*bullying*” o intimidación, disminución en el rendimiento escolar, trastornos en relaciones interpersonales, trastornos en la imagen corporal favoreciendo el desarrollo de alteraciones alimentarias como la bulimia en un extremo y la obesidad en el otro.^{73, 74}

El otro aspecto relevante se refiere al incremento en el uso y consumo de bebidas alcohólicas. En nuestro país, Villatoro *et al* señalaron que el 68% de los adolescentes refiere consumo de alcohol por lo menos una vez en la vida y, 41.3% refiere haber consumido alcohol en el último mes. El uso y abuso de alcohol en los jóvenes se vincula con un incremento en conductas de riesgo, reflejándose en cifras alarmantes de mortalidad e incapacidad permanente ocasionadas por accidentes. Asimismo, el uso y abuso de alcohol se relaciona con un incremento en conductas violentas y mayor delincuencia.^{76.}

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 reveló un aumento importante en el consumo de alcohol entre los adolescentes y ubica como un problema grave el acceso que tiene esta población a las bebidas alcohólicas. Según especialistas, los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de bebidas embriagantes representa la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años. Sólo en el Distrito Federal, 80 por ciento de las pruebas que se realizan en los *operativos* del programa Conduce sin Alcohol (alcoholímetro) son en personas menores de 30 años de edad.

Por otra parte, La Secretaria de Salud del Distrito Federal señala que el consumo de alcohol y tabaco en la ciudad de México está arrancando entre los jóvenes de 11, 12 y 13

años de edad, por lo exhortó a los padres de familia a vigilar a sus hijos. Además, en sus comunicaciones indica que se ha visto que cuando los jóvenes salen de los antros, ya con alcohol, obviamente no hacen conciencia del riesgo ni de tener sexo seguro, y de ahí el incremento de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes.

Independientemente que se delimiten las características generacionales de los adolescentes, es un hecho que presenciamos cambios continuos y a ritmo acelerado en diversos aspectos de índole social, como por ejemplo una increíble disponibilidad de recursos tecnológicos, implementación de extensas redes sociales, etc. La trascendencia que pretende este trabajo es comunicar al Médico Especialista en Medicina Familiar la continua necesidad de revisar de manera constante los instrumentos de detección, conceptos teóricos y las intervenciones para estar acordes con las características que viven los adolescentes y tener la capacidad de desarrollar intervenciones particularmente preventivas y de vanguardia encaminadas para la Salud y Bienestar de nuestros pacientes adolescentes en esa etapa de desarrollo.

HIPÓTESIS

Al ser un estudio de tipo descriptivo, se consideraron las siguientes hipótesis de trabajo:

- Existe asociación estadísticamente importante entre la Función Familiar y la Depresión clínicamente significativa. Se estima una frecuencia de Depresión en 75% de los alumnos adolescentes y, de éstos, 40% manifiesta la apreciación de disfunción familiar.

- Existe asociación significativa entre la presencia de Depresión y el consumo de bebidas alcohólicas en alumnos adolescentes. Se estima que 40% de los alumnos con Depresión refiere consumo de bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días.

- Existe asociación significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y la función familiar. Se estima que de los alumnos que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, el 25% manifiesta disfunción familiar importante.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer la frecuencia de Disfunción Familiar y su relación con Depresión y con uso de bebidas alcohólicas en adolescentes.

Objetivos Específicos

- Evaluar la relación entre la presencia de Depresión y el consumo de bebidas alcohólicas en alumnos adolescentes que asisten a la Escuela Secundaria Oficial No. 98 "Maestro Antonio Caso".
- Evaluar la asociación entre consumo de bebidas alcohólicas con alteraciones en la Función Familiar.
- Conocer el impacto sobre la calidad de vida o bienestar de los adolescentes respecto la función familiar, la depresión y el uso de alcohol.

MATERIAL Y MÉTODO

UNIVERSO DEL ESTUDIO

Alumnos de 3er Grado, que asistieron a la Escuela Secundaria Oficial No. 98 "Maestro Antonio Caso" en el ciclo escolar 2011-2012.

ÁREA DE TRABAJO

Plantel de la Escuela Secundaria Oficial No. 98 "Maestro Antonio Caso".

El plantel consta de cinco grupos por grado con 50 alumnos cada uno.

Dirección: Avenida Río Hondo s/n

Col. San Antonio Zomeyucan

Naucalpan de Juárez

Estado de México.

TIPO DE ESTUDIO

Al presente trabajo se le clasificó de la siguiente forma:

- OBSERVACIONAL
- TRANSVERSAL
- DESCRIPTIVO
- PROSPECTIVO

PERÍODO DE TIEMPO DEL ESTUDIO

03 de octubre del 2011 al 30 de septiembre de 2012

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos con edad comprendida entre 15 a 16 años.
- Alumnos inscritos en el turno escolar matutino.
- Alumnos inscritos en el tercero de secundaria.
- Alumnos inscritos en el ciclo escolar 2011 - 2012

Criterios de no inclusión (exclusión)

- Alumnos que decidieron no participar.
- Alumnos que no asistieron a labores escolares el día que se aplicaron las herramientas de evaluación.

Criterios de eliminación

- Alumnos cuyas encuestas tengan respuestas incompletas.

MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de todos los alumnos que cumplieron con los criterios de selección durante el período del estudio. ⁷⁷

Definición operacional de las variables

	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa discreta	Razón
Género	Clasificación de las personas con base en características corporales biológicas y fisiológicas que definen hombres y mujeres, macho y hembra (OMS).	Masculino Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal
Escolaridad	Tiempo durante el cual la persona asiste a la escuela o cualquier centro educativo	Básica Media Superior	Cualitativa	Ordinal
Tipo de Familia	Forma de organización familiar	Nuclear Extensa Reconstituida Adoptiva	Cualitativa policotómica	Nominal

Instrumentos

APGAR Familiar

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas que pretenden evidenciar el estado funcional de la familia. El entrevistado registra su opinión respecto la funcionalidad de su familia, para algunos temas clave considerados, diseñados o formulados como indicadores de las principales funciones de la familia.

Es un instrumento relativamente reciente, diseñado en el año de 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein, en la Universidad de Washington.³⁵

Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben su funcionamiento y pueden manifestar o expresar el grado de satisfacción individual con el cumplimiento de sus parámetros básicos.³⁴

El término *APGAR* funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Estas funciones se resumen en el *Cuadro I*.⁶¹

De manera reciente, Gómez-Clavelina y Ponce efectuaron un análisis para revisar el APGAR familiar, de acuerdo con las características metodológicas propias de los instrumentos de medición en sociomedicina, con objeto de proponer un ajuste en la escala para interpretación de los resultados del test de APGAR familiar, que optimizara la congruencia entre los constructos, reactivos e interpretación. Para ello, los autores aplicaron el APGAR familiar a un total de 1, 321 personas con edades comprendidas entre 15 a 96 años. En sus resultados indicaron una adecuada correlación tanto en el promedio intervariables (0.41) como en la covarianza intervariables (0.159). Asimismo, los autores realizaron un Análisis de Varianza obteniendo diferencias altamente significativas ($p < 0.001$) entre las variables, indicando diferencias importantes entre las respuestas de la muestra al considerar como interpretación una escala con Alta Satisfacción familiar de 7 a 10 puntos, Moderada Satisfacción de 4 a 6 puntos y Baja Satisfacción de 0 a 3 puntos. Mediante esta escala, los autores reportaron una buena consistencia interna correspondiente a un valor de 0.770 en el alfa de Cronbach.^{61,67,78}

Cuadro I

Funciones de la Familia evaluadas por el APGAR familiar

Funciones	Contenido
Adaptación	Evalúa la forma en que los miembros de la familia, utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y períodos de crisis, para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.
Participación	Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.
Ganancia	Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.
Afecto	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia, dentro del grupo familiar.
Recursos	Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica familiar.

Test de AUDIT

El *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) fue desarrollado para identificar el consumo, nivel de riesgo y perjudicial de alcohol por Saunders, Aaland, Babor, De la Fuente y Grant (1993). Este instrumento de tamizaje fue retomado y validado en el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁷⁹

La OMS recomienda utilizar el AUDIT en la atención primaria, puesto que permite identificar consumos de riesgo y, cuando la puntuación es elevada, sugiere dependencia. En este instrumento, la caracterización de riesgo de dependencia y consumo perjudicial de alcohol, se ha demostrado que es consistente con el descrito por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.⁷⁹

La consistencia interna del AUDIT se ha estimado en rangos que oscilan entre 0.75 a 0.94 (valores alpha) en diferentes poblaciones. Para detectar niveles de riesgo, la mayoría de los estudios recomienda utilizar un punto de corte de 8.^{79, 80}

El AUDIT consta de 10 reactivos. El instrumento en sus primeros tres reactivos se refiere a la frecuencia de consumo, otros cuatro reactivos evalúan la dependencia y, tres más se refieren a problemas relacionados con el consumo de alcohol. Los resultados se categorizan en: Bajo riesgo de 0 a 7 puntos; moderado riesgo de 8 a 15 puntos; alto riesgo entre 16 a 19 puntos y, dependencia mayor o igual a 20 puntos.⁸⁰

En nuestro país, Gómez-Maqueo et al (2009) publicaron un estudio sobre la validación del AUDIT mediante su aplicación en 983 alumnos de nivel bachillerato. A través de un análisis factorial de componentes principales, estos autores plasman en sus resultados la existencia de dos factores que explican el 53% de la varianza total del AUDIT. Asimismo, reportaron un valor de 0.82 correspondiente al coeficiente alpha. Estos investigadores concluyeron que esta escala es válida y confiable en su aplicación en población de estudiantes de bachillerato mexicanos.⁸⁰

Cuestionario de depresión de BECK

La escala de Depresión de Beck es uno de los instrumentos más empleados en la evaluación de síntomas depresivos en adolescentes y adultos.⁸¹

Esta escala, incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser relación a la forma que se ha sentido el sujeto al que se le aplica en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo)

a 4 (severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima puntuación a obtener.⁸¹

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a 9 refleja la ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos; de 10 a 16 indica una depresión media; de 17 a 29 reflejará una depresión moderada y puntuaciones de 30 a 63 indican una depresión severa.⁸²

El estudio de validez y reproductibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo et al (1991) en el cual se aplicó la EDB a 96 pacientes que acudían a un hospital de tercer nivel de la ciudad de México (Instituto Nacional de cardiología “Dr. Ignacio Chávez”).⁸³

Se puede concluir que la versión en español de la EDB posee propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos en poblaciones de habla hispana debido a los diversos resultados clinimétricos obtenidos en los estudios realizados en los que fue aplicado el instrumento en México y en otras poblaciones de habla hispana.⁸³

Cuestionario SF-36

Es utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigación relacionada con la salud. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar. Permite valorar numéricamente diferentes aspectos de la salud de la persona, y es una herramienta excelente para cualquier investigación relacionada con la salud. Contiene 36 preguntas que abordan diferentes aspectos relacionados con la vida cotidiana de la persona que resuelve el cuestionario. Estas preguntas se agrupan y miden en 8 apartados que se valoran independientemente y dan lugar a 8 dimensiones que mide el cuestionario y son: Funcionamiento Físico, limitación por problemas físicos, Dolor corporal, Funcionamiento o rol social, Salud mental, Limitación por problemas emocionales, Vitalidad, energía o fatiga, Percepción general de la salud.

Procedimiento

Una vez que se registró el protocolo de investigación correspondiente en el Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM):

1. Se procedió a formalizar la autorización por escrito del maestro Armando Cupul Beltrán, director del plantel, para la realización del presente trabajo de investigación.
2. Se impartió al alumnado una plática informativa en cada una de las aulas del plantel, explicando la naturaleza del estudio. Asimismo, se explicó brevemente en que consistía cada uno de los cuestionarios que se aplicaron. A todos los participantes se les garantizó su participación anónima y la confidencialidad de sus respuestas y se enfatizó que su participación fue en todo momento voluntaria.
3. A cada alumno se proporcionó un folder conteniendo una hoja con datos generales, el test de APGAR, la escala de Depresión de Beck y el test AUDIT, que fueron respondidos en el aula de clases.

Implicaciones Éticas

En el presente estudio se mantuvo observancia al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título Segundo: “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”. Por las características del estudio, no se requirió de consentimiento informado por escrito del paciente o representante legal. Adicionalmente, se mantuvo la confidencialidad de los pacientes de acuerdo a la NOM-168SSA1-1998, del expediente clínico. Numeral 5.6.

Por otra parte, se mantuvo observancia a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial :

“Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983, por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, por la 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, por la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Adicionalmente, con la Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la MM, Washington 2002, por la Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 y 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008”. Principalmente en los numerales 3,

6, 7, 11, 12, 14, 16, así como en el Apartado C: “PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA” en los numerales 31 a 35 (Anexo I).

Análisis Estadístico

La información recolectada se analizó con estadística descriptiva de acuerdo con métodos convencionales. Los datos evaluados en escala nominal (observaciones cualitativas) se describieron en términos de porcentajes o proporciones. Además, la información se resumió en tablas de frecuencia y se elaboraron gráficas fragmentarias (de pastel) o bien, gráficas de barras. Los datos evaluados en escala numérica (observaciones cuantitativas) se describieron en términos de porcentajes o proporciones, media aritmética (promedio) y desviación estándar. La información se representó visualmente con gráficas de líneas.

Para contrastar diferencias entre las variables numéricas se utilizó prueba *t* de Student considerando un valor de 0.05 como significativo. Adicionalmente, la asociación entre variables se realizó con análisis de correlación de Pearson, considerándose un valor 0.05 como indicativo de significancia estadística. La totalidad del análisis se realizó utilizando el programa estadístico Stata versión 10, Stata Corporation, College Station, TX, EE.UU.

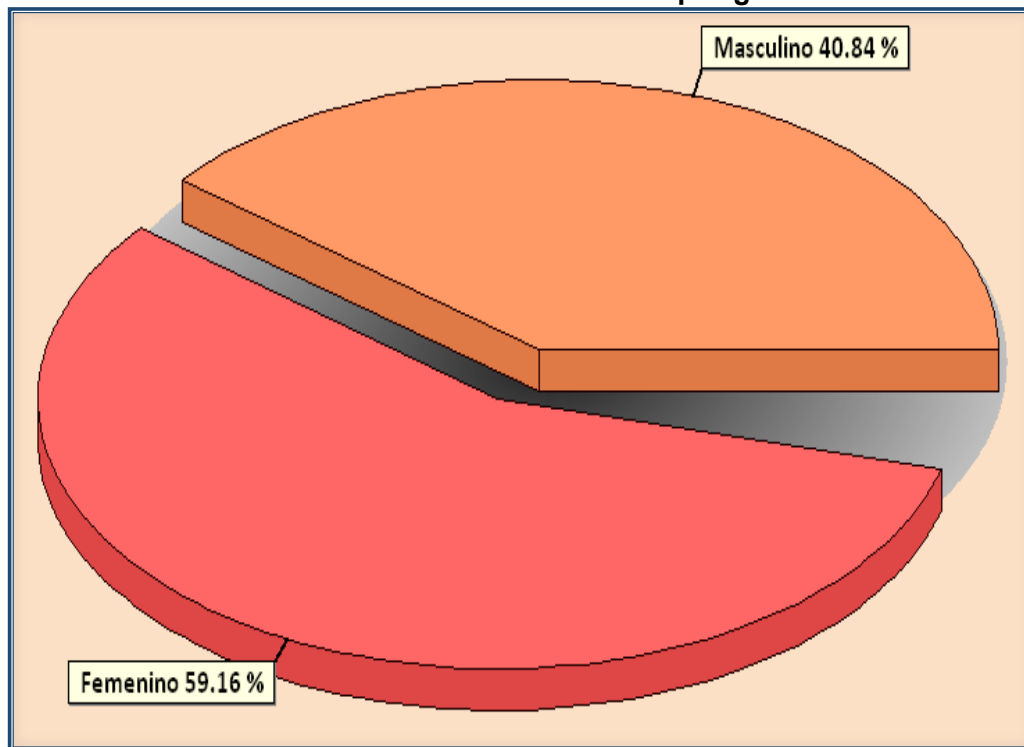
RESULTADOS

Edad y Género

Se evaluó un total de 191 adolescentes con edad promedio ($\pm s$) de 14.09 ± 0.38 años (rango, 13–16) y su distribución por género se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Distribución de adolescentes por género



Género	Número	Porcentaje
Masculino	78	59.2
Femenino	113	40.8

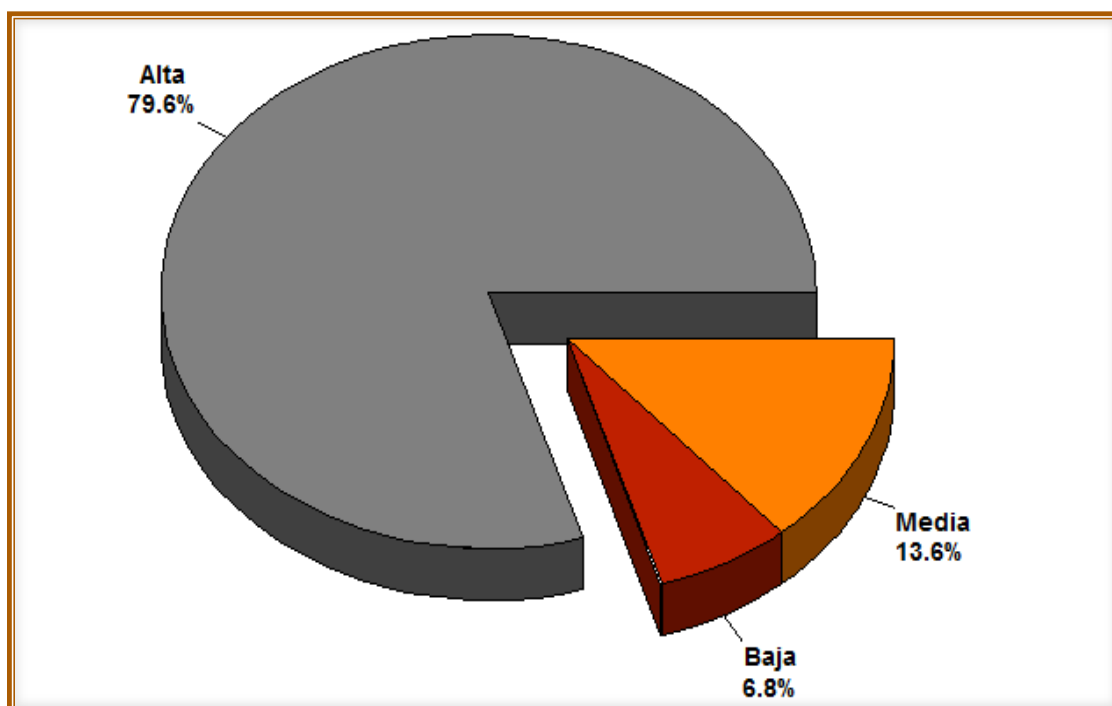
Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo II.

Función Familiar

Los resultados del APGAR familiar encontraron predominio de puntuaciones compatibles con función familiar alta, como muestra en la gráfica 2.

Gráfica 2
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Proporción de adolescentes respecto resultados del APGAR familiar



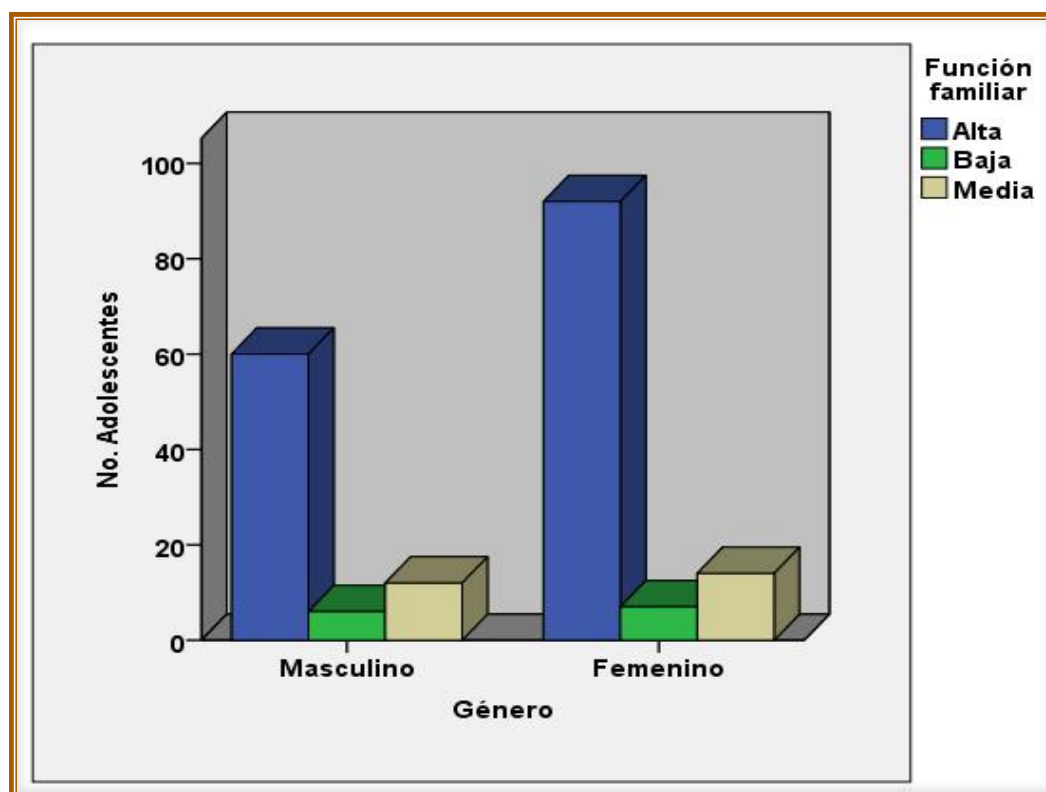
Evaluación Apgar	Número	Porcentaje
Baja	13	6.8
Media	26	13.6
Alta	152	152

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo II.

Al comparar los resultados entre el Apgar familiar y el género de los adolescentes no se evidenció diferencia estadísticamente significativa (Véase Gráfica 3).

Gráfica 3
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Comparación de la Función Familiar según género



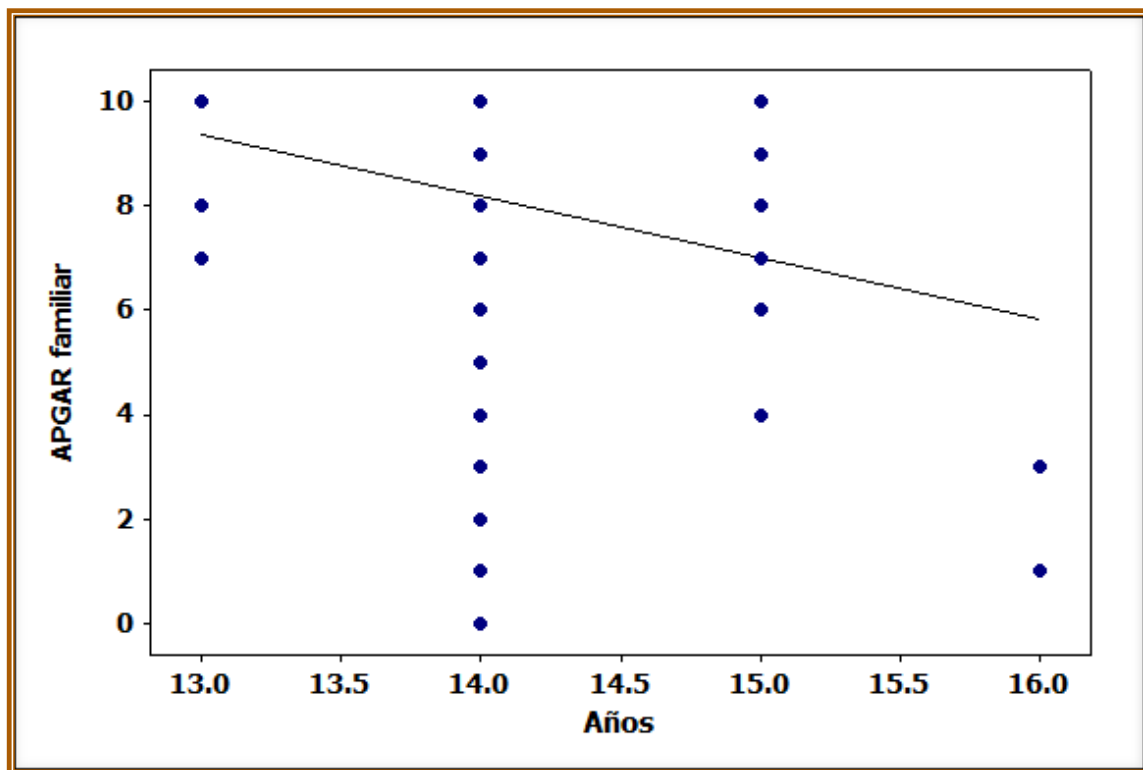
Resultados Apgar	Género masculino		Género Femenino		Chi ²	p
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Alta	60	76.92	92	81.4	0.573	0.751
Media	12	15.3	14	12.38		
Baja	6	7.69	7	6.19		

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo II.

Los resultados del Apgar familiar se asociaron significativamente con la edad de los adolescentes. Esta asociación fue inversamente proporcional, indicando que a mayor edad, las puntuaciones del APGAR familiar tienden a reflejar calificaciones compatibles con baja función familiar, como se muestra en la gráfica 4.

Gráfica 4
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Edad de los adolescentes y Función familiar



$r = -0.196, p = 0.007$

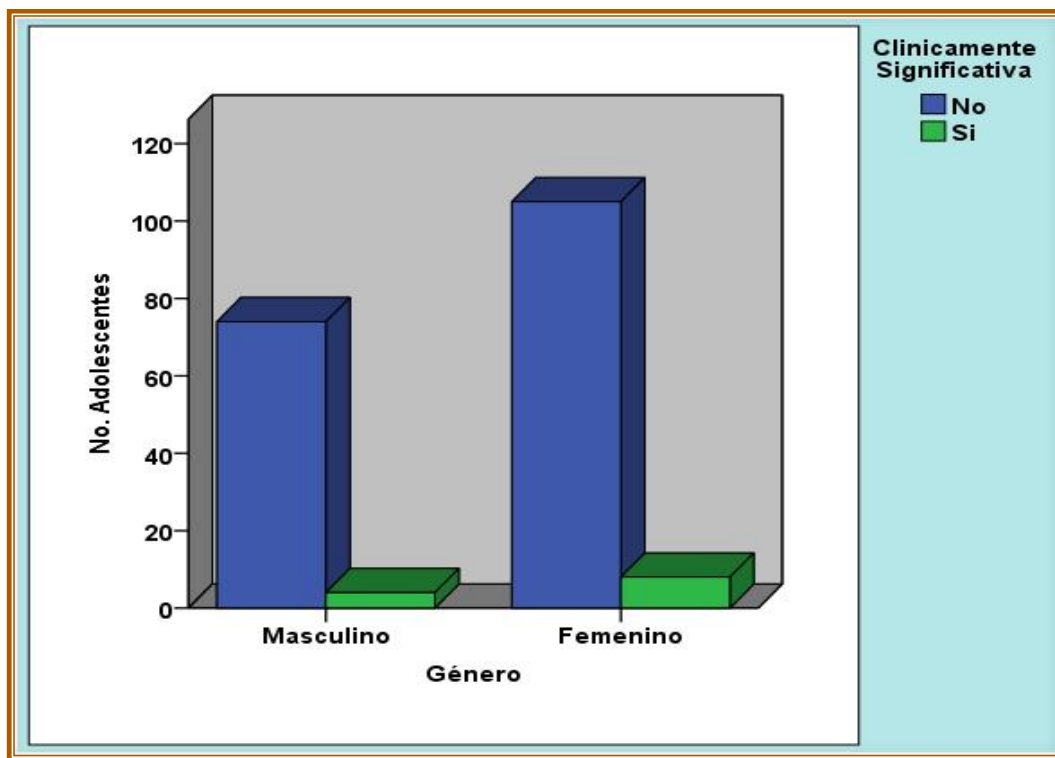
Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo II.

Síntomas Depresivos

En 5.12% adolescentes masculinos se encontró depresión y, 7.07% en el género femenino. Estas proporciones no mostraron diferencia estadísticamente importante (Véase Gráfica 5).

Gráfica 5
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Depresión clínicamente significativa



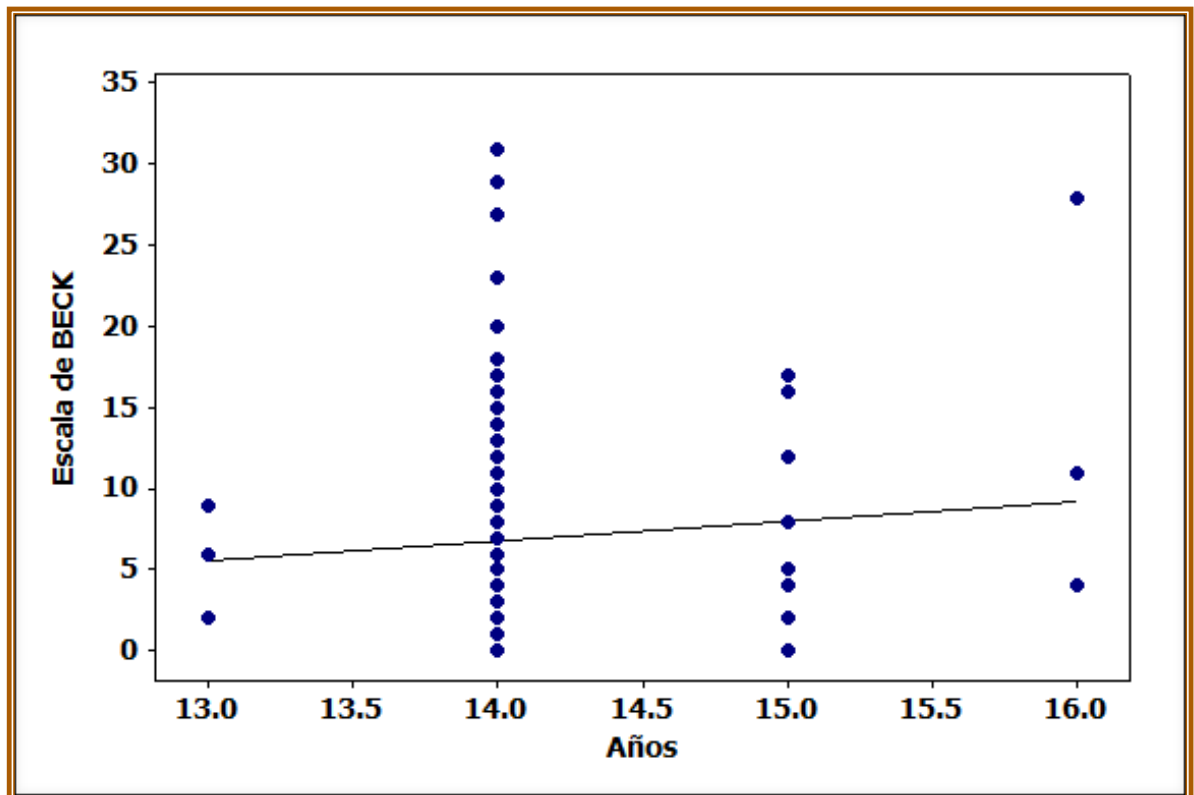
Depresión	Género Masculino		Género Femenino		Chi ²	p
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Si	4	5.12	8	7.07	0.298	0.764
No	74	94.88	107	92.83		

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo III.

En la gráfica 6 se muestra tendencia no significativa hacia el aumento en la puntuación de la escala de Depresión de Beck conforme aumenta la edad de los adolescentes.

Gráfica 6
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Edad de los adolescentes y Depresión



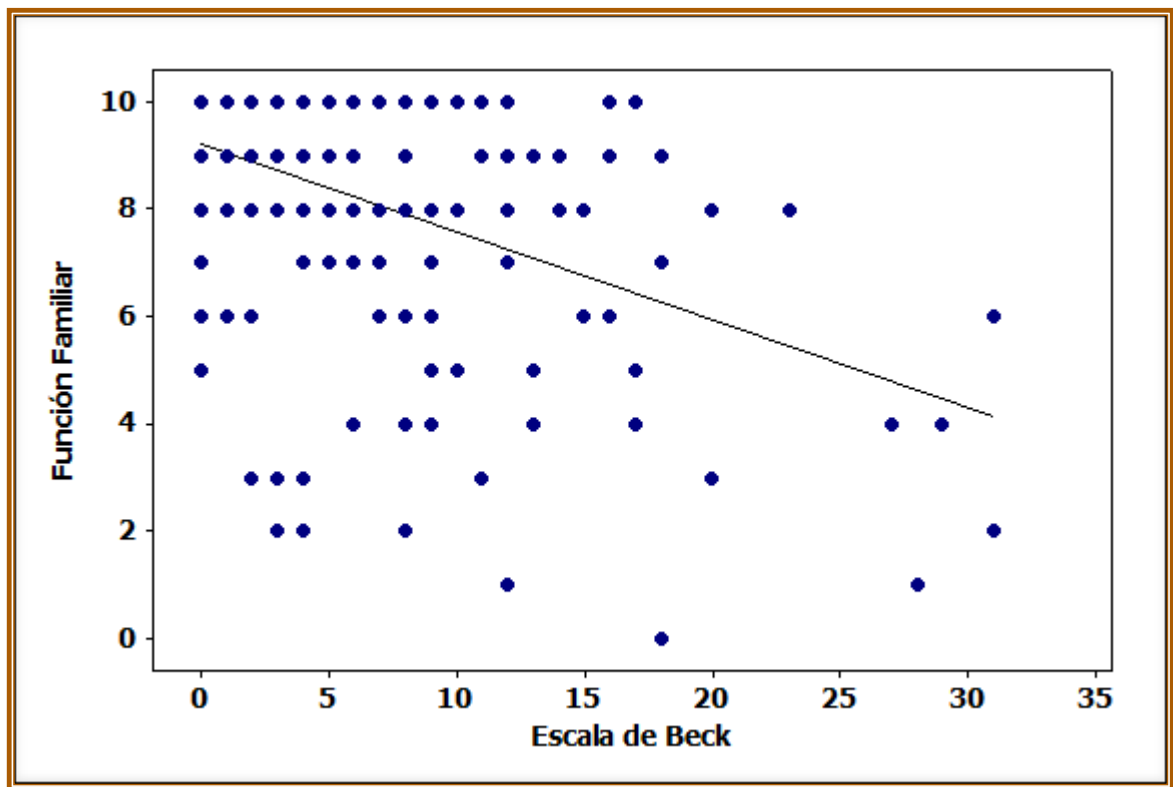
$r = 0.074, p=0.308$

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo III.

En la gráfica 7 se ilustra que las evaluaciones de la función familiar se relacionaron significativamente con puntuaciones indicadas en la Escala de Beck. Cabe señalar que la asociación fue inversamente proporcional indicando que las puntuaciones correspondientes a una función familiar alta se encontraron en adolescentes que señalaron bajas puntuaciones en la Escala de Depresión de Beck.

Gráfica 7
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Escala de Beck y Función Familiar



$r = -0.447, p = 0.004$

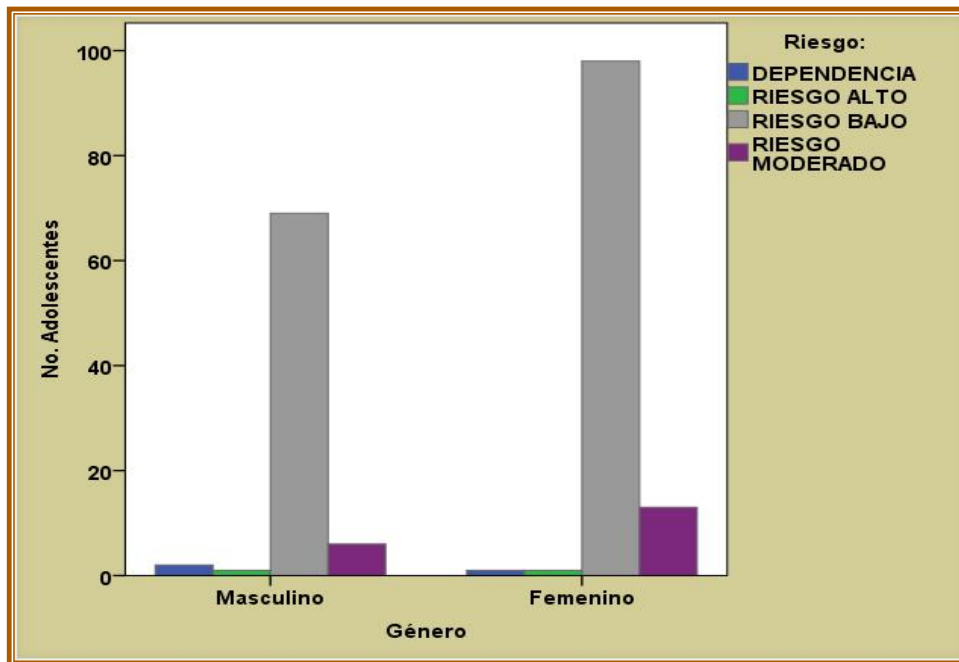
Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexos II, III.

Test AUDIT

El Test AUDIT no evidenció diferencia significativa respecto los niveles de riesgo entre adolescentes de ambos géneros como se ilustra en la gráfica 8.

Gráfica 8
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Riesgo de abuso de alcohol según género



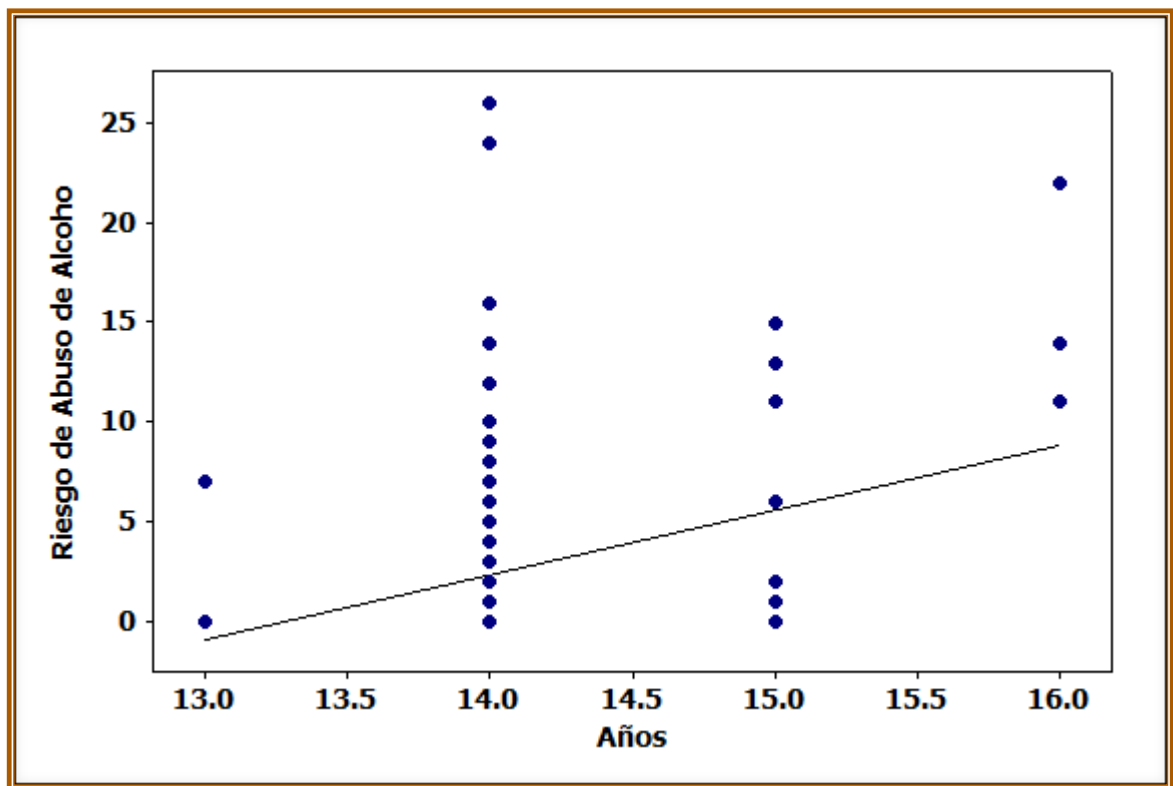
Resultados AUDIT	Género masculino		Género Femenino		Chi ²	p
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Bajo	69	88.4	98	86.7	1.588	0.662
Moderado	6	7.6	13	11.5		
Alto	1	1.28	1	0.88		
Dependencia	2	2.56	1	0.88		

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo IV.

En la gráfica 9 se ilustra que las evaluaciones en relación con el abuso de alcohol que se evidenciaron mediante el Test AUDIT mostraron una relación estadísticamente significativa con la edad de los adolescentes. La correlación observada fue directamente proporcional indicando que el riesgo para el abuso de alcohol se incrementa conforme la edad de los adolescentes.

Gráfica 9
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación
con alcoholismo y síntomas depresivos

Edad de los adolescentes y Test AUDIT



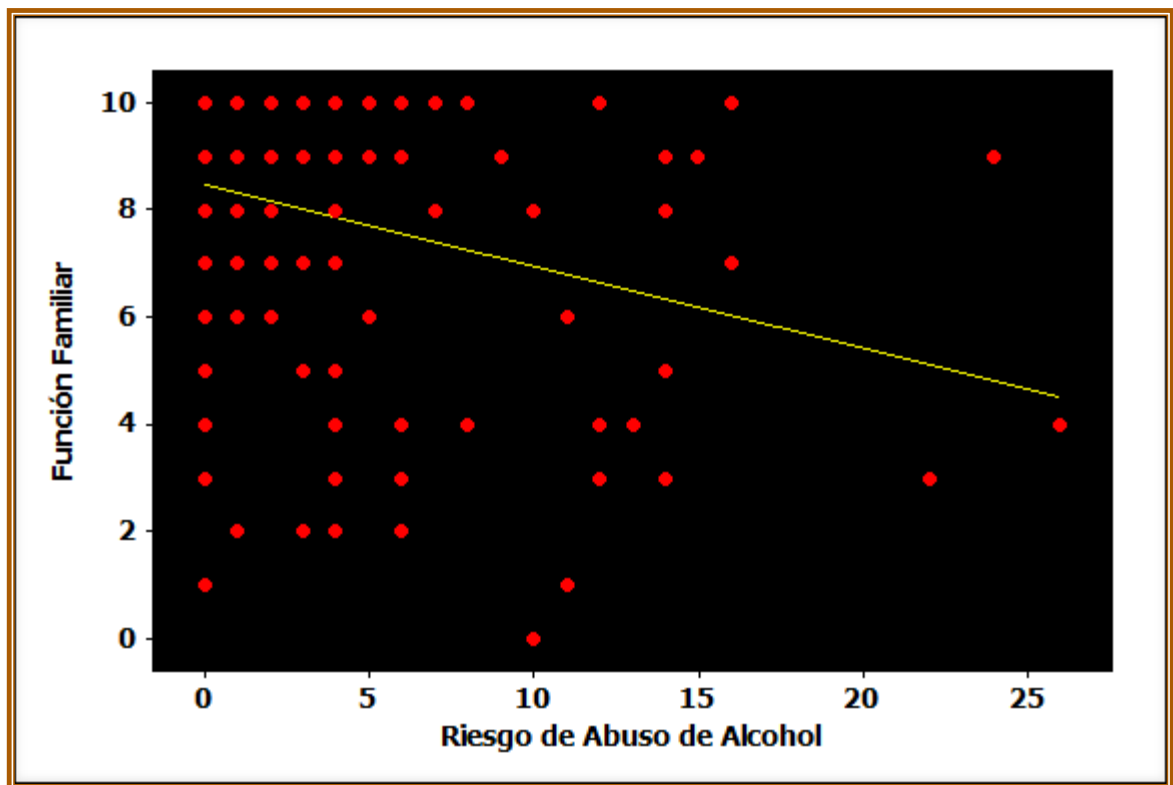
$r = 0.267, p < 0.001$

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo IV.

Se evidenció la existencia de una correlación estadísticamente importante entre los resultados correspondientes a las evaluaciones de la función familiar que indicaron los adolescentes con el riesgo para el abuso de alcohol reflejado por las puntuaciones que se obtuvieron en el Test AUDIT. Como se muestra en la gráfica 10 esta asociación fue inversamente proporcional indicando que las puntuaciones correspondientes a una función familiar alta se encontraron en adolescentes que señalaron puntuaciones compatibles con bajo riesgo de abuso de alcohol.

Gráfica 10
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Test AUDIT y Función Familiar



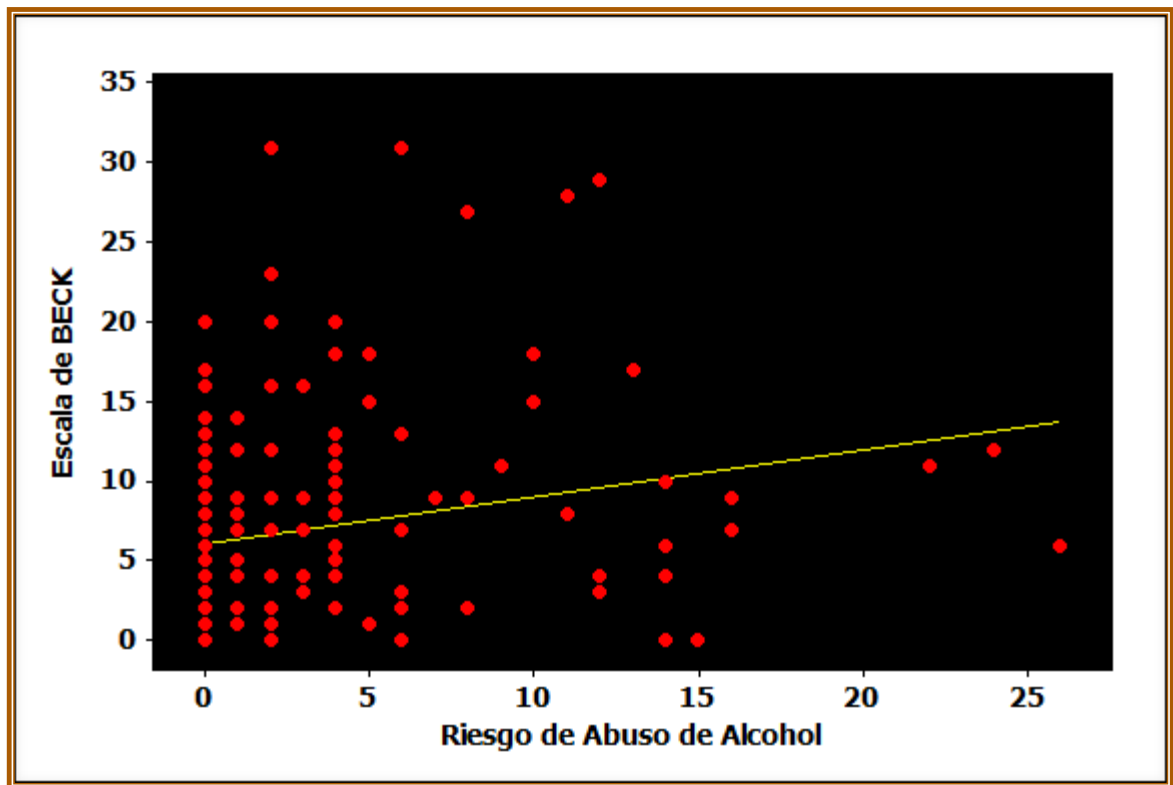
$r = -0.308$, $p < 0.001$

Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexos II, IV.

Se evidenció la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre los resultados correspondientes a las evaluaciones que indicaron los adolescentes respecto el riesgo para el abuso de alcohol reflejado por las puntuaciones que se obtuvieron en el Test AUDIT con las evaluaciones que se obtuvieron mediante la Escala de Beck, tal como se muestra en la gráfica 11.

Gráfica 11
Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Test AUDIT y Depresión



$r = -0.217$, $p < 0.003$

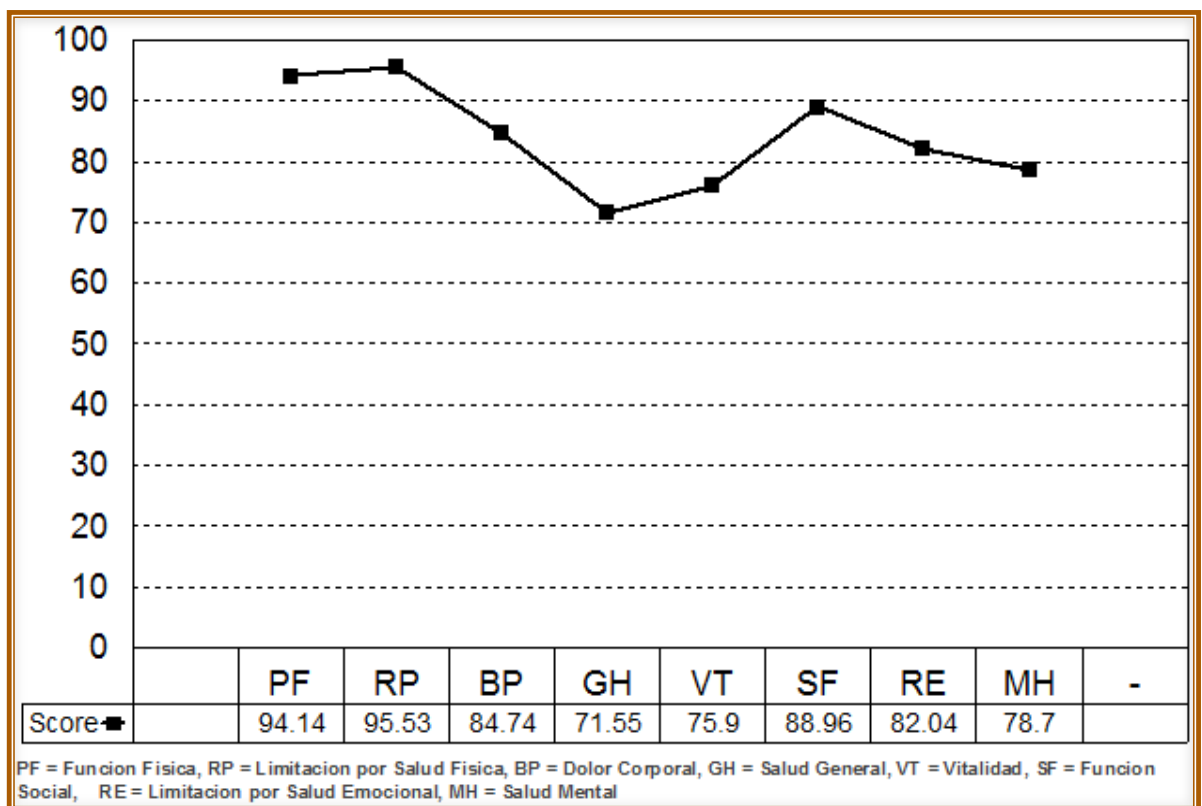
Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo III, IV.

En relación con las respuestas señaladas en el cuestionario sobre calidad de vida SF-36 se observó que los adolescentes mostraron afectación en las áreas correspondientes a Salud General, Vitalidad y Salud Mental, como se muestra en la gráfica 12.

Gráfica 12

Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Puntuaciones evidenciadas en las áreas del SF- 36



Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexo V.

Los resultados del análisis de correlación bivariada evidenciaron que casi la totalidad de las áreas o dominios respecto la calidad de vida que se evalúan en el SF – 36 mostraron asociación significativa con los resultados que se obtuvieron en el APGAR familiar, en la Escala de Beck, así como también en el Test AUDIT, como se resume en la tabla 1.

Tabla 1

Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Correlación entre los dominios del Cuestionario SF-36 con el APGAR Familiar, la Escala de Depresión de Beck y el test AUDIT

Área		APGAR	Escala de Beck	Test AUDIT
Función física	Coef. corr	0.074	- 0.133	- 0.295
	p	0.323	0.073	0.000
Limitación por salud física	Coef. corr	0.095	- 0.222	- 0.335
	p	0.009	0.003	0.000
Dolor corporal	Coef. corr	0.225	- 0.375	- 0.209
	p	0.002	0.000	0.005
Salud general	Coef. corr	0.386	-0.416	- 0.301
	p	0.000	0.000	0.000
Vitalidad	Coef. corr	0.237	- 0.422	- 0.259
	p	0.001	0.000	0.000
Función social	Coef. corr	0.306	- 0.462	- 0.210
	p	0.000	0.000	0.005
Limitación por salud emocional	Coef. corr	0.315	- 0.504	- 0.366
	p	0.000	0.000	0.000
Salud mental	Coef. corr	0.251	- 0.461	- 0.286
	p	0.001	0.000	0.000

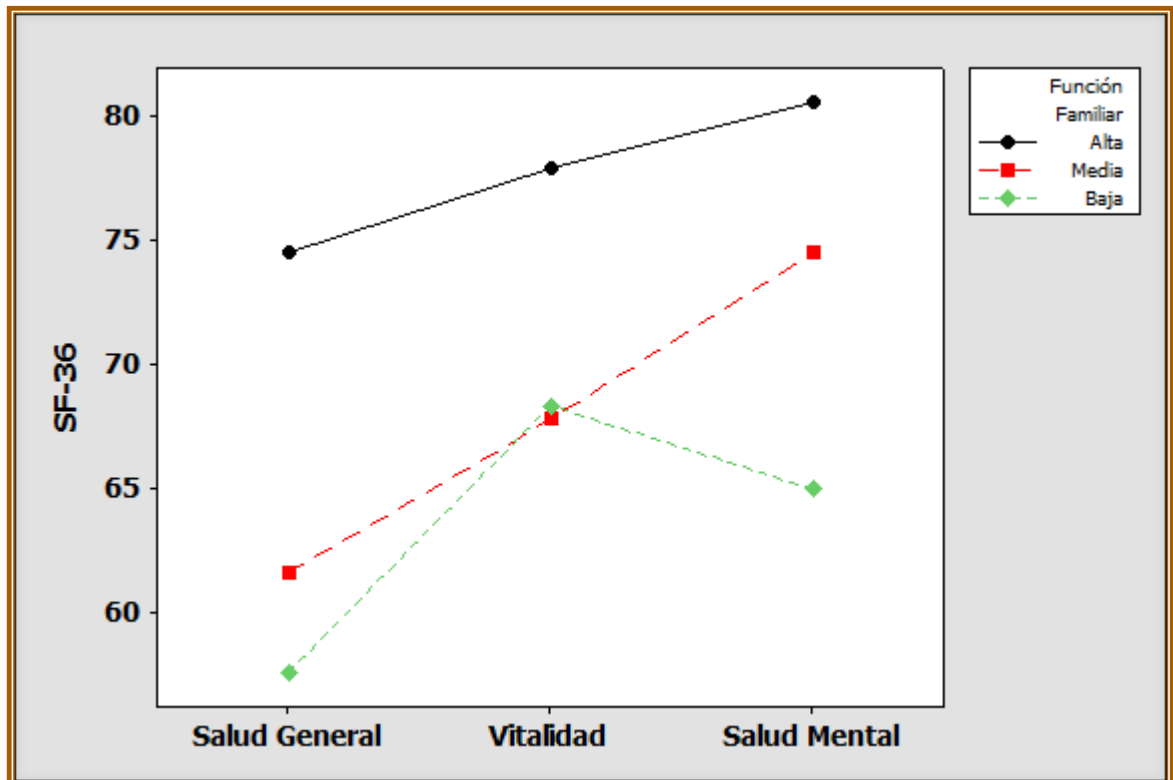
Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexos II,II,IV,V.

Adicionalmente, en las gráficas 13 a 15 se ilustra el impacto de la función familiar, la depresión y el uso de alcohol sobre los dominios del cuestionario SF-36 que resultaron con afectación en la calidad de vida.

Gráfica 13

Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Impacto de la Función Familiar sobre el SF- 36

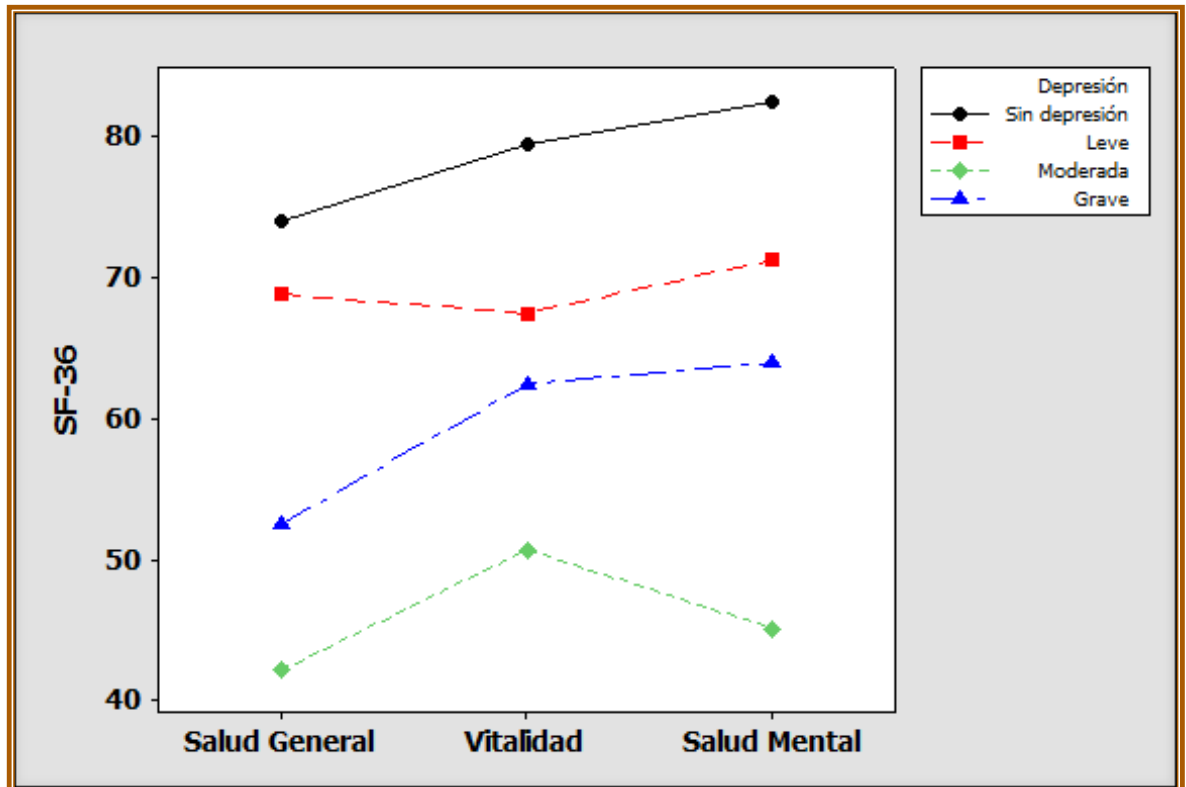


Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexos II, V.

Gráfica 14

Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Impacto de la Depresión sobre el SF- 36

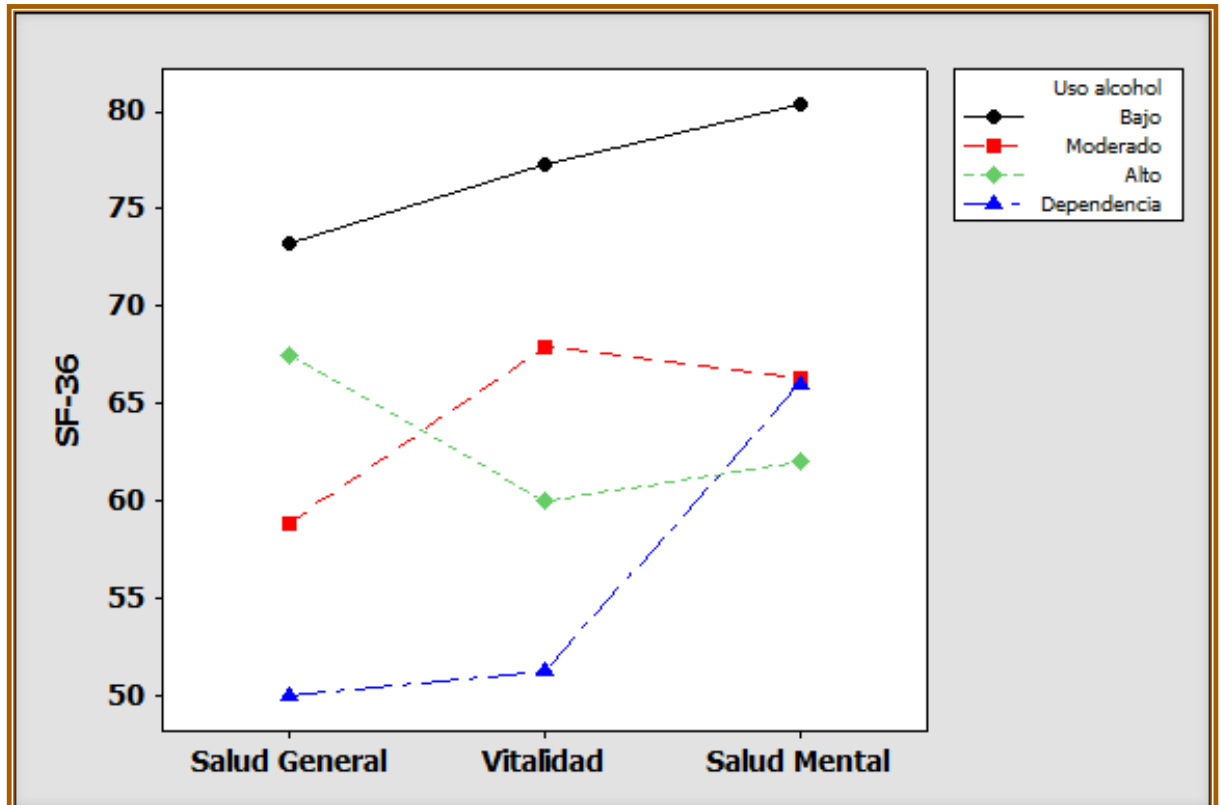


Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexos III, V.

Gráfica 15

Aplicación del APGAR familiar en adolescentes y relación con alcoholismo y síntomas depresivos

Impacto del Uso de alcohol sobre el SF- 36



Fuente: Cédula de recolección de datos. Anexos IV, V.

DISCUSIÓN

La salud de los adolescentes es un factor clave para el progreso social, económico y político de todas las naciones. Existen programas gubernamentales con acciones particulares sobre la violencia familiar y de género, adicciones, salud sexual y reproductiva, entre otros. Sin embargo, resulta de gran interés detectar con toda oportunidad las necesidades de los adolescentes en los rubros señalados, para dirigir la atención en acciones oportunas que minimicen el impacto sobre su bienestar. Este trabajo consistió en la aplicación de una serie de instrumentos de evaluación en adolescentes de ambos géneros que se encontraban cursando el tercer año de secundaria durante el ciclo escolar 2011 – 2012.

Los instrumentos seleccionados para aplicación incluyeron el APGAR familiar, la escala de Depresión de Beck, el Test AUDIT y los cuestionarios SF-36, elegidos por representar instrumentos ampliamente conocidos, de fácil aplicación e interpretación y, que además han sido validados en nuestro país.

Los instrumentos de evaluación o “test de evaluación”, se aplicaron en un total de 191 adolescentes, de los cuales aproximadamente 60% correspondieron al género femenino.

En relación con la función familiar, se evidenció que la mayoría de los adolescentes refirieron un funcionamiento familiar alto. El APGAR familiar, fue elaborado para evaluar función familiar; sin embargo las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar, debido a que Smilkstein tenía el concepto de que la función familiar correspondía al cuidado y apoyo que un individuo recibe de su propia familia. Por lo que el APGAR familiar nos habla más de la percepción que tiene el individuo respecto su familia.

Al evaluar las calificaciones de la función familiar se evidenció la existencia de una asociación significativa respecto la edad de los adolescentes. Se observó que a mayor edad, las puntuaciones del APGAR familiar tienden a reflejar calificaciones compatibles con baja función familiar, quizás porque conforme aumenta la edad, los adolescentes son más conscientes de su entorno familiar, las deficiencias o carencias con las que se vive. En el grupo de adolescentes que evaluamos, varios jóvenes, que eran los de mayor edad, se encontraban volviendo a cursar el tercer año de secundaria, algunos de ellos condicionados a realizar actividades laborales para ayudar en los gastos de la casa. Está

demostrado que la familia constituye uno de los elementos más importantes en la red de apoyo social del joven y, representa un espacio contenedor de ansiedades propias del proceso de desarrollo que se está experimentando. La carencia de estos factores afecta el desarrollo de la autoestima y autoimagen en el adolescente con mayor riesgo para desarrollar psicopatología.⁵²

En relación con la frecuencia de depresión se evidenció 5.12% de adolescentes del género masculino con depresión clínicamente significativa, y 7.07% en el género femenino. Estas cifras fueron similares a las reportadas por otros autores.

Garaizordobil *et al*⁵¹ comunicaron que los adolescentes con elevadas puntuaciones en tests de autoestima, mostraban mayor probabilidad de encontrarse emocionalmente estables, libres de depresión, con sentimientos de *Bienestar* y bajo nivel de impulsividad. Estos autores indicaron que la autoestima se relaciona de modo bidireccional con el *Bienestar*. Indicaron que cuando la valoración de la vida es con depresión y negatividad, la autoestima usualmente decrece.

En relación con el uso de alcohol casi el 90% de los adolescentes indicaron puntuaciones en su evaluación compatibles con bajo riesgo. En este sentido, de manera similar que con la depresión, algunos jóvenes nos manifestaron que donde podrían obtener ayuda. Principalmente porque tenían acceso fácil al alcohol por actividades laborales que desempeñaban y que sus padres conocían.

Se encontró que el riesgo para el abuso de alcohol se incrementa conforme la edad de los adolescentes. Los adolescentes que se encontraron con dependencia son laboralmente activos, tienen conciencia de lo difícil que puede ser la existencia en términos materiales, han dejado de ser niños, tienen facilidad para adquirir por sus medios el alcohol, son adolescentes provenientes de una familia monoparental, por ausencia del padre, familias desintegradas, donde el no contar con una figura paterna los ha obligado a laborar jóvenes, cayendo en el alcoholismo dentro de la búsqueda de identidad personal y aceptación por amistades. Por otra parte, se encontró que con una función familiar alta los adolescentes obtuvieron puntuaciones compatibles con bajo riesgo de abuso de alcohol, lo que nos refuerza que la buena función familiar influye sobre ciertos aspectos para desarrollo de adicciones.

Dentro de las áreas o subescalas afectadas según los resultados del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36, se encontró afectación importante respecto el dominio correspondiente al estado general de salud, vitalidad y la subescala de salud mental. El bienestar en la adolescencia incluye la satisfacción personal,

experiencias positivas y ausencia de síntomas depresivos. Está demostrado que el bienestar puede experimentar variaciones circunstanciales en función de diversas influencias personales, familiares, sociales y culturales.

En el análisis de la tabla 1 cabe señalar la intrínseca relación entre síntomas depresivos evaluados mediante el inventario de depresión de Beck, la disfunción familiar percibida y el consumo de alcohol.

La coexistencia de alteraciones en el estado del ánimo y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas es una situación clínica frecuente y de hecho en la mayoría de los estudios epidemiológicos coinciden en señalar que esta asociación es la patología dual más frecuente.

Los trastornos del afecto que pueden diagnosticarse quizá sean independientes del consumo de alcohol y otras drogas o bien estar directamente relacionados lo que en términos de las clasificaciones internacionales psiquiátricas y no psiquiátricas se conoce como trastornos del ánimo inducidos.

Se deben considerar factores entre los que destacan el inicio temporal y la secuencia del desarrollo de los síntomas afectivos, el curso en los periodos de abstinencia y los hallazgos clínicos asociados, casi todos los estudios muestran diferencias de género en la depresión mayor que ocurre en la adolescencia. Los adolescentes muestran tasas más elevadas que escolares más chicos, posiblemente como consecuencia de una interacción con los cambios hormonales y los acontecimientos vitales estresantes.

El suicidio constituye una posible consecuencia grave de la depresión en personas que consumen alcohol, tanto en periodos de consumo como de abstinencia.

Los adolescentes depresivos, suicidas, consumidores de sustancias tienden a tener una visión más negativa de sus propias familias, considerando el apoyo insuficiente y en general traduce disfunción familiar moderada a grave lo que exacerba los demás síntomas preexistentes.

CONCLUSIONES

Cabe señalar, que durante la aplicación de los cuestionarios, diversos alumnos solicitaban se les orientara a qué lugar podrían acudir, en virtud que tenían molestias relacionadas con “tristeza”. De hecho, comentaban que tenían problemas relacionados con violencia familiar por parte del padre, vivían en familias de padres divorciados y, su madre los obligaba a trabajar, familias con padre cumpliendo una sentencia muy extensa en el reclusorio, una adolescente con problemas de bulimia por que experimentaba “bullying” por parte de sus compañeras de clase, otro adolescente que tuvo un intento de suicidio y, otra adolescente que sostenía relaciones sentimentales con hombres mayores y casados. En otros adolescentes, se deprimían al estar conscientes que sería su último grado escolar que podrían cursar, ya que las condiciones económicas de la familia no les permitirán continuar con estudios de bachillerato. En otros jóvenes, el no estar conforme con lo que materialmente se tiene, no tener ropa en buenas condiciones, e incluso la posibilidad de escoger alguna prenda que le guste para adquirirla o usarla, así como zapatos y otras prendas de vestir.

- La frecuencia de disfunción familiar, de síntomas depresivos y uso de alcohol en los adolescentes estudiados fue similar a la reportada en la literatura.
- La frecuencia de disfunción familiar, síntomas depresivos y uso de alcohol en adolescentes no mostró diferencias significativas respecto al género.
- La Función Familiar baja se asoció significativamente con un incremento en la frecuencia de síntomas depresivos y consumo de alcohol.
- La Función Familiar baja, los síntomas depresivos y el uso de alcohol, evidenciaron un impacto directo sobre el bienestar del adolescente respecto su calidad de vida.
- Las áreas de la calidad de vida afectadas en los adolescentes por los tres rubros y, que no habían sido reportadas, se relacionaron impactando negativamente sobre el estado general de salud, la disminución en la sensación de vitalidad y, la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parish J, Parish T. Children's self-concepts as related to family structure and family concept. *Adolescence* 1983; 18: 649-58.
2. Musitu G, García JF. Consequences of family socialization in the Spanish culture. *Psychology in Spain* 2005; 9: 34-40.
3. Campbell TL. Family's impact on health: A critical review. *Fam Syst Med* 1986; 4: 135-43.
4. Aufseeser D, Jekielek S, Brown B. (2006). *The Family Environment and Adolescent Well-Being: Exposure to Positive and Negative Family Influences*. Washington, D.C.: Child Trends; and San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center, University of California, San Francisco.
5. Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Geodisa. Séptima reimpresión. Barcelona España, 1999. p. 79.
6. García-Rueda A, Martínez de Acosta CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av Enferm* 2011; 29: 75-86.
7. Reinherz HZ, Giaconia RM, Paradis AD, Novero C, Kerrigan MK. Health-promoting influences of the family on late adolescent functioning. *Child Adolesc Soc Work J* 2008; 25: 517-30.
8. Levin KA, Dallago L, Currie C. The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Soc Indic Res* 2011; DOI 10.1007/s11205-011-9804-y.
9. Muyibi AS, Ajayi I-OO, Irabor AE, Ladipo MMA. Relationship between adolescents' family function with socio-demographic characteristics and behavior risk factors in a primary care facility. *Afr J Prm Health Care Fam Med* 2010; 2: Art. #177, 6 pages. DOI: 10.4102/phcfm.v2i1.177
10. Brown S A, McGue M, Maggs J, Schulenberg J, Hingson R, Swartzwelder S. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics* 2008; 121 (Suppl 4): S290-S310.
11. De Bellis MD, Keshavan MS, Beers SR, Hall J, Frustaci K, Masalehdan A. Sex differences in brain maturation during childhood and adolescence. *Cerebral Cortex* 2001; 11: 552-557.

12. Strack S. Special series: Millon's evolving personality theory and measures. *Journal of Personality Assessment* 1999; 72: 323- 25.
13. Brookman RR. The age of adolescence. *J Adolesc Health* 1995; 16: 339-44.
14. Lerner RM, Castellino DR. Contemporary developmental theory and adolescence. *Developmental systems and applied developmental science. Adolesc Health* 2002; 31: 122-35.
15. Casco FJ, Oliva A. Ideas sobre la adolescencia entre padres, profesores, adolescentes y personas mayores. *Apuntes de Psicología* 2005; 22: 171-185.
16. Choudhury S, Blakemore SJ, Charman T. Social cognitive development during adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2006; 1: 165–174.
17. Giedd JN. The teen brain: insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health* 2008; 42: 335–43.
18. La Greca AM, Harrison HM. Adolescent peer relations, friendships, and romantic relations: Do they predict social anxiety and depression? *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 49-61.
19. Lohman BJ, Jarvis PA. Adolescent stressors, coping strategies, and psychological health studied in the family context. *J Youth Adolesc* 2000; 29: 15-43.
20. Hunter EC, Katz LF, Shortt JW, Davis B, Leve C, Allen NB, Sheeber LB. How do I feel about feelings? Emotion, socialization in families of depressed and healthy adolescents. *J Youth Adolesc* 2011; 40: 428–41.
21. Cleary R P, Katz LF. Family-level emotion socialization and children's comfort with emotional expressivity. *The Family Psychologist* 2008; 24, 7–13.
22. Valkenburg PM, Peters J, Schouten AP. Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *Cyberpsychol Behav* 2006; 9: 584-90.
23. Parra-Jiménez A, Oliva-Delgado A. Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de psicología* 2002; 18; 215-31.
24. Oliva A. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología* 2006; 7: 209-23.
25. Laible DJ, Carlo G, Raffaelli M. The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *J Youth Adolesc* 2000; 29: 45-59.
26. Willoughby T, Hamza CA. A longitudinal examination of the bidirectional associations among perceived parenting behaviors, adolescent disclosure and problem behavior across the high school years. *J Youth Adolesc* 2011; 40: 463–78.

27. Feduchi L. El adolescente ante su futuro. *Temas de Psicoanálisis* 2011; 1: 1-10.
28. Lopes de Souza PM. Body-image and obesity in adolescence: A comparative study of social-demographic, psychological, and behavioral aspects. *Span J Psychol* 2008; 11: 551-63.
29. Contreras-Camacho I, Luna-Domínguez M, Arrieta-Pérez RT. Auto-concepto del adolescente con y sin consumo de tabaco y alcohol. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51: 26-31.
30. García-Rueda A, Martínez de Acosta CH. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes. *Av Enferm* 2011; 29: 75-86.
31. Pardeck JA, Pardeck JT: Family factors related to adolescent autonomy. *Adolescence* 1990; 98: 311-9.
32. Adewuya AO, Ologun YA. Factors Associated with depressive Symptoms in Nigerian adolescents. *J Adol Health* 2006; 39: 105-10.
33. Weiss JW, Merrill V, Akagha K. Substance use and its relationship to family functioning and self-image in adolescents. *J Drug Education* 2011; 41: 79-97.
34. Neabel B, Fothergill F, Dunning J. Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. *Heart Lung* 2000; 29: 196-209.
35. Smilkstein G. The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice* 1978; 6: 1231-9.
36. Habib C, Santoro J, Kremer P, Toumbourou J, Leslie E, Williams J. The importance of family management, closeness with father and family structure in early adolescent alcohol use. *Addiction* 2010; 105: 1750-8.
37. Ryan SM, Jorm AF, Kelly CM, Morgan AJ, Lubman JD. Parent strategies for reducing adolescent alcohol use: A Delphi consensus study. *BMC Public Health* 2011; 13-20.
38. Steinberg L, Silverberg SB. The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Development* 1986; 57: 841-51.
39. Cuffe SP, McKeown RE, Addy CH, Garrison CZ. Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44:121–9.
40. Steingberg L, Lamborn S, Darling N, Dornbusch S. Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed. *Child Development* 1992; 63: 1266-81.

41. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision making. *J Med Philosophy* 2010; 35: 518–25.
42. Baumrind D. Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence* 1968; 3: 255-72.
43. Aunola, K, Nurmi JE. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development* 2005; 76: 1144-59.
44. Montemayor R. Family variation in parent-adolescent storm and stress. *Journal of Adolescent Research* 1986; 1: 15-31.
45. Huang-Chi L, Tze-Chun T, Ju-Yu Y, Chin-Hung K, Chi-Fen H, Shu-Chu L, Cheng-Feng Y. Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9,586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 412-20.
46. Gómez-Bustamante EM, Cogollo Z. Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública* 2010; 12: 61-70.
47. Ryff C, Keyes LM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 719-27.
48. Pérez-Milena A, Pérez-Milena R, Martínez-Fernández ML, Leal-Helmling FJ, Mesa-Gallardo I, Jiménez-Pulido I. Family structure and function during adolescence: relationship with social support, tobacco, alcohol and drugs consumption, and psychic discomfort. *Aten Primaria* 2007; 39: 61-7.
49. Casullo M, Castro A. Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2002; 7: 129-40.
50. Haquin C, Larraguibel M, Cabezas J. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev Chil Pediat* 2004; 75: 425-33.
51. Garaigordobil M, Durá A. Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en los adolescents de 14-17 años. *Anal Modif Condu* 2006; 32: 38-64.
52. Råty LKA, Larsson G, Söderfeldt BA, Larsson BMW. Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *J Adol Health* 2005; 36: 530e21-530e28.
53. Ryan S, Jorm AF, Lubman JD. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Zeal J Psych* 2010; 44: 774-83.

54. Sellman JD, Connor JL, Joyce PR. How to reduce alcohol-related problems in adolescents: what can parents do and what can the government do? *Aust N Zeal J Psych* 2010; 44: 771-3.
55. Samardzic S, Bujsic G, Tadijan D. Drinking in adolescents. Qualitative analysis. *Coll Antropol* 2011; 1: 123-6.
56. Alderete E, Kaplan CP, Nah, MA, Pérez-Stable EJ, Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública de México* 2008; 50; 25-31.
57. Henry CS, Robinson LC, Neal RA, Huey EL. Adolescent perceptions of overall family system functioning and parental behaviors. *J Child Fam Stud* 2006; 15: 319-29.
58. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev Fac Med UNAM* 2004; 47: 24-7.
59. Olson DH, Gorall DM. Circumplex model of marital and family system. In F. Walsh (Ed) *Normal Family Processes*. 3rd Ed. New York. Guilford, pp 514-47.
60. Dura-Ros M, Pacheco del Cerro JL. Estilos de vida y conductas de riesgo de los adolescentes universitarios. *Serie de Trabajos Fin de Master* 2010; 2: 680-95.
61. Palomino-Alegre Y, Suárez-Bustamante M. Instrumentos de atención a la familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA* 2006; 1: 48-57.
62. Doherty WY, Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam. Med* 1986; 18: 153-6.
63. Rawlins PS, Rawlins TD, Horner M. Development of the family needs assessment tool. *West J Nurs Res* 1990; 12: 201-14.
64. Olson DH. Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Process* 1986; 25: 337-51.
65. Roberts CS, Feetham SL. Assessing family functioning across three areas of relationships. *Nurs Res* 1982; 31: 231-5.
66. Moos RH, Moos BS. A typology of family social environments. *Fam Process* 1976; 15: 357-71.
67. Forero-Ariza LM, Avendaño-Durán MC, Duarte-Cubillos ZJ, Campo-Arias A. Consistencia Interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colom Psiquiatria* 2006; 35: 23-9.
68. Díaz-Atienza F, Prados-Cuesta M, Ruiz M. Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados Preliminares. *Rev Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente* 2004; 4: 10-9.
69. Es la Familia una realidad en la medicina familiar. *Medifam* 2000;10:7-16.

70. Norton CHL. Into the Wilderness. A case study: The psychodynamics of adolescent depression and the need for a holistic intervention. *Clin Soc Work J* 2010; 38: 226-35.
71. Lugo M, Mengly M, Ledesma S, Flor M, D'Addosio R. Consumo de alcohol por adolescentes y percepción de la función familiar. *Médico de Familia* 2010; 18: 25-31
72. Zapata-Gallardo JN, Figueroa-Gutiérrez M, Méndez-Delgado N, Miranda-Lozano VM, Linares-Segovia B, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 295-300.
73. Pérez-Milena A, Fernández-Martínez ML, Pérez-Milena R, Leal-Heilmiling FJ, Jiménez-Pulido I. Alcohol en adolescentes: Estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y familiares. *Med Fam* 2005; 6: 28-33.
74. Heba A, Bharathi V, Valentin R, Paccaud F, Bovet P. Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles. *BMC Pediatrics* 2011; 11: 85
75. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición, 2007. pp. 40-8
76. Villatoro J, Hernández I, Hernández H, Fleiz C, Blanco C, Medina-Mora M. Encuesta de consumo de drogas en estudiantes. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2007.
77. Newman SC. *Biostatistical Methods in Epidemiology*. Wiley and Sons, Inc. Toronto 2001. pp. 281-94.
78. Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER. Una nueva propuesta para la interpretación del Family APGAR (versión en español). *Aten Fam* 2010; 17: 102-6.
79. Thomas F, Babor JC, Higgins-Biddle JB, Saunders M, Monteiro G. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. WHO/MSD/MSB/01. 6ª Original: Inglés Distribución: General. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
80. Gómez-Maqueo EL, Gómez-Hernández HL, Morales-Rodríguez B, Pérez-Ramos M. Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Rev Colom Psicol* 2009; 18: 9-17.
81. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behav Res Thera* 1997; 35: 785–91.
82. Sharp LK, Lipski MS. Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *Am Fam Physician* 2002; 66:1001-9.

83. Torres-Castillo M, Hernández E, Ortega-Soto H. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. *Salud Mental* 1991; 14:1-6.

ANEXO I

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos Adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983, por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, por la 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, por la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000. Adicionalmente, con la Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la MM, Washington 2002, por la Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004 y 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están sub-representadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflicto de interés, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el

individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y

conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

ANEXO II

Fecha _____

Edad _____ años

Género: F M

Cuestionario para la evaluación de la función de la familia del APGAR familiar

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) dinero.					

El cuestionario debe ser proporcionado a cada individuo para que lo resuelva de manera personal, excepto en aquellos que no sepan leer, caso en el cual el investigador aplicará el test. Para cada pregunta se debe responder marcando una sola X.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 2 puntos, de acuerdo con la siguiente calificación:

- 0: Casi nunca
- 1: Algunas veces
- 2: Casi siempre

Al sumar los cinco parámetros, el puntaje fluctúa entre 0 y 10, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Basados en estos puntajes, la calificación de la función familiar se hace de acuerdo con lo que a continuación se especifica:

Función	Puntaje
Baja	0 a 3
Media	4 a 6
Alta	7 a 10

ANEXO III

Escala de Depresión de BECK

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodea con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.
0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo
0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso
0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción
0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa
0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo
0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio
0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación
0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas
0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto
0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad
0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social
0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas
0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía
0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
1. La relación sexual me atrae menos que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
3. He perdido totalmente el interés sexual.

Una vez completado el cuestionario, se SUMAN los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el TOTAL.

Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63.

Como la puntuación más baja de cada pregunta es CERO, la puntuación más baja posible, será CERO.

La suma de los puntos te indica si estas en una zona de prevención, como la Anaranjada o Roja.

Puntuación total de la Tabla de 21 puntos	Niveles de Depresión
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema

ANEXO IV

El test AUDIT permite evaluar la dependencia de una persona hacia el alcohol

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 ó 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

- 1 ó 2
- 3 ó 4
- 5 ó 6
- 7 a 9
- 10 ó más

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca
- Menos de una vez/mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

- Nunca
- Menos de una vez/mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?

- Nunca
- Menos de una vez/mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca
- Menos de una vez/mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca
- Menos de una vez/mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

- Nunca
- Menos de una vez/mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

9. Tú o alguna otra persona ¿Habéis resultado heridos porque habías bebido?

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

- No
- Sí, pero no en el curso del último año
- Sí, en el último año

Test AUDIT

Descripción del cálculo de dependencia al alcohol

Cada respuesta está evaluada con unos puntos, marcados entre paréntesis para cada una de ellas. Al final del cuestionario, suma todos los puntos obtenidos y valora el resultado con la interpretación final.

1. ¿Con qué frecuencia consumes bebidas alcohólicas?

- Nunca. (0)
- Una o menos veces al mes. (1)
- 2 a 4 veces al mes. (2)
- 2 ó 3 veces a la semana. (3)
- 4 o más veces a la semana. (4)

2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes normalmente cuando bebes?

- 1 ó 2. (0)
- 3 ó 4. (1)
- 5 ó 6. (2)
- 7 a 9. (3)
- 10 ó más. (4)

3. ¿Con qué frecuencia te tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?

- Nunca. (0)
- Menos de una vez/mes. (1)
- Mensualmente. (2)
- Semanalmente. (3)
- A diario o casi a diario. (4)

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?

- Nunca. (0)
- Menos de una vez/mes. (1)
- Mensualmente. (2)
- Semanalmente. (3)
- A diario o casi a diario. (4)

5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudiste atender tus obligaciones porque habías bebido?

- Nunca. (0)
- Menos de una vez/mes. (1)
- Mensualmente. (2)
- Semanalmente. (3)
- A diario o casi a diario. (4)

6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?

- Nunca. (0)
- Menos de una vez/mes. (1)
- Mensualmente. (2)
- Semanalmente. (3)
- A diario o casi a diario. (4)

7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

Nunca. (0)

Menos de una vez/mes. (1)

Mensualmente. (2)

Semanalmente. (3)

A diario o casi a diario. (4)

8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?

Nunca. (0)

Menos de una vez/mes. (1)

Mensualmente. (2)

Semanalmente. (3)

A diario o casi a diario. (4)

9. Tú o alguna otra persona ¿habéis resultado heridos porque habías bebido?

No. (0)

Sí, pero no en el curso del último año. (2)

Sí, en el último año. (4)

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por tu consumo de alcohol, o te han sugerido que dejes de beber?

No. (0)

Sí, pero no en el curso del último año. (2)

Sí, en el último año. (4)

Los resultados se categorizan en: Bajo riesgo de 0 a 7 puntos; moderado riesgo de 8 a 15 puntos; alto riesgo entre 16 a 19 puntos y, dependencia mayor o igual a 20 puntos.

ANEXO V

SF - 36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 .. Excelente
- 2 .. Muy buena
- 3 .. Buena
- 4 .. Regular
- 5 .. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 .. Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 .. Algo mejor ahora que hace un año
- 3 .. Más o menos igual que hace un año
- 4 .. Algo peor ahora que hace un año
- 5 .. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 .. Sí, me limita mucho
- 2 .. Sí, me limita un poco
- 3 .. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 .. Sí
- 2 .. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 .. Nada
- 2 .. Un poco
- 3 .. Regular
- 4 .. Bastante
- 5 .. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 .. No, ninguno
- 2 .. Sí, muy poco
- 3 .. Sí, un poco
- 4 .. Sí, moderado
- 5 .. Sí, mucho
- 6 .. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 .. Nada
- 2 .. Un poco
- 3 .. Regular
- 4 .. Bastante
- 5 .. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Muchas veces
- 4 .. Algunas veces
- 5 .. Sólo alguna vez
- 6 .. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 .. Siempre
- 2 .. Casi siempre
- 3 .. Algunas veces
- 4 .. Sólo alguna vez
- 5 .. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 .. Totalmente cierta
- 2 .. Bastante cierta
- 3 .. No lo sé
- 4 .. Bastante falsa
- 5 .. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 .. Totalmente cierta
- 2 .. Bastante cierta
- 3 .. No lo sé
- 4 .. Bastante falsa
- 5 .. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 .. Totalmente cierta
- 2 .. Bastante cierta
- 3 .. No lo sé
- 4 .. Bastante falsa
- 5 .. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 .. Totalmente cierta
- 2 .. Bastante cierta
- 3 .. No lo sé
- 4 .. Bastante falsa
- 5 .. Totalmente falsa

ANEXO VI

Naucalpan de Juárez a 23 de Enero del 2012.

A quién corresponda:

Por medio de la presente se le da autorización a la Dra. Karla Martínez Reyes, para aplicar preguntas sobre Función familiar, Depresión y Dependencia al Alcohol, a los alumnos de los grupos de 3er año, turno matutino de esta institución. Preguntas que se refieren principalmente a molestias en su salud.

La información que se proporcione se utilizara únicamente para fines de investigación por parte de la División de Estudios de Posgrado, Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, sobre La Aplicación de Apgar Familiar en Adolescentes con Alcoholismo y Síntomas Depresivos.

Los alumnos tendran toda la libertad de contestar, sin presiones.

Teniendo disponibilidad absoluta por parte de la Dra. Karla Martínez Reyes para ampliar cualquier información que se desee, sobre los resultados obtenidos.

Se extiende la presente a petición de la interesada.



Mtro. Armando Cupul Beltrán
Director Esc. Sec. Oficial N.98
"Maestro Antonio Caso"

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA
DEPARTAMENTO REGIONAL DE
EDUCACIÓN BÁSICA Y HABILIDADES
ESQUEMA DE LA ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL N.º 98
"MAESTRO ANTONIO CASO"
C.C.T. 15EES0089K